PER
L-38

Laval médical

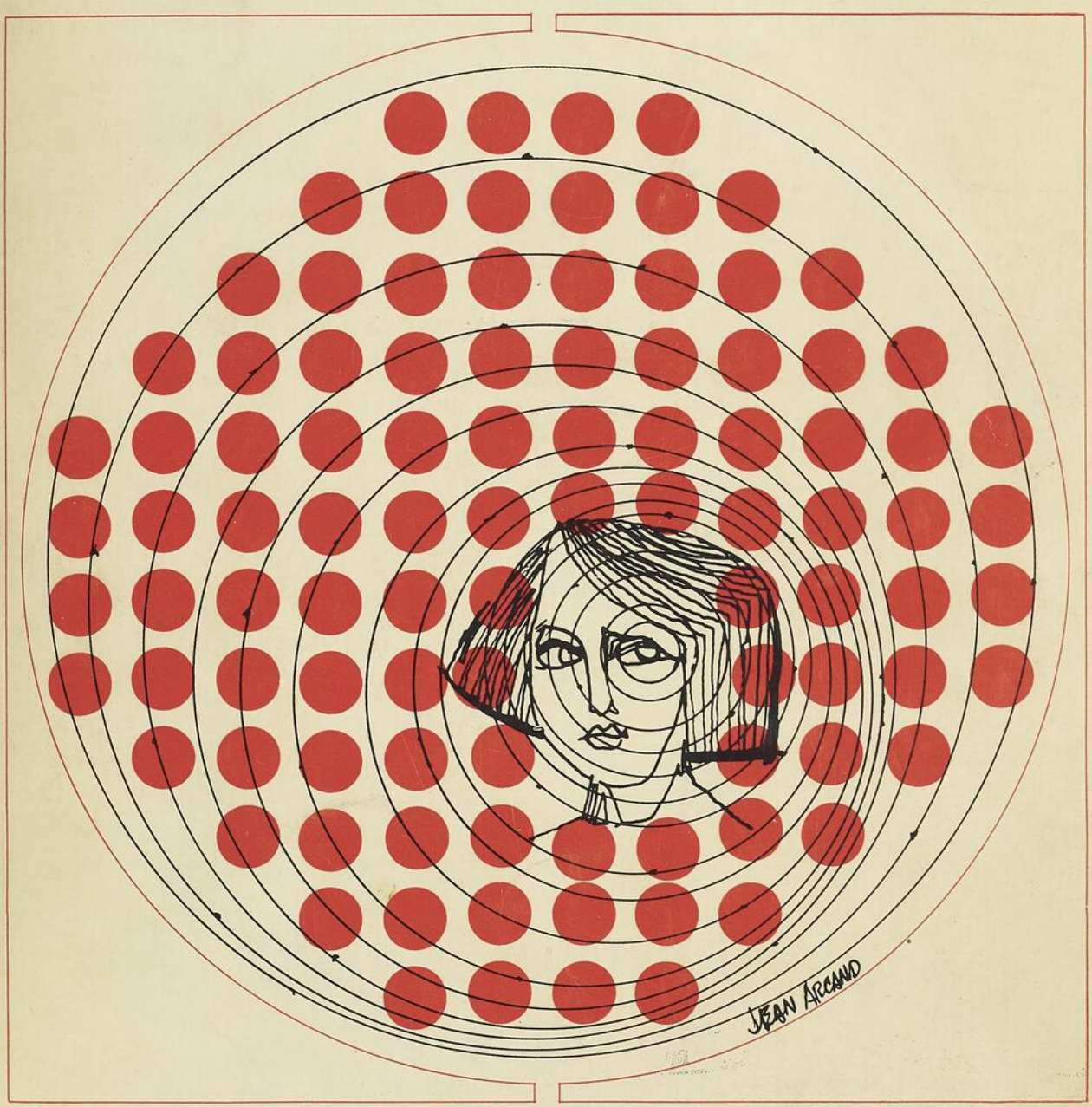
Revue canadienne de l'actualité médicale et biologique

Sommaire en page 3

Dans ce numéro :

Septième congrès de l'Association des psychiatres du Québec

Seventh Annual Convention of the Quebec Psychiatric Association



Pour les infections que vous traitez chaque jour, ou peut-être seulement une fois par semaine



Tetrex bid CAPS†

(phosphate complexe de tétracycline)

efficacité à large spectre plus commodité de dosage — deux capsules par jour . . . pour les infections sensibles des voies respiratoires, gastro-intestinales et génito-urinaires.



Tetrex APC

avec Bristamine
(phosphate complexe de tétracycline avec analgésiques et antihistamine)

dès que la grippe frappe . . . soulagement des symptômes pénibles, fièvre, douleur et congestion — et protection contre les organismes bactériens secondaires.
Capsules



Tetrex 250mg

(phosphate complexe de tétracycline)

traitement économique . . . efficacité immédiate . . . pour les infections causées par des bactéries à Gram-positif et à Gram-négatif sensibles, certains grands virus et l'agent d'Eaton.



Tetrex f

Capsules
(phosphate complexe de tétracycline et nystatine)

pour la patiente sous le régime d'un contraceptif oral . . . les sujets ayant des antécédents de moniliase . . . un traitement antibiotique à large spectre et une protection contre les surinfections fongiques.



Azotrex

Capsules
(phosphate complexe de tétracycline avec sulfamide et analgésique)

pour les infections bactériennes sensibles du tractus urinaire . . . efficacité à large spectre, activité prolongée, soulagement de la douleur et sensation de brûlures.

*Marque déposée
†Nom déposé pour une marque de capsules, droit d'usage/Bristol Laboratories of Canada.

Tetrex*

ACFP

Sommaire Thérapeutique. Documentation médicale à la disposition des médecins et pharmaciens sur demande.

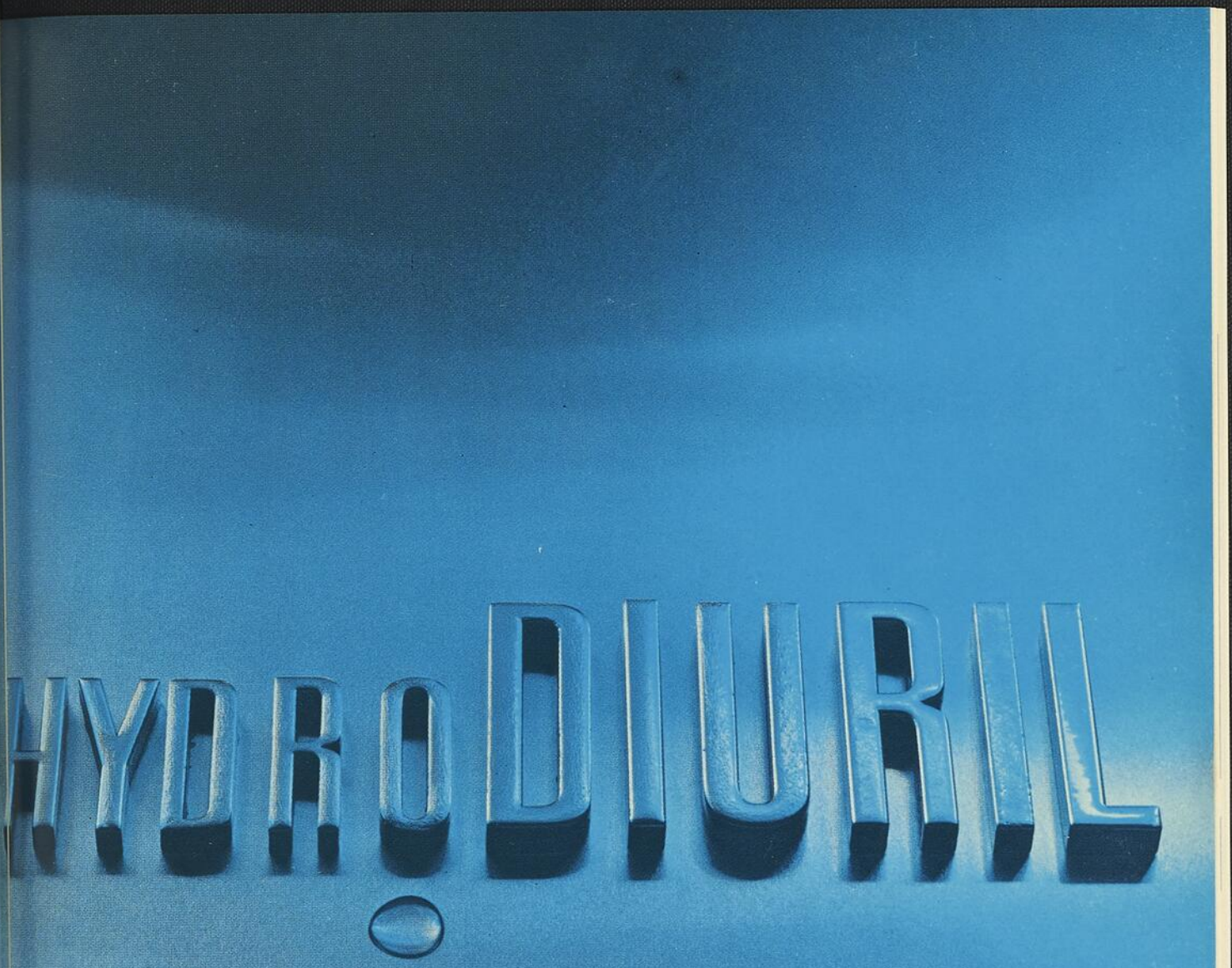
Capsules Tetrex/Tetrex bidCAPS Composition Chaque capsule contient phosphate complexe de tétracycline équivalant à chlorhydrate de tétracycline, 100 mg., 250 mg. ou 500 mg. **Indications** Tetrex est bactériostatique contre les pathogènes courants Gram-positifs et Gram-négatifs. Ceux-ci comprennent les streptocoques alpha- et bêta-hémolytiques, gonocoques, plusieurs souches de staphylocoques, pneumocoques, méningocoques, *Haemophilus influenzae, Klebsiella pneumoniae*, certains Clostridia, Shigella, *Aerobacter aerogenes*, et quelques souches de Salmonella. **Posologie** Adultes — la dose ordinaire est de 1 Gm. par jour en 4 doses fractionnées de 250 mg. chacune, ou 500 mg. deux fois par jour. Des doses plus fortes peuvent être données dans les infections graves ou prolongées. *Urétrite gonococcique aiguë*: 500 mg. 3 fois par jour pour un traitement d'une journée. Les malades de sexe féminin peuvent nécessiter une thérapie de plus longue durée. *Acné pustuleuse*: 250 mg. 4 fois par jour, ou 500 mg. 2 fois par jour au début du traitement. La posologie sera diminuée aussitôt que l'infection sera contrôlée. *Bronchite chronique*: 250 mg. 4 fois par jour, ou 500 mg. 2 fois par jour. Des doses plus fortes peuvent être nécessaires dans les crises aiguës. **Posologie** Enfants — la dose quotidienne moyenne est de 25 mg. par Kg. (2.2 lbs.) de poids corporel. Les doses seront fractionnées et administrées à des intervalles de 6 heures. Dans la plupart des infections, le traitement doit être continué pendant 24 à 48 heures après la disparition des symptômes et de la fièvre. Dans les infections streptococciques bêta-hémolytiques aiguës et certaines infections staphylococciques, le traitement doit se poursuivre pendant au moins 10 jours. Les formes orales de tétracycline doivent s'administrer au moins une heure avant ou deux heures après les repas. **Précautions** L'emploi d'antibiotiques peut parfois donner lieu à une prolifération de germes non sensibles. En cas de surinfection au cours du traitement, on doit appliquer les mesures appropriées. La tétracycline peut former un composé calcique sur les tissus ostéogènes sans qu'il en résulte de conséquences graves, tel qu'observé jusqu'à ce jour chez les humains. Cependant, l'usage de la tétracycline pendant la période de dentition (dernier trimestre de la grossesse, période néonatale et première enfance) peut causer une coloration (jaune-gris-brun) des dents. Cet effet survient le plus souvent au cours des traitements prolongés, mais a été aussi noté pendant les traitements de courte durée. **Mise en Garde** En présence d'altération rénale, même les doses usuelles, par voie orale ou intramusculaire, risquent de donner lieu à une accumulation excessive dans l'organisme, accumulation qui peut devenir toxique pour le foie. Des doses plus faibles que les doses usuelles sont donc indiquées dans ces cas, et si le traitement est prolongé, on conseille d'effectuer des déterminations sériques en tétracycline. **Effets Secondaires** Glossite, stomatite, nausées, diarrhée, flatulence, proctite, vaginite, dermatite et réactions allergiques peuvent se manifester. **Contre-Indications** Sujets hypersensibles à la tétracycline.

Tetrex-APC — Capsules Composition Chaque capsule contient phosphate complexe de tétracycline équivalant à chlorhydrate de tétracycline, 125 mg.; acide acétylsalicylique, 150 mg.; phénacétine, 120 mg.; caféine, 30 mg. et citrate de phényltoloxamine (Bristamine), 25 mg. **Indications** Traitement des infections bactériennes des voies respiratoires supérieures causées par des organismes sensibles à la tétracycline, lorsqu'il est avantageux d'obtenir un soulagement concomitant des symptômes qui y sont associés, tels que: fièvre, malaise et congestion des membranes muqueuses respiratoires. **Contre-Indications** Sujets ayant des antécédents d'hypersensibilité à l'un ou l'autre des ingrédients de cette formule. **Précautions** Mêmes observations que pour Tetrex. Certains sujets peuvent éprouver de la somnolence due aux effets de l'antihistamine; ils devront être avertis d'être prudents ou de s'abstenir de conduire une voiture ou d'accomplir un travail de précision. **Effets Secondaires** Mêmes observations que pour Tetrex. **Posologie Adultes** — Dose initiale 2 capsules, puis 1 ou 2 capsules 3 à 4 fois par jour, en doses également réparties. **Enfants** — 6 à 12 ans — la moitié de la dose pour adultes. Consulter les instructions de la posologie pour Tetrex.

Tetrex-F — Capsules Composition Chaque capsule contient phosphate complexe de tétracycline équivalant à chlorhydrate de tétracycline, 250 mg. et nystatine, 250,000 unités. **Indications** Traitement des infections bactériennes des voies respiratoires, gastro-intestinales et génito-urinaires, en particulier lorsqu'une surinfection moniliale risque de compliquer l'antibiothérapie. **Contre-Indications** Sujets ayant des antécédents d'hypersensibilité à l'un ou l'autre des ingrédients de cette formule. **Mise en Garde** Mêmes observations que pour Tetrex. **Précautions** Bien que cette combinaison minimise le risque de prolifération moniliale, une surinfection causée par d'autres organismes non sensibles est toujours possible au cours des traitements de tétracycline. Dans de tels cas, on doit appliquer les mesures appropriées. **Effets Secondaires** Mêmes observations que pour Tetrex. **Posologie** Basée d'après le contenu en tétracycline. **Adultes** — la dose ordinaire est de 1 Gm. par jour en 4 doses divisées de 250 mg. chacune. Les infections graves nécessitent des doses plus fortes. *Urétrite gonococcique aiguë*: 500 mg. 3 fois par jour pour un traitement d'une journée. Les malades du sexe féminin peuvent nécessiter une thérapie de plus longue durée. *Acné pustuleuse*: 250 mg. 4 fois par jour, ou 500 mg. 2 fois par jour au début du traitement. La posologie sera diminuée aussitôt que l'infection sera controlée. *Bronchite chronique*: 250 mg. 4 fois par jour, ou 500 mg. 2 fois par jour. Des doses plus fortes peuvent être nécessaires dans les crises aiguës. **Posologie Enfants** — la posologie habituelle est de 25 mg. par Kg. (2.2 lbs.) de poids corporel, par jour en 4 doses divisées, sans excéder la dose recommandée pour les adultes. *Consulter les instructions de la posologie pour Tetrex.*

Azotrex — Capsules Composition Chaque capsule contient phosphate complexe de tétracycline équivalant à chlorhydrate de tétracycline, 125 mg.; sulfaméthizol, 250 mg. et chlorhydrate de phénazopyridine, 50 mg. **Indications** Comme traitement d'attaque dans la cystite, l'urétrite, la pyélonéphrite, l'urétérite et la prostatite causées par des infections bactériennes. Pour continuer le traitement, l'agent approprié sera établi d'après les résultats des analyses de laboratoire. **Contre-Indications** Sujets ayant des antécédents de réactions à l'un ou l'autre des ingrédients de cette formule; nourrissons nés avant terme, nouveau-nés, femmes enceintes sur le point d'accoucher; ou patients souffrant de glomérulonéphrite chronique, d'urémie, d'hépatite aiguë d'insuffisance rénale ou hépatique, ou dans la pyélite grave de la grossesse. **Précautions et Effets Secondaires** Mêmes observations s'appliquant à Tetrex et aux sulfamides. Les patients devront être avertis que la teinture "azo" contenue dans les capsules confère à l'urine une teinte rouge-orangé. On doit s'assurer de maintenir un débit urinaire adéquat et administrer suffisamment de liquide. **Posologie Adultes** — 1 ou 2 capsules 4 fois par jour. Les infections urinaires graves ou rebelles peuvent nécessiter des doses plus fortes. **Enfants** — en proportion. Dans les cas aigus et sans complications, le traitement devra être poursuivi aussi longtemps que les cultures ne seront pas stériles, i.e., 7 à 14 jours. La médication doit être administrée 1 heure avant ou 2 heures après les repas. Le calcium, en particulier, gêne l'absorption de la tétracycline.

BRISTOL
BRISTOL LABORATORIES OF CANADA
DIVISION OF BTI PRODUCTS LTD
CANDIAC, PQ



Un diurétique — antihypertenseur comme traitement initial ou à long terme, ou encore comme élément de base d'une association médicamenteuse.

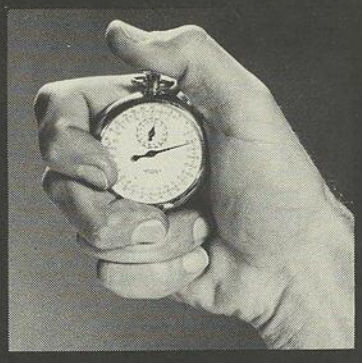
MERCK SHARP & DOHME CANADA LIMITED/LIMITÉE

La recherche d'aujourd'hui au service de la thérapeutique de demain

HYDRODIURIL*
(hydrochlorothiazide, MSD Std)

*Marque déposée

Renseignements complets fournis sur demande



resilac
fait peau neuve

Toujours très efficace pour stopper les diarrhées . . .

Resilac est maintenant plus facile d'emploi grâce au nouveau tubule auto-cassable scellé sous azote.

composition:
1 milliard de lactobacilles vivants, lyophilisés, antibiorésistants.

posologie:
1 à 2 tubules par jour.

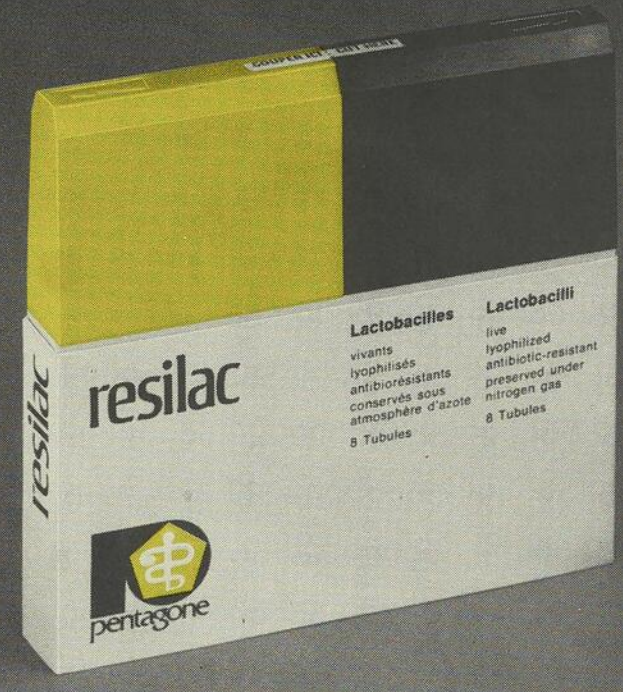
contre-indications:
on n'en connaît aucune.

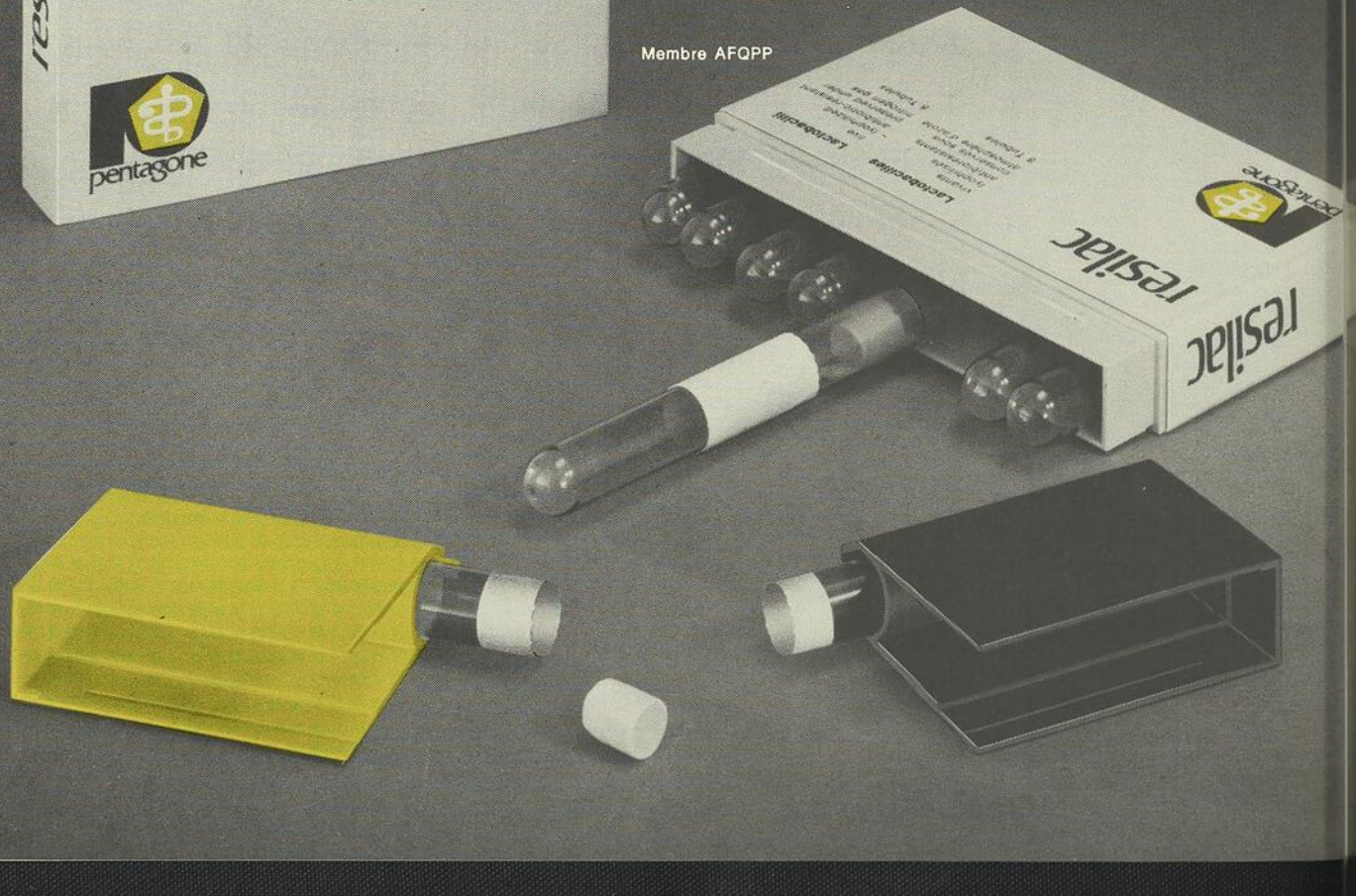
présentation:
disponible en étui de 8 tubules.

Documentation professionnelle incluant la bibliographie envoyée sur demande.

pentagone
LABORATOIRE LTÉE
Montréal, Canada

Membre AFQPP





sommaire

ÉDITORIAL

Rosaire GINGRAS :
LA VIE MÉDICALE AU CANADA FRANÇAIS 963

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

COMITÉS I
CONSEIL D'ADMINISTRATION II
REMERCIEMENTS II

PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE

Roger BOUTIN, Céline GUAY et Micheline SALVAIL :
DE LA PSYCHANALYSE À LA PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE : LES VICISSITUDES D'UNE ÉQUIPE THÉRAPEUTIQUE 965

Fernando LÉAL, Madeleine LEDUC, Françoise MERCIER et Renée HÉTU :
LE SECTEUR URBAIN OU LA NÉGATION DE LA COMMUNAUTÉ : RECHERCHE SUR LES CARACTÉRISTIQUES PSYCHOSOCIALES ET LES ASPIRATIONS D'UNE POPULATION 970

Daniel SILVER, Henry KRAVITZ, Samuel STEIN and Thomas DOW :
A HOSPITAL YOUTH SERVICE DIRECTED BY DETACHED WORKERS 976

Denis DOYON :
LA PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE SUR LA RIVE SUD 981

P. LAPOINTE et M. LEFEBVRE :
L'ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE DE L'EST . 984

Arthur AMYOT et André BLANCHET :
DESCRIPTION DE LA RÉGION DU NORD-OUEST QUÉBÉCOIS ET IMPLANTATION DES ÉQUIPES DE SECTEUR 990

Maurice LEDUC, Gérard DUCEPPE, Raymonde HACHEY, Denise L'ÉCUYER et Jean-Jacques LUSSIER :
UNE ÉQUIPE VOLANTE DE PSYCHIATRIE. UNE EXPÉRIENCE VÉCUE 997

Claude LEBLANC :
ÉTUDE COMPARATIVE DU TRAVAIL CLINIQUE DE L'ÉQUIPE ITINÉRANTE DE PSYCHIATRIE INFANTILE DU NORD-OUEST QUÉBÉCOIS POUR LES ANNÉES 1969 ET 1970 1003

M. MESSIER, R. FORTIN, C. BOUCHARD et L. LAZAR :
RENTABILITÉ DES ÉQUIPES VOLANTES AU POINT DE VUE DES MALADES, DE LA RÉGION ET DES ÉQUIPES ELLES-MÊMES 1010

Pierre MIGNEAULT :
LE FOYER DE STONEHAM : LE PSYCHIATRE, SON « DÉBILE » ET LA PSYCHANALYSE 1017

J. Michael DRAPER :
LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE COMME MODE D'ACTION POLITIQUE 1024

Pierre-E. LAPORTE :
UN DÉFI POUR LA PSYCHIATRIE DE COMMUNAUTÉ 1029

PSYCHIATRIE INFANTILE

Robert LADOUCEUR et Jean HILLEL :
PERCEPTION DES PROFESSEURS ET DES PARENTS FACE À DES ENFANTS-PROBLÈMES 1033

K. MINDE, S. SILVER and D. KILLOU :
SOME ASPECTS OF CEREBRAL PALSY AND ITS TREATMENT AS PERCEIVED BY THE FAMILIES OF 49 CHILDREN 1041

(suite du sommaire à la page 5)

* Tenu à Sherbrooke, les 22, 23 et 24 avril 1971.

Temps perdu ne revient plus . . . mais la pharyngite, elle, revient!



Chez certains écoliers, les résultats scolaires médiocres peuvent être attribués plus souvent à l'échec de l'antibiothérapie qu'à l'aptitude de l'enfant. Une pharyngite streptococcique récidivante peut être la cause de ce temps perdu...

Lors d'une étude récente, les échecs de la pénicilline et de l'érythromycine se sont soldés par des récidives cliniques et l'apparition d'un état de porteur de germes chez 15 à 20% des enfants observés.[1]

Cependant, il ressort des expériences cliniques de cinq chercheurs que l'emploi du Dalacin C dans les infections β-hémolytiques s'est traduit, non seulement par une réaction initiale aussi rapide que celle obtenue avec la pénicilline, mais encore par un taux de récidives n'atteignant que 3%.[2]

En prescrivant le Dalacin C, vous pouvez éliminer non seulement l'infection et ses récidives, mais aussi le problème scolaire.

1. Breese, B.B., et al. (1966). Amer. J. Dis. Child., *111*:128
2. Dossiers de la recherche médicale. La Compagnie Upjohn.

moins de récidives post-thérapeutiques avec le

Dalacin C

- promptes concentrations sériques bactéricides
- réaction clinique initiale rapide
- suppression constante de l'infection
- faible fréquence de réactions de sensibilité
- tolérance extrêmement bonne

Informations et posologie, à la page 36

sommaire

(suite)

Gisèle LEGAULT :
UTILISATION DU PSYCHODRAME, AUPRÈS D'UN GROUPE D'ENFANTS DE 8 À 11 ANS 1049

Y. GAUTHIER, S. RICHER, P. CHARTIER, E.DeVISSCHER, D. FOUCHARD et F. LAMY :
L'ACTIVITÉ FANTASMATIQUE D'ENFANTS DE CINQ ANS, DE MILIEUX FAVORISÉS ET DÉFAVORISÉS . . . 1057

PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

H. E. LEHMANN and T. A. BAN :
CONDITIONAL REFLEX STUDIES IN THE SCHIZOPHRENIAS 1071

Robert LADOUCEUR et Jean HILLEL :
TRAITEMENT D'UN TIQUEUR PAR THÉRAPIE BEHAVIORALE 1076

Maurice BROSSEAU et Jacques DESJARDINS :
ANOREXIE MENTALE. ESSAI D'INDIVIDUALISATION DE L'ANOREXIE MENTALE VRAIE 1080

J. NAIMAN :
A COMPARISON BETWEEN UNMARRIED WOMEN SEEKING THERAPEUTIC ABORTION AND UNMARRIED MOTHERS 1086

Carmen des FRANCS :
ÉTUDE DES CAS CLINIQUES PAR LE PSYCHODRAME ANALYTIQUE 1089

Jean LEBLANC, Marcel BOUGIE et J.-M. GARAND :
FORMATION PROFESSIONNELLE ET TECHNIQUES D'EXPRESSION (EXPÉRIENCE CONJOINTE DE L'OPTAT ET DE L'ONF) 1091

J. ALARCIA et L. TÉTREAULT :
ÉVALUATION COMPARATIVE DU « TRAINING » AUTOGÈNE ET DE L'HYPNOSE CHEZ DES ÉTUDIANTES INFIRMIÈRES 1096

Autres communications présentées au Congrès

Serge CÔTÉ :
EXPÉRIENCE VÉCUE D'UN RÉSIDENT EN PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE

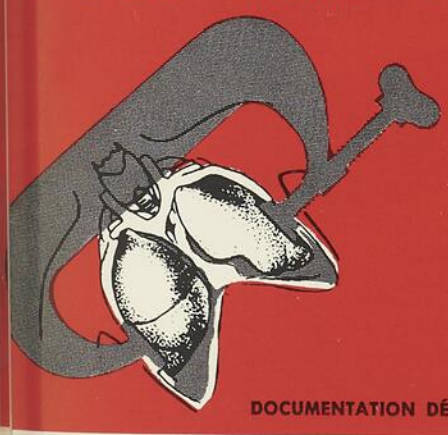
A. BLANCHET, M. BERTRAND, A. VINET et J. DESTROOPER :
PRÉSENTATION AUDIO-VISUELLE : L'EFFET D'UN AMÉNAGEMENT NOUVEAU SUR UNE POPULATION DE DÉFICIENTS MENTAUX

J. ST-LAURENT :
LA POSITION DE LA PSYCHIATRIE DANS LA DISTRIBUTION DES SOINS MÉDICAUX

(suite du sommaire à la page 18)

RONCHITES — ASTHME — TOUX OPINIATRES

	Solution (c. à thé)	Par comprimé rainuré
Gaïacolate de Glycéryle	50 mg.	100 mg.
Iodure de Potassium	80 mg.	160 mg.
Dihydroxypropylthéophylline	50 mg.	100 mg.
Maléate de Mépyramine	6 mg.	12 mg.



I. D. M. EXPECTORANT

Dose moyenne : *Adultes* : 2 c. à thé **ou** 1 comprimé, 4 fois par jour.
Enfants (6 ans et plus) : ½ à 1 c. à thé (selon l'âge et le poids) 3 fois par jour.
Enfants (6 ans et moins) : ½ c. à thé/15 lbs., 2 à 3 fois par jour, à 8 heures d'intervalle.
Dose d'attaque (crise d'asthme) : Doubler les doses mentionnées plus haut.

N.B. - Pour les *enfants*, selon le poids et en respectant des intervalles de 8 heures.

PRECAUTIONS : Ne pas administrer dans les 12 heures qui suivent l'emploi d'une théophylline. Des doses fortes ou prolongées données aux enfants, aux femmes enceintes et à certains sujets peuvent déterminer des symptômes d'hypothyroïdie ou d'iodisme.

CONTRE-INDICATIONS : Intolérance aux composants. Ulcère gastro-duodénal. Hyperthyroïdie.

DOCUMENTATION DÉTAILLÉE SUR DEMANDE

JR ROUGIER

(C)

alfapsin®

(Alphachymotrypsine)

cristallisée, dialysée et lyophylisée

Thérapeutique enzymatique anti-inflammatoire

Hâte les processus physiologiques de résorption des oedèmes et hématomes.

CONTRE-INDICATIONS: Eviter l'emploi de la pommade sur les plaies cutanées, eczémas, dermatoses allergiques ou infectées, ou au voisinage des yeux; l'injection est contre-indiquée dans toutes les ankyloses spontanées ou chirurgicales, les gros fracas articulaires ayant laissé un déséquilibre osseux, arthrite aiguë ou subaiguë à pyogène en cours et en décours.

MISE EN GARDE: L'alphachymotrypsine étant une protéine étrangère, elle peut donc sensibiliser un patient, surtout lorsqu'elle est injectée de façon périodique.

Il y a lieu alors de vérifier la susceptibilité individuelle lors de traitements itératifs ou lorsque le malade a déjà présenté des accidents de sensibilisation médicamenteuse. Il est alors préférable de n'entreprendre le traitement que sous couvert d'antihistaminiques. Il convient de disposer, pour un emploi éventuel, d'épinéphrine ou de corticostéroïdes en cas d'une réaction anaphylactique.

Une irritation locale se manifestant p une sensation de prurit ou, dans des cas exceptionnels, par une ulcératio de la muqueuse, a déjà été observée lors de l'emploi de l'Alphachymotryps par la voie sublinguale. De plus, on a déjà signalé la possibilité d'oedème local et de douleur après les injectio intramusculaires, intra et périarticulaires du médicament.

PRÉSENTATION: INJECTABLE: Boît de 5 flacons (25 u.C.Hb) Voie intramusculaire (25 à 50 u.C.Hb par jour)
COMPRIMÉS: 20 comprimés (25 u.C.Hb) Voie sublinguale (5 à 8 comprimés par jour).
POMMADE: Tube de 20 g. (300 u.C.Hb) Voie percutanée (3 à 4 applications quotidiennes).
Renseignements complets disponibl sur demande.

laboratoires anglo-french

Montréal — Québec

Agent exclusif des
Laboratoires Choay—France

MEMBRE A/P/Q/P — MEMBRE ACFP

Volume 42, number 10 December, 1971

Laval médical

Contents

EDITORIAL

Rosaire GINGRAS :
« LA VIE MÉDICALE AU CANADA FRANÇAIS » SUCCEEDS TO « LAVAL MÉDICAL » (french) 963

SEVENTH ANNUAL CONVENTION OF THE QUEBEC PSYCHIATRIC ASSOCIATION *

COMMUNITY PSYCHIATRY

COMMITTEES I
BOARD OF DIRECTORS II
ACKNOWLEDGEMENTS II

COMMUNITY PSYCHIATRY

Roger BOUTIN, Céline GUAY and Micheline SALVAIL :
FROM PSYCHOANALYSIS TO COMMUNITY PSYCHIATRY (french) 965

Fernando LÉAL, Madeleine LEDUC, Françoise MERCIER and Renée HÉTU :
THE URBAN SECTOR OR THE NEGATION OF THE COMMUNITY : A RESEARCH ON THE PSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS AND THE ASPIRATIONS OF A POPULATION (french) . 970

Daniel SILVER, Henry KRAVITZ, Samuel STEIN and Thomas DOW :
A HOSPITAL YOUTH SERVICE DIRECTED BY DETACHED WORKERS 976

Denis DOYON :
COMMUNITY PSYCHIATRY ON THE SOUTH SHORE OF MONTREAL (french) 981

P. LAPOINTE and M. LEFEBVRE :
EVOLUTION OF THE ORGANIZATION OF THE EAST COMMUNITY HEALTH CENTER (french) 984

Arthur AMYOT and André BLANCHET :
THE IMPLANTATION OF PSYCHIATRIC SERVICES IN NORTHERN QUEBEC THROUGH MOBILE TEAMS (FROM MONTREAL) (french) . 990

M. LEDUC, G. DUCEPPE, R. HACHEY, D. L'ÉCUYER and J.-J. LUSSIER :
A MOBILE TEAM IN PSYCHIATRY (french) . . 997

Claude LEBLANC :
COMPARATIVE STUDY OF THE CLINICAL ACTIVITY OF A MOBILE INFANTILE PSYCHIATRIC TEAM IN THE QUEBEC NORTH-WEST REGION (1969 AND 1970) (french) 1003

M. MESSIER, R. FORTIN, C. BOUCHARD and L. LAZAR :
EFFICIENCY FOR THE PATIENTS, FOR THE REGION AND FOR THE TEAM ITSELF OF THE MOBILE TEAMS IN PSYCHIATRY (french) 1010

Pierre MIGNEAULT :
LE FOYER DE STONEHAM : A GROUP HOME FOR MENTALLY RETARDED (french) 1017

J. Michael DRAPER :
PSYCHIATRIC PRACTICE AS A FORM OF POLITICAL ACTION (french) 1024

Pierre-E. LAPORTE :
THE CHALLENGE OF COMMUNITY PSYCHIATRY (french) 1029

CHILD PSYCHIATRY

Robert LADOUCEUR and Jean HILLEL :
PERCEPTION OF TEACHERS AND PARENTS TOWARD PROBLEM CHILDREN (french) 1033

K. MINDE, S. SILVER and D. KILLOU :
SOME ASPECTS OF CEREBRAL PALSY AND ITS TREATMENT AS PERCEIVED BY THE FAMILIES OF 49 CHILDREN 1041

Gisèle LEGAULT :
PSYCHODRAMA IN A GROUP OF 8–11 YEAR OLD CHILDREN (french) 1049

Y. GAUTHIER, S. RICHER, P. CHARTIER, E. DeVISSCHER, D. FOUCHARD and F. LAMY :
FANTASMATIC ACTIVITY OF FIVE YEAR OLD ADVANTAGED AND DISADVANTAGED CHILDREN (french) 1057

GENERAL PSYCHIATRY

H. E. LEHMANN and T. A. BAN :
CONDITIONAL REFLEX STUDIES IN THE SCHIZOPHRENIAS 1071

(continued on page 18)

* Held in Sherbrooke, April 22, 23 and 24, 1971.

MEMBRE
ACFP

Ceporan Pr

(céphaloridine)

N'attendez pas au dernier moment pour recommander l'antibiotique Ceporan — en faibles doses recommandées il est efficace, sûr et économique pour le traitement de la plupart des infections ordinaires.

'Comme antibiotique à large spectre, il rivalise avec l'ampicilline. En fait, son spec[tre] e[st] plus large, étant donné qu'il inclut certaines espèces ou souches de Klebsiella et P[roteus] qui sont très résistantes à l'ampicilline."[1]

Ceporan, le premier antibiotique à la céphalosporine au Canada—tue rapideme[nt] un[e] large gamme d'organismes gram-positifs et gram-négatifs. Il est bien toléré par les per[sonnes] allergiques à la pénicilline—son absence d'effets toxiques est remarquable. Son in[jection] ne produit pour ainsi dire aucune douleur. Un des antibiotiques les plus sûrs. Son [action] extrêmement efficace permet des résultats cliniques rapides.

[1] Editorial, Brit. Med. J., **5419,** 1211-1212

Gamme d'activité Le Ceporan est bactéricide. Une concentration in vitro de 1 µg/ml ou moins détruit la plupart de[s souches] des bactéries gram-positives suivantes: Staphylococcus aureus. Streptococcus pyogenes, Diplococcus pneumoni[ae,] Streptococcus viridans, Corynebacterium diphtheriae. A une concentration in vitro de 8 µh/ml ou moins, le Ceporan détruit aussi la plupart des souches des bactéries gram-négatives suivantes: E Coli, Proteus mirabilis, Klebsiella spp. Haemophilus influenzae, Neisseria gonorrhoea, Neisseria catarrhalis.

Le Ceporan est particulièrement indiqué lorsque la pénicilline ne peut pas être utilisée, soit parce que l'on sait ou l'on suppose, que le patient y est sensibilisé ou que l'organisme est résistant à la pénicilline, ou que l'infection risque d'être une infection mixte.

Administration Le Ceporan peut être administré par injection ou instillation intraveineuse. L'injection intramusculaire sous-cutanée profonde est la plus souvent utilisée, et le produit n'occasionne pas de douleur, même après usage répété. De larges doses ont été administrées par instillation intraveineuse sans causer de phlébite; une injection intraveineuse d'une solution concentrée n'est pas recommandée. Après l'injection intraveineuse, des niveaux maximums de sérum sont atteints en 30 minutes environ et de bons niveaux de sérum sont maintenus pendant 6 à 8 heures.

Dosage Le dosage du Ceporan est facilement calculé selon le poids du corps. Un tableau à cet effet, est inclus dans l'embal-lage. Les infections de sévérité modérée dues aux organismes gram-positifs réagissent à 20 mg/kg/jour. Les infections dues à des organismes gram-négatifs, et les infections mixtes réagissent habituellement à 40 mg/kg/jour. Des doses atteignant jusqu'à 100 mg/kg/jour ont été utilisés par les chercheurs cliniques pour les infections sévères d'étiologie inconnue, dans la septicémie, l'endocardite bactérienne subaiguë, les infections post-opératoires, la péritonite et l'ostéomyélite. Il n'est probablement pas recommandé d'excéder 6 grammes par jour chez l'adulte. L'expérience clinique avec des dosages élevés est limitée, et les patients devront être surveillés pour déceler la présence d'effets secondaires.

Précautions et Contre-Indications Cephaloridine ne devrait pas être administrée à des femmes enceintes à moins que le médecin ne juge qu'elle soit essentielle à la santé de la malade.

Chez les patients ayant une mauvaise fonction rénale, le dosage peut avoir besoin d'être ajusté selon le taux d'urée et la fonction rénale et les niveaux de céphaloridine devront être surveillés.

Le Ceporan est inactif contre les protozoaires, les helminthes et les fongus, y compris les Candida albicans. Bien que Proteus mirabilis, la plus commune des espèces de Proteus, soit sensible au Ceporan, l'antibiotique n'est généralement pas actif contre les autres espèces de Proteus. Le Pseudomonas pyocyanea et le Brucella abortus sont aussi insensibles au Ceporan, et celui-ci a seulement une faible activité contre le Mycobacterium tuberculosis. Des souches de Streptococcus faecalis et d'Aerobacter aerogenes varient en sensibilité. En général, les organismes qui développent une resistance aux autres antibiotiques conservent leur sensibilité au Ceporan; le Ceporan est donc habituellement actif contre les staphylocoques pénicillino-résistants.

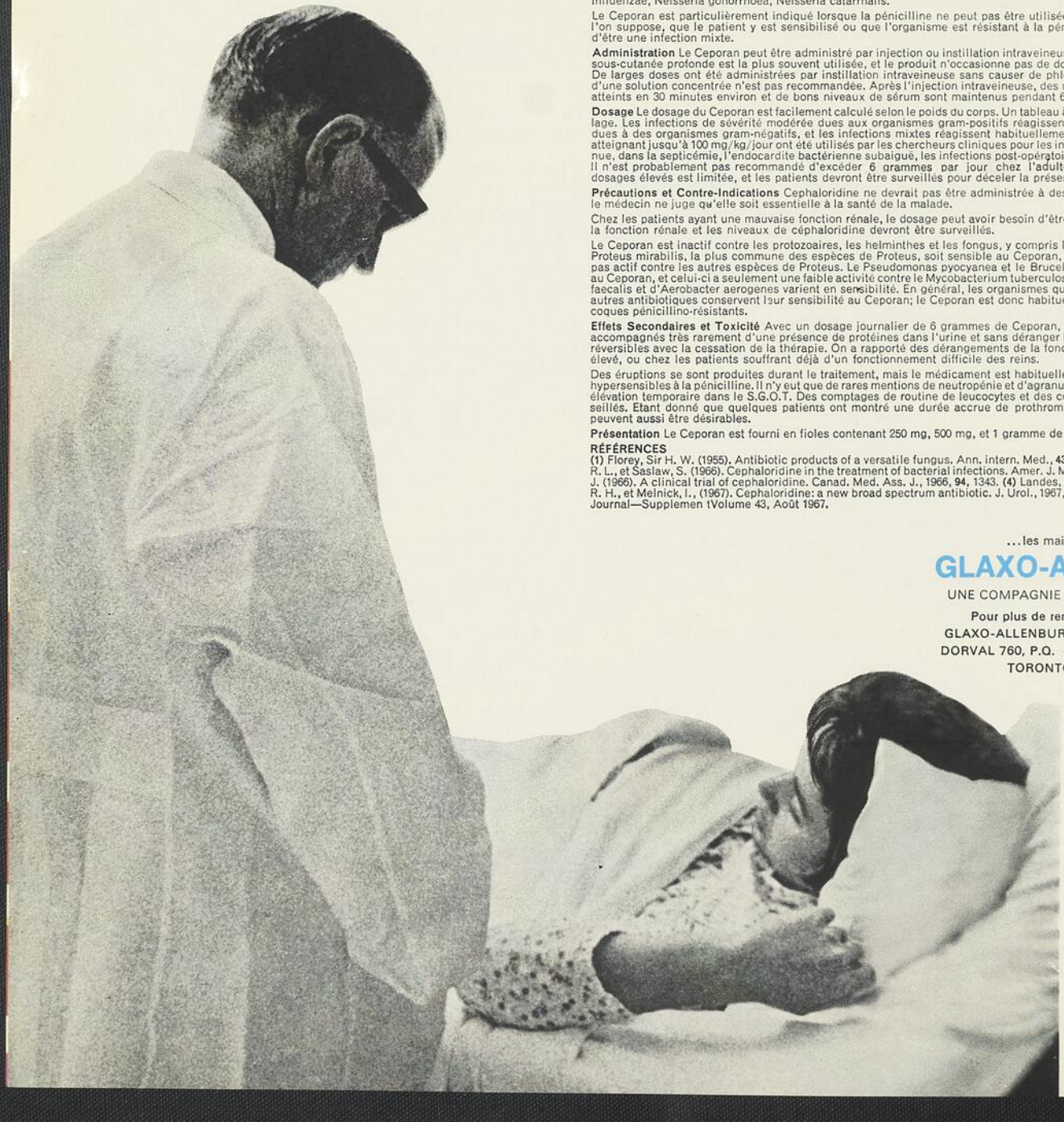
Effets Secondaires et Toxicité Avec un dosage journalier de 6 grammes de Ceporan, des cylindres peuvent apparaître accompagnés très rarement d'une présence de protéines dans l'urine et sans déranger la fonction rénale. Ces effets sont réversibles avec la cessation de la thérapie. On a rapporté des dérangements de la fonction rénale associés à un dosage élevé, ou chez les patients souffrant déjà d'un fonctionnement difficile des reins.

Des éruptions se sont produites durant le traitement, mais le médicament est habituellement bien toléré par les personnes hypersensibles à la pénicilline. Il n'y eut que de rares mentions de neutropénie et d'agranulocytoses passagères ainsi qu'une élévation temporaire dans le S.G.O.T. Des comptages de routine de leucocytes et des comptages de plaquettes sanguins seillés. Etant donné que quelques patients ont montré une durée accrue de prothrombine, des études de coagulation peuvent aussi être désirables.

Présentation Le Ceporan est fourni en fioles contenant 250 mg, 500 mg, et 1 gramme de céphaloridine en boîtes.

RÉFÉRENCES

(1) Florey, Sir H. W. (1955). Antibiotic products of a versatile fungus. Ann. intern. Med., **43,** 480. **(2)** Apicella, M. A., R. L., et Saslaw, S. (1966). Cephaloridine in the treatment of bacterial infections. Amer. J. Med. Sci., 1966, **251,** 266. **(3)** J. (1966). A clinical trial of cephaloridine. Canad. Med. Ass. J., 1966, **94,** 1343. **(4)** Landes, R. R., McCormick, B. H., R. H., et Melnick, I., (1967). Cephaloridine: a new broad spectrum antibiotic. J. Urol., 1967, **97,** 147. **(5)** Postgraduat[e] Journal—Supplemen tVolume 43, Août 1967.



...les mains de l'expérience

GLAXO-ALLENBU[RYS]

UNE COMPAGNIE GLAXO CANADA LIT[EE]

Pour plus de renseignements, écrivez

GLAXO-ALLENBURYS, 9561 CÔTE DE LI[ESSE]
DORVAL 760, P.Q. • 1 DORCHESTER A[VE]
TORONTO 550, ONTARIO

Laval médical

Revue canadienne de l'actualité médicale et biologique

Administration et rédaction

Directeur : Docteur R. Gingras
Rédacteur en chef : Docteur G.-A. Bergeron
Rédacteur adjoint : Docteur Pierre Potvin
ecrétaire de la rédaction : Mlle Lucile Blain
Adjoint au directeur : M. Jean Arcand
Secrétaire administrative : Mlle J. Bergeron
Directeur de la publicité : M. Alain Flautre

Comité d'orientation et de planification

Docteur Jean-Marie Lemieux, *président*
Monsieur Jean Arcand
Docteur Georges-A. Bergeron
Docteur Jean-Paul Dechêne
Docteur Jean Delâge
Docteur Jacqueline Demers-Larue
Docteur Raynald Déry
Docteur Paul Fugère
Docteur Jean-Baptiste Jobin
Docteur Pierre Jobin
Docteur Fernand Labrie
Docteur Yves Marquis
Docteur Corneille Radouco-Thomas
Docteur Alain Rousseau
Docteur Pierre Potvin, *secrétaire*

Secrétariat : Faculté de médecine
Université Laval
Québec
418 / 656-2944

Enregistrement no 2158
Courrier de la deuxième classe
Port de retour garanti

Une arme de plus pour favoriser la guérison! Voilà ce qu'offre Allbee® avec C-550.



Selon les experts: "L'importance des vitamines B et C dans la guérison des plaies est un fait bien connu."[1] ". . . le traumatisme consécutif à une intervention chirurgicale peut engendrer une déficience vitaminique relative."[2] De plus, une alimentation non équilibrée ou insuffisante, avant l'hospitalisation ou pendant la convalescence, peut taxer plus encore les ressources physiologiques du patient.

Allbee avec C-550 est alors tout indiqué. Sa teneur en vitamine C plus généreuse que jamais auparavant, ajoutée au complexe B, satisfait largement aux besoins accrus de l'organisme et comble les carences. Il contribue ainsi à mieux préparer le patient à l'opération et favorise sa convalescence.

Références:

1. Rosenbloom, L. A.: American J. Gastroent., 28:507, 1957.
2. Hayes, M. A.: Ann. Surg. 140:661, 1954.

Formule:
Mononitrate de thiamine (B_1), 15 mg; Riboflavine (B_2), 10 mg; Chlorhydrate de pyridoxine (B_6), 5 mg; Niacinamide, 50 mg; d-Pantothénate de calcium, 10 mg; Acide ascorbique (Vitamine C), 550 mg. Disponible en pharmacies, en flacons de 30, de 100 et de 500, pour votre prescription ou votre recommandation.

La Compagnie A. H. Robins du Canada, Ltée, Montréal, Québec

A·H·ROBINS

COMITÉ SCIENTIFIQUE

M. le professeur Rosaire GINGRAS, *président ;*

M. le professeur Jean-Luc BEAUDOIN,
doyen de la Faculté de médecine ;

M. le professeur Louis POIRIER,
directeur du Département d'anatomie ;

M. le professeur André JACQUES,
directeur du Département d'anesthésie et de réanimation ;

M. le professeur Louis-Marie BABINEAU,
directeur du Département de biochimie ;

M. le professeur Wilfrid CARON,
directeur du Département de chirurgie ;

M. le professeur Yves MORIN,
directeur du Département de médecine ;

M. le professeur Léo GAUVREAU,
directeur du Département de microbiologie ;

M. le professeur René SIMARD,
directeur du Département d'obstétrique et gynécologie ;

M. le professeur Paul FUGÈRE,
directeur du Département d'oto-rhino-laryngologie et d'ophtalmologie ;

M. le professeur Jean-Louis BONENFANT,
directeur du Département de pathologie ;

M. le professeur Donat LAPOINTE,
directeur du Département de pédiatrie ;

M. le professeur Corneille RADOUCO-THOMAS,
directeur du Département de pharmacologie ;

M. le professeur Claude FORTIER,
directeur du Département de physiologie ;

M. le professeur Charles-A. MARTIN,
directeur du Département de psychiatrie ;

M. le professeur adjoint Luc AUDET,
directeur du Département de radiologie ;

M. le professeur agrégé Alain ROUSSEAU,
directeur de la section d'ophtalmologie.

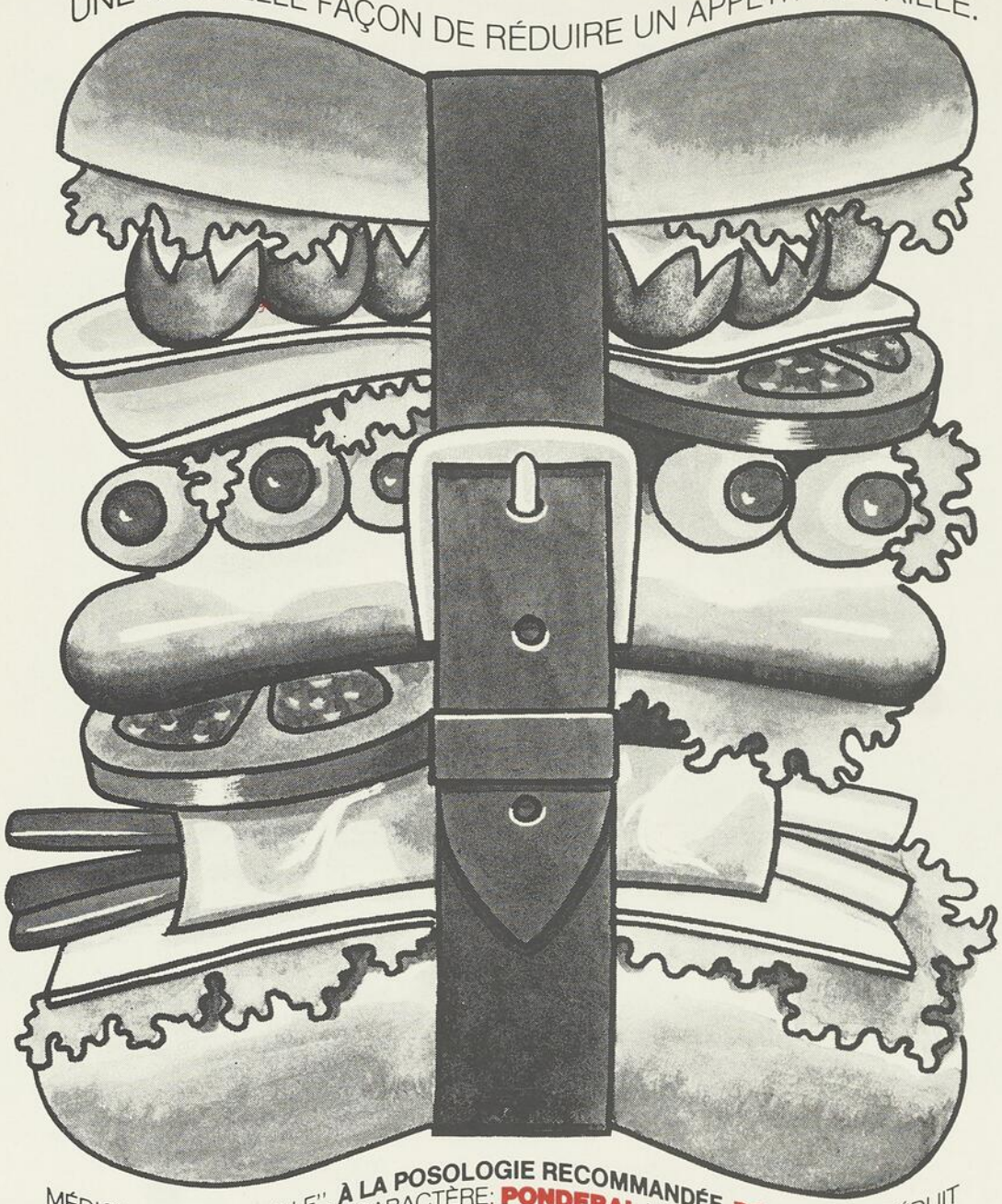
CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

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 Alexandre BRUNSCHWIG, 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.

PONDERAL

Chlorhydrate de FENFLURAMINE, FRANCA

UNE NOUVELLE FAÇON DE RÉDUIRE UN APPÉTIT DE TAILLE.



MÉDICAMENT DE "TAILLE". **À LA POSOLOGIE RECOMMANDÉE, PONDERAL:** RÉDUIT L'APPÉTIT SANS ALTÉRER LE CARACTÈRE; **PONDERAL** NE PERTUBE PAS LE SOMMEIL PARADOXAL; **PONDERAL** FACILITE LE CONTRÔLE DE LA FAIM NOCTURNE. **PONDERAL** MÉDICAMENT NOUVEAU POUR LA MALADIE DU SIÈCLE.

POSOLOGIE: Pour débuter, 3 comprimés par jour. Si nécessaire, et si la tolérance est bonne, la posologie peut être augmentée d'un comprimé par jour à intervalles d'une semaine jusqu'à ce qu'une posologie maxima de deux comprimés trois fois par jour soit atteinte. Chez les patients qui n'auraient pas bien toléré la posologie initiale, celle-ci peut être réduite à deux comprimés par jour et ensuite graduellement augmentée en vue de minimiser les effets secondaires.

EFFETS SECONDAIRES: Les effets secondaires ou réactions indésirables le plus souvent rapportées en clinique furent la somnolence, les étourdissements, la diarrhée, la fréquence urinaire, les nausées et la sécheresse de la bouche.

PRÉCAUTIONS: Pondéral peut être utilisé avec précaution chez les patients avec hypertension modérée. A cause de la possibilité de Pondéral de causer une somnolence légère à modérée, la réponse individuelle du patient doit être estimée avant qu'il ne s'engage dans des activités nécessitant de la vigilance. Pondéral peut potentialiser d'autres drogues ayant une action sur le SNC. Grandes précautions chez les patients souffrant d'hypertension sévère, affection coronarienne aiguë, thyréotoxicose.

CONTRE-INDICATIONS: Glaucôme, hypersensibilité à la fenfluramine, administration concurrente de IMAO. Il n'est pas recommandé d'utiliser Pondéral chez les femmes enceintes.

LABORATOIRES
FRANCA
Montréal Canada.
Membre: AFQPP—ACFP

Monographie complète disponible sur demande.

INSTRUCTIONS AUX COLLABORATEURS

Conditions de publication

Le *Laval médical* paraît tous les mois sauf en juillet et août. Revue canadienne de l'actualité médicale et biologique, le *Laval médical* publie des articles éditoriaux, des travaux originaux et des revues générales sur recommandation de son comité de rédaction.

Manuscrits

Les manuscrits doivent être dactylographiés à double interligne. Dans la mesure du possible, les travaux originaux doivent comprendre les divisions suivantes : introduction, matériel et techniques, résultats, discussion, résumé et bibliographie. Les tableaux doivent être numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Figures et tableaux doivent être accompagnés d'une légende courte et précise. Les nombres en bas de dix s'écrivent en lettres. Les fractions décimales s'écrivent avec une virgule et une quantité inférieure à l'unité appelle le singulier : 0,5 mg est injecté . . . Les abréviations d'unités s'écrivent sans point et ne prennent pas d's au pluriel. Voici les principales abréviations utilisées : kg, g, mg, μg, cm, mm, l, ml. Au symbole %, on préférera pour cent ou p. 100. Dans le texte les citations sont numérotées et renvoient aux numéros de la bibliographie.

Bibliographies

La bibliographie doit être présentée par ordre alphabétique et les références disposées comme suit : nom et initiales des auteurs, titre intégral de l'article, titre du périodique, tome et volume, numéro de page et année. Par exemple : METAIS, P., SACREZ, A., et WARTER, J. Les iso-enzymes sériques de la lactico-déshydrogénase, *Presse méd.*, 72 : 163, 1964.

Dans les titres d'articles en anglais, on n'emploie pas de majuscules. Les abréviations de titres de périodiques sont celles qu'utilise l'Index Medicus.

Clichés

Pour fins de clichage, nos collaborateurs doivent fournir des photographies bien contrastées. Les dessins doivent être faits à l'encre noire sur papier blanc.

Abonnement

Le prix de l'abonnement est de quinze dollars par année au Canada et de vingt dollars à l'étranger.

Microfilms

Tous les anciens numéros du *Laval médical* sont maintenant microfilmés par University Microfilms, Inc., 313 North First Street, Ann Arbor, Michigan, 48107, et peuvent être obtenus de cette institution pour une charge nominale.



NE LAISSEZ PAS TOMBER!

Jusqu'à ce que vous ayez adopté les récipients de plastique VIAFLEX pour obtenir des techniques intraveineuses plus sûres, plus faciles et plus rapides. Les flacons ont l'habitude de tomber. Et de se briser. Ceci augmente le coût—non seulement des solutés, mais aussi des médicaments dispendieux qui y ont été ajoutés. Il arrive quelquefois que des personnes se coupent avec les tessons de verre. Les récipients de plastique VIAFLEX peuvent tomber, mais ils ne peuvent se casser. Cependant, il est probable qu'ils ne tomberont pas—parce qu'ils sont plus légers et plus faciles à manipuler. Il n'y a aucune bordure de métal ni couvercle à manier. Les installations et les remplacements sont plus rapides. Aussi, le mode d'emploi est plus sûr parce que le VIAFLEX représente un système complètement hermétique. Pas de prise d'air, l'air ambiant ne pénètre pas dans le contenant; aucun contaminant aérogène ne s'infiltre dans l'appareil. Le VIAFLEX constitue le premier et le seul récipient de plastique pour solutés intraveineux. Pour des techniques plus sûres, plus faciles et plus rapides, il est le premier et le seul que vous devez considérer.



LES LABORATORIES BAXTER DU CANADA
DIVISION DES LABORATOIRES TRAVENOL, INC.
6405 Northam Drive, Malton, Ontario

Viaflex*

*Marque déposée

dans la dépression

quand les jours sombres sont suivis de nuits blanches



le

Pr SURMONTIL

trimipramine

s'attaque aux principaux symptômes

● anxiété ● insomnie ● fatigue

la nouvelle présentation à 50 mg facilite l'administration d'une plus forte dose le soir

Antidépresseur tricyclique possédant des propriétés sédatives.

Contre-indications — glaucome, hypertrophie de la prostate, dépression du SNC d'origine médicamenteuse. Ne doit pas être associé aux IMAO; un délai de deux semaines est recommandé chez les patients ayant reçu un IMAO. **Mises en garde** — prévenir le patient de ne pas exercer des activités exigeant de l'attention jusqu'à ce que la réponse au médicament soit déterminée. Peut potentialiser l'alcool et les dépresseurs du SNC. Sa sûreté durant la grossesse n'a pas encore été établie. **Précautions** — chez les sujets âgés, en présence de troubles cardiovasculaires ou chez les patients présentant une anamnèse de troubles convulsifs: commencer le traitement par voie orale, à faibles doses, augmentées progressivement — chez les psychotiques en cure ambulatoire, si le médicament aggrave les symptômes ou s'il provoque des épisodes maniaques: réduire la dose ou interrompre le traitement — chez les grands déprimés, en raison de la possibilité de suicide au début du traitement: exercer une surveillance étroite. **Effets secondaires** — excitation, confusion, somnolence (au début du traitement), insomnie, tremblement, dystonie, convulsions épileptiques, sécheresse de la bouche, troubles de l'accommodation, rétention urinaire, constipation, nausées, vomissements, palpitations, hypotension orthostatique, réactions quinidinoïdes, modifications de la libido, gain de poids, éruption cutanée, ictère cholostatique. **Posologie — Voie orale — patients hospitalisés:** 100 à 300 mg par jour, en 2 ou 3 prises; parfois jusqu'à 400 mg — **patients en traitement ambulatoire:** 50 à 150 mg en 2 ou 3 prises. Instituer le traitement à la plus faible dose, augmentée en quelques jours jusqu'à l'obtention de l'effet désiré, puis réduire à la dose minimale efficace. En présence d'insomnie, administrer une plus forte portion de la dose quotidienne le soir. — **Voie I.M.** — traitement d'attaque; 50 à 100 mg en 2 à 4 injections profondes. **Présentations** — comprimés: 12.5, 25, 50 et 100 mg; ampoules: 2 ml/25 mg.

renseignements complets sur demande

Poulenc

MEMBRE PMAC



la vitamine C favorise les actions polyglandulaires, cortico-surrénales, orchitiques, cortico-cérébrales.

revitonus C1000

REDYNAMISE

adynamie ☐ dépression
convalescence ☐ asthénie
hypotension ☐ fatigue

1 prise de deux ampoules buvables, glandes et vitamine C, par jou

« Sur vos surmenés, vos convalescents, vos déprimés physiques et nerveux, par l'action de l'extrait cortico-surrénal sur la résistance générale, l'activité intellectuelle, l'appétit et la tension, par celle de l'extrait orchitique énergisant des fonctions intellectuelles et sexuelles, par l'apport de phosphore et de lécithines du cortex cérébra le tout associé à la haute dose de vitamine C (1 000 mg) vous constaterez immédiatement une amélioration rapide et puissante de l'état de votre patient. »

CORPORATION PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE LTÉE MONTRÉAL

Lasix®
soulage l'œdème

e façon sûre

ns le traitement de l'œdème bénin ou mo-
ré, Lasix améliore l'équilibre électrolytique
façon notable et les pertes de potassium
'il entraîne sont généralement plus faibles
avec les thiazides.[1] Et contrairement aux
azides, Lasix est sûr même chez les malades
nt la fonction rénale est réduite et bien
éré même au cours de traitement prolongés.
faible fréquence de ses effets secondaires,
me à doses exceptionnellement élevées
ns des cas rebelles, font de Lasix le diuréti-
e de choix pour traiter l'œdème bénin ou
déré.

e façon efficace

ns le traitement de l'œdème bénin ou mo-
é, la supériorité de Lasix sur les thiazides
parfaitement établie. Lasix s'est révélé
cace à faibles doses dans les cas bénins,[2]
si bien que chez les malades dont la fonc-
rénale était altérée.[3] L'activité diurétique
quée de Lasix se manifeste dès le début
raitement et se maintient même lorsqu'un
rement d'entretien à longue échéance est
qué.[4] L'efficacité bien établie de Lasix en
donc le diurétique de choix pour le traite-
nt d'attaque et d'entretien dans les cas
dème.

e façon prévisible

s le traitement de l'œdème bénin ou mo-
, Lasix a fait preuve d'une activité prévisi-
correspondant à la dose administrée. La
èse commence en moins d'une heure,
nt son sommet en moins de 2 heures et
de 6 à 8 heures. Cet effet prévisible
net de déterminer aisément le régime po-
gique le mieux adapté au malade. Et le
me posologique peut être calculé de ma-
à convenir aux heures de travail et de
s du malade. Lasix . . . le diurétique dont
ffets prévisibles permettent de traiter avec
sion l'œdème bénin ou modéré.



Lasix, le diurétique qu'on emploie au début . . . et durant tout le traitement

HOECHST

abir, M., et Laufer, S. T.: Arch. Intern. Med., *124*: 1, 1969
gh, J. H.: Compte-rendu du 3e congrès international de néphrologie, Bâle: S. Karger, 7. Vol. 1. p. 283.
t, M. S. K., et Morrin, P. A. F.: C.M.A.J., *99*: 1256, 1968.
A. M.: Pennsylvania Med., *70*: 47,1967

(G)

Lasix soulage l'œdème

Composition: Chaque comprimé contient 40 mg de furosémide. **Indications:** Hypertension légère ou modérée, et avec d'autres hypotenseurs dans les cas sévères. Oedème lié à l'insuffisance cardiaque, à la cirrhose du foie, à la néphrose et à la néphrite chronique, ainsi que tout autre état oedémateux, e.g., la tension prémenstruelle. **Contre-indications:** Arrêt complet de la fonction rénale. En présence de coma hépatique et de déplétion électrolytique, n'instaurer le traitement que lorsque l'état du malade a été amélioré ou corrigé. Ne pas administrer aux enfants, faute d'expérience dans ce domaine. Hypersensibilité. **Avertissements:** On a rapporté que les diurétiques sulfamidés diminuaient la capacité des artères à réagir aux amines hypertensives et augmentaient l'effet de la tubocurarine. Donc, administrer avec prudence le curare ou ses dérivés pendant un traitement avec Lasix. Interrompre une semaine avant toute chirurgie élective. **Précautions:** L'apport en sodium ne doit pas être moins de 3 g/jour. Donner un supplément de potassium lorsque des doses élevées sont utilisées pour des périodes prolongées. Porter une attention particulière aux niveaux potassiques avec des glucosides de la digitale, des stéroïdes susceptibles de produire une déplétion potassique ou lorsqu'il y a risque de coma hépatique. Un supplément de potassium, une diminution de la dose ou l'interruption du traitement peuvent être necessaires. Ajouter un antagoniste de l'aldostérone dans la cirrhose avec ascite. Comme avec tout nouveau médicament, observer attentivement pour déceler toute dyscrasie sanguine, dommage hépatique ou autres réactions idiosyncrasiques. Grossesse: Les études de la reproduction animale n'ont pas révélé d'anomalies foetales provoquées par le médicament. Cependant, Lasix a été très peu employé dans la grossesse; comme tout nouveau médicament, l'administrer durant cette période seulement lorsque essentiel. Vérifier le glucose sanguin et urinaire car on a observé des diminutions de la tolérance aux glucides. Vérifier la calcémie car on a rapporté de rares cas de tétanie. L'administration de Lasix et de doses élevées de salicylates peut provoquer une toxicité aux salicylates à des doses inférieures. **Réactions secondaires:** Comme avec tout diurétique efficace, la déplétion électrolytique peut survenir, surtout avec des doses élevées et un régime hyposodé. Symptômes de déplétion électrolytique: faiblesse, étourdissements, léthargie, crampes dans les jambes, anorexie, vomissements ou confusion mentale. Vérifier les électrolytes sériques, surtout le potassium, aux doses élevées. Chez les hypertendus recevant des agents hypotenseurs, réduire la dose car Lasix augmente leur effet hypotenseur. L'hyperuricémie asymptomatique peut survenir, rarement avec goutte. Des élévations passagères de l'urée sanguine sont possibles surtout durant l'insuffisance rénale. Pourront aussi survenir: dermatite, prurit, paresthésie, vision brouillée, hypotension orthostatique, nausées, vomissements, diarrhée. On a observé de l'anémie, leucopénie, et thrombocytopénie (avec purpura) et de rares cas d'agranulocytose. Pourront aussi survenir: faiblesse, lassitude, étourdissements, crampes musculaires, soif, transpiration accrue, spasme de la vessie et symptômes de pollakiurie. **Surdosage:** Symptômes: Déshydratation et déplétion électrolytique. Traitement: Discontinuer la médication et rétablir l'équilibre hydrique et électrolytique. **Posologie—hypertension:** La dose habituelle est de 40 à 80 mg (1 à 2 comprimés) par jour. Adapter la posologie et ajuster celle des hypotenseurs concomitants. **Posologie—oedème:** La dose initiale habituelle de Lasix est de 40 à 80 mg (1 à 2 comprimés). Adapter selon la réaction. Si la diurèse ne s'est pas produite après 6 heures augmenter les doses suivantes de 1 comprimé (40 mg), à toutes les 6 heures, au besoin. Ensuite, la dose efficace peut être répétée de 1 à 3 fois par jour. Ne pas dépasser 200 mg/jour. Adapter la dose d'entretien aux besoins de chaque malade. Un programme posologique intermittent de 2 à 4 jours consécutifs par semaine peut être utilisé. Pour des doses dépassant 120 mg/jour, on conseille des observations cliniques et biochimiques. **Présentation:** Comprimés (Code DLI) à 40 mg, jaunes, ronds, sécables, en flacons de 50 et 500. Renseignements complets sur demande.

HOECHST
PHARMACEUTICALS
4045 BOUL. CÔTE VERTU MONTREAL, 383
DIVISION DE HOECHST DU CANADA LIMITÉE

Sommaire

(suite)

Marcel LEMIEUX :
USAGE ET ABUS DES INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES

L. CHAGOYA, J. J. SIGAL, C. VILLENEUVE et J. MAYEROVITCH :
PSYCHOSOCIAL SEQUELAE OF EARLY CHILDHOOD ILLNESS (CROUP): PRELIMINARY FINDINGS

C. J. LAMARRE :
FORMATION DES RÉSIDENTS : QUE DEVRONT-ILS FAIRE DANS 10 ANS ?

J.-N. FORTIN :
ÉTUDE SUR LES RÉACTIONS PSYCHOLOGIQUES À LA MÉDICATION ANTIFERTILITÉ

* * *

REVUE DES LIVRES 1099
NOUVELLES 1103
NOUVELLES PHARMACEUTIQUES 1108
TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS 1111
TABLE ANALYTIQUE ET ALPHABÉTIQUE DES TRAVAUX 1114
TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANALYSES . . . 1121

Contents

(continued)

Robert LADOUCEUR and Jean HILLEL :
TREATMENT OF A TIQUEUR BY OPERANT CONDITIONING (french) 1076

Maurice BROSSEAU and Jacques DESJARDINS :
ANOREXIA NERVOSA (french) 1080

J. NAIMAN :
A COMPARISON BETWEEN UNMARRIED WOMEN SEEKING THERAPEUTIC ABORTION AND UNMARRIED MOTHERS 1086

Carmen des FRANCS :
ANALYTICAL PSYCHODRAMA IN CLINICAL CASES (french) 1089

Jean LEBLANC, Marcel BOUGIE and J.-M. GARAND :
PROFESSIONAL TRAINING AND EXPRESSION TECHNICS (french) 1091

J. ALARCIA and L. TÉTREAULT :
A COMPARATIVE STUDY OF AUTOGEN TRAINING AND HYPNOSIS FOR NURSE STUDENTS (french) 1096

* * *

BOOKS REVIEWS 1099
NEWS 1103
PHARMACEUTICAL NEWS 1108
ALPHABETIC INDEX OF AUTHORS 1111
ALPHABETIC AND ANALYTIC INDEX OF PAPERS 1114
ALPHABETIC INDEX OF ABSTRACTS 1121

Le 'Valium' Roche en noir sur blanc

Le médecin connaît le 'Valium', car depuis son introduction par Hoffmann-La Roche, il y a dix ans, il jouit de la confiance générale des professionnels de la santé et constitue l'un des agents psychotropes les plus prescrits.

Vous connaissez le 'Valium', car en 1970 par exemple, la plupart des médecins canadiens ont reçu une vaste documentation traitant de tous ses aspects allant des indications à la pharmacologie.

Environ cinquante pour-cent des médecins canadiens ont pu également, à plusieurs reprises, s'entretenir du 'Valium' avec l'un des visiteurs médicaux Roche et prendre connaissance de plus de 250 études cliniques indépendantes publiées à travers le monde l'an dernier, études qui viennent s'ajouter aux quelque 2,500 travaux parus depuis son introduction.

Les services d'information Roche ont distribué brochures, courts métrages, disques et rubans magnétoscopiques sur le 'Valium' tandis que le département médical et les services professionnels ont répondu à d'innombrables questions soulevées par le 'Valium' et son emploi.

Saviez-vous aussi que le 'Valium' est recommandé comme médicament de choix dans les crises hallucinogènes médicamenteuses[1]; qu'il n'inhibe ni la déglutition ni le réflexe de la toux lorsqu'il est administré comme prémédication à une intervention mineure[2]; ou qu'à l'heure actuelle le manque de données accumulées ne nous permet pas de recommander l'administration du 'Valium' aux nourrissons de moins de 6 mois?

Peut-être le saviez-vous, mais peut-être que non, car nul n'est censé tout savoir du 'Valium'. C'est pourquoi Roche poursuit sans relâche ses recherches cliniques et pharmacologiques d'un bout à l'autre du globe et s'empresse de porter chaque fait nouveau à la connaissance des serviteurs de la santé.

Il est évident que la réalisation de ces programmes de recherche et leur divulgation ne va pas sans sacrifices. Mais Hoffmann-La Roche s'est engagée à assumer toutes ses responsabilités à l'égard des nombreux médecins et patients canadiens qui font confiance au diazépam ('Valium' Roche), spécialité développée et mise au point par elle ainsi qu'à tous ses autres produits dont elle se porte garante sans réserve.

Lorsqu'il s'agit de comparer, d'évaluer et de choisir parmi les différents agents chimiothérapeutiques celui qui convient le mieux à vos patients, vous avez besoin de toutes vos connaissances et de toute votre expérience. Le malade s'en remet entièrement à vous. Et comme il ne vient pas seulement chercher un traitement mais aussi des conseils et des informations judicieux le médecin doit pouvoir consulter à son tour des sources dignes de confiance.

On oublie trop souvent que savants, chercheurs, médecins au service de compagnies pharmaceutiques comme Hoffmann-La Roche Limitée, et leurs porte-parole, sont aussi des serviteurs de la santé. Pourtant, ces hommes sont à votre entière disposition si vous avez besoin d'informations concernant le 'Valium' ou si vous désirez nous faire part de propriétés inattendues que nous ignorions peut-être.

Valium Roche en bref
Indications: Toutes les conditions dominées par la tension, l'excitation, la peur ou l'agressivité.
Contre-indications: Myasthénie grave et, par manque de données, chez le nourrisson jusqu'à 6 mois.
Précautions: Ne pas consommer d'alcool pendant le traitement tant que la posologie d'entretien n'est pas établie. Faire preuve de prudence dans toute situation exigeant une parfaite acuité mentale et des réflexes rapides. Hémogrammes et tests de la fonction hépatique périodiques lors d'emploi prolongé. Roche souscrit au principe de ne pas administrer de médicaments durant les trois premiers mois de la grossesse.
Posologie orale: Adultes — troubles émotionnels légers à modérés: 2-5 mg t.i.d.; cas graves et aigus: jusqu'à 40 mg par jour en doses fractionnées. Patients âgés et débiles — 2 mg b.i.d. Enfants — 1-2½ mg, 2 à 4 fois par jour; augmenter graduellement selon les besoins.
Présentations: Comprimés et Capsules à 2 mg, 5 mg et 10 mg; Ampoules 10 mg/2 ml; Suspension 5 mg/5 ml.
Informations détaillées sur demande
®Marque déposée du diazépam Roche

Hoffmann-La Roche Limitée, Montréal, Canada

1. Comité spécial de l'Association médicale du Canada sur l'abus de drogues, l'usage non-médical de drogues. *C.M.A.J.*, 27 décembre 1969.
2. Weber, M. Hubmann, R. *Le Valium en injection intraveineuse. Son application en chirurgie. Praxis* 57, 1583-1587, 1968.

ROCHE Nous répondons du Valium® Roche comme de toutes nos spécialités



Lorsque le malade hypertendu arrive au tournant ce peut être le temps de songer à l'ALDORIL*

l'ALDORIL* réduit la tension artérielle tant en décubitus dorsal que debout, tout en entraînant moins de risques de symptômes d'hypotension à l'exercice et d'hypotension orthostatique que la plupart des autres agents antihypertensifs. L'ALDORIL* contribue à protéger les organes vitaux contre le dommage lié à l'hypertension.

*Marque déposée

Pour vos malades qui souffrent d'hypertension essentielle permanente, songez à l'ALDORIL*.

ALDORIL*/ALDORIL*-15

(renfermant de la méthyldopa MSD Std. et de l'hydrochlorothiazide MSD Std.)

Maintenant et dans les années à venir

ALDORIL*
ALDORIL*-15

(renfermant de la méthyldopa MSD Std. et de l'hydrochlorothiazide MSD Std.)

Indications—L'ALDORIL® ou l'ALDORIL®-15 sont recommandés pour les malades souffrant d'hypertension essentielle permanente.

Posologie—On commence généralement les traitements avec l'ALDORIL® ou l'ALDORIL®-15 par l'administration par voie buccale d'un comprimé, deux ou trois fois par jour durant les 48 premières heures. Par la suite, la posologie quotidienne peut être diminuée ou augmentée de 1 ou 2 comprimés, de préférence à des intervalles d'au moins deux jours, jusqu'à l'obtention d'une réponse satisfaisante. La posologie optimale, une fois déterminée, permet en 12 à 24 heures, une maîtrise de la tension artérielle chez la plupart des malades. Lorsque les doses d'ALDORIL® ou d'ALDORIL®-15 ne réussissent pas à maîtriser l'hypertension artérielle, on suggère l'administration d'un supplément d'ALDOMET® (méthyldopa, MSD Std) comme médicament unique afin d'obtenir un effet hypotensif maximal. Il n'a pas semblé utile de dépasser la dose quotidienne de 3 g d'ALDOMET®. On recommande aussi de ne pas dépasser une dose quotidienne de 100 à 200 mg d'HydroDIURIL® (hydrochlorothiazide, MSD Std). Les malades dont la fonction rénale est endommagée peuvent répondre à des doses d'ALDORIL® ou d'ALDORIL®-15 inférieures à celles que reçoivent les malades dont la fonction rénale est normale. La syncope observée chez des malades âgés a été attribuée à une sensibilité accrue chez ceux qui souffraient d'artériosclérose à un stade avancé: on peut l'éviter en diminuant les doses d'ALDORIL® ou d'ALDORIL®-15. La tolérance à l'ALDORIL® ou à l'ALDORIL®-15 peut parfois survenir, tôt ou tard au cours du traitement, mais elle se manifestera plus souvent entre le deuxième et le troisième mois du traitement. L'augmentation de la posologie d'ALDOMET® ou d'HydroDIURIL®, ou des deux médicaments, rétablira fréquemment une maîtrise efficace de la tension artérielle.

Méthode suggérée pour le traitement de substitution: Chez la plupart des malades déjà soumis à un traitement, on peut substituer l'ALDORIL® ou l'ALDORIL®-15 à tout médicament administré antérieurement. Les doses des gangliopléqiques et de la guanéthidine devraient être diminuées de moitié, dès le début; le retrait graduel de ces médicaments et l'addition progressive d'ALDORIL® ou d'ALDORIL®-15 facilitent la période de transition. On doit limiter, au début, la dose d'ALDORIL® ou d'ALDORIL®-15 à 2 comprimés par jour quand on substitue ces médicaments à des agents antihypertensifs autres que les thiazides.

Contre-indications—Affection hépatique en évolution: le médicament n'est pas recommandé en présence de phéochromocytome ni dans les cas d'hypertension légère ou labile répondant à un traitement sédatif léger ou à un traitement aux thiazides seuls; il n'est pas recommandé non plus chez les femmes enceintes: voir aussi Emploi durant la grossesse et chez les femmes en âge d'enfanter sous MISES EN GARDE; anurie; en cesser l'emploi s'il se produit une augmentation de l'azotémie et de l'oligurie au cours du traitement d'une néphropathie progressive grave. Administrer avec prudence aux malades ayant déjà souffert d'une affection du foie ou d'une insuffisance hépatique. Ce produit est contre-indiqué chez les personnes présentant une sensibilité à l'hydrochlorothiazide ou à la méthyldopa.

Mises en garde—L'hyperazotémie peut être précipitée ou augmentée. Une attention particulière est nécessaire dans les cas d'insuffisance rénale afin d'éviter des effets cumulatifs ou toxiques. Employer avec prudence en présence de cirrhose. Il faut penser à l'éventualité de réactions de sensibilité chez les malades dont le dossier mentionne des allergies ou de l'asthme bronchique. La posologie des autres agents antihypertensifs en particulier des gangliopléqiques doit être réduite d'au moins 50 pour cent lorsqu'on ajoute ALDORIL® ou ALDORIL®-15 au traitement. On a rapporté l'exacerbation ou l'activation du lupus érythémateux généralisé.

Les comprimés de potassium enrobés, associés ou non aux thiazides, ont été impliqués dans la sténose et l'ulcération, avec complications, de l'intestin grêle. On ne doit utiliser ces préparations que si l'on constate ou soupçonne le besoin d'un supplément de potassium, et lorsque le régime alimentaire est insuffisant ou difficile à suivre; cesser l'emploi du médicament s'il se produit une douleur abdominale, de la distension, des nausées, vomissements, ou une hémorragie gastro-intestinale.

Emploi durant la grossesse et chez les femmes en âge d'enfanter—La méthyldopa n'est pas recommandée durant la grossesse.

L'ALDORIL® ou l'ALDORIL®-15 est contre-indiqué chez les mères qui allaitent. Si l'emploi du médicament est jugé essentiel, la malade doit cesser l'allaitement. Les thiazides traversent le placenta et apparaissent dans le sang du cordon ombilical. Lorsqu'on utilise le médicament chez les femmes en âge d'enfanter, en évaluer les bienfaits éventuels pour la malade en regard des risques pour le fœtus; ceux-ci comprennent: ictère fœtal ou du nouveau-né, thrombocytopénie et peut-être d'autres réactions défavorables qui se sont présentées chez l'adulte.

Précautions—Méthyldopa: De rares cas d'anémie hémolytique acquise se sont produits. S'il y a lieu de soupçonner de l'anémie, on doit faire la détermination du taux d'hémoglobine ou une hématocritie ou les deux à la fois. En présence d'anémie, il faut procéder à des épreuves en vue de déceler s'il y a hémolyse. Cesser la médication s'il y a évidence d'anémie hémolytique. On a obtenu une prompte rémission de l'anémie en cessant l'administration de la méthyldopa ou en instaurant un traitement aux corticostéroïdes.

On a rapporté une épreuve directe de Coombs positive chez certains malades suivant un traitement à la méthyldopa. On n'a pas déterminé le mécanisme exact de cette réaction ni sa portée. La fréquence de cette épreuve positive a varié de zéro à vingt pour cent; si elle doit se produire ce sera généralement dans les 12 mois après l'instauration du traitement. Les résultats de cette épreuve redeviennent négatifs dans les semaines ou les mois suivant l'arrêt du traitement. S'il faut recourir à une transfusion, le fait de connaître cette réaction sera utile pour évaluer l'épreuve croisée de compatibilité sanguine, car on peut être en présence d'une incompatibilité mineure. Si l'épreuve indirecte de Coombs est négative on pourra faire la transfusion de ce sang qui d'autre part serait compatible. Si l'épreuve indirecte de Coombs est positive, l'opportunité de la transfusion doit être décidée par un hématologiste ou un expert dans ce domaine.

On a rarement observé une leucopénie réversible avec effet, principalement sur les granulocytes. De rares cas d'agranulocytose clinique ont été rapportés. Les numérations des granulocytes et des leucocytes ont repris rapidement des valeurs normales après l'interruption de la médication.

Occasionnellement, une fièvre s'est produite au cours des trois premières semaines de traitement, quelquefois associée à l'éosinophilie ou à des anomalies dans une ou plusieurs des épreuves de la fonction hépatique. Des biopsies du foie pratiquées chez plusieurs malades présentant un dysfonctionnement hépatique ont révélé un foyer microscopique de nécrose compatible avec une hypersensibilité au médicament. Procéder à des épreuves de la fonction hépatique, à des numérations leucocytaires ainsi qu'à des déterminations de la formule leucocytaire différentielle périodiquement au cours des six à huit premières semaines de traitement ou chaque fois qu'une fièvre inexpliquée se présente; cesser l'administration du médicament si une fièvre d'origine non infectieuse apparaît.

La méthyldopa peut potentialiser l'action d'autres médicaments antihypertensifs. Observer les malades avec attention afin de déceler les réactions secondaires ou les manifestations inhabituelles d'idiosyncrasie au médicament.

Une fluorescence observée dans les échantillons d'urine pour les mêmes longueurs d'onde qu'avec les catécholamines peut être rapportée à tort comme étant due à la présence de catécholamines dans l'urine. Cela peut gêner la détermination du diagnostic d'un phéochromocytome. La méthyldopa ne peut servir d'épreuve diagnostique pour le phéochromocytome.

Etant donné le nombre limité d'essais cliniques et d'observations durant la grossesse, l'emploi de la méthyldopa lorsque la grossesse est présente ou soupçonnée exige que les bienfaits du médicament l'emportent sur les risques possibles pour le fœtus.

Hydrochlorothiazide: Surveiller attentivement les signes de déséquilibre hydrique et électrolytique. Les déterminations des électrolytes dans le sérum et l'urine sont particulièrement importantes lorsque le malade vomit beaucoup ou s'il reçoit des liquides par voie parentérale.

L'hypokaliémie peut survenir, surtout dans les cas de diurèse rapide en présence de cirrhose grave ou d'administration concomitante de corticostéroïdes ou d'ACTH. Le traitement à la digitale peut accroître les effets métaboliques de l'hypokaliémie en particulier en ce qui concerne l'activité du myocarde. L'alcalose due à l'hypochlorémie, rarement grave, se produit peu souvent. Un régime alimentaire exagérément pauvre en sel peut compliquer le traitement aux thiazides. On peut éviter ou traiter l'hypokaliémie en administrant du chlorure de potassium ou des aliments riches en potassium. De même, on évitera l'insuffisance de chlorure en utilisant du chlorure d'ammonium (sauf chez les hépatiques) et une ration presque normale de sel.

La réponse à la tubocurarine peut être plus forte. L'effet antihypertensif peut être accru chez le patient après une sympathectomie. La réponse artérielle à la norépinéphrine est affaiblie, ce qui nécessite une attention soutenue à l'égard des patients soumis à la chirurgie. Cesser le traitement aux thiazides 48 heures avant une intervention chirurgicale prévue. L'hypotension orthostatique peut survenir et être accrue par l'alcool, les barbituriques ou les narcotiques. La prudence est nécessaire chez les malades atteints d'hyperuricémie ou dont le dossier mentionne de la goutte; celle-ci pouvant être alors déclenchée. Chez les diabétiques les besoins en insuline peuvent varier. Chez les malades dont le diabète est latent, le médicament peut provoquer l'hyperglycémie et la glycosurie.

Réactions défavorables—Méthyldopa—*Peu fréquentes:* Hypotension orthostatique soulagée en réduisant la posologie; accroissement du poids; œdème; cesser la médication en présence d'œdème progressif ou de signes d'insuffisance cardiaque; troubles passagers: sédation, céphalée, asthénie, faiblesse.

Occasionnelles: Vertige, étourdissements, symptômes d'insuffisance cérébro-vasculaire; aggravation de l'angine de poitrine; bradycardie; enchifrènement, légère sécheresse de la bouche; troubles gastro-intestinaux, fièvre médicamenteuse, épreuves montrant des anomalies de la fonction hépatique; élévation de l'urée sanguine.

Rares: Nausées; vomissements; sensibilité de la langue ou glossophytie, hypertrophie mammaire; lactation, impuissance; éruption cutanée, arthralgie légère, myalgie, paresthésies, parkinsonisme; troubles psychiques comprenant cauchemars, psychoses légères ou dépression réversibles; ictère bénin (réversible); un seul cas de paralysie de Bell (la relation de cause à effet n'est pas établie); épreuve directe de Coombs positive, anémie hémolytique acquise, thrombocytopénie, leucopénie, et teinte foncée prise par l'urine exposée à l'air.

Hydrochlorothiazide: On a rapporté rarement la thrombocytopénie, la leucopénie, l'agranulocytose, l'anémie aplastique et l'ictère. Nausées, vomissements, diarrhée, étourdissements, vertige et paresthésies peuvent survenir. On a signalé également du purpura, des éruptions, de l'urticaire, de la photosensibilité ou d'autres réactions d'hypersensibilité dans un faible pourcentage de cas. Selon des rapports, les diurétiques constitués de thiazides ont accéléré la vascularite cutanée chez des malades âgés dont le dossier mentionnait des traitements répétés ou continus avec plusieurs médicaments. Quelques rapports isolés ont associé l'emploi des thiazides à des cas de pancréatite, de xanthopsie, de thrombocytopénie et d'ictère du nouveau-né. Une relation de cause à effet n'a pu être établie. Chaque fois que les réactions défavorables sont modérées ou graves, on doit réduire les doses de thiazides ou cesser le traitement.

Avant de prescrire ou d'administrer le médicament, veuillez consulter le prospectus, fourni sur demande.

Présentation: Ca 3295—ALDORIL® comprimés blancs, laqués, renfermant chacun 250 mg de méthyldopa et 25 mg d'hydrochlorothiazide; fournis en flacons de 50 et de 500.

Ca 3294—ALDORIL®-15 comprimés saumon, laqués, renfermant chacun 250 mg de méthyldopa et 15 mg d'hydrochlorothiazide; fournis en flacons de 50 et de 500.

MSD | MERCK SHARP & DOHME CANADA LIMITED/LIMITÉE

MEMBRE ACFP

La recherche d'aujourd'hui au service de la thérapeutique de demain

SUBVENTION FÉDÉRALE ACCORDÉE À UN HÔPITAL DE WINNIPEG

Le gouvernement fédéral vient d'accorder une subvention à l'hygiène de $83 300 à l'hôpital général Victoria, de Winnipeg, Man., aux fins d'une étude de rentabilité d'un système d'information hospitalière automatisé.

Le réseau d'information sera traité par ordinateur; les directives du médecin relativement à l'examen et au traitement d'un malade seront projetées sur un tableau et transmises automatiquement pour exécution à d'autres services, comme la radiographie, la pharmacie et le laboratoire.

Il est prévu que l'étude améliorera la dispensation des soins aux malades de l'hôpital, grâce à un système de diffusion de l'information beaucoup plus rapide et plus précis.

Pr SERAX*

le tranquillisant



le psychiatre inquiet

qui en a besoin?

...voici!



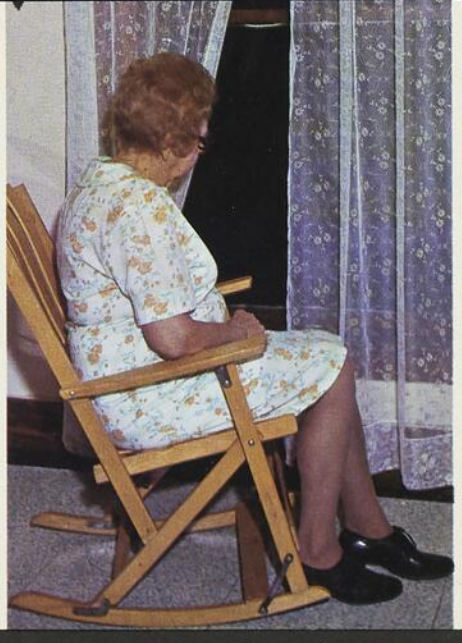
la mère de famille tourmentée—agitée
15—30 mg t.i.d.



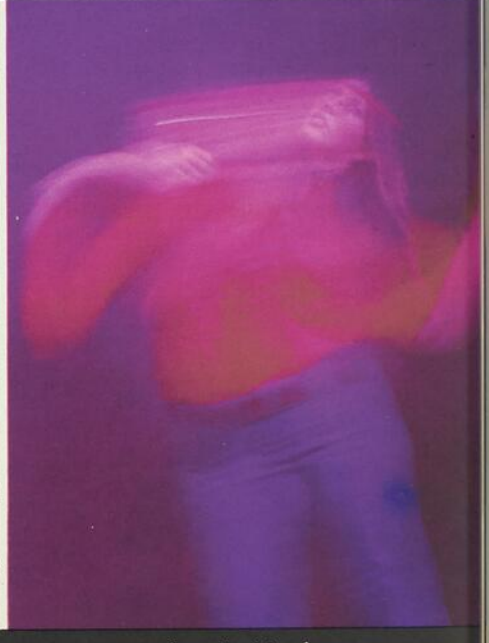
le malade cardiaque—préoccupé
15 à 30 mg t.i.d.



le jeune exécutif—tendu
15 à 30 mg t.i.d.



le citoyen âgé—renfermé en lui-même
15 mg t.i.d.



le patient tendu—
30 mg q.i.d.

...voici pourquoi!

SERAX soulage l'anxiété, l'agitation et l'appréhension avec réactions secondaires minimes

SERAX, dans la même catégorie que les agents contre l'anxiété les plus prescrits. Il est toutefois, chimiquement différent et le patient demeure calme, alerte et accomplit ses tâches journalières plus facilement.

AVANTAGES

- spécifique contre l'anxiété
- flexibilité posologique
- réactions secondaires minimes
- peut être associé aux neuroleptiques ou anti-dépressants

BIENFAITS

- tranquillité sans sédation
- 30—120 mg par jour
- peu ou pas de désordres autonomes: chûte de tension artérielle rare chez les vieillards; l'électroencéphalogramme est normal; pas d'irrégularités menstruelles.
- ne cause ni atropinisme ou réaction de violence

un changement est requis...
*votre compréhension et SERAX**

INDICATIONS: Serax est indiqué dans le traitement de l'anxiété, la tension, l'agitation, l'irritabilité et l'anxiété associée à la dépression.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION: Etant donné la souplesse de Serax et toute la gamme de troubles émotifs qui y répondent, on doit déterminer la posologie pour chaque cas individuellement en vue d'un effet optimum. Dose habituelle: 10 à 30 mg, 3 ou 4 fois par jour.

SERAX est contre-indiqué chez les enfants âgés de moins de 6 ans; la posologie pour les enfants âgés de 6 à 12 ans n'est pas définie.

N.B.: Chez les sujets âgés, on peut augmenter la posologie de 10 mg 3 fois par jour avec prudence (si nécessaire) jusqu'à 15 mg 3 ou 4 fois par jour.

PRÉCAUTIONS: L'oxazépam peut provoquer de la léthargie ou du vertige, ou encore réduire la tolérance à l'alcool; les sujets ambulatoires ingérant ce produit doivent donc se garder de conduire une automobile ou de manier des machines dangereuses.

EFFETS SECONDAIRES: Il est rarement nécessaire d'interrompre le traitement au Serax à cause d'effets indésirables. On observe couramment une légère somnolence passagère au cours des premiers jours du traitement; si cet effet persiste, on doit réduire la posologie. Dans le cas de traitement prolongé, des formules sanguines et des tests de fonctions hépatiques sont à conseiller. Etant donné qu'on a déjà rapporté des cas de leucopénie et de dysfonction hépatique, c'est avec précaution qu'on doit administrer ce produit aux sujets ayant une histoire de lésions hépatiques.

On a aussi rapporté quelques rares cas d'ataxie causés par l'oxazépam; ils ne semblent pas avoir de rapport avec la dose ou l'âge.

CONTRE-INDICATIONS: Les expériences faites sur les animaux et l'observation de nouveaux-nés humains n'ont jusqu'ici apporté aucune preuve qui relie l'oxazépam à des effets tératogéniques; toutefois, son emploi n'est pas recommandé en période de grossesse.

PRÉSENTATION: Capsules SERAX (oxazépam—Wyeth) de 15 mg (rouge et blanc), en bouteilles de 100 et 500. Autres formes: capsules de 10 mg et 30 mg.

Des renseignements complets sur la prescription sont envoyés sur demande.

MEMBRE ACFP

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED
WINDSOR, ONTARIO

wyeth†

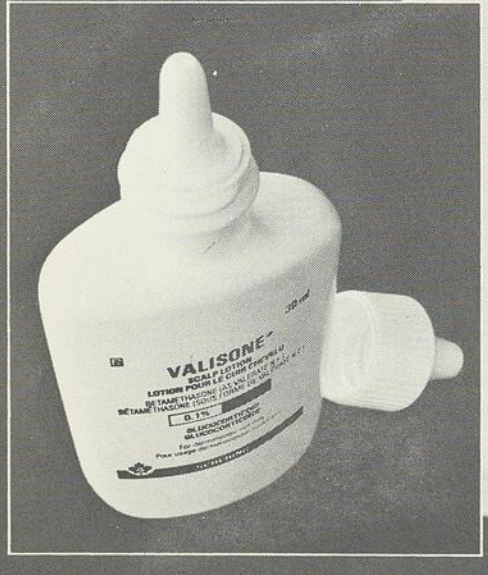
*Marque déposée †marque de commerce

(1)

SCHERI

Valisone*, lotion pour le cuir chevelu

0.1% de bétaméthasone (sous forme de valérate N.F.)



La lotion VALISONE procure l'activité anti-inflammatoire supérieure du valérate de bétaméthasone et son application est des plus faciles.

- Faible viscosité qui permet une application plus facile sur le cuir chevelu ou autres régions affectées du corps.
- Flacon à bec spécial qui en facilite davantage l'emploi.
- Propriétés cosmétiques favorables à base d'alcool, elle sèche vite, n'est pas graisseuse et disparaît aussitôt après application.
- Deux à trois applications par jour suffisent, d'où commodité et économie pour le patient.
- Conditionnement pratique: flacon compressible de 30 ml.

*Marque déposée

Valisone, lotion pour le cuir chevelu

Description:
La lotion VALISONE pour le cuir chevelu renferme 1.0 mg/g (0.1%) de bétaméthasone (sous forme de valérate N.F.) dans une base d'alcool et d'eau.

Indications:
La lotion VALISONE est particulièrement indiquée dans le traitement des dermatoses affectant le cuir chevelu, mais peut aussi traiter les dermatoses répondant à la corticothérapie, tels: eczéma atopique, eczéma infantile, eczéma nummulaire, prurit anal et vulvaire, dermatite de contact, dermatite séborrhéique, neurodermatite, dermatite exfoliatrice, dermatite solaire, dermatite de stase et psoriasis. Le psoriasis réfractaire peut être traité effectivement avec la lotion VALISONE, en utilisant la méthode hydratante avec pansements occlusifs.

Dans le traitement des dermatoses allergiques ou de contact, la lotion VALISONE pour le cuir chevelu procure un excellent soulagement symptomatique.

Posologie:
Appliquer une légère couche de lotion VALISONE deux à trois fois par jour, sur la région affectée.

Précautions et contre-indications:
Les préparations au valérate de bétaméthasone sont contre-indiquées en présence de tuberculose de la peau, de varicelle, d'herpès simplex et de vaccine. Eviter toute application dans les yeux ou dans la région péri-oculaire. Les corticostéroïdes étant absorbés par voie percutanée, il ne faut pas écarter la possibilité de troubles du métabolisme, en cas de traitement occlusif prolongé.

Pour de plus amples renseignements au sujet du valérate de bétaméthasone, s'adresser à Schering Corporation Limited, Pointe Claire 730, Québec (ou consulter le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, 1971, rubrique Celestoderm-V).*

SUBVENTION FÉDÉRALE À UN ORGANISME DU COMTÉ DE PEEL

Une subvention fédérale de $8 200 a été accordée, dans le cadre du programme de l'usage des drogues à des fins non médicales, à Rapport House de Brampton, Ont., aux fins d'information et d'éducation en matière de drogues.

Cette subvention permettra à Rapport House, un ancien centre de drogue-secours, d'assurer un programme continu d'éducation relative à la drogue destiné à la population adulte. Ce programme prévoit des causeries et des discussions sur des sujets comme l'éducation des enfants, les échanges familiaux, les médicaments et préparations domestiques dangereux, la recherche de solutions aux problèmes familiaux, les services d'orientation disponibles et les possibilités d'action collective.

Les responsables espèrent préparer pour la télévision plusieurs émissions d'une demi-heure à propos de la drogue et un film expliquant la nature et les dangers de différentes drogues et préparations qu'on trouve dans les foyers, et des drogues clandestines.

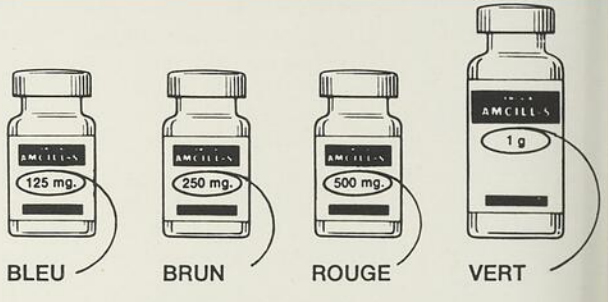
Ils veulent aussi faire des recherches sur les caractères communs aux jeunes qui se mettent à prendre de la drogue, sur l'efficacité des différentes techniques et méthodes de réadaptation et sur d'autres points qui peuvent être utiles aux parents et aux services de guidance.

Amcill-S®

(ampicilline sodique)

c'est l'ampicilline injectable

4 nouvelles concentrations commodément marquées de couleurs différentes



Recommandé pour traiter les infections graves ou modérément graves causées par des microbes Gram négatifs, lorsque la voie parentérale est préférable, comme dans les cas suivants:

- Absorption médiocre par l'organisme
- Administration difficile
- Infections graves
- Ostéomyélite
- Infections urinaires opiniâtres
- Bronchite chronique grave

PARKE-DAVIS

Parke, Davis & Company, Ltd., Montréal 379

INDICATIONS ET EMPLOIS CLINIQUES

Amcill-S est indiqué pour le traitement des infections causées par des bactéries Gram positives sensibles, comprenant les staphylocoques ne produisant pas de pénicillinase, les streptocoques, *Diplococcus pneumoniae, Clostridia* et la plupart des souches d'entérocoques. Il combat aussi efficacement des micro-organismes Gram négatifs sensibles tels qu'*Escherichia coli, Proteus mirabilis, Salmonellae, Shigellae, Haemophilus influenzae, Neisseria,* etc.

Il est préférable de réserver l'emploi d'Amcill-S aux infections graves et modérément graves, ainsi qu'aux malades qui ne peuvent prendre cet antibiotique par voie buccale, à cause des facteurs suivants:

(1) Absorption médiocre par l'organisme, à la suite d'une intervention portant sur l'intestin, du choc, etc.
(2) Administration difficile, comme chez les nourrissons, les patients qui vomissent ou qui sont comateux.
(3) Infections graves dont le traitement nécessite l'administration parentérale.
(4) Ostéomyélite.
(5) Infections urinaires opiniâtres associées à une grave anomalie de l'appareil urinaire.
(6) Bronchite chronique grave.

Aussitôt que l'état du malade le permet, il faut remplacer ce médicament par Amcill (trihydrate d'ampicilline), administrable par voie buccale.

CONTRE-INDICATIONS

Il ne faut pas administrer l'ampicilline à des patients que l'on sait sensibles à la pénicilline ou aux céphalosporines, ni l'utiliser pour le traitement d'infections causées par des microbes produisant la pénicillinase.

PRÉCAUTIONS

Comme dans le cas de toute pénicilline, il est nécessaire, avant d'administrer l'ampicilline, d'obtenir du patient des renseignements précis quant aux réactions déjà provoquées chez lui par la pénicilline, les céphalosporines ou d'autres antigènes. Si Amcill-S provoque une réaction d'allergie, il faut en cesser l'administration et traiter le malade à l'aide des produits classiques (antihistaminiques, agents vaso-constricteurs aminés ou corticostéroïdes).

Amcill-S, comme tous les autres antibiotiques qui altèrent la flore intestinale, doit être employé avec les précautions d'usage contre la surinfection gastro-intestinale causée par les champignons ou par d'autres microbes pathogènes de l'intestin. Si une surinfection survient au cours du traitement, on doit prendre les mesures appropriées.

L'innocuité de l'emploi d'Amcill-S durant la grossesse n'est pas établie.

RÉACTIONS DÉFAVORABLES

Les réactions provoquées par l'ampicilline, jusqu'ici peu fréquentes, comprennent: éruptions cutanées, urticaire, malaises gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhée) quand le médicament est administré par voie buccale, élévation bénigne et passagère de la transaminase glutamique-oxalacétique (T.G.O.) sérique, provoquée par l'injection intramusculaire souvent répétée de fortes doses d'ampicilline (de deux à quatre fois supérieures à la dose recommandée). On a constaté que la transaminase glutamique-oxalacétique (T.G.O.) est libérée à l'endroit où se fait l'injection intramusculaire d'ampicilline sodique et que la présence de cette enzyme dans le sang ne signifie pas une a[t]e hépatique. On a également déjà observé l'anaph[y]

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

On recommande habituellement la posologie suiva[nte]:
Adultes: de 250 à 500 mg, toutes les 4 à 8 heur[es]
Enfants: de 25 à 50 mg/kg/jour fractionnés en [doses] convenables, à 6 heures d'intervalle.

Les doses s'administrent par voie intraveineuse [ou] tramusculaire.

Les infections rebelles ou graves peuvent néc[essiter] de plus fortes doses. La posologie pour enfan[ts] s'applique qu'aux sujets chez qui la dose, ca[lculée] selon le poids, ne dépasse pas la dose recomm[andée] pour les adultes.

Le traitement doit se poursuivre durant au mo[ins] à 72 heures après la disparition des symptômes [et la] preuve de la destruction des bactéries. On recomm[ande] un traitement d'au moins 10 jours pour toute inf[ection] attribuable au streptocoque hémolytique, afin de [réduire] de prévenir le rhumatisme articulaire aigu ou la g[lo]rulo-néphrite aiguë.

Il ne faut pas oublier que des examens bact[ério]giques et cliniques fréquents sont nécessaires d[urant] traitement des infections chroniques de l'appare[il] naire et de l'intestin. On ne doit pas employe[r] doses plus faibles que la posologie recommand[ée] dessus. Des doses plus fortes peuvent même [être] nécessaires dans certains cas et le traitement d'[in]tions rebelles peut se poursuivre durant plusieu[rs] maines. Des examens bactériologiques ou clin[iques] peuvent être requis pendant plusieurs mois après [la fin] du traitement, pour fins de surveillance.

PKD-C-1127F

ADENEX®

VITAMINE C 250 mg.

La vitamine C qui se savoure
Comprimés à croquer ou à sucer



renforce le pouvoir de défense de l'organisme contre les agressions

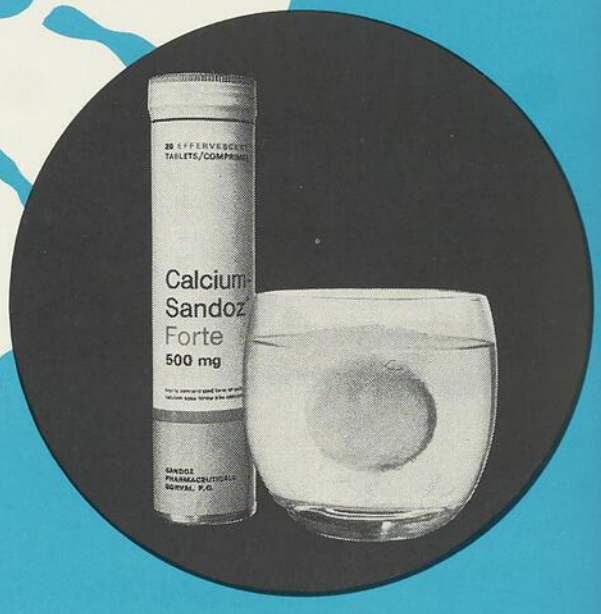
Les comprimés Adenex, aromatisés à l'orange, sont très agréables au goût, et peuvent être croqués, avalés ou dissous dans la bouche.

J. M. MARSAN & COMPAGNIE LIMITEE

MONTRÉAL, CANADA

Membre de l'Association des Fabricants du Québec de produits pharmaceutiques.

DANS
LA
PREVENTION
OU LE
TRAITEMENT
DE
L'OSTEOPOROSE



Calcium-Sandoz Forte

un moyen facile et agréable d'administrer des doses appropriées de calcium dans la prévention et le traitement de l'ostéoporose.

COMPOSITION:
Calcium-Sandoz Forte — Chaque comprimé effervescent renferme 500 mg de calcium élément, dérivés de 2.940 g de gluconolactate de calcium et de 0.30 g de carbonate de calcium.
Se présente également sous forme de sirop: une forme hautement concentrée de gluconogalacto-gluconate de calcium. Une cuillerée à thé équivaut à 110 mg de calcium élément.
PRESENTATION:
Calcium-Sandoz Forte — tubes de 20.
Sirop de Calcium-Sandoz — flacons de 8 et de 80 onces.
PRECAUTIONS:
L'administration de doses élevées de Calcium-Sandoz a donné lieu, occasionnellement, à de la diarrhée. D'autres malades au contraire, ont à l'occasion, présenté de la constipation. Lorsque le calcium est administré par voie parentérale, on doit tenir compte de la possibilité d'une augmentation de la toxicité des dérivés de la digitale. Chez les diabétiques, il ne faut pas oublier que chaque comprimé effervescent de Calcium-Sandoz Forte renferme 0.74 g de saccharose et que chaque cuillerée à thé de sirop de Calcium-Sandoz contient 1.05 g de sucre cristallisé. En ce qui concerne les régimes hyponatrémiques, il convient de remarquer que le sirop de Calcium-Sandoz est exempt de sodium, alors que chaque comprimé de Calcium-Sandoz Forte renferme 291.8 mg de sodium élément.
Contre-indications: maladie rénale grave, hypercalciurie, hypercalcémie.
Renseignements complets, sur demande.

SANDOZ
DORVAL, QUÉBEC

SEPTIÈME CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU QUÉBEC
SEVENTH ANNUAL CONVENTION OF THE QUEBEC PSYCHIATRIC ASSOCIATION

COMITÉS — *COMMITTEES*

Comité d'organisation — *Convention Committee*

Pierre-G. MARTEL, M.D., président d'honneur — *Honorary Chairman*
C.-Jules LAMARRE, M.D., président, organisation locale — *Chairman, Local arrangements*

Comité permanent — *Standing Committee*

June R. CUMBERLAND, M.D., Chairman
R. B. FELDMAN, M.D., Vice-Chairman
P. LAPOINTE, M.D., secrétaire-trésorier
F. H. LOWY, M.D., Co-Chairman, Scientific Program
J. ST-LAURENT, M.D., co-président, programme scientifique
J.-L. LAPOINTE, M.D., président, publicité

Invités — *Guests*

L'Honorable Claude CASTONGUAY, ministre des Affaires sociales de la province de Québec

The Honourable John Carr MUNRO, Minister of National Health and Welfare

A. STOKES, M.D., President, Canadian Psychiatric Association

Programme scientifique — *Scientific program*

F. H. LOWY, M.D.
J. ST-LAURENT, M.D.
A. LEPAGE, M.D.
H. P. VILLARD, M.D.
G. MORGENSTERN, M.D.
H. WARNES, M.D.

Présidents des séances — *Chairmen of sessions*

L'Honorable Claude CASTONGUAY
H. E. LEHMANN, M.D.
F. H. LOWY, M.D.
J. ST-LAURENT, M.D.
P. PAUMELLE, M.D.
P. KOECHLIN, M.D.
J. DELAGE, M.D.
A. M. MANN, M.D.

Publicité et accueil — *Publicity and hospitality*

Jean L. LAPOINTE, M.D.

Activités sociales — *Social events*

Mme Lise MARTEL
Mme Claire LAMARRE
Mme R. de VERTEUIL
Mme Louise CHARRON
Mme Fernande CARLE

Organisation technique et coordination
Technical arrangements and coordination

Céline POUDRETTE
Mireille MARTEL

Siège social — *Head office*

3875, rue Saint-Urbain, bureau 100
Montréal 131
Tél. (514) 845-3259

CONSEIL D'ADMINISTRATION — *BOARD OF DIRECTORS*

1970-1971

Président :	Jean-Yves GOSSELIN, M.D.
Vice-président :	John D. HACKETT, M.D.
Secrétaire :	Robert DUGUAY, M.D.
Trésorier :	Guy LEDUC, M.D.
Conseillers :	Gérald J. SARWER-FONER, M.D.
	Henry R. DUROST, M.D.
	Fernand LEMELIN, M.D.
	Antoine LEPAGE, M.D.
	James NAIMAN, M.D.
	Pierre LAPOINTE, M.D.

1970-1971

President :	James NAIMAN, M.D.
Vice-President :	Robert DUGUAY, M.D.
Secretary :	Pierre LAPOINTE, M.D.
Treasurer :	Fernand LEMELIN, M.D.
Councillors :	Guy LEDUC, M.D.
	Eva LESTER, M.D.
	Jean LEBLANC, M.D.
	Jacques GRENIER, M.D.
	Hector WARNES, M.D.

REMERCIEMENTS — *ACKNOWLEDGEMENTS*

L'Association des psychiatres du Québec exprime sa reconnaissance envers les personnes et organismes suivants qui ont grandement contribué au succès du congrès :

The Quebec Psychiatric Association gratefully acknowledges the generous contribution of the following persons and organizations who collaborated to the success of the meeting :

— La direction de l'Université de Sherbrooke
— Le Département de psychiatrie de l'Université de Sherbrooke
— Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
— Monsieur Guy Lefebvre, attaché de relations publiques au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
— Monsieur Laurent Biron, directeur de la résidence des étudiants de l'université de Sherbrooke
— Le Centre de l'audio-visuel de l'Université de Sherbrooke
— Monsieur Marc Bureau, maire de Sherbrooke
— La ville de Sherbrooke
— Le personnel de l'Université, du Département de psychiatrie et du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
— Hoffmann-La Roche Limitée
— Poulenc Limitée
— Canadian Hoechst Limited
— Merck Sharp & Dohme of Canada Limited
— Monsieur Henri F. Spitzer, de la maison Eastern Office Equipment, de Sherbrooke (Superior Business Machines)
— La Clinique familiale Saint-Vincent
— L. G. Balfour Company of Canada
— Domtar Pulp & Kraft Paper Limited
— Madame Jackie Ladouceur, directeur commercial du Motel Le Baron
— Society for emotionally disturbed children
— La direction du Laval médical
— Smith Kline & French Canada Limited
— Laboratoire Pentagone Limitée
— McNeil Laboratories (Canada) Ltd.
— La Compagnie Pfizer Limitée
— Elliott-Marion Compagnie Limitée
— E. R. Squibb & Sons Limited
— A. H. Robins Co. of Canada Limited
— John Wyeth & Brother Canada Limited
— Sandoz Pharmaceuticals
— Geigy (Canada) Limitée
— Frank W. Horner Limited
— Schering Corporation Ltd.
— Somabec Limitée
— Association canadienne pour la santé mentale
— Mesdames : H. Dalpé, L. Patenaude, F. Jeannotte, T. Clerk, S. Rinfret, R. Plourde, H. Charbonneau, M. A. Plante, R. Zaor, P. Alix, J. Grondin, L. Dupuis, M. Ducharme, G. Grégoire, R. Martel
— Mesdames : A. Francœur, T. Nilski, P. Brochocka
— Messieurs : J.-A. Pilon, Michel Émond, P. Carrier, J. Chouinard, M. Paradis, A.-P. Cartier

Laval médical

VOLUME 42 NUMÉRO 10 DÉCEMBRE 1971

Editorial

« LA VIE MÉDICALE AU CANADA FRANÇAIS »

En janvier 1972, « La Vie médicale au Canada français » prendra la relève du « Laval Médical » qui, par sa succession au « Bulletin médical de Québec », remonte à 1899. Sous cette nouvelle désignation, la revue reflétera davantage l'influence qu'elle entend exercer sur une plus large échelle et au plan national.

Par son comité de direction, elle s'assurera de l'appui et de la collaboration de tous les milieux de la Santé. Les facultés de médecine, divers groupes professionnels et centres hospitaliers, le Collège des médecins et l'Association des médecins de langue française du Canada ont déjà été invités à assumer à part entière la planification et l'orientation du journal.

L'objectif de cette initiative est d'atteindre tous les médecins et les autres professionnels de la santé au Canada français, sans diminuer pour autant les relations que nous entretenons avec nos collègues anglo-saxons, en vue d'offrir aux uns et aux autres une documentation de base suffisante et d'éventail étendu sur l'évolution contemporaine des disciplines de la Santé.

En vue de ne pas retarder la diffusion des travaux qui lui seront confiés, la publication, qui vaquait durant les mois de juillet et d'août, paraîtra dorénavant le premier de chaque mois de l'année.

Cette nouvelle orientation obligera forcément à puiser à une matière éditoriale plus abondante, plus variée, et de toute première qualité. A une époque où la somme de connaissances s'accroît sans cesse à un rythme vertigineux, de fréquentes mises au point deviennent indispensables à tous ceux qui se partagent la responsabilité de la santé des populations.

Sans tomber dans la polémique, « La Vie médicale » exprimera une opinion sur des sujets d'actualités controversés : drogues, avortements, pollution, médecine d'état, etc., en vue d'informer ses lecteurs des différents aspects de ces problèmes.

On y trouvera également la synthèse de sujets spéciaux préparés soigneusement par des auteurs qualifiés et expérimentés : psychiatrie contemporaine, cancer, transplantation cardiaque, insuffisance respiratoire, anesthésie, services d'urgence, endocrinologie, maladies thérapeutiques, etc.

Des communications scientifiques d'intérêt fondamental et clinique, des travaux portant sur l'enseignement médical et l'histoire de la médecine, des chroniques périodiques sur la nutrition, la pharmacologie, les sciences de la santé autres que la médecine, des analyses, revues de livres, nouvelles, congrès, développements pharmaceutiques, variétés, etc., constitueront le corps du journal.

Mais l'accent portera aussi et beaucoup sur l'enseignement médical permanent. Dans des articles courts, ce secteur apportera des notions de médecine et de chirurgie conçues pour répondre aux besoins et aux exigences des médecins engagés dans la pratique de la médecine de tous les jours.

Par sa distribution étendue, « La Vie médicale » atteindra tous les médecins d'expression française du Canada et son rayonnement englobera toutes les bibliothèques des Ecoles de Médecine et des principaux hôpitaux de l'Amérique du Nord, de même qu'un très grand nombre d'abonnés de nombreux pays étrangers.

La direction de « La Vie médicale » espère que le nouveau journal recevra un accueil chaleureux. Elle remercie tous ceux, si nombreux, qui nous ont exprimé avec enthousiasme leur foi en cette initiative. Notre reconnaissance est également d'ores et déjà acquise à l'industrie pharmaceutique qui, en nous confiant ses messages à l'intention du Corps médical, nous permet des développements justifiés et essentiels mais souvent onéreux.

En favorisant ainsi l'information auprès du Corps médical, le monde de l'industrie ajoute aux efforts d'une efficacité remarquable qu'il fournit sans cesse pour assurer aux professionnels de la Santé des produits et des équipements nouveaux ou améliorés dont bénéficie la santé publique.

Avant de tourner la page vers une nouvelle identité qui justifiera de sa croissance et de son expansion, le « Laval médical » désire exprimer sa reconnaissance à tous ceux qui ont assuré sa vitalité, son développement et son rayonnement au cours des soixante-quinze dernières années.

Sa gratitude s'adresse d'abord à ses nombreux collaborateurs. Leur souci d'une pensée clinique d'une rigueur toute scientifique a fait du « Laval médical » ce qu'il était et lui a permis de jouer son rôle de formation et d'information auprès de ses lecteurs. Le nouveau journal compte encore sur cette coopération pour assurer le rôle de premier plan qu'il entend exercer au service des médecins du Canada.

La direction veut aussi souligner de façon particulière la sollicitude dont le « Laval médical » a toujours été l'objet de la part des autorités de l'Université Laval et de sa Faculté de médecine. Sans cet appui, il lui aurait certainement été impossible de réaliser la mission qu'il s'était proposée, soit de diffuser en tout premier lieu l'activité médicale de l'Université qui l'abritait et l'encourageait dans son œuvre.

En acceptant la responsabilité d'un rôle d'envergure nationale, « La Vie médicale » s'intègre à l'équipe de tous les professionnels de la Santé du Canada, quel que soit leur domaine. Elle souhaite que sa modeste contribution saura les stimuler et servir convenablement leurs besoins de communication.

Rosaire GINGRAS,
Directeur.

DE LA PSYCHANALYSE À LA PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE : les vicissitudes d'une équipe thérapeutique * †

Roger BOUTIN, M.D.[1], **Céline GUAY**, I.L.P., **et Micheline SALVAIL**, I.L.P.

Si ce travail vient ajouter son grain de sel à des sujets que bien d'autres ont discutés, c'est pour deux raisons. On se souviendra d'abord qu'il y a trois ans, L. Gratton parlait devant ce même groupe des réactions émotionnelles du personnel de service interne (1). Or le genre de transition que nous tenterons de décrire ici ne manque pas, à notre avie, de stimuler l'anxiété, la dépression et nombre d'autres réactions qu'il a décrites. Sur ce plan, le compte rendu de notre expérience pourrait être de quelque utilité à ceux qui, de nos jours, embrassent, de gré ou de force, la psychiatrie communautaire. D'autre part, pendant les mois qu'a duré cette expérience, l'un des auteurs (R. B.) s'est formé une conviction solide de la valeur de certaines techniques et de certaines réactions de l'équipe de soin qui donnent matière, au delà de la description à titre d'exemple, à des réflexions d'ordre plus général sur l'avènement actuel de ce qu'on appelle la psychiatrie communautaire.

L'équipe en question a, comme responsabilité majeure, la charge d'environ vingt-sept malades hospitalisés, plus une bonne part des soins externes aux anciens malades. Cette équipe, constituée à la base d'une vingtaine d'infirmières, comptait en outre sur les services d'une ergothérapeute, d'un moniteur de culture physique, d'une travailleuse sociale et d'un psychiatre, tous à temps partiel comme, en fait, le résident ou les deux résidents affectés au service. Dotée, il y a peu d'années, d'un personnel plus complet, l'équipe avait vu ses effectifs diminuer à cause du manque de disponibilités et aussi pour permettre l'expansion d'autres secteurs. En même temps, l'hôpital voyait son rôle changer de façon marquée : d'abord centre d'enseignement et hôpital de prestige pouvant se permettre un certain éclectisme dans le choix des malades, l'institution a maintenant la responsabilité d'un secteur approchant le demi-million de population. En un an et demi, par exemple, la proportion des malades provenant du secteur passait de 20 à 25 pour cent jusqu'à 65 ou 70 pour cent. D'orientation surtout analytique à l'origine et toujours comblé de psychanalystes et de psychothérapeutes, l'hôpital n'en voyait pas moins son évolution profondément modifiée par ces nouvelles responsabilités, parfois de façon inattendue. L'équipe en question a parfois ressenti de façon très vive l'effet de ces coups de barre.

De plus, cette unité hospitalière est devenue, en juillet 1970, le service interne d'une équipe de secteur forte d'une douzaine de membres qui œuvrait à l'extérieur de l'hôpital depuis déjà quelque temps. On peut imaginer les difficultés qu'une telle intégration présente en notant, au surplus, que ce mariage fut non seulement, comme il arrive, forcé et imprévu, mais ne fut même pas précédé de fréquentations et encore moins de gratification. (Le nouvel ensemble a la responsabilité d'une population urbaine de plus de 70 000 personnes.)

Ayant assumé les unes après les autres le rôle d'infirmière-chef de cette unité de soins, nous avons discuté avec les membres de l'équipe dans le but de retrouver les sentiments vécus à ce moment-là, sentiments divers et dont l'intensité varie selon la personnalité et les rôles de chacun.

Cette équipe travaillait dans un service de psychiatrie d'une manière que nous pourrions appeler traditionnelle, c'est-à-dire que chaque infirmière ou infirmier avait le soin d'un certain nombre de malades qui lui étaient assignés et devait s'adresser directement au thérapeute du malade pour connaître l'orientation du traitement, de même que les

---

* Travail présenté au VII[e] Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Sherbrooke du 22 au 24 avril 1971.

† Ce travail rassemble des contributions d'un groupe beaucoup plus nombreux que celui des auteurs et ces derniers désirent manifester ici leur appréciation sincère à leurs collègues de l'Institut Albert-Prévost, Montréal.

Pour simplifier, on notera que les passages représentant des points de vue plus particuliers aux infiirmières sont en caractères différents.

1. Maintenant professeur adjoint à l'Université d'Ottawa et psychiatre à l'Hôpital général d'Ottawa. Adresse : 197, rue Cumberland, Ottawa.

ordonnances médicales. Ce n'est pas, à notre sens, ce que l'on peut appeler du travail d'équipe; toutefois, cette façon de procéder se poursuivait jusqu'au 30 juin, aussi bien avec le personnel déjà en place qu'avec les nouvelles recrues de l'équipe hospitalière.

Le 1er juillet, le grand jour sans fleurs ni marche nuptiale, nous devenions le groupe interne d'une équipe de secteur œuvrant dans la communauté. L'adaptation, il va sans dire, fut pénible; nous tenterons de vous décrire les émotions par lesquelles nous sommes passés durant cette brève mais trop longue période de transition.

A. DIFFICULTÉS

Les difficultés plus ou moins caractéristiques furent soit d'ordre général, soit reliées aux facteurs qui augmentaient le travail requis, soit le résultat de problèmes ayant trait à une nouvelle définition des rôles dans l'équipe de soin. Même dans ses aspects positifs, la psychiatrie communautaire contribue généralement d'une certaine façon à l'augmentation des difficultés. Par exemple, l'expansion des services qu'elle requiert contribue par le fait même à augmenter la mobilité du personnel, souvent par des promotions, ce qui se traduit par des départs fréquents de membres de l'équipe : la charge totale est donc alourdie par les vides et parfois même par les sentiments de doute qui en résultent (*v.g.* pourquoi celui-ci ou celle-là a-t-il choisi de travailler ailleurs plutôt qu'avec nous?). De même, les changements fréquents bouleversent les traditions qui assurent ordinairement le fonctionnement d'une équipe et les ententes tacites entre les membres, exigeant souvent qu'on reparte à zéro pour rétablir ces ententes.

Dans notre domaine comme partout ailleurs, les ressources et le temps disponibles étaient, dès le début, utilisés à la limite, sans réserves appréciables où puiser en cas d'urgence. D'autre part, c'est avec l'avènement de la psychiatrie communautaire que le manque de services associés de transition, tels que les ateliers protégés, prend le plus d'importance, ou que des problèmes d'ordre général tels que le chômage se font le plus durement sentir.

Et ceci d'autant plus que le type de malades sur lesquels l'équipe devait travailler différait de façon marquée. On vit, par exemple, les psychotiques devenir très nettement la majorité alors qu'auparavant les névroses dominaient nettement. On pourrait ajouter qu'avant une démarche active était requise, de la part du malade ou de son entourage, pour arriver à l'hôpital, de sorte que les malades qui y parvenaient avaient en général de meilleures ressources familiales, intellectuelles ou financières, alors que la décantation naturelle de la communauté amène plus d'individus de milieux carencés à la recherche d'un refuge plutôt que d'un traitement. Dans de tels cas, la possibilité de simplement travailler quelque part, par exemple, devient facilement un facteur déterminant.

D'autre part, la prise en charge des cas les plus rebelles et la nécessité de continuer à les traiter taxent lourdement les ressources, tout en donnant peut-être au personnel une impression moins grande de réussite. D'autant plus qu'une attitude semble vouloir s'établir de plus en plus chez les malades et même chez le personnel, selon laquelle la guérison, allant même jusqu'à l'absence de toute angoisse, serait un droit strict. Dans cette optique, peu de thérapeutes, quoi qu'ils fassent, peuvent avoir le sentiment de donner généreusement, sans compter que la motivation chez le malade peut évidemment s'en porter plus mal.

Mentionnons pour finir cette liste que le malade ne bénéficiant d'aucun appui extérieur, la nécessité se fait plus pressante pour le personnel de l'hôpital de lui fournir, à lui qui en a grandement besoin, les relations d'objet dont son existence même dépend, ce qui ne manque pas, comme tout le reste, d'alourdir le poids de la tâche.

À tout ceci s'ajoute la nécessité pour chacun de se définir un rôle nouveau. Il ne s'agit plus seulement de s'adapter à un nouveau membre d'équipe ou à un nouveau patron, mais de trouver une façon différente de fonctionner dans un milieu nouveau. De l'intérieur comme de l'extérieur du milieu psychiatrique, les pressions se font intenses vers des structures moins hiérarchiques et moins compartimentées, ce qui représente pour tous une part accrue de responsabilité et d'initiative.

Les objectifs thérapeutiques doivent également changer. Aussi longtemps que les cas rebelles prennent le chemin de l'hôpital (ou de la salle des malades chroniques) l'on peut croire à la nécessité de guérir le malade et à la toute-puissance du thérapeute. La prise en charge totale impose ce point de vue plus humble qu'il faut accepter de guérir rarement, soulager (seulement) souvent et consoler toujours, spécialement en préservant toujours la dignité du malade par un respect constant de sa personne. Une formation d'orientation analytique s'accorderait entièrement avec ceci, bien sûr, mais un personnel entraîné au respect presque exclusif

de la relation individuelle peut se sentir profondément malheureux lorsque la réalité nouvelle lui impose des méthodes et des objectifs incompatibles avec ce genre de relation. On constate même souvent un effort désespéré pour atteindre à la fois les nouveaux objectifs et les anciens, auxquels on cherche encore plus ou moins inconsciemment à répondre. Sans parler, enfin, des difficultés pour l'enseignement de concilier l'ancien et le nouveau.

Disons tout de suite que n'ayant pas participé à la décision de ce mariage, nous nous y sentions plutôt opposés et cette disposition d'esprit fut, d'après nous, à l'origine de plusieurs malaises au sein de l'équipe hospitalière. Nous éprouvions de nombreuses craintes face à cette orientation communautaire; en outre, nous avions peur d'avoir plus de malades chroniques, plus de malades présentant des problèmes de soins physiques et peur également qu'on nous amène les malades un peu comme dans un refuge. En conséquence, nous avions le sentiment que nous ne pourrions plus participer aux décisions concernant l'orientation du service interne.

Les moments les plus difficiles de la journée étaient les séances de groupes malades-personnel, suivies des réunions de service. C'est alors que nous ressentions plus intensément, à travers les revendications des malades, l'agressivité que nous éprouvions face au chef de service qui, malgré lui, nous avait embarqués dans une telle galère.

Nous aurions souhaité qu'il puisse nous libérer de cette nouvelle forme de travail. Impliqués émotionnellement comme nous l'étions tous, nous trouvions difficile de travailler avec un patron que nous considérions comme analysant la situation et faisant continuellement des remises en question sans trouver de solutions concrètes. Ceci amenait beaucoup d'accrochages entre les membres du personnel; par exemple, des décisions se prenaient par deux parties de l'équipe interne, excluant les autres (infirmière-malades, médecin-malades, infirmière-médecin), ce qui avait pour effet d'engendrer de la confusion et du mécontentement.

En ce qui regarde les membres de l'équipe de secteur, nous leur demandions une présence plus intense au niveau du département, qui aurait pu se traduire par l'assistance à nos groupes malades-personnel, ou encore par le fait de venir plus souvent nous parler ou entendre parler de leurs malades hospitalisés. Nous leur demandions aussi de prendre en charge plus rapidement ces derniers, habitués que nous étions, dans le schéma traditionnel, à ce que chaque malade soit assigné à un thérapeute dès son entrée à l'hôpital. Pendant les mois qui suivirent l'intégration, les mêmes thèmes revenaient fréquemment dans nos réunions avec l'équipe de secteur, thèmes que nous pourrions grouper ainsi: 1° manque de sécurité de l'équipe de soin dans cette nouvelle forme de traitement; 2° manque d'appui de la part de l'équipe externe. En d'autres mots, on se sentait seul avec les problèmes des malades. Dans cette atmosphère difficile et lourde, les acting-out *des malades se faisaient plus nombreux, ce qui augmentait le travail du personnel et imposait plus de limites et de surveillance: contrôle physique, surveillance plus étroite et quelquefois même, fermeture des portes dans un département ouvert. La répétition continuelle de ces actes de contrôle amena chez le personnel une certaine dévalorisation; il se sentait devenir plus gardien de porte que membre actif, participant à des programmes de traitements et de soins.*

Ayant vécu la perte de collègues qui s'orientèrent vers le travail en milieu externe, nous avions beaucoup de difficulté à accepter l'aide de celles qui œuvraient dans la communauté, particulièrement lorsqu'elles venaient au département prescrire les soins infirmiers dont nous savions que leurs malades avaient besoin. D'autant plus qu'on sentait parfois flotter une impression que désormais le travail fin se faisait évidemment à l'extérieur et que le travail interne convenait plutôt aux manants.

Le sentiment de dévalorisation correspondant a certainement étouffé bien des initiatives heureuses que nous aurions pu prendre autrement et qui auraient rendu notre travail plus efficace.

B. RÉACTIONS

Quand le travail déjà lourd d'une équipe psychiatrique se complique ainsi, on ne s'étonne pas que les réactions dont parle Gratton se fassent pénibles parfois: l'angoisse, la dépression, les départs, les problèmes de rivalité ou de scission se sont tous fait sentir. Le plus étonnant, c'est que ces réactions n'aient pas été plus marquées et que, bien au contraire, des éléments de réaction bien positifs aient réussi à se faire jour.

« Nous sommes ensemble dans cette galère, essayons de ramer ensemble », pourrait exprimer l'idée qui aida le groupe à surnager, et qu'une infirmière rendait explicite plus tard. Les rencontres multiples de l'équipe, tout sursaturés que nous étions, furent un élément important de ce travail

d'intégration qui devait s'accomplir. Les discussions portèrent non seulement sur le travail, les rôles et les difficultés d'organisation, mais aussi, par exemple, sur une étude du travail du docteur Gratton et sur nombre d'autres remises en question des réactions et de l'état émotif de chacun à travers ces difficultés. Cela peut sembler facile, si on ne l'a jamais essayé, d'évaluer ses réactions affectives en commun, ouvertement, surtout quand on oublie de leur apposer la belle étiquette de problèmes de contre-transfert, par exemple. Si lourd qu'il soit, ce travail mené librement peut aider chacun à constater concrètement que ses interventions sont aussi importantes que celles du patron, ce qui constitue un pas important vers une structure plus intégrée, plus fraternelle que paternaliste.

L'aide du milieu nous fut aussi précieuse: les collègues de diverses disciplines, par exemple, furent de bien des façons très secourables. Un spécialiste de groupes, par exemple, fit chez nous quelques visites qui nous aidèrent de façon très directe à mieux comprendre et à mieux accepter l'expression directe de sentiments non seulement dans les groupes de malades mais également dans nos propres groupes. Il faut dire aussi que, si l'équipe s'est souvent sentie isolée des autorités, les contacts, quand ils étaient possibles, furent au moins directs et sans cérémonial inutile. Ce genre de contact avec les têtes dirigeantes nous semble essentiel, non seulement pour situer l'action de l'équipe dans l'ensemble et l'orienter de façon coordonnée, mais pour maintenir le respect de soi et la confiance en soi qui ne peuvent venir que d'une conscience très nette du rôle à jouer, particulièrement quand les sentiments d'échec menacent de prendre le dessus, en face d'une tâche impossible et qui ne peut être accomplie, au mieux, que de façon partielle.

Communication et échange à tout prix, remise en question déterminée non seulement du contexte mais de soi-même et de ses réactions émotionnelles, tels ont été les éléments de base du processus d'adaptation. Il faut aussi souligner l'initiative (et la compétence) du personnel. Initiative traduite concrètement, par exemple dans la façon de choisir l'hospitalière, où le personnel imprima non seulement sur le procédé mais sur l'esprit du procédé, la marque d'une équipe dynamique. Sachant à quel point les procédures établies ne changent généralement qu'avec beaucoup de temps et d'énergie, on peut imaginer le dynamisme d'une équipe qui a changé une telle procédure en vingt-quatre heures à peine. La situation joua en somme le rôle du creuset d'affinage. Des gens qui auraient pu se décourager et démissionner se dirent au contraire: nous allons faire quelque chose, et le firent d'une façon plus originale que jamais.

Un exemple qui mérite une mention spéciale et qui fera, nous l'espérons, l'objet d'une description séparée de la part de celles qui en furent les innovatrices est celui des programmes de soins. À partir d'un travail utile, établir sur papier le programme de soins de chaque malade (au point de vue *nursing*), les infirmières prirent l'initiative de s'asseoir régulièrement (deux ou trois membres d'une sous-équipe et six de leurs douze malades) et de discuter avec ces derniers de leurs programmes de traitement. Cette technique vraiment individuelle et stimulante pour les malades et les infirmières devint un pivot de la thérapie du milieu, et ce qui aurait pu n'être qu'un travail de routine et de paperasse se transforma en une formule thérapeutique vivante et originale.

Depuis longtemps le programme de soins est un instrument de travail utilisé par les infirmières dans le but de planifier les soins du malade, à partir de ses besoins et suivant son évolution (2 et 3). *Toutefois, au cours de cette période, nous avons réalisé que souvent l'infirmière attribuait au malade des besoins qui reflétaient les siens plutôt que ceux du malade. De là vint la décision et de se réunir en petits groupes avec les malades et de les faire participer à l'élaboration de leurs programmes de soins. Cette formule sembla répondre aux besoins des malades, car ils réclamèrent des réunions plus fréquentes; d'autre part, le personnel acceptait facilement de répondre à cette demande.*

Vu le nombre restreint de personnes participant à ces réunions, l'expression de sentiments tant pour le personnel que pour les malades était plus facile, chacun se sentant plus à l'aise pour exprimer des difficultés de vie commune. D'être aussi près les uns les autres rendait plus facile la compréhension et l'acceptation mutuelle. Se sachant ainsi appuyé, le malade était plus disposé à participer à son programme de traitement et à apporter une aide aux autres malades, ce qui avait pour effet de rendre notre travail plus facile.

Au cours de ces réunions, il nous arrivait de déroger du but fixé pour répondre à une demande plus pressante d'un malade; toutefois, il nous a semblé que l'utilisation de ce médiateur qu'est le programme de soins nous a permis de trouver plus de confort dans nos relations avec les malades, tout en réalisant nos objectifs thérapeutiques.

C. COMMENTAIRES

Somme toute, même avec les problèmes de rodage, dont certains persistent encore, les malades ont bénéficié d'un traitement peut-être moins élégant mais quand même de bonne qualité, compte tenu surtout de l'augmentation de la charge et des effectifs qui décroissaient. De plus, l'équipe a réagi par la création de formules originales et dont on peut, semble-t-il, espérer beaucoup.

Comment cela fut-il possible, et à quel prix? Si les efforts que fournit une telle équipe amènent un épuisement, une usure rapide des thérapeutes, on peut craindre de voir la structure se miner, peut-être s'effondrer. L'histoire de la psychiatrie du siècle dernier, comme celle de notre siècle, nous fournit des exemples troublants de ce genre de phénomène où la demande augmente généralement alors même que la source se tarit. Or le personnel dont nous parlons ici est justement une ressource précieuse. Entraînés dans le respect profond de la personne et la sensibilité aux relations humaines, ils ne sont pas munis que de connaissances intellectuelles, mais ils se sont forgé une identité bien caractérisée par une préparation qui inclut leur moi affectif.

Ce genre de thérapeute, évidemment, ne pousse pas dans les arbres. Une telle formation exige du temps et une concentration intense de ressources et d'efforts. Et ceux qui s'engagent dans la relation thérapeutique et se dévouent s'usent peut-être plus vite que les techniciens qui se contentent de manipuler. Or l'augmentation de la demande et les efforts faits pour y répondre peuvent facilement compromettre l'entraînement et la formation du personnel même qui devrait y répondre. La dilution des ressources, par exemple, pour tenter de répondre à une demande accrue, peut facilement consumer le personnel déjà formé sans lui laisser le loisir de contribuer à la formation de nouveaux effectifs, faute de temps pour s'arrêter ensemble sur un cas, ou faute d'énergie.

D'où l'importance, croyons-nous, d'utiliser avec prudence ce que nous avons: appui et respect des effectifs, surtout peut-être du personnel de soin de base, qui offre souvent une expérience et un dévouement que nulle éducation ne saurait remplacer. Ce sont ces personnes, en somme, qui traitent les malades et il importe qu'elles se sentent intégrées par une participation véritable non seulement à l'exécution des ordres, mais encore au traitement et à l'élaboration des programmes, etc.

D'autre part, au moment même où une expansion rapide des services psychiatriques risquerait d'être poussée trop vite, nous avons plus que jamais besoin d'une conscience aiguë de nos limites et d'un très grand discernement dans l'établissement des objectifs et des priorités. On a vu, en 1970, une revue clamer qu'il « sera bientôt plus facile de faire traiter une névrose que des troubles de la vésicule », alors qu'ailleurs on proclame que si vous êtes anxieux, cela dépend sans doute de votre famille ou de votre patron, en laissant entendre qu'il serait plus simple de les traiter, eux. S'il fallait que le messianisme thérapeutique s'allie à des impératifs politiques ou technocratiques et à la recherche par le peuple d'une ambroisie mythique dont nous serions les dépositaires, nous risquerions d'assister à un phénomène catastrophique analogue à celui de la membrane élastique qu'on étire au-delà de ses limites.

Espérons que, même à regret, nous sachions reconnaître nos limites propres avant qu'il ne soit trop tard.

BIBLIOGRAPHIE

1. GRATTON, L., Les réactions émotionnelles du personnel de service interne, *Laval Médical*, 40: 869, 1969.
2. INSTITUT MARGUERITE D'YOUVILLE (en collaboration), *Le Nursing*, Ed. du renouveau pédagogique Inc., 4e éd., 1968, pp. 51–58.
3. KROW, T., Nursing team leadership, W.B. Saunders Co., Philadelphie et Londres, 1966.

LE SECTEUR URBAIN OU LA NÉGATION DE LA COMMUNAUTÉ : RECHERCHE SUR LES CARACTÉRISTIQUES PSYCHOSOCIALES ET LES ASPIRATIONS D'UNE POPULATION *

Fernando LÉAL, M.D., **Madeleine LEDUC**, T.S.P., **Françoise MERCIER**, T.S.P., **et Renée HÉTU**, T.S.P.

Institut Albert-Prévost.

À partir d'une expérience concrète, vécue dans le secteur Bordeaux-Cartierville, secteur de psychiatrie communautaire relevant de l'Institut Albert-Prévost, selon la planification des soins psychiatriques, nous avons pu observer qu'un secteur urbain comme celui-ci est un ensemble de structures de groupes et d'individus complexes et très hétérogènes.

Il serait très difficile de délimiter quelles sont les caractéristiques d'un secteur urbain qui pourraient le différencier des autres, et aussi difficile de dire quelles seraient les lignes générales qui pourraient le définir comme une communauté ou comme une société.

Tout d'abord, nous voudrions faire appel à la différenciation relativement précise que le sociologue allemand Ferdinand Tonniës fait entre le concept de « communauté » et celui de « société ».

Pour Tonniës, la communauté et la société sont deux formes fondamentales de la structure sociale globale, mais la communauté est basée sur les données de la sensibilité et de l'instinct, l'instinct unissant les hommes par les tendances profondes de leur être, et la société reposant sur des données rationnelles reliant les hommes par des institutions extérieures à leur personnalité, généralement créées par eux pour des raisons d'ordre pratique.

Nous allons essayer de présenter une explication très simple qui est née de l'observation ainsi que d'un travail de recherche, pour voir dans laquelle des deux catégories nous pouvons classer notre secteur urbain.

Le secteur de Bordeaux-Cartierville de Montréal compte 94 000 habitants en majorité francophones et appartenant à la classe moyenne élevée. Il est situé sur la rive sud de la rivière des Prairies, à l'ouest de la rue Saint-Laurent.

De par notre travail à Bordeaux-Cartierville, nous avons été amenés à parcourir physiquement ce secteur, à connaître ses rues, ses maisons, ses écoles, ses églises, un bon nombre de ses habitants, et plusieurs de ses institutions ainsi que leur fonctionnement. Nous avons constaté que notre travail comportait deux niveaux d'action : l'un, le niveau clinique, selon lequel nous voyions des malades, des personnes reconnues et identifiées comme malades ; nous entrions en contact avec elles et nous les traitions. Ce faisant, nous nous sommes occupés d'un bon nombre des problèmes de ces personnes malades, tels que leur travail, leur famille, leur situation socio-économique, etc.

Le deuxième niveau d'action, c'était le contact avec les leaders du secteur, les associations, les institutions, les agences, etc. Ces rencontres nous ont permis de connaître petit à petit la vie du secteur, et de voir que dans ce secteur urbain de Bordeaux-Cartierville il existait certaines caractéristiques qui nous mènent à penser qu'il n'y a pas de vie communautaire, c'est-à-dire que ce secteur n'a pas une vie qui lui soit propre, une vie à laquelle participent ses membres, les gens qui y habitent, et à travers laquelle ils puissent sentir un sentiment d'appartenance à une communauté donnée.

Nous avons vu que les individus qui y vivent, qui ont leur logement dans le secteur, dans la plupart des cas prennent leurs loisirs en dehors du secteur, et que leur travail, leurs rencontres et leurs amis sont aussi en dehors du secteur.

Très souvent ils appartiennent à des associations politiques, sportives, religieuses, sociales ou autres

* Travail présenté au VII[e] Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Sherbrooke du 22 au 24 avril 1971.

qui dépassent le cadre du secteur ou lui sont tout à fait étrangers.

Pour beaucoup de ces personnes, leurs intérêts sont en dehors du secteur et elles n'utilisent le secteur que pour s'y loger, dormir et se reposer.

Cependant leur vie active, leur vie au travail, leurs intérêts personnels, leurs goûts, ne sont pas satisfaits à l'intérieur de ce secteur ni dans un échange interpersonnel avec d'autres membres du secteur.

Nous avons vu qu'il y a très peu d'institutions et d'organismes à la grandeur du secteur lui-même ayant une vie propre et riche. Les quelques institutions de cet ordre que nous connaissons sont généralement très peu fréquentées, et leur nombre de membres est très restreint, par exemple l'Association des familles de Bordeaux-Cartierville, qui ne compte que 48 membres malgré une population de 94 000 habitants.

Les gens qui habitent Bordeaux-Cartierville se sentent attirés par les nombreuses activités, institutions et loisirs du centre-ville ou de certaines structures ou communautés à l'échelle de la ville de Montréal.

Les habitants de Bordeaux-Cartierville, nous croyons pouvoir l'affirmer, se connaissent très peu entre eux. Ils connaissent généralement leur proche voisin lorsqu'il s'agit de propriétaires de maisons unifamiliales, mais dans les maisons d'appartements, il n'y a pas de liens même entre les proches voisins.

Certaines personnes qui vivent depuis quarante ou cinquante ans à Bordeaux-Cartierville se souviennent qu'il y a de nombreuses années Cartierville était une ville à part, un noyau suburbain qui avait une vie propre et qui n'était affecté par la vie de Montréal que d'une façon éloignée et indirecte. Plusieurs de ces personnes nous ont raconté comment elles se plaisaient à ce moment-là à Cartierville, car tout le monde s'y connaissait. Cependant, depuis quelques années, elles ont l'impression que la ville de Montréal a englouti Cartierville et elles n'ont plus le sentiment d'appartenance au vieux Cartierville. D'autre part, celles qui vivent dans le secteur depuis quelques années seulement ou depuis tout récemment n'ont même pas l'impression que le secteur ait quelque chose d'autonome ou de particulier, ou pourrait avoir une vie de quartier grâce à laquelle les gens pourraient se parler, communiquer et s'entraider.

Ces observations que nous livrons ont été confirmées par les différentes réponses à un long questionnaire de recherches qui avait été fourni par le Service social de l'Institut Albert-Prévost.

Présentation de la recherche

L'un des prérequis à tout travail communautaire est évidemment de connaître la population à laquelle on s'adresse. Nous avons élaboré à cette fin un questionnaire qui doit servir à identifier les besoins d'une population donnée en matière de santé mentale, questionnaire qui pourrait être utilisé dans d'autres milieux ruraux ou urbains par la suite.

Les principales questions qui ont été posées au point de départ sont les suivantes: 1 – à quelle population le Centre psycho-social de Bordeaux-Cartierville offre-t-il ses services? 2 – quels sont les problèmes de santé mentale de cette population et ses besoins? 3 – quelles sont en général les caractéristiques psycho-sociales d'une population de classe moyenne habitant un secteur de grand centre urbain?

La population étudiée comprend les francophones de 18 ans et plus qui habitent le secteur desservi par la Clinique psycho-sociale de Bordeaux-Cartierville. La population totale du secteur était approximativement, au début de la recherche, de 50 000 habitants, dont 40 pour cent environ d'anglophones. Depuis, cette population a doublé. Les enquêteurs qui sont allés à domicile en mai et juin 1970 ont rejoint 289 personnes de notre échantillonnage au hasard, ce qui représente près de un pour cent de la population de langue française du secteur. Chacune de ces personnes a répondu à un questionnaire comprenant 154 questions. Le même questionnaire a été fourni à un groupe témoin de 28 patients identifiés du secteur qui étaient sous traitement à la Clinique psycho-sociale Bordeaux-Cartierville en novembre 1970.

Les questions posées aux répondants portaient sur les points suivants:

1. Caractéristiques socio-économiques;
2. Satisfaction dans l'occupation principale;
3. Intégration sociale;
4. Mariage – enfants;
5. Aspirations – craintes – stress;
6. Soins psychiatriques.

Dans le court laps de temps qui nous est alloué, nous donnerons un aperçu des caractéristiques de la population étudiée, et discuterons ensuite de ce secteur urbain en tant que communauté.

Caractéristique de la population

Notre échantillon comprend 114 hommes et 175 femmes dont les âges se situent entre 18 et 85 ans (tableau I), avec une plus grande proportion de femmes de 45 à 64 ans, et d'hommes dans les groupes d'âge de 18 à 24 ans et de 65 ans et plus. Les deux tiers des personnes interrogées étaient mariées (tableau II).

Par ailleurs, on trouve dans l'échantillon un grand nombre d'hommes célibataires et de femmes veuves.

Pour donner un bref aperçu de cette population, on peut mentionner que 16,3 pour cent des gens ont complété leur cours primaire, que 50,9 pour cent ont fait des études secondaires, et que 32,9 pour cent ont plus de treize ans de scolarité. Les hommes sont plus instruits que les femmes: deux hommes pour une femme ont poursuivi des études supérieures.

TABLEAU I

Population étudiée, selon le sexe et l'âge

ÂGE	HOMMES, EN POURCENTAGE	FEMMES, EN POURCENTAGE
18–24 ans	21,0	17,7
25–34	21,9	20,6
35–44	24,7	22,3
45–54	11,4	20,0
55–64	7,9	14,3
65 ans et plus	13,1	5,1
TOTAL	100,0	100,0

N : 289

TABLEAU II

Population étudiée, selon le sexe et l'état civil

ÉTAT CIVIL	HOMMES, EN POURCENTAGE	FEMMES, EN POURCENTAGE
Célibataires	28,0	18,9
Mariés	65,0	68,1
Veufs		9,1
Séparés, divorcés et autres	3,5	3,9
TOTAL	100,0	100,0

N : 289

Le niveau de scolarisation est aussi sensiblement plus élevé chez les moins de 45 ans.

La population du secteur Bordeaux-Cartierville est relativement aisée puisque près du tiers des personnes interrogées déclarent un revenu familial supérieur à $12 000 par année. Dans ce groupe se situent en majorité les propriétaires qui représentent 45,7 pour cent des foyers visités. Près du tiers de la population habite le quartier depuis plus de dix ans, et le quart depuis moins de deux ans. Nous avons donc à tenir compte d'une population stable de propriétaires de maisons unifamiliales et multifamiliales, et d'une population extrêmement mobile de locataires dans les maisons multifamiliales et surtout les maisons de rapport.

Les renseignements recueillis sur le niveau de scolarité et les revenus indiquent clairement qu'il s'agit d'une population de classe moyenne favorisée. Les catégories d'occupation les plus générales sont les professions libérales et les fonctions de techniciens ou de travailleurs dans des services ou activités de loisirs. Nous avons rencontré aussi un grand nombre d'hommes qui font un travail d'administration et de femmes employées de bureau.

Le statut de l'interviewé (tableau III) est celui de travailleur à plein temps pour 68 pour cent des hommes et de ménagère pour 58 pour cent des femmes. Le quartier compte peu de chômeurs, soit 2,4 pour cent de la population. La durée du mariage est de plus de seize ans pour 43,5 pour cent des gens mariés et le nombre moyen d'enfants par famille est de 2,8 enfants.

TABLEAU III

Sexe et statut des répondants

STATUT DES RÉPONDANTS	HOMMES, EN POURCENTAGE	FEMMES, EN POURCENTAGE
Travailleurs à plein temps	68,5	22,9
Ménagères à plein temps	–	58,2
Retraités	14,0	2,3
Étudiants	12,3	2,9
Travailleurs à temps partiel	1,7	11,4
Chômeurs	3,5	1,7
Autres	–	0,6
TOTAL	100,0	100,0

N : 289

À l'aide du questionnaire établi par Cantril dans *Pattern of Human Concerns,* nous avons étudié les aspirations et les craintes des répondants (tableau IV).

On note que les aspirations de notre population gravitent principalement autour de deux pôles, soit les préoccupations économiques et les préoccupations familiales. Les préoccupations politiques, sociales ou internationales sont peu mentionnées au niveau des aspirations, mais sont citées plus fréquemment au niveau des craintes. Par ailleurs, les craintes prédominantes sont relatives à la santé de l'individu ou d'un membre de sa famille[1].

Secteur urbain et communauté

Lorsque nous avons entrepris cette recherche, nous espérions identifier dans le secteur certains éléments qui nous auraient permis de retracer l'existence d'une communauté selon la définition précitée. Nous avons donc voulu connaître en quel sens s'établissaient les réseaux de communication entre les gens; d'autres critères étaient la connaissance et l'intérêt manifesté envers les problèmes du quartier, ainsi que la connaissance et la participation aux organisations existantes.

À partir d'une échelle servant à mesurer l'isolement objectif, nous avons constaté que les communications s'établissent surtout à partir de la famille, immédiate ou éloignée, et à partir du milieu de travail. Les voisins, en général, se connaissent peu et ne se parlent qu'occasionnellement. Soixante-dix-sept et demi pour cent des répondants ne connaissent aucune des organisations existantes dans le quartier. De plus, 74,5 pour cent d'entre eux ne font partie d'aucune association récréative, syndicale, politique ou professionnelle. La majorité de ceux qui participent activement aux mouvements sociaux se recrute dans le groupe d'âge de 25 à 34 ans. Les loisirs et la vie sociale des répondants se déroulent en dehors du quartier.

Nous demandions aux répondants d'identifier les problèmes qu'ils considéraient comme prépondérants dans le quartier (tableau V).

Il est à remarquer que 62,1 pour cent des répondants déclarent soit ne pas connaître le quartier, soit n'être pas intéressés, soit n'y déceler aucun problème.

Ceux qui ne connaissent pas le quartier et qui ne sont pas intéressés se recrutent surtout chez les plus jeunes, âgés de 18 à 34 ans, chez les célibataires, chez les résidents ayant le moins d'ancienneté et chez les locataires.

Par contre, ceux qui ne décèlent aucun problème se recrutent surtout chez les répondants plus âgés (35 ans et plus), et chez ceux qui habitent le quartier depuis plus de dix ans. Parmi les problèmes les plus fréquemment mentionnés, nous trouvons ceux qui se rapportent à la qualité de l'environnement. En effet, 11,8 pour cent des répondants se

TABLEAU IV

Aspirations et craintes

	ASPIRATIONS, EN POURCENTAGE	CRAINTES EN POURCENTAGE
Situation économique personnelle	56,6	29,2
Famille	53,1	33,3
Valeurs individuelles et personnalité	22,6	16,0
Santé	19,4	42,0
Travail ou chômage	16,3	3,1
Statu quo ou aucune crainte	16,3	15,6
Situation internationale, valeurs sociales, politique et économie	8,6	21,8

TABLEAU V

Problèmes du quartier

PROBLÈMES	POURCENTAGE DES RÉPONDANTS	
Aucun problème	48,9	62,1
Connaît pas quartier	13,2	
Environnement	11,8	
Organisation sociale	9,0	
Contacts sociaux	7,6	
Classes et ethnies	6,3	
La jeunesse	4,9	
Autres	2,8	

N : 288 (un refus de répondre)

Note : la question était formulée comme suit : « quel(s) problème(s) considérez-vous comme prépondérant(s) dans votre quartier » ? et les réponses ont été codifiées par la suite selon leur contenu.

1. Cantril, Hadley, The pattern of human concerns, *Rutgers University Press*, New-Brunswick, N.S., 1965.

plaignent, entre autres, du bruit causé par les voitures et les avions, de l'insuffisance des terrains de jeux, des chiens en liberté, de la saleté de certaines rues, ou de la présence de l'Institut Albert-Prévost. Ces préoccupations se retrouvent surtout chez les plus récemment arrivés dans le quartier, c'est-à-dire chez ceux qui ont moins de cinq ans de résidence.

Le manque d'organisation sociale préoccupe 9,7 pour cent des répondants, lesquels se recrutent surtout chez les plus anciens résidents et les propriétaires. Ceux-ci déplorent le manque d'organisation de loisirs, de vie paroissiale, etc. Par contre, ceux qui se plaignent de l'isolement et du manque de contacts sociaux, problème mentionné par 7,6 pour cent des répondants, sont les derniers arrivés dans le secteur; et paradoxalement, ceux qui y ont déjà le plus de contacts sociaux.

Les patients du groupe témoin semblaient beaucoup plus affectés par l'absence de contacts sociaux dans le secteur. Ce problème est mentionné par 21,4 pour cent d'entre eux; c'est-à-dire que proportionnellement trois fois plus de malades sont sensibles à l'isolement et au manque de communication dans le quartier.

Les problèmes causés par la présence de classes et d'ethnies différentes sont mentionnés par 6,3 pour cent des répondants. Ce sont surtout des propriétaires et des anciens résidents qui sont très réticents à accepter l'envahissement de l'ancienne communauté homogène par une population de langue différente.

D'après ces données, on peut conclure qu'il n'existe pas de communauté comme telle dans le secteur urbain de classe moyenne qu'est Bordeaux-Cartierville. Le compte rendu d'une recherche menée par le Centre de pastorale pour le milieu ouvrier dans un quartier populaire de Montréal et publié dans *Le Devoir* du 22 mars dernier fait ressortir la différence qui existe dans la perception du quartier et de son importance, pour une population ouvrière et pour un milieu de classe plus favorisée. Les principaux résultats de cette étude en milieu ouvrier ont démontré que « les gens se replient sur le quartier et en font le filtre de leurs communications avec la société globale »; ils font confiance aux gens du quartier et sont méfiants vis-à-vis les autres concitoyens; « les citoyens connaissent les mouvements qui évoluent dans le quartier et ils y participent ». Il semblerait qu'en l'absence de problèmes concrets et dans une situation socio-économique favorable, il n'y ait pas de sentiment d'appartenance au quartier ou à la communauté. De plus, la scolarité et le haut niveau de revenus créent des besoins qui ne peuvent être satisfaits exclusivement au niveau du quartier comme c'est souvent le cas en milieu défavorisé.

Si nous essayons de systématiser les informations de notre travail et de cette recherche et de les analyser, nous pouvons conclure que trois facteurs font défaut à Bordeaux-Cartierville pour qu'il y existe une communauté sociale.

1. *Premier facteur: Manque d'information.* Nous avons trouvé que les habitants de Bordeaux-Cartierville manquaient considérablement d'information au sujet des activités existant dans certains endroits du secteur (associations, paroisse, etc.) et qu'ils ignoraient presque complètement les ressources de leur secteur. Cette ignorance était due soit directement au manque d'information, soit à l'incapacité des responsables de ces ressources, de se faire entendre et de se faire connaître par les gens.

De tout ceci découle que les individus, les familles et les groupes de Bordeaux-Cartierville font une utilisation très pauvre des ressources locales.

2. *Deuxième facteur: Manque de communication.* Nous avons remarqué qu'un grand nombre de gens de Bordeaux-Cartierville n'ont pas de connaissances personnelles nombreuses ou significatives à l'intérieur du secteur. Ils n'ont pas d'amis, ils ont rarement des membres de la parenté dans le secteur et ont très peu d'échanges avec les voisins, les gens des magasins, les gens des centres de loisirs ou autres.

Ce manque de communication est ressenti très vivement par un bon nombre de citoyens du secteur, qui se plaignent de la situation actuelle, qui fait que la vie du quartier n'est pas agréable ni intéressante pour eux.

3. *Troisième facteur: Manque d'intérêt profond, commun et partagé.* Il existe, d'après nos observations, une absence d'intérêt commun, d'intérêt profond qui puissent attirer les citoyens. Ils n'ont pas d'objectifs communs, ils ne sont pas pris dans une démarche commune, ils ne sont pas engagés dans une activité unitaire avec les autres membres du secteur.

Leur intérêt profond, leur intérêt commun sont généralement partagés par d'autres personnes qui n'appartiennent pas au secteur, ce que l'on comprend mieux si l'on pense à la différence qui peut exister dans les attachements et les tendances d'un

citoyen néo-canadien d'origine italienne et d'un citoyen anglophone d'origine juive. Chacun d'eux, très vraisemblablement, va avoir des liens étroits avec une communauté qui ne se limite pas strictement au secteur urbain.

Ce que nous voulons dire c'est que le secteur Bordeaux-Cartierville nous semble une partie d'une grande cité, quelque chose qui appartient à un grand tout, mais qui n'a presque pas de vie propre dans ce sens qu'elle ne forme pas une entité délimitée. Les gens y habitent les uns à côté des autres mais d'une façon artificielle. Il n'y a pas grand-chose en commun entre eux. Ils sont là dans un lieu physique, et si aujourd'hui nous donnons le nom de Bordeaux-Cartierville à ce secteur, c'est parce que d'une façon aussi artificielle et pour des raisons administratives, nous avons commencé à travailler dans cette circonscription pour y administrer des soins psychiatriques, desservant ainsi une population donnée.

Autrement dit, nous travaillons à partir d'une sectorisation physique, géographique, alors qu'il nous semble que la vie communautaire dans un secteur urbain, au moins dans le nôtre, n'est pas fonction de la délimitation géographique.

Il est à se demander, pour finir, si dans une situation où les individus ont une impression si grande de manque de communication avec les autres et de manque de motivations profondes partagées par l'entourage, si dans cette situation on peut parler d'une structure sociale, psychologique et humaine valable pour satisfaire les besoins et les aspirations de l'homme.

Il est aussi à se demander si l'une des tâches de la psychiatrie communautaire ne serait pas de chercher quelles sont les communautés, quels sont les mouvements dynamiques, quelles sont les lignes de force des individus et des groupes, pour les suivre plutôt que pour les cadrer dans des limites géographiques qui n'ont aucune signification vitale.

La pratique de la psychiatrie communautaire a-t-elle besoin d'une communauté sur laquelle s'appuyer pour devenir efficace? Nous pensons que la simple administration de soins psychiatriques peut se faire en l'absence d'une communauté sociale réelle, car toute population, quelle que soit son organisation sociale ou communautaire, présente des besoins psychiatriques, et il y a toujours des moyens concrets de répondre à ces besoins.

Cependant, la préparation et la mise en application d'un programme de santé mentale ne peuvent se faire qu'avec la participation active d'une population donnée, et cette population ne pourra accéder à la participation que si elle est animée d'une véritable vie communautaire.

RÉSUMÉ

Ce travail expose les résultats d'une recherche effectuée sur une période d'un an et demi dans le secteur desservi par la Clinique psycho-sociale Prévost de Bordeaux-Cartierville. Le but de la recherche était de connaître les caractéristiques de cette population de classe moyenne afin d'ajuster, si nécessaire, la politique de soins de la clinique aux besoins de la population. Alors que les populations des zones grises sont relativement bien identifiées, on a tendance à laisser dans l'ombre celles des secteurs de classe moyenne et aisée dont les besoins en matière de santé mentale sont pourtant réels.

La population-cible du secteur au moment où s'est faite la recherche était d'environ 30 000 habitants. Nous avons recueilli des données sur 289 sujets choisis au hasard ainsi que sur une centaine de malades actuellement traités à la Clinique psycho-sociale. Les deux échantillons diffèrent d'une façon éclatante en ce qui a trait au niveau économique, au niveau d'éducation et à l'indice de « stress ». Aucun des deux groupes interrogés ne nous permet de conclure à l'existence d'une communauté comme telle dans le secteur.

A HOSPITAL YOUTH SERVICE DIRECTED BY DETACHED WORKERS

Daniel SILVER, M.D. [1], **Henry KRAVITZ**, M.D. [2], **Samuel STEIN**, M.D. [3] **and Thomas DOW**, M.D. [4]

During the Spring of 1970, the Y.M.C.A. and a number of front-line street workers and youth clinics explored with the psychiatrist-in-chief at the Jewish General Hospital, Montreal, the possibility of establishing an easily accessible hospital-based medical and psycho-social emergency back-up treatment service which would be primarily youth-oriented. The hospital welcomed this request for fulfilling what appeared to be a necessary need. We thought of this as a unique opportunity to evaluate the feasibility of this kind of service as a pilot project. We were also interested in learning more about the kinds of personnel and physical setting which would be required, whether the service could be performed later outside an expensive hospital setting, and to establish the number of beds which would be required in terms of occupancy and duration of stay.

This paper is a preliminary report describing only one aspect of this pilot project, *i.e.* the role of the non-professional, the detached worker, who participated in the planning, developing, and delivery of direct health service in a hospital-based youth Emergency Diagnostic and Management Unit (EDM).

The burgeoning demands for mental health services in recent years, the realization that traditionally-trained personnel cannot fill all the service needs, and the recommendation of the Community Mental Health Services Act of 1965 that consumer groups participate in planning mental health services (4), has brought the non-professional person with varied backgrounds, skills and motivations, in ever increasing numbers into many professional settings.

The use of the non-professional in delivering health services is not new outside of hospital settings. The United States Military services, for example, has been training medical corps men, as mental health technicians (2) for some time. They work in non-professional psychology and social work roles, and more recently, in a variety of community mental health programmes provided by the military services.

Indigenous non-professionals have also been used in various mental health preventive programs. Reissman and Hallowitz (5) describe the role of indigenous workers in neighbourhood service centres who give psycho-social first aid. The Chicago Y.M.C.A. Street Programme (1) has employed similar people in their deliquency prevention programs.

More recently, Vidaver (6) described the training program for mental health technicians in Maryland in a two year community college program leading to the Associate in Arts degree.

In Montreal, the Young Men's Christian Association, through their Out-Reach Services has been training detached workers for some time. The personnel, usually in their late teens or early twenties, come from a variety of backgrounds. Their prime target population is alienated youth in general, and drug abusers in particular. A large number of detached worker services are now spread throughout metropolitan Montreal.

Concomitantly with the development of the detached worker services in Montreal, community youth clinics and other medical and psycho-social youth emergency services have evolved.

As the front-line detached workers in the streets, and in the community youth clinics became more

---

* Paper presented at the VII[th] Annual Convention of the Quebec Psychiatric Association, Sherbrooke, April 22–24, 1971.

1. Clinical Director, Department of Psychiatry, Jewish General Hospital.

2. Psychiatrist-in-Chief, Jewish General Hospital.

3. Director, Planning and Development Section, Jewish General Hospital.

4. Resident in Child and Adolescent Psychiatry, Jewish General Hospital.

effective, they soon became aware that satisfactory "hassle-free" hospital back-up services were not available. They felt that the usual Out-Patient Department and Emergency Rooms conveyed a feeling of conservative formality and antiseptic professionalism which discouraged many young people from coming to the hospital. In order to help dissolve the mutal distrust between the youth, on the one hand, and the hospital "establishment" on the other, several breaks with traditional hospital routine, admission policy, management, and personnel were felt to be necessary. Through the efforts of the chief of the Department of Psychiatry, and a very cooperative Medical Board and Administration, this became possible.

The services which were felt to be most urgently required were for acute complications of drug intoxication and withdrawal, for complications of chronic parenteral drug users such as serum hepatitis, phlebitis, abscesses, septicemia, and a variety of other medical and psycho-social problems.

PHYSICAL SETTING

During the months of July and August, the seven-bed in-patient Child Psychiatric Ward of our hospital is used minimally. It forms a comprehensive physical unit within the hospital with its own informal lounge, offices, and small gymnasium. The hospital administration agreed to allow this unit to be used for two months as a pilot project.

INITIAL PLANNING PHASE

The first meeting to initiate this pilot project was attended by medical staff, nurses, residents, child care workers, social workers, and representatives from various detached worker services and the Y.M.C.A. All agreed that a detached worker should be an important member of the service team. However, much skepticism and anxiety had to be dealt with first. The professionals expressed feelings which essentially reflected their primary attachment to their disciplines, territoriality and professional status. They attempted to accept the non-professional as a colleague, but found it difficult to share certain responsibilities, particularly those concerned with direct service to patients. It was interesting to observe that most of the initial meetings were taken up with the apprenhension of the nursing staff about how to arrange for cardiac arrest teams, treat the potentially fatal acute Asthmador complications, and reviewing on-the-spot resuscitative procedures. Also, they were very concerned by the potential violence of the "freak-outs". On the other hand, they wondered whether the Unit should have a psychedelic flavour with appropriate posters, decorations, and lighting. In other words, it was as if the hospital was now going to treat a "breed" of human beings which had never been seen before in a hospital setting.

Many of the professionals, however, slowly began to see that some of the interpersonal skills required for human service jobs are not necessarily dependent upon particular educational achievements. After listening to the detached workers' description of the services they were already providing on the streets, and in the youth clinics, it was quite apparent that their skills would be an invaluable asset to our program. Gradually, the detached worker began to familiarize the professional personnel with the problems and expectations of the target population, and offered some novel perceptions of their behavior, which greatly enhanced the professionals' understanding. Finally, it was agreed that a detached worker who already had considerable experience working with youths on the street and in youth clinics would become Director and Admitting Officer for the Unit. It was also agreed that each team in the treatment program would include at least one detached worker.

PERSONNEL

The primary team consisted of a detached worker, and one other person. The latter came from the ranks of occupational therapists, medical students, nurses, social workers, and child care workers. A psychiatrist was on immediate call, in hospital, on a 24 hour a day basis, and liaison was established with the Department of Medicine to provide a senior medical resident on call.

ADMISSION PROCEDURES

All the youth services in the community were informed of this new hospital service. They were told of its easy accessibility and its "no-hassle" policy. The following admission routines were established:

a) Anyone brought or presenting themselves to the Unit was seen first by the detached worker. He decided whether medical or psychiatric consultation was necessary, and called the appropriate person.

b) Administrative admission procedures were dealt with by the detached worker. The only information required was that which was freely offered by the person seeking help. All the other usual hospital red tape was negotiated easily between the detached worker and Administration.

c) With the exception of certain specialized medical care, all other management procedures directly concerning the patient was provided mainly by the detached worker.

d) Length of stay and final disposal was primarily the concern of the Director in co-operation with the other team members.

After the first few days of operation, it was realized that not all those requiring our services had to be admitted to a bed. Frequently, what appeared to be an acute medical or psycho-social problem to the detached worker on the street or in the youth clinic, could be more easily managed by them after an opportunity for consultation in our hospital unit. That is, the availability of consultation would often allow the detached worker who came with the patient to carry on with him quite effectively in his own environment.

RESULTS

The Unit was open for a six week period. During this time, a total of 70 people were referred to the Unit. The diagnoses ranged from acute intoxication, toxic psychosis, complications of drug abuse which included hepatitis and abscesses to schizophrenia, personality disorders, and chronic drug addiction. Ages ranged from 14 years to 26 years. Of the total number, only 39 were bed admissions. Most of those admitted to beds remained for forty-eight hours, and one patient, waiting for a transfer, remained for one week because of the availability of beds on our Unit. Approximately 65 per cent of the total patients seen were primarily drug-abuse related, 15 per cent were primarily psychiatric problems, 15 per cent consisted of a variety of medical problems — none serious enough to require our Emergency Room facilities, and the balance was made up of various psycho-social problems. Rarely, were more than two beds occupied at any one time.

One particular finding was that actual bed admissions were highly correlated with the experience of the referring personnel. For example, of eleven patients referred by experienced detached workers from a youth clinic in the community, all were admitted. The poorest ratio of referral to bed admission rate was from interns and residents working in our own regular Emergency Room.

DISCUSSION

Our experience with the EDM Unit was on the whole very gratifying. As a result of what we learned, a permanent EDM Unit has been established at our hospital and will be described briefly below.

Our concepts of delivering health services to youth were greatly enhanced by what we learned from the non-professional, the detached workers.

For example, the myth that a certain segment of young people won't readily avail themselves of hospital services is simply not true. They are quite aware of the excellence of the facilities and personnel in hospitals, but resist coming because all too often they are made to feel very uncomfortable. It took very little to overcome this difficulty. That is, just adding another kind of person easily facilitated the comfort and credibility of not only the young people, but the hospital establishment as well. Also, hospitals do not have to make drastic changes in their administrative procedures to encourage young people to come to them, but rather have to enlist the kind of personnel that make these procedures more negotiable and acceptable to the target population. The detached worker became, in a way, the "credible intermediary" (7) between the hospital community and the target population.

The particular detached worker who was Director and Admitting Officer during the six weeks of the pilot project functioned extremely well both on the ward, and in dealing with the other administrative systems in the hospital. He was committed to the project since its inception, and was one of its prime initiators. However, most of the other detached workers felt quite threatened in the hospital setting, although in all instances, they were doing the very same work on the Unit as they were on the streets, or in youth clinics. For example, they would frequently seek advice in dealing with a mildly intoxicated youngster on the ward. In their usual environment, they would have dealt with the situation quite adequately by themselves.

At the conclusion of the pilot project, the director felt that a number of changes had occured in his original perception of his role on the unit. He became more acutely aware of legal responsibilities, although he knew that the ultimate responsibility

was assumed by the medical personnel. On the street, or in the youth clinic, he never felt concerned about this matter. For example, he usually felt quite competent to differentiate the serious suicidal patient from the manipulators in the youth clinic or on the street but felt much less comfortable to do so in the hospital. He invariably sought medical consultation for these patients in every case although his first impressions were usually correct.

He also felt uneasy that he was "beginning to see" the necessity for what he formerly referred to glibly as "hospital red tape bullshit". He felt some discomfort as he began to agree that some semblance of order is necessary in running any institution. In fact, he was quite upset when other detached workers did not rigidly adhere to their working schedules. Whereas he found many detached workers quite acceptable outside the hospital setting, he felt that he was unusually cautious about which detached worker he hired to work on our Unit. This may be one reason why the professional staff was so favourably impressed with the interpersonal skills of the participating detached workers. The competence of the detached worker on the Unit was unrelated to sex, but female workers felt more comfortable if the other attending team member was a male.

Another of the director's major concerns was that as he continued to work in the hospital, he was becoming less indigenous to the target population, and more of an administrator and paraprofessional. Reissman and Hallowitz (5) have made similar observations. They point out that it is important not to "train out" the basic pattern of relationship of the indigenous non-professional. Because the non-professional is by definition untrained, in highly specialized centres such as a hospital, there is a tendency to concern oneself too much with the need for special training. It is interesting to note that the reverse occured quite often with our resident medical staff. The longer they worked in youth clinics, the more they tended to drop their professional roles and become less tolerant of medical and hospital regulations.

One of the few surprises we encountered was that the detached worker was often even less tolerant than the professionals towards the hard-core cases. Other professionals have also found that proximity to particular problems does not automatically endow the non-professional with extraordinary empathy and human understanding (3). We found that the detached worker was often contemptuous of severely impaired chronic drug abusers because they could not manage as well as he or others had in comparable circumstances. The very obvious chronic cases frequently called out manifest negative attitudes from some of the detached workers and they rationalized their approach as the only way to deal with these people. Some times, they were quite right. On the other hand, while initially disillusioned, they soon began to realize and accept that even the physician cannot cure every patient, and that the expectations placed on the hospital personnel could not always be satisfied.

Nevertheless, in every case, the youngster in a crisis found the detached worker a most reassuring person to meet initially in a hospital setting. This facilitated greatly the ensuing care-giving roles of the other hospital personnel.

On February 1st, 1971, we instituted a permanent youth Emergency Diagnostic and Management Unit. We made certain modifications in the program as a result of our summer experience. The Unit is now located near the Emergency Room of the hospital. There are no beds, but mats are provided to allow for a holding situation for up to twelve hours. Emergency 24 – 72 hour beds are available on our Psychiatric Ward. Close liaison and proximity with the Emergency Room provides back-up for any very acute medical problem. Referral to our methadone maintenance program is available when indicated. The director of our Unit is a detached worker.

SUMMARY

A seven bed hospital-based Emergency Youth Service was established at the Jewish General Hospital, as a pilot project, in response to a need expressed by various Youth Clinics and other front-line crisis intervention workers.

From its inception, many of us felt, based on previous experience and knowledge, that the traditional model of the hospital with its conservative formality and antiseptic professionalism would discourage many young people from using this service. In order to help dissolve the mutual distrust between the youth, on the one hand, and the hospital "establishment" on the other, several breaks with traditional hospital routine and management were felt necessary. The way that this was accomplished is described in some detail with particular reference to the role of the "non-professional" detached worker as "Admitting Officer".

As a result of our experiences with the pilot project, an Emergency Diagnostic and Management Unit is now established in our hospital in cooperation with the majority of front-line crisis intervention workers in the various Youth Services throughout the city.

RÉSUMÉ

Un service d'hôpital de sept lits, désigné sous le nom de « Service-Urgence-Jeunesse » a été installé au Jewish General Hospital, à titre de projet-pilote, pour répondre aux besoins exprimés par diverses Cliniques de Jeunesse et par d'autres travailleurs sociaux de la brigade d'alerte vouée spécialement aux problèmes des jeunes.

À la lumière de notre expérience et de nos connaissances, plusieurs d'entre nous pensaient au début que l'image d'un hôpital comme le nôtre, enraciné dans ses traditions, ses coutumes conservatrices et son caractère professionnel marqué, rebuterait les jeunes et en empêcherait plusieurs d'avoir recours à ce service. Pour aider à dissiper cette méfiance mutuelle qui existe entre les jeunes d'une part, et l'« establishment » d'un hôpital d'autre part, nous avons décidé d'abolir plusieurs des règlements traditionnels en vigueur.

Le présent article décrit la façon dont nous avons procédé et commente en particulier le rôle du travailleur indépendant « non professionnel » comme « officier d'admission ».

Comme résultat des expériences tentées lors de ce projet-pilote, nous avons maintenant à l'hôpital un « Emergency Diagnostic and Management Unit » (Service de diagnostic et de traitement d'urgence) qui fonctionne régulièrement, avec la collaboration de la majorité des travailleurs sociaux de la brigade d'alerte et des différents Services de Jeunesse de la ville.

REFERENCES

1. Brager, G., Improving services for street corner youth *in* Mental health of the poor, Reissman, F., Cohen, J., and Pearl, A. (eds.), *Free Press*, New York, 1964, pp. 571–581.
2. Ednie, T. F., Devito, R. A., and Myers, S. D., Social psychiatry at an Air Force Base : a military community mental health service, *in* Proceedings of the Fourteenth annual conference of Air Force behavioral scientists, January, 1967, pp. 98–123.
3. Goldberg, G. S., Nonprofessionals in human service, *in* Nonprofessionals in the hum services, Grossner, C., Henry, W. E., and Kelly, J. G. (eds.), *Jossey-Bass Inc.*, San Francisco, 1969, pp. 12–39.
4. Reiff, R., and Reissman, F., The indigenous nonprofessional : a strategy of change in community action and community mental health programs, *Community Mental Health Journal Monograph Series*, No. 1, 1965.
5. Reissman, F., and Hallowitz, E., The neighbourhood service centre : an innovation in preventive psychiatry, *Amer. J. Psychiat.*, **123** : 1408–1413, 1967.
6. Stein, S., Kravitz, H., and Silver, D., The credible intermediary — An essential element in the planning of community-oriented mental health care delivery systems, Paper to be presented at Canadian Psychiatric Association Convention, June 1971, Halifax.
7. Vidaver, R. M., The mental health technician : Maryland's design for a new health career, *Amer. J. Psychiat.*, **125** : 1013–1023, 1969.

LA PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE SUR LA RIVE SUD *

Denis DOYON, M.D.,
Chef du Service de psychiatrie,
Hôpital Charles-LeMoyne.

Pour les besoins de cette présentation, nous appelrons « Rive Sud » une région d'environ 1 500 milles carrés, peuplée par 400 000 habitants. Cette région s'étend du Fleuve Saint-Laurent aux frontières américaines et, *grosso modo*, de Cauchnawaga à la rivière Richelieu. Elle comprend plusieurs villages québécois typiques et deux centres urbains importants, soit Saint-Jean et la Rive Sud plus restreinte adjacente au fleuve, face à Montréal. Cette ville n'a pas encore de nom précis; il s'agit d'une série de villes qui se sont développées selon deux axes principaux: celui du fleuve, relilant les ponts Hippolyte-Lafontaine, Jacques-Cartier, Victoria, Champlain et Mercier, plus l'axe de la route 9 jusqu'au Richelieu.

Communauté peu importante avant la guerre de 1939, la Rive Sud urbaine a connu depuis un essor considérable, au point de constituer aujourd'hui une ville de 280 000 habitants. La population existante en 1939 s'est vue envahir par des gens refoulés de Montréal par les démolitions de taudis. Ces gens se sont regroupés dans certaines zones à problèmes comme Notre-Dame-du-Sacré-Cœur.

Beaucoup d'autres Montréalais à la recherche d'espace pour les enfants, d'herbe à tondre pour les fins de semaine sont venus s'implanter sur la Rive Sud.

La route des Cantons de l'Est a drainé des gens de la région de Sherbrooke ainsi que d'anciens cultivateurs des Cantons de l'Est, de la Beauce, de Mégantic, de Dorchester. La route 9 a été utilisée par des immigrants gaspésiens et des Québécois mécontents de leur milieu. Au plan du travail, c'est en grande partie une ville-dortoir, 70 pour cent des travailleurs ont leur emploi à Montréal. Longtemps considérée comme la « Terre de Caïn », la Rive Sud n'est pas une ville de taudis comme certains le croient, la moyenne des salaires se comparant avantageusement à la moyenne nationale.

Certains événements récents ont contribué à la rendre célèbre: l'enlèvement et la mort de Pierre Laporte par le F.L.Q., « Les deux femmes en or » de Brossard, l'enquête de l'Hôpital Charle-LeMoyne, le règne du maire Léo-Aldéo Rémillard et les apparitions de Saint-Bruno commanditées par les Bérets Blancs.

La Rive Sud n'ayant aucune structure psychiatrique quelconque offrait des possibilités idéales pour l'organisation de la psychiatrie communautaire. Dès que notre équipe fut assez nombreuse, nous avons pris l'initiative des contacts avec les agences sociales françaises et anglaises. Nous avons très vite constaté qu'elles voyaient l'organisation communautaire comme leur affaire et que nous devions être assez clairvoyants pour comprendre que l'hôpital deviendrait bientôt leur succursale. Nous voulions collaborer, non pas nous constituer en subalternes. Nous avons donc décidé de faire cavaliers seuls. Notre ferveur communautaire nous a conduit, un jour, à un Centre civique de la région où un certain personnage nous offrit de rencontrer le maire. Ce dernier, rejoint par téléphone, avisa son ami de ne rien accepter au Centre qui soit de nature à éloigner ses électeurs. L'habitacle naturel d'un psychiatre, c'est sa tour d'ivoire; il doit y avoir une façon d'en sortir. Nous avons opté pour un instant de pause afin de repenser nos techniques de sorties et de rendez-vous.

Arrivé à la psychiatrie communautaire avec une formation d'hypopsychanalyste, nous avons compris que notre première responsabilité ne consistait quand même pas à faire de l'animation sociale dans les tavernes pour retourner les maris à leurs femmes, mais bien d'organiser le traitement des psychotiques amenés à la salle d'urgence de l'hôpital.

---

* Travail présenté au VII[e] Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Sherbrooke du 22 au 24 avril 1971.

Faute de personnel paramédical, il fut impossible, au début, de former des équipes et nous avons dû fonctionner par services (interne, externe, urgence), selon le mode traditionnel.

Dans un hôpital général, le manque d'espace pour bureaux limite toujours notre recrutement. Nous savions aussi, dès le début de notre installation à Charles-LeMoyne, qu'il était utopique d'intéresser l'Administration de l'hôpital à des foyers, des cliniques externes, un atelier, etc. Nous avons donc immédiatement entrepris, avec la collaboration des Services psychiatriques, de nous faire octroyer une charte au nom de la « Corporation psychiatrique de la Rive Sud ». Il s'agit d'une véritable corporation avec son propre conseil d'administration et un budget autonome relevant des Services psychiatriques.

Sans cette corporation, il nous aurait été impossible de survivre sur la Rive Sud. La Corporation gère actuellement deux cliniques externes, une à Longueuil et une autre à Saint-Jean. Nous projetons d'ouvrir des ateliers, des foyers, au moins un hôpital de jour, un centre pour traitement d'alcooliques, un organisme de réadaptation pour vieillards, etc. Afin de mettre sur pied notre organisation communautaire, nous avons divisé notre territoire en quatre secteurs avec autant d'équipes: Longueuil, Brossard et St-Hubert; St-Lambert et LeMoyne; St-Jean. Une cinquième équipe s'occupe de la psychiatrie infantile dans tout le territoire. Cette sectorisation est loin d'être terminée; il s'agit bien plus d'une répartition adaptée à nos possibilités actuelles et susceptible d'être modifiée et complétée dans la mesure de nos disponibilités et des besoins de notre population.

L'hôpital Charles-LeMoyne est un hôpital général de 500 lits; au moins la moitié des médecins membres du Bureau médical sont des omnipraticiens. Ils sont très actifs à l'hôpital et occupent des postes importants dans l'administration de l'hôpital. Une de leurs fonctions que nous avons le plus appréciée c'est celle de couvrir la salle d'urgence. Ils sont très bien répartis dans le territoire, traitent beaucoup de malades psychiatriques et en adressent un grand nombre au psychiatre.

Après plusieurs années de travail dans un hôpital universitaire, ce fut une agréable surprise de rencontrer des médecins ayant un sentiment de possession envers leurs malades, même les pauvres. Arrivé seul à l'hôpital en 1966, j'ai multiplié les contacts avec eux. Dès le début, j'ai essayé de les intéresser à la psychiatrie; je les ai invités à faire hospitaliser dans le service de psychiatrie. Ils m'ont finalement répondu: « Quand on vous envoie un malade, c'est parce qu'on veut que vous vous en occupiez. » Je crois que cet énoncé est la mesure de leur participation.

Les statistiques révèlent que leur clientèle est faite de 60 à 80 pour cent de névrotiques. Peut-on obliger des médecins qui n'ont pas choisi la psychiatrie de grimper leur moyenne à 95 pour cent? Il est futile, à mon avis, de croire que les omnipraticiens feront un jour la psychiatrie à notre place. Nous leur devons en grande partie de nous sentir chez nous à l'hôpital; ils sont, par contre, reconnaissants aux psychiatres du service de ne pas avoir l'air trop étranges. Une enquête faite après un an de fonctionnement à l'hôpital nous a révélé que les omnipraticiens traitent en majorité des pauvres et que les gens des classes plus aisées ont tendance à se diriger vers les hôpitaux universitaires de la ville. Ceci diffère cependant selon les municipalités.

Certaines populations ont un esprit d'appartenance à leur communauté, par exemple Boucherville et Laprairie; ces villes ont des activités propres, un centre civique et des bureaux d'omnipraticiens plus prestigieux qui attirent les gens plus fortunés. Par contre, les habitants de Candiac et Saint-Bruno sont demeurés en majorité des Montréalais.

CONCLUSION

Nous sommes définitivement engagés dans l'organisation de secteurs avec des équipes responsables. La Corporation psychiatrique de la Rive Sud nous a été d'un très grand secours; nous comptons sur cet organisme pour les foyers, ateliers, etc. Nous aimerions ne plus envoyer de malades à Saint-Jean-de-Dieu. Nous avons vingt-sept lits, soit un par 15 000 habitants, alors que la moyenne nationale américaine est d'un lit psychiatrique pour 10 000 à l'hôpital général. Nous internons trois pour cent des malades qui sont hospitalisés, tandis que la moyenne américaine est de dix pour cent.

Nour avons survécu à l'hôpital Charles-LeMoyne pour les raisons suivantes:

— La Direction de l'hôpital tient à nous;
— Nous nous sentons chez nous à l'hôpital et dans le secteur;
— Les Services psychiatriques ont compris nos besoins;

— Nous avions décidé de ne pas laisser tomber.

La pratique de la psychiatrie communautaire ne convient pas à tous les psychiatres; les confrères trop pantouflards sont mieux dans l'enseignement, la pratique privée ou la recherche.

La formation des résidents devrait être de plus en plus orientée vers la psychiatrie communautaire.

Quand toute la profession médicale sera à salaire, il y aura plus de lits pour la psychiatrie dans les hôpitaux généraux. Une autre solution serait que le Ministère des affaires sociales se décide enfin à nous équiper convenablement. Si le Ministère donne suite à son idée d'intégrer toute l'organisation psychiatrique au service de psychiatrie de l'hôpital général, ce sera peut-être la fin de la psychiatrie dans les hôpitaux généraux, à moins qu'on donne plus de pouvoir aux chefs de services.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bellak, L., Barten, H., et Harvey, Progress in community mental health, vol. I, *Grune & Stratton*, New-York, 1969.
2. Ozarin, D., Feldman, S., et Dpaner, F. E., Experience with community mental health centers, *Amer. J. Psychiat.*, 127 : 912–916, 1971.
3. Stubblebine, J. M., et Decker, J. B., Are urban mental health centers worth it ?, *Amer. J. Psychiat.*, 127 : 910–912, 1971.
4. Whittington, H. G., Psychiatry in the american community, *International University Press Inc.*, New-York, 1966.
5. The community mental health center. An analysis of emiting models, The Joint Information Service of the American Psychiatric Association, 1964.
6. The community mental health center. An interns appraisal. The Joint Information Service of the American Psychiatric Association, 1969.

L'ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE DE L'EST *

P. LAPOINTE, M.D., et M. LEFEBVRE, M.D.

INTRODUCTION

Il était peut-être un peu farfelu il y a quelques années de croire que l'on pourrait travailler dans le sens de la psychiatrie communautaire au sein d'une des institutions psychiatriques les plus lourdes du Québec (institution décrite comme un dinosaure par le docteur Jean-Marc Bordeleau) et qui présentait déjà des traditions quasi séculaires. Cela pouvait constituer un pari, comme d'ailleurs toute tentative de créer quelque chose de nouveau. L'objet de cette communication est d'exposer quelques jalons de la démarche suivie depuis deux ans et demi à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu dans le but d'y mettre sur pied un nouveau service axé sur la psychiatrie communautaire.

Rappelons d'abord qu'au départ la situation à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu était typiquement asilaire, c'est-à-dire que des malades en provenance d'un peu partout dans la moitié sud de la province, et en particulier de la région du Montréal métropolitain, y étaient admis partout, dans n'importe quel service selon les lits libres. On retrouve à la figure 1 l'image de cette situation qui avait comme conséquence évidente de maintenir le caractère asilaire de cette institution close, puisque aucune équipe de soin ne pouvait développer et entretenir des relations avec des représentants de tous les milieux extérieurs. Ne pouvant entretenir de relations avec tout le monde, l'équipe n'en entretenait donc avec personne. On ne savait d'ailleurs à peu près rien sur la provenance géographique dans Montréal d'environ 80 pour cent des admissions. Dans un premier temps, nous avons cherché à cerner ce problème et cela fit l'objet d'une recherche poursuivie en collaboration avec le Service d'admission de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu (2). Bien sûr, ces caractéristiques asilaires n'étaient pas dues à l'incompétence d'une partie quelconque du personnel, mais reflétaient plutôt les structures mêmes de l'institution, et c'est pour cette raison que nous avons dû nous poser d'abord à côté du système.

Une partie importante de la population de l'Est de l'Île de Montréal venait d'être attribuée à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu comme son secteur psychiatrique propre, secteur dont on connaissait peu de choses. Dans un second temps, nous avons étudié les caractéristiques de cette population, tout en commençant le recrutement du personnel de soin et la prise en charge de quelques cas de soins ambulatoires externes ou de soins à domicile en provenance du secteur. Six mois plus tard, avec un

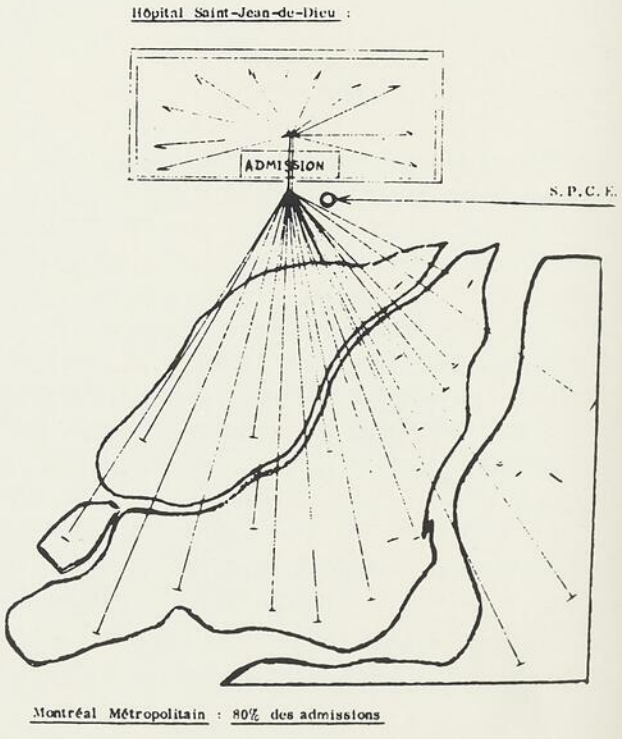


Figure 1 — Le Service de psychiatrie communautaire de de l'Est : situation de départ en juillet 1969.

* Travail présenté au VII[e] Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Sherbrooke du 22 au 24 avril 1971.

personnel plus important et mieux préparé, nous avons poussé plus loin notre étude en assumant, dans le secteur, toute la demande extrahospitalière de soins (3).

Après un an de fonctionnement, le personnel du Service fut réparti en quatre noyaux d'équipes, et parallèlement le grand secteur de Saint-Jean-de-Dieu fut temporairement divisé en quatre sous-secteurs (figure 2). Chaque petite équipe devenait responsable des soins extrahospitaliers pour les nouveaux malades en provenance du sous-secteur correspondant. Le Centre de jour de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu fut intégré à notre service puisque les malades qui y avaient logiquement accès habitaient surtout notre secteur de prise en charge. La responsabilité de la direction clinique du Centre de jour fut confiée à un psychiatre chef d'équipe, à qui on attribua un sous-secteur de population plus restreint. Chacun des trois autres psychiatres était responsable d'un secteur de population plus important.

Parallèlement à cette démarche, un projet de développement d'un Service interne fut soumis aux autorités. Ce projet s'inscrivit dans un contexte particulier de remise en question des structures hospitalières et contribua pour une large part à répandre l'idée de la sectorisation de tous les services dits fonctionnels de l'hôpital, dans le but de favoriser la continuité des soins et la prise en charge des malades selon un modèle de psychiatrie de secteur. Afin de nous préparer à assumer la partie intrahospitalière du traitement psychiatrique des malades d'une population donnée, nous fûmes alors amenés à réduire notre secteur extrahospitalier de prise en charge et à diriger, après entente, les nouveaux cas de traitement extrahospitalier d'une partie du secteur à la Clinique externe de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Au 1er avril 1971, 513 patients étaient en traitement à notre Service. Il est actuellement question que notre Service conserve comme secteur propre les unités administratives Hochelaga-Maisonneuve et Mercier de la ville de Montréal, à compter du 1er juillet 1971.

SOUS-SECTEURS DE PRISE EN CHARGE

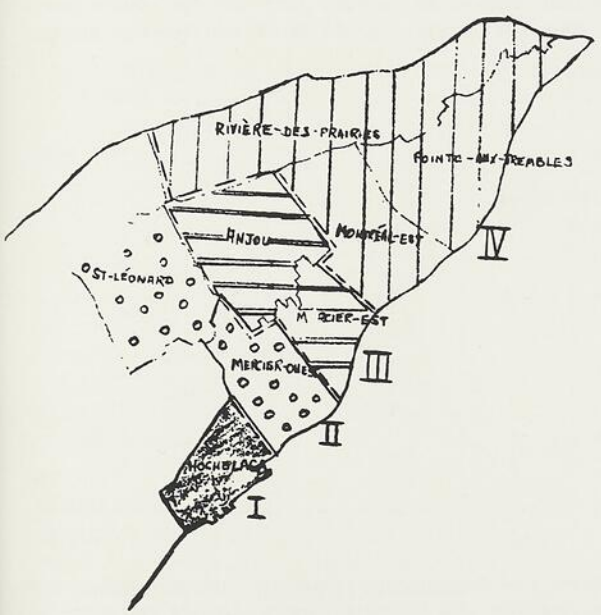


Figure 2 — Les sous-secteurs de prise en charge du secteur de Saint-Jean-de-Dieu.

ÉTUDE DES CARACTÉRISTIQUES PSYCHO-SOCIALES DES MALADES

1. MÉTHODOLOGIE

Notre action au niveau clinique sous-tendait toutes ces démarches entreprises pour apporter des modifications à la structure du dispositif de soins. Nous avons voulu décrire les caractéristiques psycho-sociales des malades pris en charge, du 1er juillet 1969 au 31 décembre 1970, en regroupant les données dans six blocs de trois mois.

2. RÉSULTATS

Au cours de cette période d'un an et demi, 690 dossiers de nouveaux malades furent ouverts, dont 440 femmes et 250 hommes de 15 à 60 ans, les plus jeunes relevant de l'hôpital Rivière-des-Prairies, les plus âgés du Service de gériatrie de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Au 31 décembre 1970, 420 malades étaient encore en traitement ou suivis en postcure.

Nous avons comparé cette cohorte de 420 malades, par groupes d'âge et par sexe, à la pyramide des âges du Québec en 1968 (figure 3). Il est intéressant de noter que pour les groupes d'âge de 15 à 19 ans et de 55 à 59 ans, qui ont consulté à notre Service, la proportion d'hommes et de femmes est à peu près équivalente. Au contraire, la proportion des femmes de 20 à 54 ans qui ont consulté équivaut à 70 pour cent des consultants de ce groupe d'âge et à 60 pour cent de l'ensemble de tous les malades. Cette proportion ne se retrouve pas au niveau de l'hospitalisation, où on a trouvé que les femmes de 20 à 54 ans de notre secteur représentaient en 1970

45 pour cent du total des hospitalisations des malades des deux sexes compris entre 15 et 60 ans. A noter que 15 pour cent des femmes inscrites à notre Service étaient séparées, divorcées ou veuves.

Au point de vue socio-économique, on a constaté un changement graduel dans la clientèle du Service au cours des premiers six mois, caractérisé par une augmentation de la scolarité moyenne des malades, une augmentation du revenu familial moyen et une diminution du pourcentage de familles vivant du Bien-être social. La situation s'est ensuite stabilisée au cours de l'année 1970 avec environ 55 pour cent des malades ayant une scolarité de niveau secondaire ou plus, un revenu familial moyen d'environ $6 500, et un pourcentage de familles vivant du Bien-être social se situant à environ 22 pour cent, ce qui demeure quand même très marqué (figure 4).

Les nouveaux malades inscrits à notre Service furent en majorité adressés par le service d'admission de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Cependant, la proportion des cas adressés directement au Service de psychiatrie communautaire de l'Est, par des médecins, d'autres hôpitaux, des agences sociales, ou par les malades eux-mêmes, a augmenté de façon constante (figure 5).

Au point de vue diagnostic, 16 pour cent des malades pris en charge présentaient un syndrome d'ordre psychotique, tandis que pour l'ensemble des 690 malades, seulement 5 pour cent furent hospitalisés ainsi que 5 pour cent traités au Centre de jour. Pour 90 pour cent des cas, des soins en consultation externe ou des soins à domicile furent jugés suffisants (tableau I).

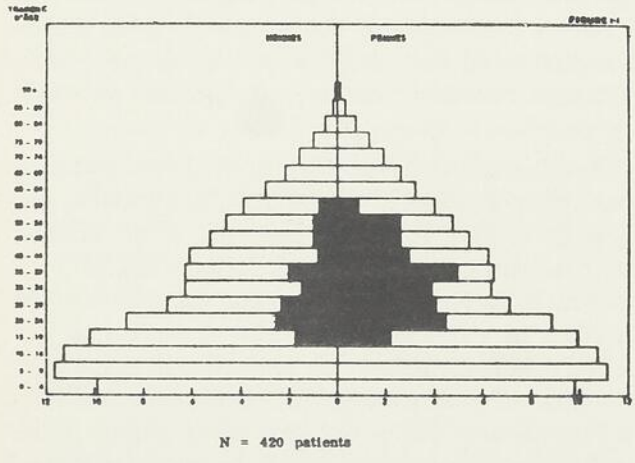


Figure 3 — La pyramide des âges au Québec en 1968 et la répartition des 420 malades (barres noires) en traitement au Service de psychiatrie communautaire de l'Est, en date du 31 décembre 1970.

DISCUSSION

1. LA PRÉVENTION DE L'HOSPITALISATION

On peut se demander quel est le sens de ces résultats quand même préliminaires, après un an et demi de fonctionnement, au point de vue psychiatrie de secteur.

Soulignons d'abord que depuis la sectorisation de la région psychiatrique de Montréal, le taux de consultations en provenance de notre secteur devait normalement augmenter. L'assurance-santé a sans

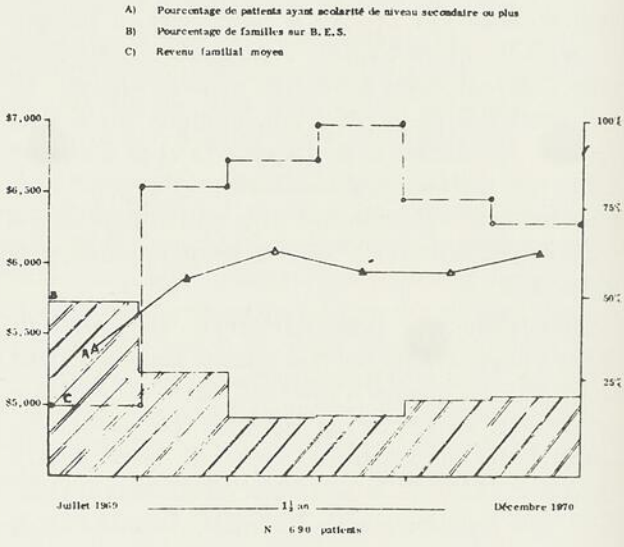


Figure 4 — Relevé socio-économique de 690 malades, montrant, en A : le pourcentage de malades ayant une scolarité de niveau secondaire ou plus élevée ; en B, le pourcentage de familles recevant des prestations du Bien-être social ; en C : le revenu familial moyen.

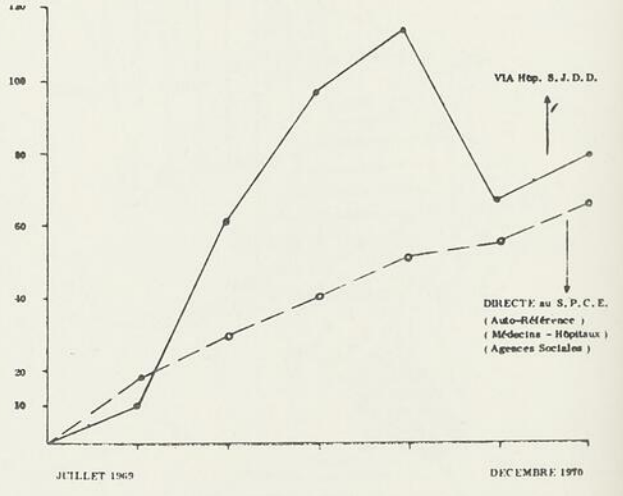


Figure 5 — Evolution de la prise en charge selon le mode de direction des malades vers le Service de psychiatrie communautaire de l'Est, soit par l'intermédiaire de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, soit par d'autres voies.

doute aussi favorisé une augmentation de la consommation médicale. Et, d'autre part, il est bien connu que le fait d'offrir des soins à une population donnée a tendance à stimuler la demande (figure 6). On a souvent vu des patients prêts à cacher leur adresse véritable ou même à carrément déménager pour obtenir nos soins!

Tous ces facteurs ont contribué à produire une augmentation de la demande de soins au cours de l'année 1970. Notre action au niveau de la prévention de l'hospitalisation, conjuguée aux efforts du Service d'admission et d'observation de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, semble avoir produit une stabilisation relative du nombre des premières admissions de malades fonctionnels de 15 à 60 ans en provenance de notre secteur, ce nombre ayant été maintenu aux environs de dix-neuf par mois (figure 7).

Pendant que notre Service prenait en charge 570 nouveaux cas du secteur au cours de l'année 1970, 230 malades fonctionnels du secteur âgés de 15 à 60 ans admis pour la première fois à Saint-Jean-de-Dieu, ainsi que 201 malades réadmis, ont fourni un total de 489 hospitalisations. Et toutes ces personnes hospitalisées furent traitées au niveau interne par d'autres équipes, ce qui maintenait encore la situation de discontinuité des soins que nous voulions modifier (figure 8).

Les six services internes d'admission étaient déjà débordés par un total d'hospitalisations d'environ 300 à 400 malades par année chacun. Il nous sembla plus logique de proposer la formation d'un nouveau Service interne étroitement relié à notre dispositif de soins extrahospitaliers, dans le but d'assurer la continuité des soins. Ceci avait comme avantage additionnel de diminuer le nombre d'hospitalisations par année dans chacun des autres services.

TABLEAU I

Diagnostic et lieu de traitement des 690 malades vus au Service de psychiatrie communautaire de l'Est, durant une période d'un an et demi

	%	NOMBRE DE MALADES
DIAGNOSTIC		
Psychoses	16	
Névroses	74,5	
Troubles caractériels	5	
Autres	4,5	
LIEU DE TRAITEMENT		
Hôpital	5,2	36
Centre de jour	5,2	36
Soins à domicile et soins en consultation externe	89,6	618
		690

2. LA PROBLÉMATIQUE DE LA PLANIFICATION

Pendant plusieurs mois, un comité *ad hoc* du Conseil médical fut chargé d'élaborer un plan de transformation des structures de soins qui pourrait

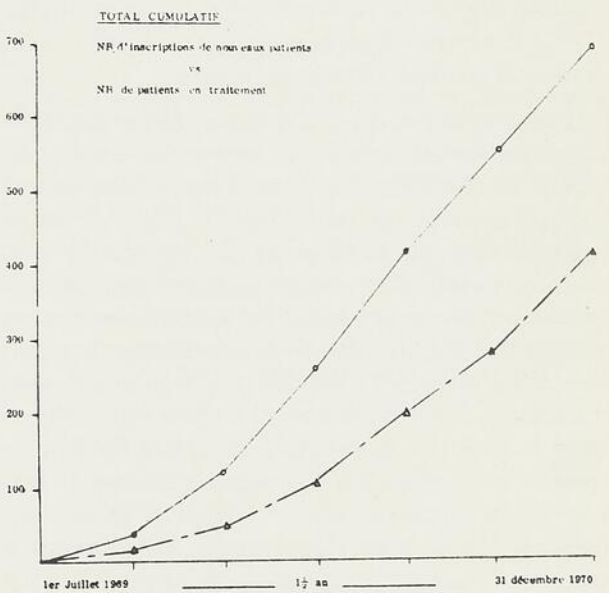


Figure 6 — Total cumulatif du nombre de nouveaux malades (O) et du nombre de malades sous traitement (Δ).

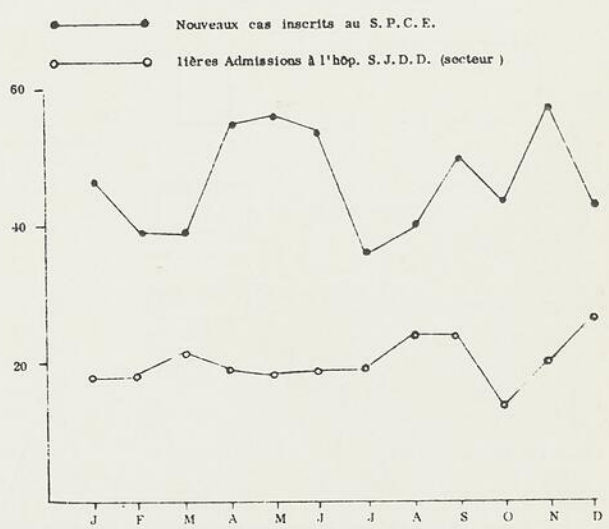


Figure 7 — La demande de soins en 1970, pour le secteur de Saint-Jean-de-Dieu.

conduire à une sectorisation éventuelle de tous les services d'admission dits fonctionnels. Toute la planification devint, à un moment donné, fonction d'un nombre N à déterminer, de services d'admission (figure 9). La portion du secteur propre de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu dévolue à notre Service devait en effet correspondre *grosso modo* à un nombre de population qui fournirait $1/N$ du total des hospitalisations. Le partage des effectifs du personnel de soin entre les services, ainsi que le nombre de lits d'hospitalisation, devait aussi se faire en fonction du nombre magique N. Ce nombre fut récemment fixé à 7, et nous nous orientons donc vers la définition des limites de notre secteur de prise en charge. Ce $1/N$ correspondrait pour notre Service à un secteur d'environ 150 000 habitants.

À un premier niveau, la question de l'articulation de notre Service avec les services internes de l'hôpital contribua à poser le problème d'une sectorisation éventuelle de Saint-Jean-de-Dieu. À un second niveau, ce programme de sectorisation ne pouvait cependant se réaliser harmonieusement sans considérer une autre question d'articulation, à savoir entre l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu et le réseau des autres services de psychiatrie de première ligne du Montréal métropolitain. L'ampleur de ces questions soulève tout le problème de la redéfinition des liens fonctionnels à établir entre les centres de traitement de première ligne et l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Cela, bien sûr, dépasse de beaucoup le mandat du comité mentionné plus haut. S'il n'appartient pas en propre à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu de prétendre apporter des réponses aux problèmes de l'organisation des ressources de services psychiatriques dans la région du Montréal métropolitain, nous croyons cependant que c'est la responsabilité de l'asile de modifier ses structures internes pour, à tout le moins, poser les conditions préalables à l'établissement éventuel d'un dialogue entre les différentes équipes de soin.

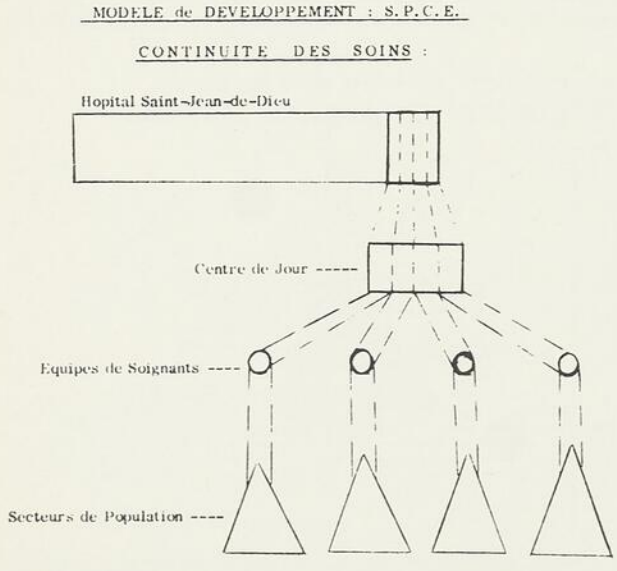


Figure 8 — Modèle de développement du Service de psychiatrie communautaire de l'Est : la continuité des soins.

CONCLUSION

Le concept de l'organisation de soins en psychiatrie selon un modèle de continuité et la notion de psychiatrie de secteur sont des idées maintenant bien éprouvées. D'autre part, les programmes de décentralisation et de sectorisation des grandes institutions psychiatriques traditionnelles ont également fait leur chemin depuis plusieurs années. En particulier aux États-Unis le *unit system* a été appliqué dans plusieurs grands hôpitaux psychiatriques à l'intérieur de vastes programmes de transformation des institutions. Plus près de nous, un bon nombre d'institutions psychiatriques du Québec

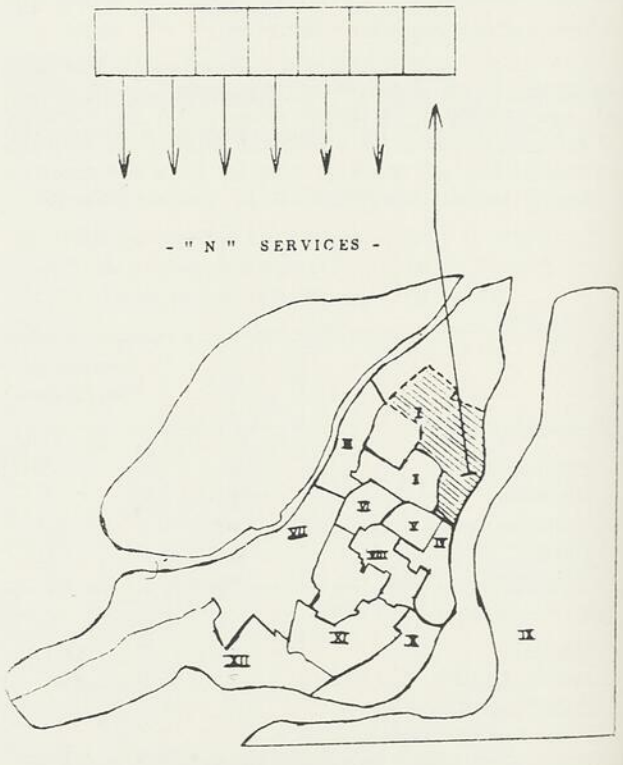


Figure 9 — La problématique de la planification : sectorisation et articulation avec les services d'admission de Saint-Jean-de-Dieu.

sont déjà organisées selon un modèle de sectorisation. Les choses deviennent cependant plus compliquées quand il s'agit de transformer une institution à tradition séculaire, dans le milieu urbain, et en tenant compte de la présence d'autres centres psychiatriques de première ligne. L'attribution des secteurs doit éventuellement comporter une étude de critères sociologiques et épidémiologiques ainsi que la prise en considération de la présence ou de l'absence d'équipes psychiatriques à l'œuvre dans chaque secteur. Au niveau interne, d'autre part, on doit chercher à équilibrer les différents services au point de vue des ressources en personnel et en nombre de lits. L'expérience en cours à Saint-Jean-de-Dieu devra se faire d'une manière très graduelle. D'autres que nous devront se pencher, à un moment donné, sur la question de l'intégration de ce réseau de services psychiatriques au dispositif général de santé du territoire, et quelle que soit l'évolution de la situation, nous croyons que le caractère spatial de l'organisation des soins en psychiatrie de secteur devra être envisagé d'une manière très souple, spécialement en milieu urbain, comme le démontrent certaines expériences américaines (1).

SUMMARY

This article describes the planning and the programming of a unit system development at St-Jean-de-Dieu Hospital, with special emphasis on the organization of « Le Service de psychiatrie communautaire de l'Est ». Starting as a pilot program, this new service gradually became during a two-year period the main stimulus of a process of complete reorganization of the admission services. A few facts about the catchment area, patterns of reference and socio-economic characteristics of a cohort of 690 new patients seen at this service, are mentioned and discussed.

BIBLIOGRAPHIE

1. Glasscote, Sussex, Cumming, et Smith, The community mental health center. An interim appraisal, Joint information service of the American Psychiatric Association and the National Association for Mental health, 1969.
2. Lapointe, P., Villeneuve, P., et Filotto, J., La cohorte des hospitalisations 1969 à L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, *Laval médical*, 42 : 4–7, 1971.
3. Lapointe, P., Messier, M., et Villeneuve, P., Les 150 premiers cas du Service de psychiatrie communautaire de l'Est, *Laval médical*, 42 : 66–72, 1971.

DESCRIPTION DE LA RÉGION DU NORD-OUEST QUÉBÉCOIS ET IMPLANTATION DES ÉQUIPES DE SECTEUR *

Arthur AMYOT [1] et André BLANCHET [2]

Quand nous sommes allés pour la première fois dans le Nord-Ouest québécois, que nous nommions plus familièrement l'Abitibi, il y a maintenant de cela environ deux ans, c'était pour chacun de nous, montréalais et urbains pour la plupart, une façon de remonter aux sources d'un mythe pour mieux le comprendre et peut-être même le détruire. L'Abitibi c'est plus que l'Abitibi pour le Québécois moyen. « Terre de Caïn », disent certains, « Terre d'espoir et d'avenir » disent d'autres. L'Abitibi a représenté au cours de notre histoire un grand espoir, une sorte de *Gold Rush* version québécoise, et une grande déception devant cette terre peu généreuse et si avare de ses secrets. Nous allons tenter de vous présenter dans cette première partie des faits, des chiffres, des données objectives, sachant fort bien que nous n'empêcherons pas que se produise le déclic, cette décharge fantasmatique que le seul mot Abitibi peut provoquer au-dedans de vous-mêmes.

Le Nord-Ouest québécois comprend quatre grandes régions, Abitibi-Est, Abitibi-Ouest, Rouyn-Noranda et le Témiscamingue. Dispersées sur un rectangle, les villes de Val d'Or, Amos, La Sarre, Rouyn-Noranda et en direction sud-ouest, Ville-Marie, en forment les centres principaux. Chacune équipée d'un hôpital, elles devaient devenir le centre naturel d'activité des équipes volantes.

Val d'Or (40 000 habitants) porte d'entrée de la région du Nord-Ouest, n'est vieille que de 34 ans. Les gisements miniers et l'industrie forestière en sont les deux principales ressources. Ses nombreux lacs devaient en faire le paradis du touriste, touriste qui se fait attendre, sauf bien sûr les membres des équipes volantes.

Amos (20 000 habitants) centre de l'Évêché et des services judiciaires. Les services sociaux régionaux y ont leurs quartiers généraux. C'est la ville paisible et dit-on, plus conservatrice.

La Sarre (30 000 habitants) avec ses moulins à bois et sa route vers la Baie James qui n'est jamais tout à fait terminée, maintient une activité économique intense.

Rouyn-Noranda (40 000 habitants) nommée d'après la mine, est le centre commercial et industriel de la région. Désignée comme centre universitaire, elle possède déjà un CEGEP et des embryons de facultés qui relèvent de l'Université du Québec.

Ville-Marie (30 000 habitants) chef-lieu du Témiscamingue, fondée par les Pères Oblats au siècle dernier, présente un contraste frappant avec les villes de l'Abitibi. Située près du grand lac Témiscamingue, elle est coquette et très représentative des petites villes du Québec rural.

ASPECT SOCIOLOGIQUE ET ÉCONOMIQUE DE LA RÉGION DU NORD-OUEST — DONNÉES COMPARATIVES AVEC LE QUÉBEC

Un dossier social du Nord-Ouest québécois a été préparé par le conseil du développement social du Nord-Ouest québécois et a été présenté au Ministre Castonguay en juin 1970. Ce dossier donne un portrait réel de la situation de cette région en même temps qu'un portrait des aspirations de cette population.

Nous désirons extraire de ce dossier quelques caractéristiques sociales qui nous permettront de mieux comprendre cette région.

Aspect démographique

La population du Nord-Ouest québécois comprend 160 000 habitants répartis de la façon suivante : Rouyn-Noranda 40 000, Val d'Or 40 000,

---

* Travail présenté au VII[e] Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Canada, à Halifax, du 9 au 12 avril 1971 et au VII[e] Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, à Sherbrooke, du 22 au 24 avril 1971.

1. Psychiatre à l'Institut Albert-Prévost et coordonnateur des équipes volantes (section adultes).

2. Psychiatre à l'hôpital de Rivière-des-Prairies et coordonnateur des équipes volantes (section enfants).

Amos 20 000, La Sarre 30 000, Ville-Marie 30 000 (Témiscamingue).

Répartition rurale et urbaine

La région du Nord-Ouest québécois est la région la moins urbanisée du Québec, après le Bas du Fleuve et la Gaspésie. En 1966, la population urbaine de la région représentait 53 pour cent de l'ensemble.

Âge de la population

La population des habitants du Nord-Ouest est plus jeune que l'ensemble du Québec.

Les groupes d'âges de 0 à 14 ans représentent 41 pour cent de la population, par rapport à 33 pour cent pour l'ensemble du Québec. Les moins de 25 ans représentent 64 pour cent de la population contre 51 pour cent au Québec. Les plus de 65 ans représentent 4 pour cent par rapport à 6 pour cent dans le reste du Québec.

Taux de dépendance, c'est-à-dire population à charge (enfants, vieillards, chômeurs, etc.)

Ce taux s'élève à 83 pour cent pour la région du Nord-Ouest, par rapport à 65 pour cent pour le Québec. Depuis 1951, le taux global de dépendance dans la région du Nord-Ouest a toujours été plus élevé que celui du Québec.

Fréquentation scolaire et scolarité

La population de la région étant plus jeune que la population du Québec, il ne faut pas s'étonner que la fréquentation scolaire au niveau primaire soit plus élevée (80 pour cent) dans la région que dans le reste du Québec (75 pour cent). Cependant la situation est renversée au niveau secondaire (18 contre 22 pour cent) et universitaire (1,3 contre 2,1 pour cent).

Travail et main-d'œuvre

L'évolution globale de la main-d'œuvre indique une faible baisse depuis 1966, laquelle se continue jusqu'à maintenant. Depuis 1951 on observe un arrêt de croissance de la main-d'œuvre dans les deux secteurs moteurs de l'économie régionale : les mines et la forêt. De plus le secteur agricole a considérablement diminué au cours de cette même période.

Activités économiques

Les activités économiques de la région se situent principalement au niveau primaire, c'est-à-dire l'exploitation de ressources naturelles : la forêt, les mines et l'agriculture.

La valeur de la production au Nord-Ouest québécois se chiffre au-dessus (1,9 pour cent) de ce qui a été produit au Québec, alors que la population de la région forme 2,8 pour cent de la population du Québec.

La répartition du pourcentage démontre que de 1951 à 1966, il y a eu diminution de la valeur de la production dans les trois secteurs économiques de base de la région : agriculture, diminution globale de 27 pour cent ; forêt, diminution globale de 46 pour cent ; mines, diminution globale de 21 pour cent.

La région du Nord-Ouest est celle qui a le moins progressé de tout le Québec.

Logement

La situation du logement dans la région s'est détériorée depuis 1961 à cause du climat de pauvreté général de la région et du mouvement d'émigration.

Revenu

Le revenu personnel per capita en 1966 était le deuxième plus bas au Québec.

Chômage

En janvier 1971, plus de 20 pour cent de la main-d'œuvre disponible de la région était en chômage. La tendance du chômage semble vouloir s'accroître en rapport avec les difficultés de plusieurs secteurs de l'économie de la région.

Conclusion

La grande conclusion du dossier social du Nord-Ouest québécois : la région est pauvre et marginale.

ASPECT PSYCHOLOGIQUE

De toutes ces données, ressort nettement une impression que nous avons ressentie à maintes reprises dans nos contacts cliniques ou tout simplement humains avec les gens de la région : c'est qu'ils ont été placés par le cours de l'histoire dans une situation d'infériorité par rapport au reste du Québec mais également dans une situation où il y avait un défi à relever. Il est toujours difficile de généraliser à partir d'impressions nécessairement subjectives, mais peut-être les sentiments les plus fréquemment rencontrés sont cette succession d'états

dépressifs, de découragements, de sentiments d'isolation souvent générateurs d'idées nouvelles laissant entrevoir cet esprit pionnier et cette agressivité créatrice si caractéristiques de cette région. Nous pourrions citer de multiples exemples: la dernière campagne pour obtenir une affinerie dans le Nord-Ouest québécois est révélatrice de cette attitude. « Affinerie-Survie » pouvait-on lire partout sur les banderolles et placards dans la région de Rouyn. Cette campagne témoigne de ce sentiment d'être toujours menacé collectivement et de se « battre littéralement pour sa peau ». D'autre part l'ouverture de la route de la Baie James faite par les gens de la région, sans aide gouvernementale, représente cet aspect pionnier que nous mentionnions précédemment.

Est-ce que vivre dans des conditions comme celles-ci produit un effet de longue durée sur le psychisme? Que peut-on ressentir devant la grandeur du paysage et la rigueur du climat?

Quels sont les effets de ce voisinage constant de cette difficulté de vivre que témoigne cette région? La pauvreté et même la misère? On a parlé d'une sorte de pays du Tiers-monde que formerait le Nord du Canada et du Québec. Nous en sommes aux frontières.

Par ailleurs, comme dans toutes conditions de sous-développement, sont présents la richesse et le dynamisme de certains. On peut citer la puissance de l'élément anglophone. Par contraste, les plus colonisés d'entre tous, les Indiens sont établis sur des réserves disséminées sur le territoire.

Nous n'avons pas de réponses certaines à toutes ces questions. Cependant l'une de ces questions nous préoccupe plus particulièrement en tant que clinicien: ce vécu complexe, fragile, crée-t-il un terrain favorable à l'éclosion de symptômes tels que la dépression, la schizoïdie et la paranoïa pour ne citer que ceux-là? Il est certain que malgré nos observations, seules des études sérieuses en psychiatrie transculturelle pourraient le déterminer.

IMPLANTATION DES ÉQUIPES PSYCHIATRIQUES

C'est dans cette région éloignée, pauvre et marginale, et dans le contexte psycho-socio-économique décrit il y a un moment, que les premières équipes volantes de psychiatrie acceptent le défi d'aller implanter des équipes de secteur.

En mars 1969, la situation de la psychiatrie dans la région était bien celle qui avait été décrite dans le rapport de l'Association canadienne pour la santé mentale. Ce rapport publié en mai 1968 est une étude-inventaire entreprise dans les trois plus grandes villes du Nord-Ouest québécois. Il met en relief l'impossibilité de faire traiter sur place les personnes atteintes de troubles mentaux. De plus, il fait ressortir les difficultés de communication qui existent entre ces trois villes.

Il n'y a aucun hôpital psychiatrique ni aucun service de psychiatrie dans les hôpitaux de la région. Quant au personnel, le tableau I nous permet de voir la distribution du personnel médical et paramédical des hôpitaux.

À défaut de pouvoir traiter sur place les malades mentaux, de nombreux cas sont adressés ailleurs pour consultation.

Le tableau II nous montre le nombre de cas rencontrés et référés pour une période de six mois.

À l'hôpital Sainte-Justine depuis un certain nombre d'années, la clinique externe du département de psychiatrie recevait des malades de la région du Nord-Ouest québécois. À la consultation des rapports annuels de 1967 et 1968, on constate que ces hospitalisations représentent respectivement 12 et 15,8 pour cent des cas hospitalisés, soit

TABLEAU I

Distribution du personnel médical et paramédical dans la région du Nord-Ouest québécois, d'après le rapport de l'Association canadienne pour la santé mentale, mars 1969

HÔPITAUX	MÉDECINS	PSYCHIATRES	PÉDIATRES	INFIRMIÈRES LICENCIÉES	TRAVAILLEURS SOCIAUX PROFESSIONNELS	LICENCIÉS EN PSYCHOLOGIE
Amos						
Hôtel-Dieu	8	0	0	17	0	0
Noranda						
Youville	23	0	2	41	0	0
Val d'Or						
Saint-Sauveur	12	0	0	12	0	0

en nombre absolu 11 cas en 1967 et 13 en 1968, pour des durées moyennes d'hospitalisation de 26 jours. En septembre 1968 avec la sectorisation de la clinique externe du département de psychiatrie de l'hôpital Sainte-Justine, le Nord-Ouest québécois devient un territoire dit hors secteur que doit desservir une des équipes de secteur. Dès novembre 1968, deux membres de cette équipe présentent un rapport dans lequel ils mentionnent la nécessité de la création d'une équipe volante vu le nombre de cas, la difficulté et le coût des transports et l'incapacité de maintenir une action thérapeutique soutenue après évaluation. Ce projet reçoit l'approbation du directeur du département et l'équipe se constitue. Quatre personnes, un psychiatre, un résident en psychiatrie, un psychologue et une travailleuse sociale en font partie.

Psychiatrie infantile

En janvier 1969, en accord avec la direction régionale, nous avons décidé que l'équipe devait se rendre dans les hôpitaux d'Amos, Val d'Or, Rouyn-Noranda et La Sarre pour y ouvrir une clinique et travailler avec un personnel recruté sur place, selon les principes de la psychiatrie de secteur. Ainsi, aucune ville de la région ne devient le centre psychiatrique. Chaque clinique est responsable des cas de son secteur géographique. Par voie de conséquence, l'application de ces principes amène l'équipe volante à desservir les quatre secteurs lors de son séjour. Ce séjour est fixé à une fréquence d'une fois par mois. Lors de chaque visite nous passons de trois à cinq heures dans chacune des cliniques. L'équipe volante, une fois sur place, devient donc une sorte d'équipe « tournante ». Une secrétaire et une infirmière sont recrutées pour chaque secteur. En plus de ce personnel permanent, nous nous sommes assuré la collaboration de cinq organismes : le corps médical de l'hôpital, l'Unité sanitaire, le Service social, le Service scolaire et la Cour du Bien-être social. Les membres de ces organismes doivent devenir les principaux responsables de la prise en charge des malades que nous avons évalués. En effet, de mai à novembre 1969, 80 pour cent des cas sont suivis par ces différents organismes. Ceci a comme conséquence immédiate de sensibiliser à la santé mentale et d'en rendre la communauté responsable, selon l'esprit d'une saine psychiatrie communautaire.

Cette façon de travailler permet également de préciser le rôle de l'infirmière permanente.

Premièrement, elle assure la continuité entre un organisme donné et l'équipe volante.

Deuxièmement, elle est responsable de la pré-évaluation des cas adressés ailleurs et prépare ainsi le travail de l'équipe volante.

Troisièmement, elle ne prend en charge sous supervision, et ceci fut en général pour nous une règle d'or, que les cas trop difficiles pour être retournés à celui qui a demandé la consultation.

C'est ainsi que travaille au début l'équipe de psychiatrie infantile.

Psychiatrie adulte

Quelques mois plus tard, en octobre 1969, les deux premières équipes volantes de psychiatrie adulte font leur apparition dans la région. Une première stratégie est mise sur pied — on se partage la région selon un ordre fonctionnel et humainement acceptable pour les membres des équipes volantes.

Une équipe donnera une demi-journée de travail à Amos (le vendredi matin) puis se dirigera à Val d'Or pour l'après-midi et la soirée. Enfin le samedi matin, elle se rend à Malartic, centre hospitalier psychiatrique de la région.

TABLEAU II

Compilation des cas rencontrés et référés pour une période de six mois, d'après le rapport de l'Association canadienne pour la santé mentale, mars 1969

	CAS RENCONTRÉS		CAS ADRESSÉS AILLEURS	
	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants
Psychoses	187	43	73	4
Névroses	486	136	65	12
Arriération	34	26	0	2
TOTAL	707	205	138	18

L'autre équipe, de façon parallèle et sur le même modèle, couvre la région de La Sarre (le vendredi matin) puis Rouyn-Noranda (l'après-midi et la soirée du vendredi) et enfin Malartic le samedi matin.

Il nous paraissait essentiel que chaque équipe s'impose une grande mobilité, même si elle devait donner moins de temps dans chacune des villes, plutôt que d'imposer aux patients de parcourir des distances énormes et peu acceptables concrètement. De plus, la sectorisation de la psychiatrie risquait d'être compromise dès le point de départ si les équipes volantes refusaient de se déplacer selon les secteurs, historiquement et géographiquement bien définis pour privilégier seulement deux centres au lieu de quatre.

Même si notre conception de soins en tant qu'équipe volante est d'être des consultants auprès des responsables du milieu et non de prendre en charge leurs malades, d'évaluer le malade mental adressé et non de le soigner nous-mêmes, de dispenser un enseignement valable et non d'assurer un débit d'évaluations statistiquement impressionnant, nous avons vite réalisé la difficulté de couvrir de façon adéquate l'ensemble de ce territoire.

Après quelques visites dans la région, nous avons pensé qu'il fallait rapidement doubler les effectifs des équipes volantes. Si nous obtenions ce deuxième objectif, une équipe volante pourrait se consacrer à un secteur bien délimité et y investir plus de temps et d'intérêt en travaillant à mettre sur pied une équipe permanente de psychiatrie, inspirée des principes de base de la psychiatrie communautaire.

L'importance des demandes de consultation, d'évaluation, d'enseignement et de contact à établir dans le milieu d'une part, et l'intérêt des services psychiatriques à desservir cette région éloignée d'autre part, ont vite fait que notre deuxième objectif a été accepté par le directeur régional intérimaire de la région, le docteur Marcel Lemieux.

Donc, en décembre 1969, puis en janvier 1970, une troisième et une quatrième équipes s'ajoutaient aux deux premières, pour travailler respectivement dans un secteur défini.

Bien que ce renfort marquât une étape importante dans la réalisation de l'implantation des équipes de secteur en psychiatrie, l'hôpital de Malartic aux prises avec les cinquante grands malades chroniques (débiles, schizophrènes, etc.) que lui avait envoyé l'hôpital Saint-Michel-Archange, et sous la pression des demandes croissantes venant de tous les secteurs de la région, l'hôpital de Malartic se voyait confronté avec une situation de plus en plus difficile, n'ayant comme seul modèle d'identification, la venue rapide et de courte durée d'une succession d'équipes volantes en transit pour Montréal.

Enfin, la grande région du Témiscamingue qui se situe à l'extrémité Nord-Ouest de la province et qui est limitée d'une part par les frontières de l'Ontario, demeurait toujours sans service psychiatrique. Depuis l'arrivée des équipes volantes, ce sous-secteur du Témiscamingue comprenant 30 000 habitants, était desservi difficilement par l'équipe de Rouyn-Noranda situé à 85 milles. Il était donc souhaitable d'implanter une nouvelle équipe infantile et adulte à Ville-Marie, centre administratif et hospitalier le plus important de cette péninsule.

En mars 1970, les Services psychiatriques nous autorisent deux nouvelles équipes volantes adultes, l'une devant travailler à l'hôpital de Malartic et en faire un centre hospitalier actif, l'autre devant aller à Ville-Marie couvrir le sous-secteur le plus reculé de la région.

L'arrivée à Ville-Marie de la sixième équipe volante en mai 1970 signifiait pour nous la réalisation de notre premier but, qui consistait à doter d'une équipe volante un sous-secteur variant entre 20 000 et 40 000 habitants. Avec les six équipes volantes adultes, nous venions d'atteindre le maximum des effectifs que nous désirions obtenir pour desservir de façon valable la région du Nord-Ouest.

En mai 1970, six sous-secteurs : Amos, Val d'Or, La Sarre, Rouyn-Noranda, Ville-Marie et Malartic reçoivent simultanément tous les quinze jours, et pour une durée de quarante-huit heures, une équipe multidisciplinaire constituée de quatre professionnels de la santé.

En psychiatrie adulte, vingt-deux professionnels, tous en provenance de la région métropolitaine et travaillant selon les principes de base de la psychiatrie communautaire et la distribution géographique ci-haut mentionnée, desservent l'immense territoire du Nord-Ouest québécois.

Du côté de la psychiatrie infantile, en mars 1970, trois besoins qui se faisaient sentir depuis un certain temps furent comblés.

Premièrement, il fallait créer un secteur à Ville-Marie tel que mentionné il y a un instant. Un psychiatre et une travailleuse sociale de l'équipe infantile s'y rendirent dès le mois de mars et procédèrent rapidement en collaboration avec la direction régionale, au recrutement du personnel permanent et à la mise en marche de la clinique.

Deuxièmement, il fallait augmenter le temps alloué à chacune des cliniques. D'une demi-journée nous allons maintenant consacrer une journée par clinique. Pour ce faire, il fallait scinder l'équipe en deux. Une partie desservira Ville-Marie, Rouyn et La Sarre, l'autre, Val d'Or et Amos.

Troisièmement, il fallait engager notre action vers des services plus spécialisés. Devant la demande croissante du secteur scolaire, nous engageons une psycho-pédagogue dont la fonction sera double: avec la collaboration du psychologue évaluer les troubles d'apprentissage et élaborer un programme scolaire adéquat pour ces enfants, et ne pas manquer de consulter le personnel des divers services de l'enfance exceptionnelle, qui se développent à un rythme accéléré dans la région. Tous ces réaménagements et ces services nouveaux firent porter le nombre des membres de l'équipe volante de psychiatrie infantile à huit. Ceci est le nombre maximal que nous avons atteint (tableau III).

Recrutement

À peine avions-nous atteint notre premier but, à savoir de couvrir toute la région du Nord-Ouest par six équipes volantes pour les adultes et deux pour les enfants que déjà nous avions commencé une politique de recrutement. Les services que les membres des équipes volantes apportent à la région ont un caractère transitoire; il est clair qu'avec l'arrivée d'un professionnel en permanence dans une région, le professionnel de la même discipline de l'équipe volante n'est plus nécessaire et ainsi de suite pour toutes les disciplines.

C'est dans cette optique qu'une campagne de recrutement fut entreprise dans la région, mais surtout hors de la région, par l'intermédiaire des média d'information des corporations professionnelles. Deux travailleurs sociaux et deux infirmières psychiatriques furent recrutés de cette façon. Petit à petit, l'information concernant les demandes d'emploi pour les professionnels de la santé dans la région du Nord-Ouest se diffuse et de nouveaux professionnels permanents viennent s'ajouter tous les mois dans différents sous-secteurs et à l'hôpital de Malartic.

Un intervalle de deux mois est prévu entre l'arrivée du nouveau professionnel et le départ de son homologue de l'équipe volante, afin de favoriser

TABLEAU III

Répartition des membres des équipes volantes de psychiatrie infantile par professions et par secteurs

	AMOS	VAL D'OR	ROUYN-NORANDA	LA SARRE	VILLE-MARIE
Psychiatre et résidents	1	1	1	½	½
Travailleuse sociale	½	½	½	½	0
Psychologue	¼	¼	¼	¼	0
Psychopédagogue	¼	¼	¼	¼	0

N.B. : Les deux travailleuses sociales et le psychologue quitteront la région en juillet 1971.

TABLEAU IV

Professionnels permanents pour la psychiatrie adulte et infantile

	MALARTIC	AMOS	VAL D'OR	ROUYN-N.	LA SARRE	V.-MARIE	TOTAL
Psychiatres	1	0	0	0	0	0	1
Travailleurs sociaux	1	1	1	1	1	0	5
Infirmières psychiatriques	6	1	2	2	1	1	12
Psychologues	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	8	2	3	3	2	1	19

N.B. : Quatre psychologues permanents sont attendus dans la région du Nord-Ouest pour juin 1971.

TABLEAU V

Professionnels des équipes volantes adultes en mars 1971

	MALARTIC	AMOS	VAL D'OR	ROUYN-N.	LA SARRE	V.-MARIE	TOTAL
Psychiatres et résidents	2	1	2	1	1	1	8
Travailleurs sociaux	0	0	½	½	0	0	1
Infirmières psychiatriques	0	0	0	0	0	1	1
Psychologues	0	1	1	1	1	0	4
Ergothérapeutes	0	½	½	½	½	0	2
TOTAL	2	2½	4	3	2½	2	16

N.B. : Il est à noter que deux psychologues des équipes volantes cesseront de venir dans la région en juillet 1971.

une meilleure intégration de ce nouveau membre à l'équipe de secteur et aussi de faciliter le départ de celui qui est remplacé.

C'est avec l'établissement d'une direction régionale permanente en août 1970 qu'une véritable campagne de recrutement s'est effectuée.

En mars 1971, les professionnels permanents en psychiatrie dans la région se répartissent selon le tableau IV et les professionnels des équipes volantes adultes selon le tableau V.

Tel est l'état actuel de la psychiatrie dans le Nord-Ouest du Québec.

UNE ÉQUIPE VOLANTE DE PSYCHIATRIE. UNE EXPÉRIENCE VÉCUE *

Maurice LEDUC, M.D., **Gérard DUCEPPE**, T.S.P.,
Raymonde HACHEY, ergothérapeute, **Denise L'ÉCUYER**, I.P.,
et Jean-Jacques LUSSIER, L.P.S.

Dès la mise sur pied de cette expérience, nous avions élaboré quelques principes de base qui devaient guider notre action. La région avait d'abord été sectorisée. En conséquence, nous devions desservir la population de la région de Rouyn-Noranda seulement. Ce secteur regroupe environ 40 000 personnes dont 30 000 habitent la ville même.

Cette sectorisation nous permettait donc de rejoindre et de traiter le patient dans son milieu. Parce que nous pouvions le traiter dans son milieu, nous avons souvent pu lui éviter l'hospitalisation.

Nous savions au départ qu'il ne nous serait pas possible de prendre en charge tous les cas qu'on nous adresserait. Il nous a donc paru important de ne pas nous présenter comme ceux qui venaient prendre en main la psychiatrie de cette région. Nous pensions que les patients devaient être pris en charge par leur milieu. Sensibiliser ce milieu tant professionnel que non professionnel, nous est apparu de première importance. L'équipe volante de psychiatrie s'est donc fait connaître surtout comme une équipe de consultants. Nous avions aussi en tête à ce moment-là de chercher à « dépsychiatriser » les problèmes présentés par la communauté. Trop souvent on le sait, on a tendance à remettre tous les problèmes de la communauté entre les mains de l'équipe psychiatrique et à attendre d'elle quelque geste miraculeux.

Il nous est aussi apparu important de nous présenter comme une équipe où chacun a un rôle spécifique et nécessaire à jouer. C'est d'ailleurs dans cet esprit qu'à la suite de l'exposé du psychiatre, le travailleur social, l'ergothérapeute, l'infirmière psychiatrique et le psychologue exposeront successivement leur rôle dans l'équipe volante de psychiatrie.

Enfin, la continuité des soins (le premier principe de la psychiatrie communautaire) ne pouvait évidemment être assurée directement par une équipe volante. C'est le milieu professionnel et non professionnel ainsi que l'équipe permanente qui devaient donc assurer la continuité des soins.

C'est ainsi que nous avons dirigé une bonne partie de nos efforts vers les contacts avec les omnipraticiens. Nous avons demandé que tous les malades que nous aurions à voir consultent d'abord leur omnipraticien. Nous avons fait très peu d'exceptions à cette règle. Par cette façon de procéder, les médecins de la région continuaient de garder les responsabilités qu'ils avaient assumées jusque là et dont nous ne pouvions les décharger.

Après avoir reçu la demande de consultation de l'omnipraticien, plusieurs possibilités se présentaient. Nous pouvions évaluer le cas puis retourner le malade à son médecin de famille après avoir discuté du problème avec ce dernier. En d'autres occasions, nous pouvions décider de prendre nous-mêmes en charge le traitement du malade. Parfois nous recommandions une hospitalisation soit à l'hôpital local, soit à l'hôpital psychiatrique régional. Quand le malade était hospitalisé à l'hôpital de Rouyn, c'est le médecin référant qui gardait la responsabilité du patient, mais nous tentions de partager cette responsabilité avec lui au point de vue du traitement.

Enfin nous offrions aussi une consultation aux médecins dans le cas de patients qui présentaient pour eux des difficultés mais qui ne nécessitaient pas une intervention par l'équipe psychiatrique.

Nous avons rencontré passablement de difficultés dans nos contacts avec les omnipraticiens. Il y avait d'abord la question du temps : ils sont, règle générale, surchargés de travail et il devenait difficile de les rencontrer. Ensuite, bien sûr, tous ne sont pas intéressés au même degré à la psychiatrie

* Travail présenté au VII[e] Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Sherbrooke du 22 au 24 avril 1971.

et certains ne demandaient pas mieux que de nous refiler les malades le plus tôt possible. À un certain moment, nous avons pensé leur offrir un enseignement formel. Mais nous nous sommes vite aperçus que l'enseignement valable et accepté ne pouvait se faire qu'au moyen d'échanges au sujet des malades qu'ils nous amenaient.

Après un an, nous avons l'impression d'avoir réussi dans une certaine mesure à sensibiliser un peu plus les médecins aux problèmes psychiatriques. Il reste sûrement encore beaucoup à faire mais de nombreux indices nous permettent de croire que nous sommes sur la bonne voie.

Une autre partie de notre travail consistait à offrir une consultation auprès des diverses agences de la communauté (Service social, Unité sanitaire, Bien-être social, Service de probation, infirmières de colonies, policiers). Nous réservions une heure à une heure et demie pour recevoir tous ceux qui voulaient venir nous présenter des problèmes et nous demander notre opinion. Toute l'équipe assistait à cette consultation.

Au début, on a eu tendance à nous soumettre un peu toutes sortes de problèmes. Une grande partie des cas discutés étaient très peu d'ordre psychiatrique. Ces contacts avec les agences de la communauté nous ont permis de les sensibiliser à la psychiatrie et bien souvent, de dépsychiatriser les problèmes.

Il nous a été possible d'entreprendre parfois une action en commun avec eux. Enfin ce qui n'est pas à négliger, le dialogue a pu s'engager entre eux.

Pendant un certain temps nous avons porté une attention spéciale aux policiers. En effet nous nous étions rendu compte que l'on avait souvent recours à eux quand il s'agissait de grands malades. Nous les avons rencontrés régulièrement, une heure tous les quinze jours, et nous avons discuté librement avec eux des problèmes qu'ils rencontraient avec les malades psychiatriques.

À travers tous ces contacts nous tentions de faire un peu d'enseignement. Nous n'avons jamais institué d'enseignement formel, mais à chacune de nos visites nous faisions une présentation de cas. Cette présentation consistait à interviewer un malade devant l'équipe et les consultants, et à discuter du cas présenté par la suite.

Nous avons toujours travaillé en très étroite collaboration avec le personnel permanent. Toutes nos activités se faisaient conjointement avec eux. Au début nous avions sur place deux infirmières psychiatriques et une secrétaire. Par la suite un travailleur social s'est joint à nous.

Nous avons assuré la supervision de leur travail le plus régulièrement possible. Il faut dire que ce personnel a eu à prendre des responsabilités de plus en plus importantes. Enfin une certaine partie du temps était consacrée à l'évaluation et au traitement des malades. Ces évaluations étaient faites à la clinique externe de l'hôpital ou même à domicile quand nous le jugions nécessaire. Nous avons tenté d'offrir une gamme de traitements la plus vaste possible mais on comprend que dans les circonstances il est difficile d'entreprendre des thérapies intensives à long terme.

Et maintenant comment se présente l'avenir? Nous croyons que désormais notre travail pourra prendre une orientation un peu différente. L'équipe volante n'est plus composée que du psychiatre et du psychologue, les autres fonctions étant assumées par l'équipe permanente. Nous pensons que l'équipe peut maintenant se permettre d'être plus impliquée dans la communauté. Il serait sûrement souhaitable de mettre sur pied un département pour hospitaliser les patients plus facilement à Rouyn même. Un centre de jour ainsi qu'un aménagement pour l'ergothérapie nous paraissent de plus en plus essentiels.

Enfin nous pensons que dès qu'un psychiatre viendra s'y établir d'une façon permanente, l'équipe volante aura accompli sa mission.

Le rôle du travailleur social

Lorsqu'en psychiatrie communautaire, nous parlons de l'établissement d'un mode de collaboration avec les ressources de la communauté, dont l'agence sociale est l'une des principales, nous pensons surtout en terme de « dépsychiatrisation ». Ce que nous entendons par « dépsychiatrisation » c'est la prise en charge du malade par la ressource existante, alors que l'équipe psychiatrique est utilisée comme consultante. Ceci ne veut pas dire que nous adressons nos malades à l'agence sociale, mais plutôt que nous constituons une ressource disponible à l'agence sociale dans le traitement des clients qui se sont adressés à elle, à la suite de problèmes de dysfonctionnement social.

Dans cette optique, nous avons rencontré le directeur de la succursale de l'Agence sociale de Rouyn-Noranda, en janvier 1970. À la suite de cette rencontre, dans le but de répondre aux besoins du personnel de l'agence, nous avons organisé un séminaire sur la thérapie du couple et sur la thérapie familiale durant un avant-midi complet dans les locaux de l'Agence sociale de Rouyn. Ces

contacts nous permirent de motiver les membres du personnel de l'agence à s'engager dans un travail de thérapie plus en profondeur. En plus des supervisions de leurs cas que nous pouvions faire au moment de nos visites, nous les avons motivés à utiliser de plus en plus la consultation que l'équipe leur offrait à l'hôpital.

Nos contacts par l'intermédiaire de ce séminaire ont surtout servi à modifier la façon d'aborder les cas et nous pouvons constater la mise sur pied d'activités nouvelles, telles que thérapies familiales, thérapies de couples, formation d'un groupe d'adolescents, d'un groupe de filles-mères et d'un groupe de parents adoptifs.

Ce séminaire en thérapie familiale fut apprécié au point qu'en octobre 1970, le directeur général de l'agence nous demanda d'inclure son personnel de la succursale de La Sarre au groupe de Rouyn-Noranda, et de répéter le même séminaire à Val d'Or pour le bénéfice de son personnel de Val d'Or, Amos, Senneterre et Barraute. Depuis, nous organisons deux séminaires et rejoignons une quarantaine de travailleurs sociaux et de conseillers sociaux dont quelques-uns de Rouyn ont déjà commencé à suivre des familles en thérapie et à qui nous offrons une supervision de groupe au moment de nos visites.

À cette activité qui a pris une partie de notre temps consacré à la région, il faut aussi ajouter l'enseignement auprès du personnel permanent de la clinique, par l'intermédiaire d'évaluations de malades, de thérapies individuelles et de thérapies de couples, en présence d'une infirmière psychiatrique.

L'engagement, en juillet 1970, d'un travailleur social qui s'est joint aux deux infirmières déjà en place, nous amena à lui accorder une supervision régulière des cas qu'il suit en thérapie. Nous attachons beaucoup d'importance à cette supervision, étant donné qu'il s'agit d'un nouveau diplômé de l'Université complétant sa première année de pratique que nous considérons comme une année d'internat, durant laquelle il est nécessaire de lui donner une formation adéquate.

Pour terminer, il ne faudrait pas oublier notre participation au sein de l'équipe, soit au moment des discussions de cas, de la consultation donnée au personnel des différentes ressources de la communauté où nous sommes appelés à manifester l'aspect plus spécifique du travailleur social, soit sa préoccupation de l'aspect psycho-social du malade, de sa famille et de son milieu.

Le rôle de l'ergothérapeute

Nous avons l'intention d'effectuer un bref tour d'horizon des différentes réalisations de l'ergothérapeute dans le Nord-Ouest québécois.

Le travail de l'ergothérapeute s'est effectué à deux niveaux :

1. Dans les départements internes de l'hôpital de Malartic et d'Amos ;
2. Dans les cliniques externes surtout celles de Rouyn, La Sarre et Val d'Or.

1. Au niveau des responsables des ateliers d'expression, de couture et de menuiserie à l'hôpital de Malartic, l'importance et la signification de la relation-objet ont été discutées au point de vue théorique, et des programmes d'ergothérapie ont été établis pour certains malades.

Au point de vue pratique, l'ergothérapeute observe le comportement tant verbal que non verbal des responsables d'ateliers vis-à-vis les malades, et une discussion s'amorce en vue de les sensibiliser aux besoins du malade.

À l'hôpital d'Amos, l'ergothérapeute a collaboré à l'élaboration de l'aménagement spatial des locaux ergothérapeutiques.

Pour les malades hospitalisés, différents groupes ont été formés.

2. Au niveau des cliniques externes de Rouyn, Val d'Or et La Sarre, nous avons mis sur pied un département d'ergothérapie et avons commandé le matériel selon les besoins des individus.

Nous avons rencontré les différentes associations bénévoles de la région, telles que la Croix-Rouge, les Dames auxiliaires, les Femmes fermières, etc., afin de leur communiquer notre projet de former des groupes et de leur trouver des responsables. Nombreux sont les travailleurs bénévoles qui ont apporté leur collaboration aux différents programmes. Leurs craintes à l'égard des malades créent au début certaines réticences, mais les discussions avec l'ergothérapeute finissent par atténuer ces craintes.

À Rouyn, il existe deux groupes mixtes d'ergothérapie. Ils sont orientés vers la valorisation et la socialisation, et ceci à l'aide de médiums plus ou moins structurés. La plupart des participants sont des schizophrènes ayant déjà été hospitalisés à l'hôpital Saint-Michel-Archange. De plus, nous tenterons d'organiser un troisième groupe ; celui-ci sera composé d'hommes seulement et sera orienté vers le retour au travail.

Présentement, l'infirmière psychiatrique de l'équipe permanente, sert de lien entre les malades

et les bénévoles. Sa présence au groupe d'ergothérapie apporte un appui aux malades et aux volontaires mais assure surtout une continuité dans le traitement global du malade.

Les besoins d'ergothérapie sont très grands. Il faudrait, par exemple, un Centre d'évaluation préprofessionnel où les malades de la région seraient observés pendant une certaine période pour déterminer leurs aptitudes et pour leur faciliter s'il y a lieu une formation. La création d'ateliers protégés répondraient aux besoins des individus qui possèdent un potentiel plus limité.

Il va de soi que des contacts fréquents avec les industries et les organisations, telles que le Centre de la main-d'œuvre, l'assurance-chômage, etc. seraient bénéfiques pour trouver des débouchés dans le domaine du travail.

En vue d'établir ces programmes d'ergothérapie, la présence d'ergothérapeutes est primordiale dans la région du Nord-Ouest québécois, et il faut maintenir la collaboration de personnel bénévole.

Le rôle de l'infirmière psychiatrique

Je me suis engagée dans cette expérience principalement à cause de son caractère aventurier et de son aspect avant-gardiste, et en ayant un objectif global aussi vague que celui d'initier les infirmières sur place, à des situations de prise en charge de malades présentant des troubles émotionnels. Comme moyens de départ, j'avais: ma préparation en tant qu'infirmière psychiatrique, mon expérience acquise en psychiatrie communautaire, mon expérience acquise également dans un travail d'équipe avec l'utilisation des ressources des autres membres et finalement des informations verbales sur le milieu, informations d'ordre culturel, géographique et socio-économique.

Ce n'est qu'en cours de route que mes objectifs se sont précisés et ce, après l'évaluation faite sur place (a) du nombre d'infirmières qui avaient une préparation spécifique en soins psychiatriques et (b) des difficultés que représentait cette situation nouvelle de prise en charge des malades psychiatriques, dans un milieu où l'on avait l'habitude de les envoyer à l'extérieur de la communauté, en l'occurrence à Saint-Michel-Archange, endroit éloigné, fermé, protégé. Cette double constatation m'a amenée à travailler avec deux groupes d'infirmières: les infirmières psychiatriques, au nombre de deux, qui faisaient partie de l'équipe psychiatrique stable de Rouyn et les infirmières autorisées (non psychiatriques) travaillant soit à l'hôpital général de Rouyn, à l'Unité sanitaire ou dans les Colonies, travail que j'ai fait en tenant compte des besoins de chaque groupe et des exigences de leur tâche respective.

Mon but, avec les infirmières psychiatriques, était de les orienter, de les aider à se situer dans ce nouveau rôle de prise en charge des patients à l'extérieur du cadre hospitalier psychiatrique. Par des périodes de supervision individuelle d'une durée d'une heure et demie, tous les quinze jours, j'ai tenté de les orienter dans l'identification des problèmes des malades, de trouver de nouvelles méthodes d'approche et d'en discuter avec elles, et de favoriser une meilleure connaissance de leurs capacités et de leurs limites par rapport à cette nouvelle situation. Ces rencontres avec une personne de la même discipline, ont permis, je pense, aux infirmières de répondre aux exigences de ce nouveau rôle et de s'y adapter plus facilement tout en gardant leur identité propre.

Aux infirmières autorisées (non psychiatriques), j'ai d'abord fourni sur demande des informations concernant l'implantation de la psychiatrie dans le Nord-Ouest québécois, les nouvelles modalités de prise en charge et les projets à venir. Cette première rencontre m'a permis d'apprécier les connaissances de ce groupe, l'expérience déjà vécue dans le milieu et finalement de distinguer les capacités du personnel sur place. L'occasion m'était donnée de faire ressortir en groupe, les ressources des infirmières non psychiatriques, de valoriser la collaboration que celles-ci pouvaient apporter, de mettre en lumière leur rôle au niveau de la prévention et de les motiver à profiter des périodes de consultation pour exposer les difficultés rencontrées dans leur travail auprès des patients, spécialement pour ce qui est des infirmières de l'Unité sanitaire et des colonies.

Des rencontres fixées tous les quinze jours avec les infirmières de l'hôpital général de Rouyn où séjournaient assez régulièrement des malades de la Clinique, ont aidé à établir une communication favorisant le travail entre infirmières psychiatriques et non psychiatriques. Très peu de cours théoriques ont été donnés, sinon pour démystifier le langage psychiatrique, favoriser la transmission d'observations utiles et une meilleure compréhension du comportement du malade et ce, à tous les niveaux. Ces rencontres ont surtout fait l'objet de discussions en groupe sur les difficultés rencontrées dans le contact et la prise en charge des malades psychiatriques hospitalisés en milieu général. Nombreux étaient les préjugés qui entraient

en ligne de compte dans ces difficultés. Ces réunions ont permis de déceler les idées préconçues par rapport au malade présentant des troubles émotionnels, d'en discuter et de favoriser l'expression des sentiments face à la maladie mentale.

Après un an de cette collaboration, les infirmières psychiatriques étaient en mesure de prendre la relève auprès de leurs consœurs et leur expérience était suffisante pour que ne soit plus nécessaire l'intervention d'une personne de même discipline.

Le rôle du psychologue

Nous voudrions rappeler brièvement en quoi consistèrent nos activités de psychologue, pour ensuite esquisser à grands traits certaines implications de la collaboration entre l'équipe volante et l'équipe permanente sur place.

En tant que psychologue, membre de l'équipe volante, notre temps se répartissait surtout entre les activités suivantes :

1. Entrevues d'évaluation clinique auxquelles assistaient un ou des soignants de l'équipe permanente, dans le double but de familiariser ceux-ci avec un mode de contact et d'écoute et de permettre la continuité entre le temps d'évaluation et celui du traitement, puisque dans la majorité des cas, la prise en charge était assumée par un des membres présents lors de cette première étape.

2. Prise en charge thérapeutique de certains malades, parfois dans un but d'enseignement lorsque, par exemple, une infirmière assistait aux entrevues. De toutes façons il est important, croyons-nous, que l'équipe volante partage dans une certaine mesure avec l'équipe permanente, la charge de la cohorte imposante de malades.

3. Participation à diverses activités d'enseignement, de consultation, de supervision.

Quant au second aspect, nous voudrions l'illustrer par quelques brèves propositions.

La nature et la qualité de la relation s'établissant entre des équipes (volante et permanente) nous apparaissent importantes pour le confort de l'équipe permanente et, partant, pour la qualité des soins, et même, serions-nous tentés d'ajouter, pour la viabilité et la permanence de l'équipe sur place. Il nous revient à l'esprit une remarque d'une infirmière, remarque qui prenait sens d'avertissement, lorsqu'elle soulignait que si le désengagement ou le retrait des équipes volantes survenait trop brusquement, il en résulterait possiblement un éclatement, une désintégration de l'équipe permanente.

L'équipe volante est évidemment dans une position d'enseignement et de supervision, face à l'équipe permanente, les membres de celle-ci étant la plupart du temps des néophytes dans leur profession respective. C'est donc dire qu'au début, la perception qu'a l'équipe permanente de sa propre image de soignant (tant au plan individuel que collectif), se révèle comme floue et inarticulée ; elle va s'élaborer, prendre forme par le biais des contacts avec l'équipe volante.

Voilà pourquoi, si les relations entre équipes sont importantes, il est nécessaire que les membres de l'équipe volante s'unissent entre eux de façon claire et satisfaisante, puisque l'image qu'ils refléteront servira de modèle à l'équipe permanente.

Nous voilà en train de tourner autour de la notion d'identification sans la nommer et pourtant nous croyons que ce processus est actif et nécessaire à l'édification d'une conviction en sa capacité de soignant.

On peut penser que la remarque de l'infirmière, citée plus haut, constitue fondamentalement une demande pour que soit donné le temps nécessaire à cette prise en soi, non pas tellement peut-être d'outils, mais plutôt d'une confiance en ses moyens, en son identité de soignant. Ajoutons que si l'identification aux membres de l'équipe volante nous paraît essentielle, il n'est pas moins primordial que celle-ci, psychiatre en tête, puisse reconnaître et respecter la spécificité et l'individualité de l'autre, qu'elle n'étouffe pas mais favorise la possibilité chez l'équipe permanente de devenir progressivement autonome.

Un mot encore sur le piège dangereux, toujours présent lorsque plusieurs instances sont impliquées, que représente la tentation de donner prise à des mécanismes de scission. Pour être plus explicite, il faut donner un exemple parmi d'autres, tiré de l'expérience dont il est question ici.

Rappelons qu'il y a en Abitibi des équipes volantes pour la psychiatrie adulte et d'autres pour la pédo-psychiatrie. Or il s'est trouvé que l'équipe « infantile » fut assimilée pendant un certain temps aux « mauvais », alors que les membres de « l'équipe adulte » étaient les « bons ».

La situation a pu évoluer seulement à partir du moment où le psychiatre de l'équipe adulte a pu communiquer avec l'équipe de pédo-psychiatrie et où les soignants de l'équipe permanente savaient que les deux groupes « se parlaient ».

À ce moment seulement, on nota une amélioration dans les relations entre l'équipe volante infantile et l'équipe permanente, et, fait remarquable mais qui ne nous surprend pas, c'est au moment

où les membres de l'équipe permanente sentent qu'ils existent et qu'ils sont reconnus, qu'ils prennent soudainement intérêt à leur travail en pédopsychiatrie.

RÉSUMÉ

Les auteurs relatent l'expérience vécue d'une équipe multidisciplinaire pendant la première année du projet.

Le psychiatre expose d'abord les principes de base qui ont guidé l'action de l'équipe. Il s'agit en fait des principes reconnus en psychiatrie communautaire: rejoindre et traiter le malade dans son milieu, la continuité des soins, la sensibilisation du milieu tant professionnel que non professionnel, la sectorisation, etc.

Il donne ensuite un aperçu général de leur action au cours d'une période d'un an. Puis il précise son apport spécifique en tant que psychiatre et chef d'équipe. Il traite de son rôle auprès des médecins du milieu, de la supervision des membres des équipes permanentes et de ses contacts avec le milieu en général.

Le travailleur social fait voir ensuite quel fut son apport particulier. Il traite surtout de son rôle auprès des agences de service social du milieu. Il expose également son rôle d'enseignant et de superviseur en thérapie familiale.

L'ergathérapeute expose son travail au sein des équipes volantes. Il traite de son travail dans l'hôpital psychiatrique régional de même que du travail déjà commencé et du travail à poursuivre dans les diverses cliniques des hôpitaux généraux.

L'infirmière décrit ensuite son rôle comme infirmière psychiatrique. Elle insiste plus particulièrement sur le rôle qu'elle a joué auprès des infirmières de l'équipe permanente et des infirmières de l'hôpital. Son action auprès des infirmières de l'Unité sanitaire est aussi exposée.

Enfin, le psychologue montre l'impact des équipes volantes sur le personnel permanent. Il expose aussi son rôle dans la consultation et l'évaluation des cas présentés.

ÉTUDE COMPARATIVE DU TRAVAIL CLINIQUE DE L'ÉQUIPE ITINÉRANTE DE PSYCHIATRIE INFANTILE DU NORD-OUEST QUÉBÉCOIS POUR LES ANNÉES 1969 ET 1970 *

Claude LEBLANC, M.D.[1]

INTRODUCTION

L'équipe itinérante de psychiatrie infantile du Nord-Ouest québécois existe depuis déjà deux ans. Une première enquête a été faite et les résultats furent présentés au VI[e] congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, à Montréal, les 16, 17 et 18 avril 1970 (1). Cette enquête portait sur les neuf premiers mois de fonctionnement de l'équipe.

Il a été nécessaire d'évaluer l'orientation prise cette année, plus particulièrement à la suite de certains changements survenus dans notre fonctionnement. En plus d'augmenter nos effectifs de cinq à huit personnes, nous avons modifié notre itinéraire de sorte qu'en nous divisant en deux sous-groupes de travail, nous pouvions offrir à chaque clinique une journée entière de consultation par mois au lieu de quelques heures seulement. Un nouveau secteur d'opération, Ville-Marie, au Témiscamingue, a été ouvert en février 1970.

La présente enquête fut donc entreprise pour comparer le travail accompli de mars à novembre 1970 avec la période correspondante de l'année précédente.

MÉTHODES

La méthodologie utilisée répète le travail de l'année dernière. Il s'agit d'une enquête exhaustive, c'est-à-dire chez tous les sujets inscrits pendant la période de mars à novembre. Après cinq mois, l'évaluation de l'évolution a été faite en requestionnant la personne qui avait dirigé le malade, ce dernier, les parents ou le thérapeute.

Le questionnaire établit le sexe et l'âge du sujet, son origine, le foyer et la condition maritale des parents, l'occupation, le salaire et la stabilité d'emploi des deux parents, ainsi que leur scolarité respective et leurs antécédents psychiatriques. Enfin, on y précise le mode de consultation effectuée, celui qui a dirigé le malade, la démarche thérapeutique et l'évolution du cas.

Toutes les réponses étaient prévues sur la carte-questionnaire. Les données socio-économiques et d'identification relevaient de la responsabilité de la secrétaire de chaque secteur. Les données psychiatriques étaient colligées par un médecin dans chaque équipe après instruction par le responsable de l'enquête.

Après une brève description de notre population, nous discuterons surtout des données psychiatriques dans une perspective de comparaison des deux premières années de fonctionnement. Nous présenterons parallèlement, dans la mesure du possible, les résultats obtenus pour les deux périodes étudiées.

RÉSULTATS

Le nombre d'inscriptions pour la période de mars à novembre 1970 est de 200 sujets, soit 123 garçons et 77 filles, ce qui représente une proportion semblable à celle de 1969 (tableau I). La répartition de ces inscriptions selon les secteurs d'opération a aussi été étudiée (tableau II).

L'âge moyen des garçons est de 8,95 ans et celui des filles de 10,71, ce qui est légèrement inférieur à l'année dernière. La répartition par groupe d'âge montre, comme en 1969, la prépondérance du groupe de 8 à 10 ans pour les garçons et du groupe de 14 à 16 ans chez les filles (figure 1).

Au moment de la consultation, 144 pères travaillaient, soit environ 75 pour cent de la population

---

* Travail présenté au VII[e] Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Sherbrooke, du 22 au 24 avril 1971.

1. Résident en psychiatrie, Hôpital Rivière-des-Prairies.

TABLEAU I

Nombre d'inscriptions en 1969 et 1970, pour la période de mars à novembre

SEXE	1969			1970		
	Nombre	%	σ	Nombre	%	σ
Mâle	63	61,7	4,81	123	61,5	3,44
Femelle	39	38,2	4,81	77	38,5	3,44
TOTAL	102			200		

TABLEAU II

Répartition des inscriptions selon les secteurs d'opération

SECTEURS	1969			1970		
	Nombre	%	σ	Nombre	%	σ
Rouyn	23	28,4	4,47	55	27,5	3,15
Ville-Marie	6			44	22,0	2,93
La Sarre	16	15,6	3,60	35	17,5	2,68
Val d'Or	30	29,4	4,51	35	17,5	2,68
Amos	27	26,4	4,37	31	15,5	2,55
TOTAL	102			200		

étudiée. La proportion de ceux dont le revenu dépassait $4 000 est passée de 46 pour cent en 1969 à 64 pour cent en 1970 (figure 2). Quarante-neuf familles bénéficiaient de l'assistance sociale, soit 24,5 pour cent.

Environ 22 pour cent des sujets, comme l'an dernier, révèlent des antécédents psychiatriques dans la famille immédiate.

En classe régulière on retrouve 115 enfants, alors qu'il y en a 41 en classe spéciale, 20 d'âge préscolaire, 14 qui ne vont pas à l'école et 8 à la maternelle. En comparaison de l'année 1969, nous

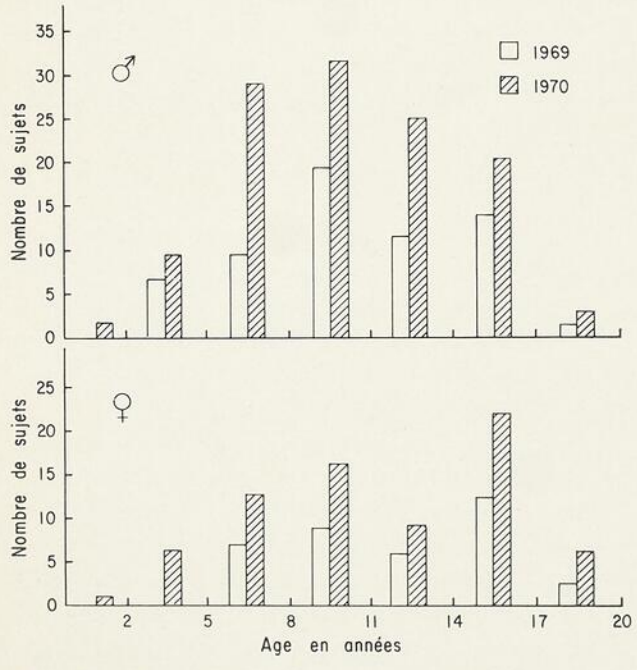


Figure 1 — Répartition des sujets selon l'âge et le sexe.

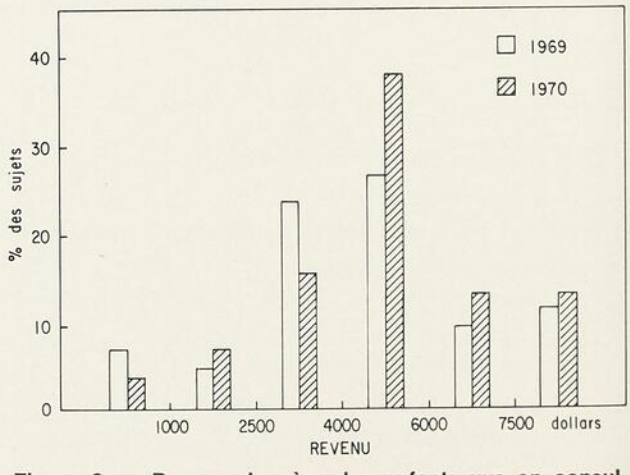


Figure 2 — Revenu du père des enfants vus en consultations

constatons un pourcentage moindre d'enfants en classe spéciale ou absents de l'école et une augmentation des enfants d'âge préscolaire (figure 3). Par contre, 25 enfants présentent un échec; 14, deux échecs, 10, trois échecs; huit, quatre échecs; un, cinq échecs et deux, six échecs. Le pourcentage d'échecs a diminué de 15 pour cent cette année (figure 4).

La figure 5 indique la source de direction de ces 200 sujets et une prépondérance nette apparaît pour les praticiens de la région. Par contre, l'ordre d'importance est semblable à 1969, sauf en ce qui concerne le service social où la proportion a diminué, et les parents qui dirigent en plus grand nombre leurs enfants.

Trente-quatre malades avaient déjà consulté en psychiatrie auparavant et douze avaient été hospitalisés (tableau II).

L'équipe a discuté de quinze cas avec ceux qui les avaient dirigés alors que 185 sujets ont été vus. Près de 60 pour cent des enfants furent évalués par le psychiatre ou le résident seul (figure 6). En comparaison avec l'année précédente, beaucoup plus de malades ont été vus par le psychiatre seul, tandis que le psychcologue participait d'une façon moins importante à l'entrevue diagnostique. Les diagnostics posés sont énumérés au tableau III. On retrouve cette année une proportion plus importante de troubles d'adaptation, ainsi que l'absence de maladie psychiatrique chez neuf sujets.

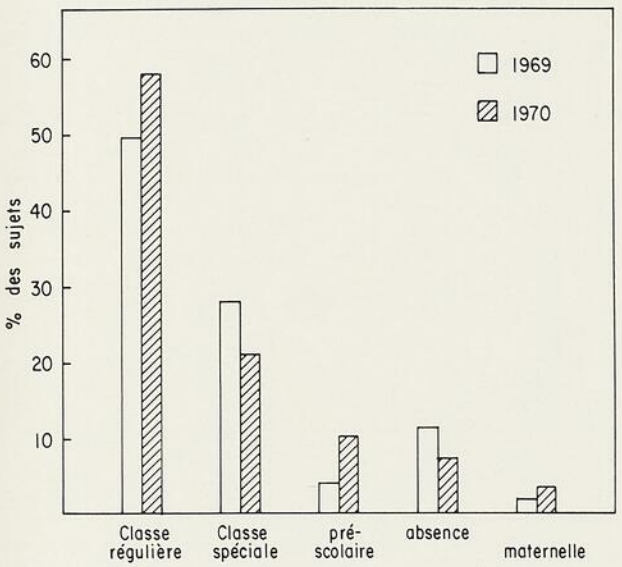


Figure 3 — Situation scolaire des enfants.

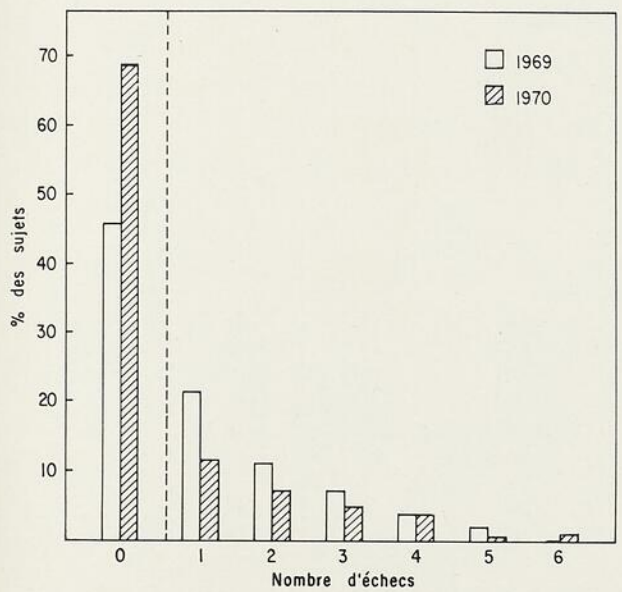


Figure 4 — Scolarité des enfants : nombre d'échecs.

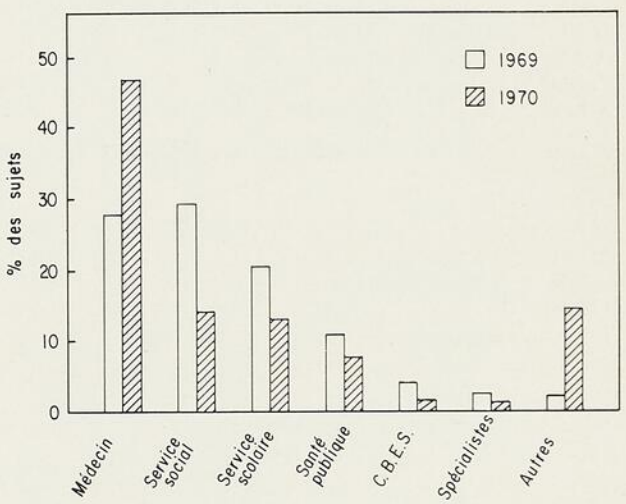


Figure 5 — Sources des cas dirigés pour consultation.

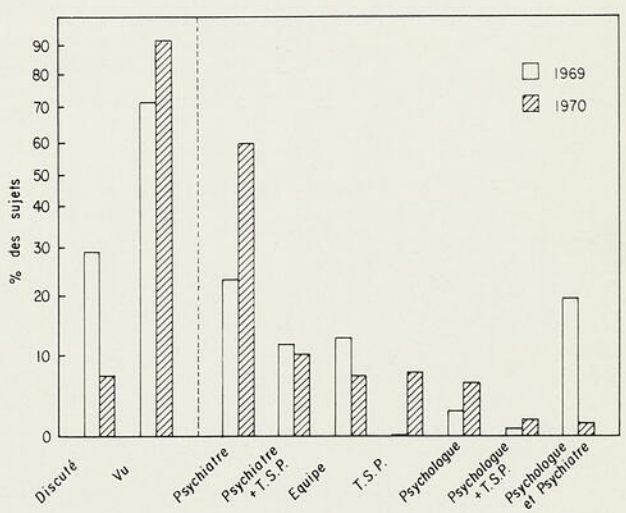


Figure 6 — Nature de la consultation.

À la suite de la consultation, on retrouve les recommandations suivantes quant à la personne assumant la prise en charge (tableau IV) et quant au traitement préconisé (figure 7). On peut facilement noter que les prises en charge assumées par la psychiatrie, soit par un membre de l'équipe itinérante, soit par un membre permanent de l'équipe, ont énormément augmenté si on les compare à celles de l'an dernier (figure 8) ; elles ont passé de 19,9 pour cent à 42 pour cent, c'est-à-dire un peu plus du double. Le même ordre d'importance des recommandations de traitement se retrouve pour les deux années, avec cependant une diminution marquée de l'utilisation des médicaments.

TABLEAU III

Diagnostics posés lors des consultations

DIAGNOSTIC	1969			1970		
	Nombre	%	σ	Nombre	%	σ
Débilité mentale	24	23,5	4,20	47	23,5	2,99
Troubles d'adaptation	13	12,7	3,30	42	21,0	2,88
Troubles névrotiques	18	17,6	3,77	29	14,5	2,48
Troubles du développement	12	11,7	3,19	14	7,0	1,80
Troubles psychotiques et pré-psychotiques	8	7,8	2,66	13	6,5	1,74
Troubles organiques cérébraux	5	4,9	2,14	11	5,5	1,61
Hyperactivité	6	5,8	2,33	9	4,5	1,46
Troubles liés à la transgression	11	10,8	3,07	9	4,5	1,46
Troubles du caractère	1	0,9	0,98	5	2,5	1,10
Troubles psychosomatiques	0	—	—	5	2,5	1,10
Perversions	1	0,9	0,98	2	1,0	0,70
Pharmaco-dépendance	0	—	—	1	0,5	0,49
Diagnostic différé	3	2,9	1,67	4	2,0	0,98
Pas de diagnostic psychiatrique	0	—	—	9	4,5	1,46
TOTAL	102			200		

TABLEAU IV

Recommandations de prise en charge après la consultation

PRISE EN CHARGE	1969			1970		
	Nombre	%	σ	Nombre	%	σ
Membre de l'équipe	12	11,7	3,19	63	31,5	3,28
Service social	24	23,5	4,20	30	15,0	2,52
Service scolaire	14	13,7	3,41	25	12,5	2,33
Infirmière psychiatrique	8	7,8	2,66	21	10,5	2,16
Classe spéciale	10	9,8	2,94	19	9,5	2,07
Médecin de famille	16	15,6	3,60	11	5,5	1,61
Infirmière publique	4	3,9	1,92	7	3,5	1,29
Service de probation	7	6,8	2,50	5	2,5	1,10
Autres	7	6,8	2,50	19	9,5	2,07
TOTAL	102			200		

Dans des conditions idéales, le traitement préconisé aurait été sensiblement le même qu'en 1969 (figure 9) avec, ici aussi, diminution de la pharmacothérapie et apparition de nouvelles solutions, telles l'orthophonie, la psychopédagogie, une théorapie pour les parents, la psychomotricité, la neurologie, etc.

Après cinq mois, l'évolution a été considérée favorable dans 113 cas, sans changement dans 62 cas, défavorable dans 8 cas et inconnue dans 17 cas (figure 10).

Pour 62 malades, le traitement s'est terminé dans les quelques mois qui ont suivi l'évaluation, ce qui est très supérieur à 1969, et seulement 17 sujets abandonnèrent le traitement (tableau V).

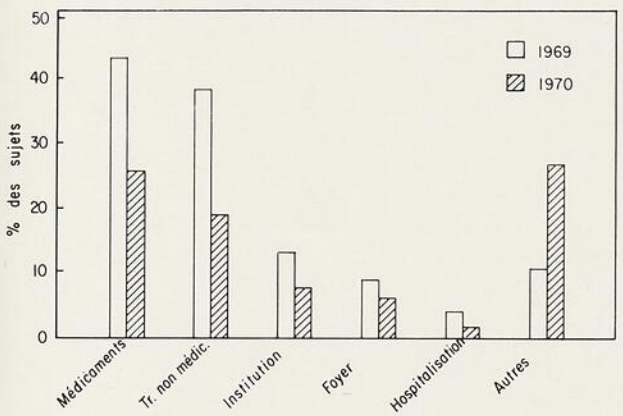


Figure 7 — Traitement préconisé.

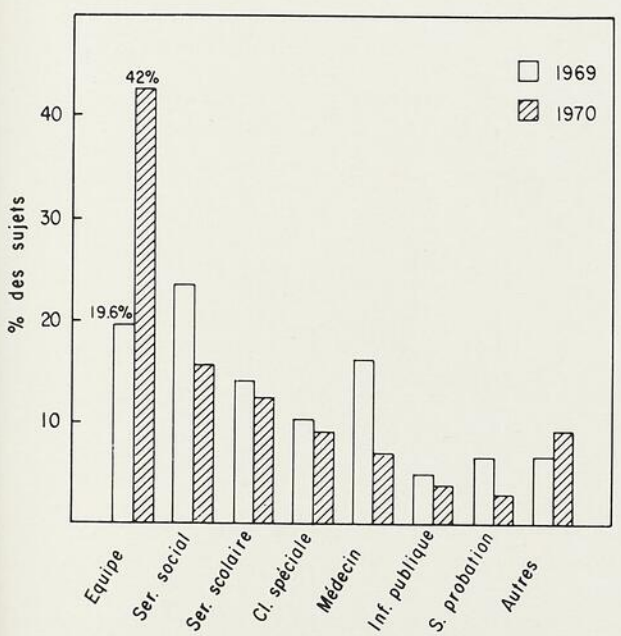


Figure 8 — Prise en charge après la consultation.

DISCUSSION

Un des premiers points à soulever est la quantité de cas adressés à la Clinique de Ville-Marie durant ses premiers mois de fonctionnement. Il semble donc avoir été judicieux de desservir localement le

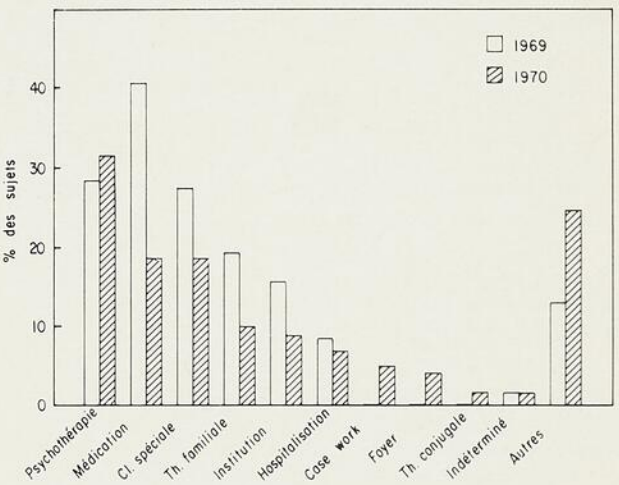


Figure 9 — Traitement idéal des cas vus en consultation.

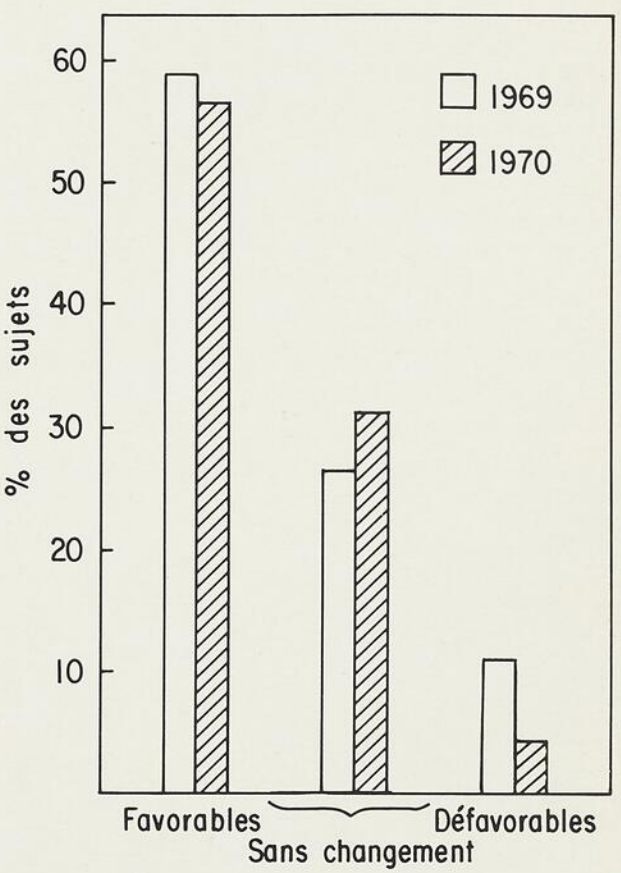


Figure 10 — Evolution des cas après six mois.

Témiscamingue si on se réfère aux six malades seulement, provenant de cette région, qui ont été évalués en 1969.

De toutes les données d'identification, la seule qui doive attirer notre attention est la diminution de la moyenne d'âge de nos malades, ce qui peut être mis en relation avec l'augmentation des cas dirigés par les parents.

De toutes les données psychiatriques, il est important de souligner le changement survenu dans le mode de consultation, où 70 pour cent des sujets ont été vus par le psychiatre alors que le psychologue ou les travailleurs sociaux ont vu chacun moins de 20 pour cent des enfants.

Ces chiffres reflètent assez bien la nouvelle orientation proposée à la suite de la première enquête, à l'effet que le psychiatre serait le principal évaluateur alors que les autres membres de l'équipe agiraient en grande partie comme consultants, tant auprès du psychiatre ou de l'équipe locale de psychiatrie qu'au niveau des agences de la communauté.

Ces nouveaux rôles, qui sont en fait des rôles très traditionnels dans le contexte de nos grands centres, peuvent aussi expliquer en partie l'augmentation importante des prises en charge assumées par la psychiatrie. Si on y ajoute l'augmentation du personnel permanent des cliniques de secteur, la répartition plus adéquate du temps du personnel itinérant ainsi que l'organisation plus conservatrice des cliniques, on peut très bien comprendre cette augmentation des prises en charge, la diminution de l'implication des organismes non psychiatriques du milieu, ainsi que le retour à des prescriptions thérapeutiques plus en accord avec celles des centres établis depuis plus longtemps, où la psychothérapie demeure le traitement idéal.

Malgré toutes ces modifications quant au mode d'approche et de traitement, en comparaison de l'année précédente, l'évolution après cinq mois ne semble pas tellement modifiée si ce n'est une certaine diminution des résultats défavorables qui sont passés de 10,7 à 4 pour cent.

Ces derniers résultats peuvent peut-être s'expliquer par l'apparition dans la région de nouvelles ressources accessibles à la psychiatrie, comme l'Institut Clair-Foyer d'Amos qui, bien que se spécialisant en déficience et entraînement à la vie, accepte de prendre charge temporaire de certains mésadaptés affectifs graves.

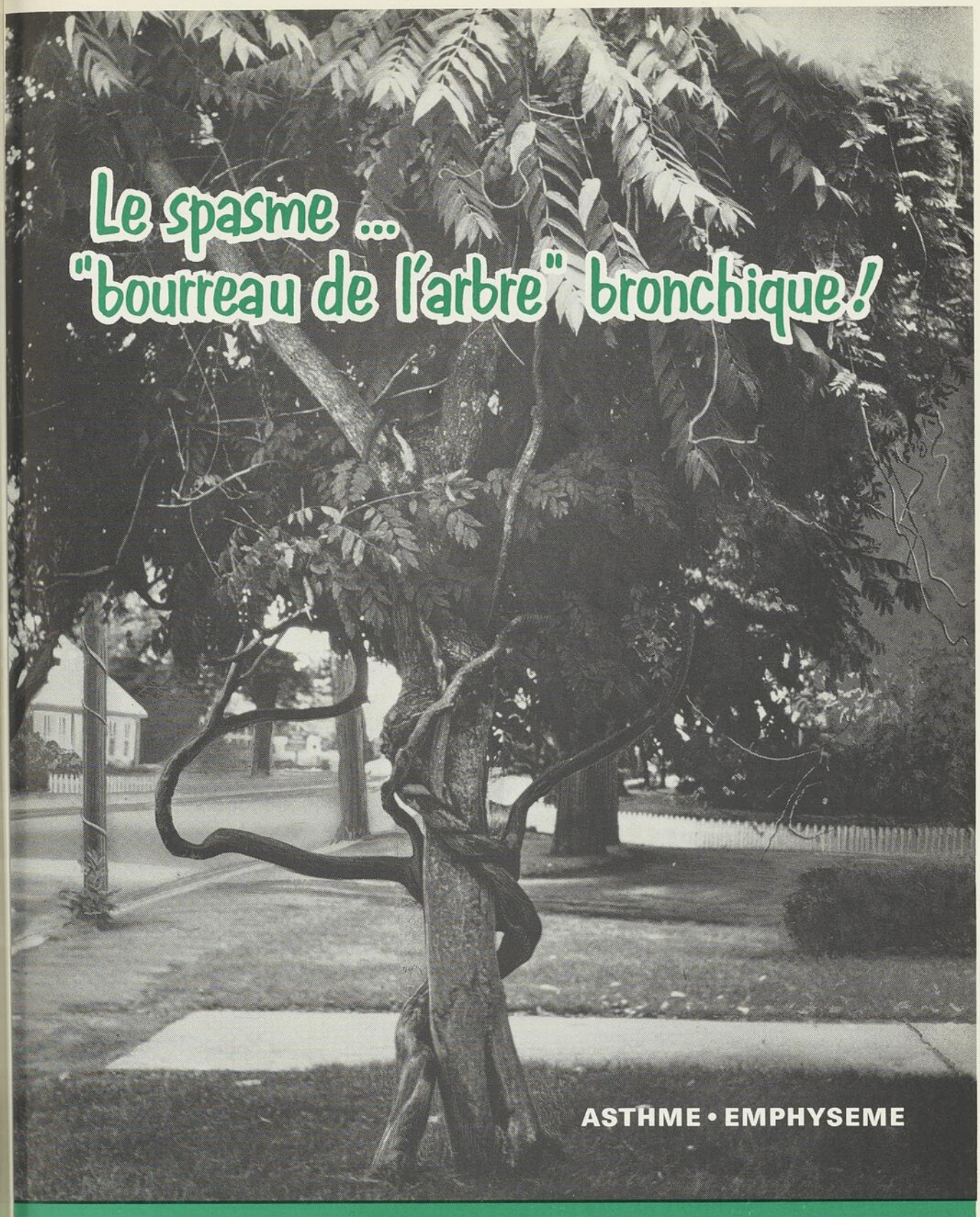
CONCLUSION

Devant ces résultats, il faut se demander si la psychiatrie n'est pas en train de remplacer les ressources locales. Si on étudie certaines demandes de consultation, plusieurs cas non psychiatriques sont adressés à l'équipe pour des évaluations auparavant assurées par les psychologues de la région, ou pour des démarches familiales, sociales ou scolaires, également la responsabilité de services déjà existants.

TABLEAU V

Nombre de malades qui ont complété le traitement ou qui l'ont abandonné

	1969			1970		
	Nombre	%	σ	Nombre	%	σ
FIN DU TRAITEMENT						
Oui	5	4,9	2,14	62	31	3,27
Non	92	90,2	2,94	132	66	3,34
Pas de réponse	5	4,9	2,14	6	3	1,20
TOTAL	102			200		
ABANDON DU TRAITEMENT						
Oui	21	20,5	4,00	17	8,5	1,97
Non	79	77,4	4,14	179	89,5	2,16
Pas de réponse	2	1,9	1,37	4	2	0,98
TOTAL	102			200		



PROTOPHYLLINE

Dihydroxypropylthéophylline

ROUGIER

VOIR LE CPS ET LE VADEMECUM POUR DES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Indocid*

(indométhacine)



à l'oeuvre

Pourra-t-il terminer sa journée de travail? Souvent INDOCID* peut apporter le soulagement symptomatique désiré

INDOCID* s'est révélé efficace pour soulager la douleur, le gonflement et la sensibilité; il augmente ainsi la motilité des articulations dans certains cas d'ostéo-arthrite grave, y compris l'arthropathie dégénérative de la hanche, certains cas de polyarthrite rhumatoïde, de goutte et de spondylite ankylosante.

INDOCID*

(indométhacine)

NOUVELLE PRÉSENTATION SUPPOSITOIRE à 100 mg. H.S.

Indications

INDOCID* (indométhacine) s'est révélé efficace dans le traitement symptomatique de cas choisis *de polyarthrite rhumatoïde, de spondylite (rhumatoïde) ankylosante, de goutte,* de cas choisis d'ostéo-arthrite grave *(y compris l'arthropathie dégénérative de la hanche).* INDOCID* devrait être utilisé dans les cas *d'ostéo-arthrite grave qui ne réagissent pas à un traitement* avec d'autres médicaments tels que les salicylates. Dans ces infections, INDOCID* peut à l'occasion remplacer d'autres agents couramment utilisés tels que les corticostéroïdes, les salicylates, la colchicine et les composés du type de la phénylbutazone.

Posologie pour adultes

Polyarthrite rhumatoïde chronique et spondylite (rhumatoïde) ankylosante: Amorcer le traitement à raison de 25 mg b.i.d. ou t.i.d.. Si la réaction est insuffisante, ajouter 25 mg par jour, chaque *semaine,* jusqu'à ce que le résultat soit satisfaisant ou jusqu'à une posologie de 150 à 200 mg par jour.

Polyarthrite rhumatoïde aiguë et crises aiguës de polyarthrite rhumatoïde chronique: Débuter par 25 mg b.i.d. ou t.i.d. Si le résultat est insuffisant, ajouter à la dose quotidienne 25 mg *par jour* jusqu'à ce que le résultat soit satisfaisant ou jusqu'à une posologie globale de 150 à 200 mg par jour. Les doses d'entretien de corticostéroïdes peuvent souvent être réduites graduellement de 25 à 50 pour cent et l'on peut même les supprimer après plusieurs semaines ou plusieurs mois chez certains malades.

Ostéo-arthrite grave et arthropathie dégénérative de la hanche: Commencer le traitement à raison de 25 mg b.i.d. ou t.i.d.. Si le résultat est insuffisant augmenter la dose quotidienne de 25 mg à des intervalles d'environ *une semaine* jusqu'à ce que le résultat soit satisfaisant ou jusqu'à une posologie globale de 150 à 200 mg par jour.

Goutte aiguë: Administrer 50 mg t.i.d. jusqu'à la disparition de tous les signes et symptômes.

Suppositoires d'INDOCID*: Donner 100 à 200 mg par jour. Insérer un suppositoire au coucher et un autre le lendemain matin, si nécessaire. On peut administrer les suppositoires et les gélules simultanément. Dans ce cas, insérer un suppositoire à 100 mg le soir au coucher suivi, le lendemain matin, de gélules à 25 mg, au besoin. Ne pas dépasser une posologie globale de 150 à 200 mg d'indométhacine par jour (gélules et suppositoires).

A noter: Dans les cas chroniques, il est important de commencer le traitement par une faible posologie et de l'augmenter graduellement pour obtenir de meilleurs résultats et pour minimiser les effets secondaires.

Toujours administrer INDOCID* avec des aliments, immédiatement après les repas ou avec un antiacide afin de réduire l'irritation gastrique.

Comme pour tout médicament, on devrait utiliser la dose efficace la plus faible possible pour chaque malade en particulier.

Contre-indications

Ulcère gastro-duodénal en évolution, gastrite, entérite régionale, colite ulcéreuse, diverticulite, et lorsque l'anamnèse révèle des lésions gastro-intestinales récurrentes. Également contre-indiqué chez les malades allergiques à l'acide acétylsalicylique ou à l'indométhacine. La sécurité d'emploi de l'indométhacine durant la grossesse ou la période d'allaitement n'a pas été établie. Les suppositoires d'indométhacine sont contre-indiqués chez les sujets ayant accusé des saignements rectaux récents.

NE DOIT PAS ÊTRE ADMINISTRÉ AUX ENFANTS

Mise en garde

Les malades qui éprouvent des vertiges, des étourdissements ou de l'apathie durant leur traitement à l'indométhacine doivent être prévenus du danger de conduire des véhicules-moteurs, de manœuvrer des machines, de monter aux échelles, etc. On doit l'administrer avec prudence aux malades souffrant de troubles psychiques, d'épilepsie ou de parkinsonisme.

Précautions

L'indométhacine doit être utilisée avec précaution en raison des réactions gastro-intestinales éventuelles; la fréquence de ces réactions peut être réduite en administrant le médicament immédiatement après les repas, avec des aliments ou des antiacides. En présence de tels symptômes, le danger d'un traitement continu à l'indométhacine doit être évalué en regard des bienfaits possibles pour chaque malade en particulier. Il faut administrer les suppositoires d'indométhacine avec prudence aux malades qui présentent une pathologie anale ou rectale. Cesser le traitement si des saignements gastro-intestinaux surviennent. On a rapporté des cas d'ulcère gastrique ainsi que des hémorragies et des perforations chez des sujets ayant des antécédents d'ulcères gastriques (voir sous la rubrique "Contre-indications") ou recevant simultanément des stéroïdes et des salicylates. Chez certains malades, l'anamnèse n'avait pas révélé d'ulcère et, d'autre part, ils ne recevaient pas d'autres médicaments. À la suite d'un saignement gastro-intestinal, certains malades peuvent accuser de l'anémie et, pour cette raison, on recommande qu'ils se soumettent périodiquement à des examens hématologiques appropriés. La céphalée peut survenir, habituellement au début du traitement. Le cesser si la céphalée persiste malgré la diminution de la posologie. L'indométhacine possède en commun avec d'autres médicaments anti-inflammatoires analgésiques et antipyrétiques le pouvoir de masquer les signes et les symptômes qui accompagnent généralement une maladie infectieuse. Le médecin doit penser à cette éventualité afin de ne pas trop retarder le traitement approprié de l'infection. On doit employer l'indométhacine avec prudence en présence d'infections déjà maîtrisées. Lorsque le traitement est prolongé, des examens ophtalmologiques effectués à intervalles réguliers sont souhaitables (voir "Réactions ophtalmiques"). Étant donné que la possibilité des réactions défavorables semble augmenter avec l'âge, on devrait employer l'indométhacine, chez les personnes âgées, avec une prudence accrue.

Réactions défavorables

Système nerveux central: Réactions le plus souvent observées: céphalée (généralement plus marquée le matin), vertiges et étourdissements. Réactions rarement observées: confusion mentale, somnolence, convulsions, coma, dépression pouvant être grave, et autres troubles psychiques, telle la dépersonnalisation. La gravité de ces effets peut parfois nécessiter l'abandon du traitement mais rarement l'hospitalisation. *Réactions gastro-intestinales:* elles comprennent le plus fréquemment: nausées, anorexie, vomissements, gêne épigastrique, douleur abdominale, diarrhée. On a aussi rapporté: ulcération simple ou multiple de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum ou de l'intestin grêle entraînant parfois la perforation et l'hémorragie. Quelques décès ont été signalés ainsi que des hémorragies sans ulcération évidente et des douleurs abdominales accrues chez les malades souffrant de colite ulcéreuse. On a soupçonné l'indométhacine de précipiter les symptômes de colite ulcéreuse ou d'iléite régionale, mais la relation de cause à effet n'a pas été prouvée. Réactions les moins fréquentes: stomatite ulcéreuse, saignement de l'anse sigmoïde ou d'un diverticule, perforation de lésions sigmoïdes préexistantes (d'un diverticule ou carcinome). Après l'usage de suppositoires d'indométhacine, on a quelquefois signalé du prurit anal, du ténesme, de l'irritation de la muqueuse rectale, et rarement des saignements rectaux. Chez plusieurs malades, la rectoscopie n'a cependant révélé aucun changement significatif de la muqueuse rectale. *Réactions hépatiques:* hépatite toxique et ictère d'étiologie incertaine comprenant des cas graves et parfois mortels. *Réactions cardiovasculaires et rénales:* l'œdème, l'élévation de la tension artérielle et l'hématurie surviennent rarement. *Réactions dermatologiques et d'idiosyncrasie:* Réactions peu fréquentes: prurit, urticaire, œdème angioneurotique, angéite, érythème noueux, éruptions cutanées, chute des cheveux et angoisse respiratoire aiguë comprenant dyspnée soudaine et asthme. *Réactions hématologiques:* Réactions peu fréquentes: leucopénie, purpura et thrombocytopénie. Réactions rares: agranulocytose, anémie hémolytique, dépression de la moelle osseuse comprenant de l'anémie aplastique, mais une relation précise avec l'emploi du médicament n'a pas été établie, anémie secondaire à une hémorragie gastro-intestinale occulte ou évidente. Il est recommandé d'effectuer périodiquement des numérations globulaires (y compris des numérations plaquettaires) chez les malades soumis à un traitement prolongé. Si des signes ou symptômes des réactions ci-dessus mentionnées apparaissent, interrompre l'emploi du médicament et instituer des examens hématologiques appropriés. *Réactions auriculaires:* tintements d'oreilles peu fréquents; surdité, rarement. *Réactions ophtalmiques:* On a observé des troubles rétiniens (y compris ceux de la tache jaune) et des dépôts cornéens. Il y a eu régression de certaines de ces conditions après l'arrêt du traitement. Parfois, vision brouillée, douleurs orbitaires et périorbitaires. *Réactions secondaires diverses:* saignement vaginal, hyperglycémie, glycosurie, neuropathie périphérique et épistaxis surviennent rarement.

On peut obtenir, sur demande, des renseignements détaillés concernant la posologie, l'administration, les indications, les précautions, ainsi qu'une bibliographie.

Présentation

Ca-8662 Gélules—INDOCID®, dosées à 25 mg chacune, bleues et blanches, portant le sigle MSD et leur degré de concentration. Présentées en flacons de 50 et de 500.

Ca-8663 Gélules—INDOCID®, dosées à 50 mg chacune, bleues et blanches, portant le sigle MSD et leur degré de concentration. Présentées en flacons de 50 et de 250.

Ca-8711 Suppositoires—INDOCID®, dosés à 100 mg chacun. Ils sont blancs, opaques. Présentés en boîtes de 12 ou de 30.

(MC-757)

MSD | MERCK SHARP & DOHME CANADA LIMITED/LIMITÉE

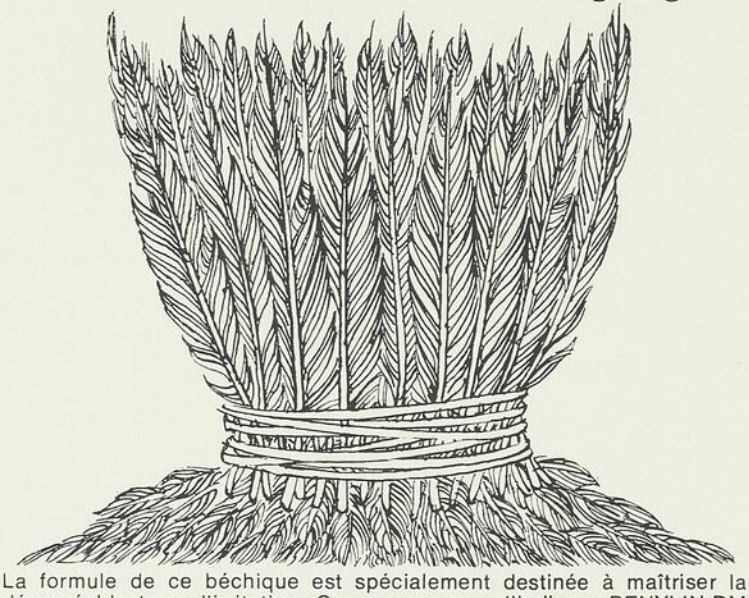
La recherche d'aujourd'hui au service de la thérapeutique de demain

MEMBRE ACFP

Marque déposée

Benylin®-DM maîtrise la toux

(et le chatouillement de la gorge)



La formule de ce béchique est spécialement destinée à maîtriser la désagréable toux d'irritation. Comme son nom l'indique, BENYLIN-DM associe les puissantes propriétés antitussives du dextrométhorphane à l'activité antihistaminique et antispasmodique de Benadryl®.

INDICATIONS: Agent antitussif et expectorant pour soulager la toux causée par le rhume ou une allergie.

PRÉCAUTIONS: Les personnes qui ont éprouvé de la somnolence en prenant ce produit ou d'autres médicaments renfermant des antihistaminiques, ou celles dont on ne connaît pas la tolérance, ne devraient pas conduire un véhicule ni s'engager dans des activités exigeant des réactions précises. Prescrire avec prudence les hypnotiques, les sédatifs ou les tranquillisants au cours d'un traitement avec BENYLIN-DM, à cause de la possibilité d'un effet cumulatif. La diphénhydramine exerce une activité semblable à celle de l'atropine dont il faut tenir compte en prescrivant BENYLIN-DM.

EFFETS SECONDAIRES: Les réactions secondaires peuvent affecter les systèmes nerveux, gastro-intestinal et cardio-vasculaire. Les plus fréquentes sont la somnolence, les étourdissements, la sécheresse de la bouche, les nausées et la nervosité. On a rapporté des cas de palpitation et de vision trouble. Des réactions d'allergie peuvent survenir, comme avec tout médicament.

Chaque dose de 5 cc renferme:

Bromhydrate de dextrométhorphane	15 mg
Benadryl (chlorhydrate de diphénhydramine P.D. & Co.)	12.5 mg
Chlorure d'ammonium	125 mg
Citrate de sodium	50 mg
Chloroforme	20 mg
Menthol	1 mg

PARKE-DAVIS

Parke, Davis & Company, Ltd., Montréal 379

Ces résultats nous amènent aussi à repenser nos modalités de consultation et de prise en charge. En effet, la présente enquête nous fait voir que notre implication directe auprès des malades n'augmente pas les résultats favorables et, à cause du temps important alloué à ce mode de consultation, nous prive de rencontres nécessaires avec les organismes qui dirigent les malades. L'efficacité du dépistage et la possibilité de retour de nos sujets pour prise en charge par les personnes qui nous les avaient adressés s'en trouvent diminuées.

REMERCIEMENTS

Nous remercions sincèrement le docteur Gilbert Pinard, auteur du questionnaire et responsable de l'enquête pour l'année 1969, de son aide précieuse pour la préparation du présent travail.

Également, nous tenons à souligner l'aide du personnel des équipes permanentes, en particulier les secrétaires, pour leur travail dans la compilation des données non psychiatriques.

Enfin nous tenons à souligner le travail des docteurs André Blanchet et Kamal Zariffa, pour la collection des données psychiatriques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pinard, G., Blanchet, A., Beausoleil, M., Bouchard, C., et Leblanc, C., Rapport de l'année 1969 de l'Équipe Itinérante de psychiatrie infantile du Nord-Ouest Québécois, *Laval Médical*, 42 : 51–59, 1971.

RENTABILITÉ DES ÉQUIPES VOLANTES AU POINT DE VUE DES MALADES, DE LA RÉGION, ET DES ÉQUIPES ELLES-MÊMES *

M. MESSIER, M.D.[1], R. FORTIN, M.D.[2], C. BOUCHARD, T.S.P.[3], et L. LAZAR, M.D.[4]

L'expérience des équipes volantes (itinérantes) décrites dans les présentations antérieures (1, 2, 3, 4 et 5) représente un effort considérable et soutenu de la part d'un personnel spécialisé et multidisciplinaire, et très motivé vis-à-vis des objectifs à atteindre.

Ceux-ci consistaient à offrir à la population du Nord-Ouest Québécois, éloignée de plus de 400 milles de ses institutions soignantes, une aide durable et efficace en ce qui concerne ses divers problèmes psychologiques. Problèmes individuels surtout mais aussi familiaux.

L'objectif incluait :

a) l'évaluation et le traitement, dans la région, de tous les problèmes psychiatriques rencontrés et la création de soins en réadaptation ;

b) agir au niveau de la prévention primaire à travers une information donnée à l'ensemble de la région, en particulier aux agences sociales, et en général aux pivots sociaux : omnipraticiens, policiers, juges, membres du clergé, infirmières des hôpitaux et des unités sanitaires, enseignants, etc. ;

c) favoriser la formation d'équipes permanentes multidisciplinaires, capables de continuer l'action thérapeutique recommandée pour le malade autant durant l'absence des équipes volantes qu'après leur départ.

Quel est, après un an et demi environ, le résultat de cet important investissement ? Comparé à l'effort fourni, le résultat est-il appréciable ? Nous verrons maintenant quels profits ont pu en retirer les malades, la région et les équipes elles-mêmes. L'aspect économique ne sera pas abordé à la demande des autorités administratives.

MÉTHODOLOGIE

Nous procéderons essentiellement par comparaisons simples mettant en regard ce qui se passait durant les années 1965 à 1969 inclusivement et durant l'année 1970. Nos données chiffrées ne sont pas complètes car il n'y a aucune statistique nous permettant d'inventorier complètement tous les malades traités, tous les soins donnés, toutes les rencontres tenues, etc., et ce surtout pour la période 1965–1969, et à degré moindre pour l'année 1970.

Nous chercherons donc à donner l'ordre de grandeur des changements et leur direction principale. Nous avons recueilli nos informations auprès de la direction régionale du Nord-Ouest Québécois, et des départements des archives des principaux hôpitaux psychiatriques desservant d'une manière ou d'une autre la région.

Pour aider à la compréhension de la présentation, nous désirons préciser que la locution « équipe de secteur » représente l'ensemble des soignants psychiatriques offrant des services à la population d'un secteur géographique donné, par exemple la région d'Amos, de Rouyn, de Val d'Or, etc... Cette équipe inclut les membres à temps plein sur place et les membres des équipes volantes de psychiatrie adulte et ceux des équipes volantes de psychiatrie infantile.

LES MALADES

Auparavant, le traitement standard reposait essentiellement sur une hospitalisation à l'un des grands hôpitaux psychiatriques (Saint-Michel-Archange, Saint-Jean-de-Dieu, le Douglas ou Ste-Justine).

Il impliquait une rupture brutale d'avec la famille, l'école et la communauté, soulignée par un

---

* Travail présenté au VII[e] Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Sherbrooke, du 22 au 24 avril 1971.

1. Psychiatre à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu et responsable de l'équipe adulte, secteur d'Amos.

2. Psychiatre à l'Hôpital Charles-Lemoyne et responsable de l'équipe adulte, secteur Ville-Marie.

3. Travailleuse sociale à l'Hôpital Rivière-des-Prairies et attachée à l'équipe volante, section enfants.

4. Psychiatre et directeur régional des services psychiatriques au Nord-Ouest Québécois.

éloignement de 350 à 600 milles selon le cas. L'équipe soignante hospitalière n'avait aucun contact direct avec la famille ou les pivots sociaux, sauf occasionnellement à l'entrée ou à la sortie. Au cours de la post-cure, le malade recevait par courrier et sans surveillance médicale véritable, une médication souvent importante et ce, pour des durées de quelques mois à un ou deux ans.

On avait donc recours à l'hospitalisation en dernière instance, en situation de crise et souvent avec l'impression, au retour, d'une très mauvaise expérience. Les plus fortunés consultaient à Montréal ou à Québec des psychiatres ou les services privés de psychiatrie des hôpitaux généraux. Les omnipraticiens aidaient de leur mieux les cas moins graves jusqu'à ce que leur tolérance, leur intérêt ou leur compétence leur suggèrent d'adresser le malade ailleurs.

Si ce tableau était vrai jusqu'au milieu de 1969, à la fin de décembre 1970, nous pouvons assurer à la population entière de la région une gamme presque complète des divers types de soins, aussi bien pour les enfants que pour les adultes.

A. *L'évaluation et la prise en charge*

Ainsi tout malade, famille ou agent social se présentant à l'équipe psychiatrique de secteur peut recevoir, selon les indications, une consultation, une évaluation psychiatrique, psychométrique, psychopédagogique ou familiale et par la suite, une prise en charge variée et adaptée à ses besoins. Les traitements peuvent être d'ordre psychothérapique, psychopharmacologique, individuels ou collectifs, être donnés à la clinique externe, à domicile, à l'hôpital général ou psychiatrique. D'autres soins moins fréquents: le placement en foyer, le groupe d'ergothérapie, la rééducation en psychopédagogie.

Nous insistons pour fournir nous-mêmes le moins de soins directs possible, mais encourageons et supervisons par ailleurs le travail de l'équipe psychiatrique locale et des agents sociaux ayant déjà quelque responsabilité auprès des malades. Les familles sont rejointes et leur participation aux problèmes du malade est élucidée; puis leur collaboration est encouragée dans le sens le plus positif possible.

Nous avons ainsi, au cours de l'année 1970, ouvert 1 303 dossiers (figure 1). Ils s'ajoutent aux 305 dossiers ouverts en 1969. Le nombre mensuel moyen de dossiers ouverts par équipe de secteur se chiffre à 19,1 dossiers dont 14,7 pour des adultes et 4,4 pour des enfants. La différence importante entre le nombre de dossiers ouverts pour les adultes et pour les enfants s'explique entre autres par le temps de présence des équipes volantes adultes et infantiles. Le groupe pour les adultes travailla environ 780 jours en 1970 et celui qui se consacra aux enfants, environ 192. En fait chaque équipe volante de psychiatrie infantile voyait 12,5 nouveaux cas à leur visite mensuelle. Pour le groupe adulte ce chiffre s'élève à 14,7.

Nous avons remarqué de fortes variations d'un mois à un autre en ce qui regarde les inscriptions, les fermetures, les réouvertures et partant l'accroissement de la prise en charge (figure 2). Les variations valent pour les dossiers des enfants comme pour ceux des adultes. Elles s'expliquent en partie par l'ouverture d'une sixième équipe psychiatrique de secteur à Ville-Marie, en mai 1970, et par le fait que l'équipe du secteur de Val d'Or a connu bien des soubresauts qui se sont traduits par la fermeture, à certains moments, de dossiers accumulés depuis déjà quelque temps. Par contraste, le nombre des dossiers réouverts croît régulièrement; il est passé de 14 dossiers pour les six premiers mois à 54 dossiers pour les six derniers.

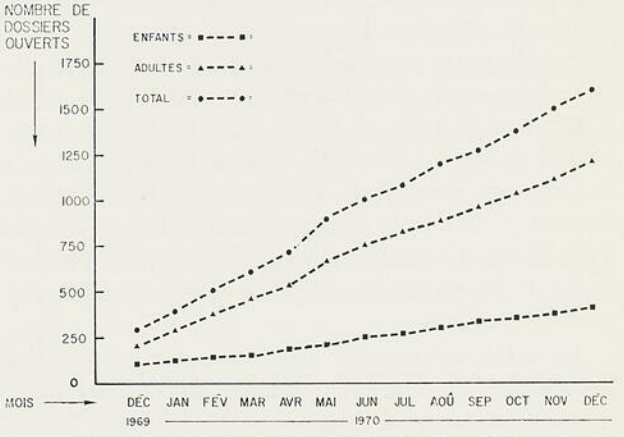


Figure 1 — Total cumulatif pour la région.

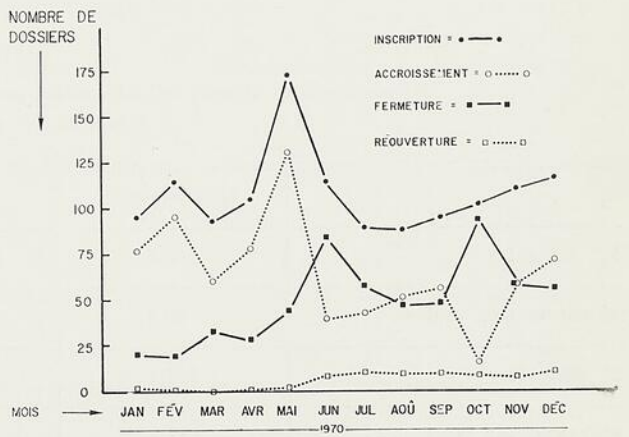


Figure 2 — Totaux régionaux par mois.

Si nous analysons le nombre mensuel moyen des inscriptions, fermetures, réouvertures pour la première période de six mois, puis pour la deuxième en 1970 (tableau I), nous notons tout de même une tendance générale apparente pour toute la région, aussi bien pour les enfants que pour les adultes. Nous avons exclu le secteur de Ville-Marie pour pouvoir comparer entre eux les cinq autres secteurs qui avaient tous été en fonction depuis le début de 1970. Ainsi le nombre moyen d'inscriptions, par mois et par secteur, s'élevait à 20,6 pour les six premiers mois et à 17,3 pour les derniers six mois, signe d'une demande toujours importante mais moins considérable. Par ailleurs, le nombre moyen de dossiers fermés passait de 7,6 à 10,8. Il faut ajouter à ces chiffres celui des réouvertures qui est passé de 0,5 à 1,6, soit le triple.

Si nous ajoutons au nombre de dossiers actifs du début du mois, celui des dossiers ouverts et réouverts au cours du mois et retranchons celui des dossiers fermés, nous aurons l'accroissement ou la diminution des dossiers actifs. Pour chacun des secteurs, les nombres traduisent finalement une baisse dans le rythme d'accroissement de leur file active de malades. Durant les six premiers mois, l'accroissement mensuel était de 13,5 dossiers actifs; dans les six derniers mois, ce nombre est tombé à 8,1. Les équipes respirent donc momentanément plus à l'aise. La file active s'établit en moyenne à 172 cas par secteur. Si nous tenons compte que le secteur de Malartic est assez petit et que celui de Ville-Marie a débuté en mai 1970, on peut évaluer la file active réelle des quatre autres secteurs à 200 malades environ.

Au total, on observe donc une diminution des inscriptions et une augmentation des réouvertures et des fermetures de dossiers.

Les variations notées au cours du tableau précédent peuvent se représenter sous forme de pentes (figure 3) qui nous montrent clairement qu'il y a une diminution des inscriptions et de l'accroissement et une augmentation des réouvertures et des fermetures de dossiers.

Si nous analysons statistiquement le degré de probabilité des changements notés entre le premier et le deuxième semestre (tableau II), nous pouvons utiliser le test « t » de Student pour données appariées; à savoir pour chaque variable, les comparaisons entre les deux semestres pour chacun des cinq secteurs et l'ensemble de la région.

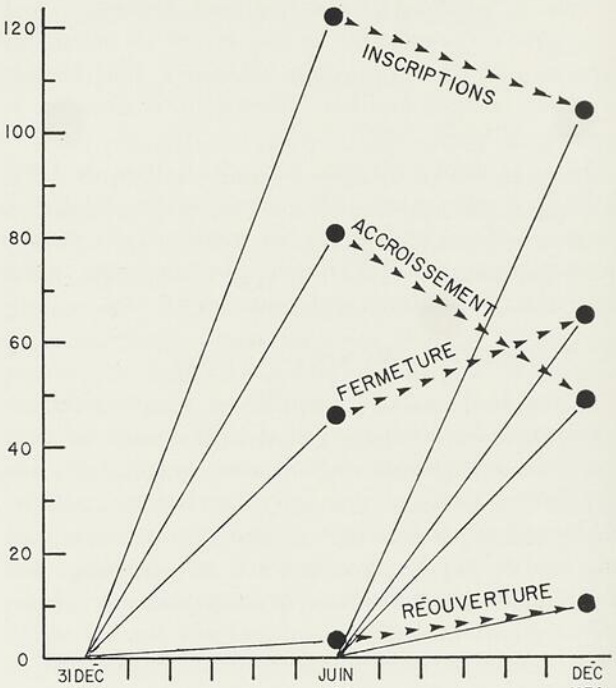


Figure 3 — Moyennes semestrielle et mensuelle par équipe de secteur (adultes et enfants, à l'exclusion du secteur Ville-Marie).

TABLEAU I

Moyennes semestrielle et mensuelle par équipe de secteur (Adultes et enfants, à l'exclusion du secteur Ville-Marie)

	INSCRIPTIONS	FERMETURE	RÉOUVERTURE	ACCROISSEMENT
1er semestre	123,6	45,6	3,0	81.0
Moyenne par mois	20,6	7,6	0,5	13,5
2e semestre	103,8	65,0	9,6	48,4
Moyenne par mois	**17,3**	**10,8**	**1,6**	**8,1**

Nous trouvons alors une différence non significative en ce qui concerne les inscriptions et les fermetures. Ceci semble dû aux variations mensuelles assez fortes malgré des nombres assez petits.

Par ailleurs, il y a une différence significative avec un degré d'erreur de moins de 0,05 en ce qui concerne et la diminution de l'accroissement et l'augmentation des réouvertures. Dans la mesure où l'accroissement est le résultat des inscriptions, fermetures et réouvertures, nous sommes en droit de penser que les tendances notées en ce qui regarde la diminution des inscriptions et l'augmentation des fermetures de dossiers, sont véritables et susceptibles d'être vérifiées sur une période plus prolongée.

B. *Les soins hospitaliers*

Tous les malades de la région qui consultent et nécessitent une hospitalisation, peuvent être admis soit dans un des hôpitaux généraux locaux, soit à l'hôpital psychiatrique régional à Malartic, soit à Clairfoyer. Clairfoyer est une institution du Ministère des affaires sociales, pour enfants déficients et où il y a huit lits en pédopsychiatrie. Le contact peut donc être maintenu avec la famille beaucoup plus facilement; il n'y a plus une aussi grande crainte de l'inconnu telle que représentait un séjour à Saint-Michel-Archange, à Saint-Jean-de-Dieu ou à Sainte-Justine par exemple; l'hospitalisation est donc acceptée plus facilement et choisie dans des buts précis, limités et faisant partie d'un programme thérapeutique défini. Les équipes de secteur suivent leurs malades s'ils sont à l'hôpital général local et certaines les visitent à Malartic et à Clairfoyer.

Les hospitalisations sont possibles grâce à l'étroite collaboration des omnipraticiens qui gardent la responsabilité complète des malades, les psychiatres n'étant même pas consultants « officiels » à l'hôpital. Il faut aussi mentionner l'aide importante apportée au personnel infirmier qui s'occupe de ces malades; personne parmi celui-ci n'a de spécialité en psychiatrie et l'approche du malade psychiatrique représente une tâche ardue pour ce personnel et parfois pour l'administration. Les infirmières psychiatriques itinérantes et sur place arrivent à donner l'encadrement suffisant pour qu'émerge une aide appropriée aux besoins des malades et respectueuse des limites des institutions hospitalières. Certains malades doivent être transférés éventuellement à l'hôpital psychiatrique de Malartic pour un traitement plus spécialisé ou plus prolongé.

Seulement neuf adultes ont été transférés à St-Michel-Archange et ce, parce que nous n'avions pas d'appareil à électrochoc! L'arrivée de celui-ci et d'un psychiatre permanent sur place, le directeur régional, ont rendu tout transfert inutile pour le groupe de malades adultes. En ce qui concerne les enfants, l'hospitalisation est possible dans les hôpitaux généraux et à Clairfoyer. En 1970, seulement un enfant a été transféré à Sainte-Justine et un adolescent à Prévost.

Les premières admissions en 1970 dans les hôpitaux généraux de la région s'élèvent à 298 dont

TABLEAU II

Analyses statistiques des différentes variables

	Variables étudiées			
	Inscriptions	Fermeture	Réouverture	Accroissement
Moyennes :				
1er semestre x_1	123,6	45,6	3,0	81,0
2e semestre x_2	103,8	65,0	9,6	48,4
des différentes D	19,8	— 19,4	— 6,6	32,6
Erreur type de la moyenne des différences S_D	9,52	11,83	2,16	11,69
« t » de Student pour données appariées	2,08	1,64	— 3,06	2,79
« p » probabilité d'erreur de 1er ordre	N.S.	N.S.	$< 0,05$	$< 0,05$

25 enfants. Tous ces cas ont été suivis conjointement par le médecin traitant et l'équipe de secteur. On compte 33 réadmissions dont 27 dans la seule ville de Ville-Marie. Il faut expliquer ici que le territoire desservi par cette ville est très grand et les conditions de vie dans certains endroits sont si misérables que l'hospitalisation devient vite indiquée pour offrir quelque chose au malade. L'hôpital psychiatrique de Malartic a eu 139 admissions et pourtant le nombre des malades présents est passé de 62 à 51 en un an. On compte seulement 11 réadmissions pour l'année.

Un autre indice de l'activité des équipes psychiatriques fut la diminution importante des admissions et réadmissions dans les hôpitaux psychiatriques desservant auparavant la région. Une enquête auprès des hôpitaux Saint-Michel-Archange, Saint-Jean-de-Dieu, Douglas, des Laurentides et Saint-Charles de Joliette, montre que le nombre total des admissions et réadmissions s'élevait à 851 pour la période 1965–1969 inclusivement soit 170,2 par année. En 1970, le nombre s'élève à 47. Pour les seuls comtés d'Abitibi-Est et d'Abitibi-Ouest, desservis essentiellement par l'hôpital Saint-Michel-Archange, le nombre des admissions et réadmissions est passé de 104 par année pour la période 1965–1969 à 19 pour 1970. Il faut se rappeler que seuls neuf transferts à Saint-Michel-Archange ont été demandés et que les autres admissions à l'extérieur de la région sont dues soit à un manque d'information auprès de la population ou des hôpitaux concernés, soit à un refus d'accepter nos recommandations pour un traitement dans la région.

À l'hôpital Sainte-Justine, on a relevé pour la période de mars à novembre en 1967, 13 cas et en 1968, 11 cas. La moyenne de séjour était alors de 26 jours. En 1969, on note quatre malades pour la même période, et un seul en 1970. Il est à noter que l'équipe de psychiatrie infantile est arrivée dans la région en mars 1969. La durée de séjour s'est élevée à 82 jours en 1969 et 1970.

Bien sûr, nous n'avons pas tenu compte des malades hospitalisés dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux de Montréal et Québec. Aucune statistique n'est compilée à cet effet par les archives des hôpitaux généraux. Cependant, il faut remarquer que ces malades avaient probablement des problèmes moins graves que ceux qui avaient été envoyés aux hôpitaux psychiatriques et donc plus susceptibles d'être maintenant traités dans les hôpitaux généraux de la région. Ceci grâce à l'aide offerte aux omnipraticiens par l'équipe psychiatrique de secteur. De plus, il est douteux que les services de psychiatrie des hôpitaux généraux des grandes villes, incapables le plus souvent de suffire à la demande de leur propre secteur, sollicitent la clientèle des régions éloignées.

LA RÉGION

Si la venue des équipes psychiatriques a changé quelque chose pour les malades et leur famille, en est-il de même pour l'ensemble de la région ?

À vrai dire, l'arrivée d'équipes psychiatriques dans un milieu jusque-là très défavorisé par rapport au reste du Québec, n'a pas été sans créer un remous. Aussitôt que les équipes volantes arrivaient dans un secteur, on les attendait de pied ferme avec consultations, références, etc., et on dénichait parfois des cas qui traînaient depuis des années sans aide appropriée. Au niveau statistique, on note le phénomène par l'importance des malades adressés lors des premières visites. Dans certaines localités, on annonçait même la venue possible d'une équipe à la radio !

Nous désirions à la fois favoriser la mise en place d'un dispositif de soins psychiatriques capable de répondre aux besoins de la collectivité et sensibiliser cette même collectivité aux problèmes de santé mentale pour qu'elle adopte une attitude plus constructive, plus ouverte, plus accueillante.

Donc, un embryon d'équipe permanente s'est peu à peu formé dans chacun des six secteurs actuels. Au cœur de l'équipe se trouvaient une infirmière psychiatrique ou autorisée simplement et une secrétaire. Puis, s'ajoutèrent une travailleuse sociale, ou un conseiller social, ou une autre infirmière selon les secteurs.

Les grands responsables de ce recrutement sont les membres de la direction régionale (et particulièrement le directeur régional, un psychiatre et son adjoint, un infirmier psychiatrique). La direction régionale a été instaurée au cours de l'été 1970 et a permis la venue d'un psychiatre à temps plein pour toute la région. À noter que la venue de ce dernier est liée à la présence et au maintien des équipes volantes. Par ailleurs, l'établissement de la direction régionale a conduit à un développement beaucoup plus rapide, plus complet et mieux organisé du dispositif de soins.

Il y a eu ainsi un recrutement intensif dans la région et à l'extérieur pour trouver le personnel nécessaire au fonctionnement des équipes de secteur et de l'hôpital psychiatrique. Des bourses

d'études ont été offertes à certaines personnes désirant se spécialiser dans une des disciplines nécessaires mais rares dans la région. L'hôpital psychiatrique surtout est devenu un centre de traitement actif tel que démontré plus tôt. Pour cela, il a fallu réduire de beaucoup le groupe de malades chroniques, une cinquantaine, que l'hôpital Saint-Michel-Archange y avait envoyés en 1969. Un certain nombre de malades sont retournés dans les familles qui les acceptaient si on les aidait. De plus 35 malades vivent en foyer sous la supervision de l'hôpital.

Simultanément, un effort important est dirigé vers les professionnels formés et en formation dans la région. Ainsi, deux travailleurs sociaux des équipes volantes ont organisé des séminaires théoriques et pratiques sur la psychothérapie familiale, séminaires destinés surtout aux membres des agences sociales. Les deux ergothérapeutes itinérantes regroupent dans cinq secteurs des bénévoles et infirmières auxiliaires, capables de devenir des animateurs de groupes de discussion et d'activité, première étape vers des centres de jour. Les omnipraticiens furent rencontrés sur une base locale en vue d'apporter une information à jour sur l'utilisation de la médication psychiatrique entre autres. Les membres du clergé furent invités à venir discuter de leur apport auprès des malades qui s'adressent à eux ainsi que leur famille. Plusieurs rencontres eurent lieu avec des groupes de policiers, d'avocats et de juges; en effet, très souvent c'est l'appareil policier qui est contacté en premier, soit à cause d'un aspect du comportement du malade, soit à cause de sa plus grande disponibilité et mobilité. Des rencontres d'information auprès des professeurs et directeurs des services d'enfance exceptionnelle eurent lieu également. Au Cegep de Rouyn, une série de 45 cours fut donnée, surtout par les membres des équipes volantes, aux étudiants en soins infirmiers et présentée de nouveau plus tard au personnel sur place grâce à la reproduction vidéoscopique.

Ainsi, durant la période de septembre à décembre 1970, on compte plus de 500 heures consacrées soit à des rencontres dans la communauté, à l'enseignement et à la supervision du personnel permanent ou en formation. Quelques activités de sensibilisation plus large ont eu lieu aussi, telle la participation à des émissions radiophoniques et à des rencontres avec de grands groupes de citoyens.

Si l'on se fie à la collaboration positive reçue partout, au nombre de gens de toutes conditions qui nous ont consultés, aux facilités mises à notre disposition dans les différents secteurs, nous nous croyons en droit de dire que les problèmes psychologiques sont plus facilement reconnus et aidés et moins niés ou discrédités qu'auparavant. Plus de gens sont beaucoup mieux informés des dimensions psychologiques et familiales des problèmes de leur clientèle habituelle et surtout, ils ont à leur portée une aide valable et variée pour y faire face.

LES ÉQUIPES ELLES-MÊMES

L'avantage de travailler dans une région comme celle que nous avons décrite réside surtout dans l'absence de structures organisationnelles désuètes, dans une grande solidarité intraprofessionnelle et interprofessionnelle face à l'immense travail à faire, et dans la taille humaine des collectivités bien circonscrites auxquelles nous nous adressions. Pour la plupart des participants, c'était leur première expérience en psychiatrie de secteur et pour tous leur première expérience en milieu rural. Il était donc spécialement important et utile d'avoir à leur proposer comme champ d'action une communauté dont ils pouvaient connaître rapidement les personnages clefs, les rouages, les aspirations, les craintes, les limites et les ressources. Cela se fait beaucoup plus difficilement dans un milieu urbain où le découpage suit des raisons administratives ou autres, plutôt que la formation de collectivités naturelles.

Les équipes ont toujours joui d'une autonomie d'action et d'un prestige qui leur a permis de se développer d'une manière personnelle et souvent assez différente. Au cours de nos voyages en groupe et de rencontres fréquentes regroupant à Montréal ou dans le Nord-Ouest toutes les équipes, nous avons pu graduellement nous sensibiliser mutuellement aux divers problèmes que chacun rencontrait. Il est ainsi devenu évident que le fonctionnement très marginal d'une équipe se présentant le samedi et le dimanche, plutôt que le vendredi et le samedi matin, et qui de ce fait se coupait des autres et de sa collectivité, a créé de très sérieux handicaps et amena après huit mois un changement net.

Par ailleurs, les articulations complexes entre les groupes de psychiatrie adulte et infantile, entre les équipes itinérantes et sur place, entre les équipes de secteur et la direction régionale, etc., ont été à de nombreuses occasions discutées, précisées, contestées et redéfinies. Divers types d'interventions ont été essayés selon les circonstances locales et nous avons été amenés à préciser les conditions

les meilleures pour l'utilisation de chacune d'elles, ainsi que leurs limites.

La valeur formatrice de cette expérience représente aussi un résultat important. Un de ses aspects unique est l'occasion donnée à un groupe multidisciplinaire d'apprendre ensemble à faire face à des situations inédites, à inventer des réponses nouvelles. Il y eut en tout 20 résidents en psychiatrie qui furent exposés à cette expérience; huit avec le groupe de pédopsychiatrie et 12 avec le groupe de psychiatrie générale.

CONCLUSIONS

Nous croyons que les équipes volantes restent une méthode originale de venir en aide à des populations éloignées des centres spécialisés dont elles manquent pour répondre à certains de leurs problèmes. Non seulement nous avons pu offrir directement des services mais encore nous avons permis de recruter le personnel nécessaire à l'établissement des services les plus essentiels et ce, dans une période de moins de deux ans. Nous avons l'impression que l'ensemble de la population est satisfaite des services fournis et espère que nous continuerons à les développer. Déjà, nous avons commencé à réduire le nombre des membres des équipes volantes du fait de l'accroissement du personnel permanent sur place.

Il nous apparaît utile cependant de maintenir des liens étroits avec l'organisation naissante afin de lui conserver son dynamisme, et le désir de perfectionner ses méthodes d'interventions. À cette fin des échanges entre la métropole et le Nord-Ouest Québécois nous semblent devoir se prolonger et dans les deux sens.

Finalement, on peut se demander si cette modalité de distribution de soins ne pourrait pas être utilisée dans des milieux semi-urbains et urbains, mais qui sont encore négligés et dépourvus de soins psychiatriques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Amyot, A., et Blanchet, A., Description de la région du Nord-Ouest québécois et implantation des équipes de secteur, *Laval méd.*, 42 : 990–996, 1971.

2. Amyot, A., et Messier, M., Les équipes volantes, moyen d'organiser les soins psychiatriques et communautaires dans une région rurale et isolée, Communication au congrès de l'Association des psychiatres du Canada, juin 1971.

3. Leblanc, C., Étude comparative du travail clinique de l'équipe itinérante de psychiatrie infantile du Nord-Ouest québécois pour les années 1969 et 1970, *Laval méd.*, 42 : 1003–1009, 1971.

4. Leduc, M., Duceppe, G., Hachey, R., L'Écuyer, D., et Lussier, J.-J., Une équipe volante de psychiatrie, *Laval méd.*, 42 : 997–1002, 1971.

5. Pinard, G., Blanchet, A., Beausoleil, M., Bouchard, C., et Leblanc, C., Rapport de l'année 1969 de l'équipe itinérante de psychiatrie infantile du Nord-Ouest québécois, *Laval méd.*, 42 : 51–59, 1971.

LE FOYER DE STONEHAM : Le psychiatre, son « débile » et la psychanalyse

Pierre MIGNEAULT, M.D.

Le débile, ce singe pas tout à fait nu, c'est un miroir déformant, un test projectif ambulant.

On renifle un débile; on le sent; on se laisse apprivoiser ou on le vomit; le débile, il suscite des réactions d'abord viscérales auxquelles le « bon sens », la raison ajoute de la dentelle, des nuances, des alibis.

Qui peut lancer la première pierre? . . .

La mère, elle a mal dans son ventre devant une image de soi qu'elle ne peut ni ne veut reconnaître.

Le père, il se retire du décor; un enfant déficient, c'est l'affaire de la mère, dit Mannoni.

Le curé, il baptise, onctionne au cas où Dieu s'y reconnaîtrait; il ne se prononce pas; il expédie aux limbes.

Le politicien, ce marchand de bonheur, il « trémolise », à Noël, sur les droits du déficient à devenir un « citoyen à part entière » mais dans l'austérité d'avril, il rouspète devant le coût de cette « citoyenneté à part entière ».

L'administrateur, dont les réactions adoptent souvent la forme de sa valise, part souvent du principe que plus un sujet est déficient, moins le personnel doit être compétent et coûteux.

Le psychologue, il mesure, statistifie, graphicise; il déconditionne, reconditionne et avec plus ou moins de bonne conscience, il dirige la circulation et le trafic scolaire.

Le généticien « phénylcétonurise »; le neurologue met de l'air dans les cavités cérébrales.

Le psychanalyste, il se retire en s'excusant, oh, à peine après l'apéritif . . . Avec le déficient, il ne peut plus jouer à faire « comme si » . . . La castration est trop réelle; le gouffre instinctuel n'émet pas de parole, de signifiant.

Le psychiatre, trônant au centre de son équipe multidisciplinaire, fait la synthèse des « trouvailles » de l'enquête mais le procès n'a pas lieu; le verdict est trop évident; d'un ton solennel, il recommande une « ressource appropriée » qu'il ne saurait d'ailleurs définir exactement et qu'il sait être généralement inexistante; il s'en lave les mains dans une tasse de café.

Pas toujours toutefois . . . Parfois le psychiatre s'impatiente; il s'« activise », se radicalise, gueule, casse les « chaînes », « ouvre » les cellules ou si c'est impossible, il les peinture avec des teintes « à gogo » . . . Il sectorise, planifie et au nom de ses opprimés, il « comparaît » (le terme est significatif) devant des commissions d'enquête fédéralo-provincialoïdes.

Ce cher psychiatre, laissons-le se reposer de sa journée « ingrate » auprès des déficients; laissons-le faire de la « psychothérapie » . . . Nous y reviendrons . . .

LE FOYER DE STONEHAM

Allons plutôt visiter le Foyer de Stoneham, près de Québec, un foyer de groupe, polyvalent, pour déficients semi-éducables et profonds.

Historique et objectifs

Depuis six ou sept ans, le docteur Bernard Jean et son équipe, dans une perspective de réinsertion sociale et de régionalisation des déficients et dans une perspective de décongestionnement de l'hôpital Sainte-Anne, de Baie-Saint-Paul, préconise l'utilisation de foyers substituts individuels ou collectifs et d'ateliers protégés.

Le Foyer de Stoneham recevait ses quatorze premiers sujets en juillet 1968; nous en assumons la direction clinique depuis ce temps.

Il s'agit d'un mini-institut médico-pédagogique offrant trois types de services:

1. Un *foyer d'hébergement* (de transition) pour quatorze déficients, de sexe masculin, âgés de 15 ans et plus. Le quotient intellectuel moyen du premier groupe était de 38. La durée moyenne

* Travail qui accompagnait une présentation audio-visuelle au VII[e] Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Sherbrooke, du 22 au 24 avril 1971.

d'hospitalisation à Baie-Saint-Paul était de onze ans et quelques mois (figure 1).

Selon l'évolution des sujets, ils passent plus ou moins rapidement, à l'Atelier protégé (un moulin à scie) situé, à l'arrière, sur le même terrain; ils sont ensuite dirigés vers leur foyer naturel (trois sujets) ou vers un foyer substitut de la région avoisinante. Ils continuent à fréquenter l'Atelier protégé.

Quatorze sujets ont suivi ces étapes, ce qui fait une rotation de cent pour cent en trois années.

2. Un *Centre d'activités de jour* pour les sujets hébergeant au Foyer qui ne fréquentent pas l'Atelier et pour d'autres déficients de la région qui vivent dans leur foyer naturel ou substitut.

3. Un *Atelier protégé* (un moulin à scie) qui, sous la supervision de trois moniteurs, reçoit actuellement 27 sujets dont 14 ont déjà séjourné au Foyer; les autres sujets vivent dans leur foyer naturel ou substitut et viennent tous les jours à l'Atelier (figure 2).

Le « complexe de Stoneham », dans ses trois fonctions, reçoit actuellement une quarantaine de sujets pour une possibilité maximale d'à peu près cinquante sujets, ce qui nécessiterait deux autres moniteurs d'Atelier.

Évaluation des résultats

Deux évaluations annuelles, faites par des psychologues de l'hôpital Sainte-Anne de Baie-Saint-Paul, démontrent des résultats intéressants.

À partir d'une échelle de développement inspirée des échelles de Doll et Vineland, on constate que le Foyer de groupe, polyvalent, de type « Stoneham » est un milieu propice à l'acquisition d'une certaine autonomie de base et d'une certaine socialisation.

Méthode de travail

On reprend les 18 sujets sur lesquels avait porté l'étude de janvier 1970. La réévaluation fut faite en février 1971.

Résultats globaux

Les résultats exprimés en âge de développement, donnent les valeurs suivantes: en juillet 1968, 3 ans, 9 mois; en janvier 1970, 5 ans, 4 mois; en février 1971, 5 ans, 7 mois (figure 3).

Les résultats s'accompagnent des commentaires suivants:

> « Peu de changements dans l'ensemble, mais de gros changements individuels. »
>
> « Pour le Foyer de Stoneham, tous les sujets sont en progrès, ce qui est particulièrement encourageant. Une recommandation: veiller à maintenir ou à éveiller la maturité des sujets. »
>
> « Pour les foyers individuels, deux sujets sont en très nets progrès, celui qui est "chouchouté" à son foyer et un autre; le domaine du progrès le plus sensible est la socialisation. »
>
> « Tous les autres sujets régressent, principalement dans les secteurs concernant la débrouillardise aux activités quotidiennes. »
>
> « Leurs foyers sont à remotiver ou bien on devra déplacer les sujets. »

Il y aurait beaucoup à dire à ce sujet; il ne faut pas toutefois se leurrer; le foyer de groupe ou d'autres milieux psychopédagogiques corrigent d'abord les effets d'un certain rejet ou surprotection familiale ou les effets de l'institutionnalisme, ce qui explique d'ailleurs le fait que les résultats sont plus accentués durant la première année pour aboutir à une certaine stabilisation quant à l'acquisition



Figure 1

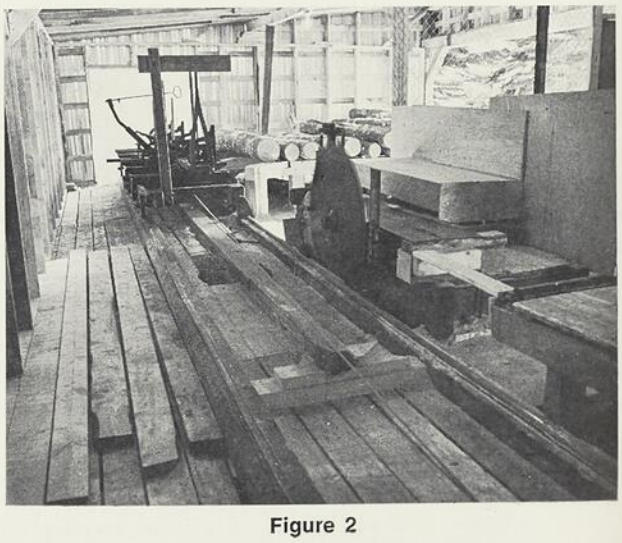


Figure 2

des autonomies de base et d'une certaine socialisation.

Le véritable défi, avec le déficient, commence quand les autonomies de base sont acquises; c'est tout le champ de la qualité des relations affectives du déficient; ce critère devrait être le critère de base pour l'étude comparative de l'efficacité de divers milieux psychopédagogiques; on peut voir la difficulté de telles études qui se voudraient objectives.

Et puis après ...

Sur cette toile de fond, nous voudrions, plutôt que de décrire en détails le fonctionnement du Foyer de Stoneham qu'il est facile de visiter, vous faire part et vous livrer certains commentaires, impressions, constatations eu égard au Foyer de Stoneham, ses « débiles », et le psychiatre impliqué.

Dépsychiatrisation de la déficience

La déficience n'est pas en soi une responsabilité psychiatrique, bien qu'elle comporte parfois une incidence psychiatrique. Le milieu psychiatrique, depuis de nombreuses décennies, reçoit des milliers de déficients; l'asile, historiquement, assure et assume un rôle « supplétif » auprès de diverses clientèles pour laquelle il n'existe pas de ressources et pour lesquelles la « science » n'a rien à « offrir »

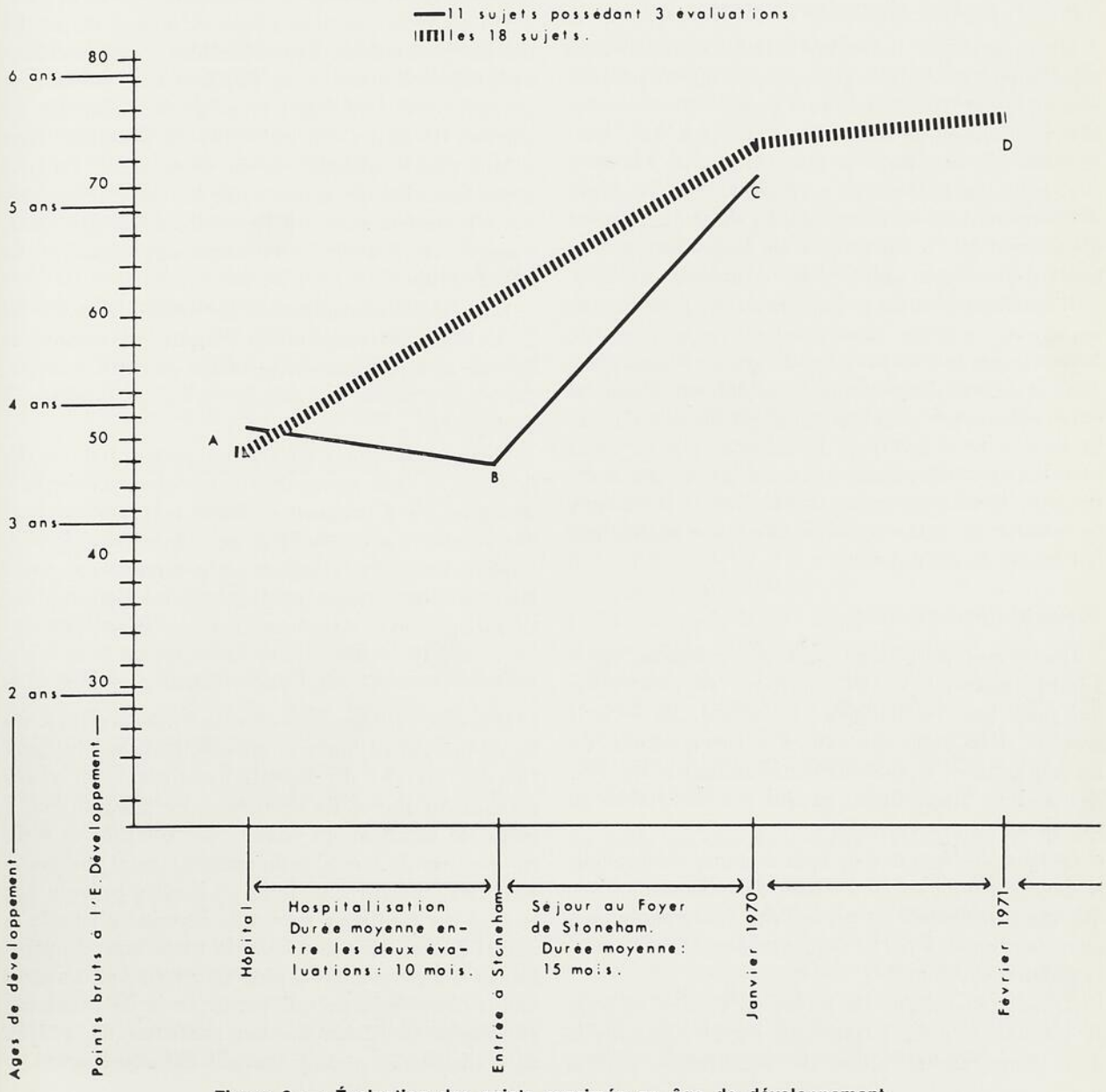


Figure 3 — Évaluation des sujets exprimée en âge de développement.

comme « moyen de traitement ». D'ailleurs le « fou » et le « débile » ont toujours fait bon voisinage dans l'esprit des gens « instruits ou non instruits ».

Le personnel traditionnel des hôpitaux psychiatriques (hospitalière, médecin, préposé, ergothérapeute, etc.) ne constitue pas le personnel le plus approprié pour l'approche du déficient; l'éducateur de groupe, assisté de divers consultants (dont le psychiatre), nous apparaît comme le travailleur de base en déficience, dans la mesure où ce travailleur peut disposer d'un milieu physique et écologique qui soit adapté aux besoins biologiques et psychologiques des déficients.

Foyer de groupe, alternative heureuse

Entre le foyer individuel idéal et l'institution assez importante, sinon gigantesque, il faut prévoir, comme le dit Hirschbach, une gamme de ressources intermédiaires qui allient les avantages du climat familial aux aspects plus structurants de l'institution pour des sujets qui, à cause de leur handicap physique majeur ou leurs troubles de comportement ne peuvent être intégrés, plus ou moins temporairement, à des foyers individuels, naturel ou substitut.

Il faudrait beaucoup de recherches opérationnelles avant de situer plus précisément la place du foyer de groupe polyvalent, de type « Stoneham », dans la gamme des ressources qui doivent d'ailleurs entretenir entre elles des rapports de complémentarité. Il ne s'agit pas de faire le procès (déjà bien engagé) de l'institutionnalisme ou des institutions; il s'agit plutôt de préciser et de définir les ressources intermédiaires dont les institutions ont besoin de s'entourer.

Désinstitutionnalisation « à rebours »

Les foyers de groupe sont généralement reliés administrativement aux hôpitaux psychiatriques qui possèdent les budgets et partant, ils servent surtout, dans notre contexte, à « décongestionner » les hôpitaux et à « désinstitutionnaliser » les déficients déjà hospitalisés, ce qui est discutable en soi, sinon un peu ridicule.

Ce type de ressource de base de toute communauté devrait plutôt servir à éviter d'institutionnaliser des sujets déficients en permettant leur épanouissement personnel, à partir du jeune âge, et leur maintien dans leur famille.

Grâce à Stoneham (le Foyer, le Centre de jour et l'Atelier), deux sujets ont pu être retournés dans leur famille après de nombreuses années d'hospitalisation à Baie-Saint-Paul. Trois autres déficients, présentant des troubles majeurs du comportement et pour lesquels une demande d'admission avait été faite à Saint-Michel-Archange, fréquentent le Centre de jour et l'Atelier et ont pu être maintenus dans leur famille; les troubles de comportement se sont rapidement estompés.

Démystification de la notion de « père et mère de groupe »

Au début, l'éducateur - responsable vivait au Foyer avec son épouse et un jeune enfant; cette orientation inspirée probablement de bonnes intentions mais irréalistes et naïves s'est avérée un fardeau insupportable pour l'éducateur et sa famille.

On ne peut pas être « père et mère » de 14 déficients profonds ou semi-éducables; l'éducateur ne vit plus au Foyer avec sa famille; deux éducateurs travaillent en rotation; nous avons introduit un gardien de nuit (célibataire) et du personnel suppléant (des étudiants) en fin de semaine. La présence féminine est assurée par les deux cuisinières qui s'occupent aussi du linge des déficients; nous aimons aussi avoir des éducateurs-stagiaires de sexe féminin.

Nous avons probablement succombé au mythe de la mamelle intarissable, en essayant de rendre le lait de la réhabilitation le moins coûteux possible. La réhabilitation à « rabais » n'est ni possible ni souhaitable.

Même si le climat affectif est primordial, en déficience, il faut apprendre à certains déficients à se « passer » d'un père et d'une mère; ce sevrage des relations « verticales » est compensé par l'intensification des relations « horizontales » entre « frères d'adoption » et par une relation psychothérapeutique et structurante avec l'éducateur.

« Vieillissement » du Foyer avec sa clientèle

Même si l'intégration éventuelle des sujets à un foyer individuel, naturel ou substitut, et l'intégration au marché du travail constituent les visées ultimes du Foyer de Stoneham, certains sujets, à cause de handicap physique (choréo-athétose sévère, etc.) ou de troubles de comportement, ne pourront pas franchir ces étapes et il est à prévoir que le Foyer « vieillira » avec une certaine clientèle, à moins d'alimenter, à partir de Stoneham, d'autres foyers d'hébergement à plus long terme et d'autres ateliers protégés, ce qui permettrait de conserver au Foyer de Stoneham son caractère de « foyer de transition »; nous y travaillons actuellement.

Hébergement versus occupation

Quand il s'agit d'élaborer une politique de décongestionnement des hôpitaux psychiatriques, on pense surtout en terme d'« hébergement »; on essaie de trouver d'autres formules d'hébergement (foyers substituts individuels ou collectifs). Il y a danger de substituer une chaise berceuse à une autre . . .

Nous pensons maintenant surtout en terme d'« occupation »; autour d'une « zone d'occupation » constituée par le marché du travail local ou des ateliers protégés, il est relativement facile de créer un réseau de foyers substituts; il est relativement facile de trouver des parents substituts dans la mesure où les sujets sont occupés cinq jours par semaine.

Quand une communauté est dotée de ressources d'occupation avec programme psychopédagogique, on constate que des familles qui auparavant essayaient de faire admettre leur enfant déficient, sous toutes sortes de raisons plus ou moins voilées, dans des hôpitaux psychiatriques, peuvent maintenant garder leur enfant déficient dans la mesure où elles peuvent bénéficier de support. Il est gênant de demander à des parents d'enfant déficient de faire ce que nous-mêmes nous ne ferions pas . . . C'est un principe « subjectiviste » dangereux mais quant à nous, il nous a évité beaucoup d'erreurs de jugement et beaucoup d'interprétations « faciles » et néfastes quant au « rejet familial », etc.

Importance, en déficience, du milieu écologique

Le déficient a besoin de dépenser de l'énergie dans un milieu où il se sent accepté; l'oxygène, le soleil, la sueur, les grands espaces et une atmosphère de camaraderie remplacent avantageusement les tranquilisants.

Presque aucune médication neuroleptique n'est utilisée à Stoneham et la plupart des sujets recevaient, à leur arrivée, les doses usuelles de neuroleptiques, une forme souvent déguisée d'impuissance et de manque d'imagination. Si ce n'était que des déficients, il n'y en aurait pas souvent de commanditaires . . .

Sur un air connu: le psychiatre, son « débile » et la psychanalyse

Qu'est-ce que je viens faire, comme psychiatre, dans cette pépinière de sagouins? Quel est mon rôle spécifique par rapport au déficient, par rapport au psychologue, à l'éducateur, au pédagogue, au travailleur social?

On devient généralement psychiatre sans avoir jamais vu un déficient: on devient « celui qui sait » à notre insu . . . Notre rôle auprès du névrotique et du psychotique est mieux défini; notre jargon psychodynamique leur convient mieux qu'au déficient.

Sauvons les meubles

En déficience, on commence d'abord par sauver les meubles . . . C'est d'abord un cri du ventre. Il faut un minimum vital pour pratiquer sa religion . . . et bien des déficients ne l'ont pas.

On devient facilement des activistes au raisonnement concret; on pense d'abord au toit ou à la plaie qui coule, aux salles surpeuplées et tapissées de staphylocoques; on pense aux « corps » qui ont besoin d'oxygène et de soleil.

Il y a tellement de « bois à bûcher », de demandes « pressantes » qui convergent vers le « jeune psychiatre » qui se « livre » (le terme n'est pas trop fort) à la psychiatrie communautaire, à la psychiatrie « lourde ».

Puis, plus ou moins rapidement, selon notre niveau individuel de culpabilité et notre rythme d'essoufflement, selon l'intensité de nos fantaisies ou prétentions messianiques, on prend un certain recul.

On oscille entre la « qualité » et la « quantité ». Le problème de la déficience, ce trois pour cent d'une population, devient moins abstrait; la « déficience » s'incarne dans des personnages réels, se personnifie dans des individus qu'on arrive à mieux connaître; on retient des prénoms, « Richard, Claude, Gaston » . . . Le déficient qu'on a apprivoisé passe du « il » au « je » quand il parle de lui . . . et le psychiatre aussi . . .

On va au-delà du diagnostic facile, anonyme, stigmatisant, répressif pour découvrir une interrogation, un « langage qui demande à parler » dans sa « bêtise névrotique » que décrivit Freud. On découvre des « faux débiles » qui camouflent des angoisses et douleurs profondes derrière une attitude de débile.

Le décor, un commencement, non une fin

On s'aperçoit que le « décor », le « milieu physique » n'est ni la solution ni le terme de nos efforts; ce n'est qu'un lieu d'éclosion.

Derrière les pétarades verbales du déficient, on découvre un désarroi, une carence affective, un gouffre instinctuel beaucoup plus exigeant et angoissant que le maquis staphylococcique.

Personnages en quête d'auteur

On a besoin de maîtres à penser pour endiguer et donner forme à toutes ces sensations éparses; Freud a labouré le terrain mais ne l'a pas rechaussé.

On cherche un maître à penser et au hasard de lectures, on rencontre Maud Mannoni et son éclairage lacanien.

Maud Mannoni réintroduit le psychotique et le débile dans le champ de l'investigation psychanalytique; en même temps qu'elle « dépsychiatrise » la déficience, elle « psychothérapeutise » (si vous me permettez ce néologisme) le déficient. Il faut être femme pour parler « avec son ventre » de la déficience et de sa mère.

On retrouve, en déficience, la « mâlitude » et la « phallicité » de nos schémas théoriques et de nos attitudes psychiatriques courantes; le mâle pense à construire le nid, l'abri; la femelle l'habite, lui donne une âme, un « sens ». Avec Mannoni, la « salive » du débile n'est pas « rien d'autre » qu'une hypersalivation; elle devient un « message », un signifiant. L'autisme-refuge du déficient rejoint l'autisme-délirant du psychotique.

L'attitude débile, la « bêtise névrotique » peut être parfois un mécanisme de défense, une manière d'être, une réponse à la castration ...

Stoneham commence ...

À Stoneham, on croyait l'expérience relativement terminée avec l'acquisition des autonomies de base et d'une certaine socialisation; les poupées de peluche, les objets transitionnels apparaissent soudainement; les sujets collent à notre peau comme de jeunes enfants ou de « jeunes chiens fous ». Les véritables problèmes commencent, pour les sujets et le personnel.

Les back-benchers ...

En déficience, il y a beaucoup d'instructeurs de hockey, de *back-benchers* qui regardent, interprètent les gestes du dompteur de lion; il y en a peu dans l'arène, dans l'enclos de dressage.

Tous les prétextes sont bons pour ne pas se mouiller les pieds. Le bois à couper, les demandes de consultation qui s'empilent, les toits qui coulent, les staphylocoques qui galopent, les commissions qui siègent, l'équipe multi-disciplinaire qui « réclame » son psychiatre au café, les présentations aux congrès ...

Le psychiatre oscille entre un point de vue médical et un point de vue éducatif dans lequel il ne se sent guère plus à l'aise (Mannoni).

La « rencontre » du déficient

La « rencontre » existentielle du déficient, de sa famille, est aussi troublante que la rencontre du psychotique et de son clan; ce n'est pas un hasard que les diagnostics de débilité et de psychose s'intriquent souvent.

On a la tentation de quitter « l'arène » ... On regarde la déficience sous l'angle essentiellement pédagogique. On succombe au complexe de la « mère adoptive » ...

Tous les éclairages, tous les rôles sont utiles et nécessaires en déficience; il s'agit de trouver la redingote qui nous convienne. La déficience, comme dans le conte de Daudet, a aussi besoin de son Frère Gaucher ...

Mes rapports ont changé avec l'éducateur de groupe, le « préposé-gros-gens » qui demeurent dans la cage ... Ils ont besoin du psychiatre, du psychologue, etc., pour parler de leurs performances, de leurs peurs, de leurs joies, de leur violence constamment à fleur de peau.

Il faut se salir les mains pour ne plus avoir le culot de lancer la première pierre ...

À travers tout cela, le rôle privilégié du psychiatre d'inspiration analytique, c'est d'aller, comme nous y invite Mannoni, au-delà de la concrétude de la castration et de la demande des parents pour essayer de chercher le sens que peut avoir un débile mental pour la famille, surtout pour la mère.

Auprès du déficient, il faut essayer de lui redonner la parole, de le sortir de son « rôle » de débile; il faut lui faire affronter sa castration mais le « faire naître à son destin » (Mannoni).

Il faut désamorcer, éviter la suraliénation familiale et sociale du déficient; il faut éviter de reproduire, en milieu de rééducation, la structure même de la famille du débile.

Il faut travailler, en déficience, avec son *animus* et son *anima;* il faut créer des « situations » psychopédagogiques et psychothérapeutiques qui permettent au déficient de « démystifier » le monde et ses terreurs (R. Fau) et qui lui permettent de réduire l'angoisse en établissant des rapports humains normaux.

En tant que psychiatre, il faut que toutes nos démarches, en déficience, soient inspirées d'une certaine « attitude psychothérapeutique ».

Mais il y a tellement de « bois à bûcher » ... et de toits qui coulent ...

BIBLIOGRAPHIE

1. Castets, B., et Lefort, R., Note critique sur la notion d'arriération mentale et quelques notions connexes, *Évolution psychiatrique*, (juil.–sept.) 1962.

2. Cooper, D., Psychiatrie et antipsychiatrie, *Éditions du Seuil.*

3. Fau, R., et *col.*, Psychothérapie des débiles mentaux, *Presses Universitaires de France.*

4. Freud, S., et Breuer, Études sur l'hystérie, *Presses Universitaires de France.*

5. Hirschback, Group homes, *Canadian Welfare Council*, 1967.

6. Kanner, History of the care and study of the mentally retarded, *Thomas Publisher*, 1962.

7. Kershner, J. R., Intellectual and social development in relation to family functioning ; a longitudinal comparison of home *vs* institutional effects, *Amer. J. Mental Deficiency*, **75** : 276–284, 1970.

8. Mannoni, M., Le psychiatre, son « fou » et la psychanalyse, *Éditions du Seuil.*

9. Migneault, P., et *col.*, Colloque, Hôpital Sainte-Anne de Baie-Saint-Paul, (mars) 1970.

10. Morris, D., Le singe nu, *Grasset.*

11. O'Connor, G., The aged mentally retarded ; institution or community care, *Amer. J. Mental Deficiency*, **75** : 354–360, 1970.

12. Les foyers de groupe (Foyer de Stoneham), *L'enfant exceptionnel, C.Q.E.E.*, **6** : (sept.) 1970.

LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE COMME MODE D'ACTION POLITIQUE *

J. Michael DRAPER, sociologue [1]

> « People may be unfitted by being fit in an unfit fitness. »
> KENNETH BURKE (1)

Au risque de paraître brutal, je voudrais, au tout début de mon exposé, énoncer quatre propositions susceptibles, selon moi, de résumer franchement le message que j'entends vous livrer. Ces propositions sont les suivantes :

1° Qu'on le veuille ou non, la pratique psychiatrique n'a jamais été politiquement ou culturellement neutre.

2° Une psychothérapie réussie, c'est ce qui arrive à un client qui a su intérioriser l'essentiel du système de valeurs de son psychothérapeute — que ce dernier soit ou non un psychiatre, et qu'il soit ou non rogérien.

3° Ce système de valeurs, qui est essentiellement celui d'une classe dominante ou du moins d'une classe moyenne en situation de mobilité sociale, il réfère généralement à une idéologie libérale (au sens large du terme), c'est-à-dire à une idéologie davantage orientée vers la réforme que vers la transformation réelle (*i.e.* radicale) de conditions de vie dont le moins qu'on puisse dire est qu'elles sont franchement aliénantes.

4° Il s'ensuit que le psychiatre est fondamentalement un agent de contrôle social, au service des intérêts les mieux compris d'une classe sociale à laquelle il appartient.

Ces quatre propositions, vous l'aurez sans doute noté, réfèrent à une seule et même problématique, que j'ai choisi d'explorer brièvement avec vous. Cette problématique, c'est celle d'une discipline qui, depuis qu'elle existe, n'a jamais selon moi été en mesure de définir clairement son objet, mais qui néanmoins s'est développée considérablement — surtout au cours des vingt dernières années — parce que malgré tout elle a su s'avérer utile à la consolidation d'un certain ordre des choses, que nous connaissons. Cette problématique, c'est encore celle d'une discipline qui, depuis deux cents ans, a eu comme mandat et comme principale fonction de juger et de contrôler des comportements « déraisonnables », « aberrants », « improductifs », « imprévisibles », « incompréhensifs », bref irrationnels et anormaux face aux valeurs consacrées par la société industrielle.

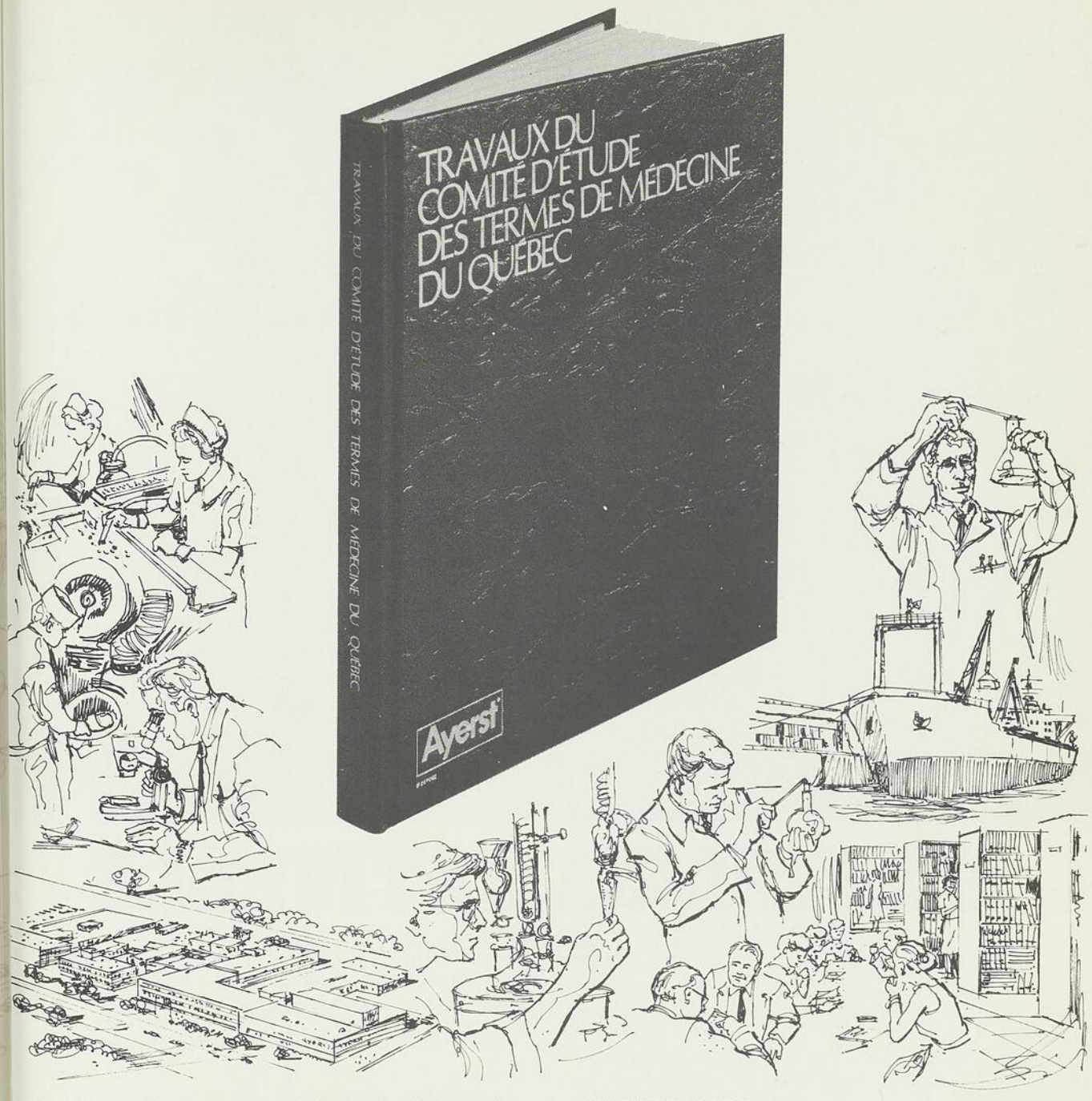
Ce contrôle social, il s'est opéré d'abord au moyen de contraintes physiques et légales, — je pense ici aux hôpitaux psychiatriques qui, même depuis ce que l'on a appelé la « première révolution psychiatrique », ont servi principalement de lieux de détention pour une multitude de déviants sociaux issus des classes défavorisées. Grâce surtout à la formulation précise des principes de la psychanalyse par Freud au début du siècle (deuxième révolution psychiatrique), ce contrôle social a pu s'opérer également au moyen de techniques psychothérapeutiques qui, bien que très diversifiées et toutes plus avant-gardistes les unes que les autres, n'en sont pas moins dans leur ensemble orientées vers l'adaptation de l'individu aux normes dominantes de sa société, au nom d'un quelconque « principe de réalité » formulé et interprété par des intellectuels libéraux. En troisième lieu, ce contrôle social s'est opéré au moyen de camisoles chimiques qui, ouvrant la porte à un type bien particulier de « révolution tranquille », ont permis de neutraliser l'agitation et le coefficient d'agressivité attribués à des centaines de milliers d'individus, tout en favorisant par ailleurs l'expansion d'un complexe médico-industriel dont chacun d'entre vous reconnaîtra sans doute l'évidente prospérité. Notons ici que c'est la mise au point de telles camisoles chimiques qui a permis, plus que tout autre facteur peut-être, l'avènement de

---

* Travail présenté au VII[e] Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Sherbrooke, du 22 au 24 avril 1971.

1. Département des sciences du comportement, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.

UNE COLLABORATION DONT NOUS SOMMES FIERS...



A titre d'entreprise vraiment québécoise, les Laboratoires Ayerst, qui œuvrent constamment pour l'excellence dans le domaine de la santé, subventionnent depuis cinq ans la publication des travaux du Comité d'étude des termes de médecine du Québec et en assurent la distribution aux médecins, aux pharmaciens, aux techniciens de la santé, aux hôpitaux universitaires et à tous ceux qui en ont fait la demande.

L'intérêt pour ces publications est encore très vif et les demandes nous parviennent de tous les horizons de la francophonie ainsi que de nombreux pays du monde.

Nous vous présentons donc aujourd'hui une édition refondue des glossaires du Comité.

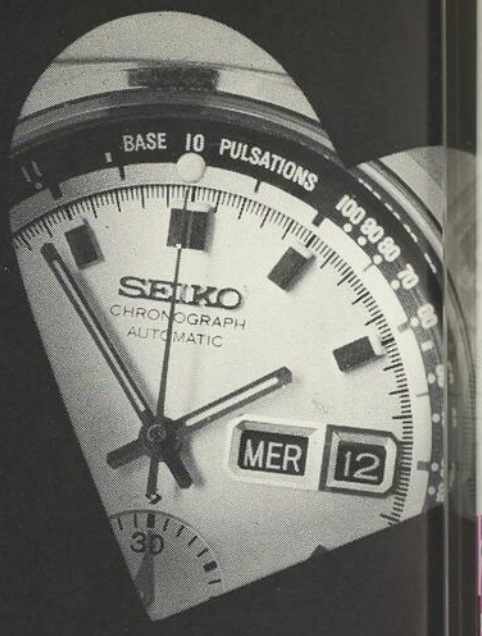
Nous sommes fiers de collaborer à l'essor culturel et économique du Québec.

AYERST 1971

- 46 ans d'existence
- Actif de $21 000 000
- 15 bâtisses occupant 18 acres à Saint-Laurent, banlieue de Montréal
- 1 ferme de 100 acres à Sainte-Justine
- 942 employés dont
  296 affectés à la recherche et
  67 avec doctorat dans diverses disciplines
- Service médical comprenant 6 médecins
- 40 spécialités pharmaceutiques, fabriquées à notre usine de Saint-Laurent
- Exportation dans 68 pays
- Bibliothèque, filmathèque, magnétothèque

Ayerst® **LABORATOIRES AYERST division de**
Ayerst, Mckenna & Harrison, Limitée

*déposé



Le traitement de tout temps.

DIGITALINE/NATIVELLE

LA DIGITOXINE!

Ampoules
Comprimés dosés à 0.1 mg et 0.2 mg
Gouttes

WELCKER ET CIE LIMITÉE
Montréal.

Renseignements sur demande.



l'anxiété / dépression

déforme l'image de son univers

Le Mellaril—l'agent unique à double action.

En combattant à la fois l'anxiété et la dépression, le Mellaril peut redresser cette image.

L'anxiété et la dépression ne se manifestent que rarement de façon isolée.(1) Les antidépresseurs qui ne combattent que la dépression ne sont donc pas suffisants, pas plus d'ailleurs que les tranquillisants ordinaires qui font disparaître l'anxiété mais non la dépression.

Pour traiter l'anxiété accompagnée de dépression, le Mellaril est unique. Il possède des propriétés antidépressives et anxiolytiques. Il est donc efficace pour traiter à la fois l'anxiété et la dépression qui l'accompagne.(2) (3)

Autre précieux avantage du Mellaril . . . sa rapidité d'action.

Le Mellaril exerce une double activité, agit rapidement et ne renferme qu'une seule substance. Il se révèle le médicament de choix dans l'anxiété/dépression.

Les symptômes mixtes d'anxiété et de dépression sont rarement bien définis, mais ils constituent nettement une indication du Mellaril-25.

COMPOSITION: Chaque dragée de Mellaril-25 renferme 25 mg de chlorhydrate de thioridazine.

EFFETS SECONDAIRES: Sécheresse de la bouche, somnolence, obstruction nasale, hypotension orthostatique et inhibition de l'éjaculation se manifestent parfois. On a rapporté de rares réactions telles que: éruptions cutanées, confusion nocturne, galactorrhée et aménorrhée. On a observé chez quelques malades une dépression de l'onde T et un allongement de l'intervalle Q-T, tous deux réversibles. De très rares cas de leucopénie, d'agranulocytose, de photo-sensibilisation et de convulsions épileptiformes se sont manifestés au cours de traitements prolongé. On n'a signalé aucun cas d'ictère. Des manifestations pseudo-parkinsonniennes et des troubles extra-pyramidaux peuvent survenir, mais ils sont bénins et peu fréquents.

CONTRE-INDICATIONS: Le Mellaril, comme les autres phénothiazines, est contre-indiqué dans les états de dépression grave ou les états comateux de toute origine.

PRÉSENTATION: Dragées — 25 mg, flacons de 100, de 500 et de 1000; 10 mg, flacons de 100 et de 1000. Suspension — flacons de 8 oz; 1 c. à thé (5 ml) renferme 10 mg de Mellaril.

POSOLOGIE: 25 mg trois fois par jour.

Renseignements complets, sur demande.

(1) Cohen, S.: Western Medicine, 5:359, Nov., 1964.
(2) Hollister, L. E. and Overall J. E.: Psychosomatics, Sept.-Oct. 1965.
(3) Prasad, L. and Townley, M. C.: Current Therapeutic Research, Vol. II, No. 6, juin 1969.



Mellaril®-25 pour le malade anxieux/déprimé

SANDOZ
DORVAL, QUÉBEC

Dalacin C

Indications: Le Dalacin C est indiqué pour traiter les infections causées par des microbes qui sont sensibles à son action, notamment les streptocoques, les pneumocoques et les staphylocoques. Avec cet antibiotique, comme avec tous les autres, il faut étudier la sensibilité *in vitro*.

Posologie et mode d'administration – Adultes: *Infections bénignes et modérément graves:* 150 mg (une capsule) toutes les six heures. *Infections graves:* 300 mg (deux capsules) ou plus, toutes les six heures. *Enfants* (âgés de plus d'un mois): *Infections courantes:* 5 mg/lb./jour, à répartir en trois ou quatre doses égales. *Infections graves:* 8 mg/lb./jour ou plus, si l'état clinique l'exige, à répartir en trois ou quatre doses égales.

Les aliments n'altérant que très peu l'absorption du Dalacin C, le médicament peut donc être pris avec les repas.

Note: En présence d'infections à streptocoque β-hémolytique, poursuivre le traitement pendant au moins 10 jours, afin de réduire le risque d'apparition subséquente de fièvre rhumatismale ou de glomérulonéphrite.

Précautions: Tolérance généralement bonne. Réactions secondaires inhérentes à l'antibiothérapie soit, malaises abdominaux, selles molles ou diarrhée, nausées et vomissements. Quelques cas de neutropénie (leucopénie) temporaire ou d'anomalies des épreuves de la fonction hépatique ont été signalés. De légères réactions d'hypersensibilité (éruption cutanée et urticaire) ont été notées en de rares cas.

Employer avec prudence chez les personnes ayant des antécédents d'asthme ou d'autres allergies. Comme avec tout autre antibiotique, il importe de procéder périodiquement à des épreuves de la fonction hépatique et à des hémogrammes, durant des cures prolongées.

Ne pas administrer le Dalacin C aux nouveau-nés ni aux malades ayant déjà eu des réactions de sensibilité à la lincomycine. La sécurité du médicament au cours de la grossesse n'a pas été établie.

Présentation

Adultes – Capsules à 150 mg. Chaque capsule renferme le chlorhydrate hydraté de clindamycine correspondant à 150 mg de clindamycine base. Disponibles en flacons de 16 et de 100.

Enfants – Capsules pédiatriques à 75 mg. Chaque capsule renferme le chlorhydrate hydraté de clindamycine correspondant à 75 mg de clindamycine base. Disponibles en flacons de 16 et de 100.

Une documentation détaillée est envoyée sur demande.

Upjohn ™ MARQUE DÉPOSÉE: DALACIN CF 6145.2 — MEMBRE ACFP

LA COMPAGNIE UPJOHN DU CANADA
DON MILLS, ONTARIO

POSTES OUVERTS

Plusieurs postes pour des psychiatres et pédo-psychiatres sont présentement disponibles à l'Hôpital St-Charles de Joliette, dont le poste de directeur du département de psychiatrie infantile.

Pour tout renseignement concernant les conditions de travail, veuillez communiquer avec :

Dr B. Gaston Gravel
Surintendant médical,
Hôpital St-Charles de Joliette,
Joliette, P.Q.

TELEPHONE :

Ligne directe avec Montréal : 861-3329 poste 563
ou
861-3320 poste 563

Ligne de Joliette : 756-1681 poste 563

DICTIONNAIRES WEBSTER

Édition 1970, format de bibliothèque, entièrement neuf, encore dans sa boîte. Prix régulier $45.00.

(EN VENTE POUR $15.00)

Déduire 10% pour une commande de six ou plus

COMMANDER A :

NORTH AMERICAN LIQUIDATORS
58 – 158 2nd Ave. N., Dept. Q - 409
Saskatoon, Saskatchewan.

Pour commandes sur livraison faire un dépôt de $1.00 par volume. Le solde et les frais d'expédition sont payables sur livraison. Si vous n'êtes pas satisfait, vous serez complètement remboursé à condition de retourner l'envoi dans les dix jours. Cette offre n'est pas pour la revente, chaque livre est estampillé à cet effet.

ce que d'aucuns appellent la « troisième révolution psychiatrique », puisqu'il s'avère possible dorénavant de contrôler le comportement d'un nombre de plus en plus élevé d'individus, sans qu'il soit nécessaire pour autant de les arracher à leur milieu d'appartenance ou de s'attarder à la discussion de leurs difficultés personnelles.

Si l'on étudie, dans ses grandes lignes, l'histoire récente de la psychiatrie, on reconnaît aisément deux phénomènes qui en disent long sur les fonctions politiques assumées par cette discipline au sein d'une société industrielle comme la nôtre.

En premier lieu, il y a l'élargissement continuel du champ de la pratique psychiatrique, qui en vient à englober littéralement tous les types de déviance sociale, y inclus la déviation traditionnellement jugée criminelle. De fait, les trois formes traditionnelles de la déviation sociale sont assumées de plus en plus par la psychiatrie, et ce « au nom de la santé mentale » : le péché, le crime et la folie ont ainsi été psychiatrisés au point où il n'est pas faux de prétendre aujourd'hui que le psychiatre est le juge par excellence — peut-être parce qu'il a su, à la différence du prêtre et de l'avocat devenu magistrat, donner à sa démarche une apparence scientifique.

En deuxième lieu, on constate l'importance démesurée des fonctions latentes de la pratique psychiatrique, par rapport à ses fonctions manifestes (ou déclarées) : muni de pouvoirs quasi judiciaires et du pouvoir de prescrire, pour ne citer que ceux-là, le psychiatre est celui qui protège la société de ses déviants, peut-être bien plus que celui qui traite ou qui prévient des maladies mentales.

J'ai déjà commis ailleurs (2 et 3) une critique des fonctions déclarées de la pratique psychiatrique, et plus précisément de la légitimité du modèle médical comme support d'une pratique professionnelle qui s'attacherait d'abord et avant tout à l'étiquetage et au contrôle de comportements socialement déviants. C'est pourquoi je me limiterai, dans les cadres du présent exposé, à une critique des fonctions latentes les plus importantes de cette pratique, telles qu'elles se révèlent à travers une analyse du mouvement dit de « psychiatrie communautaire » et de l'idéologie de rechange qui la soutient.

L'avènement de ce qu'on a pris l'habitude, dans les congrès, d'appeler la « troisième révolution psychiatrique », c'est-à-dire le recours, par un nombre de plus en plus important de psychiatres, au modèle de l'hygiène publique, tient à un ensemble de facteurs qui, depuis la fin des années 1940, ont démontré l'inefficacité et la désuétude des techniques utilisées jusque là pour contrôler le phénomène connu sous le nom de « maladie mentale ».

On sait comment la plupart des études épidémiologiques réalisées dans ce domaine, au cours des années 1950, montrèrent une forte corrélation entre des taux de prévalence élevés et divers facteurs étiologiques liés à des phénomènes d'anomie et de « désintégration sociale ». Il apparaissait dès lors urgent de donner à une éventuelle pratique préventive, une orientation nettement sociale. Par ailleurs, de virulentes critiques à l'endroit de la psychiatrie asilaire, publiées tantôt par d'anciens internés, tantôt par des sociologues, et même par des psychiatres, aboutirent à la conclusion que les hôpitaux psychiatriques sont largement utilisés comme entrepôts pour des milliers de déviants exclus de la société par l'entremise du psychiatre. Ces recherches ont confirmé que la première fonction de telles institutions est non pas une fonction thérapeutique, mais bien une fonction de gardiennage, que le caractère « totalitaire » du milieu hospitalier, l'isolement du patient par rapport à la société, et la simplicité des rôles qui lui sont proposés, contribuent à l'aliéner profondément tout en intensifiant la chronicité de sa déviation et de son internement. Informés de telles conclusions, plusieurs administrateurs de services de santé cherchèrent à dépasser l'idéologie de rechange sous-jacente au concept de « communauté thérapeutique » tel que proposé par Maxwell Jones, et optèrent pour une tentative de réinsertion massive des « malades mentaux » dans leur milieu social naturel.

C'est ainsi que, pour parer à la dégradation d'une situation engendrée par le système socio-économique dans lequel nous vivons, et ce tant sur le plan institutionnel qu'au niveau de la société globale, de plus en plus de psychiatres se sont mis en frais de démontrer l'urgence de réformes au sein de leur pratique, réformes qui bien sûr auraient à être endossées par le pouvoir étatique.

Utilisant comme argument décisif les progrès réalisés dans le domaine de la psychopharmacologie, et mus par l'espoir d'être enfin en mesure de démontrer la validité réelle de leur entreprise, des centaines de psychiatres, aux quatre coins du monde (occidental tout au moins), réclamèrent et obtinrent de l'État l'aide financière nécessaire à l'établissement de cliniques externes, à la formation d'équipes multidisciplinaires, et à l'élaboration de campagnes de publicité susceptibles de provoquer une hausse sensible dans la demande de services

professionnels. Ce qu'on appelle communément la psychiatrie communautaire était née!

Une revue de la littérature psychiatrique parue depuis une dizaine d'années nous indique clairement que, si le mouvement dit de psychiatrie communautaire gagne de plus en plus de terrain tant en Europe qu'en Amérique du Nord, ses principaux instigateurs ou théoriciens sont loin de s'entendre sur une définition commune des objectifs et des moyens à mettre en œuvre pour y arriver. Certains ont déjà parlé, d'ailleurs, à ce sujet, d'un « syndrome de Babel ». Toutefois, je crois qu'on peut résumer en cinq points le projet qui fonde une démarche de ce type. Tout d'abord, le patient, ce sera (autant que possible) une population sectorisée — ce qu'on appelle « la communauté »; on tentera, à partir d'une meilleure connaissance de son étiologie, de réduire les taux d'incidence et de prévalence de la maladie mentale — et ce, en utilisant des agents de dépistage aussi nombreux que variés; on s'efforcera de mieux réinsérer le malade mental dans sa communauté d'origine, en le « réhabilitant » socialement; on conviera des « paramédicaux » à venir en grand nombre prêter leur concours à cette vaste entreprise d'hygiène mentale; on assumera enfin la continuité des soins en organisant un réseau de services fonctionnels et bien intégrés.

De nombreuses questions d'intérêt sociologique sont évidemment soulevées du fait que, ayant recours au modèle de l'hygiène publique, une équipe psychiatrique entreprend de s'immiscer directement dans les affaires de la communauté, au nom de la santé mentale. La psychiatrie dite communautaire représente-t-elle moins une « révolution » qu'une mise à jour de la finalité profonde de la psychiatrie, instrument des classes sociales dominantes? Réfère-t-elle moins à une idéologie nouvelle qu'à une idéologie de rechange, consolidation opératoire de l'idéologie professionnelle dominante? Autrement dit, les nouvelles outres sont-elles pleines d'un vieux vin? D'autres questions se posent également à la psychiatrie. On peut en effet se demander si la psychiatrie dite communautaire ne conduit pas à une psychiatrisation franchement abusive d'une foule de comportements qui n'ont rien à voir avec le modèle médical, et s'il ne s'agit pas en définitive, sous le couvert d'une promotion de la santé mentale, d'une véritable entreprise de *social engineering*.

L'hypothèse suivant laquelle le mouvement de psychiatrie communautaire représenterait essentiellement une stratégie mise au point dans le but de mieux contrôler le comportement de déviants résiduels qui se font de plus en plus nombreux et menacent d'autant plus l'ordre établi, cette hypothèse, dis-je, semble se confirmer lorsqu'on voit des psychiatres se mêler en tant que psychiatres — et par le biais de volumes ou de revues scientifiques — de statuer sur des phénomènes comme l'usage répandu de la drogue chez les jeunes, les mouvements de gauche, la désaffiliation religieuse, la contestation étudiante, la liberté sexuelle, l'émancipation de la femme, l'avortement, et bien d'autres phénomènes encore qui témoignent de l'émergence de nouvelles valeurs, voire de nouvelles sous-cultures menaçantes pour le « progrès dans l'ordre ». Et ce qui nous apparaît ici hautement problématique dans une perspective sociologique, c'est que, pendant que Camille Laurin (4) affirme qu'il existe « une corrélation manifeste entre la liberté sexuelle d'une part et la maladie mentale de l'autre », que Gustave Morf (6) procède à des observations psychiatriques sur le mouvement terroriste québécois, et que des dizaines d'autres nous font assister à une psychiatrisation galopante de phénomènes sociaux de toutes sortes, la société légitimise de plus en plus le rôle du psychiatre, et continue à investir celui-ci de pouvoirs qui en font un agent de contrôle social puissant et prestigieux.

Le psychiatre a toujours été, bien sûr, l'agent d'une société qui demandait que différentes formes d'inconduite (ou de comportement socialement inacceptable) soient contrôlées. Mais aujourd'hui, ce rôle d'agent de contrôle est consolidé au point où l'on voit surgir une véritable « vision psychiatrique du monde » (7), véhiculée par tout un ensemble d'agents qui se font un devoir tantôt de populariser — à la radio et ailleurs — l'éthique style *Reader's Digest* dont témoigne le concept d'hygiène mentale, tantôt de désamorcer toutes sortes de petites insurrections appréhendées, en dépistant et en référant au psychiatre (lorsqu'ils ne le sont pas) les « cas » qu'ils estiment être de sa compétence.

On peut évidemment formuler les rationalisations les plus diverses, et trouver de nombreuses justifications à ce mouvement d'hygiène mentale qui, à partir de l'éducation préventive jusqu'à la prescription massive de sédatifs, contribue à stigmatiser, à enfermer dans un *sick-role*, et à faire prendre en charge par le psychiatre, un nombre toujours grandissant de citoyens qui n'auront d'autre choix, pour se libérer de cette prise en charge, que de répondre aux attentes du thérapeute. Mais

on ne saurait nier l'utilisation idéologique des techniques de contrôle auxquelles on a recours.

Marcuse (5) a bien montré comment l'abâtardissement des concepts freudiens conduit à faire du traitement psychiatrique un pur et simple processus d'adaptation à des normes qui maintiennent le *statu quo,* et comment le concept de personnalité est essentiellement compris dans la perspective d'une espèce de « maturation » qui doit susciter une adéquation du Moi aux idéaux sociaux qui lui sont proposés.

C'est ainsi que, par des mécanismes d'intégration sociale comme le mouvement d'hygiène mentale, les acteurs sociaux sont pressés de participer, tant dans leur travail proprement dit que dans leurs habitudes de consommation, aux systèmes d'organisation qui les mobilisent. Vu dans cette perspective, le psychiatre n'est en définitive que l'agent d'une société de l'aliénation, celle qui séduit, manipule et intègre. Et il contribue chaque jour à faire de l'homme un homme aliéné, « qui n'a d'autre rapport aux orientations sociales et culturelles de sa société que celui qui lui est reconnu par la classe dirigeante comme étant compatible avec le maintien de sa domination » (8).

Si la psychiatrie, telle qu'on la pratique au Québec, répond au projet de notre société libérale (celle qui privilégie les notions de productivité, de rationalité et de modération), c'est parce qu'elle accepte le triple mandat de déguiser les conflits sociaux sous le masque de la « mésadaptation »; de récupérer un nombre toujours plus grand de « déchets » de cette société, pour les réintroduire dans un circuit économique axé sur la production de masse, la publicité de masse, le crédit de masse et la consommation de masse; et de résoudre le plus possible les tensions disruptrices au sein de cette société, en apportant, toujours au nom de la santé mentale, un certain nombre de « réponses » aux questions posées par le changement socio-culturel accéléré que nous connaissons.

Si, finalement, la psychiatrie ne projette aujourd'hui que des éléments d'une idéologie de rechange, qui n'a rien de radical, c'est en tant que son appareil conceptuel vise à mettre en évidence la nécessité non pas d'une adaptation de la structure sociale aux besoins de l'individu, mais plutôt d'une adaptation de l'individu aux exigences de la structure sociale en évolution; c'est en tant qu'elle envisage les difficultés personnelles d'un client en termes de « déviations par rapport aux normes institutionnalisées », plutôt que de les envisager comme des aboutissements sociaux traduisant possiblement un besoin de changements fondamentaux de la structure sociale elle-même. Changer l'individu pour ne pas changer l'ordre social, changer l'individu dans l'espoir de changer l'ordre social: c'est uniquement entre ces deux pôles que se déploie le travail du psychiatre.

*
* *

Si je me suis livré, avec vous, à un examen — très général et très préliminaire, il va sans dire — d'une dimension souvent cachée mais fondamentale de la pratique psychiatrique, c'est que j'ai voulu stimuler votre réflexion au sujet de l'orientation actuelle de cette pratique, et montrer en quoi elle est susceptible de masquer les véritables problèmes que doit affronter une société comme la nôtre.

Vous me permettrez, avant de terminer, de poser quelques jalons sur le chemin qui pourrait mener selon moi, au cours des années à venir, à une réorientation de la pratique psychiatrique, en fonction des besoins non pas d'une corporation ou de groupes d'intérêts bien particuliers, mais de la population du Québec tout entière.

Je crois qu'il importe, en premier lieu, qu'on limite l'accessibilité générale à la maladie mentale, en utilisant avec plus de discernement des étiquettes dont la principale utilité actuellement consiste à enfermer un client dans un rôle de malade et à justifier de ce fait le recours à diverses techniques de contrôle social.

En deuxième lieu, il m'apparaît que le psychiatre devra en venir à surmonter un certain nombre de résistances (fort compréhensibles, il va de soi) liées à la formation qu'il a reçue et aux conditions dans lesquelles il exerce actuellement sa profession, pour reconnaître que le concept de maladie mentale fonctionnelle, tel qu'on le définit généralement, ne veut rien dire en définitive sur un plan strictement scientifique, et qu'on aurait peut-être avantage à l'abandonner au profit d'une compréhension beaucoup plus large du comportement des hommes en société.

D'ailleurs, une telle reconnaissance des limites du concept de maladie mentale m'apparaît comme étant une condition *sine qua non* d'une collaboration fructueuse du psychiatre — en tant que médecin — avec des travailleurs sociaux, des psychologues, des sociologues et des représentants d'autres sciences du comportement. Car s'il veut vraiment agir dans la multidisciplinarité, le psychiatre devra

abandonner son attitude plutôt impérialiste et accepter de chercher, avec d'autres, des réponses à des questions qui ne soient pas d'abord d'intérêt psychiatrique.

Par ailleurs, je crois qu'il faudra en venir éventuellement à dépasser non seulement le psychiatrisme, mais le professionnalisme tout court. Autrement dit, il faudra en arriver à dépasser l'approche multidisciplinaire elle-même, pour déboucher sur une approche supradisciplinaire. Car le réductionnisme, qu'il soit médical ou autre, ne pourra jamais servir finalement que les professionnels qui le pratiquent. Être au service de la population, cela implique autre chose qu'une intervention dirigée par des professionnels dont l'action s'intègre dans une forme quelconque de collaboration programmatique; cela implique qu'au-delà de l'académisme et du « disciplinaire », l'on s'implique avec une population dans une interrogation portant sur les besoins réels et fondamentaux de cette population. Si une démarche quelconque doit découler d'une telle interrogation, cette démarche pourra alors référer à un modèle ouvert, elle sera disciplinée par les faits (traduits en termes de besoins), et soumise au contrôle des principaux intéressés, c'est-à-dire les citoyens eux-mêmes.

Quoi qu'il en soit, si l'on tient compte des conditions dans lesquelles vivent la plupart des Québécois, conditions qui engendrent — surtout chez les classes dominées — de forts sentiments d'aliénation et d'impuissance, et témoignent de l'inhumanité d'un système socio-économique fondé sur la compétition et le mépris, avouons qu'une population a sûrement mieux à faire qu'à se laisser « prendre en charge » par une poignée de professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

1. Burke, K., Permanence and change, p. 50, *New Republic*, New York, 1935.
2. Draper, J. M., Le « malade mental » et l'impérialisme psychiatrique, *Le Devoir*, 10 déc. 1970.
3. Draper, J. M., La psychiatrie communautaire ou l'accessibilité générale à la maladie mentale, Thèse de maîtrise en sociologie, *Université Laval*, Québec.
4. Laurin, C., Ma traversée du Québec, p. 64, *Éditions du Jour*, Montréal, 1970.
5. Marcuse, H., L'homme unidimensionnel, *Les Éditions de Minuit*, Paris, 1968.
6. Morf, G., Le terrorisme québécois, *Éditions du Jour*, Montréal, 1969.
7. Riessman, F., et Miller, S. M., Social change versus the psychiatric world view, *Amer. J. Orthopsychiat.*, 34 : 29–38, 1964.
8. Touraine, A., La société postindustrielle, p. 15, *Éditions Denoël*, Paris, 1969.

UN DÉFI POUR LA PSYCHIATRIE DE COMMUNAUTÉ *

Pierre-E. LAPORTE, sociologue [1]

L'amélioration du statut de santé des communautés humaines est le défi que se donnent tous les travailleurs de la santé, quelles que soient leurs identités professionnelles respectives. Mais la tâche de relever ce défi est loin d'être envisagée de la même façon par tous ceux qui s'y consacrent. Pour certains, l'amélioration du statut de santé d'une population est envisagée avant tout comme la résultat final des efforts visant à mieux traiter la maladie chez l'individu. D'autres mettent davantage l'accent sur une action visant à changer le milieu. Même si les deux points de vue sont complémentaires, ils dénotent néanmoins des approches très différentes face au problème de la santé.

Je me propose de vous présenter ma conception du défi que devrait se donner la psychiatrie de communauté. Cette conception s'inspire avant tout d'un jugement que je porte sur l'importance d'une découverte de la sociologie des maladies mentales.

Je commencerai donc par traiter de cette découverte avant d'en dégager ce que je conçois comme ses implications.

Un nombre considérable d'études sur la santé mentale ont montré que la prévalence des troubles psychiatriques est plus élevée, et beaucoup plus élevée, en ce qui concerne les troubles psychiatriques graves, chez les classes basses que chez les couches sociales d'un statut plus élevé. Non seulement la tendance à la maladie mentale est-elle plus forte chez les classes basses mais les études montrent clairement que c'est chez les couches sociales au plus bas de l'échelle sociale que les taux de désordres psychiatriques sont les plus élevés. De plus cette tendance a été observée pour une diversité de critères de mesure de statut de santé mentale. En effet, qu'il s'agisse de mesures basées sur l'hospitalisation pour troubles psychiatriques majeurs, sur les évaluations diagnostiques en général, ou sur l'application des échelles de confort psychologique par le moyen d'enquêtes sur le terrain, les observations sont presque toujours les mêmes (2).

Évidemment, il faut souligner que la grande majorité des données disponibles sur la stratification sociale des maladies mentales sont américaines et qu'il se peut que les observations faites aux États-Unis soient différentes de celles qu'on rencontre ailleurs. Cependant, nous avons des raisons de croire que ce n'est pas le cas. En effet, des données recueillies dans plusieurs autres sociétés industrielles que la société américaine, suggèrent fortement que la prévalence des symptômes de troubles psychologiques est partout plus élevée en général chez les classes basses, même si la fréquence absolue de ces symptômes est au sein des classes basses, variable d'une société à l'autre (3). Nous serions donc en présence d'un fait social de grande importance.

Les interprétations qui ont été offertes en vue d'expliquer la stratification sociale de la santé mentale sont de deux types. Il y a en premier lieu les interprétations basées sur l'hypothèse d'après laquelle la prévalence des symptômes s'explique par des facteurs de personnalité. La prévalence plus élevée des symptômes psychiatriques chez les classes au bas de l'échelle sociale serait de ce point de vue la manifestation d'une plus forte présence de troubles de la personnalité chez les individus. Ces troubles seraient soit d'origine génétique, soit émotionnels. En second lieu, il y a des interprétations basées sur l'hypothèse d'après laquelle la source des symptômes réside dans la situation sociale des classes. Ici les symptômes sont considérés comme des manifestations de « stress » sociaux qui sont inhérents à la situation sociale des classes inférieures.

Il faut remarquer que les observations qui sont en cause concernent les variations entre classes sociales. Autrement dit, personne ne conteste qu'au

---

* Travail présenté au VII[e] Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Sherbrooke, du 22 au 24 avril 1971.

1. Département des sciences du comportement, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.

sein d'une même classe, l'immunité à la maladie mentale varie d'un individu à l'autre. Mais les deux hypothèses dont nous traitons visent chacune à expliquer le phénomène de l'inégale distribution de la santé mentale entre les classes sociales et en particulier entre la classe la plus basse et les autres classes. Nous sommes réellement en présence d'un conflit entre des perspectives théoriques que seule la recherche pourra réconcilier. Il y a nettement un problème profond quant à la nature de la causalité au point que nous en restons finalement dans l'ignorance quant à savoir jusqu'à quel point l'infériorité sociale est la cause ou la conséquence des troubles psychiatriques.

Mais, même si cette conclusion est décevante, je continue à croire que les résultats de la psychiatrie sociale ont des implications pour la psychiatrie de communauté.

Une première implication touche à la question des priorités dans les programmes d'organisation des soins. Étant donné que les groupes sociaux où il y a le plus d'individus qui manquent de soins psychiatriques ont été repérés, je pense que l'organisation de la dispensation des services devrait être faite en fonction des besoins prioritaires de ces groupes. Mais ceci m'apparaît comme un défi d'une extrême envergure. En effet, pour toutes sortes de raisons c'est par rapport aux classes basses que l'efficacité des moyens de la psychiatrie est la plus faible. J'en prendrai pour exemple l'insuccès marqué des méthodes de traitement de la psychiatrie avec les patients de classe sociale défavorisée. Cet insuccès a été celui des méthodes de traitement conventionnelles (4) mais il est aussi celui des méthodes nouvelles tel que celle de la communauté thérapeutique (1). Donc, si à mon avis, les psychiatres de la communauté devraient se donner pour priorité d'aider les couches sociales qui ont le plus besoin de leurs services, ils ont à mon avis un sérieux effort à accomplir afin de pouvoir se donner les moyens de relever ce défi. Mais il y a une autre implication des résultats de la psychiatrie sociale pour la psychiatrie de communauté.

J'ai montré que l'interprétation de la relation entre classe sociale et maladie mentale est problématique. À l'explication par des troubles de la personnalité se joint celle qui fait appel à la situation sociale. La première explication est psychiatrique alors que l'autre est sociologique. Mais nous manquons d'un critère qui nous permette de choisir entre les deux. Le problème théorique reste donc entier, mais je ne crois pas que ce soit le cas en ce qui concerne l'implication pratique de la découverte.

À mon avis l'implication est claire: l'élévation du statut de santé mentale des couches sociales les plus défavorisés requiert l'emploi de deux stratégies possibles de changement. Je les distinguerai en les qualifiant de méthodes de traitement psychologiques et de méthodes d'action sociale. L'intérêt qu'il y aurait à combiner ces deux stratégies de changement ne doit pas nous amener à penser qu'il est aisé de décider des méthodes à employer dans des cas particuliers. Nous avons déjà dit qu'en ce qui concerne les méthodes de traitement elles sont d'une efficacité relative face au problème. Il en est de même pour les méthodes d'action sociale. Nous sommes donc en situation d'incertitude. Il faut agir mais nous ne saurions porter un jugement catégorique sur la meilleure façon de procéder. Je vous dirai franchement que c'est habituellement la situation où je considère cette incertitude comme normale. L'alternative serait de s'arrêter en attendant d'avoir le résultat des recherches visant à découvrir la réponse finale à l'étiologie du problème de santé mentale des classes basses. Nous risquerions d'attendre encore longtemps. De toute façon s'il nous manque la théorie nous avons un principe directeur. Il nous prescrit d'allier traitement psychologique à action sociale même si nous ignorons la dose exacte qu'il faut donner de chacun et même si nous devons procéder un peu à l'aveuglette dans le choix des méthodes qui doivent entrer dans le dosage.

Examinons d'un peu plus près ce qu'il faut entendre par des méthodes d'action sociale. Même s'il faut admettre au départ que les expériences faites jusqu'à maintenant nous permettent difficilement d'évaluer en général l'efficacité thérapeutique de l'action sociale, ses effets bénéfiques ont été démontrés dans certains cas. Je pense par exemple aux résultats obtenus par le groupe de Cornell dans ses tentatives pour stimuler le changement social en milieux ruraux (5) et aux nombreuses expériences faites en milieux urbains par le groupe de Saul Alinsky aux États (7). Dans une étude récente Miller et Riessman ont examiné l'impact de diverses stratégies d'action sociale visant à modifier les comportements des classes défavorisées face aux problèmes de la santé mentale (6). Même si les auteurs font preuve d'une extrême prudence dans l'évaluation qu'ils font de l'action sociale comme thérapie, ils concluent que dans bien des

cas elle peut s'allier avantageusement aux méthodes de traitement et même aller jusqu'à s'y substituer dans certains cas.

Quant aux méthodes à employer je dirai qu'il faut commencer par en faire un inventaire. Elles sont éparpillées un peu partout, que ce soit en organisation communautaire, en dynamique de groupe, en *case work,* en anthropologie et en sociologie du développement, et même jusque dans les expériences du SDS, des *Freedom Riders,* et, il ne faudrait pas l'oublier bien sûr, dans le petit livre rouge de Mao. Mais qu'il soit bien clair que ce sont des méthodes d'action sociale que nous cherchons et non des idéologies globales. Ces méthodes existent. Reste à aller les cueillir. Je le répète: si, comme je le crois, c'est l'élévation du statut de santé mentale des classes basses qui devrait être l'objectif de la psychiatrie de communauté, il n'y a pas d'autre alternative que de passer par l'action psychologique et sociale.

Donc, la psychiatrie de communauté, si elle se donne comme défi d'aider ceux dont les besoins de santé mentale sont les plus grands, doit faire appel aux méthodes d'action sociale. Reste à savoir si les psychiatres de la communauté sont prêts à relever le défi. Permettez-moi d'en douter. Deux raisons motivent mon scepticisme.

En premier lieu, je dirai que personne n'aime la fréquentation des « basses classes ». C'est d'ailleurs l'une des raisons qui fait qu'être au bas de l'échelle sociale est une marque d'infériorité. Mais ce qui est vrai des gens respectables, l'est peut-être plus des psychiatres. D'une part, les psychiatres qui sont médecins sont très respectables. D'autre part, la psychiatrie et la psychiatrie de communauté en particulier sont des jeunes professions qui sentent le besoin d'établir solidement leur respectabilité sociale. Finalement, et c'est peut-être si méchant de le dire qu'il vaudrait mieux se contenter d'y penser, mais je le dirai quand même: pourquoi les psychiatres qui ont laissé leurs asiles infects pour des hôpitaux aseptiques iraient-ils se mêler à la vie des « basses classes » ?

En second lieu, l'emploi par les psychiatres de la communauté des méthodes d'action sociale exigerait une transformation profonde de leurs orientations professionnelles. La maison-mère de la psychiatrie est la médecine et la médecine possède ses propres traditions intellectuelles et morales qui sont fort éloignées de celles des sciences du changement social. L'idéologie médicale est basée sur des croyances quant à la nature de cette réalité qu'est la maladie. Ces croyances font de la maladie une caractéristique soit de l'organisme, soit de la personnalité. Entre ces croyances et celles qui stipulent que la santé des populations est le résultat de déterminismes de l'environnement culturel et social, il y a une grande distance. Même si en principe le passage est possible, il existe des contraintes pratiques à y parvenir. Je les ai observées récemment à l'occasion d'une enquête sur les étudiants en médecine. En effet, les résultats préliminaires de cette étude montrent qu'à mesure que les étudiants progressent dans leur formation professionnelle, ils adoptent face aux problèmes de la santé les croyances typiques de l'idéologie médicale. C'est normal puisque ces étudiants deviennent médecins. Mais c'est aussi dangereux. En effet, le risque est grand puisque, face à des problèmes, l'étudiant pourra être guidé dans son choix des solutions par les considérations de son idéologie professionnelle plutôt que par les exigences de la tâche comme telles. Il y gagnera en sécurité mais c'est son efficacité qui en souffrira. S'il devient psychiatre, son efficacité en souffrira d'autant plus que sa tâche est éminemment sociale. Présenter le défi de la psychiatrie de communauté de la façon dont nous l'avons fait, c'est poser nécessairement le problème de la formation professionnelle des psychiatres.

J'ai dit ce que je crois devoir être le défi de la psychiatrie de communauté. J'ai également indiqué à quelle condition je pense qu'elle pourrait relever ce défi. À mon avis l'élévation du statut de santé mentale des classes sociales les plus défavorisées, tout comme c'est le cas de leur promotion sociale en général, est le problème majeur de notre temps. Je pense que les psychiatres devraient accorder une priorité à ce problème comme ce devrait être le cas des autres professionnels intéressés à contribuer au changement social.

RÉSUMÉ

Sans remettre en cause l'acquis proprement médical dans le domaine de la santé mentale, l'auteur entend, dans un premier temps, poser les problèmes de santé mentale et de psychiatrie communautaire dans la perspective de la sociologie. Il s'attache, entre autres, à dégager les rapports entre structure sociale et comportements déviants. Il cherche à établir que ce que la psychiatrie définit à juste titre de son point de vue, symptôme pathologique, peut s'interpréter comme une réponse rationnelle face à une situation de « stress » social. La maladie dans cette perspective serait alors dans

la réponse de la société au comportement déviant plus que dans le comportement lui-même.

Après avoir situé sa perspective, l'auteur tente d'analyser quelques aspects de la structure sociale des communautés modernes qui sont tout particulièrement susceptibles de produire des comportements déviants. Le rôle de la psychiatrie communautaire est alors analysé du double point de vue du contrôle du comportement déviant et de l'intervention possible du psychiatre sur la structure sociale qui le produit. La déviation étant considérée comme une conséquence endémique de la structure sociale, la conception de l'intervention suggérée par l'auteur se situe bien davantage au niveau de la communauté que de l'individu. Plutôt que de définir la psychiatrie communautaire comme une méthode de dispensation de services psychiatriques ou une théorie de l'étiologie de la maladie, l'auteur la définit comme l'intervention directe sur les situations sociales de « stress » auxquelles font face divers types de populations. Vue sous cet angle, la psychiatrie communautaire devient force de changement social plutôt que de contrôle social. Diverses sources de résistance à l'adoption de la perspective proposée seront examinées par l'auteur. Les unes tiennent à la psychiatrie elle-même ; d'autres tiennent bien davantage à l'idéologie de la société à laquelle appartiennent les psychiatres.

BIBLIOGRAPHIE

1. Almond, A., The therapeutic community, *Scientific American*, (mars) 1971.
2. Fried, M., Social differences in mental health, *in* John Kosa, Poverty and health, a sociological analysis, chap. IV, pp. 113–168.
3. Kadushin, C., Social class and the experience of ill health, *Sociological Enquiry*, 34 : 67–80, 1964.
4. Lee, R. L., et Lee, A., Therapeutic success as a patient therapist similarity, texte miméographié.
5. Leighton, A. H., Poverty and social change, *Scientific American*, (mai) 1965.
6. Miller, S. M., et Riessman, F., Social class and social policy, *Basic Books*, 1968.
7. Riessman, F., Self-help among the poor : new styles of social action, *Transaction*, (sept.-oct.) 1968.

PERCEPTION DES PROFESSEURS ET DES PARENTS FACE À DES ENFANTS-PROBLÈMES *

Robert LADOUCEUR, M.A.Ps [1] **et Jean HILLEL**, M.D., C.R.C.P.(C), C.S.P.Q. [2]

Plusieurs auteurs ont signalé l'influence des attitudes et des expectatives des professeurs sur différents aspects des comportements actuels ou futurs de leurs élèves, tels que rendement scolaire, fonctionnement social, etc. (2, 5, 8 et 19). D'autres ont étudié plutôt l'impact des attitudes parentales sur le développement, tant académique que psychologique, des enfants d'âge scolaire (1, 3, 6, 7, 9, 10, 14–18, 20–24).

Le présent travail a pour but d'analyser non seulement les caractéristiques des élèves désignés par les professeurs comme « enfants-problèmes » et les opinions émises par les parents de ces élèves, mais aussi de rechercher les associations entre les perceptions des professeurs et des parents au sujet de ces enfants.

Cette recherche faisait partie d'un ensemble de projets d'études tendant à évaluer les besoins d'une population semi-rurale canadienne-française, en l'occurrence le comté Bayonne, desservi par une équipe de psychiatrie communautaire (6, 13 et 14).

Les résultats qui seront décrits ne sont valables que pour les élèves des classes primaires (de la maternelle à la septième année) de cette communauté et ne peuvent être étendus à l'ensemble de la population scolaire du Québec. Ils ne tiennent pas compte non plus des classes dites « spéciales » qui ont été formées à la suite d'un dépistage pratiqué avant cette enquête [3].

Il est possible de prévoir que la perception des professeurs diffère de celle des parents au sujet de certaines caractéristiques spécifiques se rapportant au comportement des enfants et à leur rendement scolaire. Plus précisément, les professeurs porteraient davantage leur attention sur les aspects d'ordre académique, sur le potentiel d'apprentissage de leurs élèves et sur leur développement intellectuel. Quant aux parents, ils seraient plus réticents à signaler dans une enquête les problèmes rencontrés par leur enfant, et les caractéristiques rapportées par ceux-là seraient plutôt en rapport avec des situations vagues et imprécises qui ne nécessitent pas de solutions immédiates.

MÉTHODES

Afin de laisser aux professeurs le temps d'établir un contact avec leurs élèves, d'observer leurs comportements et de rencontrer les parents pour échanger avec eux des impressions, la présente enquête a été effectuée seulement quatre mois après la rentrée scolaire.

Les sujets, au nombre de 1 123, sont des enfants du cours élémentaire, répartis dans trois des neuf écoles de la communauté en question. Il s'agissait de recueillir, puis de comparer les données fournies par les professeurs et les parents quant à certaines caractéristiques portant sur le milieu, les difficultés d'apprentissage, les problèmes rencontrés dans les relations interpersonnelles, etc.

Un questionnaire a été préparé et adressé aux professeurs. Outre l'identification du sujet et son rendement scolaire, le questionnaire, rédigé sous forme de questions ouvertes à codifier *a posteriori*, enquêtait sur la nature d'un handicap d'ordre académique, physique ou psychologique. Pour toute difficulté mentionnée, le professeur indiquait le besoin ou non d'un recours à une aide spécialisée. Il devait de plus se prononcer sur la nécessité de la création d'un service complet d'Aide à l'étudiant

---

* Travail présenté au VII[e] Congrès de l'Association des psychiatres du Québec, Sherbrooke, 22–24 avril 1971.

1. Psychologue, Institut de Recherches Psychiatriques, Hôpital Saint-Charles, Joliette, Québec. Actuellement étudiant, Université Laval, Québec.

2. Psychiatre, ancien directeur du Service de psychiatrie communautaire, (Secteur Bayonne). Membre Institut de Recherches, Hôpital Saint-Charles, Joliette.

3. Un dépistage pour des « classes spéciales » avait été effectué avant la présente enquête par deux psychologues d'un Service d'aide à l'étudiant, desservant une vaste région comprenant le Secteur Bayonne et comptant plus de 50 000 élèves.

pour desservir la population concernée. Les professeurs, au nombre de 40, ne répondaient au questionnaire que pour les enfants qui, à leur avis, présentaient un problème gênant le fonctionnement en classe et le rendement académique.

Le même questionnaire, accompagné d'une enveloppe-réponse affranchie, a été adressé à tous les parents par l'intermédiaire des 1 123 enfants et les réponses devaient être renvoyées à la direction des écoles par retour du courrier.

ANALYSE DESCRIPTIVE DES RÉPONSES DONNÉES

Les données colligées à la suite de la réception des réponses au questionnaire ont permis de codifier les problèmes rapportés sous douze rubriques représentant des problèmes ou groupe de problèmes (tableau I).

A. *Réponses des professeurs*

Seulement 28 professeurs sur 40, soit 70 pour cent, ont répondu au questionnaire. Les douze professeurs qui se sont abstenus de répondre, pour des raisons qui seront discutées, ont admis lors d'une rencontre la présence dans leurs classes d'« enfants-problèmes » et ont préconisé la création d'un « Service d'aide à l'étudiant » pour répondre aux besoins de la population scolaire du secteur. Les résultats qui suivent portent sur une population

TABLEAU I

Opinion des professeurs : Répartition des symptômes

CARACTÉRISTIQUES SYMPTOMATIQUES *	NOMBRE D'ÉLÈVES	POURCENTAGE	L_1	L_2
A. Répétition de degrés	22	27,50	17,72	37,28
B. Contexte familial défavorable	28	35,00	24,56	45,44
C. Troubles de nature physique (vue, ouie, etc.)	13	16,25	8,17	24,33
D. Troubles dans les relations interpersonnelles	23	28,75	18,83	38,67
E. Hyperactivité psychomotrice	10	12,50	5,25	19,75
F. Ralentissement psychomoteur	28	35,00	24,55	45,45
G. Difficulté d'attention	59	73,75	64,11	83,39
H. Troubles d'apprentissage scolaire (dyslexie, dysgraphie, dysorthographie, dyscalculie)	20	25,00	15,51	34,49
I. Troubles et/ou retard du langage	20	25,00	15,51	34,49
J. Autre symptôme : insécurité affective	14	17,50	9,18	25,82
K. Autre symptôme : entêtement, opiniâtreté	9	11,25	4,33	18,17
L. Autre symptôme : besoin exagéré d'attirer l'attention	7	8,75	2,56	14,94
NOMBRE TOTAL	80	POURCENTAGE 10,18%		

* Les caractéristiques symptomatiques ne sont pas mutuellement exclusives.
L'item B n'est pas un symptôme mais peut être à l'origine d'un symptôme ou contribuer à l'expliquer.

de 786 élèves, soit seulement ceux qui fréquentaient les classes des 28 professeurs ayant répondu au questionnaire. Quatre-vingts élèves ont été désignés comme « enfants-problèmes », soit un pourcentage de 10,18 pour cent. Le tableau I représente la répartition chez ces enfants des douze caractéristiques avec leurs pourcentages et les intervalles de confiance des pourcentages. Chacun des 80 élèves désignés pouvait présenter en même temps une ou plusieurs caractéristiques symptomatiques. Il convient de souligner le pourcentage élevé des caractéristiques se rapportant à la présence de difficultés d'attention (G), de problèmes familiaux (B), de difficultés d'ordre relationnel (D) et de troubles d'apprentissage scolaire (H et I).

La répartition des enfants-problèmes désignés, selon le sexe, indique une proportion de 50 garçons (62,5 pour cent) par rapport à 30 filles (37,5 pour cent). À première vue, on pourrait penser qu'il y a une nette propension soit des garçons à présenter des problèmes, soit des professeurs à désigner les garçons comme enfants-problèmes. Mais l'analyse du χ^2 révèle que cette répartition des sexes chez ces enfants d'après les professeurs n'est pas significativement différente de celle retrouvée chez l'ensemble des enfants de cette population scolaire (χ^2: 2,6196-n.s.). La courbe des âges (figure 1) a une allure bimodale pour les 50 garçons avec un premier mode vers six ans et demi et un deuxième à neuf ans. Pour les filles, la courbe est asymétrique et l'unique mode apparent se retrouve seulement à onze ans. Cette constatation de l'apparition plus tardive des problèmes chez les filles a été déjà signalée (13).

Qu'il soit enfin souligné que, selon les professeurs, 48 de ces élèves auraient un urgent besoin d'une aide spécialisée.

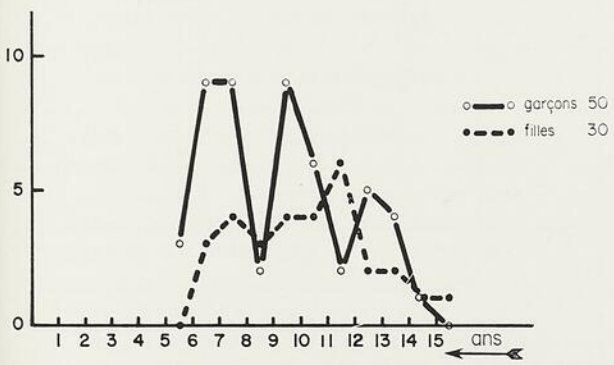


Figure 1 — Opinion des professeurs. Courbe de distribution de problème selon l'âge.

B. *Réponse des parents*

Des 1 123 questionnaires adressés aux parents, 809 (soit 72,04 pour cent) ont été retournés aux enquêteurs. Les arguments apportés par les familles en faveur de la création d'un Service d'aide à l'étudiant sont pour la plupart imprécis ou d'ordre général, ou impliquent surtout une demande d'orientation pour le futur (83,31 pour cent) ; un petit nombre de parents évoquent des raisons qui relèvent de la prévention primaire (« en cas de besoin », « pour prévenir les problèmes éventuels », « pour un meilleur rendement scolaire », « pour renseigner les parents »). Seulement 126 parents (14,69 pour cent) précisent la nature du handicap qui justifierait une aide spéciale (tableau II).

L'ensemble de ces considérations, ajouté à l'abstention de 214 parents de retourner les réponses au questionnaire malgré trois rappels que leur ont adressés les professeurs, nécessitera certaines considérations et interprétations. Le nombre de réponses imprécises et d'absences de réponses ne permet pas de présenter des analyses valables sur la répartition des enfants désignés. La figure 2 reproduit les courbes de distribution par âge chez les enfants désignés par les parents.

C. *Associations entre les opinions des professeurs et celles des parents*

De l'ensemble des réponses reçues des professeurs et des parents, il n'a été possible de colliger des associations d'opinions que pour 44 élèves.

Nous avons analysé les opinions combinées des professeurs et des parents pour les différentes caractéristiques symptomatiques codifiées retrouvées

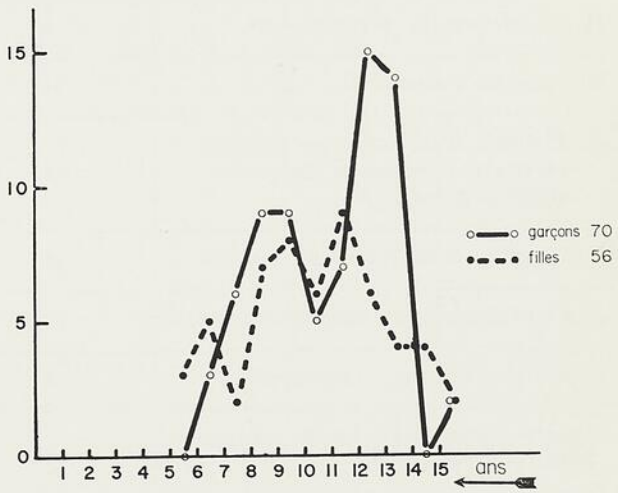


Figure 2 — Opinion des parents. Courbe de distribution des problèmes selon l'âge.

chez ces enfants. Le tableau III fait état des ressemblances et désaccords retrouvés dans les opinions exprimées pour les 44 élèves désignés en même temps par les professeurs et les parents; les degrés de signification retrouvés aux tests statistiques du χ^2 de McNemar pour données appariées y sont indiqués également. Ce tableau accuse l'accord entre les opinions des parents et celles des professeurs pour les caractéristiques d'ordre factuel représentées par les symboles A, C, E, J, K, L (n.s.) Au contraire, les caractéristiques B, D, F, G, H, I, qui sont la traduction de phénomènes se rapportant à des troubles d'apprentissage, à des problèmes de fonctionnement social ou à des difficultés d'ordre familial sont signalés plus par les professeurs que par les parents, et ce à des niveaux statistiquement significatifs ($p < 0,01$ pour B, D, F, H, I et $p < 0,001$ pour G).

Il était également intéressant de rechercher si les caractéristiques retrouvées dans le sous-groupe désigné par les parents et les professeurs en même temps (soit 44 élèves) étaient également réparties chez les 36 autres désignés uniquement par les professeurs. L'analyse du χ^2 fournit les résultats suivants (tableau IV) ; les caractéristiques A, B, J, K sont significativement différentes dans les deux échantillons à un $p < 0,10$. En d'autres termes, les années répétées, les troubles familiaux, l'insécurité affective et l'entêtement seraient moins déclarés par les parents.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Le nombre important de questionnaires non retournés par les parents, l'absence de réponses à certaines questions et l'imprécision retrouvée dans les réponses obtenues restreignent certes la portée

TABLEAU II

Opinion des parents : répartition des symptômes

CARACTÉRISTIQUES SYMPTOMATIQUES	NOMBRE D'ÉLÈVES	POURCENTAGE	L_1	L_2
A. Répétition de degrés	61	48,41	39,69	57,13
B. Contexte familial défavorable	8	6,35	2,10	10,60
C. Troubles de nature physique (vue, ouie, etc.)	14	11,11	5,64	16,58
D. Troubles dans les relations interpersonnelles	37	29,36	21,43	37,30
E. Hyperactivité psychomotrice	16	12,70	6,92	18,48
F. Ralentissement psychomoteur	4	3,17	0,14	6,21
G. Difficulté d'attention	24	19,05	12,20	25,89
H. Troubles d'apprentissage scolaire (dyslexie, dysgraphie, dysorthographie, dyscalculie)	34	26,98	19,24	34,72
I. Troubles et/ou retard du langage	3	2,38	0,25	5,01
J. Autre symptôme : insécurité affective	13	10,32	5,02	15,61
K. Autre symptôme : opiniâtreté	2	1,59	0,56	3,73
L. Autre symptôme : besoin exagéré d'attirer l'attention	2	1,59	0,56	3,73
NOMBRE TOTAL	126	POURCENTAGE 14,69%		

des conclusions qui peuvent être faites à cette étude mais permettent de faire certaines considérations ayant trait aux mécanismes de communication et d'observation. Il est indéniable que les services d'éducation et de santé disponibles sont nettement insuffisants pour cette population semi-rurale, sous-développée tant au point de vue économique que socio-culturel. Il n'est peut-être pas inexact de penser aussi que l'allure vague et imprécise des informations fournies par les parents soit reliée au manque de communication entre agences et familles, en ce qui a trait aux difficultés qui peuvent survenir sur les plans émotif et académique, au cours du développement d'un enfant. Il ne faut pas négliger non plus le fait qu'une certaine limitation des ressources intellectuelles (tableau V) puisse expliquer la difficulté des parents à exprimer en termes clairs et précis la nature de leurs revendications. Enfin, l'absence de certaines observations par les parents peut, à première vue, témoigner d'une certaine indifférence de leur part. Il semble plus exact d'attribuer ce phénomène soit à un manque de sensibilisation à observer et à faire connaître ce genre de problèmes, soit parce que les mentionner pourrait être gênant, voire compromettant (exemple: présence de troubles familiaux).

TABLEAU III

Associations entre opinions des professeurs et opinions des parents

CARACTÉRISTIQUES SYMPTOMATIQUES	ACCORD		DÉSACCORD		DEGRÉ DE SIGNIFICATION
	0	+	0+	+0	
A. Répétition de degrés	33	4	3	4	N.S.
B. Contexte familial défavorable	33	0	0	11	$p < 0,01$
C. Troubles de nature physique (vue, ouie, etc.)	36	0	1	7	N.S.
D. Troubles dans les relations interpersonnelles	27	1	2	14	$p < 0,01$
E. Hyperactivité psychomotrice	32	2	5	5	N.S.
F. Ralentissement psychomoteur	27	2	2	13	$p < 0,01$
G. Difficulté d'attention	11	3	3	27	$p < 0,001$
H. Troubles d'apprentissage scolaire (dyslexie, dysgraphie, dysorthographie, dyscalculie)	31	2	0	11	$p < 0,01$
I. Troubles et/ou retard du langage	29	3	0	12	$p < 0,01$
J. Autre symptôme : insécurité affective	34	0	2	8	N.S.
K. Autre symptôme : entêtement, opiniâtreté	41	0	1	2	N.S.
L. Autre symptôme : besoin exagéré d'attirer l'attention	42	0	0	2	N.S.

0 Symptôme non mentionné
\+ Symptôme mentionné par parents et professeurs
0+ N désigné par parents
+0 N désigné par professeurs

TABLEAU IV

Associations entre opinions et absence d'opinion des parents chez les 80 enfants désignés par les professeurs

CARACTÉRISTIQUES SYMPTOMATIQUES	OPINION DES PARENTS ET PROFESSEURS (N=44)	OPINION DES PROFESSEURS SEULS (N=36)	DEGRÉ DE SIGNIFICATION
A. Répétition de degrés	8	14	$p < 0,1$
B. Contexte familial défavorable	11	17	$p < 0,1$
C. Troubles de nature physique (vue, ouie, etc.)	7	6	N.S.
D. Troubles dans les relations interpersonnelles	15	8	N.S.
E. Hyperactivité psychomotrice	7	3	N.S.
F. Ralentissement psychomoteur	15	13	N.S.
G. Difficulté d'attention	30	29	N.S.
H. Troubles d'apprentissage scolaire (dyslexie, dysgraphie, dysorthographie, dyscalculie)	13	7	N.S.
I. Troubles et/ou retard du langage	15	5	N.S.
J. Autre symptôme : insécurité affective	8	6	$p < 0,1$
K. Autre symptôme : entêtement, opiniâtreté	2	7	$p < 0,1$
L. Autre symptôme : besoin exagéré d'attirer l'attention	2	5	N.S.

TABLEAU V

Scolarité des parents exprimée en nombre absolu et en pourcentage

SCOLARITÉ	PÈRES		MÈRES	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
0 – 7 ans	436	60,72	385	53,62
7 – 12 ans	236	32,87	285	39,69
7 – 12 ans	22	3,06	19	2,65
Non précisé	24	3,34	29	4,04
TOTAL	718	—	718	—

Du point de vue méthodologique, les résultats donnés plus haut auraient eu plus de valeur si l'échantillonnage avait été au hasard simple dans toute la population scolaire de l'élémentaire du secteur Bayonne, soit les neuf écoles. Il aurait été préférable également que le questionnaire ne renferme que des questions préalablement codifiées. En ce qui concerne les professeurs, un questionnaire rempli pour chaque élève, et pas seulement pour les élèves présentant des problèmes, aurait fourni plus d'informations sur l'ensemble de la population scolaire de l'élémentaire. Il a été possible de savoir que certaines contingences du milieu auraient forcé les douze professeurs à s'abstenir de répondre aux questionnaires pour des élèves qu'ils considéraient comme enfants-problèmes. Des liens d'amitié ou de parenté avec la famille de l'élève, des raisons de politique aux niveaux scolaire, municipal, ou même provincial, ont été invoquées. Il aurait peut-être été possible, avec un système de codification ordinale, de respecter l'anonymat, de faire disparaître les réticences des professeurs et peut-être aussi celles de certains parents. Des résultats ainsi obtenus auraient permis une étude plus précise et plus exhaustive.

Malgré les réserves ayant trait aux conditions du milieu dans lequel s'est déroulée cette enquête et à la méthodologie, les résultats obtenus ont permis de confirmer certaines opinions émises au début de ce travail. Il semble urgent que les directions d'écoles, les associations de parents et les services sociaux interviennent auprès du ministère de l'Éducation pour qu'un service complet et adéquat d'Aide à l'étudiant soit créé par les autorités responsables, afin de répondre aux besoins sans cesse croissants et aggravés de cette population. Les associations recherchées entre opinions de parents et de professeurs permettent d'affirmer qu'il y a lieu d'intensifier les contacts entre professeurs et parents, afin que ces derniers apprennent à tenir compte aussi de facteurs non physiques et psychomoteurs et puissent s'intéresser davantage à certaines caractéristiques portant sur le fonctionnement social de leurs enfants.

RÉSUMÉ

Cette étude fait état d'une enquête effectuée auprès des professeurs et des parents d'élèves appartenant à trois classes du niveau primaire dans une communauté semi-rurale canadienne-française. Des associations recherchées entre opinions des parents et des professeurs illustrent le fait que certaines caractéristiques sont signalées plus par un groupe d'observateurs que par l'autre.

REMERCIEMENTS

Cette étude n'aurait pas été possible sans la collaboration étroite que les auteurs ont trouvée auprès du directeur de la Commission scolaire régionale Berthier-Dautraie, monsieur Guy Durand, à qui ils adressent leurs remerciements. Les auteurs expriment aussi leur reconnaissance au docteur Léon Tétreault qui leur a accordé un précieux concours dans la planification de l'étude et l'analyse des résultats, et à mademoiselle Francine Champagne, étudiante, qui a travaillé à la compilation des données.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ackerman, N., et Behrens, M. L., Child and family psychopathy : Problems of correlation, *In* Psychopathology of childhood, édité par P.H. Hoch et J. Zubin, *Grune & Stratton*, New York, 1955, p. 177.
2. Bower, E. M., et Shellhamer, T. A., School characteristics of male adolescents who later became schizophrenics, *Amer. J. Psychiat.*, **30** : 712, 1960.
3. Coolidge, J. C., Asthma in mother and child as a special type intercommunication, *Amer. J. Orthopsychiat.*, **27** : 165, 1956.
4. Draper, M., Hillel, J. M., et Albert, J.-M., Outline for a priority research program in community mental health : The Bayonne project, *Dis. Nerv. Syst.*, **31** : 175, 1970.
5. Feshbach, N. D., Student teacher preferences for elementary school pupils varying in personality characteristics, *J. Educ. Psychol.*, **60** : 126, 1969.
6. Fleck, S., et coll., The intrafamilial environment of the schizophrenic patient. II. Interaction between hospital staff and families, *Psychiatry*, **20** : 343, 1957.
7. Glauber, J. P., The mother in the etiology of stuttering, *Psychoanal. Quart.*, **20** : 160, 1951.
8. Goldrerg, J. B., Influence of pupils' attitudes on perception of teachers' behaviors and on consequent school work, *J. Educ. Psychol.*, **59** : 15, 1968.
9. Henry, J., Family structure and the transmission of neurotic behavior, *Amer. J. Psychiat.*, **21** : 800, 1951.
10. Henry, J., et Warson, S., Family structure and psychic development, *Amer. J. Orthopsychiat.*, **21** : 59, 1951.
11. Hillel, J. M., et Ladouceur, R., Psychiatrie communautaire dans un comté rural : Description et évaluation préliminaires, *Laval méd.*, **42** : 42, 1971.

12. Hillel, J. M., et Ladouceur, R., Évolution de la qualité des soins psychiatriques fournis à la communauté Bayonne : 10 ans d'observation (En préparation).

13. Mackay, J., Bigras, J., Melvin, C., et Belair, C., Analyse statistique et psychodynamique de la population canadienne française qui consulte en pédopsychiatrie, *Canad. Psychiat. Ass. J.*, 13 : 341, 1968.

14. Mack, J. C., The attitudes of mothers of male schizophrenics toward child behavior, *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 48 : 185, 1953.

15. Monohan, T. P., Family status and the delinquent child : A reappraisal and some new findings, *Soc. Forces*, 35 : 250, 1957.

16. Pollak, O., Family situations and child development, *Children*, 4 : 169, 1957.

17. Prout, C. T., et White, M. A., A controlled study of personality relationships in mothers of schizophrenic male patients, *Amer. J. Psychiat.*, 107 : 251, 1951.

18. Reichard, S., et Tillman, C., Patterns of parent-child relationships in schizophrenia, *Psychiatry*, 13 : 247, 1950.

19. Rosenthal, R., et Jacobson, L. F., Teachers expectations for the disadvantaged, *Sci. Amer.*, 218 : 19, 1968.

20. Spaulding, R. L., Achievement, creativity and self concept correlates of teacher-pupil transactions in elementary schools (Cooperative Res. Proj., No. 1352). *U.S. Dept. of Health Education and Welfare*, Washington D.C., Office of Education, 1963.

21. Spitz, R. A., Possible infantile precursors of psychopathy, *Amer. J. Orthopsychiat.*, 20 : 240, 1950.

22. Wahl, C. W., Antecedent factors in family histories of 392 schizophrenics, *Amer. J. Psychiat.*, 110 : 668, 1954.

23. Waring, M., et Ricks, D., Family patterns of children who became adult schizophrenics, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 140 : 351, 1965.

24. Wynne, L., et coll., Pseudo-mutuality in the family relationships of schizophrenics, *Psychiatry*, 21 : 205, 1958.

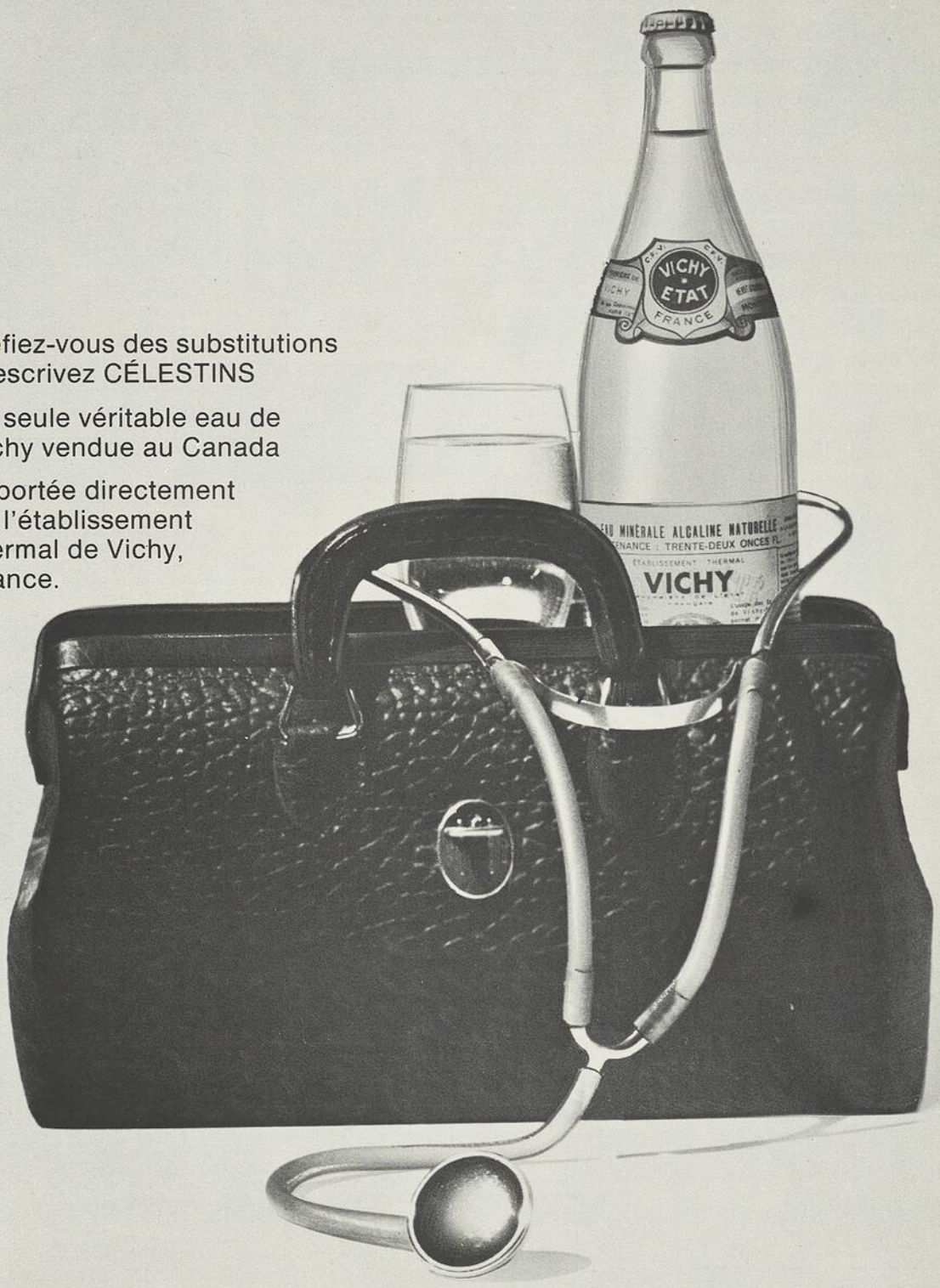
VICHY CÉLESTINS

Eau minérale alcaline naturelle

Méfiez-vous des substitutions
Prescrivez CÉLESTINS

La seule véritable eau de
Vichy vendue au Canada

Importée directement
de l'établissement
thermal de Vichy,
France.



FORMATION POST-UNIVERSITAIRE EN PSYCHIATRIE

Université d'Ottawa
Faculté de médecine

Le département de psychiatrie sollicite des candidatures au cours post-universitaire en psychiatrie menant à un diplôme en psychiatrie. Le programme intégral, approuvé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour quatre années complètes, utilise les ressources de quatre hôpitaux enseignants : The Royal Ottawa Hospital, the Ottawa Civic Hospital, l'Hôpital général d'Ottawa et le Centre médical de la Défense nationale. Un poste avancé est offert aux candidats qui ont déjà reçu un entraînement partiel ailleurs, de même qu'à ceux qui ont déjà fait de l'internat en psychiatrie.

Pour les détails supplémentaires, veuillez vous adresser à :

G. J. Sarwer-Foner, M.D.
Professeur, Département de Psychiatrie,
Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa,
Directeur, Département de psychiatrie,
Hôpital Général d'Ottawa,
197, rue Cumberland,
Ottawa,
Ontario K1N 7H4

Keflex *oral*
monohydrate de céphalexine

RENSEIGNEMENTS DÉTAILLÉS

Le Keflex (monohydrate de céphalexine, Lilly) est un antibiotique semi-synthétique dérivé de la céphalosporine pour administration orale. De par sa formule chimique, c'est le monohydrate de l'acide 7-[D-α-amino-α-phénylacétamido]-3-méthyl-3-cephem-4-carboxylique.

ACTION

Microbiologie — Les épreuves effectuées in vitro ont démontré que les céphalosporines exercent leur activité bactéricide en inhibant la synthèse des parois cellulaires. Le Keflex est actif in vitro contre les micro-organismes suivants:

Streptocoques bêta-hémolytiques et autres (plusieurs souches d'entérocoques, par ex., *Streptococcus faecalis,* sont résistantes)

Staphylocoques, y compris les staphylocoques coagulase+, coagulase — et les souches productrices de pénicillinase (quelques souches de staphylocoques résistent à la céphalexine)
Diplococcus pneumoniae
Escherichia coli
Proteus mirabilis
Klebsiella pneumoniae
Plusieurs souches d'Hemophilus influenzae

Le Keflex n'est pas actif contre la plupart des souches de *Proteus morganii* ou de *Proteus vulgaris.* Il n'exerce aucune action contre les diverses espèces de *Pseudomonas.* Le Keflex résiste à la destruction par la pénicillinase mais il est sensible à la B-lactamase produite par certains bacilles Gram négatifs.

Pharmacologie humaine — Le Keflex est rapidement absorbé après administration orale. Après la prise de 250 mg et de 500 mg, la moyenne des sommets sériques atteints était respectivement d'environ 9 mcg/ml et 18 mcg/ml au bout d'une heure. Six heures après l'administration, il y avait encore des taux mesurables d'antibiotique. Plus de 90% du médicament s'élimine dans l'urine sous forme non modifiée dans les huit heures. Les concentrations urinaires maximales sont d'environ 1000 mcg/ml pendant cette période qui suit la prise de 250 mg.

INDICATIONS

Le Keflex est indiqué dans le traitement des infections des voies respiratoires, de l'appareil génito-urinaire, de la peau et des tissus mous, lorsque l'infection est causée par des germes sensibles.

CONTRE-INDICATIONS

Le Keflex est contre-indiqué chez les malades dont l'allergie au groupe des céphalosporines est connue.

AVERTISSEMENT

Chez les malades pénicillino-sensibles, les dérivés de la céphalosporine C ne doivent s'employer qu'avec beaucoup de prudence. Il existe des preuves cliniques et des données de laboratoire démontrant l'existence d'une allergie croisée partielle entre les pénicillines et les céphalosporines. Des cas de malades qui ont présenté des réactions graves aux deux médicaments (y compris la mort par anaphylaxie après l'administration parentérale) ont été signalés. Tout comme pour les pénicillines orales, il y a très peu de risques que des réactions immédiates et graves surviennent après l'administration du Keflex, céphalosporine orale.

Tout malade qui a déjà souffert d'une allergie quelconque, particulièrement aux médicaments, ne doit prendre des antibiotiques qu'avec précaution et seulement lorsqu'ils sont absolument nécessaires. Aucune exception ne doit être faite pour le Keflex.

PRÉCAUTIONS

Comme pour tout nouveau médicament, il faut suivre les malades avec soin de façon à dépister tout effet secondaire ou toute manifestation inhabituelle d'idiosyncrasie médicamenteuse. S'il se produit une réaction allergique, le Keflex doit être discontinué et le malade traité avec les agents habituels (par ex., épinéphrine, antihistaminiques, amines vaso-pressives ou corticostéroïdes).

L'emploi prolongé du Keflex entraîne une pullulation de germes non sensibles. Une observation étroite du malade s'impose donc. Si une surinfection survient pendant le traitement, il faut prendre les mesures voulues.

Comme les autres agents antibactériens puissants qui s'éliminent par le rein, le Keflex doit s'administrer avec prudence en présence d'altération de la fonction rénale. En pareil cas, on doit garder le malade en observation clinique étroite et pratiquer des analyses de laboratoire, car la dose sûre peut être moins élevée que la dose habituellement préconisée.

Si l'on doit administrer du Keflex pour un traitement prolongé, des analyses hématologiques de contrôle et des épreuves fonctionnelles du rein et du foie doivent être effectuées régulièrement.

L'innocuité de ce médicament chez les femmes enceintes n'a pas été établie.

Les interventions chirurgicales indiquées, par exemple l'incision et le drainage des abcès, doivent être pratiquées de concert avec l'antibiothérapie.

Le Keflex peut donner une fausse réaction positive dans la détermination de la glycosurie effectuée avec les solutions de Benedict ou de Fehling ou avec les comprimés Clinitest mais non avec Tes-Tape (papier pour l'épreuve glycosurique, Lilly).

RÉACTIONS ADVERSES

Troubles gastro-intestinaux — L'effect contraire le plus fréquent est la diarrhée. Chez la plupart des malades, elle n'a pas été assez grave pour justifier la cessation du traitement. Il s'est également produit des nausées et des vomissements et des cas de dyspepsie et de douleur abdominale ont été signalés.

Hypersensibilité — Il est survenu des allergies (sous forme d'éruptions et d'urticaire). Ces réactions ont habituellement disparu à l'arrêt du traitement.

Les autres réactions observées étaient un prurit génital et anal, une moniliase génitale, une vaginite et des pertes vaginales, des étourdissements, de la fatigue et une céphalalgie.

On a signalé des cas d'éosinophilie; environ 13% des malades ont manifesté une augmentation supérieure à 4%.

Une leucopénie et une neutropénie ont été constatées chez quelques malades.

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE

On ne dispose d'aucun renseignement sur le traitement du surdosage de Keflex. Il n'existe pas d'antidote spécifique.

ADMINISTRATION ET POSOLOGIE

Le Keflex s'administre par voie orale. La posologie pour adultes est de 1 g à 4 g par jour à prendre en doses fractionnées. La dose habituelle pour adultes est de 250 mg toutes les six heures. Dans les infections plus graves ou dans celles qui sont causées par des germes moins sensibles, il peut être nécessaire de donner des doses plus fortes. Si les doses quotidiennes de Keflex nécessaires sont supérieures à 4 g, il faut envisager l'administration parentérale de céphalosporine aux doses appropriées.

La dose quotidienne recommandée pour les enfants est de 25 à 50 mg/kg divisés en quatre prises.

Poids de l'enfant	*Suspension de Keflex (125 mg/5 ml)*
10 kg (22 lb)	½ à 1 c. à thé quatre fois par jour
20 kg (44 lb)	1 à 2 c. à thé quatre fois par jour
40 kg (88 lb)	2 à 4 c. à thé quatre fois par jour

Dans les infections graves, la dose peut être doublée.

Dans le traitement des infections à streptocoques, on doit administrer une dose thérapeutique de Keflex pendant au moins dix jours.

FORMES POSOLOGIQUES

Les Pulvules de Keflex, équivalant chacune à 250 mg de céphalexine (No 402), sont présentées en flacons de 50. Identi-code H69.

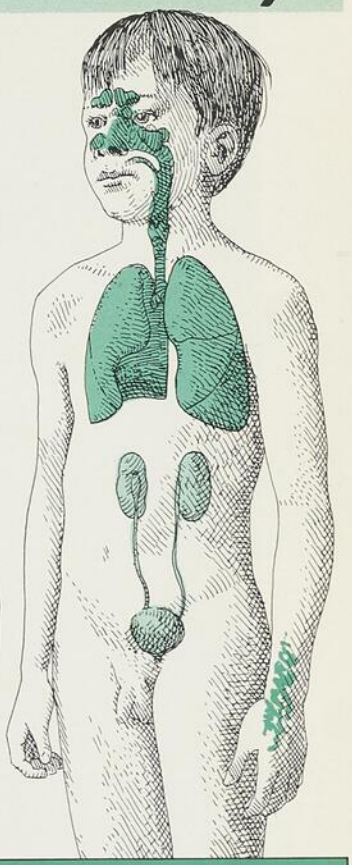
La suspension orale de Keflex (M-201), dosée à 125 mg de céphalexine par cuillerée à thé de 5 ml, est présentée en flacons de 100 ml et a le goût de la gomme à claquer. *Identi-code W21.*

LA COMPAGNIE ELI LILLY (CANADA) LIMITÉE • TORONTO, ONTARIO

TRAITEMENT PAR LA CÉPHALOSPORINE ORALE *Lilly*



POUR LES ADULTES
LE Pr Keflex
monohydrate de céphalexine



MAINTENANT, POUR LES ENFANTS LA SUSPENSION ORALE DE
Pr Keflex
125 mg./5 ml.

LA POSOLOGIE

La dose quotidienne recommandée pour les enfants est de 25 à 50 mg/kg divisés en quatre prises.

Poids de l'enfant	*Suspension de Keflex (125 mg/5ml)*
10 kg (22 lb)	½ à 1 c. à thé quatre fois par jour
20 kg (44 lb)	1 à 2 c. à thé quatre fois par jour
40 kg (88 lb)	2 à 4 c. à thé quatre fois par jour

Dans les infections graves, la dose peut être doublée.

EFFICACITÉ CONFIRMÉE DANS LES INFECTIONS DES ENFANTS
Résultats déterminés par des investigateurs cliniques

	Total de cas traités	Total de résultats satisfaisants	Pourcentage de résultats satisfaisants
Infections des voies respiratoires dues au streptocoque bêta-hémolytique, à *H. influenzae* et au pneumocoque. Pharyngite, amygdalite, bronchite, pneumonie	375	346	92%
Infections de la peau et des tissus mous dues au staphylocoque† Furoncles, cellulite, lymphangite, abcès sous-cutanés, pyodermite et infections des plaies	22	22	100%
†Y compris les souches coagulase positives, coagulase négatives et productrices de pénicillinase			
Infections des voies urinaires dues à *Esch. coli*, *Pr. mirabilis* et à certaines espèces de *Klebsiella*.			
Infections aiguës—cystite et pyélonéphrite	44	43	98%
Infections chroniques—cystite et pyélonéphrite	11	10	91%

ABSENCE REMARQUABLE DE RÉACTIONS ADVERSES EN PÉDIATRIE

	Nombre d'effects secondaires chez 1,260 cas	Nombre de fois où le traitement a dû être arrêté chez 1,260 cas
Réactions gastro-intestinales		
Diarrhée	32	2
Nausées et vomissements	21	3
Douleur abdominale	1	0
Stomatite	1	0
Anorexie	1	0
Allergiques		
Éruptions cutanées	14	4
Urticaire	1	1
Oedème angioneurotique	1	1
Fièvre	1	0
Autres		
Prurit génital ou candidose	1	0
Étourdissements	1	0
Céphalée	2	0

Efficacité antibiotique confirmée et peu de réactions allergiques et gastro-intestinales

LA COMPAGNIE ELI LILLY (CANADA) LIMITÉE • TORONTO, ONTARIO



SUPPOSITOIRES

BRONCHO-GRIPPOL

Adultes — enfants — bébés

INDICATIONS : Médication de choix pour le traitement des états fébriles, de la grippe, des refroidissements saisonniers, des laryngites, des trachéites, des bronchites, du status postopératoire, des pneumonies et des broncho-pneumonies, en tant qu'adjuvant des traitements par les antibiotiques et les bactériostatiques.

FORMULE :	Adultes	enfants	bébés
Acétylsalicylate de Ca.	0.40 gm	0.200 gm	0.050 gm
Dihydroxypropylthéophylline	0.15 gm	0.100 gm	0.015 gm
Sulfate de Quinine	0.05 gm	0.030 gm	—
Racine d'aconit pulv.	0.02 gm	0.005 gm	0.001 gm
Gaiacol	0.05 gm	0.030 gm	0.002 gm
Eucalyptol	0.05 gm	0.030 gm	0.020 gm
Camphosulfonate de Na	0.05 gm	0.020 gm	0.010 gm
Excipient spécial q.s.			

INDEX THÉRAPEUTIQUE : De par la synergie entre ses composants, le Broncho-Grippol est doué des propriétés les plus efficaces comme antipyrétique, comme antiseptique des voies respiratoires, comme eupnéisant et comme cardio-protecteur.

Le NOUVEAU SIROP pour la toux

BRONCHO-GRIPPOL

INDICATIONS : Sirop béchique agréable au goût pour soulager les symptômes accompagnant les affections de l'appareil respiratoire supérieur tels que la bronchite, la laryngite, la pharyngite, le coryza, l'asthme, la rhinite allergique, l'influenza, la sinusite et le rhume des foins.

Avantages : décongestionne la muqueuse nasale sans produire d'excitation cérébrale; soulage les symptômes allergiques sans entrainer de somnolence;

diminue le réflexe tussigène sans entrainer les effets secondaires de la codéine : constipation, accoutumance, etc.;

favorise l'expectoration soutenue en fluidifiant le mucus.

FORMULE : Chaque cuillerée à thé (5cc) contient :

Phényléphrine HCl	5 mg
Diphénylpyraline HCl	1 mg
Dextrométhorphan HBr	5 mg
Citrate de Sodium	150 mg
Gaiacolate de Glycéryl	25 mg

Seuls distributeurs au Canada

Herdt & Charton Inc.

2245, rue VIAU — MONTRÉAL, P. Q.

Échantillon et documentation envoyés sur demande.

SOME ASPECTS OF CEREBRAL PALSY AND ITS TREATMENT AS PERCEIVED BY THE FAMILIES OF 49 CHILDREN *

K. MINDE, M.D.[1], S. SILVER, M.Sc.[2], and D. KILLOU, B.S.W.[2]

The successful management of cerebral palsied children early in life depends to a large extent on a detailed understanding of the particular problems such children face as they grow up. However, at present there are no reported prospective studies following this type of children through their development, although a great deal of emphasis has generally been given to the emotional impact such a handicap has on the child and his family (6, 11 and 16).

The potential difficulties a handicaped child faces in his development was highlighted by Barsch (1), who examined the child rearing practices of 177 families who raised a child afflicted with one of five distinct handicaps (cerebral palsy, organic disorders, mongolism, blindness and deafness). He concluded that the practices employed with these handicapped children at age 6 did not differ significantly from those used with their normal siblings and that parents gave their children credit for understanding their language far more than they actually did (pp. 344–346).

These findings imply that handicapped children raised by normal parents who in turn mirror the expectation of society geared towards "normalcy" are faced with developmental hurdles not encountered by their physically healthy peers. They also demonstrate a need to examine in detail how these hurdles are met by the individual and his family as only then can we hope to identify and manipulate the variables which can insure truly equal opportunities for the handicapped person.

The present paper reports some preliminary data on a prospective, long-term developmental investigation of 41 crippled and 8 congenitally deaf children and examines the reliability of these data.

METHOD

Subjects

All 49 deaf and crippled children, admitted during 1967 and 1968 to Kindergarten and Grade I of the MacKay Institute for deaf and crippled children in Montreal were included in the investigation. This institute admits all crippled and deaf children from the island of Montreal who seek instruction in English, provided their intelligence is at least within the educable range. The school provides a comprehensive range of free services (physiotherapy, occupational and speech therapy, complete medical and dental care) for each child during his approximately twelve years of schooling. There are also two full-time social workers available. The total enrolment of the school is between 270 and 280 children.

PROCEDURE

Prior to admission, each family was given an appointment for an interview with the authors. The interview covered all necessary information pertinent to the child's development, *i.e.* background of both parents, physical and emotional development of the child, and present and future status of the handicap as perceived by both the child and his parents. The parents at the same time were told that the main author would act as a permanent liaison between the rehabilitation team and the family and would maintain regular contacts with teachers, various paramedical personnel, the child and themselves.

The psychologist (S.S.) and social worker (D.K.) were introduced as people who were concerned with definite aspects of the child's development.

* Paper presented at the VII[th] Annual Convention of the Quebec Psychiatric Association, Sherbrooke, April 22–24, 1971.

1. Assistant Professor, Department of psychiatry, McGill University, Psychiatric consultant, MacKay Center for deaf and crippled children. Montreal, P.Q.

2. MacKay Center for deaf and crippled children,

Both parents of each child attended the initial interview which lasted for 2½ to 3 hours and was conducted in the following sequence:

(*a*) Background information, including socio-economic, educational and past life data of both parents (20 questions).

(*b*) Birth and neonatal history of child (31 questions).

(*c*) The history of the child's physical disability (25 questions).

(*d*) The present status of the handicap as seen by the parents and child (20 questions).

(*e*) The future as seen by the parents (15 questions).

After the initial interview, the following schedule of contacts and evaluations was maintained:

(*a*) Each teacher was asked to rate every child by the Teacher Rating Scale developed by Rutter *et al.* (13) in November and May of each successive school year.

(*b*) The main investigator spent about three hours per week in the school with the teachers, paramedical personnel, the children and/or their parents, discussing the development of each child.

At no time did he actively seek a change in parental attitudes or child rearing patterns, but was always available when a parent sought him out for advice or one of the social workers asked him to see a particular family with their consent.

Analysis of Data

The data from the initial parental interview, which will be reported here, provided some categorical (yes, no, do not know) and scale items (very much, moderately so, a little) which could easily be converted into number scores. The questions, however, which were designed to elicit attitudes and personal experiences from the parents (*e.g.* how do John's friends take his handicap; what do you see in store for your child, etc.) could not be treated in this fashion and were scored as follows: the answers of the first twenty-five families to each questions dealing with attitudes and experiences were recorded on special protocols and screened for common themes (*e.g.* John's friends can ignore his handicap and treat him like one of them, they can be especially helpful towards him or they can reject him; parents can see their child turn out to be completely normal, see him have a permanently miserable life, never think about the future or they simply may not know). These themes were then given numbers and the individual responses scored accordingly. In no instance did there appear more than six distinct themes to any question.

The second part of the investigation examined the reliability of the previously discussed observations by comparing the protocols of the interviewer (K.M.) and the two observers (S.S. and D.K.) on children 10–49. The first nine children were not included in this reliability study as they had served as basis for discussions on interviewing techniques by the team and hence would most likely have shown a greater divergence of opinion.

RESULTS

Background Data

Tables I and II describe the total sample, 23 retarded (I.Q. below 80) and 26 non-retarded

TABLE I

Background information

SUBJECTS	SEX		AGE	PLACEMENT	
	Female	Male		Adopted or foster	Natural parents
Retarded N = 23	6	17	Mean 6.08	2	21
Non-retarded N = 26	11	15	Mean 6.04	2	24
	df = 1 χ^2 = 1.41 N S		N S	N S	

TABLE II

Background information

SUBJECTS	LANGUAGE SPOKEN AT HOME			SOCIO-ECONOMIC CLASS			I.Q.
	English	French or bilingual	Other	I-II	III	IV-V	
Retarded N = 23	13	3	7	2	6	15	Mean 71.5 * S.D. 8.38
Non-retarded N = 26	11	6	9	9	8	9	Mean 93.8 S.D. 8.12
		df = 2 χ^2 = 1.35 N S			df = 2 χ^2 = 6.04 p < 0.05		

* Only 16 out of 23 children had received formal intelligence testing.

children in terms of age, socio-economic status (as measured by the Hollingshead Scale, 1958), the language spoken at home and the child's placement at the time of admission to the school.

It is apparent that we deal with young groups of children who vary significantly only in their economic background. This may possibly be a chance finding, but could also reflect the additional stimulation the middle and upper class families were able to give their children. Of the 16 children who did not speak English or French at home, 7 spoke Italian, 3 German, 2 Greek, 1 Dutch, 1 Portuguese and 1 Arabic.

Table III summarizes the type of illnesses the children display. It is evident that the group as a whole is quite handicapped, 21 children suffering from spastic paralyses with or without athetosis and 8 displaying more than one distinct adnormality, each one of which alone would have given rise to a visible handicap.

The organic element in our children is obvious in the presentation of factors associated with pregnancy, labour, delivery and early infancy.

Ten mothers of the 41 crippled children had had an abortion and 3 a still-birth prior to the birth of the handicapped child (a total of 31%), whereas only one mother in the deaf group experienced such a difficulty.

Table IV indicates that the pregnancy was entirely uneventful for only 13 mothers of the crippled and 4 of the deaf group. The other mothers had one or more problems during their pregnancy which are statistically associated with a higher incidence of fetal defects.

Birth weights again showed a high number of children to be premature (Table V), with 13 children born after less than 36 weeks of pregnancy, and there were 8 caesarian sections and 3 breech deliveries in the cerebral palsy group.

The condition of the children at birth was generally poor as more than 50% required special assistance or were noted to have obvious abnormalities. These gross disturbances showed themselves in the children's later motor development which indicated that out of 41 cerebral palsy children, 7 did not yet sit unsupported upon entry to the school and the rest had begun to do so between 6 and 48 months of age with a mean of 14.6 months. One deaf child who had multiple handicaps due to Thalidomide ingestion of his mother during pregnancy, sat at 36 months, the others all between 6–8 months.

Walking was even more delayed. Eighteen cerebral palsy children did not walk at the age of 6

TABLE III

Type of illnesses

Quadriplegia with or without athetosis	10
Paraplegia	6
Hemiplegia	5
Non-neurological disorders (*e.g.* severe hemophilia, congenital cardiac anomalies	5
Multiple congenital abnormalities	8
Hydrocephalus	2
Brain damage (post infectious epilepsy)	3
Poliomyelitis	2
Congenital deafness	8

years, the others had begun between 9 and 70 months, with an average of 27.1 months.

Talking began at an average of 18.5 months, though 2 cerebral palsied children were not able to say one independent word when admitted to the school.

When we turn from the purely external features of the child to the history of his handicap as it had unfolded for the family, we find that only 25% of the parents of the cerebral palsy group had received a diagnosis before the child was one year old, whereas 50% of the deaf group had done so. The second year brought diagnostic clarification for 30% more cerebral palsy parents and all of the deaf children. Not until the sixth year were some of our cerebral palsy parents told by a physician that there was something wrong with their child. The agony of somehow knowing and yet not being told is well exemplified by one mother who was assured for four years that her child could not

TABLE IV

Complications in pregnancy *

	CEREBRAL PALSY	DEAF	TOTAL
No problem	13	3	16 (32%)
Rh. incompatibility	0	1	1 (2%)
Toxemia	1	1	2 (4%)
Diabetes	3	0	3 (6%)
Rubella	1	2	3 (6%)
Drugs	8	2	10 (20%)
Pelvic X-ray	7	0	7 (14%)
Hemorrhage, 1st trimester	7	1	8 (16%)
Other abnormalities	6	1	7 (14%)
No information	4	1	5 (10%)

* Some cases listed in multiple categories.

TABLE V

Birth weights of handicapped children

WEIGHT	CEREBRAL PALSY	DEAF	TOTAL
2 lbs. to 3 lbs. 15 ozs.	4	0	4 (8%)
4 lbs. to 5 lbs. 8 ozs.	6	2	8 (16%)
5 lbs. 8 ozs. to 7 lbs. 15 ozs.	23	5	28 (56%)
8 lbs. to 9 lbs. 15 ozs.	7	1	8 (18%)
No information	1	0	1 (2%)

TABLE VI

Condition of handicapped child at birth *

	CEREBRAL PALSY	DEAF	TOTAL
Exchange transfusion	2	0	2 (4%)
Jaundiced	2	1	3 (6%)
Given oxygen	9	2	11 (22%)
Placed in incubator	18	1	19 (38%)
Seizures	8	0	8 (16%)
Feeding problem in hospital	12	1	13 (26%)

* Some cases listed in multiple categories.

walk simply because he lacked calcium in his bones. Only after giving him large doses of a calcium preparation for more than 44 months did mother buy a train ticket and came to Montreal for another opinion.

Looking at the manner in which the parents felt they had been informed about the diagnosis of their child, we discover that only 50% of both the cerebral palsy and deaf parents thought they had received a good medical explanation. Twenty-five percent felt that the physician had been vague and non-committal towards them and the rest reported rather heartless comments (*e.g.* your son is stupid, you had better put him away, etc.).

Parents reacted to this diagnostic clarification, as shown in Table VII, in four possible ways (depression, denial, anger and acceptance), with mothers showing significantly more depressive reactions than fathers ($p < .05$).

When we asked what the parents perceived as the worst part of their child's condition four basic themes emerged, centering around the handicap proper (55%), the difficult or costly life it created for the parents (26%), the constant fear about the safety of their child (15%) and the denial of any trouble (4%).

Despite these obviously difficult adjustments our parents had to go through, only 15 (30%) had had a doctor who continuously looked after their child for more than three years and whom they perceived as being interested and sincere. Thirty-three mothers and fathers (65%) of both cerebral palsy and deaf children wanted to know more about their child's handicap, 9 through groups of parents' meetings, 8 through individual teaching by a doctor, and 16 through more than one medium. In contrast, 25 parents felt they had never been given a truthful, precise answer about the condition of their offspring by any physician although their youngsters had all had at least one period of hospitalization of considerable length (Tables VIII and IX).

When we asked all parents who often appeared to have a somewhat disparaging view of the medical profession, whether there had been any one person who really helped them, only 28 answered in the affirmative (60%), citing the extended family as the primary source (9 cases), followed by friends and physical therapists (7 cases), a physician (6 cases) and other people (6 cases).

In 14 cases the help most appreciated concerned practical assistance (*e.g.* baby sitting, devising a special stroller, a method to get up and down stairs, etc.), in 7 cases it concerned the satisfactory explanation of the medical condition of their child, in 4 a personal interest and sympathy displayed towards the family, and in another 4, more than one type of help.

When we turned our attention to the child and his perception of his own difference, the following findings emerged.

Thirty-three parents (65%) were sure that their child had consciously perceived his/her difference from other children. Seventeen of these youngsters had outwardly reacted as if they did not care, 5 had made detailed enquiries and 11 had shown obvious anger and/or depression. The parents' reported reactions towards their child's

TABLE VII

Initial reaction of parents to diagnosis of child

	Cerebral palsy		Deaf	
	Mother	Father	Mother	Father
Depressed, sad	28	17	4	2
No reaction "doesn't matter"	5	8	2	1
Anger	3	4	0	1
Acceptance	5	5	2	1

TABLE VIII

Number of hospitalizations of cerebral palsy children

Number of hospitalizations	Children
1	8
2 – 4	19
5 – 9	7
10 and more	7

TABLE IX

Months of hospitalization for cerebral palsy children

Number of months	Children
2 months or less	23
3 – 6 months	9
7 – 12 months	4
13 – 24 months	3
36 – 48 months	2

TABLE X

Reaction of parents towards child's realization of handicap

Evade the issue	15 cases
Give emotional support to child	10 cases
Give factual explanation of handicap	4 cases
Lie	3 cases
Angry at child	1 case
TOTAL	33 cases

TABLE XI

Particular parental fears regarding the future of their cerebral palsy child

	FATHER	MOTHER
Intellectual self-sufficiency	18	17
Inability to mature physically and/or emotionally	2	9
Fear parents will die and child be unattended	2	5
No fears at all	8	9
TOTAL	30	40

discovery of his/her difference was variable, evasion being most common, plain anger most rare.

A great majority of both deaf and crippled children were said to have good friends in the neighbourhood (42 out of 49), who accepted the obvious handicap quite naturally (38 out of 42).

On the other hand, 21 mothers and fathers thought that their child at times used his handicap for secondary gains, mainly by displaying exaggerated helplessness (11 cases) and asking for extra material goods (6 cases). Twenty-six parents furthermore stated that they babied their children by doing things for them which the children were basically capable of doing themselves (14 cases) or by giving in to their excessive demands (6 cases).

The same tendency was shown in the area of punishment, where 5 parents never punished their child, 13 had no particular way of doing so, 17 used physical punishment and/or word control only and 12 more deprivation or isolation as their main methods.

When we attempted to elicit thoughts about the future from our parents, we met two apparently opposing trends *. The more general question of "What do you see in store for your child in the future?" was met with three possible answers:

(*a*) Everything will be all right (21 cerebral palsy and all parents of deaf children).

(*b*) No idea, never think about it (17 cerebral palsy parents).

(*c*) Life will be very hard (3 cerebral palsy parents).

However, a more detailed probing into the particular concerns and fears the parents had in regard to the future indicated clearly that on some level most of them had considered this issue, as shown in their doubts regarding their child's intellectual self-sufficiency, physical maturity, or else the concern that they might die and leave their youngster unattended.

Further evidence that this was a difficult concept to clarify came from some questions relating to the handicapped child vs. society at large and the expectations of the school in particular. Only 60% of the parents thought a handicapped child could possibly encounter more difficult developmental hurdles than his normal peers did while the rest thought them to be equal or even superior to others. Yet 55% of the parents saw the school as a place to "make their child normal" in a physical and cognitive sense. Another 40% felt the improvement of physical conditions should receive first choice and the rest thought the emotional adjustment of uppermost importance.

Nevertheless, all parents were able to estimate the actual intellectual capacity of their child fairly accurately as only 6 parents misjudged their child's category of intellectual capacity, *i.e.* called him average though he was in fact mildly retarded.

RELIABILITY OF OBSERVATIONS

The last task the authors felt called to do was to establish the reliability of the measures employed in this study. This seemed especially important as the investigation was planned as a prospective long-term project, which would use the present data as a baseline for developmental comparisons.

The evaluation of these concepts in psychiatry has recently gained renewed importance, highlighted by the Anglo-American cross-national study of the mental disorders (7), but its potential problems were previously well summarized by Kreitman (8).

Reliability can either be measured by attempting to repeat standardized interviews within a short time interval [Wing *et al.*, 1967; Beck *et al.*, (2);

* Actually "All right" and "No idea" have an important component of denial in common.

Ward *et al.*, 1962; Kreitman *et al.*, (8)] or by simultaneous observations of filmed [Katz *et al.*, (5)] or live interviews [Rosenzweig *et al.*, 1961; Spitzer *et al.*, (14)].

We chose the latter method, as film equipment was not available and we were striving to minimize additional stress for our families which frequently found our interview to be a very strong emotional experience.

The data are reported in percentage agreements, as this is clinically more meaningful (8) than statistically significant correlation coefficients. Disagreements in our study could be either simple (1 of the 3 raters disagreed, the other 2 agreed) or double (each of the 3 raters chose another option).

Of the 118 questions which were so tabulated (7 questions were scored separately for fathers and mothers), 96 (81.4%) showed agreement among the raters which fell above the 80% mark. Another 10 items showed 70–80% total agreement, leaving a total of 12 (10%) where agreement was present in less than 70% of all subjects.

These 12 items were examined and could be classed in 3 broad groups:

(*a*) Those which required the observer to make judgments of varying complexity (4 items), *e.g.* general emotional adjustment of child and general harmony of family which was rated from 1–5 or 7 levels of education for both mother and father. Here disagreements were always within one level.

(*b*) Those which were vaguely worded and hence led observers to disagree (4 items), *e.g.* "how much more would you like to know about your child's condition", with a possible answer of "very much", "a little more", "nothing more". Here, disagreement was again only within one category (very much more vs. a litte more).

(*c*) Those questions which were possibly too broad in scope and frequently triggered a very strong emotional reaction (4 questions), *e.g.* "what did the doctor say to you when he initially informed you about your child's handicap"; "what do you consider the most difficult part of your child's handicap today" (mother and father); "what did the person who helped you most during the past five years in fact do?" Here parents very frequently gave a great many answers which were scored as "more than one" by some observers, whereas others wrote down only the main theme.

Taking all the above considerations into account, we found that only 28 disagreements could not be explained among the sum total of 424 times the 12 items had been answered.

Furthermore, when 15 questions chosen for their timelessness (*e.g.* when did John first realize that he was different; how did his friends take his handicap five years ago and now, etc.) were re-administered to 32 mothers, 3 to 4 years later, the agreement varied between 97% and 75%. The items with the highest long-term reliability were more factual, whereas emotionally coloured questions showed less accuracy. This confirms the work of Wenar and Coulter (15), who found that accuracy is highly related to the affective content of the information being reported.

DISCUSSION

It is obvious from our initial data of this severely handicapped group of children and their parents that the traditional concepts of "acceptance vs. rejection" are meaningless within a developmental frame of reference. The majority of our parents went through the trauma of previous miscarriages or abortions and were alerted to potential difficulties by a number of abnormal occurrences during their pregnancy, or had a child who was often premature and/or needed special care and displayed a variety of medical ills. Yet most of these parents did not find anybody within the medical profession who took overall medical responsibility for the youngster and co-ordinated the search for resources which needed to be available for his care. In fact, most of the parents were left wondering about their child's condition for many months and given vague, general statements, followed by a sudden confrontation with a seemingly disastrous diagnosis, without accompanying support.

One of the most important findings of this study, empirically known to many practitioners in the field of physical handicap, is the clearly established importance of practical help which these parents require and all too often fail to receive. This help ranges from tips on how to nail a rug on the floor, so that John does not trip so easily, to the knowledge that the local Fire Department will place a special sign into the window of a handicapped person's home, which in case of an emergency will lead the firemen to evacuate the inhabitants of this apartment first. This assistance, in our sample, comes primarily from relatives, or in a minority of cases, from paramedical personnel. While this

is both appropriate and logical, the physician could ideally serve as a mediator, linking up families with people who can help in practical issues, rather than let natural selection take its course, with the resultant high failure rate (40% of our parents never found anybody who helped them). It appears to us, and this belief is strengthened by subsequent experiences reported elsewhere (10), that we physicians are simply not adequately trained to look at patients from a developmental point of view. We are still prone to diagnose pathology, and if no immediate remedy is available, to refuse responsibility, rather than use our knowledge of growth and development in furthering services which can in fact provide integrated care for all children. It is the author's feeling from the many hours we have spent with these parents, that the parents' apparent inability to see their child's life in a time perspective is closely related to the physician's refusal to take part in the educative process of these families. His position to provide a truly developmental perspective to the crippled child is immensely strong and could, in our opinion, bring about a radical change in society's need to equate everybody to the lowest common denominator.

The second part of our study indicates clearly that in the vast majority of cases agreement on what the patient says in a semi-structured interview can be achieved among three raters. The items with the lower concordance were generally poorly constructed and upon modification will hopefully yield higher rates of agreement. This demonstrates the feasibility of conducting a long-term prospective study of the development of the special child based on semi-structured interviews and will be followed by reports of the growth of this particular group during their later school years.

REFERENCES

1. Barsch, R., The parent of the handicapped child : the study of child rearing practices, *Charles C. Thomas*, Springfield, Ill., 1968.

2. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., and Erbaugh, J. K., Reliability of psychiatric diagnoses : 2. A study of consistency of clinical judgements and ratings, *Am. J. Psychiat.*, **119** : 351–357, 1962.

3. Hollingshead, A., and Redlich, F., Social class and mental illness : A community study, *Wiley & Sons*, New York, N.Y., 1958.

4. Isaacs, A. D., Reliability of a procedure for measuring and classifying "present psychiatric state", *Brit. J. Psychiat.*, **113** : 499–515, 1967.

5. Katz, M. M., Cole, J. O., and Lowey, H., Studies of the diagnostic process : the influence of symptom perception, past experience and ethnic background on diagnostic decisions, *Am. J. Psychiat.*, **125** : 937–947, 1969.

6. Kelman, H. R., The effect of the brain-damaged child on the family, *in* H. C. Birch (Ed.), Brain-damage in children : the biological and social aspects, pp. 77–100, *William and Wilkins*, New York, N.Y., 1964.

7. Kramer, M., Cross-national study of the mental disorders : origin of the problem, *Am. J. Psychiat.*, **125** : Apr. Supp. 1–11, 1969.

8. Kreitman, N., The reliability of psychiatric diagnosis, *J. Ment. Sci.*, **107** : 876–886, 1961.

9. Kreitman, N., Sainsbury, P., Morrisson, J., Towers, J., and Scrivener, J., The reliability of psychiatric assessment : an analysis, *J. Ment. Sci.*, **107** : 887–908, 1961.

10. Minde, K., Hackett, J. D., Killou, D., and Silver, S., How they grow up : 41 cerebral palsy children and their families, Presented at the *124th Annual meeting of Am. Psychiat. Assoc.*, Washington, D.C., 1971.

11. Neff, W. S., and Weiss, S. A., Psychological aspects of disability, *in* B. B. Wolman (Ed.), Handbook of clinical psychology, pp. 785–826, McGraw-Hill, New York, N.Y., 1965.

12. Rosenzweig, N., Vandenberg, S. C., Moore, K., Dukay, A., A study of the reliability of the mental status examination, *Am. J. Psychiat.*, **117** : 1102–1108, 1961.

13. Rutter, M., *et al.*, (1967), A children's behaviour questionnaire for completion by teachers : Preliminary findings, *J. Child Psychol. Psychiat.*, **8** : 1–11, 1967.

14. Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., Burdock, E. I., and Hardesty, A. S., The mental status schedule : rationale, reliability and validity, *Compr. Psychiat.*, **5** : 384–395, 1964.

15. Wenar, C., Coulter, J. B. (1962), A reliability study of developmental histories, *Child Developm.*, **33** : 453–462.

16. Wright, B. A. (1960), Physical disability : A psychological approach, New York, *Harper and Row*.

UTILISATION DU PSYCHODRAME, AUPRÈS D'UN GROUPE D'ENFANTS DE 8 À 11 ANS *

Gisèle LEGAULT, t. s. p.[1]

Cet exposé porte sur l'approche psychodramatique auprès des enfants à la période de latence et en période pré-pubertaire. Nous verrons d'abord les schèmes théoriques élaborés à la Clinique de psychiatrie infantile de l'hôpital Notre-Dame à Montréal et ceux dont nous nous sommes inspirée, soit ceux de Moreno (4 et 5), Anzieu (1), Schutzenberger (8), Widlöcher (9) et Boulanger (2).

En second lieu, nous étudierons le cheminement d'un enfant du groupe de psychodrame, maintenant âgé de 10 ans, au cours d'une expérience de groupe de dix-sept mois, ce cheminement étant assez représentatif de celui qui fut parcouru par plusieurs des enfants du groupe.

A. L'APPROCHE PSYCHODRAMATIQUE

Le psychodrame, inventé par J. L. Moreno, psychiatre autrichien venu s'installer à New York en 1925, est une méthode de groupe qui, par le jeu théâtral improvisé et indépendamment de toute ambition artistique, permet de « faire surgir ou renaître des sentiments, des fantasmes, des conduites dont la compréhension et l'élaboration dans le jeu aideront à découvrir, modifier ou développer la personnalité » (9). L'utilisation de cette méthode est particulièrement appropriée chez l'enfant qui s'engage et apporte spontanément une participation très intense au jeu dramatique, l'expression purement verbale lui étant souvent difficile en traitement individuel et, par ailleurs, la thérapie de jeu proprement dite ne lui convenant pas, parce que vue comme trop liée aux activités des enfants plus jeunes.

Cette prédisposition spéciale des enfants de cet âge pour le jeu dramatique nous a fait préférer cette approche thérapeutique pour les enfants en cause.

Un autre aspect de l'utilisation du jeu dramatique est la pertinence de cette approche auprès d'enfants d'un milieu social exploité. La combinaison du verbe avec d'autres moyens non verbaux de communication, tels les gestes ou le mouvement, permet à ces enfants de s'exprimer plus qu'ils ne pourraient le faire sur le plan strictement verbal. Les enfants répondent plus à des actions vécues ou observées en psychodrame qu'à des mots uniquement; leurs réactions sont plus élaborées à partir des réalités qu'ils ont vues ou auxquelles ils ont contribué personnellement. L'aspect visuel, tactile, kinesthésique du jeu dramatique les atteint, je crois, plus que d'autres formes thérapeutiques auxquelles on pourrait les amener à participer. C'est là du moins une constatation que je suis amenée à faire, à partir de l'expérience effectuée avec ce groupe et qu'il serait intéressant de vérifier par d'autres recherches.

L'efficacité thérapeutique d'une telle méthode repose sur le fait qu'elle permet à l'enfant l'expression des sentiments ressentis à l'endroit des personnes significatives de son entourage immédiat, en même temps qu'elle entraîne une prise de conscience de la part jouée par lui dans les conflits ou difficultés rencontrées avec ces personnes. Ce travail se fait par des interprétations de l'action assumée dans des rôles; c'est la base de l'utilisation de cette méthode thérapeutique. Ce rôle apparaît en même temps que la relation à l'autre, *i.e.* à la mère; pour se créer en tant qu'individu, l'enfant devra créer ses propres rôles. Pour ce faire, il se servira de l'autre en tant que « moi auxiliaire »; c'est ainsi que les auxiliaires thérapeutiques (deux adultes, l'un masculin et l'autre féminin) deviendront en situation de psychodrame des moi auxiliaires permettant à l'enfant de découvrir ou de modifier ses propres rôles. La multiplication des

* Travail présenté au VII[e] Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Sherbrooke, du 22 au 24 avril 1971.

1. Chargée d'enseignement, École de Service social, Université de Montréal.

jeux dramatiques aidera ainsi l'enfant à se situer dans ses relations sociales. Par l'interaction psychodramatique avec les personnages de son monde personnel, l'enfant reprend à son compte les rôles de son père, de sa mère, de ses amis, de ses professeurs, etc., et réintègre les énergies investies dans la vie réelle, en renversant les rôles; il apprend à saisir ces personnes comme il n'avait pu le faire dans la vie réelle. « Sa personnalité a une occasion de se retrouver, de se réorganiser, d'éprouver un sentiment de puissance, d'allègement, une catharsis » (4).

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE LA MÉTHODE UTILISÉE PAR NOTRE ÉQUIPE

1. *Les thérapeutes*

Au nombre de trois, l'un assume une fonction principalement directrice et les deux autres, des fonctions principalement thérapeutiques; ces derniers sont appelés « moi auxiliaires ». Le thérapeute principal dirige le déroulement de la séance, en marque le début et la fin, suscite en général l'improvisation dramatique et fournit les interprétations nécessaires à l'enfant, directement ou par l'intermédiaire des thérapeutes auxiliaires avec qui il doit être en communication étroite pendant et après les séances. Ce thérapeute peut être amené à jouer certains rôles au cours des séances psychodramatiques, mais en général il reste en dehors de l'action proprement dite et s'occupe principalement de coordonner le tout. Le rôle de thérapeute auxiliaire, comme il a été fait mention auparavant, « contribue, par analogie avec le rôle de la mère durant les premiers mois de l'existence, à faire découvrir au sujet ses propres rôles, non pas en les mimant dans un effet de miroir, mais en les induisant par un jeu complémentaire » (9).

2. *Quelques techniques utilisées*

L'inversion des rôles consiste à inviter deux enfants ou un enfant et un adulte, en interaction dans une scène donnée, à échanger leurs rôles pour rejouer la scène. Le bénéfice de cette technique est, comme l'exprimait D. Anzieu, de « permettre à l'enfant d'explorer une situation du point de vue d'autrui, de découvrir à un degré qu'il ne soupçonnait pas combien l'attitude d'autrui est complémentaire de la sienne et d'inventer des attitudes nouvelles par lesquelles il pourra maîtriser cette situation ou en sortir » (1).

L'usage du double est une autre des techniques utilisées en psychodrame; il consiste à fournir à l'enfant un thérapeute auxiliaire qui l'aidera à exprimer d'autres dimensions de ce qu'il ressent. Il établit en quelque sorte un dialogue avec l'enfant lui-même, un dialogue qui ne se fait normalement qu'à l'intérieur du sujet. Le double exprimera ou tentera d'associer l'enfant à l'expression de sentiments agressifs qu'il ressent sous un couvert de soumission.

Il y a, bien sûr, beaucoup d'autres techniques utilisées en psychodrame, mais nous nous limiterons à ces deux dernières, car ce sont celles qui ont été le plus utilisées cette année, au cours des séances de groupe avec les enfants.

3. *Le déroulement des séances*

Les séances se divisent en séances diagnostiques et en séances thérapeutiques. (Ce modèle a été élaboré et diffusé par madame Carmen des Francs, psychologue à l'hôpital Notre-Dame.)

Les séances diagnostiques ont pour but de préciser, par le jeu dramatique bref et surtout descriptif, la perception qu'a l'enfant de son entourage familial, afin de compléter l'évaluation diagnostique formelle faite surtout d'après les parents ou l'école, et de situer davantage l'enfant dans le réseau de ses interrelations les plus proches.

Les séances thérapeutiques, comme leur nom l'indique, constituent l'essentiel du travail thérapeutique effectué auprès de l'enfant, travail qui témoigne ou non d'un certain progrès dans le comportement de celui-ci.

4. *Le nombre d'enfants*

Notre groupe de psychodrame était composé cette année de neuf enfants. Ce nombre est assez considérable, eu égard à la possibilité réelle pour les enfants d'être tous impliqués dans le jeu psychodramatique au cours d'une même séance, et aussi en raison de leurs problématiques diverses dont il sera fait mention plus loin. L'écart d'âge entre les enfants a varié de deux à trois ans; cet écart est peut-être trop grand, en ce sens qu'il permet la présence dans le groupe à la fois d'enfants à la période de latence et d'enfants à la période prépubertaire. Le degré de maturité affective est alors différent et apporte des difficultés au fonctionnement du groupe. Par contre, cet écart d'âge apporte une stimulation des enfants entre eux et est alors facteur de progrès.

5. Les diagnostics

Quant aux diagnostics des enfants adressés au groupe de psychodrame, on trouve certaines similitudes de symptômes, de structures psychologiques, de situations de famille ou de conflits affectifs. Il est ainsi intéressant de noter que sept des neuf enfants ont été amenés à la Clinique de psychiatrie infantile pour des troubles de comportement se manifestant par des symptômes divers: agressivité envers les autres enfants, envers les adultes, ou envers des objets (bris, vols), hostilité, négativisme, agitation, fugues, symptômes tous accompagnés de tics nerveux, de cauchemars (chez deux enfants), d'énurésie et d'encoprésie (chez l'un d'entre eux). Les trois autres enfants nous ont été dirigés pour des symptômes plus discrets, tels que comportement anxieux, timidité, énurésie et encoprésie, et pour des diagnostics tels que névrose d'angoisse, syndrome de privation, réaction d'adaptation à une situation familiale perturbée.

Ceci nous amène à parler quelque peu de la similitude des situations de famille des enfants dirigés au psychodrame, similitude qui réside surtout en ce que les familles des enfants sont toutes perturbées et, pour plusieurs, assez gravement. Les difficultés s'échelonnent de la mésentente conjugale jusqu'aux troubles conjugaux plus prononcés amenant la séparation (chez six couples) des époux avec troubles subséquents tels que problèmes psychiatriques et alcoolisme. La situation familiale des deux autres enfants nous est peu connue pour l'un d'entre eux, et comporte principalement des difficultés sociales pour l'autre (maladie et chômage). Trois des enfants sont d'ailleurs en foyer nourricier au moment de leur participation au psychodrame et deux autres sont sur le point d'y être placés. Cette analogie de situations familiales, plus peut-être que des structures psychologiques ou des symptômes, est particulièrement favorable au psychodrame, car elle amène des choix de sujets de jeu susceptibles d'intéresser plusieurs enfants et les rôles à assumer seront familiers pour plusieurs. Mentionnons ici que tous les enfants du groupe sont d'intelligence normale.

B. PRÉSENTATION D'UN CAS

Il s'agit de Martin, dirigé à la Clinique de psychiatrie infantile en octobre 1968, par le Service de pédiatrie, pour des troubles de comportement.

1. HISTOIRE PERSONNELLE DE MARTIN

Problème présenté

Martin est alors âgé de huit ans et demeure en foyer nourricier chez une tante depuis huit mois; les troubles de comportement se manifestent surtout à l'école par de l'agressivité et du négativisme vis-à-vis ses compagnons de classe et ses institutrices. Il présente aussi une encoprésie et une énurésie opiniâtres.

Histoire familiale

Deuxième enfant d'une famille de trois garçons, Martin a été placé dès sa naissance, car sa mère se sentait trop faible et ne pouvait récupérer de sa grossesse. Par la suite, une hostilité ouverte de la mère vis-à-vis l'enfant aurait forcé le père à placer Martin en foyer nourricier; c'est ainsi qu'il a été successivement placé dans seize foyers nourriciers pour aboutir à un placement éventuel à Huberdeau. Madame G., mère nourricière et tante de l'enfant, a alors décidé de le prendre chez elle, alors que les deux frères de Martin demeuraient avec leurs parents. Le père de Martin le visite une fois par semaine alors que sa mère ne le visite pas du tout et ignore même son adresse, car auparavant elle intervenait auprès des parents nourriciers et amenait la discorde chez eux. Selon la mère nourricière, la mère de Martin aurait été traitée et suivie en psychiatrie à plusieurs reprises. Madame G. ne donne que peu de détails sur les parents de Martin, sauf qu'ils se querellaient beaucoup.

Situation scolaire

Martin est en troisième année au moment où il est dirigé à la Clinique, et il réussit assez bien en classe. L'année précédente a été des plus orageuses, car l'institutrice était effrayée du comportement de Martin qui se roulait par terre, frappait tout le monde et s'opposait à toutes formes d'autorité.

Impression de Martin sur sa mère nourricière

Madame G. semble être vue comme une femme sévère avec ses quatre enfants; elle ne les frappe jamais mais il lui est arrivé de frapper Martin à deux reprises à propos de son encoprésie; l'enfant ne songe pas à se venger des coups reçus et il semble qu'il ne soit plus encoprétique depuis la punition.

Conclusion de l'examen

Les troubles de comportement de Martin semblent s'expliquer par son mode de réponse habituel qui est l'agressivité, mode qu'il a adopté également chez sa tante mais qui semble aller en diminuant, le foyer nourricier actuel constituant d'ailleurs le premier foyer réel de sa vie. Une thérapie de groupe, sous forme de psychodrame, est donc suggérée pour Martin qui devra apprendre à établir de nouveaux modes de communication avec son entourage.

2. SÉANCES DIAGNOSTIQUES

Les séances diagnostiques se sont déroulées comme suit: l'enfant est invité à présenter au groupe les membres de sa famille selon l'ordre de son choix en les situant là où il veut dans la maison familiale; il est ensuite invité à assumer les rôles des divers membres de sa famille et à communiquer par une phrase avec l'ego-auxiliaire jouant son propre rôle. Une nouvelle inversion de rôle l'invite ensuite à répondre lui-même à cette phrase. C'est ainsi que Martin, dans une première séance, nous présente ses parents (nourriciers) pour ensuite nous présenter ses sœurs et son frère. La première sœur de Martin, d'un an son aînée, est perçue comme une compagne de jeu avec qui il s'entend bien; la seconde, âgée de 11 ans, semble agacée par le comportement de Martin et s'adresse à lui d'une façon impatiente et expéditive. Le frère de Martin, âgé de 15 ans, est un compétiteur avec qui il faut rivaliser; Martin se sent toutefois inférieur à lui et obéit à ses commandements. La dernière sœur de Martin, âgée de 18 ans, est une amie avec qui il aime bien demeurer; cependant, cette dernière ne répond pas toujours à ses attentes. Le père de Martin est quelqu'un en retrait, passif quoique bien intentionné à l'endroit des enfants, et le comportement de Martin face à lui est fait d'obéissance et de crainte. Enfin, la mère de Martin est perçue comme réellement nourricière, préoccupée du bien-être physique de ses enfants; Martin a une attitude d'empressement à son endroit, de désir de l'aider. Nous pouvons dès lors situer davantage l'enfant dans ses relations les plus proches, comprendre mieux les actions élaborées plus tard au cours des séances thérapeutiques et les développer selon les besoins de l'enfant.

La représentation graphique de la famille de Martin (figure 1), en plus du dialogue bref engagé entre lui et les membres de sa famille, nous renseigne sur la distance psychologique plus ou moins grande qui sépare l'enfant de son frère, de ses sœurs, de ses parents. On peut ainsi voir que c'est

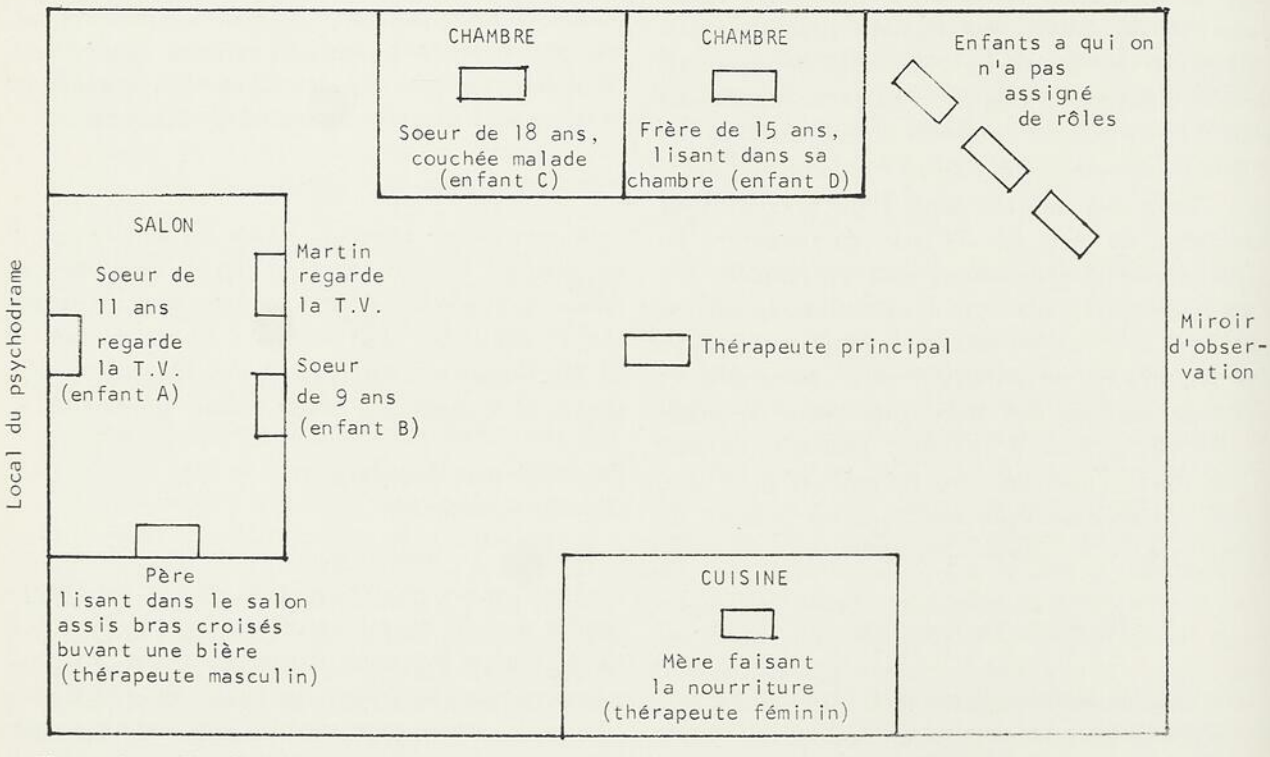


Figure 1 — Représentation graphique des membres de la famille de Martin lors des séances diagnostiques.

de sa sœur de neuf ans que Martin se sent le plus près; elle est pour lui une compagne de jeu qui partage souvent ses activités. Sa sœur de 11 ans, par contre, placée en face de lui, lui apparaît comme une ennemie avec qui il est sur un terrain de bataille. Son frère et son autre sœur sont placés plus loin, incarnant en quelque sorte la distance émotive qui les sépare de Martin. Le père de Martin est placé tout près de lui et il est perçu chaleureusement. De même la mère de Martin, perçue comme nourricière, est placée dans la cuisine en train de préparer la nourriture; Martin ira la rejoindre en fin de séance lorsqu'il dira: « Venez tous manger, tout est prêt. »

3. SÉANCES THÉRAPEUTIQUES

Il s'agit des séances centrées sur Martin lui-même, où on aborde des aspects précis de sa vie et, bien sûr, sa participation à toutes les séances où son comportement et ses attitudes sont observés et quelquefois interprétés.

Martin travaille d'abord en psychodrame (janvier-février 1969) ; ses relations agressives avec ses compagnons, problème qui l'a amené à la Clinique Dans une première séance, c'est avant tout une action agressive de décharge envers un compagnon plus âgé que lui à qui il en veut. Il choisit le thérapeute auxiliaire masculin pour jouer ce rôle et son comportement se caractérise par la crainte d'être frappé et par des coups qu'il dirige à tout hasard. Ce psychodrame constitue surtout une catharsis de sentiments agressifs, sans qu'il y ait tellement d'apports verbaux complémentaires de la part de Martin.

Deuxième séance thérapeutique de Martin: Extrait de jeu dramatique

Martin présente une scène où on joue au ballon. Les personnages sont choisis et décrits ainsi par Martin (extrait du psychodrame tel que joué à la Clinique en avril 1969) : « Mario a une belle veste et est un très bon lanceur; il a dix ans et est un peu plus grand que moi. Robert porte un manteau de cuir; il a neuf ans, est grand comme Mario et est aussi un très bon lanceur. André est bon en classe, mais au ballon il est moins bon que les deux autres ». La partie de ballon s'engage. Le thérapeute féminin, doublant Martin : « Je voudrais être bon comme Mario, tous les autres sont meilleurs. »

Martin s'arrête, dit qu'il n'a jamais le ballon, se retire du jeu et va s'asseoir dans le coin. À la question du meneur qui lui demande ce qui se passe, Martin ne répond rien, le double répète ce qui a déjà été dit auparavant. Une bataille physique s'engage alors entre Martin et Robert et le premier lui dit: « Tu es un tricheur, je t'ai tué et tu n'es pas parti. » Le meneur intervient pour demander à Martin ce qui lui déplaît le plus par rapport à Robert. Martin enchaîne alors rapidement en disant: « Tu es un tricheur, tu es le chef Castor-qui-pue. » Le meneur lui demande ce qu'il veut dire par là, et Martin répond que Castor-qui-pue est un nom que les autres lui donnent fréquemment et qu'il n'aime pas. Le jeu se poursuit surtout au niveau du double qui s'exprime à peu près ainsi: « On m'appelle Castor-qui-pue parce que mes vêtements sont usés et déchirés. J'aimerais bien avoir une belle veste ou un manteau de cuir comme Mario et Robert; là je serais mieux accepté d'eux et peut-être aussi bon au jeu. »

Le meneur arrête alors le jeu et suggère qu'il y ait rencontre entre Martin et sa mère, jouée par le même thérapeute féminin. S'ensuit l'échange suivant:

Martin: « Les enfants à l'école m'appellent Castor-qui-pue parce que mon linge est déchiré et sale. »

La mère (joué par Martin après une inversion des rôles) : « Je ne suis pas en bonne santé, tu sais, je ne peux pas t'habiller propre tous les jours et je n'ai pas d'argent pour t'acheter d'autre linge. »

Martin: « J'aimerais être un peu mieux habillé. »

Dès le début de cette séance, on peut déceler que l'habillement des autres enfants est important pour Martin, car il insiste sur ce point dans sa description de ses compagnons de jeu en même temps qu'il relie cet aspect à l'excellence de leur jeu. Le thérapeute reflète ceci au niveau du double au début du jeu dramatique, dans le but d'aider l'enfant à faire ressortir ce conflit sous-jacent. C'est ce qui se produit, comme nous le voyons dans la progression du jeu dramatique. Dès lors, il devient clair que, pour l'enfant, vêtements déchirés et sales sont associés au rejet de la part de ses compagnons.

Le meneur invite alors l'enfant à rencontrer sa mère dans le jeu dramatique et à discuter de cette question avec elle. Le thérapeute auxiliaire commence le dialogue avec Martin et essaie de l'aider à dissocier quelque peu vêtements et affection ressentie et témoignée. L'inversion des rôles où Martin assume le rôle de sa mère nourricière lui permet davantage de saisir cette dimension en ce sens qu'il

assume lui-même les attitudes de la mère et communique avec Martin en face d'elle à partir de cette nouvelle perception. Comme le dit Widlöcher : « Développant ainsi en lui une identification jusque-là réprimée, et surmontant le cours naturel de ses attitudes, le remaniement s'accompagnera subjectivement d'une certaine participation émotionnelle. L'enfant va découvrir certains sentiments en rapport avec le rôle » (9).

Dans une séance subséquente (mai 1969), Martin présente d'abord une scène de mariage avec le thérapeute féminin, scène qui devient rapidement une scène d'intimité maternelle, beaucoup appréciée par Martin. D'agité qu'il avait toujours été dans le groupe, il devient calme au cours de cette séance et semble goûter le degré de communication avec la mère, degré peut-être jamais expérimenté jusque là. Il semble qu'il y ait eu parallèlement à cette séance, d'après la travailleuse sociale en contact avec les parents, une certaine modification du comportement de Martin avec eux, l'enfant commençant à percevoir et à sentir certains de leurs sentiments positifs à son égard.

Au cours de sa deuxième année de participation au psychodrame (de septembre 1969 à mai 1970), Martin doit partager l'attention du meneur et des thérapeutes auxiliaires avec deux autres enfants tout aussi agités et hyperactifs que lui, ce qui diminue ses chances de se faire entendre et écouter. L'enfant adopte donc un comportement de compensation en allant fréquemment se confier à l'ex-thérapeute auxiliaire féminin du groupe, maintenant remplacée par quelqu'un d'autre. Ce comportement est discuté dans le groupe et on adopte une attitude de renvoi au groupe par ce thérapeute. Martin accapare alors assez totalement le groupe et devient le protagoniste de quelques séances ; c'est ainsi qu'il apporte le problème qui le préoccupe principalement, soit un placement éventuel à Clairséjour, institution pour enfants ayant des troubles émotifs. Ce placement avait été envisagé au moment de la venue de Martin à la Clinique et remis à plus tard en raison du manque de place à l'institution. La possibilité du placement devient une réalité et doit être envisagée. Pour diverses raisons, l'équipe thérapeutique (comprenant en outre une travailleuse sociale chargée d'un groupe de parents des enfants du psychodrame — ce groupe se rencontre régulièrement dans le but de discuter du comportement des enfants de même que des attitudes à adopter ou à modifier auprès de ces derniers) opte en faveur de ce placement qui consiste en un séjour de cinq jours par semaine en internat de rééducation avec congés les fins de semaine, à Noël, à Pâques et en été. Ces raisons sont les suivantes : le comportement de Martin s'est amélioré à l'école et on ne parle plus d'agressivité marquée ou de négativisme ; de même à la maison le comportement de Martin est meilleur quoiqu'il fasse des crises de colère, déchire ses vêtements, se roule par terre lorsqu'il est contrarié. On estime donc que, bien qu'il y ait progrès, la rééducation de Martin aurait avantage à être complétée par un séjour dans une institution spécialisée, tout en maintenant ses séances thérapeutiques à la Clinique et des séjours aussi fréquents que possible dans son foyer nourricier. On recherche donc la collaboration de l'enfant à ce plan thérapeutique au cours des dernières séances de psychodrame. Une entrevue psychodramatique précédant l'entrevue effective à Clairséjour a lieu entre Martin et le directeur de l'établissement (figure 2).

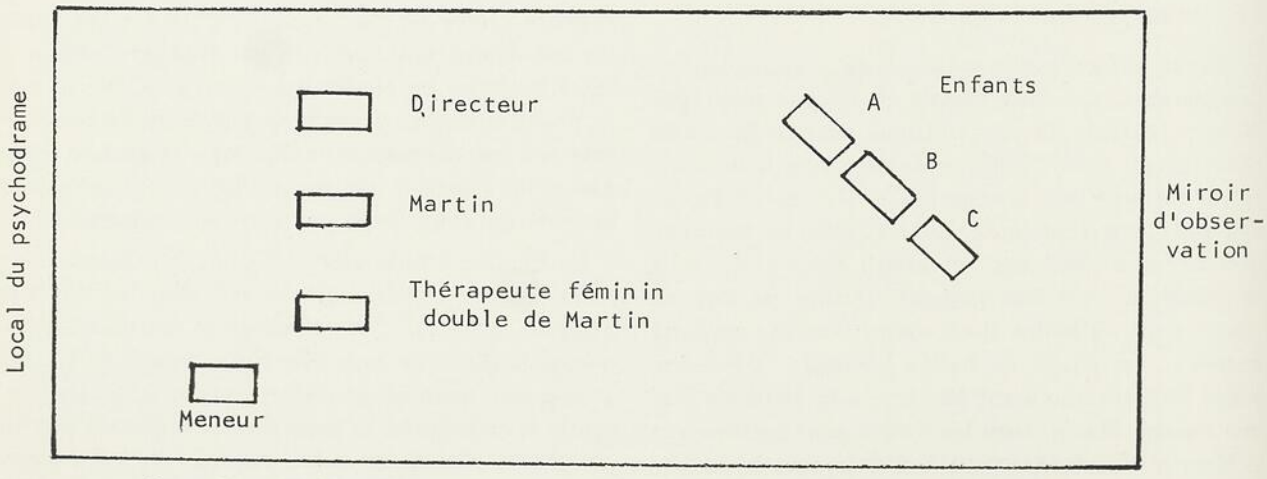


Figure 2 — Jeu dramatique pour la rencontre entre Martin et le directeur de l'établissement.

Extrait de jeu dramatique
(en mars 1970)

Le directeur de l'établissement (joué par un thérapeute masculin que Martin a décrit comme quelqu'un d'accueillant, de bonne humeur) : « Bonjour, Martin, j'espère que tu vas être heureux ici. »

Martin : « L'école où j'étais, les élèves se moquaient de moi... j'ai pas le courage de les battre. »

Le thérapeute féminin doublant Martin: « J'aimerais bien pouvoir les battre quelquefois. »

Martin fait du bruit avec sa bouche et fait le geste de se mordre les mains.

Le directeur: « Est-ce que tu penses qu'on peut t'aider, ici, Martin ? »

Martin: « Dans le fond, j'ai peur que ce soit sévère... et puis que les autres rient de moi parce que je suis crotté... les enfants se moquent de moi parce que je suis guenillou, pis sale... je m'en fous, je m'en fous... »

Le thérapeute féminin doublant Martin: « Je dis que je m'en fous, mais dans le fond, je m'en fous pas. »

Le directeur (joué par Martin après inversion de rôle) : « J'espère qu'on pourra t'aider, Martin. »

Martin (revenu à son rôle) : « Ben, appelez-moi des fois, je vous donne mon numéro de téléphone. »

Comme nous le voyons dans cet extrait de jeu dramatique, Martin peut exposer au directeur ses craintes réelles et ses fantaisies en rapport avec l'institution : qu'on soit sévère avec lui (retour des traitements subis antérieurement), que les autres se moquent de lui ou le maltraitent. La réponse effective du thérapeute en face de lui amène une certaine objectivité dans la situation et permet en même temps à Martin, par l'inversion des rôles, de dédramatiser la position du directeur de l'institution et de contrôler ses fantaisies. La visite subséquente à Clairséjour a été positive et Martin a pu en reparler dans le groupe, dans le sens d'un plan intéressant, et non comme une nouvelle forme de rejet de son milieu familial et thérapeutique.

CONCLUSION

Que conclure donc de cette expérience psychodramatique avec Martin et les autres enfants du groupe ?

Pour ce qui est de Martin, nous pouvons conclure que l'enfant a pu faire un certain cheminement positif grâce à sa participation aux séances de psychodrame et qu'une rééducation psycho-émotive s'effectue chez lui. Nous appuyons cette conclusion sur les progrès réalisés, principalement en ce qui a trait aux relations de Martin avec ses parents nourriciers et son institutrice ; l'enfant semble avoir trouvé des modes de relation qui ne soient pas limités à l'expression d'agressivité ouverte et qui s'agencent mieux avec son entourage. Les troubles de comportement qui ont amené Martin en consultation ont donc considérablement diminué et les séances thérapeutiques subséquentes peuvent être pensées en termes de complément à une rééducation déjà fortement amorcée.

Si nous considérons l'utilisation du psychodrame auprès des enfants du groupe en général, nous sommes amenée à conclure que cette approche thérapeutique répond bien aux besoins des enfants en difficulté à la période de latence, car nous estimons que l'utilisation de l'action fait partie inhérente du psychodrame. Nous pensons comme le docteur Boulanger que « At this period, a child does not resort adequately to words and concepts alone ; action prevades his mental, emotional and social life. Psychodrama offers the unique possibility of meeting the therapeutic needs of the latency child by using action for a symbolic dramatization of his conflicts » (2). Cependant, seule l'utilisation d'une autre approche thérapeutique et la comparaison de cette dernière avec l'approche psychodramatique nous permettrait de conclure à l'utilisation préférentielle du psychodrame. Nous pouvons toutefois affirmer que la plupart des enfants du groupe ont profité de leur participation au psychodrame et qu'on a pu noter des améliorations sensibles de comportement chez plusieurs.

En termes d'effectifs thérapeutiques, nous aimerions aussi ajouter qu'avec l'utilisation du psychodrame, trois thérapeutes voyaient neuf enfants pendant une heure, ce qui selon nous représente une économie, étant donné que trois seulement de ces mêmes enfants auraient été vus individuellement dans le même temps. La collaboration des deux ou trois thérapeutes auprès d'un groupe d'enfants peut cependant être difficile à réaliser dans les milieux thérapeutiques actuels. Cette difficulté est toutefois compensée par la possibilité de formation professionnelle qu'offre à des thérapeutes non initiés la participation à cette méthode du psychodrame.

Brève critique

Cet exposé ayant été pensé et élaboré en substance en novembre dernier, je voudrais maintenant,

à la suite de mes réflexions et expériences de ces derniers mois, en faire une brève critique.

Cette critique porte essentiellement sur le processus d'acculturation impliqué dans toute démarche d'aide de professionnels de classe moyenne auprès de clients malades de classe ouvrière ou exploitée.

L'exposé aurait pu alors avoir comme titre: L'utilisation du psychodrame auprès d'exploités de 8 à 11 ans.

Par le processus thérapeutique, l'enfant-problème de milieu social exploité est amené à percevoir et à adopter petit à petit les normes culturelles prévalant chez les thérapeutes et à abandonner celles de son milieu d'origine. Parmi ces normes culturelles, on peut penser à celles du travail, de la sobriété, de l'ordre, de la propreté, toutes valeurs prônées par la classe moyenne, donc par les thérapeutes et transmises aux enfants de milieu social différent. L'attitude de Martin face à l'absence de propreté et à la saleté, par exemple, aurait pu être travaillée autrement en thérapie. Plutôt que de l'aider à dissocier vêtements sales et déchirés et affection ressentie et témoignée, on aurait pu l'aider à prendre conscience de la donnée vêtements déchirés et sales comme l'une des données inhérentes à son milieu avec lesquelles il peut composer. Ce facteur entraîne-t-il rejet ou désapprobation, il peut l'assumer d'abord et lutter ensuite pour qu'il en soit autrement. Ceci amène alors une prise en charge de son propre milieu par la personne socialement exploitée plutôt qu'une attitude de non-considération de données structurales de ce même milieu.

Lorsque, comme ce fut le cas avec Martin, au processus thérapeutique interrelationnel d'acculturation on ajoute le mécanisme de renforcement que constitue l'éloignement physique du milieu d'origine (placement à Clairséjour), on augmente la distance entre l'enfant et son milieu socio-culturel et on contribue à édifier cette « étrangeté » qu'il ne manquera pas de ressentir après avoir traversé tout le processus d'aide.

Au profit d'une amélioration de comportement dans le sens désiré par les thérapeutes mandatés par l'école et, donc, par la société, l'enfant s'éloigne de plusieurs aspects des attitudes et du comportement prévalant dans son milieu et il devient en somme étranger à ce milieu. Il y a alors possiblement perte d'identité propre et éloignement de l'identité socio-culturelle de son milieu d'appartenance.

BIBLIOGRAPHIE

1. Anzieu, D., *Le psychodrame analytique chez l'enfant*, P.U.F., 1956.
2. Boulanger, J. B., Group analytic psychodrama in child psychiatry, *Canad. Psychiat. Assoc. J.*, 10 : 427, 1965.
3. Doyon, D., L'emploi du psychodrame à l'Hôpital Général auprès des patients hospitalisés, *Laval Médical*, 38 : 67, 1967.
4. Moreno, J. L., *Les fondements de la sociométrie*, P.U.F., 1954.
5. Moreno, J. L., *Psychothérapie de groupe et psychodrame*, 1965.
6. Raymond-Rivier, B., *Le développement social de l'enfant et de l'adolescent*, Charles Dessart, éditeur, Bruxelles, 1965.
7. Riessman, F., Cohen, J., et Pearl, A., *Mental health of the poor*, London Free Press of Glencoe, New York, 1964.
8. Schutzenberger, A. A., *Précis de psychodrame*, Édition Universitaire, Paris, 1966.
9. Widlöcher, D., *Le psychodrame chez l'enfant*, P.U.F., 1962.

CHOLÉRÉTIQUE • HYPOCHOLESTÉROLÉMIANT

SULFARLEM *CHOLINE



Mobilise les graisses de surcharge

Augmente la tolérance humorale aux lipides.

Hépatite - Stéatoses - Cirrhoses
Athérosclérose -
Hypercholestérolémie
Obésité - Diabète : Diathèse rhumatismale

ADULTES : 6 à 12 dragées par jour
ENFANTS : 1 à 6 dragées par jour

Cures de 15 jours par mois

Boîte de 60 - 360 - 1000 Dragées

Distributeurs exclusifs au Canada :

Herdt & Charton Inc.
2245, RUE VIAU MONTREAL, P.Q.

Des laboratoires du Normogastryl

un nouveau produit

ASADRINE

le seul comprimé EFFERVESCENT

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

nouveau, parce que :

- totalement soluble, tamponné, de pH 5,8 est bien toléré par la muqueuse gastrique, et donne une salicylémie plus rapide, plus élevée, plus prolongée ;
- les pyrexies, les infections, les antithermiques accroissent les besoins en acide ascorbique ;
- le seul ASA anti-infectieux (dose élevée de Vitamine C), et n'irritant pas l'estomac comme les formules ordinaires ;
- donnant une action plus complète dans les : États grippaux ou infectieux — Céphalées — Douleurs articulaires et musculaires — Affections rhumatismales — Névralgies — Intolérances à l'ASA.

1 à 8 comprimés d'ASADRINE par jour, dans ½ verre d'eau, donnent une solution peu acide, gazeuse et agréable.

Acide acétylsalicylique	330 mg
Vitamine C	200 mg
Citrate de Sodium	2,65 gm

dans un milieu tamponné.

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

CORPORATION PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE LIMITÉE, MONTRÉAL.

La seule tétracycline sûre pour les malades souffrant d'insuffisance rénale

pas d'accumulation

''Il ne s'est pas produit d'accumulation de doxycycline (Vibramycine) dans le sérum de trois patients normaux ou de neuf patients souffrant d'insuffisance rénale . . .''[1]

pas d'altération significative de la demi-vie

'' . . . après la quatrième journée, la demi-vie plasmatique n'est plus augmentée, mais elle est maintenue à 23-24 h.''[2]

pas d'augmentation de l'azotémie

''La tétracycline, l'oxytétracycline, la lymécycline et la déméthylchlortétracycline ont causé une augmentation de l'urée sanguine, la doxycycline (Vibramycine) ne l'a pas fait. On laisse entendre que ce dernier médicament pourrait être utilisé sans danger chez les patients souffrant d'insuffisance rénale.''[3]

pas de diminution posologique nécessaire

'' . . . le temps de demi-vie de la doxycycline (Vibramycine) dans le sérum reste pratiquement inchangé; par conséquent, il n'est pas nécessaire de diminuer la posologie chez les patients urémiques.''[4]

VIBRAMYCINE*

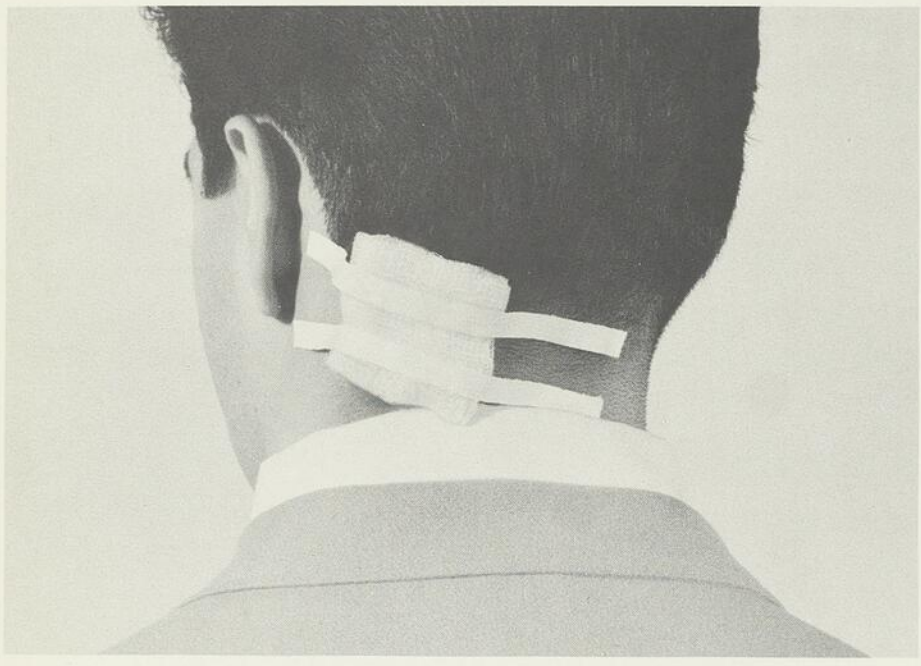
SIGNE DE SÉCURITÉ

Pfizer **DIVISION PHARMACEUTIQUE**

50 PLACE CRÉMAZIE, MONTRÉAL 351, QUÉBEC

À l'encontre des tétracyclines ordinaires, la Vibramycine (doxycycline) peut être utilisée à la posologie normale chez les patients souffrant d'atteinte rénale. Il faut tenir compte des précautions et contre-indications s'appliquant à un traitement à la tétracycline. Consulter la monographie du produit (disponible sur demande) ou le Compendium pour les renseignements complets sur les effets secondaires et l'administration. **Posologie:** Premier jour — deux capsules à 100 mg prises ensemble. Jours suivants — une capsule à 100 mg toutes les 24 heures. Infections graves: Poursuivre le traitement à la posologie du premier jour. Gonorrhée: Hommes — 300 mg stat. Femmes — 200 mg b.i.d. pendant deux jours. **N.B. La Vibramycine se prend avec ou après de la nourriture. Présentation:** Vibramycine (doxycycline) — Capsules bleues présentées en emballages de 5 doses unitaires (Scripak) pour un traitement de quatre jours ou en flacons de 50 capsules. Suspension orale à saveur de framboise en flacons de 50 ml (25 mg/5 ml). **Bibliographie** 1. Mahon, W.A. et coll.: Le Journ. de l'Ass. Méd. Can., 7 nov. 1970. 2. Fabre, J. et coll.: Schweiz. Med. Wschr. 97:915-24, 1967. 3. Little, P.J. et coll.: N.Z. Med. J., 72, 183, 1970. 4. Hany, A. et coll.: Praxis, 2:56-63, 1968. *Marque déposée — Usage autorisé.

Avant que le staphylocoque se propage



Prostaphline

oxacilline sodique

Un traitement initial de Prostaphline — avec ou sans incision et drainage des lésions localisées — offre une excellente chance d'arrêter le processus infectieux des maladies de la peau. Dans une étude, par exemple, 85 des 98 patients souffrant de cellulite généralisée avec ou sans suppuration ont répondu favorablement au traitement de Prostaphline et aux soins chirurgicaux appropriés selon le cas.[1]

Sensibilité des staphylocoques: 99.5% — par contraste avec les pénicillines G et V, et les antibiotiques à spectre moyen. La Prostaphline est active contre presque toutes les souches de staphylocoque — un pourcentage de 99.5 d'après une étude de 34 mois en milieu hospitalier, au cours de laquelle 2,954 souches staphylococciques furent analysées *in vitro*.[2]

Bibliographies: *(1) A.M. Rutenburg et H.L. Greenberg: JAMA, 187:281 (25 janv.) 1964. (2) Etude de la Sensibilité Antibiotique du Staphylocoque de novembre 1962 à août 1965, présentée par L.J. Griffith, Staphylococcus Reference Laboratory, V.A. Hospital, Batavia, N.Y.*



Sommaire — Information Thérapeutique
Documentation médicale à la disposition des médecins et pharmaciens sur demande.

COMPOSITION
Chaque capsule contient 250 mg. ou 500 mg. d'oxacilline sous forme sodique.
Chaque cuillerée à thé (5 ml.) de solution reconstituée contient 250 mg. de Prostaphline (oxacilline sodique).

INDICATIONS
Prostaphline est recommandée pour les infections causées par *Diplococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes* et *Staphylococcus aureus,* particulièrement les infections causées par des souches staphylococciques qui résistent à la pénicilline G ou à d'autres antibiotiques, telles que:
Infections cutanées et des tissus mous: furoncles, anthrax, plaies infectées, cellulite et abcès.
Infections des voies respiratoires: pneumonie, et infections de l'oreille, du nez et de la gorge.
Autres infections causées par des staphylocoques résistants à la pénicilline G: ostéomyélite, infections génito-urinaires, bactériémie, septicémie et entérocolite.

POSOLOGIE
La Prostaphline a été administrée avec succès dans des dosages quotidiens variés chez les adultes et enfants.
Adultes: Une dose de 250 à 500 mg. toutes les 4 à 6 heures pendant un minimum de 5 jours est suffisante pour contrôler les infections staphylococciques bénignes ou de gravité modérée, affectant la peau, les tissus mous, ou les voies respiratoires supérieures. Dans la septicémie staphylococcique ou autres infections chroniques graves, on peut utiliser des doses de 1 Gm. aux 4 ou 6 heures, selon la nature de l'infection et la réponse clinique du patient.
Enfants: Pour les infections bénignes et modérément graves, la dose minimale recommandée est de 50 mg. par Kg. de poids, par jour, en 4 doses divisées, pendant au moins 5 jours. Dans les infections plus graves, une dose de 100 mg. par Kg., par jour, ou plus, en 4 doses divisées, est recommandée. Les enfants pesant plus de 40 Kg. peuvent recevoir la posologie recommandée pour les adultes.
Les études cliniques démontrent que la Prostaphline est absorbée plus facilement si elle est administrée à jeun: de préférence 1 à 2 heures avant les repas.
Note: Si un traitement initial par voie parentérale est indiqué pour contrôler une infection causée par un staphylocoque résistant, l'usage de la Prostaphline Injectable ou de la Staphcilline est recommandé.

PRECAUTIONS
Comme dans le cas de toute autre pénicilline, avant d'administrer le médicament, il est recommandé de bien se renseigner sur les réactions antérieures du malade à la pénicilline ou à d'autres antigènes. La possibilité de réactions allergiques aux pénicillines orales est toujours présente chez les sujets hypersensibles. Si l'on constate une manifestation allergique à la Prostaphline, le médicament doit être supprimé et le patient doit être traité avec les agents habituels (antihistaminiques, amines pressives ou corticostéroïdes). L'expérience clinique avec ce médicament chez les prématurés et nourrissons étant limitée, on doit l'utiliser dans de tels cas seulement en portant une attention particulière aux fonctions du système organique.
La sécurité en ce qui concerne l'usage de ce médicament pendant la grossesse n'a pas été établie.
Comme avec les autres antibiotiques, la possibilité d'une surinfection provoquée par des organismes mycosiques ou autres pathogènes est présente au cours des traitements de Prostaphline. Dans de tels cas, on doit appliquer les mesures appropriées.

PRESENTATION
Capsules de Prostaphline — 250 mg. et 500 mg.
Prostaphline pour Solution Orale — poudre sèche, 250 mg./5 ml. de solution reconstituée, bouteilles de 60 ml.
Prostaphline pour Injection, Tamponnée — poudre sèche, fioles de 250 mg., 500 mg. et 1.5 Gm., pour usage I.M. ou I.V.

BRISTOL
BRISTOL LABORATORIES OF CANADA
DIVISION OF BTI PRODUCTS LTD
CANDIAC, P.Q.

L'ACTIVITÉ FANTASMATIQUE D'ENFANTS DE CINQ ANS, DE MILIEUX FAVORISÉS ET DÉFAVORISÉS :

Deuxième rapport de leur évolution * †

Yvon GAUTHIER, M.D., **Simon RICHER**, M.D.
Pauline CHARTIER, L. Ps., **Eliane DeVISSCHER**, jardinière,
Denise FOUCHARD, assistante de recherche, **et Françoise LAMY**, t.s.p.

I. INTRODUCTION

Dans le contexte des difficultés scolaires très importantes présentées par les enfants de milieu défavorisé, il nous est apparu essentiel de nous intéresser de plus près aux années qui précèdent la fréquentation de la première année scolaire, en particulier aux âges de quatre et cinq ans. Dans ce domaine très vaste des efforts de connaître et d'influencer les premières acquisitions scolaires, nous avons choisi de nous pencher de façon spéciale sur les liens qui unissent l'apprentissage scolaire d'un enfant et l'organisation graduelle de sa vie fantasmatique, entendue dans son sens le plus étendu, à mesure qu'il s'approche de l'apprentissage.

Reprenant ici les termes mêmes de notre communication préliminaire (1), nous pensions retrouver dès l'âge de quatre ans, au moment de la fréquentation d'une classe de maternelle (appelée couramment Petite maternelle), des différences marquées dans la qualité et le mode d'expression de l'activité fantasmatique selon l'origine sociale des enfants.

Chez le groupe F (favorisé), nous verrions une activité symbolique marquée, une activité fantasmatique déjà caractérisée par la dominance du moi sur l'activité instinctuelle ouverte et un degré moins élevé de régression. Chez les enfants du groupe D (défavorisé), au contraire, nous trouverions une activité symbolique déficiente, une activité fantasmatique limitée et qui aurait tendance surtout à s'exprimer au plan de la décharge motrice, donnant ainsi l'évidence d'un développement du moi peu avancé et des manifestations de régression beaucoup plus fréquentes et intenses.

Notre travail impliquait aussi l'observation longitudinale de ces deux groupes d'enfants à mesure qu'ils approchent de l'apprentissage scolaire et qu'ils s'y engagent, et l'hypothèse que nous retrouverions des différences marquées dans le développement et les transformations graduelles de l'activité fantasmatique, le groupe F démontrant des capacités plus grandes vers la sublimation que le groupe D.

Dans cette deuxième communication de nos travaux, nous voulons nous attacher à présenter quelques aspects du matériel d'observation recueilli au cours de la fréquentation, par nos deux groupes d'enfants qui avaient maintenant cinq ans, d'une classe de Grande maternelle ou préscolaire. Nous nous attacherons particulièrement à décrire l'évolution de ces deux groupes, telle qu'elle peut se révéler par l'étude des tableaux qui montrent leur évolution de la Petite maternelle à la Grande maternelle, ainsi que par l'étude du matériel produit par chaque enfant individuellement. Nous tenterons ensuite de résumer les impressions des professeurs sur l'évolution du groupe défavorisé et nous étudierons, pour conclure, l'évolution de l'activité intellectuelle.

II. L'ANALYSE DES PRODUCTIONS INDIVIDUELLES

Le matériel recueilli sur chaque enfant, à partir de ses activités diverses dans les jeux (blocs, tables, coin de la poupée, marionnettes), de ses productions plastiques (peinture ou autres) et de ses verbalisations dans ces diverses situations, nous a permis de situer son développement sur une échelle

* Travail présenté au VII[e] Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Sherbrooke du 22 au 24 avril 1971.

† Département de psychiatrie infantile, Hôpital Sainte-Justine, Montréal.

construite selon le concept des lignes de développement d'Anna Freud, et qui comporte une double perspective: le passage d'activités centrées sur le corps (I) vers des activités de type pré-œdipien (II) et des activités de type œdipien (III); et, d'autre part, le passage d'activités à caractère impulsif et moteur (ça) à des activités plus contrôlées et transformées sous l'influence du moi (moi).

Il nous est donc possible de comparer les synthèses ainsi obtenues, par l'analyse des productions de chaque enfant, en juin 1969, après un an de Petite maternelle (tableau I), et en juin 1970, après un an de Grande maternelle (tableau II).

Si l'on compare ces deux tableaux (synthèses de juin 1969 et juin 1970), on peut tirer quelques conclusions:

a) *Le point de départ* (défini comme le « lieu » ou la « situation » de l'enfant après la fréquentation de la classe pendant un an) varie beaucoup du groupe F au groupe D (tableau I): la majorité des enfants F se retrouve en III dominant (sept enfants) ou en III au moins présent (huit enfants) avec prédominance de fonctionnement au niveau du moi; alors que cinq seulement des enfants D se retrouvent à ce niveau de fonctionnement en III, dont un seulement fonctionne au niveau du moi. On constate aussi chez le groupe F une évolution adéquate de l'organisation fantasmatique, caractérisée par la prédominance de thèmes phalliques: importance pour le garçon d'être fort et puissant et les dangers correspondants; et pour la fille de s'identifier au rôle maternel. Alors que chez le groupe D, on constate un fonctionnement à contenu fortement pré-œdipien, où la mère joue un rôle essentiel, primitif, dominateur et autoritaire, avec une identification qui se fait dans le même sens;

b) *Après une deuxième année de fréquentation scolaire,* les différences entre les deux groupes s'amenuisent quelque peu même si elles demeurent majeures (tableau II): le groupe F progresse d'emblée vers un fonctionnement très adéquat en III dominant (vingt enfants s'y retrouvent) aussi caractérisé par la dominance des contrôles du moi. Le groupe D, cependant, fait des progrès extrêmement intéressants. Le progrès vers le moi est aussi constant: on retrouve maintenant onze enfants entre ça et moi, où l'activité du moi devient plus marquée.

Ceci indique donc une progression dans le sens d'une organisation phallique avec des mises en scène œdipiennes qui sont encore rares, alors que leur vie fantasmatique était jusque-là apparue pauvre. On note maintenant chez plusieurs d'entre eux une élaboration intéressante: il y a plus de productions plastiques et un plaisir de les faire voir et admirer et d'y faire écrire ce qu'ils en disent. Parallèlement (et peut-être y a-t-il relation de cause à effet?), la relation avec la jardinière apparaît comme très importante et fait l'objet de verbalisations et de jeux fréquents.

III. LES PRODUCTIONS DES DEUX GROUPES

Cette évolution des enfants de nos deux groupes pourrait prendre plus de signification si l'on analysait de plus près les productions de deux enfants de chaque groupe, nous permettant d'en saisir toute l'individualité.

Les quatre enfants présentés, deux du groupe favorisé, deux du groupe défavorisé, sont assez caractéristiques de l'ensemble des deux groupes. Nous verrons les caractéristiques évolutives de leur expression dans les quatre secteurs suivants où ils ont été observés: *a*) productions plastiques; *b*) conversations; *c*) marionnettes; *d*) jeux, et des illustrations de certains moments de leurs productions plastiques sur deux années. Elles sont données à titre d'illustrations et comme point de repère de l'évolution de la forme et du contenu parmi une production de plusieurs dizaines de spécimens par enfant.

A. *BERNARD* (Groupe F)

— Beaucoup d'agressivité sous contrôle cependant avec connotations phalliques: surhomme qui tue un monstre, course d'autos, accidents, feux.

— Différenciation garçon/fille: fusées et avions dans des combats contre les filles.

— Parade œdipienne naissante: donner des fleurs à la mère.

— Triangulation: le père va se marier avec la mère.

— Implication phallique vis-à-vis le triangle: le petit garçon s'est crevé un œil.

— Intérêt pour les filles: son mariage avec une fille: « Quand on se marie, on va toujours haut », aller s'asseoir près de sa « blonde ».

— Évolution constante vers une bonne organisation de la forme des productions plastiques.

— Indices de transformation: agressivité sous contrôle et bien assumée, valorisation de soi, bonne corrélation entre le thème et le contenu.

— Diversification des thèmes.

TABLEAU I

Première synthèse (1968-1969)

	GROUPE F		19 enfants	GROUPE D		17 enfants
	MOI	ENTRE LE ÇA ET LE MOI	ÇA	MOI	ENTRE LE ÇA ET LE MOI	ÇA
III – ŒDIPIEN	III A.M. 5 (119) A.M. 11 (123) A.M. 19 (137) A.M. 20 (132) III et II A.M. 12 (118) III et I A.M. 10 (135)	A.M. 4 (129)		P.M. 6 (121)	P.M. 2 (123) P.M. 4 (93)	
II – PRÉ-ŒDIPIEN	II A.M. 14 (115) II et III A.M. 1 (122) A.M. 3 (141) A.M. 6 (123) A.M. 15 (110) II et III et I II et I et III II et I	A.M. 2 (117) A.M. 8 (137) A.M. 18 (100) A.M. 16 (120)	A.M. 9 (119)		P.M. 5 (92) P.M. 15 (96) P.M. 16 (85) P.M. 9 (108) P.M. 10 (106) P.M. 11 (105) P.M. 12 (97)	P.M. 14 (70) P.M. 20 (83) P.M. 8 (89) P.M. 1 (84) P.M. 3 (99) P.M. 13 (91) P.M. 18 (91)
I – CENTRÉS SUR LE CORPS	I et II et III I et II	A.M. 17 (95)	A.M. 7 (100)			

TABLEAU II

Deuxième synthèse (1969-1970)

	GROUPE F — 23 enfants			GROUPE D — 18 enfants		
	MOI	ENTRE LE ÇA ET LE MOI	ÇA	MOI	ENTRE LE ÇA ET LE MOI	ÇA
III – ŒDIPIEN	III A.M. 1 (129) A.M. 2 (125) A.M. 3 (141) A.M. 5 (126) A.M. 8 (130) A.M. 11 (119) A.M. 12 (120) A.M. 15 (113) A.M. 19 (125) A.M. 20 (129)	A.M. 21 (129)		P.M. 6 (129)	P.M. 4 (109)	
	III et II A.M. 4 (129) A.M. 6 (116) A.M. 9 (114) A.M. 10 (118) A.M. 14 (110) A.M. 16 (132) A.M. 24 (127)	A.M. 7 (111) A.M. 18 (112)			P.M. 2 (128) P.M. 3 (101) P.M. 9 (114) P.M. 11 (119) P.M. 17 (121) P.M. 18 (101)	
II – PRÉ-ŒDIPIEN	II et III	A.M. 22 (131) A.M. 23 (108)			P.M. 8 (102) P.M. 10 (96) P.M. 12 (113)	
	II				P.M. 15 (80)	P.M. 1 (96) P.M. 13 (99) P.M. 16 (91) P.M. 19 P.M. 20 (127)
	II et III et I					P.M. 14 (86)
	II et I	A.M. 17 (117)				
I						

— Présence occasionnelle de régression sous forme de fébrilité et expression du sexuel de façon ouverte.

Les figures 1 à 6 représentent quelques-uns des travaux de Bernard et son interprétation ou ses commentaires.

Le 7 novembre 1968 (figure 1) : « Une pelle mécanique qui ramasse du sable ».

Le 30 avril 1969 (figure 2) : « Le camion. Le monsieur qui conduit. Le cheval. Le feu prend. Le coq. La roue va crever parce qu'on va lancer des pétards ».

Le 4 juin 1969 (figure 3) : « Le bébé. Le papa, il va se marier avec la maman. La maman. C'est son beau petit chapeau avec des fleurs ».

Le 26 novembre 1969 (figure 4) : « Un soleil. Les nuages avec la neige. La petite fille-fleur. La maman-fleur. Un bateau-maison avec un drapeau. Un hélicoptère ».

Le 7 janvier 1970 (figure 5) : « Un poisson. Un bateau. Le bonhomme. Il a une canne à pêche et il va attraper le poisson. La lune. L'arc-en-ciel ».

Le 3 mars 1970 (figure 6) : « Le téléphérique. Le soleil. Une auto de course. Une fourmi. Mon papa. Moi. La traîne-sauvage. La gratte qui passe. Le restaurant ».

B. *VALÉRIE* (Groupe F)

— Il y a d'abord expression de sentiments de dévalorisation et de thèmes de castration : se sentir la plus petite de la classe, fille avec bras cassé.

— Apparition de l'identification à la mère : jouer son rôle.

— Être valorisée comme fille.

— Situation triangulaire : animaux amoureux, la fille jette son dévolu sur le père, importance du père dans la maison, s'amuser avec le père, le décoiffer, le père a un cadeau pour la mère.

— Retour de thèmes d'identification phallique : Bobinette en *cowboy*, la mère donne des fleurs au père et elle a des pantalons.

— Certaines difficultés d'expression plastique : elle dit « C'est raté ! » et par des formes assez organisées mais pas soutenues. Celles-ci sont moins investies que les verbalisations.

— Finalement, l'identification féminine triomphe : la princesse.

Les figures 7 à 11 présentent quelques-uns des travaux de Valérie de novembre 1968 à avril 1970.

Le 11 novembre 1968 (figure 7) : « Un serpent. Le serpent vient chercher du manger. Un escargot qui mange ».

Le 24 février 1969 (figure 8) : « Le ciel. L'arc-en-ciel. Une maison. Le drapeau. Une petite fille. Elle s'en va chez elle parce que le méchant veut l'attraper. La police arrive ».

Le 20 janvier 1970 (figure 9) : « Mon père. Il avait une moustache quand il était petit. Ses grains de beauté. Des fois, je le dépeigne, alors je l'ai fait dépeigné. Les fleurs, c'est un cadeau pour ma mère. Des fleurs sur ses souliers. C'est moi. Il me porte dans un porte-bébé ».

Le 13 avril 1970 (figure 10) : « Une madame avec des boucles d'oreilles, un collier, une robe. On voit un petit peu ses seins. Un chignon. Une coiffure. Un bandeau. Elle voulait se marier.

Le 20 avril 1970 (figure 11) : « La fusée arrive sur la lune. Les étoiles viennent sur la fusée. Le soleil est sur la lune. Il vient lui dire bonjour mais la lune est coquine. Elle s'est endormie ».

C. *SYLVAIN* (Groupe D)

— Il exprime d'abord des fantasmes primitifs avec angoisse de dévoration : grosse vache qui mange le petit bébé.

— Il y a peu d'organisation.

— Puis l'élaboration apparaît. On le voit aux prises avec des forces intérieures menaçantes : maison démolie, avec du feu, homme et femme pris avec le monstre dans la maison.

— Puis, il embellit et construit : peinturer la maison.

— Il se valorise auprès de la mère.

— Anxiété des petits vis-à-vis les gros : souris et fourmis mangées par des monstres géants, éléphant écrase la maison des souris.

— Capacité de s'en sortir et élaboration de moyens : les souris déménagent.

— Il devient phallique dans son organisation et expression de l'agressivité : les petits frappent les gros, faire exploser le camion.

— Il y a élaboration importante au cours de la deuxième année.

— Manœuvres d'identification à l'agresseur : entrer dans l'autre, qui était menaçant, jeux de guerre, provocation de la mère.

— Organisation de la forme à une phase positive de la deuxième année de maternelle.

— Absence de parade œdipienne et de triangulation.

Quelques-uns des travaux de Sylvain, accompagnés de ses commentaires, illustrent son évolution.

Le 21 octobre 1968 (figure 12) : « Ça puis ça, puis ça ».

Le 3 décembre 1968 (figure 13) : « Une vache. Elle a une grosse bouche. Elle mange un petit bébé ».

Le 13 mars 1968 (figure 14) : « Un serpent. Des messieurs là ont lancé des boules qui ont des clous dedans. Des boules de neige qu'on a lancées dessus le gaz pour les camions et les machines ».

Le 8 décembre 1969 (figure 15) : « Une maison. Il pleuvait. Une souris était partie dans un coin et puis il y avait un petit monstre ».

Le 21 janvier 1970 (figure 16) : « Une bibite-volante. Une maison vieille. C'était à eux autres. Les petits garçons ont démoli la vieille maison. Ils



Figure 1

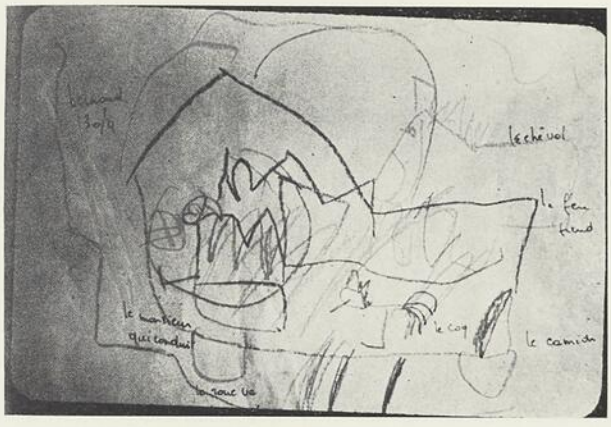


Figure 2

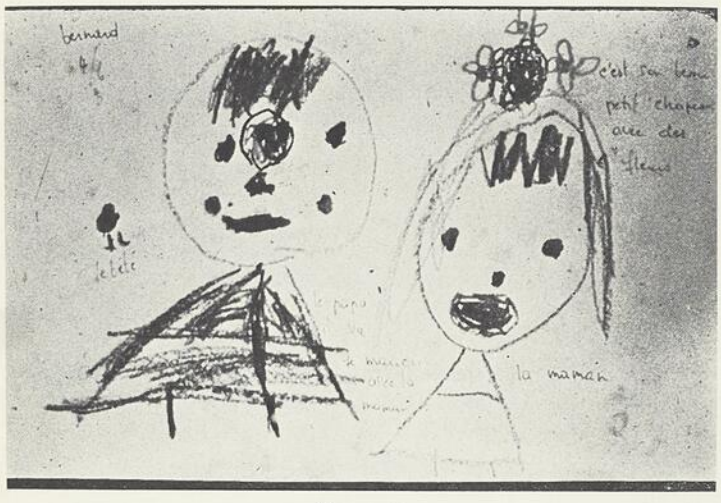


Figure 3



Figure 4



Figure 5

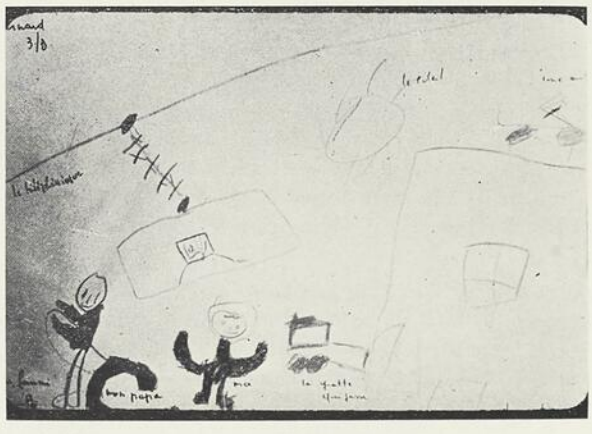


Figure 6

Figures 1 à 6 — Quelques travaux représentant l'évolution de Bernard (milieu favorisé) de novembre 1968 à mars 1970.



Figure 7



Figure 8

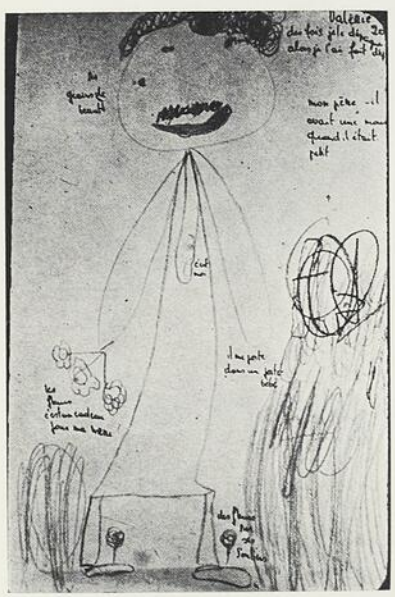


Figure 9

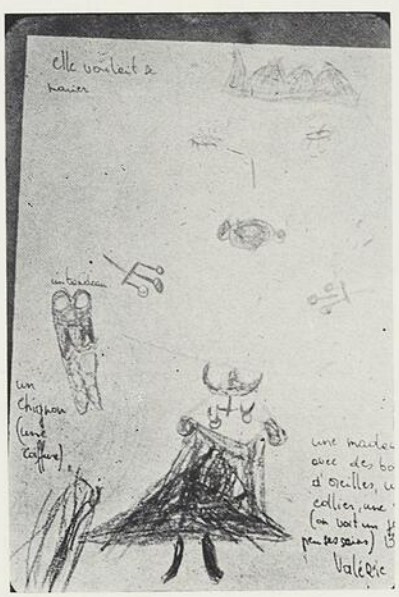


Figure 10

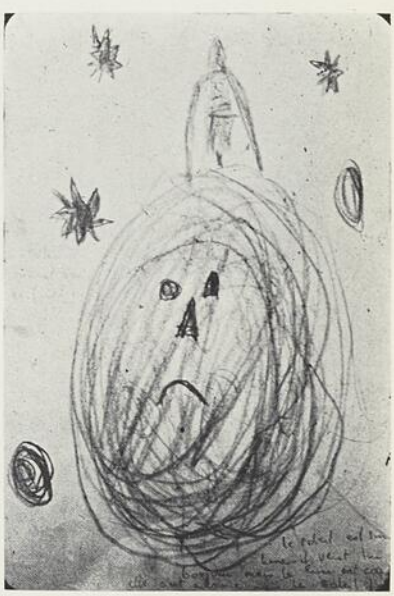


Figure 11

Figures 7 à 11 — Travaux illustrant l'évolution de Valérie (milieu favorisé) de novembre 1968 à avril 1970.

sont rentrés dans la bibite-volante. Ils sont sortis bien vite ».

Le 28 avril 1970 (figure 17) : « Les oiseaux. Un avion. Il vole dans les airs pour aller voir les oiseaux. Le petit gars est sorti de sa maison. Il a vu une belle maison. C'est à lui ».

D. *SYLVIE* (Groupe D)

— Elle se situe dans un registre pré-œdipien tout au long de son évolution.
— Elle est très inhibée et produit peu.
— Elle révèle un conflit important sur l'appartenance : thème de bébé gardé par sa mère, maison à sa mère, maison à personne, maison à moi.
— Thèmes de dévitalisation : de la merde, des roches dans la maison.
— Puis, il y a un progrès important vers l'intégration au groupe et la verbalisation : la mère qui chicane, la fille qui brise les interdits de la mère.
— Parfois des associations bizarres apparaissent : petit garçon mort, la fille le déterre parce qu'il n'était pas mort.
— Grande élaboration verbale mais sans correspondance avec l'élaboration formelle du dessin.
— Il y a plusieurs éléments mal organisés.
— Puis, elle cherche un nouvel objet de rapprochement mais toujours en butte à la réprobation de la mère : il y a du froid, une fille qui pleure, elle se cache.
— L'image du père apparaît très peu.

Les figures 18 à 22 présentent l'évolution de Sylvie et ses commentaires.

En février 1969 (figure 18) : « Une maison à personne ».

Le 16 avril 1969 (figure 19) : « Mon grand bébé, mon petit bébé, mon frère, mon père, ma mère ».

Le 23 septembre 1969 (figure 20) : « La madame. Un soleil. Un monsieur. Une maison ».

Le 3 novembre 1969 (figure 21) : « Une maison. La petite fille était sortie par la fenêtre parce qu'elle voulait aller chercher son papa et sa maman au magasin. Sa grand-maman est allée voir dans la porte et ses enfants étaient dehors. Ils étaient partis par la fenêtre. Le chien est allé dans le lit de la petite fille ».

Le 24 février 1970 (figure 22) : « Éliane, tu es chez toi. Tu vas venir à l'école ».

IV. Évolution des enfants du groupe défavorisé (groupe D)

L'attitude d'observation qu'ont eue les jardinières face au groupe défavorisé a permis de noter, durant les deux années de maternelle, une évolution chez ces enfants. L'évolution la plus frappante a été le passage de la peur, traduite par une inhibition, à une confiance. Cette inhibition, au début de la première année de maternelle, se manifestait dans tous les moyens d'expression offerts par la classe, spécialement conçue pour des enfants de quatre ans. Ce stade d'inhibition devait plus tard faire place à une période de provocation, qui nous apparaît à l'heure actuelle comme la recherche d'un moyen d'établir une relation avec la jardinière. Durant cette période, les jardinières mettaient un accent particulier pour adapter les activités de la classe aux besoins de ces enfants. De leur côté, les enfants se sentant soudainement « intéressants » testaient l'adulte. C'est ainsi que petit à petit la relation s'est établie. On peut dire que cette relation avec la jardinière a été l'acquisition importante des enfants du groupe D durant la première année de maternelle. Pour les enfants du groupe favorisé (groupe F), dès leur arrivée en classe de Petite maternelle, cela était déjà acquis.

Au début de la deuxième année de maternelle, il était évident que cette relation continuait à se consolider. La jardinière se sentait comprise et lentement la confiance s'est installée. La préoccupation dans la stabilité de la figure de l'adulte a été grande durant cette deuxième année de maternelle parce qu'on se rendait compte que cette relation restait une relation de un à un avec ce professeur. Toute tierce personne était considérée comme rivale et les replaçait dans un mode de provocation. Peu à peu, et dans des situations très précises, les enfants ont pu accepter une autre figure comme celle de l'assistante de recherche ou de la secrétaire de l'école.

Plus la relation était forte, plus les enfants s'intéressaient aux activités de la classe ; ils étaient davantage capables de persévérer et de respecter les cadres et les limites imposés.

Productions plastiques

Dès le mois d'octobre de la deuxième année de maternelle, il y eut profusion de productions. Les verbalisations autour des productions ont été de plus en plus nombreuses et de plus en plus élaborées. Cependant, c'était à l'adulte que l'enfant s'adressait en racontant ses histoires : plus il l'accaparait, plus il était content. Souvent les histoires n'avaient pas de lien réel avec ce qu'il avait produit ; l'essentiel était de se faire écouter par l'adulte. Les productions étaient dédiées à la jardinière : « C'est pour toi ! » et étaient souvent une expression de la relation qui s'établissait entre l'enfant

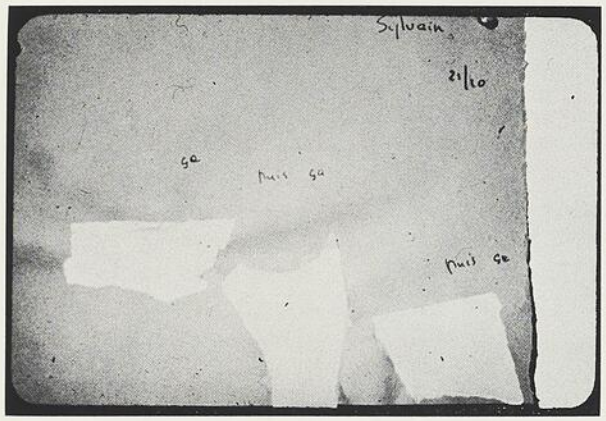


Figure 12

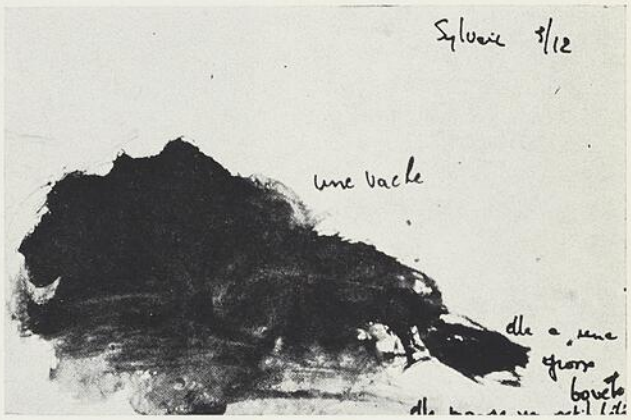


Figure 13



Figure 14



Figure 15

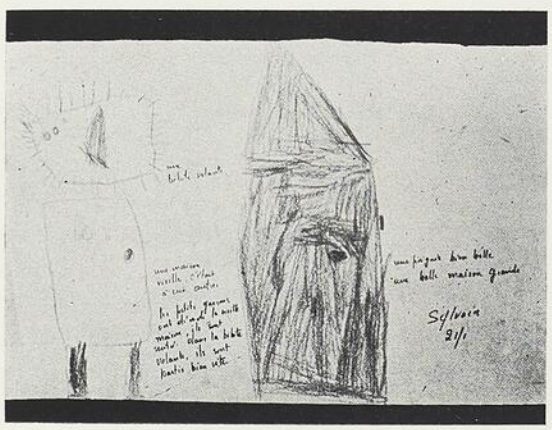


Figure 16

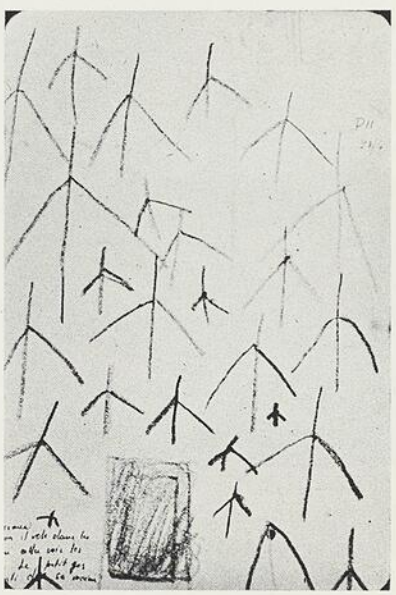


Figure 17

Figures 12 à 17 — Travaux de Sylvain (milieu défavorisé) illustrant son évolution d'octobre 1968 à avril 1970.

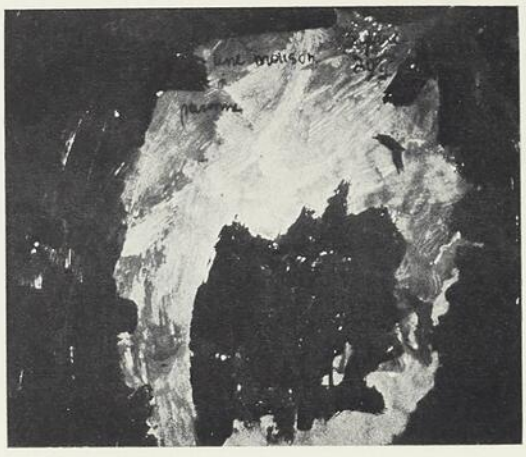


Figure 18



Figure 19

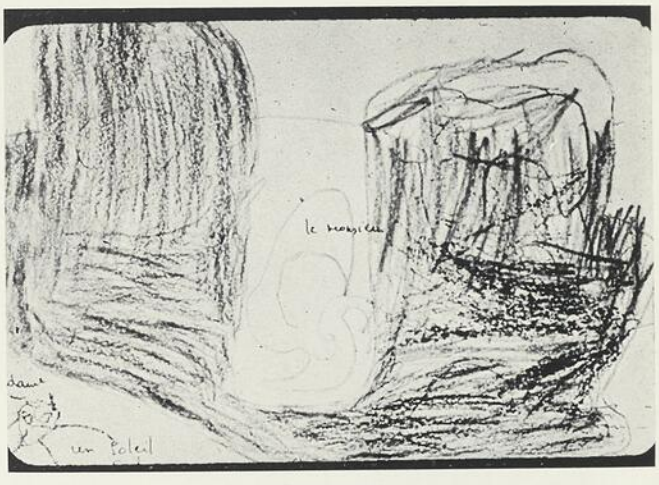


Figure 20



Figure 21

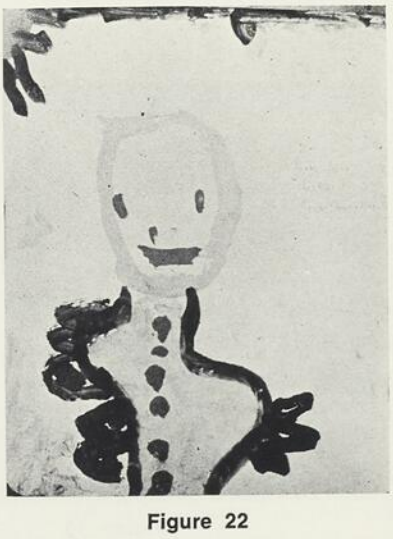


Figure 22

Figures 18 à 22 — Travaux illustrant l'évolution de Sylvie (milieu défavorisé) de novembre 1968 à mars 1970.

et la jardinière : « Une maison à toi, tu es dans la maison, tu laves la vaisselle. Tu ne me vois pas. Moi, je te vois. » Les enfants avaient encore besoin de support et la présence de la jardinière était constamment sollicitée pour continuer. Leur travail était souvent ponctué d'un « J'ai fini ! » qui était plutôt une demande d'encouragement pour mener plus loin. Entre eux, peu d'interaction. Contrairement à ce qui se passait dans le groupe F, ils arrivaient moins à faire évoluer le travail en s'apportant des suggestions ou en se stimulant d'autres façons. Les activités restaient individuelles et ce n'est que vers la fin de l'année qu'il y eut quelques échanges constructifs et l'appréciation personnelle de ce qu'ils faisaient : « C'est beau ! — Je suis bon ! — J'aime faire ça ! ».

Les jeux

Là aussi, on a retrouvé plus de persévérance. Les thèmes devenaient plus variés. Chez les garçons surtout, on a retrouvé des tentatives de s'organiser entre eux, mais la présence de la jardinière était encore nécessaire pour les stimuler : invitation faite à la jardinière de monter dans leur taxi ou encore la jardinière devenait un « voleur » qu'on arrêtait, etc. Chez les garçons du groupe F, la présence de la jardinière gênait le déroulement du jeu.

Chez les filles du groupe D, le jeu est demeuré plus individuel : jamais de clans comme chez les filles du groupe F, elles jouaient isolément et éprouvaient beaucoup de plaisir à accaparer l'adulte.

Le langage

Il était inadéquat chez les enfants du groupe D et ceci semblait être l'un des plus grands handicaps que présentaient ces enfants pour entrer en première année. Pour combler cette déficience, certains essais ont été faits par la jardinière, tels que correction de la prononciation, utilisation du magnétophone, etc., mais loin de les stimuler, ces essais ne faisaient qu'entraver leur expression. Devant ces résultats peu intéressants, on a cru qu'il valait mieux continuer à les stimuler dans leur langage à eux qui était très moteur. C'est ainsi qu'avec la participation d'une spécialiste en psycho-motricité, les enfants ont été évalués à ce niveau, et dans ce domaine les enfants du groupe D se sont révélés plus habiles que ceux du groupe F. La psychomotricité devenait donc une veine à exploiter, étant un élément peu négligeable dans le processus d'apprentissage.

Bien que plus capables d'évoluer dans la classe qu'au cours de la première année de maternelle, ils se fatiguaient toutefois plus rapidement que les enfants du groupe F ; il a donc fallu prévoir des moments de décharge motrice dans le cadre des activités de la classe, pour leur permettre d'éliminer leur surcroît d'énergie en vue d'un meilleur fonctionnement.

V. L'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT INTELLECTUEL

Les études faites des enfants de milieu défavorisé ont beaucoup porté sur le fonctionnement intellectuel de ces enfants. Cet aspect du problème touche d'ailleurs au fond même du conflit hérédité-environnement et il a été particulièrement bien mis en lumière dans l'étude de Jensen (2). De notre côté, nous nous sommes surtout intéressés à la vie fantasmatique, tout en essayant de suivre l'évolution du rendement intellectuel de nos deux groupes, puisqu'il s'agit d'une variable sans doute essentielle dans l'apprentissage scolaire. Les résultats ci-dessous démontrent bien les différences importantes et bien connues, au plan du rendement intellectuel, entre les classes favorisées et défavorisées. Le fonctionnement intellectuel est un indice parmi d'autres de l'inégalité au départ entre ces deux groupes d'enfants, inégalité qui se confirme dans l'organisation bien différente de la vie fantasmatique. Devant ces résultats, certains ont tendance immédiatement à établir une relation causale entre le Q.I., plus ou moins élevé et l'activité fantasmatique plus ou moins riche et organisée. Sans nier qu'il y ait entre ces deux domaines des liens certains, nous avons plutôt tendance à croire que l'activité fantasmatique répond à des influences beaucoup plus larges et diversifiées, où l'organisation du milieu familial et de la relation mère-enfant jouent un rôle prépondérant et plus important que le « donné » intellectuel, qui d'ailleurs, on le voit, a tendance à évoluer beaucoup en situation de stimulation externe comme une maternelle.

Tests administrés

Pour satisfaire aux exigences de la Commission scolaire qui demande que chaque classe compte un nombre minimum d'enfants, nous avons dû, en septembre 1969, introduire quatre enfants de plus dans le groupe F et deux dans le groupe D. Tous, tant ceux qui se sont retrouvés dans le groupe F que dans le groupe D, répondaient aux critères de la

recherche. Les deux enfants du groupe D faisaient même initialement partie du groupe, étaient venus quelques mois en classe au début de l'année 1968, mais avaient dû quitter à cause du manque de collaboration des parents.

La moyenne des résultats et des productions de ces enfants (groupes F et D) correspondant à ceux des enfants de leur groupe, nous avons pensé qu'ils pouvaient être intégrés et faire désormais partie des groupes de la recherche.

Nous avons vu tous les enfants au cours des quatre derniers mois de l'année, évaluant ou réévaluant :

— leur niveau intellectuel ;

— leur développement et leurs aptitudes sensori-motrices fines.

La recherche étant longitudinale, les tests utilisés furent les mêmes que ceux de la première année, *i.e.* le WPPSI (Wechsler preschool and primary scale of intelligence), test applicable aux enfants de 3 ans 10 mois 16 jours à 6 ans 7 mois 15 jours, qui comporte une échelle verbale et une autre non verbale, comptant cinq sous-tests chacune.

Pour déterminer le niveau de développement sensori-moteur, le Rutgers drawing test (forme A) fut normalisé avec des enfants de 4 à 7 ans. On a dû, pour certains enfants dont le développement dépassait ces normes, utiliser la forme B du Rutgers drawing test, forme normalisée et applicable aux enfants de 7 à 11 ans. Ces deux formules, dont l'une est en quelque sorte le prolongement de l'autre, sont construites et présentées de la même façon : elles comprennent chacune quatorze figures géométriques de plus en plus difficiles à reproduire. Les résultats obtenus sont convertis en terme d'âge médian.

Le fonctionnement intellectuel des deux groupes

Au cours de cette deuxième année de recherche, nous avons observé une évolution qui s'est opérée à la fois à l'intérieur de chacun des deux groupes et entre ces groupes. Les résultats obtenus dans les tests psychologiques seront donc illustrés de façon à mettre en lumière ces deux types de différences.

Au niveau du comportement d'abord, la différence entre les deux groupes demeure évidente et importante. Toutefois, nous avons noté que :

1. Les enfants du groupe D sont plus confiants avec la psychologue et devant les tâches. Ils consentent maintenant spontanément à quitter la classe et surtout la jardinière pour venir dans le bureau où ils peuvent collaborer de façon plus satisfaisante ;
2. Ils sont plus calmes, moins facilement « distrayables » et ils sont capables de s'arrêter et de se concentrer sur les tâches présentées ;
3. Ils se sont aussi améliorés sur le plan verbal : ceci tant au niveau de l'expression que de la compréhension verbale ;
4. Ils semblent enfin beaucoup plus motivés ; ils sont plus persévérants, ne répètent plus aussi fréquemment et même systématiquement, dans certains cas : « Je ne suis pas capable », « Je ne sais pas », etc., et ils abandonnent moins vite devant l'effort ou l'échec.

Si nous considérons les résultats obtenus dans les différents tests, nous constatons que l'évolution intellectuelle des deux groupes d'enfants a été très différente. Ainsi, chez le groupe F (tableau III), la moyenne des résultats est passée du niveau de l'intelligence vive au niveau de l'intelligence supérieure mais n'a augmenté que de deux points (nombres absolus), ceci tant à l'échelle verbale qu'à l'échelle non verbale. On retrouve ainsi la même différence minime (un point) entre les deux échelles que celle que nous avions notée en 1969. Le fonctionnement intellectuel de ce groupe apparaît donc homogène et stable.

TABLEAU III

Résultats (en terme de moyenne) obtenus aux échelles verbale et non verbale du WPPSI : Comparaisons et différences entre les deux échelles et entre les résultats des deux années

	1969	1970	Différence
Groupe F			
Q.I. verbal	119	121	2
Q.I. non verbal	118	120	2
Différence	1	1	

	1969	1970	Différence
Groupe D			
Q.I. verbal	92	102	10
Q.I. non verbal	100	103	3
Différence	8	1	

Chez le groupe D, la moyenne des résultats dans les deux échelles demeure au niveau de la moyenne. Toutefois, alors que sur le plan non verbal on note une hausse de trois points (nombres absolus), sur le plan verbal l'augmentation est de dix points. De telle sorte que la différence de huit points, observée en 1969 entre les deux échelles, n'est plus que d'un point.

Le potentiel intellectuel de ce groupe a donc évolué de façon significative sur le plan verbal; suffisamment même pour rendre le rendement de ces enfants à peu près équivalent dans les deux secteurs du fonctionnement intellectuel.

Il serait intéressant de constater maintenant ce que sont devenues les différences entre les deux groupes d'enfants pour les trois échelles (tableau IV). Comme nous l'avons mentionné plus haut, le rendement du groupe F est demeuré très stable au cours de cette deuxième année de recherche. Par contre, les enfants du groupe D ont effectué des progrès importants sur le plan verbal alors que leur rendement au niveau non verbal n'a pratiquement pas évolué. Tout ceci s'illustre concrètement dans ce deuxième tableau où l'on peut voir:

1. que la différence entre les deux groupes est passée, à l'échelle verbale, de 27 à 19 points;
2. que cette différence est pratiquement équivalente maintenant à celle qui a existé entre les deux groupes au cours de ces deux années de recherche, sur le plan non verbal (18 points en 1969; 17 points en 1970);
3. et qu'elle devient évidemment la différence entre les deux groupes d'enfants à l'échelle globale.

Notre échantillon comprend donc maintenant deux groupes d'enfants dont le rendement intellectuel semble aussi homogène et équilibré sur les plans verbal et non verbal, mais dont l'un est du niveau de l'intelligence moyenne et l'autre de l'intelligence supérieure.

En ce qui concerne le développement et les aptitudes sensori-motrices des enfants, la distribution des résultats obtenus au Rutgers (tableau V) pour les années 1969 et 1970 démontre une évolution parallèle; c'est-à-dire que chez les deux groupes, on remarque:

— Une légère hausse dans la proportion des enfants dont l'âge médian est inférieur à l'âge chronologique;

— Une baisse importante pour ceux dont l'âge médian est égal à l'âge chronologique (plus grande toutefois pour le groupe F);

TABLEAU IV

Différences (en terme de moyenne) dans les résultats des trois échelles du test d'intelligence WPPSI des enfants des groupes F et D entre les années 1969 et 1970

	GROUPE F	GROUPE D	DIFFÉRENCE
Q.I. verbal (1969)	119	92	27
Q.I. verbal (1970)	121	102	19
Q.I. non verbal (1969)	118	100	18
Q.I. non verbal (1970)	120	103	17
Q.I. global (1969)	121	96	25
Q.I. global (1970)	121	106	15

TABLEAU V

Distribution des résultats (en terme de moyennes) des groupes F et D en fonction de l'âge chronologique (RUTGERS — Formes A ou B)

	GROUPE F		GROUPE D	
	1969	*1970*	*1969*	*1970*
Âge médian < âge chronologique	10,53	13,43	47,06	50,00
Âge médian = âge chronologique	15,79	4,35	11,76	5,55
Âge médian > âge chronologique	73,68	82,61	41,18	44,44

— Une augmentation assez minime dans le groupe D mais plus considérable dans le groupe F pour les enfants dont l'âge médian est supérieur à l'âge chronologique.

Il faut bien noter ici que si les deux groupes évoluent dans le même sens, on retrouve la même différence entre eux.

En résumé, il semble que sur le plan intellectuel, l'évolution au cours de l'année 1970 ait été plus considérable pour les enfants du groupe D ; évolution qui s'est avérée particulièrement importante et significative au niveau verbal et qui a entraîné une homogénéisation du rendement intellectuel dans ce groupe, c'est-à-dire que leur rendement serait maintenant équivalent sur le plan verbal et sur le plan non verbal. Il est important de noter, toutefois, que globalement la différence reste la même entre les deux groupes.

Par conséquent, il apparaît que les enfants du groupe F demeurent, en moyenne, supérieurs de façon significative et ce à tous les niveaux du fonctionnement intellectuel étudiés ici, *i.e.* tant sur le plan verbal que non verbal. Ils demeurent aussi supérieurs lorsqu'il s'agit du développement et du fonctionnement sensori-moteur.

CONCLUSIONS

Dans ce domaine de plus en plus large des études sur les enfants de milieux défavorisés, notre intérêt s'est porté sur l'observation de l'activité fantasmatique et de ses relations possibles avec l'apprentissage scolaire. Nous avons présenté dans ce court travail certaines conclusions à partir du matériel produit par nos deux groupes d'enfants alors qu'ils fréquentaient une classe de Grande maternelle. Nous avons comparé leur évolution, à partir des synthèses faites de leurs productions et verbalisations diverses, en l'illustrant par deux exemples de chaque groupe. Nous avons aussi démontré de façon plus spéciale l'évolution du groupe défavorisé à partir des observations faites par les jardinières. Nous avons enfin étudié et comparé le fonctionnement intellectuel de nos deux groupes. Dans une communication prochaine, nous pourrons exposer plus en détail le contenu évolutif de leur activité fantasmatique exprimée à travers les diverses activités de groupe, en situation de classe maternelle.

Ces deux groupes d'enfants ont fréquenté en 1970-1971 une classe de première année et ont été observés régulièrement dans leurs diverses activités fantasmatique et d'apprentissage. Nous espérons pouvoir en tirer des conclusions intéressantes sur les relations entre l'organisation de l'activité fantasmatique et l'apprentissage scolaire, selon l'origine sociale de l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gauthier, Y., Richer, S., et coll., L'activité fantasmatique d'enfants de 4 ans, de milieux favorisés et défavorisés. Résultats préliminaires, *Laval médical*, 42 : 91–102, 1971.

2. Jensen, R., *The culturally disadvantaged and the heredity environment uncertainty, in* J. Hellmuth, éd., Disadvantaged child, vol. II, pp. 29–76, *Brunner/ Mazel*, New York, 1968.

CONDITIONAL REFLEX STUDIES IN THE SCHIZOPHRENIAS * †

H. E. LEHMANN, M.D. and T. A. BAN, M.D.[1]

For the past seven years, the work in our behavioral laboratories has been directed towards developing procedures for detecting and measuring characteristic psychopathological changes which occur in different psychiatric conditions (1).

The results of this work are a psychophysical test battery which, through factor analysis, reflects five distinctly different basic psychological functions and a diagnostic test procedure, based on the conditioning method, using the eye-lid closure technique (2). More recently, we succeeded — through a modification of this procedure, using the galvanic skin resistance — in describing characteristic differences between normal subjects and patients with functional and organic psychopathology (3). We also could demonstrate differential features in various depressive conditions (4).

The aim of the present study was to reveal differential conditional reflex patterns within the schizophrenias, *i.e.* in six schizophrenic categories.

METHOD AND PROCEDURE

Our method was based on the classical conditioning paradigm; we employed the GSR technique and exposed the experimental population to the procedure established in our laboratories.

The experimental population consisted of 147 schizophrenic patients belonging to the following diagnostic categories: paranoid (61), simple (22), undifferentiated (21), hebephrenic (16), catatonic (16), schizo-affective (11). Relevant information regarding sex, age and other factors of the patients at the time of testing is presented in Table I. Each patient included in this study was chosen as being most clearly representative of his or her respective diagnostic category.

The conditioning tests were conducted in a partially sound-proofed, humidity-controlled and temperature-controlled room. Here patients were seated in an armchair facing a light-box, placed at eye level five feet away. The two conditional stimuli, white and yellow lights, were administered through a light-box while a 900 cycle-per-second tone (unconditional stimulus), administered with maximal intensity, was presented through earphones. The resistance or conductance changes, resulting from the alterations in sweat gland secretion in response to the stimuli, was transmitted, through silver electrodes fixed to the right palm and forearm, to a 4-channel polygraph which served as a recording device. The test procedure was programmed. The duration of each conditional stimulus was 4.0 seconds and that of the unconditional stimulus, 0.4 second. In case of associated administration, the light (conditional) stimulus precedes the tone (unconditional) stimulus by 3.6 seconds and coterminates with the tone stimulus 0.4 second later. The inter-stimuli interval ranged from 14 to 16 seconds (and in the orienting period, from 21 to 39 seconds). The whole procedure lasted approximately 30 minutes, during which period 70 stimuli were administered. The sequence of stimulus administration is presented in Table II.

The data were tabulated and the differences between and within the different diagnostic categories were tested. The statistical procedure was based on the Kruskal-Wallis one-way analysis and Friedman's two-way analysis of variance to reveal differences between the different diagnostic categories, and on the Sign test and Wilcoxon's matched-pairs signed-ranks test to assess changes over the various trials within each diagnostic category. In addition, the chi-square and median tests were used. The following response patterns, regarding frequency, amplitude and latency, were analyzed: 1) orienting reflex (OR), 2) conditional reflex (CR), 3) conditional stimulus (CS) differentiation, 4) conditional stimulus (CS) reversal.

---

* Paper presented at the VII Annual meeting of the Quebec Psychiatric Association, held in Sherbrooke, Quebec, April 22–24, 1971.

† This study was supported by Grant MA 1936 from the Medical Research Council of Canada.

1. Douglas Hospital, 6875 LaSalle Blvd., Verdun, Quebec.

TABLE I

Characteristic information on 147 patients included in the study

DIAGNOSTIC CATEGORY	NUMBER OF PATIENTS	MALES	FEMALES	MEAN AGE (years)	MEDIAN AGE (years)	NEWLEY ADMITTED	HOSPITALIZED	NO MEDICATION	ON MEDICATION
Paranoid	61	40	21	39.9	39	40	21	22	39
Simple	22	16	6	41.4	39.5	6	16	10	12
Undifferentiated	21	15	6	28.4	27	17	4	6	15
Hebephrenic	16	10	6	36.8	32.5	4	12	4	12
Catatonic	16	8	8	41.9	47	8	8	8	8
Schizo-affective	11	6	5	35.3	28	10	1	5	6
TOTAL	147	95	52	38	36	85	62	55	92

RESULTS

1. ORIENTING REFLEX

During the orienting period, two indifferent stimuli (white and yellow lights) were administered alternately four times. The number of responses was counted (frequency) and their amplitude and latency measured and expressed in ohms and seconds respectively. Frequency, amplitude and latency analysis failed to reveal any significant differences among the various diagnostic categories. Complete extinction (habituation) occurred in none of the schizophrenic categories over the 8 conditional stimulus administrations. However, there was a definite tendency toward decreased frequency in responding to the indifferent white and yellow light stimuli and a significant decrease in amplitude of the responses in all the diagnostic categories from the first to the last, and from the first to the second stimulus administration. Neither sex, age, length of hospitalization nor type of treatment had any particular bearing on these results.

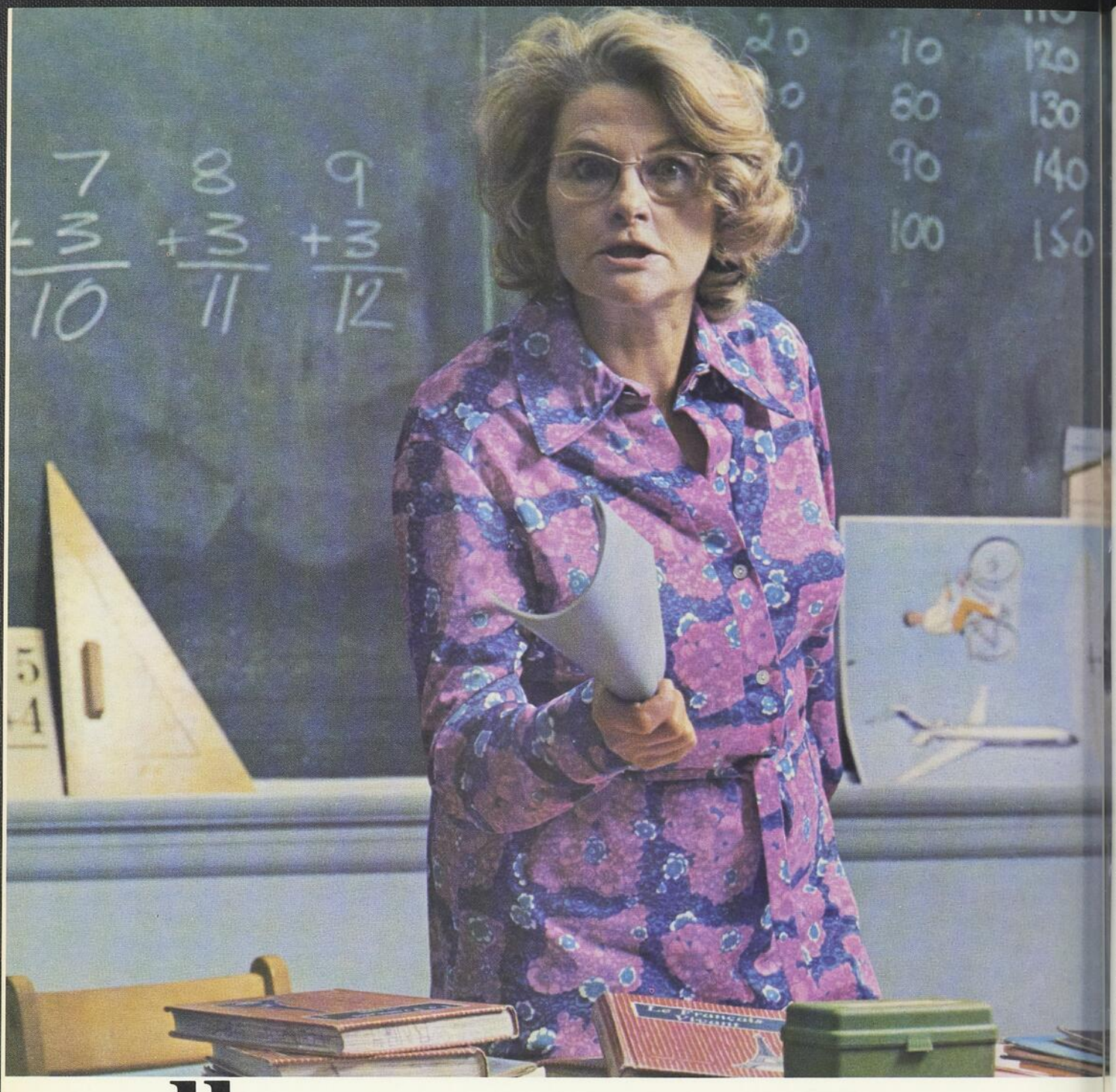
2. CONDITIONAL REFLEX

One of the two formerly indifferent stimuli (white light) was presented 13 times (with 14 to 16 second intervals), 10 times preceeding the unconditional stimulus (tone) and 3 times by itself. The frequency, amplitude and latency of the responses to the positive conditional stimulus (white light) were measured and analyzed statistically. Prior to this, it was established that although the amplitude of the unconditional reflex diminished over the 13 trials, complete adaptation to the tone did not occur.

Frequency analysis (median test) revealed that schizo-affective, paranoid and undifferentiated schizophrenics had a relatively high conditionability and grouped well above the group median frequency of response, in contrast to the relatively low conditionability of the simple, hebephrenic and catatonic schizophrenics who grouped below the median frequency of response. No differences were found between newly admitted or long term hospitalized, young or old patients in these diagnostic categories, but paranoid schizophrenic males had a significantly lower conditionability ($p = 0.05$) than paranoid schizophrenic females. A similar trend was seen in the undifferentiated schizophrenic category. Furthermore, differences between patients under drug treatment or without medication were revealed in



ils souffrent d'une carence en oestrogènes



elle en est la cause

L'irritabilité, la dépression, les céphalées, la diminution de la vitalité et de la libido, l'instabilité d'ordre émotif s'ajoutent aux symptômes les plus courants de carence oestrogénique. Sans qu'il soit de sa faute, la femme en ménopause crée des problèmes pour ceux qu'elle a mission de guider.

Il n'est pas nécessaire qu'il en soit ainsi. Plusieurs des facteurs gênants de la ménopause peuvent être minimisés ou éloignés. PRĒMARINE, le complexe œstrogénique *naturel* et *complet*, est un régularisateur métabolique qui exerce un effet protecteur sur de nombreux systèmes, organes et tissus de l'organisme féminin.

De plus PRĒMARINE confère une sensation de bien-être qui prend une importance vitale à cette période d'ajustement psychologique et de déséquilibre émotif.

"Si nous considérons le nombre de modifications dégénérescentes qui surviennent dans l'organisme féminin lorsque la carence en œstrogènes est en cours, il semblerait logique de traiter toutes les femmes . . . les œstrogènes sont aussi essentiels à la bonne santé qu'un régime alimentaire bien équilibré."[1]

1. Willson, Beecham, Carrington Obstétrique et gynécologie 2ème édition, 196

Lorsque les symptômes indiquent une carence œstrogénique, prescrivez

prémarine Ayerst

la première préparation d'œstrogènes conjugués

Renseignements supplémentaires et bibliographie sont délivrés sur demande

*déposé

850/71/BF

MEMBRE ACFP

LABORATOIRES AYERST, DIVISION DE AYERST, McKENNA & HARRISON, LIMITÉE, MONTRÉAL, QUÉBEC

the simple and catatonic schizophrenics. Patients under drug treatment in these categories tended to give less conditional reflex responses than patients from the same groups without any medication.

Amplitude analysis was based on key trials 3, 7 and 12 in which the white light (conditional stimulus) was presented without reinforcement. Amplitude analysis revealed that:

(*a*) There was no difference within the categories in the amplitude of conditional reflexes in the three key trials, with the exception of the undifferentiated schizophrenic category whose amplitude significantly decreased from trial 3 to trial 12 ($p < 0.05$);

(*b*) There was no significant difference in the amplitude of the conditional reflex between the six diagnostic categories on key trials 3 and 7, but there was a significant difference in key trial 12 ($p < 0.01$), where paranoid and simple schizophrenics responded with the highest and hebephrenic schizophrenics with the lowest amplitude, the other categories being in between;

(*c*) The mean amplitude of the conditional reflex differed in the various diagnostic categories to the effect that the amplitude of the hebephrenic and undifferentiated patients was below the median and of the paranoid and simple schizophrenics was above the median amplitude of the experimental population.

Amplitude analysis in general did not reveal differences between males and females, newly admitted and hospitalized, medicated and unmedicated, young and old patients except in the simple schizophrenic group where younger patients had a significantly higher amplitude of conditional reflex than older ones.

All but the paranoid group had a definite tendency to increase conditional reflex latency from the third to the seventh key trial and a slighter tendency to decrease the same from the seventh to the twelfth trial. In the paranoid schizophrenic group there was a slight decrease in the latency of the reflex from the third to the twelfth trial.

3. CONDITIONAL STIMULUS DIFFERENTIATION

Conditional stimulus differentiation was tested through consecutive administration of positive (white light) and negative (yellow light) stimuli. Of the 24 (12 pairs) stimuli, in 3 pairs (3, 6 and 12), the (positive) white light was not reinforced. The frequency, amplitude and latency of the responses to the positive and to the negative conditional stimuli were measured and analyzed statistically. Prior to this, it was established that although the amplitude of response to the unconditional stimulus diminished over the 24 trials, complete adaptation to the tone did not occur.

There were no significant differences among the diagnostic categories in conditional stimulus differentiation. However, a trend was noted wherein catatonic schizophrenics gave fewer adequate responses than the median number of the differentiated responses of the entire population. Sex, age and hospitalization had no bearing on stimulus differentiation. On the other hand, conditional stimulus differentiation in the catatonic and paranoid categories was significantly better ($p = 0.025$

TABLE II

Sequence of stimuli administered during the experimental procedure

I	Orienting Period	Y	W	Y	W	Y	W	Y	W
II	Unconditional Stimulus	T	T						
III	Conditioning Process	WT	WT	W	WT	WT	WT	W	WT
		WT	WT	WT	W	WT			
IV	Differentiation of Conditional Stimuli	Y	WT	Y	WT	Y	W	Y	WT
		Y	WT	Y	W	Y	WT	Y	WT
		Y	WT	Y	WT	Y	W	Y	W
V	Reversal of Conditional Stimuli	YT	W	YT	W	Y	W	YT	W
		YT	W	YT	W	Y	W	YT	W
		YT	W	YT	W	Y	WT	Y	

W : white light — Y : yellow light — T : tone.

and $p < 0.05$, respectively) in patients who were on no medication than in the medicated ones. There was also a tendency toward better differentiation in the unmedicated simple, schizo-affective and undifferentiated schizophrenic categories.

Amplitude analysis was based on responses to the key trial pairs. While there were no significant differences in key trial pairs 3 and 6 among the diagnostic categories, statistically significant differences (Kruskal-Wallis one-way analysis) were revealed on key trial pair 12. Here, the highest amplitude of differentiated responses was given by the simple, schizo-affective and paranoid categories, and the lowest amplitude of differentiated responses was given by the catatonic, undifferentiated and hebephrenic schizophrenics. No significant differences between newly admitted or hospitalized patients were revealed within the groups, but there was a tendency in all the groups toward a higher amplitude of differentiated responses in patients who were off medication. However, this reached statistical significance only in the simple schizophrenic category ($p = 0.05$). Furthermore, paranoid schizophrenic males had a significantly lower amplitude of differentiated responses than females ($p < 0.05$) and old hebephrenics had a significantly higher amplitude of differentiated responses than young ones ($p = 0.05$).

Latency analysis did not reveal any consistent differences between or within the groups.

4. CONDITIONAL STIMULUS REVERSAL

The period of reversal of conditional stimulus consisted of 12 alternating presentations of the pairs of stimuli. In this period, the formerly negative stimulus (yellow light) was reinforced while the formerly positive stimulus (white light) was given without reinforcement. In trial pairs, 3, 7 and 12, neither of the conditional stimuli was administered in association with the unconditional stimulus. The frequency, amplitude and latency of the responses to the positive and the negative conditional stimuli were measured and analysed statistically. Prior to this, it was again established that the amplitude of the unconditional stimulus diminished over the 24 trials but completed adaptation to the tone did not occur.

Frequency analysis did not reveal any consistent differences in the frequency of adequate responses during the reversal of conditional stimuli among the diagnostic categories. However, there was a tendency in the paranoid and catatonic categories for patients on no medication to give more adequate responses than the ones under treatment. A trend was also noted wherein older paranoid schizophrenics had a higher frequency of adequate responses than the younger ones. Whether patients were newly admitted or hospitalized, male or female, did not have any bearing on the findings.

Amplitude analysis was based on key trials 3, 7 and 12. Statistical analysis (Kruskal-Wallis one-way analysis) of findings revealed that during reversal of conditional stimuli, paranoid, simple and schizo-affective patients gave in general the highest amplitude of adequate responses and hebephrenic, catatonic and undifferentiated schizophrenics the lowest. Further analysis indicated that this was primarily due to acquisition, *i.e.* conditional reflex formation, to the formerly negative but now reinforced conditional stimulus. Within the categories, during the reversal of stimuli, there was a trend towards a higher amplitude of adequate responses in the unmedicated paranoid and catatonic schizophrenics than in the ones under treatment, and also a trend towards a lower amplitude of adequate responses in the paranoid schizophrenics of older age than in the younger ones. In none of the categories appeared significant differences in amplitude between males and females or newly admitted and hospitalized patients.

Latency analysis did not reveal any consistent differences among or within the categories.

DISCUSSION

This is the third of a series of studies. In the first, long-term schizophrenic and organic patients were compared to a group of normal controls, employing the same procedure as in this study. Conditionability, conditional stimulus generalization, differentiation and reversal were found to be significantly higher in the normal group than in chronic schizophrenics and higher in the chronic schizophrenic group than in the chronic organic patients. This was also reflected in the amplitude of responses in several phases of this experiment.

In the second study, the following common features of neurotic, endogenous and schizophrenic depressives were demonstrated: a lower responsivity to environmental stimulation in general, manifested in a significantly lowered amplitude of the orienting reflex, the unconditional reflex and of the conditional reflex, when compared to normal controls. Furthermore, there was also a significantly

reduced conditionability in the pathological groups as compared to normals. Within the depressive categories, the qualitatively different orienting reflex behavior and the potential for disinhibition clearly differentiated the neurotic depressives from the other two pathological groups. Significantly stronger amplitude of the unconditional reflex with a prolonged latency time and impaired conditional stimulus discrimination characterized schizophrenic depression and discriminated it from endogenous depression. The latter group was further characterized by slowly formed but stable conditional reflexes.

In the present study, differential features of six schizophrenic categories were established. On the basis of our findings, the schizophrenic categories at first inspection fall into two groups: the ones with relatively high conditionability, *e.g.* schizoaffective, paranoid, undifferentiated, and the ones with relatively low amplitudes of adequate differentiated responses during the period of conditional stimulus differentiation and reversal, *e.g.* catatonic, undifferentiated and hebephrenic.

It was more difficult to differentiate schizoaffective and paranoid patients on the basis of their conditional reflex profiles. Both groups had a relatively high conditionability and both groups had a relatively high amplitude of differentiated responses during the period of conditional stimulus differentiation and reversal. However, some differential features could be detected. In the paranoid group, the amplitude of conditional reflexes was relatively high and the latency period between stimulus and response in the conditioning period progressively decreased. In contrast to this, the amplitude of the conditional reflexes of the schizoaffectives were in the average range and their latency during the course of the conditioning period at first showed a tendency to increase, and only later on, a tendency to decrease.

In the second group, where a relatively low conditionability was characteristic of the simple, hebephrenic and catatonic categories, simple schizophrenics retained a relatively high amplitude of conditional reflexes and also a relatively high amplitude of differentiated responses in the period of conditional stimulus differentiation and reversal. The distinction between the hebephrenic and catatonic categories — usually referred to as "nuclear" schizophrenics — was more difficult. Both of these diagnostic categories manifested relatively low conditionability and a relatively low amplitude of differentiated responses during the period of conditional stimulus differentiation and reversal. However, the amplitude of the reflexes in the hebephrenic group was lower than in the catatonic group while stimulus differentiation was lower in the catatonics than in the hebephrenics.

SUMMARY

A conditional reflex test procedure was described which enabled us to reveal and measure some characteristic differences among the various schizophrenic categories. The differences found were expressed in conditional reflex variables. These changes may direct attention to the common as well as the differential pathophysiological mechanisms involved in schizophrenic patients.

ACKNOWLEDGEMENT

The authors wish to thank Hillary Lee, M.A., for her statistical analysis of the data.

RÉSUMÉ

Les auteurs décrivent un test par réflexes conditionnés, qui leur a permis de déceler et de mesurer certaines différences caractéristiques entre les schizophrènes de diverses catégories. Ces différences, qu'ils expriment selon les variables des réflexes conditionnés, peuvent, à leur avis, faire ressortir les mécanismes physiopathologiques, tant communs que différentiels, impliqués chez les schizophrènes.

REFERENCES

1. Ban, T. A., *Conditioning and psychiatry*, Aldine Publishing Co., Chicago, 1964.
2. Ban, T. A., and Levy, L., Physiological patterns : a diagnostic test procedure based on the conditioned reflex method. *J. Neuropsychiat.*, 2 : 228–231, 1961.
3. Ban, T. A., Choi, S. M., and Lee, H., Differential conditioning in organic and functional psychoses. Presented at the First International Congress of Social Psychiatry, London, England, 1964.
4. Ban, T. A., Choi, S. M., Lehmann, H. E., and Adamo, E., Conditional reflex studies in depression, *Canad. Psychiat. Assoc. J.*, II : 598–604, 1966.

TRAITEMENT D'UN TIQUEUR PAR THÉRAPIE BEHAVIORALE *

Robert LADOUCEUR, M.A.Ps.[1] **et Jean HILLEL**, M.D., C.R.C.P.(C), C.S.P.Q.[2]

Les tenants de la psychanalyse font remonter la régression du tiqueur à la période anale ou à la phase œdipienne et interprètent le tic tantôt comme un phénomène compulsif tantôt comme la traduction de déplacements de pulsions libidinales. Cette dernière interprétation a été préconisée surtout par Sandor Ferenczi et par Otto Fenichel. Hélène Deutsch et Wilhelm Reich voient dans le tic un équivalent masturbatoire (1).

Quant à l'approche behaviorale qui considère le tic comme un comportement appris, elle en explique la genèse et le maintien selon deux principaux modèles : l'un, dérivé de la théorie de Hull et l'autre, de la théorie de Skinner. Le premier modèle conceptualisé par Yates en 1958, considère le tic comme étant essentiellement une réponse conditionnée d'évitement qui assouvit un besoin. Selon les termes de la théorie de Hull, présentés dans l'équation suivante : $s^Hr = (s^Er \times D) - (Ir + s^Ir)$, le potentiel de réaction (s^Er) est fonction du produit de la force de l'habitude (s^Hr) par l'intensité de la pulsion présente (D). La modification d'un comportement (un tic) se produirait de la façon suivante : si le sujet produit le tic volontairement et de façon répétée (*massed practice*), une inhibition réactive (Ir) se développe. Lorsque Ir atteint un niveau critique, le patient se voit dans l'obligation de se reposer, c'est-à-dire de ne pas reproduire le tic. Cette habitude de ne pas reprendre le tic (s^Ir) sera associée à une réduction de la pulsion due à la dissipation de Ir et deviendra par conséquent renforcée. Ainsi, par l'émission volontaire et répétée du tic, une habitude contraire, ne pas reproduire le tic, se développe, habitude incompatible avec le comportement à éliminer. Il se produit ainsi une diminution du s^Er.

Quant au deuxième modèle, aucune élaboration systématique n'en a encore été faite. La genèse du tic est expliquée par une gratification obtenue après l'émission de ce comportement. Par l'emploi de la méthode dérivée du modèle de Hull, Yates, Jones et Walton rapportent des résultats positifs (5, 7, 13 et 14). Par contre, Feldman et Werry, puis Rafi, utilisant la même technique, ont obtenu des résultats inverses (5 et 10). Ils ont même constaté une augmentation des tics pendant la période de traitement.

Deux études utilisant la méthode de conditionnement opérant sont décrites dans la littérature. En 1962, Barrett a réussi à éliminer des tics qui duraient depuis 14 ans chez un sujet de 38 ans (4) : l'audition de musique servait de renforcement positif et un bruit blanc était utilisé comme punition. Rafi a obtenu des résultats similaires à l'aide d'une sonnerie employée comme stimulus aversif (10). Enfin, Macpherson a éliminé des tics chez une patiente de 60 ans, par la méthode de relaxation (8). Solyom et Miller, utilisant « l'inhibition réciproque par la levée d'un stimulus nocif », ont constaté son inefficacité dans le traitement d'un tiqueur (12).

Le présent travail décrit le traitement d'un tiqueur à l'aide d'une méthode principalement basée sur un schème de conditionnement opérant.

LE SUJET

Le sujet, J.M., un garçonnet de 10 ans, est l'aîné de trois enfants d'une famille relativement aisée. L'enfant présente un tic depuis environ deux ans, lorsqu'il est conduit en consultation par ses parents. Le tic, caractérisé, au début, seulement par un étirement paroxystique des ailes du nez, s'est étendu progressivement à l'ensemble du visage, au cou, puis à l'épaule et à l'avant-bras gauche (plissement du front, étirement de la commissure labiale gauche, clignotement de la paupière, contraction

* Travail présenté au VII[e] Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Sherbrooke, du 22 au 24 avril 1971.

1. Psychologue, Institut de recherches psychiatriques de Joliette, Hôpital Saint-Charles, Joliette, Québec. Actuellement étudiant, Université Laval, Québec.

2. Psychiatre, ex-directeur du Service de psychiatrie communautaire (Secteur Bayonne), membre de l'Institut de recherches psychiatriques de Joliette, Hôpital Saint-Charles, Joliette, Québec.

des muscles de la partie gauche du cou, élévation et rotation de l'épaule et de l'avant-bras gauches autour du thorax). Il n'a pas été possible de préciser la cause et le début du symptôme. Les parents ont remarqué ce comportement pour la première fois il y a deux ans, alors que J.M. regardait la télévision. Une rémission symptomatique partielle et temporaire est survenue il y a neuf mois, pendant une période de quinze jours, sous l'effet d'une médication anxiolytique.

L'histoire du sujet révèle la présence d'une structure émotive stable au niveau de la famille, une entente satisfaisante au niveau du couple parental et une bonne relation avec la fratrie. L'attitude plutôt rigide et conservatrice du père, quant aux principes d'éducation, est assouplie par une mère compréhensive et quelque peu protectrice. Quoique plutôt introverti, J.M. entretient d'excellentes relations avec ses compagnons. Il est en quatrième année et ses résultats le situent parmi les cinq premiers de sa classe. Son développement physique est normal et l'examen médical complet pratiqué au début du traitement exclut toute maladie organique. Sa vision corrigée est de 20/20. Une intervention chirurgicale a été pratiquée il y a trois ans pour correction verticale de l'œil. Il a été impossible d'établir une relation précise entre cette intervention chirurgicale et le début du tic. La motivation au traitement était optimale tant chez le sujet que chez les parents.

PROCÉDURE ET MÉTHODE DE TRAITEMENT

Tel que démontré par Baer (2 et 3), le retrait contingent d'un renforcement positif lors de l'émission d'un comportement a pour conséquence de réduire la fréquence de ce comportement. La méthode utilisée lors du présent traitement est similaire à celle de Baer, sauf qu'au lieu d'employer des dessins animés en tant que renforcement positif, le sujet regardait son émission quotidienne préférée de télévision, émission dont la durée était d'une demi-heure.

La salle de traitement était séparée en deux par un miroir unidirectionnel: d'un côté, le sujet était confortablement assis dans un fauteuil, de l'autre, le thérapeute pouvait, à l'aide d'un commutateur, interrompre à volonté le programme en cours. À la suite de l'entrevue d'évaluation, trois séances d'une demi-heure ont été consacrées à établir le taux initial de production des tics (*base line rating*). Il est entendu qu'au cours de cette période de prétraitement, aucune interruption ne survenait. De plus, aucune explication des procédures prévues au cours du traitement n'était donnée au sujet.

Le traitement lui-même a consisté en six phases s'échelonnant sur un nombre total de 32 entrevues d'une demi-heure chacune. Les variables étudiées pendant le traitement sont présentées dans le tableau I.

Les six phases du traitement se sont déroulées comme suit:

Phase I: Punition de trois secondes après chaque tic dont la durée est d'au moins deux secondes: le sujet subit l'arrêt de la télévision pour chacun des tics dont la durée excède deux secondes. Ce retrait de la télévision est contingent à chaque tic et il en sera ainsi tout au cours du traitement.

TABLEAU I

Variables intervenant au cours des différentes phases du traitement

PHASES	I	II	III	IV	V	VI
Durée de la punition en secondes	3	3	4	7	7	7
Durée minimum en secondes des tics punis	2	1	1	1	1	1
Proportion des tics punis	1/1	1/1	1/3	1/3	1/3	1/3
Motivation verbale	—	—	—	—	Présente	Présente
Connaissance des résultats	—	—	—	—	—	Présente

Phase II : Punition de trois secondes pour chaque tic dont la durée est au moins une seconde : même condition que la phase I, sauf que la durée du tic puni est réduite à une seconde.

Phase III : Punition de quatre secondes, distribuée selon un programme de renforcement à proportion aléatoire, (rapport 1 à 3) ; la punition est augmentée d'une seconde. De plus, la proportion de tics punis par rapport au nombre total des tics est de un à trois, et ce, selon un ordre déterminé au hasard.

Phase IV : Punition de sept secondes, distribuée selon un programme de renforcement à proportion aléatoire (rapport 1 à 3) : même condition que la phase III, sauf que la punition passe de quatre secondes à sept secondes.

Phase V : Punition de sept secondes, distribuée selon un programme de renforcement à proportion aléatoire (rapport 1 à 3) et motivation verbale : une nouvelle dimension est ajoutée, celle d'informer le sujet que l'interruption du programme indique qu'il vient d'émettre un tic. Il doit considérer ce signal comme un moyen pour l'aider à se contrôler.

Phase VI : Punition de sept secondes, distribuée selon un programme de renforcement à proportion aléatoire (rapport 1 à 3) et « connaissance des résultats » ; au début de chaque séance, on informe le sujet de sa performance lors de la session antérieure, on lui demande d'anticiper ses résultats pour la séance qui débute et, à la fin de chaque entrevue, on lui communique les résultats obtenus.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

La courbe du nombre des tics par séance, ainsi que le nombre total et la moyenne de tics par période expérimentale, sont illustrés dans la figure 1. Les résultats observés permettent de conclure qu'une rémission appréciable du symptôme est survenue au cours du traitement. En effet, l'enregistrement de la fréquence initiale des tics a révélé une moyenne de 96,3 tics par 30 minutes alors que pendant la phase VI du traitement, le sujet ne présentait plus que 6,7 tics dans le même laps de temps. Quinze mois après la fin du traitement, les parents rapportent un maintien de l'amélioration à un niveau supérieur à 75 pour cent comparativement à l'état initial.

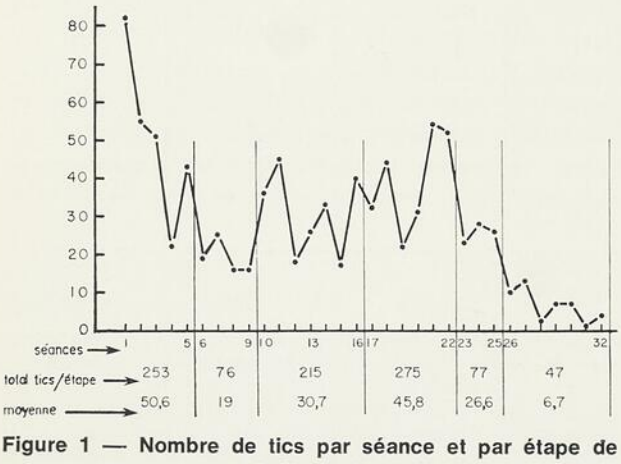


Figure 1 — Nombre de tics par séance et par étape de traitement.

L'analyse, phase par phase, permet de faire les considérations suivantes.

Pendant les phases I et II, phases qui ne diffèrent que par la durée de la punition, on constate une chute importante des tics.

Les phases III et IV accusent une augmentation dans la fréquence de l'émission des tics mais le nombre demeure nettement inférieur au résultat initial. L'introduction de la punition distribuée selon un programme de renforcement à proportion aléatoire (rapport 1 à 3) apparaît comme le facteur responsable de ce phénomène.

La motivation verbale introduite pendant la phase V n'a pas permis de diminuer la fréquence des tics à un niveau plus bas que celui retrouvé à plusieurs séances des phases antérieures. Le fait que le thérapeute ait attiré l'attention du sujet de façon explicite sur la procédure employée (punition concomitante à l'émission d'un tic) ne semble pas avoir apporté un élément nouveau à la connaissance que ce dernier s'était faite par lui-même au cours des phases précédentes.

L'élément qui, dans ce traitement, a permis de briser le plateau qui était établi depuis la phase II, semble avoir été la communication des résultats au sujet. Ce phénomène de « connaissance des résultats », bien connu en psychologie de l'apprentissage (6 et 11) comme ayant un effet de motivation et de renforcement, a permis au sujet d'acquérir un *self-control,* facteur considéré par certains auteurs, dont Cautela, comme étant un élément essentiel de changement :

> « *It is said that the individual lacks self-control if he is not able to change the probability of undesirable responses. It is said that he has good S.C. if he is able to make responses which are likely to occur under certain conditions* ».

D'aucuns pourraient considérer le traitement comme non terminé, la fréquence nulle n'ayant jamais été atteinte par le sujet. Cependant, les critères rigides établis par le thérapeute pour définir un tic font que toute distortion musculaire apparente et considérée comme normale pour un

autre observateur était notée et punie. L'arrêt du traitement fut déterminé par le sujet lui-même et par ses parents qui considéraient l'amélioration survenue comme nettement satisfaisante. Il est important de noter que la régression du symptôme a suivi l'ordre inverse de celui de son apparition et de son extension.

COMMENTAIRES ET CRITIQUES

La méthode rapportée ici visait principalement le traitement du tic présenté par J.M. dans les circonstances décrites ci-haut. Le taux de fréquence initiale aurait été plus fiable si son estimation s'était étendue sur une période de six entrevues. Étant donné que le schéma expérimental de ce travail est une étude de cas individuel, plusieurs restrictions et mises en garde, sur le plan et la valeur scientifiques, doivent être prises en considération par le lecteur. En 1962, Paul a décrit de façon élaborée les critiques tant positives que négatives qui s'imposent dans ce genre de rapport de cas (9).

Ce travail n'a pas la prétention de généraliser et de préconiser cette méthode comme traitement des tiqueurs. Il vise plutôt à susciter l'intérêt de cliniciens intéressés à la recherche à formuler des hypothèses qui pourront être vérifiées dans des études ultérieures. L'importance que la présente étude attribue à la variable « connaissance des résultats » mérite que des études mieux contrôlées viennent valider son effet déterminant.

RÉSUMÉ

Ce travail décrit le traitement d'un tiqueur par la méthode de conditionnement opérant. On décrit six phases s'échelonnant sur 32 entrevues. La variable « connaissance des résultats » semble avoir été la variable déterminante dans les résultats obtenus.

SUMMARY

The present paper describes the treatment of a tiqueur by operant conditioning, where 32 sessions were distributed among six experimental periods. « Knowledge of the results » appears to be the determining variable for the success of the treatment.

REMERCIEMENTS

Les auteurs expriment leur reconnaissance à messieurs Clément Loubert et Léonce Boudreault, psychologues, pour leur précieux concours dans l'élaboration du plan de traitement.

REFERENCES

1. Ascher, E., Motor syndromes of functional or undetermined origins. In *American handbook of psychiatry*, édité par S. Arietti, Basic Books, New York, 1966, vol. 3, p. 148.
2. Baer, D. M., Escape and avoidance response of preschool children to two schedules of reinforcement withdrawal, *J. Exp. Anal. Behav.*, 3 : 155, 1960.
3. Baer, D. M., Laboratory control of thumbsucking by withdrawal and representation of reinforcement, *J. Exp. Anal. Behav.*, 5 : 525, 1962.
4. Barrett, B. H., Reduction in rate of multiple tics by free operant conditioning methods, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 135 : 187, 1962.
5. Feldman, R. B., et Werry, J. S., An unsuccessful attempt to treat a tiqueur by massed practice, *Behav. Res. Ther.*, 4 : 111, 1966.
6. Helmstadter, G. C., et Ellis, D. S., Rate of manipulative learning as a function of goal-setting techniques, *J. Exp. Psychol.*, 43 : 125, 1952.
7. Jones, H. G., Continuation of Yates' treatment of a tiqueur. In *Behavior therapy and the neuroses*, édité par H. J. Eysenck, Pergamon Press, Oxford, 1960, p. 250.
8. MacPherson, E. L., Control of involontary movement, *Behav. Res. Ther.*, 5 : 143, 1967.
9. Paul, G. L., Behavior modification research : design and tactics. In *Behavior therapy : Appraisal and status*, édité par C. M. Franks, McGraw-Hill, New York, 1969, p. 29.
10. Rafi, A. A., Learning theory and the treatment of tics, *J. Psychosom. Res.*, 6 : 71, 1962.
11. Saltzman, I. J., Kaufer, F. H., et Greenspoon, J., Delay of reward and human motor learning, *Psychol. Rep.*, Vol. 1, 1 : 139, 1955.
12. Solyom, L., et Miller, S. B., Reciprocal inhibition by aversion relief in the treatment of phobias, *Behav. Res. Ther.*, 5 : 313, 1967.
13. Walton, D., Massed practice and simultaneous reduction in drive level — further evidence of the efficacy of this approach to the treatment of tics. In *Experiments in behavior therapy*, édité par H. J. Eysenck, Pergamon Press, London, 1964, p. 398.
14. Walton, D., Experimental psychology and the treatment of a tiqueur, *J. Child Psychol. Psychiat.*, 2 : 148, 1961.
15. Yates, A. J., The application of learning theory to the treatment of tics, *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 56 : 175, 1958.

ANOREXIE MENTALE.
Essai d'individualisation de l'anorexie mentale vraie

Maurice BROSSEAU, M.D., C.S.P.Q., **et Jacques DESJARDINS**, M.D.

INTRODUCTION

Par un bref exposé théorique et la présentation d'un cas, notre intention est d'individualiser l'anorexie mentale vraie, primaire ou essentielle dans ses caractéristiques propres.

La tâche n'est pas facile. Les auteurs anglo-saxons ont peu ou pas tendance à individualiser ce qui, selon nous, constitue la véritable anorexie mentale de ses formes symptomatiques ou secondaires rencontrées dans les diverses affections psychiatriques. Des auteurs comme Bliss et Branch (4) ne voient dans l'anorexie mentale, non pas une entité en soi ou encore un syndrome, mais uniquement un symptôme de signification très variable. Valabréga, dans sa remarquable étude publiée en 1955 et intitulée « Anorexie mentale, symptôme hystérique et symptôme de conversion » (13), adopte également ce point de vue symptomatologique. Mais il nous semble que pour concilier cette prise de position avec l'ensemble complexe que constitue l'anorexie mentale, il utilise une acrobatie intellectuelle en faisant appel à la notion de totalité du symptôme, ce qui nous ramène à la notion du syndrome.

En somme, une révision globale de la littérature sur l'anorexie mentale nous laisse fort perplexes: entre autres la nature du symptôme de conversion, du symptôme psychosomatique, les considérations nosographiques et les critères de cette affection demeurent confus. Les statistiques sont souvent inutilisables, ne référant pas au même matériel clinique.

CARACTÈRES DE L'ANOREXIE MENTALE VRAIE

Quant à nous, nous considérons l'anorexie mentale vraie comme un syndrome qui se manifeste de façon très prépondérante chez le sexe féminin, à la période de l'adolescence, et qui se caractérise par:

1° un surinvestissement de la fonction alimentaire, qui se manifeste par une restriction alimentaire capricieuse, plus ou moins complète, liée à un refus ou à l'impossibilité de manger. Cette restriction alimentaire est sous-tendue par l'angoisse;

2° des troubles métaboliques, dont les principaux sont:
   - *a*) l'amaigrissement relié à la malnutrition,
   - *b*) l'aménorrhée non directement relié à la malnutrition;

3° des particularités psychiques, dont:
   - *a*) la conduite mythomaniaque ou de dissimulation vis-à-vis la nourriture,
   - *b*) l'hyperactivité,
   - *c*) l'indifférence et même un sentiment agréable face à la maigreur,
   - *d*) l'infantilisme affectif,
   - *e*) le manque d'auto-critique et de motivation à guérir.

À notre avis, il est capital, pour parler d'anorexie mentale, que ce syndrome soit au premier plan. Nous croyons que c'est là le critère le plus valable pour distinguer l'anorexie mentale vraie des formes purement symptomatiques. Nous sommes toutefois conscients que ce critère renvoie à l'appréciation subjective du médecin. Il est à noter que, même si ce syndrome présente un ensemble de symptômes caractéristiques, la personnalité morbide sous-jacente est variable, de sorte qu'il est impossible d'identifier un type particulier de personnalité, même si ce dernier aspect conditionne certainement l'évolution du syndrome. Ce qui est constant, toutefois, c'est un narcissisme important, secondaire à une faiblesse du moi.

Schématisons pour clarifier davantage notre position et disons que l'anorexie mentale vraie se caractérise ainsi:

* Travail présenté au VII[e] Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Sherbrooke, du 22 au 24 avril 1971.

1° un syndrome qui comprend :
— la restriction alimentaire sous-tendue par l'angoisse,
— la perte de poids,
— l'hyperactivité compulsive ;

2° ce syndrome doit toujours se retrouver au premier plan du tableau clinique ;

3° une légère restriction quant à l'aménorrhée, même s'il est vrai que l'aménorrhée fait ordinairement partie du tableau clinique. Cette position est adoptée tenant compte des cas prépubertaires, des rares cas décrits chez le sexe masculin et des femmes dans la trentaine où l'aménorrhée est parfois remplacée par une dysménorrhée.

Nous ne discutons pas la psychogenèse, maintenant admise de cette affection, ni la distinction en rapport avec les différentes cachexies hypophysaires.

Quelques considérations psychopathologiques

Des communications psychanalytiques présentées au symposium de Gottingen en 1965, trois conclusions se dégagent :

a) l'anorexie mentale exprime une incapacité d'assurer le rôle sexuel génital et d'intégrer les transformations psycho-corporelles de la puberté ;

b) le conflit central se situe au niveau du corps et non seulement au niveau des fonctions alimentaires sexuellement investies comme dans les formes plus symptomatiques ;

c) la structure est différente de celle d'une névrose classique.

C'est donc en rapport quasi exclusif avec les conflits spécifiques de la puberté et de l'adolescence que l'anorexie mentale vraie se situe. Les rapports avec la névrose infantile se trouvent remis en question, soit au profit de la notion de crise de développement entravé par une perturbation précoce des relations objectales, comme l'écrivent Feldman et Thomä, soit au profit d'un rapprochement avec les structures psychotiques comme le fait Selvini, qui voit dans l'anorexie mentale une psychose monosymptomatique.

PRÉSENTATION DU CAS

Illustrons notre propos. Chez notre jeune patiente, il fut intéressant pour nous d'observer ce facteur d'anorexie mentale : la répudiation des soucis matériels et l'affirmation d'intellectualisme pur dont parle Michaux, de constater que la genèse de cette affection est identique aux descriptions données par plusieurs auteurs, tels que Laboucarié, Branch, Crémieux, Dally et autres ; intéressant aussi de découvrir que le milieu familial correspond sensiblement aux descriptions de l'étude de Andur, Pucker et autres (1) auprès de dix familles d'anorexiques.

La patiente fut admise au département de psychiatrie de Maisonneuve, en octobre 1969, conduite par son père.

Au point de vue somatique

L'examen subjectif est négatif : la patiente n'avait aucune plainte à formuler.

L'examen objectif. Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, mesurant 5′ 2″, pesant 56 livres et présentant une fonte musculaire généralisée. Son état général est étonnamment bon, compte tenu de son état physique.

La fréquence cardiaque est de 44 à la minute et la pression artérielle de 70/50 mm de Hg.

La peau est sèche, de même que les cheveux.

On observe du duvet sur les joues et à la lèvre supérieure. Par ailleurs, la distribution des poils axillaires et pubiens est normale.

On note de plus la conservation des seins, malgré la maigreur excessive.

Le reste de l'examen est normal.

Au point de vue biologique

En biochimie, les S.G.O.T., les S.G.P.T. et l'aldolase qui étaient très élevés au début se sont normalisés.

Les mêmes phénomènes sont observés en hématologie pour le volume plasmatique, la masse globulaire, l'hématocrite, l'hémoglobine qui étaient diminués à l'admission.

Le premier électro-encéphalogramme est très pathologique, alors que le deuxième ne montre qu'un discret ralentissement diffus de l'électrogenèse.

L'électrocardiogramme indique une brady-arythmie à 48 par minute, avec des signes discrets d'ischémie-lésion inférieure, qui disparaissent lors des autres tracés subséquents.

En endocrinologie l'investigation a mis en évidence une hypothyroïdie légère secondaire et une fonction surrénalienne normale. Au niveau ovarien, une insuffisance ; mais il reste à déterminer s'il

s'agit d'un trouble primaire ou secondaire, car cette partie de l'investigation a été différée pour le moment. Enfin, l'hypophyse montre une sécrétion normale de S.T.H. et d'A.C.T.H., une légère diminution de T.S.H. et une absence de F.S.H. dans les urines, qui n'est pas significative et qui devra être contrôlée.

En résumé, la plus grande partie des tests biologiques s'est avérée normale : certains étaient perturbés au début de l'hospitalisation et se sont normalisés avec le traitement physique. Nous restons avec un hypofonctionnement de l'hypophyse de façon sélective à la T.S.H. et la F.S.H. et une insuffisance ovarienne probablement secondaire comme dans les cas d'anorexies décrits dans la littérature. Nous pouvons éliminer une maladie de Simmonds.

Histoire de la malade

Cette jeune fille de 17 ans est étudiante au collégial III, dans un couvent pour jeunes filles à Montréal.

Son père, âgé de 42 ans, est professionnel ; c'est un homme obsessif, apparemment fort et dominateur. La mère, âgée de 42 ans également, demeure au foyer ; elle a fait une dépression en 1961, après une cure d'amaigrissement. C'est une femme froide, passive, dépendante, et qui semble avoir un certain contrôle, sur le mode passif, dans le vécu quotidien.

La fratrie comprend six enfants, dont la patiente, 17 ans, un frère de 16 ans, une sœur de 15 ans, deux frères de 13 et 9 ans, et enfin une sœur de 7 ans.

Il s'agit d'une famille de classe moyenne supérieure, où l'on constate une intercommunication de type intellectuel, rationnel, rigide.

Notre malade présentait une relation difficile avec sa mère en même temps qu'elle en était très dépendante. À l'âge de 11 ans, ses parents la placent pour cinq ans, dans des collèges privés pour jeunes filles. Pendant cette période, les événements les plus douloureux pour elle furent la séparation d'avec le milieu familial et la rupture d'un lien très significatif avec une religieuse, représentant un substitut maternel. Notons, de plus, qu'à 11 ans, ses frères et sœurs la surnommaient la « 500 tonnes » (selon elle) ; c'est à partir de cette époque qu'elle se trouve gourmande, égoïste, et décide de se dévouer pour les autres, de manifester pour le Biafra et de suivre durant le carême des jeûnes de plus en plus longs et de plus en plus sévères jusqu'en 1969.

Au collège, elle est l'image de la jeune fille géniale, un peu isolée, n'ayant aucun contact avec les garçons et ne parlant que de musique, peinture et philosophie.

Elle n'eut que trois menstruations, à l'âge de 16 ans, avec des réactions de dégoût et de rejet, se promettant de ne plus jamais être menstruée.

Les parents nous diront qu'en juin 1969, elle commence à présenter certaines activités qu'ils qualifient d'inusitées, comme prendre un bain froid le matin et le soir dans le lac, se regarder nue dans un miroir, augmenter les activités physiques et intellectuelles. De plus, elle se met à faire un choix des aliments (légumes, fruits, poissons), à calculer les calories et à éviter les repas en compagnie de sa famille. Puis s'installe le combat classique entre la famille et la malade, où elle emploie tous les moyens pour faire échouer l'alimentation devant des parents insistants.

De retour au collège, inconsciente de la morbidité de sa conduite, elle s'inscrit à un nombre de cours dépassant de beaucoup le nombre requis. Elle dort peu, ne mange presque pas et commence à présenter des lypothymies. C'est à ce moment que la sœur de 15 ans insiste auprès du père pour qu'il intervienne. En octobre, le père décide de la garder à la maison, ce à quoi la malade répond : « Bravo ! je vais être aux petits soins. »

À la mi-octobre, le père consulte en psychiatrie ; la malade pèse alors 56 livres par rapport à 100 livres en juin.

À l'examen psychologique : on note une personne d'intelligence supérieure, à fonctionnement obsessionnel, avec beaucoup d'opposition, sans rupture avec la réalité.

Le peu d'échange qu'elle se permet avec l'entourage est sur un mode infantile et impulsif.

Au Rorschach, les ressources internes sont riches mais refoulées. On y remarque un besoin oral de retour au sein maternel, besoin qu'elle a tenté de refouler par une attitude obsessionnelle inefficace ; puis par l'anorexie qui signait une régression avec déplacement.

Le conflit sexuel est à dominance anale, tandis que le conflit agressif est de nature orale ; le tout est vécu et condensé dans le symptôme anorexique.

Selon l'examen psychologique, la structure de personnalité montre une prédominance des mécanismes obsessionnels avec des traits schizoïdes.

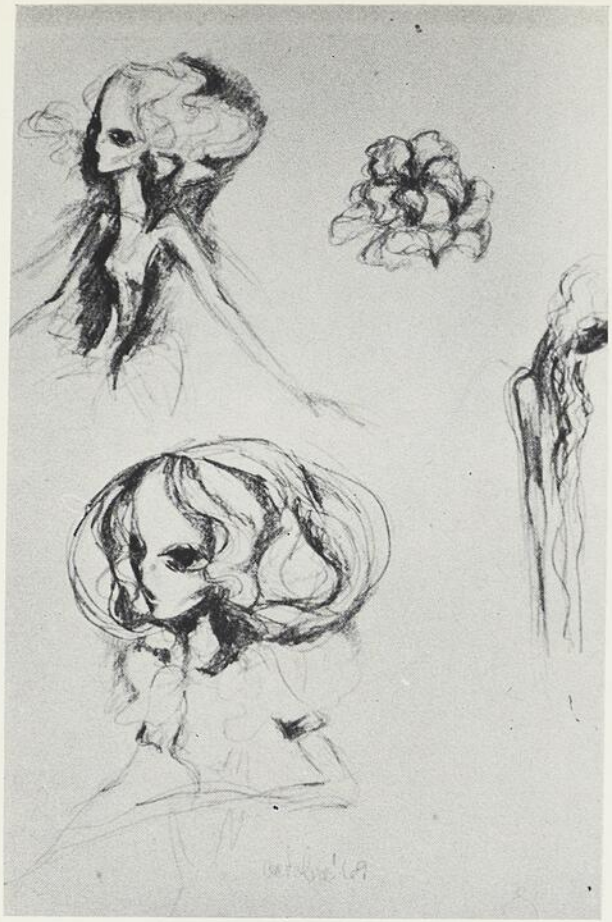


Figure 1

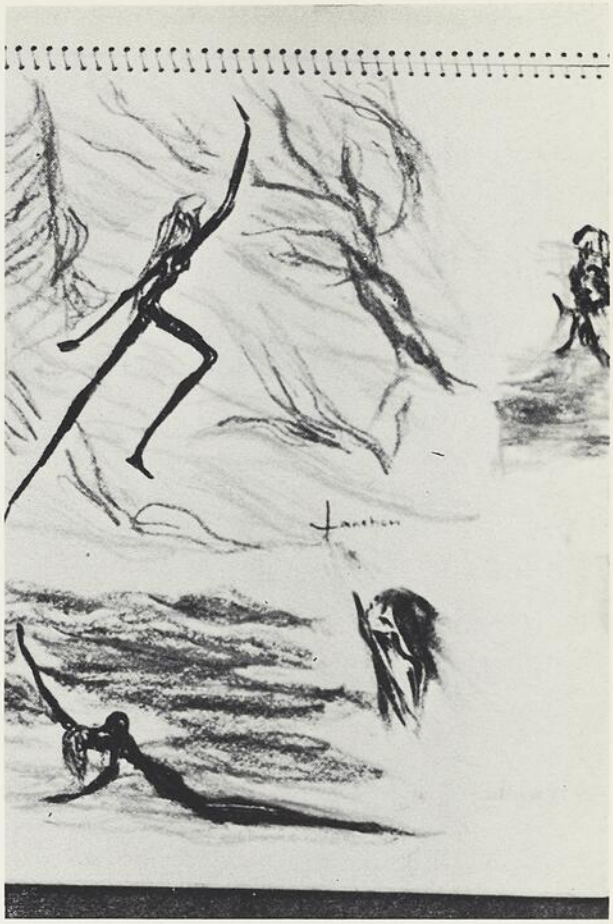


Figure 2



Figure 3

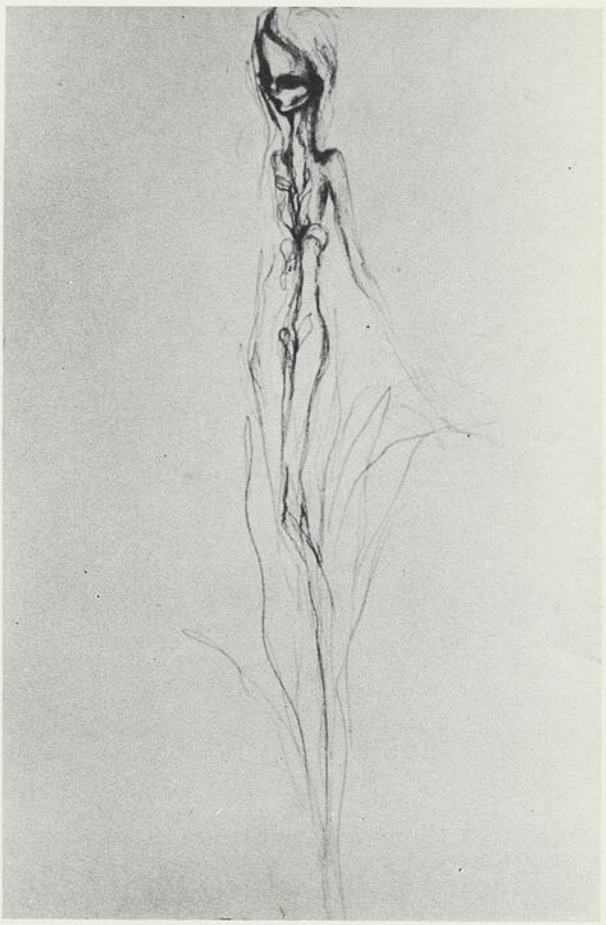


Figure 4



Figure 5



Figure 6

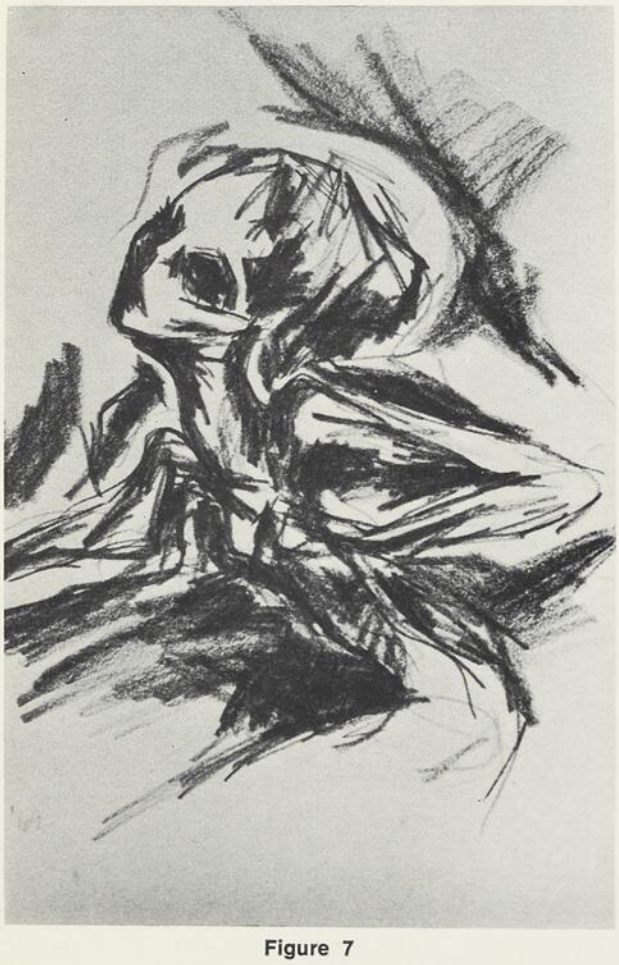


Figure 7

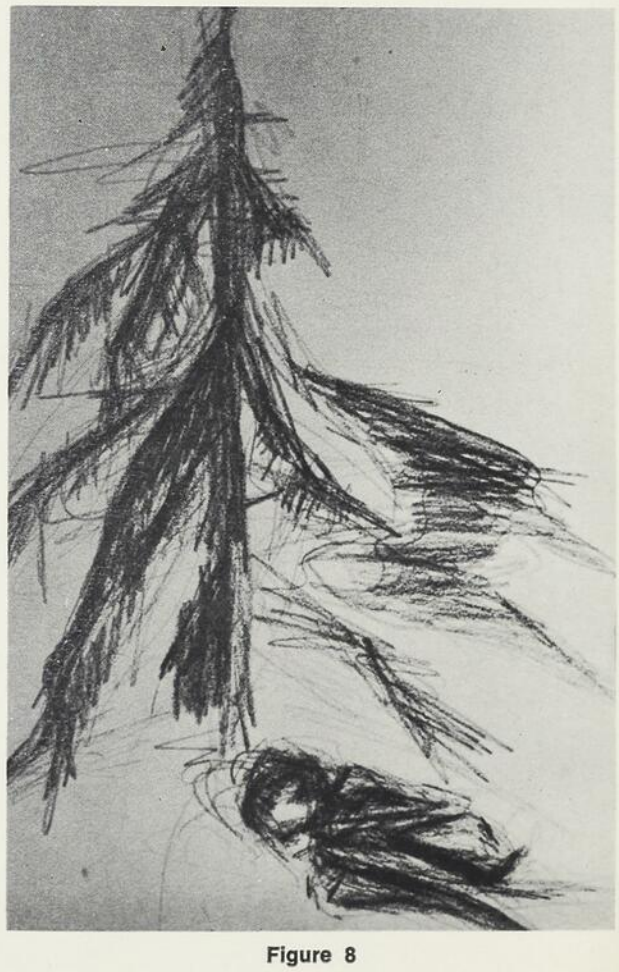


Figure 8

Quelques dessins choisis illustrent chronologiquement la régression de la patiente :

— Les dessins exécutés (figure 1) en 1968 illustrent un léger investissement œdipien ;

— D'autres dessins de 1968 (figures 2 et 3) démontrent la conception anale de la sexualité et l'idéal du schéma corporel, où le corps est très mince et toujours tendu vers le haut, comme pour s'échapper de cette boue ;

— Les dessins de janvier 1969 (figures 4 et 5) montrent l'investissement oral, le désir d'être une enfant sans sexualité, ni agressivité ;

— En juin 1969, c'est-à-dire au début de la maladie actuelle, les œuvres nous font sentir l'angoisse dépersonnalisante qui envahissait la patiente (figure 6) ;

— En octobre 1969, avant l'hospitalisation, on peut faire la même observation (figure 7) ;

— Enfin, en décembre 1969, un dessin (figure 8) illustre la régression orale prononcée.

Au point de vue évolution, la malade a été hospitalisée une première fois d'octobre 1969 à janvier 1970, et fut réhospitalisée de mars 1970 à mai 1970. Cette rechute, moins grave cependant, fut sûrement causée par notre échec à séparer la malade de sa famille. Depuis, elle est toujours en psychothérapie d'orientation analytique et elle s'améliore progressivement ; son poids est maintenant de 85 livres. Elle est actuellement en philosophie dans une université du Québec et de retour dans sa famille depuis trois mois seulement.

CONCLUSION

En conclusion, vous aurez remarqué que le syndrome décrit au début de l'exposé était au premier plan du tableau clinique présenté. Ce critère, selon nous, est essentiel pour distinguer l'anorexie mentale vraie de l'anorexie symptomatique.

Par contre, le problème de l'anorexie mentale nous replonge une fois de plus dans l'imbroglio actuel des notions concernant le symptôme de conversion, la relation entre l'hystérie et le symptôme de conversion de même qu'entre la conversion et la névrose d'organe. Mais les notions classiques sur l'hystérie ne peuvent rendre compte de l'ensemble de ce syndrome, pas plus d'ailleurs que la psychosomatique, et la confusion ci-haut mentionnée ne fait que compliquer le problème.

Force est donc de conclure pour le moment que l'anorexie mentale vraie est un syndrome à structure originale, qui se rencontre chez divers types de personnalité, mais qui est en rapport de façon quasi exclusive avec les conflits spécifiques de la puberté et de l'adolescence qui sont l'expression d'une crise de maturation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Andur, M. G., Pucker, G. G., Detre, T., et Markhus, K., Anorexia nervosa : an interactionnal study, *J. Nerv. Ment. Diseases*, **148** : 559, 1969.
2. Arnso, F., *Acta Psychiat. Scandinavia*, Supp. 191, p. 107, 1967.
3. Arnso, F., Anorexia nervosa illustrated by a psychotherapeutic casuistry, *Acta Psychiat., Scandinavia*, Supp. 191, 1966.
4. Bliss et Branch, Anorexia nervosa, *Paul B. Hoeber Inc.*, 1960.
5. Crémieux, A., P.U.F., Les difficultés alimentaires de l'enfant, *Presses universitaires de France.*
6. Dally, P., Anorexia nervosa, *Grune et Stratton Inc.*, N.Y., 1969.
7. Demoulin, C., L'anorexie mentale. Revue générale des travaux récents, *Ann. méd.-chir.*, **127** : 375–394.
8. Labbé, P. L. A., L'anorexie mentale. Données récentes sur sa pathogénie, *Acta Neurol. psychiat. Belgica*, 1952.
9. Laboucarié, J., et Barrès, Évolution psychiatrique, p. 119, 1954.
10. Laboucarié, J., et Barrès, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, **3** : 3735 A [10], p. 1.
11. Michaux, L., *Presse méd.*, **64** : 181, 1965.
12. Michaux, L., Psychiatrie, *Éditions Flammarion*, 1965.
13. Valabréga, J. P., Anorexie mentale symptôme hystérique et symptôme de conversion, *La revue de l'Inconscient*, (avril–juin) 1967.
14. Warren, W., A study of anorexia nervosa in young girls, *J. Child Psychol. Psychiat.*, **9** : 27–40, 1968.
15. Symposium sur l'hystérie, *Canad. Psychiat. Ass. J.*, **15** : (déc.) 1970.

A COMPARISON BETWEEN UNMARRIED WOMEN SEEKING THERAPEUTIC ABORTION AND UNMARRIED MOTHERS *

J. NAIMAN, M.D.†

There has never been agreement as to whether unmarried motherhood was the consequence of a specific psychodynamic conflict. Some authors have stated that there is not any and have viewed unmarried motherhood as the simple consequence of the fact that unmarried women engage in sexual intercourse and that it may therefore reasonably be expected that some of them will get pregnant from time to time. Other authors have believed that specific psychodynamic conflicts are involved, although different authors have attributed importance to different conflicts.

In a previous study (1), the literature was reviewed and a comparison was made between two groups of young women between the ages of 18 and 25 inclusive. All subjects were white, Protestant and born in Canada. One group consisted of married mothers and the other of unmarried mothers. Certain differences were found, which will be summarized below.

It was clear at the time of that study that the two groups being compared did not include all the theoretical possibilities: other groups could consist of women in the same age group who did not have intercourse, women who did have intercourse and did not become pregnant and women who became pregnant and dealt with the matter by having a criminal abortion or an abortion outside of Canada. The methodological difficulties involved in interviewing a group of women having criminal abortions are readily apparent. At the time of the previous study, the Criminal Code of Canada allowed therapeutic abortion only if the pregnancy was deemed a threat to the life of the mother and this was rarely the case. When the grounds for therapeutic abortion were broadened in 1970 to include instances when the pregnancy was deemed a threat to the health of the mother, a number of applicants appeared who wished to take advantage of this new provision.

From the time of the change in the law until October 31, 1970 there were 16 subjects who were referred by gynecologists on the staff of the Jewish General Hospital for consideration of therapeutic abortion on psychiatric grounds, and who were in the same age group as the subjects of the previous study, *i.e.* from age 18 to 25 inclusive. An opportunity thus arose for the study of these subjects. The question might be asked whether applicants for therapeutic abortion represent an identical population as compared with those who went for criminal abortion. This is of course difficult to know but a number of applicants did volunteer the information that if they were not able to obtain abortions legally they would do so illegally.

When these subjects were interviewed an attempt was made to obtain, in addition to the psychiatric information necessary in order to decide about the abortion, information which might enable one to compare them with the two groups previously studied. (The matter of the various psychiatric syndromes and the indications for abortion are outside the scope of this paper.)

It should be noted that while it was possible to match the subjects with respect to age, the ethnic composition was quite different from that of the previous study. In this instance, of the 16 subjects, 10 were white and born in Canada (including seven French Canadians, two Jewish women and one Protestant), the remaining six consisting of two Jewish women born in Europe, one South American, one girl born in France and two Blacks from the West Indies. The educational level was fairly high. Five of the subjects were school teachers, and all but two had completed high school. This was somewhat higher than in the previous groups.

* Paper presented at the VII[th] Annual meeting of the Quebec Psychiatric Association, held in Sherbrooke, Quebec, April 22–24, 1971.

† From the Department of Psychiatry, McGill University, the Allan Memorial Institute and the Jewish General Hospital.

In the previous study, it had been found that all pregnancies except one (in an unmarried mother) had occurred in the absence of any contraceptive precaution being used. This was of some interest, since one might have assumed that pregnancy particularly in unmarried mothers, might be due to failure of a contraceptive method. As stated above, this was not the case and neither was it the case in 14 of the 16 subjects in the present study. The two exceptions were one case where foam was used (generally consisted a rather unreliable method) and another where a diaphragm was used. It was, however, removed after 3 hours instead of the prescribed 8 hours.

In the comparison of the two groups of the previous study it had been found that a poorer control over sexual impulses and a tendency to form unstable object relationships were the most conspicuous differences between the unmarried mothers and the married counterparts. The unstable object relationships acquire particular significance when one considers that 7 of the 18 married mothers stated that they were pregnant on their wedding day. Clearly, had the object relationship been different, they might have been unmarried mothers.

In the present study, it was found that four out of the 16 could be regarded as being impulsive sexually and as having disturbed object relationships. This included one French Canadian, one girl born in France, one Protestant born in Canada, and one Black. For instance, the French Canadian girl gave the following information: she had her first sexual intercourse at 17 and had slept with many men since. She regarded herself as unstable with men, attaching herself rapidly and detaching herself just as rapidly. The man who made her pregnant was someone she had met in Europe. He was 24 years of age. She stated that she hardly knew him and would never see him again. The above information could equally well have been given by one of the unmarried mothers of the previous study.

It seemed of considerable interest, however, that the 12 other subjects did not fit this pattern. They had all been quite involved in their relationships with the men who had impregnated them. These relationships had at least some stability, as reflected by their duration. The shortest was four months, the longest (there were four of those) had lasted three years and the average was just under two years.

An illustrative example may be given: a 21 year old Jewish school teacher had had what she described as a complete relationship with a 20 year old McGill student for one and a half years. They had lived together in an apartment. It was, for the subject, her first relationship involving sex. The patient became quite depressed when the man eventually broke off the relationship because he was tired of her.

None of these women was about to be married and predictions about their future would clearly be hazardous. They could not, therefore, reasonably be assumed to be identical with the group of married mothers.

They seemed, however, even more different from the unmarried mothers in that their object relationships seemed considerably more stable and more meaningful.

It is clear that the findings must be interpreted with considerable caution, particularly in view of the ethnic differences between the groups.

It does seem, however, that there is here at least some corroborative evidence to support the view that unmarried motherhood occurs in the presence of some particular personality constellation, in the absence of which pregnancy tends to be handled in some other way.

SUMMARY

In a previous study a comparison was made between married and unmarried mothers in the age group from 18 to 25 inclusive. (The subjects were all white, Protestant and born in Canada.) It was found that the unmarried mothers had a greater degree of impulsivity in sexual matters and a poorer ability to form stable relationships than the married subjects.

Unavailable at the time of that study were the presumably numerous unmarried women who dealt with the matter of pregnancy by having criminal abortions or abortions outside of Canada.

The change in the law of Canada which widened the grounds for therapeutic abortions created a situation in which applicants for this procedure became available for study since psychiatric grounds were most frequently invoked to justify it.

From the time of the change in the law until October 31, 1970, there were 15 applicants for consideration of therapeutic abortion at the Jewish General Hospital who met the criteria of being between unmarried and in the age group 18 to 25 inclusive (of these 15, 11 were white and born in Canada, 8 being French Canadian, 2 Jews and one Protestant; the remaining 4 consisted of 2

Jews born in Europe and 2 Blacks born in the West Indies).

The striking finding was that of these 15 subjects only 3 (one Black, one French Canadian and one Protestant) were found to be similar to the unmarried mothers of the previous study in that they had poor impulse control in sexual matters and a poor ability to form stable relationships. The remaining 12 subjects had characteristics which resembled those of the married mothers.

The difference in ethnic background of the subjects in the previous study compared with the present one may or may not be a relevant variable, but suggests caution in interpreting the findings. The latter, however, are at least suggestive of the view that unmarried mothers constitute a distinct group, with particular if not unique psychodynamic characteristics and that other unmarried women either do not get pregnant or, if they do, handle the matter either by getting married or by getting an abortion, whether legally, or illegally.

RÉSUMÉ

Dans une étude antérieure, l'auteur avait fait une comparaison entre les mères mariées et les mères célibataires âgées de 18 à 25 ans inclusivement. (Toutes les femmes étudiées étaient de race blanche, protestantes, et nées au Canada). Il avait constaté que les mères non mariées accusaient une impulsivité sexuelle plus grande que les mères mariées, mais étaient moins habiles à assurer la stabilisation de leurs relations.

Au moment de cette première étude, on ne possédait pas de données quant au chiffre supposément élevé de femmes non mariées qui auraient réglé le problème de leur grossesse par des avortements criminels ou par des avortements pratiqués en dehors du Canada.

Depuis que la loi canadienne a largement étendu le champ des avortements thérapeutiques permis, il est plus facile de connaître le nombre des candidates à l'avortement, étant donné qu'on invoque très souvent des raisons d'ordre psychiatrique pour justifier l'intervention.

Depuis le jour où cette nouvelle loi entra en vigueur jusqu'au 31 octobre 1970, 15 candidates se sont présentées au *Jewish General Hospital* pour avortement thérapeutique. Toutes étaient célibataires et avaient entre 18 et 25 ans inclusivement. (Onze étaient de race blanche et nées au Canada, parmi lesquelles on comptait huit Canadiennes-françaises, deux Juives et une Protestante ; des quatre autres, deux étaient des Juives nées en Europe et deux des Noires nées aux Indes occidentales).

Seulement trois de ces 15 femmes (une Noire, une Canadienne-française et une Protestante) accusaient les mêmes caractéristiques que les mères célibataires qui avaient fait l'objet de la première étude, c'est-à-dire une grande difficulté à maîtriser leurs impulsions sexuelles et une incapacité d'établir des relations stables. Toutes les autres, soit 12, présentaient des caractéristiques à peu près semblables à celles des mères mariées.

Les différences ethniques des sujets de la première étude, comparées à celles des sujets de la seconde, peuvent ou non constituer un indice valable, mais elles suggèrent quand même la prudence dans l'interprétation des faits. Ces faits, en tout cas, semblent indiquer que les mères non mariées constituent un groupe distinct, aux caractéristiques psychodynamiques particulières, sinon uniques, et que les autres femmes non mariées, ou ne deviennent pas enceintes ou, si elles le deviennent, règlent leur problème soit en se mariant, soit en se faisant avorter, légalement ou illégalement.

REFERENCES

1. NAIMAN, J., A comparative study of unmarried and married mothers, *Canad. Psychiat. Assoc. J.*, 11 : 465–469, 1966.

ÉTUDE DES CAS CLINIQUES PAR LE PSYCHODRAME ANALYTIQUE *

Carmen des FRANCS, psychologue

L'étude de cas cliniques par le psychodrame analytique représente, à notre avis, une possibilité de formation pour les résidents en psychiatrie et peut-être également pour les résidents en médecine. Nous faisons cette proposition à la suite d'expériences dont l'approche fut différente, tout en restant toujours dans le domaine du psychodrame. Ces expériences ont lieu chaque année depuis 1965 au Service de psychiatrie de l'hôpital Notre-Dame.

Avant de relater brièvement ces diverses expériences, essentiellement en regard des écueils techniques, j'aimerais d'abord introduire une notion théorique sur une étude de cas faite par le docteur Paul Lemoine, psychanalyste et psychodramatiste, qui dirige régulièrement des groupes de médecins à Paris. Voici la définition du psychodrame que donne le docteur Lemoine :

« Le psychodrame est une méthode qui permet aux médecins, grâce à la mise en jeu des ressorts essentiels que sont la répétition et l'identification, de comprendre ce qui, dans la consultation ou l'entrevue rejouée, fait difficulté. »

Il démontre comme suit les avantages du groupe d'étude de cas par le psychodrame sur le groupe d'étude Balint :

« Le médecin apprend mieux à se reconnaître en revivant ses expériences qu'en les racontant...

« le récit laisse place à plus de reconstructions et de rationalisation que lorsque l'histoire est revécue...

« enfin chaque médecin peut s'identifier au client puisqu'il est amené à jouer le rôle de celui-ci lors du renversement des rôles. »

Cette réflexion faite sur le groupe d'étude de cas, j'y reviendrai pour exposer comment on en fait l'application.

Voici maintenant un aperçu des expériences antérieures qui se sont échelonnées de 1965 à 1970 au département de psychiatrie de l'hôpital Notre-Dame, encore une fois, en mettant l'accent sur les écueils rencontrés.

En 1965, ce jeu du rôle fut proposé. Des groupes incluant les diverses disciplines étaient invités à prendre des rôles professionnels ou sociaux dans des situations déterminées. La formule était nouvelle, axée sur la spontanéité et la capacité de saisir, par identification à un rôle, comment ce rôle agit sur la personne. Ce premier essai nous parut plutôt infructueux à cause de plusieurs facteurs :

— le sentiment de hiérarchie disciplinaire bien ancré jusqu'ici dans le service qui eut une répercussion défavorable sur les participants, et dont l'influence s'est fait sentir sur la motivation ;

— la spontanéité recommandée qui éveillait des craintes et qui fut souvent confondue comme une invitation à l'impulsivité ; pour certains, être spontané et être impulsif avaient le même sens.

Puis, le sens du ridicule s'installa. Les jeux tournèrent à la rigolade, l'impression de venir s'amuser l'emportant sur la signification du rôle.

Cela constituait toutefois un début d'apprentissage.

En 1966 et en 1967, une autre approche technique fut proposée. Il s'agissait de séances hebdomadaires de psychodrame à tournure « morénienne ». Le personnel était multidisciplinaire et la participation libre. Le résultat de cette approche fut très différent d'une année à l'autre.

Au cours de la première année, l'effet fut bénéfique dans l'ensemble ; on constata une sincérité dans le jeu, un contact multidisciplinaire chaleureux et une joie de se retrouver dans un climat de vérité à travers le jeu psychodramatique.

L'effet fut plutôt névrotique au cours de la deuxième année pour plusieurs raisons, entre autres : groupe trop considérable au départ, motivations d'ordre intellectuel chez plusieurs, phénomènes de sous-groupes, les anciens, les nouveaux. Le contact avec l'animatrice fut réussi la première année, mal intégré la deuxième année.

* **Travail présenté au VII^e Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Sherbrooke du 22 au 24 avril 1971.**

En 1968, une autre méthode d'approche psychodramatique fut tentée avec les résidents. Les groupes de psychodrame avec les malades de l'hôpital de jour et du service interne étaient des groupes plutôt ouverts: de nouveaux malades y étaient introduits périodiquement et les résidents s'y succédaient en rotation. L'expérience nous apparut tronquée, cette discontinuité cultivant l'angoisse chez les malades. Quant aux résidents, le besoin de curiosité et l'impression de jouer la comédie l'emportèrent souvent dans le jeu sur l'intégration du rôle d'ego auxiliaire auprès des malades.

En 1969, les résidents seuls en groupe de psychodrame furent conviés à explorer successivement différentes techniques psychodramatiques à titre didactique. Le choix éventuel d'une approche devait en principe être retenu par la suite. L'animatrice spécifia que son rôle se limiterait à la direction du jeu; les résidents assumeraient une certaine autocritique et un psychiatre du service remplirait le rôle d'analyste du jeu. Celui-ci fut refusé, les résidents estimant qu'il remplissait déjà une fonction auprès d'eux. Ils explorèrent tour à tour les techniques du jeu de rôle, improvisèrent des thèmes de jeu et abordèrent des cas cliniques illustratifs.

Cette expérience resta au niveau didactique pour plusieurs raisons: l'implication affective ne constituait pas une consigne initiale, la fonction d'analyste faisait défaut et les résidents étaient par ailleurs soumis à une dynamique de groupe qui réclamait déjà de leur part une implication affective en groupe.

En 1970, les résidents souhaitèrent un entraînement au psychodrame, mais l'idée de choisir un psychiatre-analyste en dehors du service ne put se réaliser. Ceux qui furent approchés déclinèrent, soit par manque d'intérêt, soit parce qu'on les prévenait trop tard et que leur programme était déjà surchargé.

Bien sûr, d'autres raisons ont contribué également à rendre ces différentes expériences insatisfaisantes, surtout si l'on tient compte de notre rôle simultané, comme psychologue au Service de psychiatrie de l'hôpital Notre-Dame et animatrice à l'entraînement du psychodrame avec les résidents.

Nous ne précisons pas ici l'aspect positif de toute cette évolution. Nous voulons seulement démontrer qu'à partir de cette méthode de réussites et d'échecs, nous sommes parvenus à conclure que l'étude de cas cliniques par le psychodrame est très souhaitable pour les résidents. Réalisé selon certains critères et dans des conditions d'ordre thérapeutique garanties au départ, l'entraînement dans ce sens aurait une signification très positive.

En quoi consiste ce groupe d'étude de cas cliniques par le psychodrame?

Les résidents en psychiatrie et peut-être aussi des résidents d'autres disciplines, qui ne travaillent pas ensemble en principe, se réuniraient avec deux cothérapeutes qui se répartiraient les rôles d'analyse, de direction du jeu, et d'observation.

Il serait proposé aux résidents de penser à un cas-problème, si possible bien connu du médecin qui le présente. Le choix du cas peut être de type illustratif, le plus exemplaire possible ou bien un cas le plus en rapport possible avec les préoccupations communes du groupe.

À la lumière du jeu, par identification aux rôles médecin-malade, grâce aux renversements des rôles et par ailleurs à la participation affective et effective des participants, le jeu est saisi et analysé.

Les critères pour la constitution d'un tel groupe seraient les suivants:

i) un groupe fermé pour une période de six mois au minimum;
ii) des résidents ne travaillant pas ensemble en principe;
iii) un sujet et un thème centrés sur la relation médecin-malade;
iv) le jeu, suivi d'autocritique par les résidents, et d'analyse par l'analyste du groupe.

En conclusion, nous revenons au docteur Lemoine qui s'exprime ainsi: « Le psychodrame par l'étude de cas est une méthode susceptible d'analyser suffisamment les défenses et l'agressivité pour permettre aux médecins d'aboutir à l'essentiel: la prise de conscience du conflit qui les empêche de trouver avec le patient la parole et l'action thérapeutique. »

Madame S. Blajan-Marcus, également psychanalyste et psychodramatiste, y voit de précieux avantages et nous citons: « depuis la correction des déformations professionnelles jusqu'à l'épanouissement de la personne derrière son personnage, en passant par l'amélioration du rendement professionnel, l'approfondissement de l'approche d'autrui, l'enrichissement de l'expérience clinique ».

En terminant, je désire préciser que notre intention est d'organiser dès septembre un groupe d'étude de cas à l'intérieur de l'Institut de psychodrame du Québec.

Je n'ai pas précisé ici l'expérience psychodramatique de l'Institut de psychodrame, m'en tenant uniquement à certaines expériences faites au Service de psychiatrie de l'hôpital Notre-Dame.

FORMATION PROFESSIONNELLE ET TECHNIQUES D'EXPRESSION (EXPÉRIENCE CONJOINTE DE L'OPTAT ET DE L'ONF) *

Jean LEBLANC [1], Marcel BOUGIE [2] et J.-M. GARAND [3]

Les institutions de traitement rattachées à l'OPTAT se sont considérablement développées au Québec depuis les dix dernières années environ. Réparties un peu partout à travers la province, elles ont ouvert près de deux cents nouveaux lits de traitement; à cela s'ajoutent les centres de consultations externes en nombre de plus en plus élevé et dont l'importance relative par rapport aux centres internes va s'accroissant.

Ce développement récent et rapide a drainé un nombre important de professionnels de la santé dans ce secteur de traitement. Les équipes soignantes, qui ont grossi rapidement, réunissent des personnes souvent bien formées dans divers secteurs de l'hygiène mentale, mais ne possédant souvent que des connaissances rudimentaires dans le domaine spécifique de l'alcoolisme et des autres toxicomanies, domaine plutôt négligé jusqu'à récemment, au niveau de l'enseignement universitaire.

On sait d'ailleurs que le domaine de la dépendance aux drogues demeure encore mal connu. Des conceptions souvent fort divergentes sont mises de l'avant par les différents auteurs qui traitent de cette question, et les hypothèses qui apparaissent les plus séduisantes sur le plan intellectuel s'avèrent souvent plutôt décevantes au point de vue des résultats lorsqu'il s'agit de les concrétiser dans une méthode thérapeutique donnée.

Il est bien compréhensible que, face à cette situation, les équipes soignantes actuellement en fonction aient besoin d'une formation tout à fait particulière, qui leur permette à la fois d'être au courant des plus récentes données concernant le problème de la dépendance aux drogues et de posséder assez d'esprit critique pour évaluer les nouvelles tendances qui se dessinent ailleurs dans le domaine du traitement. Cette formation doit en même temps les rendre capables de participer elles-mêmes à l'évolution des idées qui se dessinent dans ce champ et également dans le domaine des tendances thérapeutiques.

Ce sont tous ces éléments qui ont suscité le programme actuel de formation des thérapeutes travaillant dans les cliniques affiliées à l'OPTAT. L'évolution rapide des conceptions dans ces centres de traitement pour alcooliques a permis de mettre en place une structure originale de formation du personnel soignant sans avoir à bouleverser certaines traditions encombrantes dans les institutions possédant un passé.

Ce type de programme de formation nous a paru suffisamment original pour justifier un exposé de ses fondements théoriques, de son déroulement et de ses résultats.

Organisation générale

Environ 135 personnes participent à ce programme et elles se répartissent dans les professions suivantes: infirmières, conseillers sociaux, travailleurs sociaux, psychologues, psychiatres, ergothérapeutes, éducateurs physiques, médecins, auxquels se sont joints récemment quelques conseillers spirituels et quelques membres du personnel administratif, soit des cliniques, soit de l'OPTAT.

Un comité de formation professionnelle réunissant des membres des différentes disciplines et des différentes cliniques a été chargé d'élaborer un programme de formation des thérapeutes en cours d'emploi. Ce comité a travaillé en étroite collaboration avec le Centre hospitalier universitaire de l'Université de Sherbrooke.

---

* Travail présenté au VII[e] Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Sherbrooke du 22 au 24 avril 1971.

1. Psychiatre, directeur clinique de la Clinique de réadaptation pour alcooliques de Trois-Rivières, Québec.

2. Directeur du Service de la prévention à l'OPTAT (Office de la prévention et du traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies).

3. Responsable des Projets spéciaux, Office national du film (ONF).

Le programme comprend trois types d'activités:

1. *Des cours théoriques,* répartis sur une période de soixante heures et au cours desquels sont donnés aux étudiants les éléments de base dans le domaine de la dépendance aux drogues ainsi que sur l'hygiène physique et mentale au niveau individuel et social.

2. *Un programme de formation clinique* réparti sur toute l'année, consistant en des activités de supervision individuelle ou collective de différentes formes de thérapie, des discussions de cas, des clubs de lecture, des ciné-clubs, etc.

3. *Des sessions intensives* qui réunissent durant cinq jours les différents thérapeutes énumérés plus haut. Pour des raisons pratiques, il existe trois sessions par année, chaque membre des équipes soignantes ne participant cependant qu'à une seule de ces sessions chaque année.

Les sessions intensives

La forme prise par ces sessions intensives découle des courants d'idées qui se font jour actuellement dans le domaine de l'éducation. Les méthodes dites actives cherchent à suppléer aux insuffisances des méthodes traditionnelles d'enseignement, en faisant en sorte que l'enseignement se confonde de plus en plus avec la formation. Il s'agit donc de faire acquérir à quelqu'un des connaissances, tout en le plaçant dans une sorte de situation d'inquiétude perpétuelle propice à l'inquisition et à la recherche.

Mise en place dans notre organisation il y a deux ans, cette formule a déjà évolué considérablement dans sa forme. Cette évolution est d'ailleurs voulue par les organisateurs, puisqu'elle est le reflet, d'une part, de l'influence des changements d'attitude survenant dans les équipes thérapeutiques des cliniques et, d'autre part, de l'évolution constatée en d'autres endroits, dans l'utilisation de ce type de programme de formation.

Cette année, le programme de ces sessions a été préparé conjointement par une équipe de l'OPTAT et une équipe de l'Office national du film. Le schéma général d'une session comportait habituellement une série de mandats proposés aux participants divisés en petits groupes, chaque groupe venant ensuite rendre compte de son mandat devant l'ensemble des participants. Ce schéma général était, suivant les sessions, intégré dans une structure qui pouvait prendre l'une ou l'autre des formules suivantes:

1. *La formule linéaire:* Un premier mandat est proposé aux équipes, qui, lorsqu'il est terminé, doivent en présenter le résultat à l'ensemble des participants par des moyens non verbaux; un deuxième mandat, poussant un peu plus loin l'étude du premier problème, est alors proposé, suivi d'une deuxième présentation, et ainsi de suite.

2. *La formule pyramidale:* Un document de départ est proposé à tous les participants. Leur premier mandat consiste à faire connaître, toujours dans un travail de petit groupe, leurs réactions à ce document de départ. Le deuxième consistera à demander aux groupes d'exprimer, dans une nouvelle présentation, comment leur perception a pu être modifiée par les différentes présentations qui avaient été soumises à l'ensemble du groupe.

3. *La formule « par coordonnées »:* Les participants, divisés en quatre groupes, travaillent dans quatre champs d'activité différents mais inter-reliés (par exemple: publicité, propagande, éducation, information); une équipe donnée s'arrête durant une journée entière sur chaque thème et complète donc son cycle en quatre jours; cependant, chaque équipe abordera les thèmes dans un ordre différent, de sorte qu'un même thème ne sera abordé que par une seule équipe au cours d'une même journée.

Cette année, quarante à quarante-cinq participants assistaient à chaque session, qui était animée par une équipe de sept ou huit cadres, provenant du milieu clinique, de l'Office national du film et du milieu administratif. Cette équipe définit le grand thème de la semaine, prévoit la stratégie, et un certain nombre de propositions ou idées-choc susceptibles d'animer le déroulement de la session, tout en laissant un très grand degré d'autonomie au groupe des participants. Le matériel audio-visuel est utilisé en grande abondance: gouache, matériel pour pancartes, différents types de caméras et de projecteurs, film, magnétophones à cassettes, magnétoscopes, etc. Ce matériel est à la disposition des participants, qui peuvent s'en servir s'ils le désirent, pour réaliser les mandats qui leur ont été proposés par l'équipe des cadres. Cette dernière peut l'utiliser également, tout au long du déroulement de la session, pour donner un *feedback* aux participants, ou encore présenter les documents qu'elle a préparés.

Aucune des techniques habituelles de groupe n'est utilisée (par exemple: psycho-drame, *encounter group,* dynamique de groupe, etc.) comme technique spécifique par l'équipe des cadres, mais il arrivera à l'occasion que des participants tentent de les introduire à l'intérieur du déroulement de la session, peut-être parce qu'ils se sentent plus à

l'aise au milieu de techniques qu'ils manipulent dans leur pratique quotidienne.

Il peut arriver aussi que des situations artificielles soient créées ou que des éléments perturbateurs soient introduits, dans le but d'éliminer chez les participants les points de repère auxquels ils se réfèrent habituellement et provoquer ainsi l'utilisation de mécanismes d'adaptation nouveaux. L'accent est également mis fortement sur les différentes formes d'expression non verbales, toujours dans le même but, qui est de provoquer des prises de conscience nouvelles et de développer des moyens de communication originaux entre les participants.

Dans ce même esprit, le décor dans lequel se déroule la session pourra être complètement non structuré; par exemple, on fera disparaître des lieux de séjour collectif ce qui y est contenu, tout en mettant à la disposition des participants des matériaux de toutes sortes leur permettant de recréer à leur façon l'environnement.

Les fondements théoriques

Le but essentiel de telles sessions étant de mieux connaître ce qu'est un individu devenu dépendant d'une substance donnée, et de préciser le rôle du thérapeute face à cet individu, il va sans dire que la méthode décrite s'inspire de données bien précises, et qu'elle a été choisie parce qu'elle paraissait susceptible de répondre aux exigences modernes de formation des thérapeutes.

On peut envisager le problème de l'individu dépendant de l'alcool ou d'une autre drogue comme une perturbation de la relation à autrui, cette relation ne se faisant plus à travers un éventail souple de mécanismes d'aménagement, mais plutôt à travers un ensemble limité et rigide de mécanismes le plus souvent d'ordre régressif. Ces mécanismes sont utilisés de façon suffisamment privilégiée pour que les relations établies par cet individu soient spontanément reconnues comme pathologiques.

Dans ce contexte, au cours du séjour du malade en clinique, l'équipe soignante devient un des pôles de la relation du patient à autrui, et l'on peut postuler, du moins d'une façon analogique, que le malade établira vis-à-vis l'équipe soignante le même type de relation que celui qu'il établit vis-à-vis les individus. Cette équipe aura donc besoin d'être constamment en communication interne, de façon à déceler les réactions produites dans son milieu par le type de relation que le patient cherche à établir avec elle. Selon cette même analogie, une appréhension des phénomènes produits au sein de l'équipe soignante par les relations établies avec le patient sera susceptible de faire connaître les aspects psychodynamiques de la maladie présentée par le malade.

Considérée sous cet angle, toute tentative visant à donner des compétences sur le problème de la dépendance aux drogues doit chercher, pour atteindre son but, à sensibiliser les thérapeutes au phénomène des relations interpersonnelles.

Les obstacles à la connaissance, d'ailleurs, sont souvent d'ordre psychologique. Comme le souligne De M'Uzan, la tension provoquée par la tentative de compréhension d'un problème « reflète, en effet, l'obstacle à l'appréhension des phénomènes, mais aussi la voie qui permettra de les atteindre. Autrement dit, l'évitement de cette tension est l'une des causes de l'éloignement par rapport à l'expérience qui se manifeste par le recours à un outillage mental — abstrait — souvent préfabriqué — se substituant inconsciemment à la réalité » (2). C'est donc dire que des situations susceptibles de mobiliser des moyens inhabituels de défense ou d'adaptation sont également susceptibles de provoquer une certaine introspection et amener par le fait même une compréhension différente de phénomènes jusque-là mal connus.

Si, de plus, on envisage qu'une des fonctions du thérapeute est de communiquer un message à son patient, il devient dès lors important que ce thérapeute prenne conscience des limites de sa capacité à communiquer et, éventuellement, qu'il développe de nouveaux moyens de communication qui lui permettent d'exprimer à l'autre de façon plus accessible ce qu'il cherche à lui faire connaître.

L'objectif de la prise en charge d'un patient est de modifier quelque chose en lui qui lui permette d'établir des relations plus satisfaisantes avec les autres. Ceci introduit dans la dialectique thérapeute-patient la notion de changement, notion à laquelle le thérapeute doit être particulièrement sensible. Une formule de formation « par méthode active » doit également tenir compte de cet aspect. La formule pyramidale, décrite plus haut, se prête particulièrement bien à la sensibilisation des participants à cette notion; en effet, chaque équipe a pu avoir l'occasion de vérifier jusqu'à quel point sa perception d'un document de départ avait pu être influencée par la perception que les autres groupes s'en étaient faite eux-mêmes, et ensuite de s'arrêter avec tous les participants sur ce phénomène.

Enfin, en plus de ces grands problèmes de base dont la réalité se pose tous les jours, le thérapeute

s'interroge également sur des aspects plus techniques de son travail, notamment sur les différents types de thérapie qu'il peut utiliser, les indications de ces thérapies, les techniques à employer, etc. Ces aspects ne sont pas présentés tels quels par l'équipe des cadres dans le déroulement de la session puisqu'ils sont plutôt étudiés à d'autres niveaux du programme de formation. La stratégie proposée, de même que les idées-choc apportées au cours du déroulement du stage, contribuent cependant à introduire dans le déroulement de la session le thème de « compétence », thème qui est demeuré une des préoccupations fondamentales des différents groupes de participants.

Participation de l'ONF:

Vu cette préoccupation générale d'utiliser efficacement les techniques de communication, et ces préoccupations plus spécifiques de sensibiliser des personnes à développer leur pouvoir de communication, l'ONF s'est associée au déroulement des sessions intensives parce qu'elle retrouvait dans le programme de formation élaboré par le Comité de formation professionnelle de l'OPTAT, des conditions susceptibles de permettre la réalisation de plusieurs objectifs, notamment:

1. Vérifier certains éléments d'une stratégie opérationnelle d'apprentissage de la communication;
2. Mesurer l'impact de cette forme de stage de communication fonctionnelle sur un groupe de travail très hétérogène orienté vers une tâche commune complexe;
3. Catalyser un changement positif d'une attitude face à l'utilisation du film pour la thérapie des patients alcooliques ou toxicomanes;
4. Mettre au point un moyen de constituer une équipe de démultiplicateurs d'utilisation avertis dans un champ d'action clairement défini;
5. Recueillir des informations sur la nature des productions requises pour cette forme d'activité auprès du public;
6. Promouvoir l'utilisation efficace des techniques de communication.

Résultats

Ce type de programme de formation existe depuis deux ans; nous n'avons donc pas encore suffisamment de recul pour pouvoir en tirer une appréciation globale. Une énumération des thèmes discutés au cours des sessions, des opinions exprimées par les participants, de même qu'une tentative d'appréciation des modifications survenues au niveau des cliniques à la suite de ces sessions, peuvent jeter les bases d'une première ébauche d'appréciation des résultats.

Des instruments de mesure objective ont d'ailleurs été utilisés, mais l'analyse des résultats n'est pas complétée; cette analyse fera d'ailleurs l'objet d'une publication subséquente.

Un des aspects dominants du vécu de chaque participant au cours des sessions est le fait qu'il partage une semaine de sa vie avec un nombre assez considérable de personnes d'autres disciplines, le tout se déroulant dans une atmosphère relativement nouvelle pour lui, face à une équipe de cadres dont le comportement ne suit aucun des critères auxquels il est habitué de se référer. Par ailleurs, le participant fait face à la tâche de remplir des mandats qui accaparent très souvent une partie importante de ses journées et souvent de ses nuits. Il n'est donc pas étonnant que les phénomènes de relations interpersonnelles soient mis de l'avant au cours de ces discussions, que ce thème soit également l'objet des présentations qu'il a à faire, et que l'aspect émotif et humain de la relation thérapeutique soit au premier plan de ses préoccupations au cours de ces sessions.

À l'occasion, on assistera même à l'expression d'un certain mépris vis-à-vis les aspects techniques de cette relation thérapeutique, comme si le thérapeute considérait ces aspects techniques comme des obstacles à l'établissement d'une véritable relation entre humains. Il est bien évident que, souvent, au cours de sa formation, le thérapeute est soumis à une atmosphère où les aspects techniques sont mis fortement de l'avant, et il semble qu'à un certain moment de son évolution, il cherche à intensifier la considération qu'il porte à d'autres aspects de cette relation.

Un peu dans le même ordre d'idées, le fait de mettre l'accent sur les éléments émotifs des relations interpersonnelles a permis d'opérer un décloisonnement important entre les membres des différentes professions qui forment le personnel thérapeutique de nos cliniques.

C'est à partir de ce moment qu'il nous a paru possible de parler de véritable équipe thérapeutique, c'est-à-dire une équipe où les relations entre les membres sont dictées non plus par des critères de position sociale à l'intérieur de l'équipe mais plutôt par des éléments individuels de personnalité et par des types d'inter-relations qui s'établissent au sein de cette équipe.

La dépendance aux drogues est le principal problème qui confronte les équipes soignantes. Il est bien connu que ce type de malade est particulièrement difficile au point de vue approche thérapeutique et que les résultats du traitement sont aléatoires. Il n'est donc pas étonnant que ces équipes soient sensibles à toutes sortes de formes d'approche susceptibles d'apporter quelques résultats à leur travail. D'une façon générale, on peut constater qu'un résultat bien net de ces sessions a été d'entraîner les participants vers une forme active de thérapie, dans laquelle les thérapeutes s'engagent même sur le plan émotif, tout en cherchant à diminuer la distance qui pourrait exister entre le thérapeute et le malade. Dans les cliniques, on a assisté à une modification de l'atmosphère, en ce sens que maintenant le type d'approche s'inspire davantage des concepts de « communauté thérapeutique » : les thérapeutes vivent beaucoup plus au milieu des malades, stimulent davantage leur collaboration au traitement ainsi que leur prise d'initiatives vis-à-vis la conduite du traitement.

Soulignons enfin que ce type de programme s'inscrit dans une trajectoire constamment en évolution ; à partir de données théoriques de base, le comité d'organisation s'applique à réviser constamment la structure et la stratégie des sessions. Cette préoccupation part de la nécessité d'exploiter au maximum les possibilités de formation de ce type de programme, tout en tenant compte de l'évolution des autres expériences dans ce domaine. Chacune des sessions peut donc être considérée comme une progression vers la session suivante, et elle n'a de sens que dans ce contexte. Ce sont les mêmes participants qui, d'année en année, vivent ces stages, ce qui permet de les penser en terme de continuité plutôt que comme expérience isolée.

Conclusion

Les membres des équipes soignantes des centres de consultations externes et des cliniques internes affiliées à l'OPTAT bénéficient d'un programme de formation professionnelle relativement original, dont une des parties, la session intensive, fait l'objet du présent exposé.

Ce type de programme est né de préoccupations très actuelles chez les thérapeutes s'occupant d'alcoolisme et de dépendance aux drogues. D'une part, l'enseignement dans ce domaine a toujours été relativement limité dans les programmes de formation des différentes disciplines participant à une équipe thérapeutique telle que nous la concevons aujourd'hui. D'autre part, les expériences thérapeutiques aboutissent souvent à des conclusions contradictoires — le traitement de ce type de malade est relativement décevant — et il est difficile d'en arriver à une conceptualisation précise de ce qu'est le problème de la dépendance aux drogues. Enfin, le thérapeute moderne vit dans un monde qui utilise de façon plus courante et plus efficace les techniques audio-visuelles, et qui est préoccupé de comprendre mieux le processus de la communication.

La formule élaborée pour répondre à ces besoins a été mise en marche il y a deux ans, et a commencé à provoquer des modifications au niveau du fonctionnement des équipes soignantes dans leurs cliniques respectives, à la fois sur le plan intellectuel (conceptions du problème de la dépendance aux drogues) et sur le plan pratique (changements dans les structures du programme de soins).

Il est bon de souligner également l'intérêt qu'il y eut à associer, dans un tel programme de formation, un organisme comme l'Office national du film, dont la préoccupation première n'est pas la formation de thérapeutes ; le fait d'avoir des préoccupations communes à la base, notamment dans le domaine de la communication, a cependant permis que cette collaboration des deux organismes aboutisse à une expérience fructueuse dans le domaine de la formation de thérapeutes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bougie, M., Le Comité de formation professionnelle de l'OPTAT. Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies, pp. 10 et 11, nov. et déc. 1969.
2. De M'Uzan, Préliminaires critiques à la recherche psychosomatique, *Rev. fr. Psychanalyse*, 24 : 19-20, 1960.
3. Gérard, D.-L., Out-patient treatment of alcoholism, Brookside monographs, No. 4, pp. 185–205, *Univ. of Toronto Press*, 1966.
4. Leblanc, J., La relation par l'objet, *Rev. Ass. Nationale Fr. Ergothérapie*, pp. 22–25, déc. 1968.
5. Marcoux, G., Formation scientifique continue dans les cliniques de réadaptation pour alcooliques (OPTAT), XXIX[e] Congrès international sur l'alcoolisme, Sydney, Australie, 1969.
6. Rul-Angenot, P., L'enseignement – recherches, *Carrefour des Étudiants, Université du Québec à Trois-Rivières*, 2 : 131–145. U.Q.T.R. Tome II, pp. 131–145 (et surtout pp. 131–133).

ÉVALUATION COMPARATIVE DU « TRAINING » AUTOGÈNE ET DE L'HYPNOSE CHEZ DES ÉTUDIANTES INFIRMIÈRES

J. ALARCIA, M.D., et L. TÉTREAULT, M.D.

Le *training* autogène de Schultz est de plus en plus utilisé en médecine, en psychothérapie et dans divers domaines comme l'éducation, les sports, l'industrie. Il fait partie de l'entraînement des cosmonautes soviétiques, et de son importance témoignent les 2 500 références bibliographiques recueillies par le professeur Luthe. Il peut être défini comme « un système d'exercices physiologiques et rationnels, soigneusement étudiés pour provoquer une déconnexion générale de l'organisme, qui, par analogie avec les anciens travaux sur l'hypnose, permet toutes les réalisations propres aux états authentiquement suggestifs ». Par ailleurs, il y a renaissance de l'hypnose sur le continent nord-américain. L'*American Medical Association* et l'*American Psychiatric Association* recommandent son emploi à des fins thérapeutiques en médecine et en psychiatrie.

Dans le présent travail, nous avons voulu évaluer l'influence du *training* autogène et de l'hypnose (10 séances bi-hebdomadaires de 30 minutes) sur un indice symptomatique, une cote d'anxiété (selon l'échelle de Max Hamilton), l'inventaire de personnalité de Willoughby chez des étudiantes infirmières en stage dans un hôpital psychiatrique.

MÉTHODES

La population qui fit l'objet de cette étude est constituée d'étudiantes infirmières au tout début de leur premier stage dans une institution psychiatrique; elle est formée, en grande majorité, de jeunes filles célibataires, âgées de 19 à 21 ans. Ce groupe homogène par l'âge, le statut marital et la scolarité comprend une proportion élevée d'individus qui présentent des problèmes psychiatriques d'importance variable: leur indice de Willoughby, leur indice d'anxiété (Max Hamilton) et leur indice symptomatique fluctuent bien au-delà des zones considérées normales. Ces indices sont, par contre, sûrement surestimés à cause du stress psychologique imposé à ces étudiantes par leurs nouvelles responsabilités dans un monde nouveau et troublant, et aussi à cause de leurs préoccupations scolaires et de leur découverte de la psychiatrie.

Toutes les étudiantes infirmières (134), lors des premiers jours de leur stage, subirent l'inventaire de personnalité de Willoughby. Les soixante qui présentaient l'indice le plus élevé furent retenues pour l'expérience: elles acceptèrent toutes volontairement de participer au projet. Ces sujets furent classés selon l'ordre décroissant de leur indice. Les sujets I, II, III, IV formèrent un premier bloc; les sujets V, VI, VII, VIII un deuxième bloc, et ainsi de suite jusqu'à la constitution de quinze blocs de quatre sujets. Ainsi les blocs furent formés en fonction de l'indice de Willoughby pris comme critère d'appareillement. Selon une table de nombres aléatoires, les quatre étudiantes de chaque bloc furent attribuées, au hasard, à quatre groupes expérimentaux: le premier de ceux-ci ainsi que le deuxième furent traités par le *training* autogène de Schultz; le troisième, par hypnose, utilisant la méthode de simples suggestions verbales de détente musculaire et de calme. Aucune autre suggestion ne fut faite; le quatrième servit de témoin. Les trois données quantitatives de l'expérience furent traitées par les analyses statistiques adaptées au plan expérimental.

Même s'il existe une relation statistique entre l'indice de Willoughby d'une part, et l'indice d'anxiété ainsi que l'indice symptomatique d'autre part, cette relation n'est pas suffisante pour que l'appareillement en fonction de l'indice de Willoughby assure un appariement correct quant aux deux autres indices. Il nous faut donc tenir compte, dans le traitement des données, de l'état initial des sujets. Pour ce faire, l'analyse de covariance pour un plan expérimental organisé en blocs casualisés fut utilisée. La variable indépendante X est dans cette analyse, la cote initiale, et la variable dépendante Y, la cote finale.

RÉSULTATS

Effets des traitements sur l'indice de Willoughby

Figure nº 1: Avant les traitements, grâce à la formation de blocs en fonction de l'indice de Willoughby, les quatre groupes expérimentaux sont semblables: l'indice moyen est de 43,87 pour le groupe TA I, 44,00 pour le groupe TA II, 44,47 pour le groupe hypnose et 44,00 pour le groupe témoin. La cote moyenne des 60 sujets est de 44,08, ce qui excède de beaucoup la cote de 20 considérée comme la limite supérieure de la normalité, limite sous laquelle les traits névrotiques ne posent pas de problème clinique.

De ce point de départ, puisque identique pour les quatre groupes l'indice moyen du groupe témoin passe à 43,40; l'amélioration est beaucoup plus marquée pour les trois autres groupes traités.

Après traitement, ceux qui ont été traités par hypnose montrent un indice moyen de 37,67. Après *training* autogène, le premier groupe a un indice de Willoughby de 36,67 et le second de 34,13.

L'analyse de variance à deux dimensions qui porte sur les données finales mène aux conclusions suivantes: il y a une différence hautement significative entre les quinze blocs (probabilité d'erreur inférieure à un pour cent), ce qui indique l'efficacité de l'appareillement à réduire l'erreur expérimentale; la comparaison simultanée des quatre traitements permet d'affirmer une hétérogénéité entre les quatre groupes à un seuil de signification de 0,1 (probabilité d'erreur inférieure à dix pour cent). Cette hétérogénéité est due au fait que, par rapport au témoin, les groupes traités par *training* autogène ou par hypnose sont améliorés de façon significative (probabilité d'erreur inférieure à cinq pour cent). Par contre, on ne retrouve pas de différence statistique entre le *training* autogène et l'hypnose; on ne retrouve non plus aucune distinction entre les deux groupes traités par *training* autogène.

Effets des traitements sur l'indice d'anxiété (Max Hamilton)

Figure nº 2: Pour l'ensemble des sujets, l'indice moyen d'anxiété est de 35,73. Au début de l'expérience, les groupes, de ce point de vue, sont différents, ce qui justifie l'utilisation que nous avons faite de l'analyse de covariance. Après le traitement, il y a, quant à cet indice, une amélioration pour ces quatre groupes.

En tenant compte de la régression linéaire de l'indice, après traitement, sur l'indice avant traitement, nous avons calculé au cours de l'analyse de covariance l'indice moyen ajusté après traitement, c'est-à-dire l'indice qu'auraient obtenu les groupes si tous les sujets, au début de l'expérience, avaient eu un indice d'anxiété identique et égal à la moyenne des quatre groupes.

Cet indice ajusté est la meilleure mesure que nous pouvons faire de l'influence des traitements: il est de 29,64 dans le groupe témoin, de 25,19 dans le groupe hypnose, de 26,72 dans le groupe *training* autogène I et de 25,85 dans le groupe *training* autogène II. La comparaison simultanée des quatre

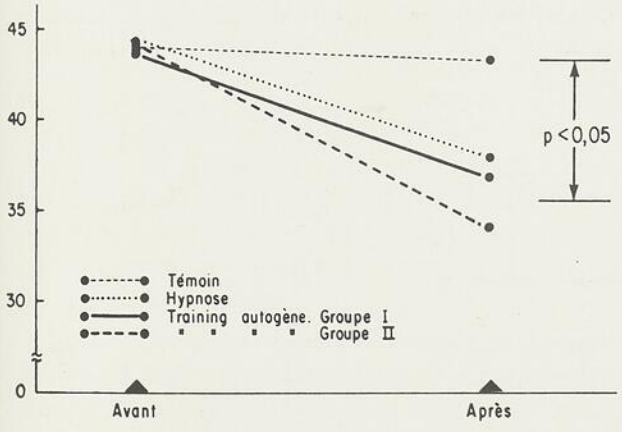


Figure 1 — Effet des traitements sur l'indice de Willoughby.

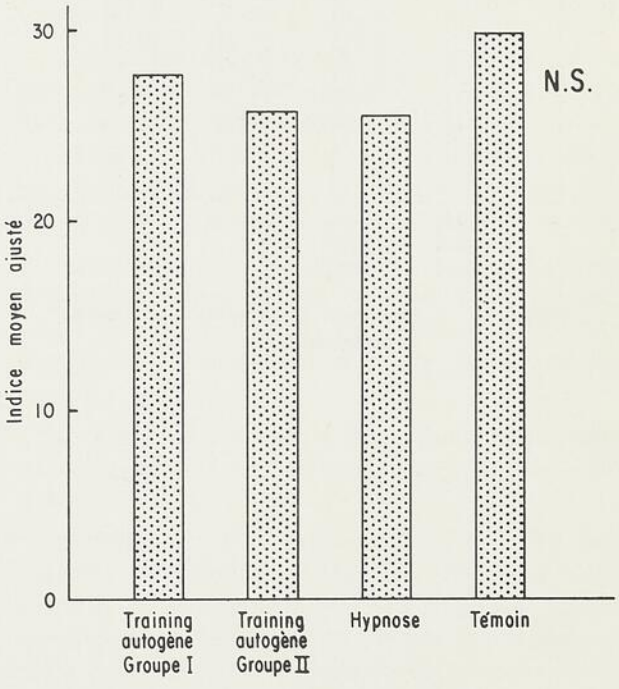


Figure 2 — Effet des traitements sur l'indice d'anxiété.

traitements fournit un coefficient de Fisher de 0,89 (p : N.S.). Nous ne pouvons donc démontrer aucune différence significative entre les groupes ; il devient inutile de décomposer l'effet des traitements. En moyenne, les indices ajustés des trois groupes traités sont inférieurs à celui du groupe témoin. On ne peut cependant inférer cette conclusion à la population générale.

Effets des traitements sur l'indice symptomatique

Figure nº 3 : L'analyse de l'indice symptomatique nous mène à des conclusions identiques à celles que nous avons portées pour l'indice d'anxiété. Après les traitements, l'indice moyen ajusté est de 5,32 pour le groupe témoin.

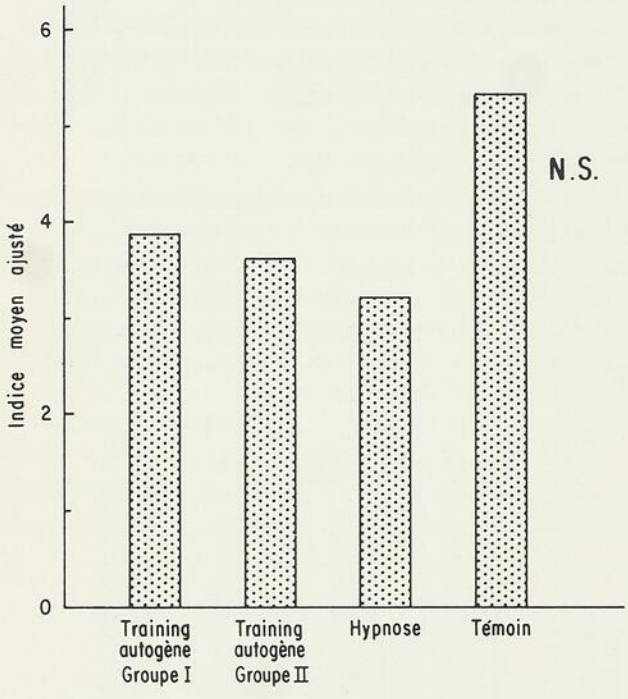


Figure 3 — Effet des traitements sur l'indice symptomatique.

Il est de 3,83 pour le *training* autogène I, de 3,60 pour le *training* autogène II et de 3,19 pour l'hypnose. L'efficacité des traitements qui existe pour notre échantillon est cependant insuffisante dans nos conditions expérimentales pour que l'on puisse conclure, avec sécurité, que dans la population générale, elle existe réellement. La comparaison simultanée des quatre groupes mène à un coefficient de Fisher de 1,24 : si on affirmait la valeur du *training* autogène et de l'hypnose, non pour l'échantillon mais pour la population, on aurait plus de dix pour cent de chances de se tromper.

CONCLUSION

Nous avons pu démontrer l'efficacité du *training* autogène et de l'hypnose sur l'indice de Willoughby. Ces deux formes de thérapie ne se distinguent pas entre elles, du moins dans nos conditions expérimentales et sur la population que nous avons étudiée. Nous n'avons pu établir l'efficacité ni de l'une ni de l'autre forme de traitement sur l'indice d'anxiété et sur l'indice symptomatique.

RÉSUMÉ

Dans une expérience organisée en blocs casualisés, nous avons comparé le *training* autogène avec l'hypnose chez soixante étudiantes-infirmières en stage dans un hôpital psychiatrique. Trois données quantitatives furent utilisées : l'inventaire de personnalité de Willoughby, l'échelle d'appréciation symptomatique de l'anxiété de Max Hamilton et l'indice symptomatique. On forma quatre groupes de 15 sujets ; deux groupes furent traités par *training* autogène, le troisième groupe par hypnose et le dernier groupe servit de témoin. Nous avons fait des analyses de variance et de covariance et nous avons observé l'utilité thérapeutique des deux méthodes sans pouvoir faire de distinction entre celles-ci.

De l'histoire du médicament, par Lydia MEZ-MANGOLD. Un volume de 175 pages contenant 123 reproductions en couleurs, publié par *F. Hoffman - La Roche & Cie, S.A.*, Bâle, 1971.

Ce livre est une splendeur : papier luxueux, typographie magnifiquement moderne et aérée, photographies de grand art, reliure sobre et soignée habillée d'une jaquette somptueuse où sont répétées, avec une finesse et une précision étonnantes, quelques-unes des plus belles photographies de l'intérieur.

Préfacée par Alphonse Lutz, docteur ès lettres et professeur bénévole d'histoire de la pharmacie à l'université de Bâle, l'auteur présente au lecteur une vaste fresque en vingt tableaux, ou mieux en vingt chapitres, de l'histoire du médicament, depuis les temps immémoriaux de la Mésopotamie 3 000 ans avant le Christ jusqu'à nos jours. Bien des amateurs et bien des spécialistes ont eu maintes fois l'occasion de lire des synthèses plus ou moins bien faites de l'histoire de la médecine ; ce qui les enchantera ici, et ce qui fait l'originalité du présent ouvrage, c'est que, bien sûr, le « médicament » prend le pas sur la médecine et devient la figure dominante à travers tous ces siècles d'histoire et parmi cette galerie de personnages célèbres.

Selon le préfacier, ce sont les riches collections renfermées au Musée suisse d'histoire de la pharmacie qui ont donné à l'auteur l'idée d'écrire ce livre. Pas surprenant qu'elle se soit approvisionnée des illustrations les plus typiques et les plus rares qu'il soit donné de rencontrer dans ce domaine. D'ailleurs, son étonnante érudition l'a fait puiser non seulement en Suisse (64 photos) mais encore dans les musées d'art ou les bibliothèques nationales de divers pays : Allemagne (18 photos), Hollande (14 photos), France, Autriche et Italie (8 photos chacune) et Espagne (3 photos). Chaque reproduction est accompagnée d'une légende courte mais riche de renseignements tout comme le texte qui, avec une grande économie de moyens, sait satisfaire la curiosité du lecteur.

Le *Laval médical* est reconnaissant à la maison Roche de lui avoir fait don de ce magnifique volume.

Lucile BLAIN

Abrégé d'anatomie pathologique, tomes I et II, par H. U. ZOLLINGER, directeur de l'Institut d'anatomie pathologique de l'université de Bâle. Traduit de l'allemand par P. DE SAINT MAUR et Ch. TOUSCH. Tome I : Un volume 13,5 × 21 de 318 pages avec 136 figures en noir et en couleurs : 29 F. Tome II : Un volume 13,5 × 21 de 500 pages avec 375 figures en noir et en couleurs : 43 F. *Masson & Cie*, Paris, 1970.

Cet ouvrage est destiné aux étudiants du deuxième cycle des études médicales.

Le Tome I « Anatomie pathologique générale » s'adresse aux étudiants du début du deuxième cycle et leur fournit une des clés du langage médical. Ce volume contient en effet les définitions et les notions de morphologie indispensables à la compréhension de la séméiologie et des grands processus pathologiques. Chaque lésion est définie de façon précise et replacée dans son contexte par des exemples, des rappels de la fréquence et de l'étiologie et des schémas pathogéniques.

De nombreuses figures schématiques reproduisant les aspects macroscopiques, histologiques ou électrographiques des lésions facilitent la compréhension d'un texte concis volontairement réduit à l'essentiel.

— Les grands processus pathologiques : troubles circulatoires, inflammations, tumeurs sont analysés dans leurs différentes étapes. Leur déroulement est expliqué grâce aux données de la morphologie et également de la biochimie, de l'immunologie et de toutes les disciplines biologiques.

— L'étude des tumeurs n'est pas limitée aux définitions indispensables mais contient une part importante consacrée à l'étiologie des tumeurs, aux lésions précancéreuses et au cancer expérimental.

Le Tome II rassemble les notions d'anatomie pathologique correspondant aux certificats intégrés.

A propos de chaque organe ou appareil sont étudiées les principales lésions pathologiques qui peuvent y être rencontrées. Le plan de chaque chapitre reproduit celui de l'ensemble du premier tome : malformations, lésions dégénératives, inflammations, tumeurs bénignes, tumeurs malignes.

La consultation de l'ouvrage est ainsi très facile et l'étudiant retrouve rapidement les lésions correspondant aux maladies qu'il étudie.

De nombreuses figures schématiques illustrent non seulement la description morphologique mais aussi la topographie des différentes lésions si importante pour le diagnostic.

Pour chaque entité pathologique, les symptômes cliniques et biologiques les plus importants sont rappelés, de même que les signes radiologiques dont la correspondance morphologique est aisément perçue.

L'appareil locomoteur et le système nerveux dont l'étude est habituellement négligée font l'objet de deux importants chapitres.

Histopathologie gynécologique, par Jean de BRUX, professeur au Centre hospitalo-universitaire de Paris (Faculté Necker-Enfants Malades) et biologiste de l'hôpital Boucicaut. Un volume cartonné toile 19 × 26 de 426 pages avec 345 figures : 195 F. *Masson & Cie*, Paris, 1971.

Cette «Histopathologie gynécologique » constitue le premier volume d'une série de Monographies.

La plupart des livres d'anatomie pathologique font preuve d'une telle particularité que les cliniciens qui les ouvrent sont rapidement rebutés par une langue qui leur est souvent familière.

Les traités clinique, d'autre part, considérant que l'anatomie pathologique n'est pas leur propos, insèrent une description stéréotypée à la place que la tradition lui assigne.

L'originalité de cette collection réside dans le fait que chaque ouvrage consacré à un appareil a été écrit par un histo-pathologiste « différencié » en contact quotidien avec des spécialistes et leurs problèmes.

Ces monographies constitueront une aide pour les cliniciens désireux de comprendre l'histologie d'une lésion et pour l'anatomo-pathologiste cherchant des précisions sur le plan de la clinique, des explorations fonctionnelles, du pronostic et dans certains cas de la technique.

Chaque jour confronté, depuis bientôt vingt ans, avec les problèmes d'histopatologie gynécologique en relation avec la clinique, le directeur de la collection a voulu réaliser l'intégration totale de l'histopathologie dans la pathologie au sens le plus large du terme et montrer que cette discipline, loin d'être momifiée, demeure pleine d'intérêt puisque les techniques actuelles la renouvellent constamment en extériorisant les « modulations » cellulaires sur les plans électronique, chimique, enzymatique et cytogénétique, etc.

Bien que pourvue d'une récente bibliographie, cette histopathologie gynécologique n'est, à aucun moment, le résultat d'une banale et stérilisante compilation. Conçu dans un esprit d'originalité et s'éloignant assez souvent des sentiers connus, et par conséquent criticable sur quelques points, cet ouvrage est l'expression d'une riche expérience et d'une connaissance approfondie de l'histopathologie et de la biologie gynécologique.

Initiation à la psychologie médicale, par Jean TUSQUES, professeur à la Faculté de médecine de Nantes et ex-médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine. Un volume 15 × 22 de 240 pages : 34 F. *Librairie Maloine S.A.*, 27 rue de l'Ecole-de-médecine, Paris VI^{e}, 1970.

Les onze « entretiens » composant cet ouvrage sont inspirés par la préoccupation de l'auteur, dans son enseignement, de ne pas faire de la « Psychologie » introduite dans le curriculum des études médicales une « matière » de plus à « ingurgiter » pour les étudiants.

Par sa formation et sa pratique à la fois biologique et clinique, l'auteur a pris conscience qu'une approche psychologique des malades était nécessaire et imposait une autre attitude et d'autres techniques que celles de la sciences expérimentale et de la clinique « objective ».

Cette « Initiation » se propose d'éveiller le lecteur au problème essentiel de la relation médecin-malade, justifiant l'introduction de la psychologie dans les étudee de tous les médecins. Cette psychologie doit être une formation complémentaire et non une masse d'informations supplémentaires. Un certain nombre d'informations sont néanmoins apportées ici. Mais, pour qu'elles soient acceptées et donc retenues, elles sont amenées dans une démarche « pédagogique » dans le sens étymologique du mot (agein, conduire) et non dans l'acceptation généralement admise en médecine de mise en « questions » aussi formellement encyclopédiques que possible. Des informations ont été souvent données ici, parce qu'elles sont généralement escamotées dans la plupart des précis ou manuels : notamment en ce qui concerne la vie sexuelle dégagée vraiment de tout tabou.

Ces thèmes d'entretiens sont une initiation parce

LES 14 SOLEILS

Une mer bleu turquoise à la chaleur douce. Des plages immenses au sable doré ou noir selon la région. Des fonds colorés donnant à l'eau des reflets changeants souvent d'un vert émeraude. Une brise légère qui rafraîchit l'atmosphère. Peu de vagues, surtout dans le sud. Des lignes de palmiers dominés par des touffes de cocotiers. Une débauche de vert brillant. Surplombant la côte, des montagnes tantôt abruptes tantôt douces, nappées de forêts massives ; parfois des collines aux ondulations molles. De loin en loin, des roches apparaissent, noires ou rouges. Pas d'hiver aux Antilles, à la Jamaïque, en Floride, aux Bahamas, aux Bermudes et aux Caraïbes. Seules les pluies marquent la saison. Elles lavent la nature qui réapparaît ensuite plus vive, plus pure, plus nette que jamais. Le soir, c'est l'éclat du soleil couchant : il faut le guetter, il est brusque et rapide. C'est sur la mer qu'il prend toute sa dimension. L'horizon devient rouge vif sur mer bleue. Et la nuit tombe d'un seul coup tandis que la fraîcheur s'installe et que les fleurs bleues, violettes, blanches, rouges, roses s'épanouissent, caressées par une brise délicate. C'est ça le pays des quatorze soleils qu'Air-Canada vous offre cette année.



Antigua

Il est simple de se mêler aux gens à Antigua et d'adopter leur rythme de vie calme. On sait profiter du soleil, de l'eau cristalline à souhait, de la végétation généreuse qui tend ses fruits à tout venant.

La température, chaude et sans caprices, transforme les Québécois frileux que nous sommes en vacanciers détendus, souriants.

Les curiosités de l'île sont aussi nombreuses que variées. Nous trouvons Fig Tree Hill, la sucrerie, la poterie, une curieuse bibliothèque publique.

Vous pourrez regonfler un peu vos muscles en pratiquant quelques-uns des dizaines de sports offerts, dont le cricket et le football. Les plaisirs de l'eau tiennent, bien sûr, la tête du peloton sportif et sont à la portée de tous. Même la plus simble balade prend des airs de fête sous une si luxuriante végétation.

Antigua s'est bâti une excellente réputation en maintenant une courtoisie et un empressement appréciés des touristes. Quantité d'hôtels restent des établissements simples, d'importance moyenne. Le service y est personnel et souriant, souvent improvisé par le propriétaire lui-même.

Les Bahamas

Sises dans la mer des Antilles, les Bahamas comprennent 700 îles pittoresques. Les plus connues : l'île New Providence (Nassau), la Grand Bahama (Freeport), et les îles extérieures Eleuthéra, Abacos, Andros et Bimini.

Ces îles attirent chaque année plus d'un million de vacanciers. Et pour cause. La nature les a parées d'une riche et abondante végétation. Elles offrent aux visiteurs des divertissements sans nombre. Elles jouissent d'une température estivale toute l'année.

Chacune des îles a un cachet bien particulier. Prenez Nassau, par exemple. Elle porte le nom de Reine des Îles et en est la capitale. Marquée au signe de l'hospitalité, elle vous réserve un chaleureux accueil ; ne manquez pas de visiter son vieux port et son marché de paille. Promenez-vous dans ses rues étroites : ses nombreuses boutiques, sans taxe sur les produits, vous offrent des articles de toile, de cachemire, des parfums français et des créations originales. Pour vous détendre au soleil, des plages au sable si caressant que vous aurez peine à vous en éloigner.

Plus frivole que Nassau, Freeport vous divertira du matin au soir et du soir au matin. Le jour, vous pourrez vous prélasser dans l'île ou faire de la pêche en haute mer ou encore de la pêche sous-marine, car les fonds marins sont parmi les plus beaux de la mer des Antilles.

Le soir, les attractions ne manquent pas . . . dans ses casinos, ses élégantes boîtes de nuit ou ses hôtels ultra-modernes. Avis aux couche-tard : ici, la sérénité des lieux, la douce brise, les accents du calypso, l'air vivifiant de la mer ont vite fait de compenser les heures de sommeil perdues.

Maintenant, passons aux îles extérieures. Un saut en avion et, hop, vous y êtes. Bimini, site de la légendaire fontaine de Jouvence, réputée pour la pêche en haute mer. Eleuthéra, des milles et des milles de plages sablonneuses. Exumas, d'une beauté sauvage sans pareille. Abacos, où l'on semble reculer dans le temps (ses habitants parlent encore l'anglais de l'ère élizabéthaine). Andros, si belle que l'on croirait à un conte de fée.

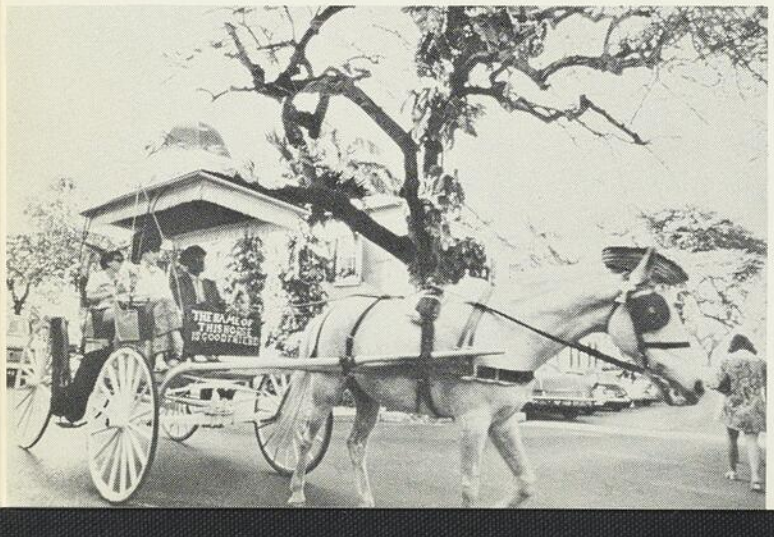
La Barbade

Demandez à des milliers de Canadiens qui y sont déjà allés. Ils ne tariront pas d'éloges en vous parlant de la Barbade. Si les îles étaient classées selon les signes du Zodiaque, la Barbade serait sans doute de l'ascendant « Balance » tant elle jouit d'un équilibre et d'une diversité rare.

Certains hôtels-palaces de la côte ouest vous assurent un luxe de roi alors que de coquettes pensions accueillent si chaleureusement les visiteurs plus modestes que les départs en deviennent déchirants.

La mer elle-même change de visage selon qu'on se trouve sur un littoral de l'île ou du côté opposé. Tantôt la vague est timide et chaude, tantôt elle fouette avec énergie.

Les activités ne manquent jamais à la Barbade. Un jour, vous allez vaillamment pêcher le gros poisson en mer, le lendemain, vous pratiquez votre revers au tennis ou bien



vous parcourez de splendides et verts terrains de golf. Le magasinage fera aussi la joie des femmes. Dans les boutiques, sans taxe sur les produits, s'entassent des importations aussi variées que tentantes. Souvent, vous trouverez les plus jolis souvenirs dans les boutiques d'artisanat local.

Les Bermudes

Sitôt arrivé, vous êtes sous le charme. L'île est une véritable petite oasis de verdure. Pour compléter le décor : de magnifiques plages au sable blond, la mer d'un bleu intense, de jolies habitations aux teintes pastel. N'y a-t-il pas là de quoi voir la vie en rose ?

Tout y est quiet, gentil. Les Bermudes : une étape de rêve et de repos pour ceux dont la vie n'est qu'un tourbillon. Imaginez un peu : ici, les voitures roulent à 15 milles à l'heure . . . c'est la limite de vitesse permise. La conduite à gauche n'aura donc rien d'affolant.

Certains préféreront visiter l'île à pied, à bicyclette, en *scooter* ou même en calèche.

CALENDRIER DES CONGRÈS DES SCIENCES MÉDICALES

Date	*Lieu*	*Nom du congrès*	*Bureau du congrès*
26 fév. - 3 mars	Honolulu (Hawaii)	12e congrès de l'Association pan-pacifique de chirurgie.	Pan-Pacific Surgical Association, 236 Alexander Young Bldg., Honolulu, Hawaii 96813, (U.S.A.)
12-16 mars	Las Vegas (Nevada, U.S.A.)	46e congrès de la Société internationale de recherches en anesthésiologie.	B. B. Sankey, M.D., International Anesthesia Research Society, 3645 Warrensville, Center Road, Claveland, Ohio 44122 (U.S.A.)
27-31 mars	Port Elizabeth (Afrique du Sud)	Congrès d'obstétrique et de gynécologie.	Docteur Jacques Tremblay, 912, Bon-Air, Québec
28 mars-2 avril	New Orléans (Louisiana, U.S.A.)	3e congrès pan-américain d'anatomie.	Melvin Hess, Louisiana State University Medical Center, 1542 Tulane Ave., New Orleans, Louisiana 70112 (U.S.A.)
3-9 avril	Madrid (Espagne)	19e congrès de la « Societas otorhino laryngologica Latina ».	Dr R. Tapia-Urribia, Maldonado 19, Madrid 6 (Espagne)
11-14 avril	Amsterdam	7e congrès de la Société Européenne de chirurgie expérimentale.	Pr. O. J. Klopper, Academische Ziekenchuis bij de universitut van Amsterdam
19-21 avril	Lausanne (Suisse)	3e congrès de l'Association européenne de médecine périnatale (Palais de Beaulieu).	Dr H. Bossart, Service d'obstétrique, Hôpital cantonal universitaire, CH. 1011, Lausanne
23-29 avril	San Francisco (Cal., U.S.A.)	9e congrès interaméricain de cardiologie.	Dr. Elliot Rapaport, Department of Councils, American Heart Association, 44 East 23rd St., New York, N.Y. 10010 (U.S.A.)
8-14 mai	Liège (Belgique)	Congrès triennal et international de médecine dentaire.	J. de Leenw, Maison des dentistes, Chaussée d'Etterbeek 166, B 1040, Bruxelles
22-27 mai	Padoue et Venise (Italie)	14e congrès international de dermatologie.	Pr Franco Flarer, Clinic adermatologica, Via Cesare-Battisti 118, 35100 Padova (Italia)
28 mai-2 juin	Rome (Italie)	18e congrès biennal international du Collège international des chirurgiens.	Pr V. Speranza, 2 clinica chirurgica, Universita di Roma, Rome, Italie
18-23 juin	Washington (U.S.A.)	4e congrès international de la Société internationale d'endocrinologie.	Dr. G. D. Aurbach, 1629 K. Street, N.W., Washington D.C., 20006 (U.S.A.)
19-23 juin	Copenhague (Danemark)	8e congrès international de chimie clinique.	A. Uldall, Department ol clinical chemistry, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, DK-2100-Copenhague
26-28 juin	Détroit (Michigan, U.S.A.)	Symposium international sur les aspects cliniques des maladies métaboliques des os.	Dr. Boy Frame, Henry Ford Hospital, Détroit, Michigan 48202, (U.S.A.) damsvej,

ON VA T'ARRANGER ÇA, MA NOIRE, AVEC...



les 14 soleils

Les 14 soleils: un programme exclusif de vacances-sud à la carte . . . avec garantie.* Choisissez votre soleil! Air Canada s'occupe du reste. Destinations variées, transport, logement, divertissements. Tout est beau...et chaud. Soigneusement sélectionné et approuvé par Air Canada.

Des vacances-sud à la carte, aux Antilles, aux Bermudes, aux Bahamas et en Floride. 14 destinations-soleil différentes. A vous de préférer telle île à telle autre selon que vous recherchez le repos, le plaisir, la pratique de tel sport, etc. Vous avez aussi le choix parmi des centaines d'hôtels sélectionnés par Air Canada et autant d'attractions et de divertissements recommandés. Ce sont des vacances que vous prenez plaisir à planifier vous-même avec le guide LES 14 SOLEILS d'Air Canada, fourni sur demande. Tout y est clairement indiqué avec prix et appréciation. Vous savez exactement, avant de partir, ce que vous aurez et ce que ça coûtera.

Nous nous occupons des réservations. Une fois votre choix fait, vous en avisez votre agent de voyage ou Air Canada et on s'occupe de toutes les réservations. Non seulement d'avion mais aussi d'hôtel ou de villa, de voiture...et le reste. Il y a d'ailleurs des représentants du programme LES 14 SOLEILS en Floride et dans les îles pour répondre à vos demandes et veiller à ce que tout soit parfait.

***L'emblème LES 14 SOLEILS: notre garantie d'excellence.** Chaque fois que vous verrez notre emblème affiché dans un établissement, vous pourrez entrer en toute confiance; c'est qu'il est recommandé par le programme LES 14 SOLEILS d'Air Canada. Tous les hôtels et lieux de divertissement que nous conseillons ont fait l'objet d'une étude sérieuse par nos spécialistes en tourisme. Ils sont classés pour que chacun trouve celui qui convient à son budget. Tous répondent à nos normes canadiennes de confort et d'excellence. Avec le programme LES 14 SOLEILS, garanti par Air Canada, on sait où on va!

On y va dans le sud!

Pour obtenir plus de détails, appelez notre ami l'agent de voyage ou Air Canada ou bien adressez ce coupon à: LES 14 SOLEILS, AIR CANADA, C.P. 598, MONTRÉAL 101, QUÉ.

Chère Dominique,

J'aimerais recevoir, sans obligation, le guide LES 14 SOLEILS et de la documentation sur ..... (nom de l'île)

Nom .....

Adresse .....

Ville ..... Tél. .....

Mon agent de voyage est .....

Le soleil, c'est à tout le monde avec Les 14 soleils!

AIR CANADA

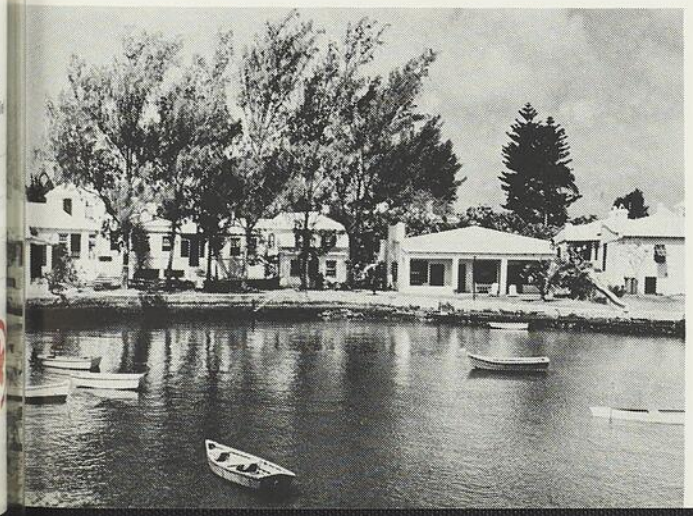


Vous y découvrirez de magnifiques grottes, des jardins fleuris, des manguiers, quantité d'arbres fruitiers . . . des parcours de golf (avec une moyenne de plus de quatre trous de golf par mille carré, pas étonnant que les Bermudes aient acquis la réputation de paradis du golfeur).

Vous pourrez aussi, si le cœur vous en dit, faire de la voile, de la pêche, de la natation ou simplement vous détendre au soleil, un soleil qui réchauffe sans brûler.

À l'heure des repas, vous ne serez pas déçu. Aux Bermudes, vous découvrirez de nombreux hôtels et restaurants où contenter votre palais.

Le soir, l'île s'anime, le rythme devient celui du calypso, du limbo. Les danseurs vous étonneront par leur souplesse et vous serez vous-même entraîné par les accords d'une musique délicieuse.



VISITEZ L'EUROPE

AU VOLANT D'UNE AUTOMOBILE



Achetez ou louez une automobile neuve (hors taxes)

ou

une automobile usagée modèle 1970-1971



Grand choix de
RENAULT-PEUGEOT-FIAT
SIMCA-CITROEN-VW-BMW
MERCEDES-Microbus VW, etc.

Kilométrage illimité
Assurance internationale
Permis de conduire international, etc . . .

Réservation billets : avion-bateau
Prix spéciaux

SERVICE EUROPÉEN DE TOURISME AUTOMOBILE

Etabli au Canada depuis 20 ans

1176 rue Drummond, MTL — 861-0200

"Touring Club de France"

La Floride

Passer quelques semaines à Miami ou à Tampa, c'est déjà un privilège dont ne bénéficient pas tous les mortels. Mais aller en Floride vivre le programme « Les 14 soleils », voilà qui est de la vraie chance. Finies les inquiétudes.

Vous pourrez vous prélasser sur les plages blondes en toute tranquillité votre hôtel ayant été choisi avec soin par Air-Canada.

Les gens croient à tort connaître la Floride. Ce pays de soleil a tant à offrir que les souvenirs de voyages de votre oncle Ernest n'épuisent pas le sujet . . . loin de là. Le tableau des attraits offerts vaut autant par sa variété que par la qualité des éléments qui le composent.

Bien sûr, il y a, en tout premier lieu, les fabuleuses plages de la péninsule . . . Palm Beach . . . Hollywood Beach . . . The Florida Keys . . . Fort Lauderdale . . . Pompano . . . Daytona . . . Mimosa et évidemment, Miami Beach.

Mais nul ne doit oublier d'aussi populaires attractions que . . . Cypress Gardens . . . Silver Springs . . . Seaquarium . . . Les Everglades . . . Weeki Waches et la plus récente, mais sûrement pas la moindre : Disneyworld.

La Floride, malgré sa réputation de région pour vacanciers, n'oublie pas la culture. En vacances, vous apprécierez tout autant qu'en ville entendre un bon concert ou visiter tranquillement les musées. Vous aimerez aussi vous rendre à St-Augustin, la plus ancienne ville des États-Unis pour y retrouver les empreintes du passé.

À la fin de chacune de ces journées si bien remplies, alors que vous croirez avoir épuisé la gamme des possibilités, les néons du *Florida by night* se feront si invitants que vous irez danser et jaser agréablement en prenant un bon dîner.

Vraiment, il ne faut pas sous-estimer les attraits de cette grande fille trop courtisée qu'est la Floride. Elle a beaucoup à offrir à qui sait ouvrir les yeux et bien préparer son voyage. Notre ami l'agent de voyage ou nous-mêmes à Air-Canada sommes là pour vous aider à faire de votre voyage un voyage de rêve. Un superbe 747 effectue un vol quotidien vers Miami et Tampa, vous offrant plus d'espace et plus de luxe que jamais auparavant. Cette année, voyez la Floride d'une manière différente grâce au programme « les 14 soleils ».

La Jamaïque

L'une des plus grandes îles des Antilles, la Jamaïque, semble avoir réuni les qualités de chacune.

Sous le plus merveilleux climat, cet éden accueille avec un égal bonheur sportifs, amateurs de farniente et chercheurs de trésors. Pour ces derniers la trace des flibustiers ne déçoit jamais complètement tellement est belle la route de corail des trésors légendaires. Même pour qui n'espère pas retrouver de galion d'or, la Jamaïque regorge de richesses.

Il faut voir entre autres choses les montagnes bleues à l'ombre desquelles pousse le meilleur café du monde. Et comme pour être dans la note, la lune s'habille quelquefois de bleu, elle aussi, pour se coucher sur l'île.

Sur les cent quinze milles de sable blanc qui s'étendent de Kingston à Montego Bay, la mer s'amuse à polir les galets pendant que le vent doux et chaud des îles lui frotte le dos gentiment. Les baigneurs regardent la scène par-dessus leurs lunettes solaires. Pendant ce temps, les marins de Kingston (7e port du monde) marchandent des souvenirs du pays et font de l'œil à quelques-unes des plus belles sirènes des sept mers.

En revenant de la Jamaïque, vous pourrez raconter vos trempettes à la source « Milk River Bath » dont les vertus curatives sont, dit-on, cinquante fois supérieures à celles de Vichy.

. . . Ou même épater vos amis en parlant des rapides du Rio Grande que vous aurez sautés en radeau de bambou. Non ? Ça ne fait rien, il y a d'autres attraits touristiques moins violents. Ainsi, vous pourrez vous délecter de mets typiquement jamaïcains ou bien voir de près les oiseaux rares du sanctuaire de Lisa Salmon.

N'hésitez pas. Sortez vos valises et l'huile à bronzer. En consultant la liste des hôtels et divertissements, vous préparerez le plus merveilleux voyage à la Jamaïque. Enfin vous pourrez vivre la grande vie au soleil.





Trinité et Tobago :

Qui a déjà entendu parler de la Trinité sans qu'on mentionne Tobago ? Ce sont d'éternels associés. Pourtant, ces inséparables n'ont rien de semblable si ce n'est le soleil qui s'y balade dix-huit heures par jour à longueur d'année. Celui-ci, comme ceux qui ont découvert ces deux îles, ne peut se séparer des charmes à la fois fascinants et contradictoires de la Trinité et de Tobago.

Ces îles non identiques satisferont les désirs d'aventures des Robinson modernes et sauront tout autant plaire à qui cherche le confort d'un hôtel moderne au bord de la mer.

Pour Tobago, on voudrait réinventer le nom « d'île vierge », tellement elle a su garder le charme sauvage propre aux îles de roman. Le tourisme n'y a pas encore fait ses ravages. Vous pouvez donc surprendre cette île au naturel . . . y voir vivre un peuple heureux, fils des quatre coins du monde, avec un oncle pirate dans presque chaque famille.

La Trinité, au contraire, connaît la plus forte industrialisation de la mer des Caraïbes. Ce qui n'empêche pas les inventeurs de Calypso qui l'habitent de voir la vie en rose. Avec eux, vous pourrez danser à en perdre la tête. Au moment du Carnaval, le rythme atteint un paroxysme qui fait vibrer l'île entière.

Mais le steel band n'est pas le seul attrait de cette destination soleil.

L'extraordinaire richesse de la faune et de la flore à elle seule vaudrait le voyage. Le zoo « Emperor Valley », par exemple, ne contient pas moins de quatre-vingt-dix-sept espèces d'animaux sans parler du sanctuaire d'oiseaux et du jardin botanique qui fait la fierté de l'île, avec des espèces aussi étonnantes que l'arbre saucisse et les sapotilliers aux fruits sucrés.

Comme autre curiosité, mentionnons la source d'asphalte naturel de Pitch Lake, probablement la plus importante du monde.

Que dire maintenant de la mer. Si transparente qu'elle ferait pâlir de jalousie le plus pur cristal. Le corail y est d'une splendeur à faire des films. Vous savez . . . avec mille sortes de poissons espiègles qui auraient joué dans autant de pots de peinture.

Saint-Martin

L'île est partagée au point de vue administratif entre les Français et les Hollandais qui y vivent en paix depuis 1648. La seule frontière est indiquée par un écriteau : « Bienvenue, partie francaise ». Située à la pointe nord-est de la chaîne des petites Antilles, St-Martin est un paradis touristique, bien équipé pour recevoir les touristes.

Hôtels très confortables, auberges et entreprises familiales, bungalows autour d'une maison centrale. La cuisine est excellente, à la fois internationale et régionale.

Phillipsburg, capitale du secteur néerlandais aux maisons peintes et proprettes, présente un aspect coquet et pittoresque. La ville est construite sur une étroite bande de sable, en bordure de la mer des Caraïbes.

LES CARAÏBES

La Dominique

De la verdure parsemée de fleurs sauvages d'un exotisme à vous couper le souffle. Des citrons verts dont se régale le monde entier. Un lac en ébullition. Le plus beau jardin botanique des Antilles. Des rivières poissonneuses en quantité. Cette curieuse petite île s'appelle dépaysement, détente, chaud soleil. On y parle le français et l'anglais.

Saint-Vincent

Vous cherchez une île primitive ? Saint-Vincent se rapproche de vos rêves. Voyez-y par

exemple, les indigènes chasser la baleine au harpon ou bien mêlez-vous à la foule bigarrée du marché public à Kingston. Vous serez aussi tenté de faire l'ascension de la Soufrière. Le soir, des boîtes de nuit simples et sympathiques grouillent de rythmes calypso. En vous fiant à ce guide, vous goûterez l'aventure d'une île moins fréquentée tout en obtenant le confort nécessaire.

Sainte-Lucie

Les robes créoles se mêlent aux *bermudas* américains pour faire de toute excursion dans cette île un spectacle à voir. On voudra aussi rapporter des photos du Grand Piton et du Petit Piton, les deux cônes célèbres de l'île. Les habitants vous feront voir Pigeon Island, entourée d'eaux d'une limpidité inégalée. Le choix des hôtels, des centres de grand luxe aux établissements familiaux, s'accorde avec la variété des touristes qu'on voit sur l'île. Chacun trouve à Sainte-Lucie plaisir à son goût. On y parle français et anglais.

La Grenade

De cette île se dégage un doux parfum de vanille, de gingembre, de cacao, de muscade. On l'ai d'ailleurs surnommée l'île des épices. Le panorama se compose de collines entrecoupées de paisibles vallées, de plages où l'on entend le doux murmure des vagues. La ville française de St-Georges est peut-être la plus séduisante des Antilles.

Martinique et Guadeloupe

On s'étonne que la France ait préféré garder la Martinique et la Guadeloupe plutôt que le Canada. Mais c'était uniquement une question économique, c'était la prospérité de la France qui était en cause à cette époque. Pour nous, Canadiens-Français, la Martinique et la Guadeloupe sont des territoires français exclusivement et ne serait-ce que parce qu'on peut y parler français constamment cela nous est très agréable d'aller séjourner dans ces deux îles paradisiaques. Ceux d'entre vous qui ont déjà visité ces deux îles ne tiennent certainement pas rigueur au gouvernement français de l'époque d'avoir préféré le soleil de la Martinique et de la Guadeloupe aux arpents de neige du Canada.

La végétation luxuriante de ces îles est absolument magnifique. C'est un amoncellement d'arbres de toutes espèces : manguiers, gommiers, arbres à pains avec leurs gros fruits, calebassiers, des fougères arborescentes, un entrelacs de lianes, des pentes raides. La montagne Pelé rendue célèbre par son volcan, et sa nature dénudée, endeuillée de lave noire, de roches sombres sur un horizon boisé au vert éclatant. Des nuages cachent le sommet et vers le nord, les essences changent.

Le sud de la Martinique c'est la campagne à cannes, houle verte qui bruisse sous le vent léger. Le bananier escalade les pentes. Rigueur des plantations au cordeau ou désordre heureux des petites exploitations.

En sirotant un rhum dans des petits cafés « en planches », vous pourrez entendre les marins raconter leurs aventures. « Le vieil homme et la mer » d'Heminghway, c'est la vie d'aujourd'hui pour ces hommes rudes vêtus de cirés multicolores qui semblent si différents des pêcheurs du sud. La même différence qu'entre Bretons et pescadoux provençaux.

La Guadeloupe, c'est également un pays de contrastes. Deux îles réunies par une bande de terre étroite : la Basse Terre, pays montagneux, malgré le paradoxe apparent du nom, et la Grande Terre, pays de collines douces, royaume de la canne. Deux mondes différents. La Basse Terre est impénétrable. Un entrelacs de vallées, de montagnes escarpées avec des précipices béants aux parois couvertes de végétation très verte. Le tour de l'île, une découverte sans cesse renouvelée de paysages marins, des corniches, des escarpements. Des plages sur lesquelles on peut marcher pendant des heures, sur le sable fin et chaud.

Aux îles, se faire des amis, ce n'est pas un problème. Les contacts naissent d'eux-mêmes. N'est isolé que celui qui le veut. Mais c'est aussi un pays où il reste de grands espaces libres. Sur les plages, on peut marcher des heures seul avec la nature, le sable et la mer. On peut aussi se lier d'amitié avec les baigneurs des plages réputées des grands hôtels où le confort moderne ajoute un plaisir de plus à la joie de se baigner. Même sur la plage longue de trois milles d'un hôtel select on peut s'isoler, le bleu du ciel et le vert des arbres dans les yeux.

Voilà donc les 14 raisons qui vous invitent à choisir cet hiver les 14 soleils d'Air-Canada. Car en plus, Air-Canada vous offre des possibilités illimitées pour la réservation d'hôtels, de bateaux et de voitures. Pour de plus amples renseignements, consultez votre agent de voyage ou un bureau d'Air-Canada.

Soyez heureux en 1972 ! Envolez-vous sur les ailes d'Air-Canada en direction des 14 soleils !

que destinés à évoquer, suggérer des réflexions, voire inquiéter l'étudiant avant de l'amener à assumer et maîtriser sa propre angoisse au lieu de la masquer. Ils doivent lui faire prendre conscience de ses propres problèmes pour pouvoir saisir ceux d'autrui. Ils tendent à faire comprendre que la personne du médecin est aussi impliquée que la personne du malade dans toute rencontre médecin-malade.

Certaines considérations théoriques sont développées, ne serait-ce que pour faire saisir à des jeunes gens constamment maintenus dans l'attitude de la science expérimentale que la vie en général et la vie humaine en particulier doivent être envisagées aussi sous des aspect « significatifs », dramatiques (donc « subjectifs ») essentiels dans la pratique médicale.

L'auteur a acquis par sa propre expérience médico-psychologique la conviction que la compréhension de toute relation interpersonnelle et singulièrement la relation médecin-malade n'est possible que si l'on a soi-même pris conscience de toutes ces pulsions et de toute cette dialectique inconscientes que Freud nous a fait connaître. C'est pourquoi les grandes découvertes concrètes de Freud sont abordées dès le troisième entretien et assez développées pour permettre leur acceptation (ou un début d'acceptation) par le plus grand nombre possible d'élèves (en dehors de toute doctrine). Le risque de traumatiser n'est pas méconnu. Il est pris délibérément sur justification que tout enseignement psychologique non traumatisant ne peut être que factice et sans intérêt pour le médecin praticien.

Un entretien est réservé au problème de la psychiatrie. L'auteur a essayé de faire comprendre aux étudiants que les nécessités de ce que l'on appelle la prophylaxie mentale imposait un minimum de formation psychiatrique de tous les médecins. Il s'est efforcé, en survolant de très haut la psychiatrie, de montrer l'originalité de cette psychiatrie et d'orienter là encore, vers la nécessité de l'approche interpersonnelle pour compléter les applications de la pathologie expérimentale dans l'exercice de la médecine.

Cette « Initiation » a été rédigée pour de jeunes étudiants en médecine. Elle peut intéresser aussi des médecins praticiens qui cherchent spontanément comment s'orienter pour remédier au malaise qu'ils éprouvent en constatant qu'ils n'ont pas été préparés à exercer la médecine « de ville » ou « de campagnes », que beaucoup de leurs malades n'étaient pas du tout ceux qu'ils avaient vus ou qu'on leur avait montrés à l'hôpital, que l'approche clinique à laquelle ils avaient été entraînés était inadéquate à beaucoup de situations dans lesquelles ils se trouvaient.

Enfin les infirmières, les kinésitérapeutes, les assistantes sociales pourront certainement trouver dans ce livre une introduction utile à l'apprentissage de leur relation avec le patient.

Médecine et biochimie, problèmes d'actualité (2e série), par Alfred GAJDOS, ex-chef de laboratoire à la Faculté de médecine (Paris) et directeur à l'École pratique des Hautes Études. Un volume broché 16,5 × 24 de 420 pages avec 86 figures et 75 tableaux : 110 F. *Masson & Cie,* Paris, 1971.

Le succès de la première série de « Médecine et biochimie » a motivé la rédaction de cette deuxième série. Le but restait le même : faciliter l'acquisition d'une base biochimique moderne de la médecine et de la biologie par l'exposé des domaines particulièrement enrichis au cours des dernières années.

Les huit sujets suivants sont traitées :

Biochimie des immunoglobulines ;
Biochimie de l'insuline ;
Glucagon ;
Prostaglandines ;
Pompe à sodium ;
Biochimie du tissus adipeux ;
Biochimie des histones et leur rôle dans les fonctions chromosomiques ;
Structure et fonctions de l'hémoglobine.

Dans chaque chapitre est résumé l'état actuel des connaissances, d'une façon détaillée mais accessible aux lecteurs non spécialisés. Les exposés sont orientés vers la médecine et indiquent, dans chaque domaine traité, les incidences physiologiques, pathogéniques et thérapeutiques ainsi que les nouvelles affections cliniques. Par leurs nombreuses ouvertures sur l'avenir, ils sont susceptibles de stimuler de nouvelles recherches.

Abrégé de pédiatrie, par R. LAPLANE, professeur à la Faculté de médecine de Paris et médecin de l'hôpital Trousseau et M. ÉTIENNE, G. LASFARGUES, D. GRAVELEAU, G. LEPERCQ et C. POLONOVSKI. Un volume broché 13,5 × 21 de 590 pages avec 168 figures, 12 en couleurs : 48 F. *Masson & Cie,* Paris.

L'étudiant qui se forme en pédiatrie, le médecin praticien confronté quotidiennement à des problèmes concrets, doivent posséder en médecine infantile un minimum de connaissances, parfaitement assimilées. Ni l'un ni l'autre ne peuvent les chercher dans un traité ni même dans un précis. L'étudiant n'a pas l'expérience, le praticien n'a pas la disponibilité, nécessaires à une utilisation de tels ouvrages.

Cet abrégé de pédiatrie peut leur fournir l'indispensable outil.

Le champ de la médecine infantile est infiniment vaste puisque cette discipline couvre tous les chapitres de la pathologie. Or les dimensions d'un abrégé sont, par définition, limitées. Si, pour ce faire, tous les chapitres sont réduits dans les mêmes proportions, on risque d'aboutir à une vulgarisation par trop élémentaire, ou, au contraire, à une condensation totalement indigeste.

Pour éviter ces deux écueils, les auteurs ont pris le parti, sans négliger l'essentiel, de ne pas donner une égale ampleur à tous les chapitres. Les problèmes les plus actuels et les plus spécifiquement pédiatriques ont reçu un développement particulier aux dépens des plus simples ou d'un moindre intérêt. Ainsi a-t-il été possible, chaque fois que cela paraissait nécessaire, de commenter et d'expliquer.

Cet abrégé a voulu rester aussi près que possible de la réalité clinique. On n'y trouvera donc pas de développements théoriques. Par contre, les auteurs se sont rappelés leur expérience de cliniciens pour donner au texte un ton aussi vivant et concret que possible.

Dans le même esprit, un soin particulier a été accordé à l'illustration, suffisamment abondante pour que tous les faits qui le méritaient aient leur représentation visuelle.

Droit médical et déontologie, par F. MARCOUX, professeur à la Faculté de médecine et ancien directeur de l'École des cadres d'infirmières et monitrices de Strasbourg. Un volume broché, 16 × 22 de 450 pages : 39 F. *Librairie Maloine S.A.*, 27, rue de l'École-de-médecine, Paris VI^e^, 1970.

Annoncé depuis longtemps, voici enfin un ouvrage très attendu. Entièrement nouveau et spécialement conçu à l'usage des infirmières et infirmiers ce volume vient combler l'importante lacune qui existait dans la littérature médicale et juridique.

Professeur de médecine légale et de médecine du travail à Strasbourg, ancien Directeur de l'École d'infirmières et de monitrices, l'auteur s'est efforcé de faire la synthèse de son expérience d'expert près des tribunaux, et de médecin inspecteur du travail.

Nouveau, ce manuel l'est par son contenu qui, sans faire concurrence aux ouvrages existants, présente sous une forme agréable et explicite les notions de déontologie, de droit médical et de droit social indispensables à connaître pour l'exercice de la profession et l'accès aux fonctions de responsabilité.

Nouveau, car le droit régissant les professions de santé est analysé par un médecin, en faisant largement appel non seulement à l'opinion des magistrats et des juristes, mais à celle des infirmières elles-mêmes.

Nouveau, par la conception des différents chapitres précédés d'un plan et suivis d'un résumé, permettant une rapide acquisition des connaissances et une facile révision.

Nouveau, car la méthode typographique employée permettra aussi bien aux élèves du diplôme d'État de trouver les notions essentielles figurant à leur programme, qu'aux élèves des Écoles de cadres de disposer d'éléments très détaillés réunis pour la première fois en un manuel unique.

Ce volume de la collection « Diplôme d'État » est parfaitement adapté au large public auquel il s'adresse : infirmières certes, mais aussi médecins, administrateurs et juristes.

Nouvelles

DÉCÈS DU DOCTEUR JEAN GRANDBOIS

Le docteur Jean Grandbois, professeur titulaire au département de médecine de l'université Laval et directeur de la division de dermatologie dans ce même département, est décédé le 1er septembre 1971. Le docteur Grandbois avait obtenu son doctorat en médecine en 1941. Par la suite, il fit des études spécialisées en dermatologie à Québec et aux États-Unis. À Québec, il était l'élève du docteur Émile Gaumond et c'est d'ailleurs dans le service de ce dernier qu'il œuvra la plus grande partie de sa vie. À la mort du docteur Gaumond, le docteur Grandbois devint chef du service de dermatologie à l'Hôtel-Dieu de Québec, poste qu'il abandonna il y a environ un an.

Le docteur Grandbois a participé de façon très active à l'enseignement à la Faculté de médecine. En effet, durant près de dix ans, période où les cours théoriques étaient plus populaires qu'aujourd'hui, il fut responsable de plus de trente heures d'enseignement en dermatologie. Sur le plan hospitalier, il contribua de façon très importante au développement de l'enseignement spécialisé en dermatologie et il était des plus heureux de constater qu'au cours des dernières années le nombre de résidents dans cette discipline allait en s'accroissant.

Le docteur Grandbois s'est intéressé à plusieurs sujets scientifiques et suivant l'exemple de son maître, le docteur Émile Gaumond, il présenta de nombreuses communications à différents congrès nationaux et internationaux, de même qu'il publia de très nombreux articles scientifiques. Ses sujets d'études ont été surtout le traitement du lupus tuberculeux, de la blastomycose nord-américaine et des épithéliomas cutanés.

Le docteur Grandbois fut tour à tour président de la Société québécoise et de la Société canadienne de dermatologie. Il fut aussi membre du Conseil du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour une période de quatre ans.

Cette mort prématurée du docteur Grandbois rappelle le travail très important accompli par ces jeunes médecins qui, immédiatement après la deuxième guerre, ont contribué à la mise sur pied à la Faculté de médecine de nouvelles structures d'inspiration nord-américaine.

ÉLECTIONS À L'ASSOCIATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE DU CANADA

À sa dernière réunion annuelle, tenue en octobre à Edmonton, l'Association des Facultés de médecine du Canada a élu le docteur John R. Evans, doyen de la Faculté de médecine de McMaster, président de l'Association. Le docteur Pierre Bois, doyen de la Faculté de médecine de Montréal, a été élu vice-président, et le docteur John R. Gutelius, doyen de la Faculté de médecine de l'université de Saskatchewan, trésorier.

Les autres membres du Comité exécutif sont: le docteur Jean Beaudoin, doyen de la Faculté de médecine de l'université Laval; le docteur Ian E. Rusted, doyen de la Faculté de médecine de l'université Memorial, et le docteur Douglas Boching, doyen de la Faculté de médecine de l'Université Western Ontario, président sortant de charge.

INAUGURATION DU CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

Le Centre hospitalier de l'université Laval a été inauguré le 12 novembre 1971 par monsieur Claude Castonguay, ministre des Affaires sociales. La cérémonie s'est déroulée sous la présidence de Mgr Louis-Albert Vachon, recteur de l'université Laval, en présence de nombreux dignitaires, dont monsieur Jean Marchand, ministre du Développement et de l'Expansion régionale, et monsieur Wilbrod Bherer, président du Conseil d'administration du Centre hospitalier.

Le Centre hospitalier de l'université Laval est installé dans l'enceinte de l'ancien hôpital des vétérans, sur le boulevard Laurier, à Sainte-Foy. Selon le rapport de la Commission sur la santé et le bien-être (rapport Castonguay-Nepveu), un centre hospitalier universitaire devient le sommet de la pyramide du système de distribution des soins. C'est un hôpital qui, en plus de donner des soins généreux et spécialisés, donne aussi des soins ultra-spécialisés. C'est également un hôpital à triple fonction de soins, d'enseignement et de recherche.

Le Centre hospitalier de l'université Laval est tout cela à la fois. Il est l'un des trois seuls centres hospitaliers dans la province avec Montréal et Sherbrooke.

Signalons enfin que le Centre hospitalier de l'université Laval existe depuis le mois de septembre 1969. C'est à ce moment que la Corporation du Centre hospitalier de l'université Laval était créée pour prendre possession, des mains du Ministère québécois de la santé, de l'hôpital des vétérans qui avait été cédé quelques mois plus tôt au gouvernement québécois par le Ministère des affaires des anciens combattants.

Depuis ce moment, l'administration du CHUL s'est consacrée à rénover et à aménager les locaux pour en faire un véritable centre hospitalier. Pendant tout ce temps, le CHUL a reçu des patients dans les locaux qui étaient prêts et a rempli également ses fonctions d'enseignement et de recherche.

Cette inauguration a été suivie, le lendemain, d'une invitation à toute la population de visiter cette institution hospitalière.

LE DOCTEUR GRENIER, DIRECTEUR GÉNÉRAL À L'HÔPITAL LAVAL

Monsieur Marius Laliberté, c.a., président du Conseil d'administration de l'hôpital Laval, est heureux de faire part de la nomination du docteur Jean Grenier au poste de directeur général de l'hôpital Laval.

Monsieur Grenier, qui est également vice-président de l'Orchestre symphonique de Québec et président de la Fédération de patinage de vitesse du Québec, était auparavant directeur médical de cette institution et secrétaire de la Société des directeurs médicaux de la province de Québec, de même que du comité de direction médicale de l'Association des administrateurs d'hôpitaux du Québec.

De plus, le docteur Grenier qui s'occupe de recherche et d'enseignement dans le domaine de l'administration est chargé de cours et responsable d'un cours aux Sciences de la santé de l'université Laval.

UN SERVICE DE PSYCHOLOGIE À SHERBROOKE

La division de la Médecine sociale du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et plus particulièrement le département des Sciences du comportement ont un nouveau professeur adjoint en la personne de monsieur Richard Villeneuve, Ph.D. Monsieur Villeneuve a pour fonction, entre autres, d'inaugurer un service de psychologie.

Monsieur Villeneuve a fait ses études classiques au Séminaire Saint-Sacrement de Terrebonne et les a terminées à Montréal, au collège Jean-de-Brébeuf, où il obtenait son B.A. en 1962. L'Institut de psychologie lui décernait un baccalauréat en 1963, une licence en 1965 et un doctorat en psychologie clinique en 1969. Il œuvra au Centre d'orientation de 1965 à 1971, y faisant son internat et des études de spécialisation en psychologie clinique. De 1969 jusqu'à son entrée au C.H.U., il était superviseur de stages pratiques des étudiants en psychologie clinique de l'Institut de psychologie et chargé de cours à l'École de psycho-éducation de l'univeristé de Montréal.

Monsieur Villeneuve a rédigé des thèses intitulées « La représentation de l'eau, du pain et de la lumière chez l'enfant » et « L'exploration et l'étude comparative des interactions typiques des familles ordinaires et des familles d'enfants adoptés ».

Monsieur Villeneuve est membre de la Corporation des psychologues de la province de Québec et membre titulaire de la Société canadienne de psychologie.

LE DOCTEUR PETER MOLONEY REÇOIT LE PREMIER PRIX CHARLES H. BEST

Le docteur Peter J. Moloney, de Toronto, dont les travaux dans le domaine de l'immuno-chimie de l'insuline ont permis de remarquables progrès dans la recherche sur le diabète, a reçu récemment le prix Charles H. Best, qui était attribué pour la première fois.

Le prix consiste en une citation, une médaille d'or à l'effigie du docteur Best, codécouvreur de l'insuline, et une bourse de $1 000. Le docteur Moloney reçut le prix des mains du docteur Best, à l'occasion du cinquième atelier canadien Hoechst sur le diabète qui eut lieu les 14 et 15 octobre dernier, au Mont-Gabriel.

Cette récompense, créée cette année par la compagnie Hoechst Pharmaceuticals pour commémorer le 50^{e} anniversaire de la découverte de l'insuline, a pour objet de « reconnaître le travail d'un chercheur dans le domaine des sciences de base ou des sciences cliniques, et de souligner les réalisations remarquables effectuées au Canada dans la lutte contre le diabète. Le prix n'est pas nécessairement accordé en rapport avec les travaux les plus récents du candidat, et il tient compte du travail accompli de longue date dans le domaine du diabète ».

En commentant les remarquables travaux du docteur Moloney, qui est originaire de Penetanguishene, en Ontario, le docteur Best souligna la

« contribution d'une exceptionnelle valeur qu'ils ont apportée aux sciences biologiques, principalement par l'élucidation d'aspects fondamentaux de l'immuno-chimie de l'insuline ».

Au début des années '50, le docteur Moloney établissait que l'insuline est un antigène capable de produire des anticorps, entraînant ainsi une résistance à l'insuline. Cette découverte permit à d'autres chercheurs de mettre au point une technique d'essai immunologique rendant possible une méthode relativement simple pour mesurer le taux d'insuline dans le sang, et aida ainsi les investigateurs cliniciens à identifier, par la détermination des niveaux d'insuline dans le sang, les groupes de diabétiques répondant anormalement aux différents stimulus de sécrétion de l'insuline.

Les travaux du docteur Moloney ont permis un tel point de perfectionnement de la recherche que la connaissance du diabète a été approfondie considérablement. En ce qui concerne le traitement de cette maladie, on peut maintenant administrer l'insuline sous des formes différentes aux malades qui ont développé une résistance à l'insuline en produisant des anticorps spécifiques.

On espère aussi la découverte prochaine d'une insuline peu ou pas antigénique, ce qui constituerait un progrès considérable dans le traitement de certains cas de diabète.

Né le 29 juin 1891, le docteur Moloney a reçu sa maîtrise en chimie à l'université de Toronto en 1915, et son doctorat à l'université de Californie en 1924. De 1925 à 1960, il fut directeur adjoint des laboratoires de recherche médicale Connaught, où il est actuellement conseiller.

Parmi les nombreuses marques d'honneur qu'il a reçues, on compte la médaille Banting, qui lui fut décernée en 1964 par l'*American Diabetic Association*, la bourse Charles Mickle, qu'il reçut la même année, et le prix Gardner, la récompense la plus élevée qui existe au Canada dans le domaine médical, et qui lui fut remise en 1967.

LA VACCINATION ANTIVARIOLIQUE

Le Comité exécutif de la Société canadienne de pédiatrie, réuni en assemblée à Sherbrooke les 6 et 7 novembre dernier, a donné unanimement son entière approbation à la proposition de son comité des maladies infectieuses recommandant que soient modifiées les directives touchant la vaccination antivariolique.

On sait que le Service de la santé publique des États-Unis recommandait récemment que la vaccination antivariolique routinière soit abolie dans ce pays puisque, pour la majorité des citoyens, les risques encourus de contracter la variole sont si minimes que les dangers de complications dues au vaccin les dépassent de beaucoup. Le texte original du Comité aviseur sur les pratiques d'immunisation du Service de santé publique des États-Unis est annexé à la présente déclaration. Les faits sur lesquels s'appuie la recommandation ont été résumés dans le numéro 38, volume 20, édition du 25 septembre 1971 du *Morbidity and Mortality Weekly Report* publié par le Département de la santé, de l'éducation et du bien-être des États-Unis.

Nous endossons l'idée émise dans la recommandation du Service de la santé publique des États-Unis, en insistant sur quatre points :

1. Le danger de contracter la variole est si minime au Canada qu'il ne justifie plus la pratique de vaccination routinière des bébés et des enfants. Le vaccin antivariolique provoque occasionnellement des complications graves dont quelques-unes sont mortelles.
2. Les lois fédérales ou provinciales peuvent empêcher l'application immédiate d'une nouvelle politique voulant que l'on abolisse la vaccination antivariolique de routine au Canada. Les médecins et les responsables de la santé publique doivent unir leurs efforts pour que les modifications nécessaires soient apportées à la législation.
3. Le vaccin antivariolique demeure indiqué pour certains citoyens :
   a) le personnel médical et hospitalier doit être vacciné régulièrement puisqu'il sera exposé si un cas de variole devait être importé au pays ;
   b) les voyageurs, qui se dirigent vers les régions où la variole demeure endémique ou vers des régions où on exige le vaccin, doivent être immunisés ;
   c) tous les sujets à être vaccinés doivent faire l'objet d'attentions particulières en ce qui touche les contre-indications connues. Ne doivent pas être vaccinés : 1 – ceux qui souffrent d'eczéma ou d'autres formes de dermatites chroniques, ainsi que ceux sont en contact avec ces derniers ; 2 – les malades souffrant d'herbe à puce, d'impétigo ou d'autres lésions de la peau ne doivent pas être vaccinés avant que l'épiderme ne soit cicatrisé ; 3 – ceux qui présentent une immunité modifiée, que ce soit

à cause de dysgammaglobulinémie, lymphome, leucémie, dyscrasie sanguine, traitement aux stéroïdes, antimétabolites ou irradiation alkalisante ou ionisante; 4 – les femmes enceintes.

Ces précautions réduiront au strict minimum les risques de complications.

D'ici à ce que les lois, ou les règlements locaux, exigent que la vaccination antivariolique soit changée (comme les règlements nécessitant la vaccination pour l'admission à l'école ou pour rentrer au pays après un séjour dans des pays où la variole n'est pas endémique), les médecins qui désirent adopter une politique de discontinuation de la vaccination routinière devraient remettre à leurs patients une lettre stipulant que, pour des raisons médicales, ils ont choisi de ne pas les vacciner.

STAGE D'INITIATION À LA STATISTIQUE ET À L'INFORMATION MÉDICALES

L'Institut de recherche d'informatique et d'automatique (IRIA) organise, du 16 au 22 janvier 1972, un stage d'initiation à la statistique et à l'informatique médicales.

Un nombre sans cesse croissant de médecins se rendent compte qu'ils sont concernés par le développement de l'informatique médicale, qu'il s'agisse d'aide au diagnostic ou à la thérapeutique, de logistique hospitalière, ou de traitement des données scientifiques à l'aide de l'ordinateur. Sans parler de l'ordinateur, le traitement même des données scientifiques suppose un recours à la méthode statistique, c'est-à-dire une certaine connaissance de la méthodologie et de ses applications aux problèmes d'ordre thérapeutique, étiologique, pronostique.

La statistique et l'informatique font aujourd'hui l'objet de cours très détaillés, échelonnés tout le long de l'année, et largement suivis par les jeunes étudiants, notamment dans le cadre du Cycle de biologie humaine. Mais, pour amener ces disciplines au niveau de développement voulu, un autre public doit être visé: celui des agrégés, assistants ou chef de cliniques, administrateurs, etc., tous ceux qui, demain, auront des responsabilités importantes dans la politique de la santé. Beaucoup d'entre eux désirent acquérir les notions qui leur permettront d'orienter les plus jeunes et de collaborer de façon efficace avec les équipes d'informatique et de statistique déjà en place.

Il est possible d'inculquer à ce public les notions de base indispensables et la compréhension générale des principes, en les présentant sous une forme très adaptée, par un enseignement schématique dépourvu de tout appareil mathématique et condensé en quelques jours. L'enseignement, centré sur la discussion d'exemples concrets d'application et de problèmes, serait réservé à un nombre limité (30) de participants, réunis dans un lieu éloigné de leurs services et de leurs préoccupations quotidiennes.

L'enseignement sera dispensé par le professeur F. Gremy, de la Faculté de médecine Pitié, Salpétrière, le professeur J. Martin, de la Faculté de médecine de Nancy, le professeur Schwartz, INSERM, Faculté de médecine de Paris-Sud, et le professeur M. Tubiana, de l'Institut Gustave-Roussy, Faculté de médecine de Paris-Sud.

Le programme comporte les sujets suivants:

— Méthodologie statistique;
— Applications aux essais thérapeutiques et aux enquêtes étiologiques;
— Applications de modèles mathématiques à des processus physiologiques ou à des explorations fonctionnelles;
— Essai de fonction discriminante;
— Exemples d'utilisation pour l'aide diagnostic ou à la thérapeutique;
— Application du temps réel aux laboratoires d'analyse;
— Monitoring;
— Analyse des signaux physiologiques. Traitement des images;
— Le fichier;
— Informatique médicale et hospitalière.

Les frais de participation sont de 500 francs (frais de voyage et de séjour non inclus).

Pour tout renseignement, s'adresser au Service des Relations extérieures de l'IRIA, B.P. 5 – 78 – le Chesnay, France.

LE DOCTEUR RIVARD AU CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Le gouvernement fédéral vient d'approuver un octroi au Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke, comme subvention de soutien pour monsieur Jean-Yves Rivard, Ph.D., chercheur invité à la Faculté de médecine de cette université.

À partir de janvier 1972, le professeur Rivard entreprendra une étude d'un an portant sur les sciences du comportement. Il insistera tout particulièrement sur la rémunération des médecins, les structures administratives, les rapports médecin-patient, la productivité et le traitement.

Le projet terminé, le docteur Rivard retournera au poste qu'il occupait précédemment comme professeur du département de l'administration des services de santé à l'Université de Montréal.

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC MET EN GARDE CONTRE LA FAUSSE REPRÉSENTATION

À la suite de plaintes formulées récemment, le président-directeur général de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, monsieur Robert Després, invite les Québécois à la prudence dans leurs rapports par téléphone avec des individus qui se prétendent représentants de la Régie.

« Au cours des dernières semaines », a dit monsieur Després, « le Service d'enquête de la Régie a pu vérifier que certaines personnes soi-disant à l'emploi de la Régie demandent des renseignements d'ordre personnel pour des raisons qui n'ont aucun rapport avec l'administration du régime d'assurance-maladie. Le nom de la Régie peut être ainsi utilisé à des fins de collection, de distribution et même de cartes d'identité.

« La Régie a pour pratique générale de communiquer par écrit avec les bénéficiaires du régime », a poursuivi monsieur Després. Il a conclu en rappelant que nul n'est tenu de divulguer son numéro d'assurance-maladie ou de donner quelque renseignement, que ce soit au téléphone ou autrement, à une personne qui se dit employée par la Régie et qui ne s'identifie pas de façon adéquate.

BOURSE DE PERFECTIONNEMENT ACCORDÉE À L'UNIVERSITÉ LAVAL

Le gouvernement fédéral vient d'approuver l'octroi d'une bourse de perfectionnement de $9 388 à l'université Laval de Québec.

Ces bourses nationales de perfectionnement en hygiène sont réservées à la formation universitaire, dans le cadre de l'organisation et de l'évaluation des services de santé, et à la recherche sur les soins sanitaires.

Monsieur Clermont Bégin, titulaire de la bourse, entreprendra donc une recherche dans le domaine de l'administration des sciences sanitaires. Il étudiera au département de médecine sociale de la Faculté de médecine et à la Faculté des sciences administratives de l'université Laval.

PERFECTIONNEMENT EN SOINS INFIRMIERS PSYCHIATRIQUES À L'HÔPITAL SAINT-JEAN-DE-DIEU

Dans un communiqué qu'il adressait au Secrétariat du Comité de perfectionnement de la Fédération des SPIQ, monsieur Gilles Gaudreau, sous-ministre adjoint des relations professionnelles au Ministère des affaires sociales, a fait savoir que son Ministère et celui de l'éducation acceptent de dispenser et financer des cours de perfectionnement professionnel au niveau Cegep.

Pour ce qui concerne l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, un cours postcollégial en psychiatrie se donne conjointement par l'Hôpital et le Cegep Maisonneuve. Le 27 mai 1971 marque cet événement. Dispensé par le Cegep Maisonneuve, ce cours débuta à la fin de novembre 1971.

Le cours a pour objectif de donner à l'étudiant une formation théorique et clinique qui lui permette de jouer un rôle actif en qualité d'infirmier soignant auprès du malade mental, à l'intérieur de l'équipe et dans tous les milieux où les soins infirmiers s'appliquent.

La réussite du programme de perfectionnement en S.I.P. donne droit à un certificat du Ministère de l'éducation.

ROCHE INAUGURE UN INSTITUT DE BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Une étape importante dans le domaine de la recherche biologique de base a été franchie lors de l'inauguration du nouvel Institut de biologie moléculaire Roche, qui eut lieu le 24 septembre dernier, à Nutley, New Jersey. C'est la première fois qu'une compagnie pharmaceutique commandite un établissement de cette envergure, entièrement consacré à l'étude des processus vitaux fondamentaux. L'Institut est équipé des installations les plus modernes qui soient, au service de la libre investigation en milieu académique, dans le domaine de la biologie moléculaire. Son programme de recherche est complètement différent des travaux classiques poursuivis dans le but de mettre au point des nouveaux médicaments propres au commerce.

La fondation de cet établissement illustre l'un des progrès fondamentaux de la recherche depuis les vingt dernières années, soit le passage de l'étude d'organismes complets ou de leurs cellules, à l'étude des molécules formant les cellules responsables des fonctions biologiques. La pénicilline ou la cortisone, ainsi que tous les autres médicaments, agissent sur les cellules et les organismes en changeant les fonctions de certaines de ces molécules; c'est dire que la connaissance des fonctions moléculaires pourrait aider de façon considérable à mettre au point des thérapies permettant de lutter contre les maladies entraînées par un mauvais fonctionnement au niveau des molécules. L'une des thérapies envisagées pourrait être celle de la recharge cellulaire, c'est-à-dire le remplacement de molécules qui fonctionnent mal par des molécules en bon état, introduites de l'extérieur. Cette théorie ouvre un nouveau champ de possibilités dans le domaine de la génétique, et donne à espérer qu'il sera possible de remédier aux anomalies génétiques congénitales par l'utilisation de gènes artificiels de remplacement ou par une thérapie spécifique permettant de corriger l'anomalie génétique.

Le personnel de l'Institut comprend environ 200 savants et assistants qui œuvrent dans l'une des trois sections: la chimie physiologique, la biochimie et la biologie cellulaire. Logé dans un nouvel édifice de cinq étages, à proximité des laboratoires Hoffmann - La Roche de Nutley, New Jersey, l'Institut de biologie moléculaire Roche allie la liberté de recherche permise par un milieu universitaire à la souplesse et aux ressources d'une importante compagnie pharmaceutique orientée vers la recherche.

Les membres de l'Institut et les savants visiteurs jouissent d'une liberté totale dans le choix, la poursuite et la publication de leurs projets de recherches et ne sont guidés que par l'importance scientifique de ces derniers.

Les plus grands savants du monde entier sont invités à passer un an ou deux à l'Institut. L'Institut offre aussi des bourses de perfectionnement postuniversitaire, permettant aux jeunes scientifiques de talent de poursuivre des recherches préparatoires à leur activité professionnelle dans le domaine de la science. De plus, les membres de l'Institut peuvent accepter des postes de professeurs dans les universités locales. En 1970, onze pays étrangers étaient représentés à l'Institut, qui comptait aussi parmi ses membres un certain nombre de diplômés de différentes universités. Ces derniers ont déjà participé à des programmes d'enseignement au Collège des médecins et chirurgiens de l'Université de Columbia, à la City University de New York, au Collège médical de New York et à l'Université Howard.

Le comité des conseillers scientifiques de l'Institut est chargé de fournir l'orientation et les recommandations nécessaires. À l'heure actuelle, le comité est formé des personnalités suivantes: le docteur Renato Dulbecco, associé principal de l'Institut d'études biologiques Salk; le docteur Charles Gilvarg, professeur, président de la section des sciences biochimiques, Université de Princeton; le docteur Bernard L. Horecker (président), professeur, président de la section de biologie moléculaire, Collège de médecine Albert Einstein; le docteur Bert N. LaDu, Jr., professeur, président de la section de pharmacologie, École de médecine de l'Université de New York; le docteur Paul Marks, doyen de la Faculté de médecine, Collège des médecins et chirurgiens de l'Université de Columbia; le docteur George E. Palade, professeur, directeur de la section de biologie cellulaire de l'Université Rockefeller; le docteur Efraim Racker, professeur, section de biochimie et de biologie moléculaire, Université Cornell.

Déjà les laboratoires de recherche de l'Institut sont engagés dans plusieurs travaux de recherche:

Dans la section de la chimie physiologique, les savants de l'Institut font l'étude de la biosynthèse des chromatophores, de la biochimie du collagène, de la génétique des mammifères, de la neurochimie et de la neurobiologie;

Dans la section de biochimie, les recherches sont centrées sur les antibiotiques (synthèse et mécanisme d'action), les membranes cellulaires et le mécanisme de l'action des enzymes et de la synthèse des protéines;

Enfin, dans la section de la biologie cellulaire, on poursuit des études dans les domaines des virus animaux, des bactériophages et du métabolisme cellulaire.

COLLOQUE INTERNATIONAL SUR LA FENFLURAMINE, NOUVEL ADJUVANT DANS LE TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ

En janvier prochain, Montréal sera le siège d'un important colloque international sur la Fenfluramine, thérapie relativement nouvelle appliquée dans le traitement de l'obésité.

Ce colloque, placé sous le haut patronage de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et organisé conjointement par les Laboratoires Franca (Canada) et Servier (France), sera animé par treize éminents investigateurs de toutes origines qui exposeront leurs vues et feront état de leurs expériences sur la Fenfluramine, thérapie déjà en usage dans leurs pays, à un auditoire d'une cinquantaine de médecins canadiens invités. Ces médecins, venus de partout au Canada, représenteront différentes disciplines médicales intéressées aux divers aspects du traitement de l'obésité.

Parmi les conférenciers, nous relevons les noms de médecins, de professeurs et de spécialistes engagés dans la recherche, etc.: messieurs E. O. Balasse (Belgique), C. C. Brown (E.-U.), W. N. Dannenburg (E.-U.), J. Duhault (France), R. Gaind (Grande-Bretagne), madame M. H. Greenwood (Grande-Bretagne), messieurs S. Garattini (Italie), J. F. Guemes Diaz (Espagne), G. L. S. Pawan (Grande-Bretagne), J. P. Sedgwick (Grande-Bretagne), B. C. Sproule (Australie), J. R. Turtle (Australie), E. Vignati (Italie).

Ces conférenciers traiteront des sujets suivants:

— Effets de la Fenfluramine sur le métabolisme des lipides;
— Effets de la Fenfluramine sur l'activité psychomotrice;
— Effets de la Fenfluramine sur les facteurs psychologiques reliés à l'étiologie de l'obésité;
— Disparités et similitudes de la Fenfluramine et des amphétamines;
— Les résultats obtenus avec la Fenfluramine du point de vue clinique et biochimique;
— Recherches fondamentales effectuées présentement avec la Fenfluramine;
— Influence de la Fenfluramine sur l'hyperglycémie dans le diabète;
— Effets secondaires observés à la suite de l'emploi de la Fenfluramine dans des traitements de longue durée.

Monsieur Léo Gosselin, directeur scientifique des Laboratoires Franca (Canada), agit en tant que coordonnateur de ce colloque.

PRÉCAUTIONS À PRENDRE AVEC NARDIL ET AUTRES ANTIDÉPRESSANTS INHIBITEURS DE LA MAO

Afin de rendre service aux médecins et à leurs patients, les Laboratoires Warner-Chilcott Co. Ltd. fournissent des brochures concernant les régimes à respecter par ceux auxquels le produit pharmaceutique Nardil ou autres agents antidépressants inhibiteurs de la MAO sont administrés.

La majorité des médecins ont reçu un certain nombre de ces brochures, afin de les distribuer à leurs patients. Pour plus de sûreté, sur chaque flacon de Nardil est collée une étiquette rouge vif, qui rappellera au pharmacien de joindre une de ces brochures à l'ordonnance, à l'usage du patient.

Nardil est un agent antidépressant très utile dans le traitement des dépressions réactives et des états d'anxiété phobique. De plus en plus, il est accepté chez les médecins canadiens. Des études approfondies montrent que ce produit détient la marge de sûreté la plus vaste parmi les autres inhibiteurs actuels de la MAO. Cependant, les patients devront être avertis, afin d'éviter la consommation de boissons alcoolisées, de fromage et d'aliments à teneur élevée en tyramine.

Cette brochure avise aussi les patients que l'usage d'autres médicaments, en même temps que Nardil, est à considérer avec prudence.

Les médecins et pharmaciens qui n'ont plus ou qui n'ont pas encore reçu ces brochures sont invités à contacter le représentant des laboratoires Warner-Chilcott, ou à écrire directement à Warner-Chilcott Laboratories Co. Ltd., Scarborough, Ont.

ASEPSIE ET LA GAINE EN POLYETHYLÈNE "STERI LOK"

Les Laboratoires 3M ont annoncé une nouvelle méthode de protection des fournitures et équipement médicaux dans des conditions parfaites de stérilisation. Cette découverte, la gaine de polyéthylène « Steri-Lok », est conçue pour satisfaire aux conditions qu'exige la stérilisation par l'oxyde d'éthylène gazeux.

La gaine « Steri-Lok » est fabriquée à partir d'une nouvelle famille de résines copolymères modifiées par un faible pourcentage de vinyle.

Elle permet la pénétration rapide de l'oxyde d'éthylène et le copolymère de densité faible de 0,003 pouce d'épaisseur permet l'élimination rapide du gaz.

Grâce à l'antistatique ajouté, la gaine de polyéthylène « Steri-Lok » peut être employée en salle d'opération pour recouvrir les appareils, pour faire des emballages ou des récipients.

La résine renforcée qui confère une grande résistance aux chocs et à la déchirure et le polyéthylène modifié permettent le scellement à chaud entre des limites de température plus étendues. Une légère coloration verte en facilite l'identification.

La gaine existe en quatre largeurs, pliées à plat, de 3, 5, 10 et 20 pouces. Tous les rouleaux ont 75 pieds de longueur.

La gaine « Steri-Lok » permet l'emballage d'objets aussi longs qu'un angiographe ou une sonde d'embolectomie.

La pellicule tubulaire de 10 ou 20 pouces de largeur permet d'emballer une installation complète d'anesthésie. Les têtes de respirateurs peuvent être stérilisées et scellées dans la gaine jusqu'à l'utilisation.

La tâche autrefois difficile d'emballer les microscopes de salle d'opération se fait maintenant simplement en stérilisant une longueur suffisante de gaine de 20 pouces de largeur. Une des extrémités doit être thermo-scellée. Le fût du microscope peut être recouvert d'une pellicule tubulaire stérile.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez communiquer avec le Groupe des produits médicaux, 3M Company, London 12, Ont. — Casier postal 5757.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

Volume 42 — 1971

A

AINMELK, Y., ... 129
ALARCIA, J., ... 1096
ALBERT, J.-M., ... 167
ALEXANDRIS, A., ... 77
ALSAC, C., ... 124
AMYOT, A., ... 990
ANGLIKER, C. C. J., ... 12
ANTAKI, A., ... 874
AUDET-LAPOINTE, P., ... 856

B

BAN, T.A., ... 1071
BARRIGA, C., ... 15 et 22
BARZA, D., ... 84
BASTIEN, H., ... 431
BEAUDRY, P., ... 585
BEAUSOLEIL, M., ... 51
BÉLANGER, C., ... 119 et 227
BÉLANGER, L., ... 135
BÉLANGER, M., ... 135, 249 et 332
BÉLANGER, R., ... 859
BERGERON, G.-A., ... 330
BERNIER, L., ... 912
BERNIER, N., ... 585
BLANCHET, A, ... 51 et 990
BLANCHET-PATRY, Mme M., ... 845
BOIVIN, Y., ... 850
BONENFANT, J.-L, ... 423
BORGEAT, F., ... 237
BOSZORMENYI, Z., ... 33
BOUCHARD, C., ... 51 et 1010
BOUCHARD, D., ... 91
BOUCHARD, M., ... 746
BOUCHE, B., ... 119 et 227
BOUGIE, M., ... 1091
BOULANGER, P., ... 15
BOUTIN, R., ... 965
BOYER, R., ... 15
BROSSEAU, M., ... 1080
BRUNET, J., ... 330
BUIES, R., ... 81
BURY, J.-A., ... 373

C

CABANNE, F., ... 431
CACHIN, Y., ... 641 et 768
CANTIN, R., ... 245
CAOUETTE, M., ... 129
CHAGOYA, L., ... 103
CHARROIS, R., ... 870
CHARTIER, P., ... 91
CLARK, J.-E., ... 163
CLIFT, Mme C, ... 373
COFFEY, P. G., ... 611
COLARD, R., ... 193
CORMIER, B. M., ... 15 et 22
CÔTÉ, G., ... 393
COUMEL, Ph., ... 353
CVEJIC, J., ... 15

D

D'AMOURS, C., ... 491
DECHÊNE, J.-P., ... 278 et 694
DESATY, J., ... 167
Des FRANCS, C., ... 1089
DESJARDINS, J., ... 1080
DESSERTENNE, F., ... 353
De VISSCHER, E., ... 91
DEVROEDE, G., ... 367
DHAITI, G., ... 167
DIONNE, L., ... 245, 302, 843 et 887
DOGAN, K., ... 8
DORION, M., ... 245
DORVAL, M., ... 73
DOW, T., ... 976
DOYON, D., ... 981
DRAPER, M., ... 1024
DROLET, M., ... 119
DUBUC, F., ... 491
DUCEPPE, G., ... 997
DUFOUR, J., ... 807
DUSSERRE, P., ... 431

E

ESTABLE-PUIG, J.-F., ... 441 et 468
ESTABLE-PUIG, Mme R.-F., ... 441 et 468

F

FALANGA, H., ... 508
FILOTTO, J., ... 4
FORTIER, M., ... 380
FORTIN, R., ... 511
FORTIN, R., ... 1010
FOUCHARD, D., ... 91
FOURNIER, A., ... 233

FRANSOLET, P.-L., ... 341
FRÉCHETTE, B., ... 585

G

GAGNÉ, F., ... 227 et 461
GARAND, J.-M., ... 1091
GAREAU, R., ... 754
GARNEAU, R., ... 428
GAUTHIER, Y., ... 91 et 1075
GEDDES, I. C., ... 574, 668 et 787
GENEST, P., ... 438
GHADIRIAN, A., ... 242 et 384
GIGUÈRE, R., ... 119
GILBERT, M., ... 156
GINGRAS, R., ... 591 et 963
GRAD, B., ... 180
GRANTHAM, H., ... 710
GRENIER, R., ... 482
GUAY, C., ... 965
GUAY, J.-P., ... 874

H

HACHEY, R., ... 997
HACKETT, J.D., ... 84
HANQUET, M., ... 283, 341, 539, 559, 647 et 794
HAZEL, B., ... 916
HETU, R., ... 970
HILLEL, J.-M., ... 42, 370, 532, 1033 et 1076
HOULD, F., ... 376 et 461
HUGUENARD, P., ... 547, 552, 633, 637 et 774

J

JACKSON, R., ... 921
JACOBSEN, E., ... 291 et 339
JEAN, B., ... 373
JEAN, C., ... 428 et 441
JOBIN, D., ... 160
JOBIN, J.-B., ... 703
JOBIN, P., ... 301, 399, 603 et 709
JOVANOVIC, M.-S., ... 233, 367 et 630
JUSTRABO, E., ... 431

K

KENNEDY, M., ... 15
KILLOU, D., ... 1041
KRAL, V. A., ... 180
KRAVITZ, H., ... 60 et 976

L

LACERTE, M., ... 907
LADOUCEUR, R., ... 42, 370, 1033 et 1076
LANDRY, R.-B., ... 759
LAMY, F., ... 91
LAPOINTE, J.-R., ... 249 et 332
LAPOINTE, P., ... 4, 66 et 981
LAPORTE, P.-E., ... 1029
LAROCHE, B., ... 60
LAZAR, L., ... 1010
LAZARUS, E. J., ... 163
LÉAL, F., ... 970
LEBLANC, C., ... 51 et 1003
LEBLANC, J., ... 1091
LEBOEUF, Y., ... 148
LECLERC, J.-L., ... 461
L'ÉCUYER, D., ... 997
LEDUC, M., ... 970
LEDUC, M, ... 997
LEFEBVRE, M., ... 984
LEFEBVRE,, P., ... 185
LEGAULT, G., ... 1049
LEHMANN, H. E., ... 1071
LELIÈVRE, M., ... 461
LEVERT, G., ... 227
LEWIS, D. J., ... 172
LOISELLE, J.-M., ... 739
LUSSIER, J.-J., ... 997

M

MALAPLATE, M., ... 124
MANN, A. M., ... 707
MARCOUX-PAINCHAUD, Mme C., ... 373
MARIN, C.-E., ... 73
MAROIS, M., ... 905
MARQUIS, P.-A., ... 604
MARTEL, P.-G., ... 1
MARTINEZ-ALMOYNA, M., ... 274
MAYEROVITCH, J., ... 103
McCLISH, A., ... 124
MEISELS, A., ... 519
MERCIER, F., ... 970
MERSEREAU, G., ... 22
MESSIER, M., ... 66 et 1010
MÉTHOT, Y., ... 874
MICHAUD, J., ... 496
MICHIELS, R., ... 431
MIGNEAULT, P., ... 1017
MILLER, G., ... 482
MINDE, K., ... 1041
MOHIUDDIN, S. M., ... 393
MORF, G., ... 15 et 22
MORIN, J., ... 496
MOTTE, G., ... 353
MULLER, H. F., ... 180

N

NAASSANA, M., ... 73
NAIMAN, J., ... 1086
NAUD, A., ... 245
NOBERT, A., ... 185

P

PALAIC, Dj., ... 167
PALMER, J. D., ... 926
PANISSET, J.-C, ... 167
PAPASTEPHANOU, S., ... 233
PARENTEAU, P., ... 585
PICOTTE, R.-P., ... 585
PILLERON, J.-P., ... 894 et 933
PINARD, G., ... 51
POISVERT, M., ... 274

POMERLEAU, G., ... **373 et 809**
POTVIN, A., ... **752**
POTVIN, J., ... **585**
POTY, J., ... **438**

R

RENAULT, P., ... **431**
RHÉAULT, L.-S., ... **585**
RICHER, S., ... **91 et 1057**
RIOUX, J.-E., ... **323**
ROMÉRO, C., ... **468**
ROULEAU, Y., ... **759**
ROY, J.-Y., ... **193**
ROY, R., ... **508**
RYAN, R. F., ... **932**

S

ST-HILAIRE, J., ... **77**
SALVAIL, M., ... **965**
SAMSON, M., ... **304**
SHAMSIE, S. J., ... **163**
SIGAL, J. J., ... **60 et 103**
SILVER, D., ... **976**
SILVER, S., ... **1041**
SIMARD, R., ... **874**
SIMONS, S., ... **22**
SLAMA, R., ... **353**
SOBOLEWSKI, G., ... **249**
STEIN, S., ... **976**
STRAKER, M., ... **37**
SURKIS, A. A., ... **29**

T

TÉTREAULT, L., ... **167, 193 et 1096**
TOURIGNY, R., ... **907**
TREMBLAY, M., ... **515**
TURCOT, J., ... **597**

V

VAN OPPEN-TOTH, B., ... **519**
VILLENEUVE, A., ... **8 et 33**
VILLENEUVE, C., ... **103**
VILLENEUVE, P., ... **4 et 66**

TABLE ANALYTIQUE ET ALPHABÉTIQUE DES TRAVAUX

Volume 42 — 1971

A

Abortion. (Therapeutic —) 611

Abortion (A comparison between unmarried women seeking therapeutic — and unmarried mothers.) 1086

"Acting out" et psychothérapie de groupe pour adolescents en milieu institutionnel 237

Action politique. (La pratique psychiatrique comme mode d'—) 1024

Activité fantasmatique (L'— d'enfants de cinq ans, de milieux favorisés et défavorisés.) 1057

Adaptation (L'— au milieu contrôlé.) 8

Adolescence. (Institut Albert-Prévost : Département de l'enfant et de l'—) 77

Adolescence. (Aspects psychodynamiques de l'usage non médical des drogues à l'—) 81

Adolescents ("Acting out" et psychothérapie de groupe pour — en milieu institutionnel.) 237

Adrénergiques (Les médicaments des récepteurs — dans le traitement du choc.) 633

Ageing (Behaviour and —: offenders aged 40 and over.) 15

Alcooliques. (Le traitement des —) 604

Aluminium. (Ultrastructure et pathologie cellulaire des lésions médullaires induites par l'hydroxyde d'—) 468

Anaesthetics (The metabolism of local — as determined by the use of ^{14}C and ^{3}H labelled material.) 668

Anaesthetics. (Local —) 787

Anesthésie (Diazépam (Valium) en — réanimation.) 124

Anesthésie-réanimation. (L'enseignement de l'—) 694

Anesthésiologie. (La notion de protection en —) .. 774

Anévrisme congénital des artères coronaires avec infarctus du myocarde chez un enfant de 11 mois 503

Anorexie mentale. (Essai d'individualisation de l'anorexie mentale vraie.) 1080

Appendice épiploïque. (Un cas d'infarctus d'un —) 367

Appréciation (Nouveau système d'— de l'enseignement clinique à la Faculté de médecine de l'université Laval.) 376

Auger (Le professeur Carlton — (1912-1970) 423

B

Bancroft (La filariose de — en milieu québécois.) 515

Behaviorale. (Traitement d'un tiqueur par thérapie —) 1076

Behaviour and ageing : offenders aged 40 and over 15

Bibliothèque (La — médicale dans un hôpital communautaire.) 603

Biochimiste. (Emploi abusif ou judicieux des moyens de diagnostic au Québec. Le point de vue du —) 746

Buccal ? (Qu'y a-t-il de nouveau dans le traitement des cancers de la langue mobile et du plancher —) 641

C

Calcifications (Maladie de Wolman. Étude anatomoclinique d'une nouvelle observation avec absence de — radiologiques et macroscopiques des surrénales.) 461

Cancer (Programme de dépistage du — du col utérin de la province de Québec.) 850

Cancer (Le rôle du gynécologue-obstétricien dans la prévention et le diagnostic clinique du — du col. Classification du cancer du col utérin.)... 856

Cancer (Les avantages de la lymphographie dans la conduite thérapeutique et dans la recherche des métastases ganglionnaires du — du col utérin.) 859

Cancer (Le rôle de l'urologue dans l'évaluation et la poursuite du traitement du — du col utérin .. 870

Cancéreuses (L'influence de la lymphographie sur la dissémination des cellules — chez le lapin (Étude préliminaire.) 245

Cancers (Qu'y a-t-il de nouveau dans le traitement des — de la langue mobile et du plancher buccal ?) 641

Cancers (L'épidémiologie des — du col utérin.) 846

Cancers (Étude de la survivance à cinq ans dans le traitement des — du col utérin, stades I à IV, traités par radiations, par chirurgie ou par radiochirurgie, à l'hôpital Notre-Dame de Montréal.) 874

Cancers (Le traitement des — du col utérin aux stades I et II à la Fondation Curie.) 894

Cancers gastriques. (L'apport de la cytologie dans le diagnostic des —) 912

Cancers gastriques. (Le traitement palliatif des —) 916

Cardiaque (Toxicité — de médicaments d'usage courant.) 393

Cardiologie. (La quinidine en —) 156

Carotide interne. ("Cluster headache" et thrombose de la —) 119

Catécholamines (Le choc : Variations des — au cours de son évolution et usage de la dopamine dans son traitement.) 559

Caverneuse (La transformation — de la veine porte.) 511

Cellulaire (Ultrastructure et pathologie — des lésions médullaires induites par l'hydroxyde d'aluminium.) 468

Centre de réanimation (L'organisation du — de la clinique chirurgicale de l'université de Liège.) 794

Cerebral palsy (Some aspects of — and its treatment as perceived by the families of 49 children.) 1041

Chemotherapy of melanoma of the limbs by regional perfusion 932

Childhood (Later psychological consequences of near-fatal illness (nephrosis) in early — some preliminary findings.) 103

Chirurgie. (L'exploration fonctionnelle pulmonaire en —) 274

Choc. (Les bases physiopathologiques du traitement du —) 283

Choc (Le — : Variations des catécholamines au cours de son évolution et usage de la dopamine dans son traitement.) 559

Choc. (Les médicaments des récepteurs adrénergiques dans le traitement du —) 633

"Cluster headache" et thrombose de la carotide interne 119

Collège des médecins (Le — et la pratique médicale dans les hôpitaux.) 148

Colostomie (Association de — et iléostomie de Québec.) 302

Col utérin. (L'épidémiologie des cancers du —) 845

Col utérin. (Le rôle du gynécologue-obstétricien dans la prévention et le diagnostic clinique du cancer du col. Classification du cancer du —) 856

Col utérin. (Les avantages de la lymphographie dans la conduite thérapeutique et dans la recherche des métastases ganglionnaires du cancer du —) 859

Col utérin. (Le rôle de l'urologue dans l'évaluation et la poursuite du traitement du cancer du —) 870

Col utérin (Étude de la survivance à cinq ans dans le traitement des cancers du —, stades I à IV, traités par radiations, par chirurgie ou par radiochirurgie, à l'hôpital Notre-Dame de Montréal.) 874

Col utérin (Le traitement des cancers du — aux stades I et II à la Fondation Curie.) 894

Comateux. (La ventilation artificielle prolongée chez le —) 547

Communauté (Le secteur urbain ou la négation de la — : recherche sur les caractéristiques psychosociales et les aspirations d'une population.) 970

Communauté. (Un défi pour la psychiatrie de —) 1029

Community (The therapeutic — – whom are we treating ?) 12

Comportement. (Deux cas de phobie traités selon une approche dynamique du —) 242

Condition physique. (Comment se garder en forme ou améliorer sa —) 160

Conditional reflex studies in the schizophrenias 1071

Congénitale (Absence — des bêta-lipoprotéines : syndrome rare et bizarre. Nouvelle observation.) 332

Consultation psychiatrique (La — : ses indications et ses limites.) 710

Coronaires (Anévrisme congénital des artères — avec infarctus du myocarde chez un enfant de 11 mois.) 508

Crâniens (La réanimation des traumatisés — non chirurgicaux.) 552

Craniocérébraux. (Les variations de la natrémie dans les traumatismes —) 341

Crise émotionnelle aiguë (La — en pratique courante : dépistage et diagnostic.) 759

Cytodiagnostic (Le service de — du département de pathologie de l'université Laval.) 519

Cytologie (L'apport de la — dans le diagnostic des cancers gastriques.) 912

D

Desmoïdes. (Les tumeurs —) 482

Dialyse rénale (Contribution psychiatrique à l'étude de la — périodique.) 185

Diazépam (Valium) en anesthésie-réanimation ... 124

Dopamine (Le choc : Variations des catécholamines au cours de son évolution et usage de la — dans son traitement.) 559

Drogues (Aspects psychodynamiques de l'usage non médical des — à l'adolescence.) 81

Duodénum. (Un cas d'hématome intramural du —) 233

E

Éducation médicale permanente. (Évolution récente de l'—) 399

Électrophorétique (Analyses spectrale et — des hémoglobines humaines normales et pathologiques : revue sommaire.) 135

Émotionnelle (La crise — aiguë en pratique courante : dépistage et diagnostic.) 759
Endoscopie (L'importance de l'— dans l'ulcération gastrique.) 907
Enfance (Institut Albert-Prévost : Département de l'— et de l'adolescence.) 77
Enfance inadaptée (Expérience pilote pour l'— en Gaspésie.) 73
Enfants (Utilisation du psychodrame auprès d'un groupe d'— de 8 à 11 ans.) 1049
Enfants (L'activité fantasmatique d'— de cinq ans, de milieux favorisés et défavorisés.) 1057
Enfants-problèmes. (Perception des professeurs et des parents face à des —) 1033
Enseignement (L'— de la médecine et les Facultés de médecine.) 597
Enseignement (L'— de l'anesthésie-réanimation.) 694
Enseignement clinique (Nouveau système d'appréciation de l'— à la Faculté de médecine de l'université Laval.) 376
Enseignement médical permanent. (Rubrique de l'—) 707
Entrevue (L'— psychiatrique.) 807
Enurésie (Aspects psychologiques de l'— : enquête chez 36 jeunes sourds-muets.) 193
Épiploïque. (Un cas d'infarctus d'un appendice —) 367
Épithélioma (Ultrastructure d'un — médullaire de la glande mammaire.) 496
Épitholiomas du larynx. (Les modalités de l'extension tumorale dans les —) 768
Équipe itinérante (Étude comparative du travail clinique de l'— de psychiatrie infantile du nord-ouest québécois pour les années 1969 et 1970.) 1003
Équipe volante (Une — de psychiatrie. Une expérience vécue.) 997
Équipe de secteur. (Description de la région du nord-ouest québécois et implantation des —) 990
Équipes volantes (Rentabilité des — au point de vue des malades, de la région et des équipes elles-mêmes.) 1010
Étudiant (Le malade, le milieu hospitalier et l'—. Réflexion sur la première semaine de la session clinique des étudiants de troisième année des études médicales.) 373
Étudiants (Étude des réponses des — en médecine concernant la formation psychiatrique.) 384
Exentération pelvienne. (Contre-indications à l'—) 887
Exploration fonctionnelle (L'— pulmonaire en chirurgie.) 274

F

Faculté de médecine (Évolution de la — de l'université Laval de 1962 à 1970.) 591
Fantasmatique (L'activité — d'enfants de quatre ans de milieux favorisés et défavorisés. Résultats préliminaires.) 91
Filariose de Bancroft (La — en milieu québécois.) 515
Formation professionnelle et techniques d'expression (expérience conjointe de l'OPTAT et de l'ONF.) 1091
Foyer de Stoneham (Le — : le psychiatre, son "débile" et la psychanalyse.) 1017
Fractionnement (Diagnostic biochimique des hyperlipidémies : Nouvelle méthode de — des lipoprotéines sériques et résultats obtenus avec la classification de Fredrickson.) 249
Fracture de fatigue au tibia ou étude de la guérison d'une fracture humaine. 491

G

Geriatrics. (Functional patterns in —) 180
Groupe ("Acting out" et psychothérapie de — pour adolescents en milieu institutionnel.) 237

H

Halothane (Metabolism and distribution of — ^{82}Br.) 574
Headache ("Cluster —" et thrombose de la carotide interne.) 119
Hématome (Un cas d'— intramural du duodénum.) 233
Hémoglobines (Analyses spectrale et électrophorétique des — humaines normales et pathologiques : revue sommaire.) 135
Hémorragie (L'— de la postménopause : études de 213 cas.) 129
Hongroise (Psychiatrie — et psychiatrie québécoise.) 33
Hôpital (Projet pilote de travail de collaboration entre le service de police de la ville de Montréal (poste 15) et l'— Jewish General.) 60
Hôpital (La bibliothèque médicale dans un — communautaire.) 603
Hôpitaux. (Le Collège des médecins et la pratique médicale dans les —) 148
Hospital (A survey of the work performed by medical students in Danish — wards.) 339
Hospitalier (Le malade, le milieu — et l'étudiant. Réflexions sur la première semaine de la session clinique des étudiants de troisième année des études médicales.) 373
Hospitalisations (La cohorte des — 1969 à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu.) 4
Hyperbare (L'oxygénothérapie — en caisson monoplace à oxygène pur.) 647
Hyperbaric oxygen (The theory and indications of —. A review.) 291
Hyperlipidémies (Diagnostic biochimique des — : nouvelle méthode de fractionnement des lipoprotéines sériques et résultats obtenus en accord avec la classification de Fredrickson.) 249

Hypnose (Évaluation comparative du "training" autogène et de l'— chez des étudiantes infirmières.) **1096**

I

Iléostomie (Association de colostomie et — de Québec.) **302**

Infantile (Rapport de l'année 1969 de l'équipe itinérante de psychiatrie — du nord-ouest québécois.) **51**

Infarctus (La lidocaïne à la phase de l'— du myocarde.) **304**

Infarctus (Un cas d'— d'un appendice épiploïque.) **367**

Infarctus (Anévrisme congénital des artères coronaires avec — du myocarde chez un enfant de 11 mois.) **508**

Inhalatoire. (Acquisitions récentes en thérapie —) **278**

J

Juvenile offenders. (Relationships between socio-economic status and attitudes of parents of —) **163**

K

Kourilsky. (Le docteur Raoul —) **703**

Kystique (Lymphangiomyome ou lymphangiopéricytome (À propos d'une néoformation pelvienne —infectée.) **431**

L

Langue (Qu'y a-t-il de nouveau dans le traitement des cancers de la — mobile et du plancher buccal ?) **641**

Larynx. (Les modalités de l'extension tumorale dans les épithéliomas du —) **768**

Lidocaïne (La — à la phase de l'infarctus du myocarde.) **304**

Lipoprotéines (Absence des bêta —: syndrome rare et bizarre. Nouvelle observation.) **332**

Local anaesthetics **787**

Lymphangiomyome ou lymphangiopéricytome (À propos d'une néoformation pelvienne kystique infectée.) **431**

Lymphoblastique (Transformation — chez le nouveau-né. Effet de la phytohémagglutinine.) ... **438**

Lymphographie (L'influence de la — sur la dissémination des cellules cancéreuses chez le lapin (Étude préliminaire.) **245**

Lymphographie (Les avantages de la — dans la conduite thérapeutique et dans la recherche des métastases ganglionnaires du cancer du col utérin.) **859**

M

Maladie de Wolman. Étude anatomo-clinique d'une nouvelle observation avec absence de calcifications radiologiques et macroscopiques des surrénales. **461**

Mammaire. (Ultrastructure d'un épithélioma médullaire de la glande —) **496**

Médecine (L'enseignement de la — et les facultés de médecine.) **597**

Médecine industrielle (La — au Québec.) **585**

Médecin-malade (La relation —: la psychothérapie.) **809**

Medical students (A survey of the work performed by — in Danish hospital wards.) **389**

Médullaire (Ultrastructure d'un épithélioma — de la glande mammaire.) **496**

Médullaires (Ultrastructure et pathologie cellulaire des lésions — induites par l'hydroxyde d'aluminium.) **468**

Melamona. (Myths of cutaneous malignant —) .. **921**

Melanoma (Chemotherapy of — of the limbs by regional perfusion.) **932**

Melanomas (Treatment of malignant — of the skin.) **926**

Mélanomes (Les — malins.) **933**

Metabolism (The — of local anaesthetics as determined by the use of ^{14}C and ^{3}H labelled material.) **668**

Microbiologiste. (Emploi abusif ou judicieux des moyens de diagnostic au Québec. Le point de vue du —) **752**

Moyens de diagnostic (Considérations générales sur l'emploi des — au Québec.) **739**

Moyens de diagnostic (Emploi abusif ou judicieux des — au Québec. Le point de vue du biochimiste.) **746**

Moyens de diagnostic (Emploi abusif ou judicieux des — au Québec. Le point de vue du microbiologiste.) **752**

Moyens de diagnostic (Emploi abusif ou judicieux des — au Québec. Le point de vue du pathologiste.) **754**

Myocarde. (La lidocaïne à la phase de l'infarctus du —) **304**

N

Natrémie (Les variations de la — dans les traumatismes cranio-cérébraux.) **323**

Nord-ouest québécois (Description de la région du — et implantation des équipes de secteurs.) .. **990**

Nord-ouest québécois (Étude comparative du travail clinique de l'équipe itinérante de psychiatrie infantile du — pour les années 1969 et 1970.) **1003**

Nutrition parentérale. (Les principes de la —) **687**

O

Oncologie (L'— à l'âge de raison.) 843

Oxygen. (The theory and indications of hyperbaric —. A review.) 291

Oxygénothérapie (L'— hyperbare en caisson monoplace à oxygène pur.) 647

P

Parents (Relationships between socio-economic status and attitudes of — of juvenile offenders.) 163

Pathologie (Réunion scientifique du département de — sous la direction du professeur Carlton Auger.) 428

Pathologie (Le service de cytodiagnostic du département de — de l'université Laval.) 519

Pathologiste. (Emploi abusif ou judicieux des moyens de diagnostic au Québec. Le point de vue du —) 754

Pédopsychiatrie (Psychopharmacologie en — : réponses paradoxales et difficultés rencontrées.) 582

Penal (Psychiatric services in — institutions. Part II. A detailed survey of patients hospitalised on a given day.) 22

Perfusion. (Chemotherapy of melanoma of the limbs by regional —) 932

Phobie (Deux cas de — traités selon une approche dynamique du comportement.) 242

Physiopathologiques (Les bases — du traitement du choc.) 283

Phytohémagglutinine. (Transformation lymphoblastique chez le nouveau-né. Effet de la —) 438

Placenta (Morphologie comparée des septa intercotylédonaires du — humain et des zones de jonction materno-fœtale.) 441

Police (Projet pilote de travail de collaboration entre le service de — de la ville de Montréal (poste 15) et l'hôpital Jewish General.) 60

Population. (Le secteur urbain ou la négation de la communauté : Recherche sur les caractéristiques psychosociales et les aspirations d'une —) 970

Postménopause (L'hémorragie de la — : étude de 213 cas.) 129

Pratique médicale (Le Collège des médecins et la — dans les hôpitaux.) 148

Protection (La notion de — en anesthésiologie.) 774

Psychanalyse (De la — à la psychiatrie communautaire : les vicissitudes d'une équipe thérapeutique.) 965

Psychiatric services in penal institutions. Part II. A detailed survey of patients hospitalised on a given day.) 22

Psychiatric (The fate of the — resident : what becomes of the foreign medical graduate ?) ... 172

Psychiatrie hongroise et psychiatrie québécoise .. 33

Psychiatrie (La — de tous les jours.) 709

Psychiatrie communautaire dans un comté rural : description et évaluation préliminaires 42

Psychiatrie (Une équipe volante de —. Une expérience vécue.) 997

Psychiatrie (Un défi pour la — de communauté.) 1029

Psychiatrie communautaire (Les 150 premiers cas du service de — de l'est.) 66

Psychiatrie communautaire (De la psychanalyse à la — : les vicissitudes d'une équipe thérapeutique.) 965

Psychiatrie communautaire (L'évolution de la prise en charge au service de — de l'est.) 984

Psychiatrie communautaire (La — sur la rive sud.) 981

Psychiatrie infantile (Rapport de l'année 1969 de l'équipe itinérante de — du nord-ouest québécois.) 51

Psychiatrie infantile (Étude comparative du travail clinique de l'équipe itinérante de — du nord-ouest québécois pour les années 1969 et 1970.) 1003

Psychiatrie sociale (S.O.S. — et communautaire : opération recherche.) 370

Psychiatrique. (Joliette : dix ans d'évolution —) .. 1

Psychiatrique (Contribution — à l'étude de la dialyse rénale périodique.) 185

Psychiatrique. (Étude des réponses des étudiants en médecine concernant la formation —) 384

Psychiatrique (La consultation — : ses indications et ses limites.) 710

Psychiatrique (L'entrevue —) 807

Psychiatrique (La pratique — comme mode d'action politique.) 1024

Psychodrama (Therapeutic — : a synthesis of principles of theatre and treatment.) 29

Psychodrame (Utilisation du — auprès d'un groupe d'enfants de 8 à 11 ans.) 1049

Psychodrame analytique. (Étude des cas cliniques par le —) 1089

Psychodynamiques (Aspects — de l'usage non médical des drogues à l'adolescence.) 81

Psychological (Later — consequences of near-fatal illness (nephrosis) in early childhood : some preliminary findings.) 103

Psychologiques (Aspects — de l'énurésie : enquête chez 36 jeunes sourds-muets.) 193

Psychopharmacologie en pédopsychiatrie : réponses paradoxales et difficultés rencontrées 582

Psychothérapie. (La relation médecin-malade : la —) 809

Psychothérapie de groupe ("Acting out" et — pour adolescents en milieu institutionnel.) 237

Pulmonaire (L'exploration fonctionnelle — en chirurgie.) 274

Pylore (Sténose hypertrophique du — de l'adulte.) 680

Q

QT (Le syndrome "allongement de — et syncopes par torsades de pointes".) 353

Québec. (Considérations générales sur l'emploi des moyens de diagnostic au —) 739

Québec. (Emploi abusif ou judicieux des moyens de diagnostic au —. Le point de vue du biochimiste.) 746

Québec (Emploi abusif ou judicieux des moyens de diagnostic au —. Le point de vue du microbiologiste.) 752

Québec (Emploi abusif ou judicieux des moyens de diagnostic au —. Le point de vue du pathologiste.) 754

Québécoise. (Psychiatrie hongroise et psychiatrie —) 33

Quinidine (La — en cardiologie.) 156

R

Réanimation. (Diazépam (Valium) en anesthésie —) 124

Réanimation (La — d'urgence : principes généraux et techniques.) 539

Réanimation (La — des traumatisés crâniens non chirurgicaux.) 552

Réanimation. (L'enseignement de l'anesthésie —) 694

Réanimation (L'organisation du centre de — de la clinique chirurgicale de l'université de Liège.) 794

Rénale (Contribution psychiatrique à l'étude de la dialyse — périodique.) 185

Resident (The fate of the psychiatric —: what becomes of the foreign medical graduate) 172

S

Schizophrène chronique. (Effets de la thiopropérazine sur l'excrétion urinaire et la concentration dans le liquide céphalo-rachidien de l'acide 5-hydroxyindoléacétique chez le —) 167

Schizophrenias. (Conditional reflex studies in the —) 1071

Sciences humaines (Enseignement des — en sciences de la santé.) 380

Sclérose en plaques (La —: confrontation anatomo-clinique. À propos d'un cas avec lésions particulièrement étendues.) 227

Septa (Morphologie comparée des — intercotylédonaires du placenta humain et des zones de jonction materno-fœtale.) 441

Socio-economic (Relationships between — status and attitudes of parents of juvenile offenders.) 163

Sourds-muets. (Aspects psychologiques de l'énurésie : enquête chez 36 jeunes —) 193

Stages hospitaliers 301

Sténose hypertrophique du pylore de l'adulte 680

Stérilité (La — volontaire.) 323

Surrénales. (Maladie de Wolman. Étude anatomo-clinique d'une nouvelle observation avec absence de calcifications radiologiques et macroscopiques des —) 461

Survivor (The — syndrome : theoretical and therapeutic dilemnas.) 37

Syncopes (Le syndrome "allongement de QT et — par torsades de pointes".) 353

T

Techniques d'expression (Formation professionnelle et — (expérience conjointe de l'OPTAT et de l'ONF.) 1091

Therapeutic (The — community – whom are we treating ?) 12

Therapeutic psychodrama : a synthesis of principles of theatre and treatment. 29

Thiopropérazine (Effets de la — sur l'excrétion urinaire et la concentration dans le liquide céphalo-rachidien de l'acide 5-hydroxyindoléacétique chez le schizophrène chronique.) 167

Thrombose ("Cluster headache" et — de la carotide interne.) 119

Tibia (Fracture de fatigue au — ou étude de la guérison d'une fracture humaine.) 491

Tiqueur (Traitement d'un — par thérapie behaviorale.) 1076

Torsades de pointes. (Le syndrome "allongement de QT et syncopes par —") 353

Toxicité cardiaque de médicaments d'usage courant 393

"Training" autogène (Évaluation comparative du — et de l'hypnose chez des étudiantes infirmières.) 1096

Traumatismes (Les variations de la natrémie dans les — cranio-cérébraux.) 341

Tumeurs desmoïdes. (Les —) 482

U

Ulcération gastrique. (L'importance de l'endoscopie dans l'—) 907

Ulcère gastrique (L'— bénin et l'ulcère gastrique malin.) 905

Ultrastructure et pathologie cellulaire des lésions médullaires induites par l'hydroxyde d'aluminium 468

Ultrastructure d'un épithélioma médullaire de la glande mammaire 496

Université de Liège. (L'organisation du centre de réanimation de la clinique chirurgicale de l'—) 794

Université Laval (Évolution de la Faculté de médecine de l'— de 1962 à 1970.) **591**

Unwed mother. (The clinical management of the —) **84**

Urologue (Le rôle de l'— dans l'évaluation et la poursuite du traitement du cancer du col utérin.) **870**

Utérin. (L'épidémiologie des cancers du col —) **845**

Utérin (Programme de dépistage du cancer du col — de la province de Québec.) **850**

Utérin. (Le rôle du gynécologue-obstétricien dans la prévention et le diagnostic clinique du cancer du col. Classification du cancer du col —) **856**

Utérin. (Les avantages de la lymphographie dans la conduite thérapeutique et dans la recherche des métastases ganglionnaires du cancer du col —) **859**

Utérin. (Le rôle de l'urologue dans l'évaluation et la poursuite du traitement du cancer du col —) **870**

Utérin (Étude de la survivance à cinq ans dans le traitement des cancers du col —, stades I à IV, traités par radiations, par chirurgie ou par radio-chirurgie, à l'hôpital Notre-Dame de Montréal.) **874**

Utérin (Le traitement des cancers du col — aux stades I et II à la Fondation Curie.) **894**

V

Veine porte. (La transformation caverneuse de la —) **511**

Ventilation artificielle (La — prolongée chez le comateux.) **547**

Vie médicale (La — au Canada français.) **963**

W

Wolman (Maladie de —. Étude anatomo-clinique d'une nouvelle observation avec absence de calcifications radiologiques et macroscopiques des surrénales.) **461**

Y

Youth service (A hospital — directed by detached workers.) **976**

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANALYSES

Volume 42 — 1971

A

Allergènes (Les tests de provocation par inhalation d'—. Techniques, résultats, intérêt pour le bilan allergologique de l'asthmatique.) 306

Aménorrhées consécutives aux traumatismes crâniens 613

Angiocholitiques (Les formes — de la fibrose hépatique congénitale.) 306

Angiographie (L'— du pancréas normal et pathologique.) 109

Anticonceptionnels. (Les retentissements hépatiques mineurs lors de l'utilisation des œstroprogestatifs —) 614

Antre. (L'atrésie fibromusculaire de l'—) 401

Asthmatique. (Les tests de provocation par inhalation d'allergènes. Techniques, résultats, intérêt pour le bilan allergologique de l'—) 306

Atrésie (L'— fibromusculaire de l'antre.) 401

B

Brachycôlon (Le syndrome du côlon gauche flottant et du — gauche.) 306

C

Cancer (La cobalt-thérapie dans le — du rectum.) 110

Cancer du rectum. (Le traitement du —) 402

Cardio-vasculaires (Manifestations et complications — des hernies hiatales. À propos de 25 observations.) 307

Cobalt-thérapie (La — dans le cancer du rectum.) 110

Côlon (Le syndrome du — gauche flottant et du brachycôlon gauche.) 306

Commissurotomie (Le devenir de l'insuffisance tricuspidienne après la — mitrale.) 307

Crâniens. (Aménorrhées consécutives aux traumatismes —) 613

D

Dépistage (Essai de — des sujets prédisposés au dumping syndrome par un test pré-opératoire simple.) 110

Digestive (L'intolérance — aux farines céréalières chez l'adulte et sa prévention par un procédé nouveau de prédigestion de la farine.) 199

Diverticule interne du duodénum 110

Dumping syndrome (Essai de dépistage des sujets prédisposés au — par un test pré-opératoire simple.) 110

Duodénum. (Diverticule interne du —) 110

F

Fibrose hépatique (Les formes angiocholitiques de la — congénitale.) 306

Fœtoprotéines (Fréquence d'apparition des — dans le sérum de malades atteints d'hépatopathies diverses.) 200

Froid (Le système nerveux sympathique dans l'adaptation au — à court terme.) 614

H

Hépatectomies (Les — majeures pour traumatismes du foie. Leurs conséquences biologiques) ... 401

Hépatiques (Les lésions — au cours des leucoses. Étude histopathologique.) 613

Hépatiques (Les retentissements — mineurs lors de l'utilisation des œstroprogestatifs.) 614

Hépatopathies (Fréquence d'apparition des fœtoprotéines dans le sérum de malades atteintes d'— diverses.) 200

Hernie hiatale et thrombo-embolie pulmonaire ... 199

Hernies hiatales. (Manifestations et complications cardiovasculaires des — À propos de 25 observations.) 307

I

Immuno-suppresseurs (Le traitement par les — de certaines recto-colites hémorragiques et purulentes. Le rôle éventuel des lymphocytes.) 401

Insuffisance tricuspidienne (Le devenir de l'— après la commissurotomie mitrale.) 307

L

Léiomyomes de l'œsophage. (À propos de trois cas.) 200

Leucoses. (Les lésions hépatiques au cours des —. Étude histopathologique.) 613
Lymphocytes. (Le traitement par les immuno-suppresseurs de certaines recto-colites hémorragiques et purulentes. Le rôle éventuel des —) 401

M

Mitrale. (Le devenir de l'insuffisance tricuspidienne après la commissurotomie —) 307

O

Oeso-cardiale. (Diagnostic des lésions tumorales et pseudo-tumorales de la région —) 613
Oesophage. (Léiomyomes de l'—. À propos de trois cas.) 200
Oestroprogestatifs (Les retentissements hépatiques mineurs lors de l'utilisation des — anticonceptionnels.) 614

P

Pancréas (L'angiographie du — normal et pathologique.) 109
Pancréatiques. (Transplantations — Résultats d'une série personnelle.) 402
Pulmonaire. (Hernie hiatale et thrombo-embolie —) 199

R

Recto-colites hémorragiques (Le traitement par les immuno-suppresseurs de certaines — et purulentes. Le rôle éventuel des lymphocytes.) 401
Rectum. (La cobalt-thérapie dans le cancer du —) 110
Rectum. (Le traitement du cancer du —) 402
Rhumatisme articulaire aigu. (Les séquelles articulaires du —) 402

S

Sarcome pédiculé de la vésicule biliaire à cellules fusiformes : Discussion nosologique.) 109
Sympathique (Le système nerveux — dans l'adaptation au froid à court terme.) 614

T

Thrombo-embolie (Hernie hiatale et — pulmonaire.) 199
Transplantations pancréatiques. Résultats d'une série personnelle 402
Traumatismes crâniens. (Aménorrhées consécutives aux —) 613
Tricuspidienne (Le devenir de l'insuffisance — après la commissurotomie mitrale.) 307
Tumorales (Diagnostic des lésions — et pseudo-tumorales de la région œso-cardiale.) 613

V

Vésicule biliaire. (Sarcome pédiculé de la — à cellules fusiformes : Discussion nosologique.) 109

Laval médical

Volume 42 — 1971

Laval médical

Revue canadienne de l'actualité médicale et biologique

Administration et rédaction

Directeur : Docteur R. Gingras
Rédacteur en chef : Docteur G.-A. Bergeron
Rédacteur adjoint : Docteur Pierre Potvin
Secrétaire de la rédaction : M^lle^ Lucile Blain
Adjoint au directeur : M. Jean Arcand
Secrétaire administrative : M^lle^ J. Bergeron
Directeur de la publicité : M. Alain Flautre

Comité d'orientation et de planification

Docteur Jean-Marie Lemieux, *président*
Monsieur Jean Arcand
Docteur Georges-A. Bergeron
Docteur Jean-Paul Dechêne
Docteur Jean Delâge
Docteur Jacqueline Demers-Larue
Docteur Raynald Déry
Docteur Paul Fugère
Docteur Jean-Baptiste Jobin
Docteur Pierre Jobin
Docteur Fernand Labrie
Docteur Yves Marquis
Docteur Corneille Radouco-Thomas
Docteur Alain Rousseau
Docteur Pierre Potvin, *secrétaire*

Secrétariat : Faculté de médecine
Université Laval
Québec
418 / 656-2944

Enregistrement no 2158
Courrier de la deuxième classe
Port de retour garanti

COMITÉ SCIENTIFIQUE

M. le professeur Rosaire GINGRAS, *président ;*

M. le professeur Jean-Luc BEAUDOIN,
doyen de la Faculté de médecine ;

M. le professeur Louis POIRIER,
directeur du Département d'anatomie ;

M. le professeur André JACQUES,
directeur du Département d'anesthésie et de réanimation ;

M. le professeur Louis-Marie BABINEAU,
directeur du Département de biochimie ;

M. le professeur Wilfrid CARON,
directeur du Département de chirurgie ;

M. le professeur Yves MORIN,
directeur du Département de médecine ;

M. le professeur Léo GAUVREAU,
directeur du Département de microbiologie ;

M. le professeur Roger BRAULT,
directeur du Département d'obstétrique et gynécologie ;

M. le professeur Paul FUGÈRE,
directeur du Département d'oto-rhino-laryngologie et d'ophtalmologie ;

M. le professeur Jean-Louis BONENFANT,
directeur du Département de pathologie ;

M. le professeur Robert GOURDEAU,
directeur du Département de pédiatrie ;

M. le professeur Corneille RADOUCO-THOMAS,
directeur du Département de pharmacologie ;

M. le professeur Claude FORTIER,
directeur du Département de physiologie ;

M. le professeur Charles-A. MARTIN,
directeur du Département de psychiatrie ;

M. le professeur adjoint Luc AUDET,
directeur du Département de radiologie ;

M. le professeur agrégé Alain ROUSSEAU,
directeur de la section d'ophtalmologie.

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 Alexandre BRUNSCHWIG, 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.

INSTRUCTIONS AUX COLLABORATEURS

Conditions de publication

Le *Laval médical* paraît tous les mois sauf en juillet et août. Revue canadienne de l'actualité médicale et biologique, le *Laval médical* publie des articles éditoriaux, des travaux originaux et des revues générales sur recommandation de son comité de rédaction.

Manuscrits

Les manuscrits doivent être dactylographiés à double interligne. Dans la mesure du possible, les travaux originaux doivent comprendre les divisions suivantes : introduction, matériel et techniques, résultats, discussion, résumé et bibliographie. Les tableaux doivent être numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Figures et tableaux doivent être accompagnés d'une légende courte et précise. Les nombres en bas de dix s'écrivent en lettres. Les fractions décimales s'écrivent avec une virgule et une quantité inférieure à l'unité appelle le singulier : 0,5 mg est injecté . . . Les abréviations d'unités s'écrivent sans point et ne prennent pas d's au pluriel. Voici les principales abréviations utilisées : kg, g, mg, μg, cm, mm, l, ml. Au symbole %, on préférera pour cent ou p. 100. Dans le texte les citations sont numérotées et renvoient aux numéros de la bibliographie.

Bibliographies

La bibliographie doit être présentée par ordre alphabétique et les références disposées comme suit : nom et initiales des auteurs, titre intégral de l'article, titre du périodique, tome et volume, numéro de page et année. Par exemple : METAIS, P., SACREZ, A., et WARTER, J. Les iso-enzymes sériques de la lactico-déshydrogénase, *Presse méd.*, 72 : 163, 1964.

Dans les titres d'articles en anglais, on n'emploie pas de majuscules. Les abréviations de titres de périodiques sont celles qu'utilise l'Index Medicus.

Clichés

Pour fins de clichage, nos collaborateurs doivent fournir des photographies bien contrastées. Les dessins doivent être faits à l'encre noire sur papier blanc.

Abonnement

Le prix de l'abonnement est de quinze dollars par année au Canada et de vingt dollars à l'étranger.

Microfilms

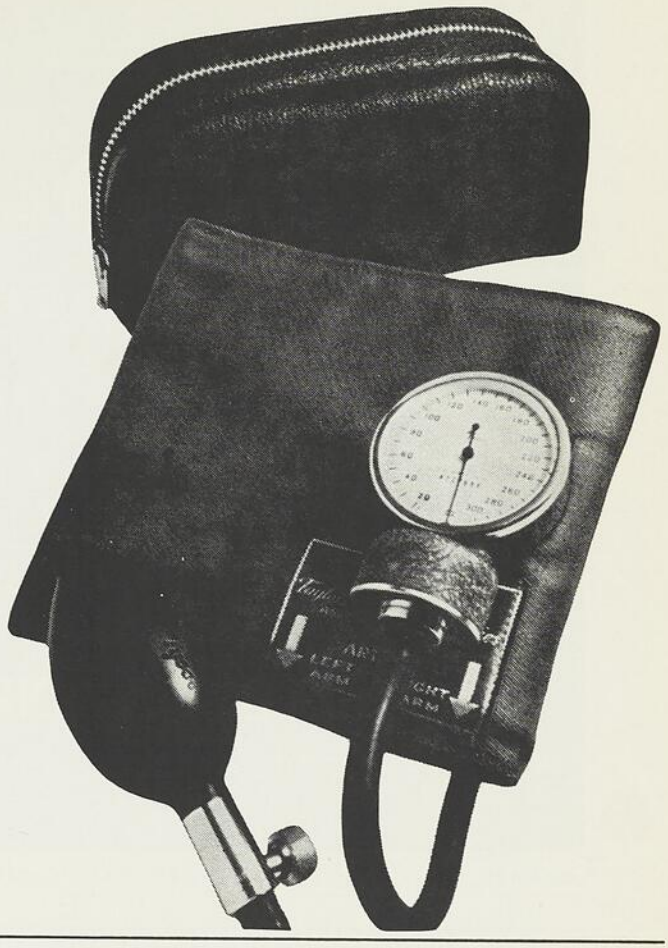
Tous les anciens numéros du *Laval médical* sont maintenant microfilmés par University Microfilms, Inc., 313 North First Street, Ann Arbor, Michigan, 48107, et peuvent être obtenus de cette institution pour une charge nominale.

19½ onces de précision et assurance de sa pérennité . . .

Quelques faits seulement.

Le sphymomanomètre anéroïde Tycos ® est le plus facile à utiliser. Dès qu'il est autour du bras du malade, il suffit de l'accrocher ou de le presser en position. Le manomètre est toujours en place sur la manchette et facile à lire. La précision est garantie aussi longtemps que l'aiguille reste à la position « zéro ». La mise au point est gratuite pendant dix ans. La décompression de la manchette est facile. Dans son étui de cuir, il ne pèse que 19½ onces et se place facilement dans la poche d'un veston. D'autres preuves? Plus d'un million de sphymomanomètres sont en service et plusieurs même depuis plus de 40 ans.

Sans insister, pouvons-nous vous suggérer de voir votre fournisseur Tycos autorisé. Demandez le modèle # 5090 pour adulte, enfant ou bébé avec manchette à crochets ou dispositif Velcro. Prix de détail : $65.



TAYLOR
SYBRON CORPORATION

Taylor Instrument Companies of Canada Ltd.,
75 Tycos Drive, Toronto 395, Ontario

Arnold Angers & Associates Ltd

Perception et administration par ordinateur

— NOS FRAIS DE COLLECTION SONT PAYÉS SUR MONTANTS COLLECTÉS SEULEMENT.
— NOS FRAIS D'ADMINISTRATION SONT BASÉS SUR LE NOMBRE D'ENTRÉES SEULEMENT.
— AUSSI INCLUS VOS RAPPORTS D'IMPÔTS.
— TÉL. QUÉBEC (418) 651-6455.

3400, Quatre-Bourgeois, Suite 5, Ste-Foy, Québec

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.

MEMBRE DE L'ASSOCIATION DES FABRICANTS DU QUÉBEC DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES

hummm...

fameux!



Le nouveau yoghourt nature Laval fait de lait entièrement écremé répond à toutes les diètes. Son contenant de 5 oz. renferme 75 calories et rapporte une valeur alimentaire inestimable au tube digestif. Le yoghourt nature est aussi, facile à digérer et se mange sans faim. Accompagné de fruits, confitures, gelée ou sirop, il ne saurait déplaire à personne et tous en retireront les effets spécifiques bien connus.

Laval

QUALITÉ VÉRIFIÉE

LAITERIE LAVAL LTÉE

875, 41ÈME AVE., QUÉBEC, P.Q.

TÉL.: 529-9021

LAXATIF DOUX

(sans accoutumance)



1 à 2
comprimés par jour

ETHICA LIMITÉE

12250, Albert Hudon — MONTRÉAL 462, P.Q.

Membre de l'Association des Fabricants du Québec des Produits Pharmaceutiques

CONTRIBUTION DE

KOMO CONSTRUCTION LIMITÉE

AMÉDÉE DEMERS
président

PRODUITS CHIMIQUES ET SOLUTIONS POUR LABORATOIRE

- Réactif chimique
- Solutions chimiques
- Colorant biologique
- Concentré volumétrique
- Solvant spectroqualité
- Solution tampon

Pour obtenir le catalogue complet et la liste des prix, adressez votre demande à:

ANACHEMIA CHEMICALS LTD

500 - 2ième Ave., Ville St. Pierre, Montréal 32

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**

Achetez toujours vos **FOURRURES** *des experts pour plus de satisfaction*

J.-O. NADEAU & FILS, Inc.

600, côte d'Abraham, Québec. — **Téléphone : 522-6429**

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 525-4825

ADÉLARD LABERGE, Ltée

ENTREPRENEUR
260, 5e rue — **Québec 3, P.Q.**

Téléphone 683-2795

OSCAR DORVAL B.Sc.A.

INGÉNIEUR CONSEIL
2136, ch. Ste-Foy, suite 302 — **Québec 10, P.Q.**

Téléphone 681-4119

MAINGUY, JARNUSZKIEWICZ & BOUTIN

ARCHITECTES
1327, avenue Maguire — **Québec 6, P.Q.**

ASCENSEURS
ALPIN-OTIS
CIE LTÉE
GÉRARD FECTEAU, président
SIÈGE SOCIAL ET MANUFACTURE À QUÉBEC
BUREAU: 656 RUE DE LA SALLE, TÉL: 529-1378

Téléphone 522-2073 — **C.P. 1933**

AUDART, Inc.

181, rue St-Vallier est — **Québec 2, P.Q.**
Photos, dessins, clichés, flans, électros, plaques lithographiques, films, séparations couleurs.

Téléphone : 529-5741

W. BRUNET & CIE

Limitée

600 EST, BOULEVARD CHAREST,

PHARMACIE EN GROS

Au service de la profession médicale

QUÉBEC 2, P. Q.

LA SURVEILLANCE DES MALADES PAR ORDINATEUR

Les équipes médicales des hôpitaux peuvent maintenant obtenir des informations instantanées sur l'état d'un malade grâce au système de surveillance par ordinateur HP 5670.

Ce système automatisé par ordinateur, allié à un détecteur de chevet et à un appareillage central, permet la surveillance intensive et constante des fonctions physiologiques vitales, telles que la fréquence cardiaque, la pression artérielle et veineuse, la température, la respiration et les arythmies cardiaques.

Le système permet un accès instantané aux données contenues en mémoire, classe les arythmies selon les différents types afin de définir l'évolution de la maladie, analyse les fonctions cardiaques, automatise l'échange de notes et messages et fournit régulièrement, ou instantanément sur demande, un rapport imprimé sur l'état du malade.

Les données physiologiques du malade sont échantillonnées aux cinq minutes en utilisant un algorithme permettant le rejet des signaux parasites et affiche les valeurs numériques obtenues sur un oscilloscope à mémoire. Ces données sont remises à jour à chaque fois qu'un nouvel échantillonnage est effectué et sont affichées en permanence, à moins qu'un autre message ou d'autres données soient demandés par un médecin ou une infirmière.

La fréquence d'échantillonnage est ajustable tout comme l'est la période de rétention de l'oscilloscope. Les informations sont normalement conservées durant une période de huit heures et peuvent être obtenues à tout moment sous forme d'un tracé analogique. Ces informations peuvent être imprimées sur demande grâce au télétype ou à la fin de chaque période de huit heures.

SUBVENTION FÉDÉRALE POUR UNE ÉTUDE SUR LES FAMILLES À PARENT UNIQUE

Une subvention fédérale de $38 110 permettra au Conseil canadien de développement social de poursuivre son étude sur l'importance, pour la politique sociale, des familles à parent unique ; c'est ce qu'a annoncé monsieur John Munro, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

En collaboration avec plusieurs organisations de familles à parent unique, le Conseil recherchera les difficultés particulières qu'éprouvent ces familles et les conséquences qu'elles impliquent pour la politique sociale, et recommandera par la suite des mesures propres à les soulager.

Cette enquête a été mise sur pied en 1970 grâce à une subvention de $14 200 du Programme des subventions fédérales au bien-être social.

UN PROJET-JEUNESSE À SHERBROOKE

Le gouvernement fédéral vient d'approuver l'octroi d'une subvention au Bien-être social de $28 117 pour le projet « Opération concertation-jeunesse » de Sherbrooke, Qué.

Le but de ce projet est d'établir un centre communautaire où l'on traiterait les problèmes médicaux, sociaux et psychologiques des jeunes et où l'on fournirait des renseignements ainsi que des conseils juridiques sur la drogue.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCEURS

A

Air Canada 50
Anachemia Chemicals, Ltd. 58
Angers, Arnold & Associates Limited 55
Ascenseurs Alpin-Otis Cie Ltée 58
Audart, Inc. 58

B

Baxter Laboratories of Can. Ltd. 14
Bristol Laboratories ..... Couv. II, 44
Brunet, W. & Cie Ltée 58

C

Corporation Pharmaceutique Française, Ltée .. 16, 42
Clément & Clément, Inc. 58

D

Dorval, Oscar 58

E

Ethica, Limitée 57

G

Glaxo-Allenburys Can. Ltd. 8

H

Herdt & Charton, Inc. 40, 41
Hoechst Pharmaceuticals 17, 18
Hoffmann-La Roche Limitée ..... 19, Couv. IV

I

I C N - Marsan 27

K

Komo Construction Ltée 57

L

Laberge, Adélard, Ltée 58
Laboratoires Anglo-French Cie Ltée 6
Laboratoire Ayerst 33, 45, 46
Laboratoire Demers, Ltée (Le) 56
Laboratoires Franca Inc. 12
Laboratoire Pentagone Ltée 2
Laiterie Laval Enr. 56
Lilly, Eli & Co. Ltd. 38, 39
Livernois, J.-E. Ltée 58

M

Mainguy, Jarnuszkiewicz & Boutin 58
Merck-Sharp & Dohme 1, 20, 21, 30, 31

N

Nadeau & Fils, J.-O. 58
North American Marketing Consultants Ltd. 36

P

Parke Davis & Co. Ltd. 26, 32
Pfizer Company Ltd. 43
Postes ouverts 36
Poulenc, Ltée 15
et verso enveloppe d'adressage

R

Robins, A. H. Co. of Can. Ltd. 10
Rougier, Inc. ..... 5, 29, Couv. III
et recto enveloppe d'adressage

S

Sandoz Pharmaceuticals Ltd..... 28, 35
Schering Corporation Ltd. 24, 25
Service Européen de Tourisme Automobile, Inc. .. 51

T

Taylor Instrument Companies of Can. Ltd. 55

U

Université d'Ottawa 38
Upjohn Company of Can. 4, 36

V

Vichy France 37

W

Welcker & Cie, Ltée 34
Wyeth, John & Brother 22, 23

À NOS LECTEURS

Ce bulletin est édité avec le *généreux concours de ses annonceurs.* Aidez donc ceux qui vous aident en prescrivant, de préférence à toutes les autres, les spécialités qui se rappellent régulièrement ici à votre bienveillante attention.

La Cie de L'Eclaireur Ltée, imprimeurs-lithographes, Beauceville.

PUISSANCE • PROTECTION

PROVIODINE

Polyvinylpyrrolidone-Iode "ROUGIER"

le germicide universel

FONGICIDE • BACTÉRICIDE • VIRULICIDE • SPORICIDE
TRICHOMONACIDE

AÉROSOL • ÉPONGE

Pour une asepsie rapide en un minimum d'opérations

DÉTERGENT • SOLUTION

Chirurgie • Brûlures • Blessures

GEL VAGINAL • OVULES

Traitement et Asepsie en Gynécologie

ROUGIER

Informations supplémentaires
dans le CPS et le Vademecum
DOCUMENTATION DÉTAILLÉE SUR DEMANDE



Gérard Plouffe
"Protection de la race"
(Etude sur un thème amérindien)

Traitement pratique de la cystite avec Gantanol® q. 12 h.







Gantanol®

Chimiothérapie commode dans les infections urogénitales

Indications: Infections bactériennes causées par des organismes sensibles aux sulfamides; prévention des infections secondaires consécutives à l'instrumentation urologique.
Contre-indications: Le 'Gantanol' est contre-indiqué chez le prématuré et le nouveau-né, en cas d'intolérance générale aux sulfamides et atteintes graves du parenchyme hépatique.
Mise en garde: Les précautions inhérentes à la sulfamidothérapie doivent être observées.
Posologie: Adultes: traitement d'attaque: 4 comprimés ou 4 cuillerées à thé de suspension, dose de consolidation: 2 comprimés ou 2 cuillerées à thé de suspension deux fois par jour. Enfants jusqu'à 80 lbs: dose d'attaque: 1 comprimé ou 1 cuillerée à thé de suspension par 20 lbs de poids corporel, dose de consolidation: ½ comprimé ou ½ cuillerée à thé de suspension par 20 lbs de poids corporel deux fois par jour.
Présentation: Comprimés de 0.5 g. Flacons de 100, 500 et 1,000. Suspension, 0.5 g par c. à thé (5 ml). Flacons de 4 oz et 16 oz. Monographie sur demande.

®Marque déposée du sulfaméthoxazole Roche.

ROCHE Hoffmann-La Roche Limitée, Montréal

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE
21 DÉC. 1971
DU QUÉBEC