

RAPPORT

DE LA COMMISSION D'ÉTUDE DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

par:

Dominique Bédard M.D.
président

Denis Lazure M. D.

Charles-A. Roberts M.D.

AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

RC
448
.041
C55

1962.

PH
MAS
088
1962

Québec, le 9 mars 1962.

Honorable Alphonse Couturier, M. D.,
Ministre de la Santé,
Hôtel du Gouvernement,
Québec.

Monsieur le Ministre,

Nous avons l'honneur de vous remettre le
Rapport de la Commission d'Etude des Hôpitaux Psychiatriques.

Ce Rapport, mieux que les quelques mots que
nous pourrions ajouter ici, illustre la gravité de la situation dans
laquelle se trouve le malade mental. Nous formons le vœu,
Monsieur le Ministre, que les autorités gouvernementales pren-
dront rapidement les mesures qui s'imposent pour corriger cet-
te situation et nous serions heureux si les recommandations que
nous préconisons pouvaient vous aider dans cette lourde tâche.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'ex-
pression de nos sentiments distingués.

LA COMMISSION D'ETUDE
DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Dominique Bédard,
Dominique Bédard, m. d., président

Denis Lazure.
Denis Lazure, m. d.

C. A. Robb
Charles Roberts, m. d.

PREAMBULE

Le 9 septembre 1961, le Ministre de la Santé, le docteur Alphonse Couturier, annonçait publiquement la création de la Commission d'Etude des Hôpitaux Psychiatriques.

On se souvient sans doute des circonstances qui favorisèrent cette décision du Ministre de la Santé. Nous nous permettons de les rappeler brièvement.

Au mois d'août 1961, les Editions du Jour publièrent "Les Fous crient au secours", de Jean-Charles Pagé. Interné pendant plusieurs mois en 1960-61 à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, l'auteur avait pris la décision de livrer au public, principalement dans l'intérêt des malades mentaux, les souvenirs de cette expérience.

Le livre de Jean-Charles Pagé est essentiellement un témoignage contre un système, une mentalité et une conduite qui, dans un hôpital psychiatrique, iraient à l'encontre de la dignité humaine, seraient une négation de la thérapeutique psychiatrique moderne et favoriseraient les préjugés à l'égard du malade mental. D'ailleurs, ce livre de Jean-Charles Pagé ne constitue pas un précédent et des écrits semblables ont souvent aidé la société à repenser le problème psychiatrique et les pouvoirs publics à prendre leurs responsabilités. Il souligne l'importance de la maladie mentale, note qu'elle prive la société d'un capital humain imposant, en plus de lui infliger une charge financière qui, en raison de multiples préjugés et d'un système traditionnel périmé, ne vise malheureusement pas à la réhabilitation du malade.

Les journeaux firent largement écho à ce livre, qui créa un émoi considérable dans la population. La Fédération des Travailleurs du Québec se montra fort sévère à l'égard du Gouvernement. Elle rappela que six (6) associations populaires avaient déposé un Mémoire sur l'Assurance-hospitalisation, au mois de novembre 1960, dans lequel elles préconisaient "la création d'un sous-comité des maladies mentales, dont la tâche immédiate consisterait à mener une enquête approfondie sur les besoins actuels et à faire au Ministère de la Santé des recommandations pour la réforme et le développement des institutions qui se consacrent aux traitements des maladies mentales". La Commission d'Etude des hôpitaux psychiatriques a donc des racines plus profondes que les faits circonstanciels du mois d'août 1961 le laissent croire.

La Confédération des Syndicats Nationaux, pour sa part, tout en faisant le partage des responsabilités, mettait l'accent sur la complicité et l'apathie du public, comme cause première de la situation inhumaine faite aux malades mentaux. Un passage de cette déclaration mérite d'être souligné: "On nous apprend que l'allocation quotidienne versée par le Ministre de la Santé aux Hôpitaux Psychiatriques est de deux dollars et soixante-quinze cents (\$ 2.75) par patient, en comparaison d'un coût d'hospitalisation de vingt-cinq dollars (\$ 25.00) par jour, dans certaines cliniques psychiatriques. Ces seuls chiffres suffisent à nous indiquer que nos revendications pour un traitement plus humain à nos concitoyens qui sont affectés de maladies mentales ne doivent pas être purement platoniques. Là comme ailleurs, il faudrait que quelqu'un paie la facture et nous ne devons pas hésiter à le faire, si l'on nous donne des garanties à l'effet que ces déboursés seront affectés au mieux-être de nos malades... le "cri" de monsieur Pagé doit être entendu. Il s'agit certainement d'un événement d'importance et à la C.S.N., nous espérons vivement que des réalisations immédiates et concrètes soient accordées".

Des psychiatres de Montréal au nombre de 39 publièrent une lettre

pour réclamer la mise à jour de la situation prévalant dans les institutions psychiatriques; la formation de cadres professionnels et des réformes de structure. Ils se réjouissaient de constater qu'enfin le public connaissait les conditions faites aux malades mentaux et les circonstances difficiles dans lesquelles ils étaient souvent obligés d'exercer leur profession.

Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, après avoir rencontré le comité exécutif de l'Association des Psychiatres de la Province de Québec rendit publique une lettre adressée au Ministère de la Santé et dans laquelle il suggérait:

- a) La création d'une division sous-ministérielle de la santé mentale au sein du Ministère de la Santé
- b) De donner suite au mémoire que l'Association des Psychiatres de la Province de Québec présenta au Ministre de la Santé en avril 1961

Ce mémoire de l'Association des Psychiatres de la Province de Québec comportait principalement les recommandations suivantes:

1. Les mesures nécessaires devraient être prises pour assurer aux malades mentaux les mêmes bénéfices que ceux qui sont accordés aux personnes souffrant d'autres maladies.
2. En plus des modalités déjà existantes, des mesures devraient être prises pour que les malades puissent être admis dans les hôpitaux mentaux de la même façon qu'ils le sont dans les autres hôpitaux.
3. Les besoins des déficients mentaux devraient être étudiés: il faudrait élaborer un programme pour leur éducation, leur réhabilitation et leur internement lorsque cette dernière mesure est nécessaire.
4. Il faudrait prévoir et organiser un programme de traitement intensif pour les malades présentant un comportement anti-social.
5. Les cliniques psychiatriques devraient être développées de façon à procurer aux malades les soins psychiatriques adéquats à proximité du lieu de leur résidence. Ceci montre bien la nécessité d'organiser des unités psychiatriques additionnelles dans les hôpitaux généraux et des cliniques régionales aux endroits les plus stratégiques.
6. En vue de répondre aux besoins en personnel qualifié dans le domaine de la santé mentale, les problèmes de recrutement, de formation et d'engagement devraient être examinés.
7. Il faudrait multiplier les services psychiatriques communautaires et augmenter leur efficacité.
8. La question de la curatelle des biens et des personnes devrait enfin être examinée à fond sur la seule base de l'expertise médicale, en distinguant complètement ce problème de celui de l'admission à l'hôpital.
9. Et pour atteindre ces objectifs, cette Association considérerait comme essentielle la formation d'un comité consultatif dont les membres seraient nommés par l'Association elle-même.

C'est dans ces circonstances qu'immédiatement nous avons entrepris le travail qui nous fut confié.

BUT DE CETTE ETUDE

Notre travail devait consister:

1. - A recueillir tant sur le plan administratif que sur le plan médico-psychiatrique, le plus de renseignements possible sur les lacunes et les besoins de chacune des institutions psychiatriques désignées par le Ministre de la Santé; et cela, surtout en fonction des soins que requièrent les malades qui séjournent dans ces hôpitaux.
2. - a) établir l'importance de ces lacunes et de ces besoins.
b) tenter d'identifier les causes de cette situation défavorable dans laquelle sont placés les malades mentaux en milieu hospitalier psychiatrique.
3. - Rédiger un Rapport contenant nos constatations et nos recommandations.

METHODE DE TRAVAIL

Nous avons d'abord envoyé à chacune de ces institutions un questionnaire couvrant plusieurs aspects du problème: les réponses à ces questions nécessitaient certaines recherches et comportaient une bonne dose de statistiques. En second lieu nous avons fait la visite de ces institutions en attachant une importance particulière aux départements dans lesquels vivent les malades. Enfin les autorités médicales et administratives ont eu à répondre à un second questionnaire qui offrait la possibilité de donner sur place les informations complémentaires nécessaires.

Nous devons dire ici que généralement, et compte tenu du mandat qui nous avait été confié, nous avons été bien accueillis et que les autorités de ces institutions ont mis à notre disposition les documents que nous réclamions en plus de répondre à toutes les questions que nous leur avons posées.

Voici par ordre alphabétique la liste des hôpitaux que nous avons visités.

Allan Memorial Institute	Montréal
Clinique Roy-Rousseau	Mastal (Québec)
Foyer Sainte Luce	Disraeli, Côté Wolfe
Hôpital des Laurentides	L'Annonciation, Côté Labelle
Hôpital Mont Providence	Montréal-Nord
Hôpital Psychiatrique de Bordeaux	Montréal
Hôpital Sainte Anne	Baie Saint Paul, Côté Charlevoix
Hôpital Sainte Anne de Bellevue	Sainte Anne de Bellevue, Côté Jacques Cartier
Hôpital Saint Charles	Joliette
Hôpital Sainte Elisabeth	Roberval
Hôpital Saint Jean de Dieu	Garnelin (Montréal)

Hôpital Saint Julien	Saint Ferdinand, Côté Mégantic
Hôpital Saint Michel-Archange	Mastai (Québec)
Institut Albert Prévost	Montréal
Pavillon Saint Georges (hôpital en construction)	Sherbrooke
Retraite Saint Benoît	Montréal
Verdun Protestant Hospital	Verdun (Montréal)

Pour la rédaction de ce Rapport, nous avons classifié ces hôpitaux en quatre (4) groupes; cette classification tout en comportant une part d'arbitraire, nous a semblé commode.

1 - Ce groupe se subdivise en deux:

- a) Le premier sous-groupe comprend l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, l'Hôpital Saint Michel Archange et le Verdun Protestant Hospital. Ces grands hôpitaux dispensent une thérapeutique et ont un personnel professionnel sinon complet du moins important. Les procédures d'admission, de mise en congé et de libération requièrent l'application de la Loi des hôpitaux pour malades mentaux et celle de la curatelle publique. Les malades y sont internés.
- b) Le deuxième sous-groupe comprend les hôpitaux suivants: l'Hôpital des Laurentides, l'Hôpital Saint Charles de Joliette, l'Hôpital Sainte Elisabeth, le Foyer Sainte Luce de Disraeli, la Retraite Saint Benoît. Ces hôpitaux offrent des traitements psychiatriques très limités mais aussi font appel aux procédures légales énumérées plus haut. A part la Retraite Saint Benoît, ils sont tous situés en dehors de Montréal et de Québec.

2 - Dans le deuxième groupe sont inclus: la clinique Roy-Rousseau, l'Institut Albert Prévost et l'Institut Allan Memorial. Ils diffèrent du premier groupe du fait que les malades sont admis librement. Les procédures légales ne sont donc ni requises ni utilisées. Ces hôpitaux ne dépassent pas 175 lits et sont situés à Montréal et à Québec.

3 - Les hôpitaux suivants appartiennent au troisième groupe: Mont-Providence, Sainte Anne de Baie Saint Paul et Saint Ferdinand d'Halifax. La majorité de leurs malades est constituée par des patients souffrant d'arriération mentale à tous les degrés. Ils sont soumis aux procédures légales telles que décrites dans le groupe 1. Ces hôpitaux n'ont pratiquement pas de programme thérapeutique.

4 - Sainte Anne de Bellevue, l'Hôpital de Bordeaux et le Pavillon Saint Georges. Ceux-ci constituent un groupe à part, mais pour des raisons qui ne leur sont pas communes.

HOPITAL SAINT-JEAN-DE-DIEU

Introduction

Le rapport qui suit est sensiblement plus long et plus détaillé que celui rédigé pour chacun des autres hôpitaux. La Commission a pensé que l'analyse poussée de la situation existant dans un hôpital plus ou moins typique était nécessaire pour ensuite faire un parallèle entre les conditions actuelles et les conditions souhaitables. Nous nous efforçons de comprendre et d'expliquer plutôt que de critiquer et ce qui sera écrit sur Saint-Jean-de-Dieu peut tout aussi bien s'appliquer à la plupart des hôpitaux compris dans notre étude.

Historique

L'hôpital Saint-Jean-de-Dieu a été inauguré en 1875. Il devenait, en 1897, une municipalité civile. Il prit l'aspect que nous lui connaissons aujourd'hui par l'ouverture du Sanatorium Bourget, en 1928, et par la construction des Pavillons Notre-Dame-dés-Sept-Douleurs et Notre-Dame-du-Rosier, en 1935 et 1936. Il est situé dans la banlieue de Montréal, sur un terrain qui s'étend entre les rues Sherbrooke et Hochelaga; il couvre une superficie de deux milles de long sur un quart de mille de large. Il est administré et dirigé depuis sa fondation par les Soeurs de la Providence.

L'hôpital est régi par la loi des hôpitaux pour le traitement des maladies mentales. Le surintendant médical est nommé par le Gouvernement provincial et chargé par lui de l'observation de la loi. Tous les malades publics et la plupart des malades privés sont soumis aux dispositions législatives de l'internement et de la curatelle.

Administration

L'hôpital est administré par une Corporation entièrement composée de religieuses de la Providence, propriétaires de l'institution.

Les revenus sont assurés, pour la majeure partie, par une allocation "per diem" de deux dollars et soixante-quinze cents (\$ 2.75) par malade (dont six cents vont cependant au Mont-Providence), versée par le Gouvernement de la Province.

Le tableau suivant montre les réajustements apportés à ce "per diem" depuis une quinzaine d'années:

1945	-	0.60
1945-49	-	0.84
1949-52	-	1.06
1952-56	-	1.54
1956-59	-	2.25 (moins 0.06 pour le Mont-Providence)
1959	-	2.75 (" " " " ")

En plus des allocations "per diem" qui constituent la principale source de revenus, l'hôpital reçoit environ deux cent mille dollars (\$ 200,000.00) par année des subventions fédérales-provinciales qui sont utilisées surtout pour payer une partie des salaires du personnel professionnel.

Les tarifs perçus des pensionnaires privés, plus quelques subventions gouvernementales spéciales, complètent le budget de l'hôpital. Les dépenses d'opération se répartissent comme suit: Salaires: 61.8%; médicaments et fournitures médicales: 3.9%; nourriture et autres fournitures: 16.5%; entretien et réparations: 7.8% et divers: 10%.

Pour l'année 1959, l'excédent des revenus sur les dépenses d'opération a été de un million soixante dix sept mille six cent quatre vingt quatre dollars et soixante-treize cents (\$ 1, 077, 694. 73); mais il a fallu déduire une somme de trois cent trente cinq mille deux cent cinquante et un dollars et trente-sept cents (\$ 335, 251. 37) en paiement d'intérêts sur les emprunts, en amortissements des édifices, du mobilier, etc. et une somme de un million trois cent mille trois cent quatre vingt cinq dollars (\$ 1, 300, 385. 00) en dépenses d'ordre capital. De sorte que finalement l'hôpital subissait un déficit de l'ordre de cinq cent cinquante sept mille neuf cent quarante et un dollars et soixante-quatre cents (\$557, 941. 64).

Pour 1961, l'hôpital rapporte un surplus de cent soixante mille trois cent soixante six dollars (\$ 160, 366. 00) provenant des opérations, mais un déficit réel de un million sept cent soixante douze mille trois cent soixante trois dollars (\$ 1, 772, 363. 00) survient à la suite de la capitalisation de un million neuf cent trente deux mille sept cent vingt neuf dollars (\$ 1, 932, 729. 00)

Il est juste de dire que la loi prévoit que les hôpitaux psychiatriques doivent utiliser les revenus du "per diem" pour les dépenses d'ordre capital; cette clause devient tout à fait absurde quand ce "per diem" est déjà insuffisant pour assurer les frais du traitement des malades.

Les autorités de l'hôpital étaient bien intentionnées quand elles ont dépensé près de un million pour l'aménagement des solaria et il en résulte une amélioration notable dans le confort des malades. Mais la Commission ne peut s'empêcher de regretter qu'une petite portion de cette somme importante n'ait pas été plutôt réservée à l'engagement de personnel professionnel supplémentaire.

Tout ceci nous amène à parler des multiples aspects du problème d'ordre financier qui existe à Saint-Jean-de-Dieu depuis longtemps.

Avec une allocation quotidienne aussi minime que cinquante-cinq cents (0. 55) entre 1926 et 1936, l'hôpital ne pouvait boucler son budget qu'en rognant sur les besoins essentiels, c'est-à-dire nourriture, vêtement, etc. Si on se décida à agrandir l'hôpital, plutôt qu'à en ériger d'autres, c'est qu'il était plus facile ainsi de combler les déficits. Si deux pensionnaires apportent deux fois plus qu'un seul, il n'en coûte pas deux fois plus cher pour les laver et les entretenir. De 1945 à 1960, l'augmentation de l'allocation a été de un dollar et quatre-vingt-cinq cents (\$ 1. 85) mais les obligations de l'hôpital ont considérablement augmenté. Le budget de la pharmacie a pris des proportions impressionnantes, à cause du coût élevé des anti-biotiques, tranquillisants et autres médicaments. Les services de médecine et chirurgie accueillent non seulement les patients de Saint-Jean-de-Dieu, mais aussi ceux des hôpitaux de Bordeaux, Saint-Benoit, Mont-Providence, L'Annonciation et Joliette, qui autrement devraient être référés à d'autres hôpitaux où le "per diem" est beaucoup plus élevé. L'hôpital se refuse enfin d'être un asile où l'on se contente de garder les malades. Cette transformation ne peut cependant s'opérer qu'au prix d'une augmentation substantielle du personnel soignant et de l'équipement scientifique, ainsi que du réaménagement et de l'expansion des espaces et locaux.

Le transfert de centaines de malades hors de Saint-Jean-de-Dieu depuis quelques années a exigé un surcroît de travail de la part du personnel. C'est ainsi que les hôpitaux de Joliette et de L'Annonciation ont été en grande partie remplis par des malades envoyés de Saint-Jean-de-Dieu. Ces transferts comportent aussi certaines implications financières. L'hôpital n'est pas rémunéré pour ce surcroît de travail. Les patients partent par groupes de quarante (40) et ne sont pas remplacés le même jour par de nouveaux arrivants. Il faut habituellement plusieurs jours avant que les vides soient tous comblés, ce qui diminue le nombre des allocations de pension par jour et constitue une perte nette pour l'hôpital. On peut noter à ce propos que les revenus de l'hôpital augmentent en proportion du taux d'occupation des lits et non en raison des services que requiert le traitement maximum des malades.

Il va de soi qu'un hôpital doit adopter une saine méthode de financement. Comme Saint-Jean-de-Dieu est un hôpital privé qui opère avec des fonds publics, il doit conclure certaines ententes avec l'autorité gouvernementale.

Il peut présenter un budget annuel où apparaissent les dépenses prévues pour chaque département et service. Ce budget fait ensuite l'objet de discussion entre les représentants de l'hôpital et ceux du Gouvernement et il est finalement approuvé après les modifications jugées nécessaires par le Ministre de la Santé ou la régie des hôpitaux. C'est la coutume de présenter un budget séparé pour les projets de construction, mais la procédure d'approbation reste la même. C'est là le système qui prévaut pour les hôpitaux généraux depuis l'instauration de l'Assurance-hospitalisation. Les autorités administratives de Saint-Jean-de-Dieu admettent que cette méthode de financement est théoriquement excellente. Mais l'expérience que les Soeurs de la Providence ont faite de l'Assurance-hospitalisation dans leurs hôpitaux généraux n'est pas pour les encourager, disent-elles, à faire confiance à ce système. Celui-ci implique en effet un contrôle poussé des moindres postes du budget. On ne peut dépenser pour la pharmacie les argents votés pour la bibliothèque ou dépenser pour la construction d'un sclarium les crédits affectés aux traitements des malades. Il y a également le danger que les prévisions budgétaires ne soient pas approuvées par le Gouvernement, d'où négociations prolongées et coupures éventuelles sur des items jugés essentiels par les autorités administratives, ce qui amène des frictions, des pertes de temps, un esprit de revendication chez les employés et une diminution marquée de l'autorité et du contrôle jusqu'ici exercés par l'administration. Un dilemme sérieux n'est pas sans inquiéter les Soeurs de la Providence et, avant de courir ce qui leur paraît un risque grave, elles aimeraient laisser les choses se stabiliser.

Une autre méthode de financement est d'établir le budget non pas sur les services rendus, mais sur le nombre de malades. Les autorités de l'hôpital et le Ministère de la Santé s'entendent d'abord sur le taux de l'allocation quotidienne; on multiplie ensuite cette allocation ou "per diem" par le nombre de malades hospitalisés, puis on remet à l'hôpital la somme globale pour qu'il en dispose à son gré, sans un contrôle ultérieur de la part du ministère. C'est là le système qui prévaut pour tous les hôpitaux psychiatriques. Cette méthode est assurément très simple, mais c'est bien le seul mérite qu'on peut lui reconnaître. Elle possède par contre de graves défauts qui influent profondément sur la politique hospitalière et la qualité des soins. Elle encourage d'abord l'inertie gouvernementale. Le ministère ne peut véritablement s'intéresser ni aux conditions de vie des malades, ni à leurs traitements, ni à leur réhabilitation si le budget n'est discuté qu'en fonction du nombre de malades. En laissant aux autorités hospitalières la libre disposition des argents accordés, il leur signe un chèque en blanc, se dérobe à ses responsabilités et s'expose aux critiques tout à fait légitimes d'une société qui exige un contrôle rigoureux de l'Etat sur des hôpitaux construits et entretenus à même les fonds publics. La méthode n'est pas meilleure pour l'hôpital lui-même. On en veut pour preuve que l'exemple des transferts de malades dans les autres hôpitaux mentaux. Malgré qu'il en coûte plus cher pour préparer ces malades au départ, pour recevoir les malades aigus qui venaient combler les vides, le taux de l'allocation demeurait identique. C'est encore plus absurde si le lit d'un patient transféré n'était occupé que trois, quatre ou quinze jours plus tard par un nouvel arrivant, le budget en était diminué d'autant. Il y a cependant encore plus grave. On sait en effet que plusieurs hôpitaux mentaux ont réussi à diminuer leur population de malades grâce à un traitement intensif, administré par des professionnels nombreux et bien équipés. Il faut, bien entendu, payer ces spécialistes et cet équipement. Ce qui veut dire qu'avec le système actuel, il faudrait dépenser davantage pour mettre en congé un plus grand nombre de malades et se retrouver en fin de compte avec un budget diminué. On ne saurait trouver illogisme plus flagrant ! Il n'est pas étonnant que, pour y échapper, on se soit réfugié dans l'abstention et l'immobilisme.

Le pourcentage d'occupation est actuellement de quatre-vingt-dix-huit pour cent (98%) et ne risque guère de baisser aussi longtemps qu'on s'en tiendra au système de financement actuel. Il importe donc d'élaborer une nouvelle méthode qui tienne à la fois mieux compte des impératifs thérapeutiques et démocratiques. Si l'on adopte, par exemple, la méthode du budget annuel telle qu'actuellement pratiquée par les hôpitaux généraux, on finira

per convaincre le public qu'il n'y a pas de différence de nature entre hôpital psychiatrique et hôpital général, qu'il est nécessaire et utile pour un hôpital psychiatrique de déposer un bilan public annuel de ses opérations et que le Gouvernement joue son rôle normal d'administration des fonds publics. Il sera possible alors d'adapter ce budget aux besoins, tels que révélés par l'étude actuelle et les révisions périodiques, tels que définis par une science psychiatrique en pleine évolution et tels que présentés par des autorités médico-administratives, sérieuses et qualifiées. Les risques qui ont été signalés: négociations prolongées, frictions, restrictions, etc, paraissent bien minimes en regard des avantages entrevus et s'atténueront par l'exercice d'une loyale collaboration entre les diverses parties concernées.

Les Malades

a) Habits:

Les cinq mille six cents malades hospitalisés (au 31 décembre 1960) sont logés dans quatre-vingt-cinq (85) "salles" ou services hospitaliers.

A son arrivée, le patient est dirigé vers la salle d'admission où il revêt la livrée de l'hôpital qui consiste en une espèce de saiepette blanche, faite de tissu du pays. On lui enlève son argent et tout objet qui pourrait favoriser des projets d'évasion, de suicide ou d'attentat.

La ségrégation des sexes est de rigueur. Les malades masculins et féminins possèdent chacun leur propre section, pavillon, salles, locaux d'occupation thérapeutique, ne mangent pas à la même table, ne communiquent pas entre eux et se récréent rarement ensemble.

Les pavillons des malades sont en général de trois ou quatre étages et se répartissent régulièrement de chaque côté d'un axe principal. Les salles sont propres et éclairées et rien n'y est à l'abandon. On y trouve habituellement un dortoir contenant de quarante (40) à cent (100) lits non séparés par des tentures, sept (7) ou huit (8) chambres individuelles qui sont ordinairement assignées à des malades qui travaillent régulièrement hors du département et cinq (5) ou six (6) cellules. De plus, on y trouve une cuisine, une salle à manger, une vaste salle de séjour, quelques placards et un bureau qu'utilisent médecins, religieuses et infirmières. Chaque salle est régie par une religieuse à qui on donne le nom d'officière. Sur les deux cent soixante quinze (275) religieuses de l'hôpital, cent cinq (105) sont des infirmières diplômées. Un certain nombre de salles sont cependant dirigées par des officières qui ne possèdent pas leur diplôme d'infirmières.

Du côté des hommes, il y a au moins deux salles où il n'y a pas de dortoirs, mais exclusivement des cellules qui présentent exactement l'apparence de cellules de prisonniers. Au moment de notre étude, chaque salle en comptait soixante (60), mais on y faisait coucher deux malades dans chacune. On nous a assurés que ces cellules étaient rarement utilisées pour la détention: ainsi, dans la salle Saint-Jean-de-Dieu, cela ne se serait produit que quatre (4) fois au cours du dernier mois écoulé. Mais alors, pourquoi n'a-t-on pas procédé à l'enlèvement des énormes barres de fer, des verrous et des grillages pour la plupart de ces cellules, si elles servent aussi rarement ?

Les malades se couchent à neuf (9) heures et se lèvent à six heures et trente (6.30). Chacun fait tour à tour ses ablutions aux huit (8) ou dix (10) lavabos communs. Les toilettes (W. C.) sont également en commun et souvent ne possèdent ni siège, ni papier hygiénique. Les repas se prennent à la salle à manger, sauf pour les malades alités ou gâtoux et pour les malades travailleurs qui mangent à la cafétéria de l'hôpital. La cuillère est souvent le seul ustensile mis à la disposition des patients.

Dans certaines salles éloignées de la cuisine centrale, les aliments arrivent passablement refroidis. Mais dans la plupart des cas, la nourriture peut être servie chaude. La présentation n'est pas appétissante, bien que l'unique diététicienne voit à ce que la teneur calorique corresponde au standard. Les cafétérias de l'hôpital peuvent accueillir mille cinq cents (1,500) malades.

Que devrait être cette "salle" qui constitue l'unité de base de l'hôpital ? Les spécialistes sont unanimes à réclamer qu'on n'y trouve jamais plus de trente (30) ou quarante (40) malades. Ce dernier chiffre est même considéré comme trop élevé et ne peut être accepté que si l'on constitue des sous-groupes de dix (10) à vingt (20) malades. La composition de cette unité doit être celle d'une maison confortable où l'individu ne se sente pas perdu dans une foule, où chaque détail doit être conçu en vue de faciliter la vie de chacun au sein du groupe.

Chaque lit devrait être à une distance suffisante du suivant dont une tenture ou un rideau peut le séparer, comme c'est d'ailleurs l'usage dans les hôpitaux généraux. Au pied de chaque lit, il devrait se trouver une armoire où le malade peut ranger ses effets personnels. Les installations sanitaires réunies en une salle spéciale à proximité de chaque groupe d'alitement doivent comprendre un nombre suffisant de lavabos (un pour trois lits), de douches, de bains et de W.C., avec portes complètes et suffisamment aérées. La salle de séjour doit être assez grande pour accueillir tous les malades et se prêter également à la formation de petits groupes. La salle à manger ne devrait comporter que des tables de quatre (4) ou six (6) places. En plus d'un bureau pour le médecin et l'hospitalière, il serait également à prévoir des petites salles de réunions et d'occupation thérapeutique. On agrémente enfin l'atmosphère par des rideaux, tentures, aux couleurs gaies, des fauteuils, tables basses, plantes, aquarium, etc.

Cette unité physique moderne, fonctionnelle et gaie, constitue déjà un facteur thérapeutique en ce que le patient y trouve un milieu accordé à ses besoins et qui n'est pas trop différent de celui qu'il vient de quitter.

Mais il faut ensuite que tout le personnel et toutes les activités du service soient orientés vers le seul but qu'il importe d'atteindre, c'est-à-dire la guérison du malade. Comme le souligne Maxwell Jones, le traitement est un processus continu qui opère durant la totalité de la vie éveillée du malade. Il importe donc que chaque membre du personnel se rende bien compte de la mission qui lui incombe, qu'il en ait le goût et les capacités, qu'il en réalise les exigences et les difficultés, qu'il planifie ses sentiments à l'égard de la maladie mentale, qu'il fasse toujours passer les intérêts du malade avant les siens, qu'il croit à l'efficacité de la thérapeutique et qu'il vise à sans cesse améliorer la qualité de ses services.

Ceci implique qu'il doit respecter le malade, le considérer comme un adulte et non comme un enfant privé de raison ou d'un inférieur, ne jamais le tromper, l'humilier ou se moquer de lui, le traiter avec justice, ne pas encourager ses symptômes, ne pas le laisser s'enliser dans un mode de vie régressif ou une occupation routinière; l'aider, au contraire, à prendre une conscience plus saine de lui-même, de ses relations interpersonnelles, de ses atouts comme de ses faiblesses, supporter son hostilité, son agressivité et ses manœuvres, lui offrir l'affection et le support dont il a besoin pour se reprendre en mains et parfaire son équilibre.

C'est au médecin qu'il appartient ici de montrer la voie, de donner l'exemple du zèle, de la probité et de la compétence et de fournir à son personnel les connaissances appropriées, de fixer pour chaque malade les objectifs à atteindre, d'indiquer les attitudes, d'assigner les rôles, de prendre le pouls du service, d'explicitier les tensions qui se produisent et de les régler avec l'aide de chacun, de prendre les décisions en ce qui concerne les moindres phases du traitement, de tracer le programme d'activités et les divers modes de son exécution. Le malade se sent alors compris et soutenu.

Il accepte des règles dont il sent qu'elles sont toutes orientées vers sa libération.

La salle type de Saint-Jean-de-Dieu ne se compare pas trop favorablement à ce modèle: Soixante-dix-neuf (79) salles sur quatre-vingt-cinq (85) comptent plus de quarante (40) lits. La plupart en ont entre soixante (60) et quatre-vingt-dix (90). Treize (13) ont plus de quatre-vingt-quinze (95) lits. Il y a six (6) salles de cent (100) lits, une de cent cinq (105) lits, une de cent dix-sept (117) lits et une de cent vingt six lits (126). Ces lits, non séparés par un rideau, sont réunis en un dortoir unique, sauf pour un nombre variable de chambrettes (7 à 10), dites "chambres de récompense", qui sont réservées comme le nom l'indique aux bons travailleurs ou aux malades dont la conduite donne entière satisfaction. Les lavabos sont d'un nombre insuffisant. Certains services n'ont pas encore de salle à manger. Dans les salles qui existent, les tables de quatre places sont peu nombreuses. Les chaises sont parfois remplacées par des bancs. Les salles de séjour construites depuis peu sont vastes et bien éclairées. L'ameublement est, en général, sobre et peu confortable, sauf dans le cas des chaises bergantes. Chacune des salles est placée sous le vocable d'un saint ou d'une sainte, ce qui lui confère déjà une certaine identité et un certain caractère. Au sein de l'ensemble, elle vit d'une vie autonome dans ses limites bien précises, marquée par la porte d'accès qui ne s'ouvre que rarement. Ceci s'organise selon un horaire bien déterminé qui ne varie guère. C'est le médecin qui, théoriquement, se situe au haut de la hiérarchie, mais son influence se fait bien peu sentir dans la salle. En pratique, c'est la religieuse hospitalière qui constitue la figure d'autorité, établit les règles, assigne les fonctions et donne à la salle son climat.

b) Catégories

Les principaux diagnostics sont:

Schizophrénie	: 2090
Débilité mentale	: 1390
Psychose organique	: 1144
Epilepsie	: 676
Psychose maniaco-dépressive	: 656
Psychopathie	: 276
Neuro-syphilis	: 189

Depuis quelques années, le personnel médical a tenté de grouper les malades par catégories. Le travail est relativement avancé. Certaines salles ne contiennent que des cas neurologiques, d'autres, des cas chroniques, etc. Mais il existe encore plusieurs salles où les cas aigus côtoient les cas chroniques où l'alcoolique voisine avec le schizophrène, où le caractériel se retrouve avec le déficient mental.

En décembre 1960, on comptait quatre cent seize (416) malades de langue anglaise.

Les malades privés ne constituent que sept pour cent (7%) des cinq mille six cents (5,600) patients: leurs quartiers sont à peu près semblables à ceux des malades dits publics.

c) Admission - Congé

Pour 1960, le nombre des admissions s'établissait à mille quatre cent un (1,401) et celui des sorties à mille deux cent dix-neuf (1,219).

L'intervalle qui s'écoule entre l'admission et le congé d'un malade dépend de plusieurs facteurs: nature de la maladie telle que révélée par l'examen clinique, analyses de laboratoire, histoire sociale, tests psychométriques, intensité du traitement, milieu thérapeutique, élaboration et exécution d'un programme de réhabilitation.

Dans les conditions actuelles, les examens cliniques sont adéquats.

L'hôpital possède également des laboratoires bien équipés et un personnel spécialisé qui ne laisse rien à désirer. L'unique travailleuse sociale, et par surcroît non diplômée d'une université reconnue, ne peut cependant pas se charger de toutes les histoires sociales, ni des visites à domicile avant ou après l'hospitalisation, ni du travail de "case work" qui est nécessaire dans la réhabilitation du malade. L'unique psychologue ne peut également s'occuper que d'une infime proportion des cas qui auraient besoin de ses services. Il n'y a pas de thérapeute d'occupation diplômée. Il n'y a pas non plus de service d'orientation ni de placement. Par ailleurs, le traitement ne peut être intensif que s'il existe un nombre suffisant de psychiatres. Depuis 1953, au moins huit psychiatres ont quitté l'institution. Depuis la rupture des relations avec l'Université de Montréal, en 1955, il n'y a plus d'enseignement et, en conséquence, plus d'internes, ni de résidents en formation. Si l'on exclut les psychiatres qui se consacrent à l'administration, il reste environ quinze (15) psychiatres pour le soin des malades: leur tâche est considérable. Il leur faut en effet veiller au bien-être physique et mental de plusieurs centaines de malades chroniques et soi-disant incurables, donner aux cas aigus toute l'attention désirable, tenir leurs dossiers à date, préparer leurs congés et soutenir le malade durant sa période de réhabilitation. Il n'est donc pas étonnant de constater que les dossiers sont incomplets, que les notes d'évolution sont réduites au minimum, que la dernière note psychiatrique sur certains dossiers remonte à 1959 et dans un cas même à 1952, qu'un grand nombre de patients ne sont pratiquement jamais examinés et que plusieurs malades se plaignent de ne pas avoir vu leur médecin depuis des semaines.

Quant aux mises en congé, le malade privé est plus fortuné à cet effet que le patient public, puisqu'il n'en tient qu'au médecin traitant de décider s'il peut ou non quitter l'hôpital. Le malade public, jusqu'au moment de notre étude, ne pouvait être mis en congé qu'après avoir "passé à l'assemblée". A cette réunion de tous les psychiatres, le malade comparait et beaucoup plus à ses yeux comme devant un tribunal que devant un médecin, pour qui la relation malade-médecin doit théoriquement être d'une extrême importance. Il est évident que ce système de l'assemblée obligatoire avant le congé occasionnait des embouteillages considérables et retardait, dans plusieurs cas, la libération du malade. C'est pourquoi les autorités de l'hôpital nous ont assurés que ce système allait bientôt être aboli.

Au moment de notre visite, la liste d'attente comprenait cent soixante-dix (170) malades du sexe masculin; l'hôpital pouvait admettre les femmes au fur et à mesure qu'elles étaient référées.

d) Traitement et Activités des Malades

C'est dans les deux salles d'admission que les malades reçoivent le traitement le plus intensif, aussi bien en ce qui concerne la variété des méthodes que le nombre d'heures consacrées par le médecin. Il y a réduction radicale aussitôt que l'on passe aux autres salles, soit que les entrevues se raréfient ou que la médication ne soit plus révisée qu'à de longs intervalles. Il existe enfin des salles où les malades ne sont plus traités, parce qu'on les considère comme incurables. Il est évident qu'il ne s'agit ici que du traitement psychiatrique, car, du point de vue médecine générale, l'hôpital compte un nombre suffisant de consultants compétents et les diverses affections médicales et chirurgicales sont très bien soignées.

Le psychiatre ne peut connaître ses malades, ni les relations qu'ils nouent entre eux, ni tous les problèmes qui surviennent dans les salles qui lui sont assignées. L'Officière assume les responsabilités proprement médicales que le médecin n'exerce pas. C'est elle qui règle le programme d'activités de la salle, qui donne ses directives au personnel, qui forme des équipes de travail, qui assigne tel malade à la vaisselle et tel autre au balayage, qui envoie tel malade à la reliure ou à la buanderie, qui fait le choix des malades pour l'occupation thérapeutique et qui refuse ou accorde les permissions. C'est elle aussi qui applique les sanctions disciplinaires. Si un malade s'agit et trouble

l'ordre, c'est la plupart du temps l'officière qui de jour ou de nuit donne le médicament qui lui paraît approprié, qui donne l'ordre de placer le malade en cellule ou d'employer la contrainte ou de le transférer dans une autre salle, quitte à faire contresigner le médecin à sa prochaine visite. C'est elle qui possède la clé du tiroir des dossiers. En pratique, c'est elle qui préside aux destinées de la salle, qui en établit les lois, qui lui donne son esprit et détermine son atmosphère.

Le psychiatre, pour sa part, prescrit les traitements courants, tels que tranquillisants, électrothérapie, cure de sommeil, insulinothérapie, etc. Il n'a que peu de temps pour la psychothérapie, qu'il s'agisse de psychothérapie individuelle ou collective. Il n'a d'entrevues psychothérapeutiques suivies qu'avec un petit nombre de patients, habituellement certains cas aigus admis depuis quelque temps.

D'une façon générale, les notes qui sont inscrites aux dossiers des infirmières sont pauvres en quantité et en qualité. Les six (6) infirmières psychiatriques, les trente-six (36) infirmières licenciées et les deux (2) gardes-malades auxiliaires sont employées à de multiples tâches: administration de traitements proprement psychiatriques, soins médicaux et chirurgicaux, organisation des loisirs, salles d'occupation thérapeutique, etc. Les infirmières stagiaires leur donnent un précieux coup de main, puisqu'elles consacrent aux soins des malades tout le temps qu'il leur reste après leur cours théorique.

L'officière désigne les cinq (5) ou dix (10) malades qui travaillent en dehors de la salle ou qui se rendent aux locaux d'occupation thérapeutique. Ceux qui travaillent régulièrement en dehors de la salle, environ quatre cents (400) malades, reçoivent une rémunération d'environ deux dollars (\$ 2.00) par semaine, en plus de recevoir le tabac et des sucreries.

Les quarante (40) quelques autres malades doivent trouver leurs distractions au sein même de la salle. Ils peuvent écouter la radio, jouer aux cartes, lire quelques rares volumes et revues, mais la plupart causent et se bercent durant de longues heures. Le soir, tout le monde se réunit pour regarder la télévision. Un après-midi récréatif ou un programme musical viennent parfois briser la monotonie. La situation s'améliore à l'été, alors qu'on permet à un certain nombre de malades de se promener sur le terrain. Mais plus de la moitié des malades restent confinés dans leur salle de septembre à mars.

Le département spécialisé d'occupation thérapeutique de la section féminine peut accueillir tout au plus cent cinquante (150) malades. On y fait du tissage, du tricot, de la broderie, de la couture et des travaux artistiques. Lors de notre visite, il y avait environ soixante (60) patientes dans ce département d'occupation thérapeutique et un bon nombre étaient occupées à adresser des enveloppes pour les Pères Blancs. Dans une salle, cinquante (50) malades sont occupées à des travaux de couture, réparation du linge des patients.

Le département d'occupation thérapeutique de la section masculine accueille lui aussi environ cent cinquante (150) patients. On y exécute des travaux pour les différents services de l'hôpital: bancs, boîtes, cadres, chaises, tables, peintures et réparations. On y fait aussi des travaux d'artisanat. A la salle Saint-Jean et à la salle Saint-Georges, une centaine d'autres malades fabriquent des jouets, pupitres, lampes, etc.

Du 15 mai au 15 septembre, on met à la disposition des malades quatre (4) courts de tennis, trois (3) jeux de croquets et un jeu de far à cheval. Les dix (10) clubs de balle molle groupent cent vingt (120) malades. L'unique patinoire est en opération du 20 décembre au 15 mars. A la salle de jeux, on trouve trois (3) allées de quilles, deux billards, deux tennis sur tables, huit damiers et autres jeux de société. Les cinq (5) ligues de quilles groupent quatre-vingt-dix (90) malades.

La proportion des malades qui trouvent à s'occuper dans leur salle, dans les locaux d'occupation thérapeutique, dans les divers ateliers et dans les activités récréatives, peut être fixée à environ vingt-cinq pour cent (25%). Ce pourcentage est encore plus bas en hiver. Il est à remarquer également que le département d'occupation thérapeutique ne compte que des infirmières et des moniteurs. On n'y trouve aucune thérapeute d'occupation possédant un diplôme universitaire.

e) Sécurité vs Traitement

Si l'asile doit se transformer en hôpital psychiatrique et s'il devient plus important de traiter les malades que de veiller à leur protection et celle de la société, l'organisation de l'appareil hospitalier doit être modifiée en conséquence. Plusieurs surintendants d'hôpitaux mentaux n'ont d'ailleurs pas attendu que la législation soit amendée et que leurs services hospitaliers soient rénovés pour prendre des initiatives dans ce sens. En France, aux Etats-Unis, en Hollande et surtout en Angleterre, on pratique de plus en plus la politique de la porte ouverte. Selon cette nouvelle philosophie, les barreaux, les verrous, les portes massives n'existent plus que dans les services à sécurité maxima, où sont traités les malades dangereux ou irresponsables. Dans les autres services, les départements sont conçus sur le modèle de l'hôpital général. Les fenêtres ne comportent ni grillage, ni barreau. Les portes ne se ferment que le soir. Les patients circulent librement au dedans comme au dehors. Comme le dit d'ailleurs le rapport américain, "l'être humain conçoit la perte de sa liberté comme une punition et le malade mental ne fait pas exception à cette règle". Il est maintenant reconnu que l'hôpital mental du type traditionnel avec toutes ses mesures excessives de sécurité et concentrant ses efforts sur le bien-être physique du malade plutôt que sur son traitement psychologique a augmenté la pathologie du malade en ce sens qu'elle a intensifié la pression du public dans son attitude de rejet vis-à-vis du malade.

Le rapport ajoute "La conception que le malade mental est complètement irresponsable est sans fondement. Tout spécialiste sérieux a constaté à maintes reprises que chez le malade psychotique, seulement certaines sphères de sa personnalité sont atteintes. Le patient est malade d'une certaine façon et sain d'autres façons. Une approche thérapeutique rationnelle consiste à tenter de préserver les parties saines, de réduire au minimum les parties malades de la personnalité".

Ce qui revient à dire que le service ouvert ne constitue pas un traitement en lui-même, mais conditionne et favorise ce traitement. Il comporte bien entendu certains risques, expose à certaines déconvenues et est parfois mal vu des parents ou du public qui aspirent à la tranquillité, mais il rend moins pénible l'hospitalisation et contribue à l'abréger en conservant au malade son identité et le respect de lui-même, en mobilisant ses énergies et l'incitant à reprendre au plus tôt sa place au sein de son milieu.

Pour sa part, l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu ne s'est avancé que très timidement dans cette direction. Les malades en cure libre, c'est-à-dire admis sans certificat d'internement, constituent une minorité insignifiante. Tous les autres, qu'ils soient privés ou publics, volontaires ou internés, sont privés de leur droit de citoyen par la loi de la curatelle et ne peuvent administrer leurs biens. Cette servitude humiliante se prolonge même pendant six (6) mois après la mise en congé, ce qui fait de l'ex-interné un citoyen de seconde classe aux yeux de sa famille, de ses employeurs et des firmes avec lesquelles il doit traiter. Sa réhabilitation est, de ce fait, rendue plus difficile et parfois même impossible. Le fait est d'autant plus révoltant que l'une ou l'autre de ces mesures vexatoires paraissent totalement injustifiées au point de vue médical dans un grand nombre de cas. La situation serait toute autre si les médecins traitants pouvaient accepter plus de malades en cure libre et proposer eux-mêmes que soient appliquées simultanément ou séparément les procédures d'internement et de curatelle pour certains cas.

On peut également se demander l'effet que produit chez les patients le personnel et le public, le poste de police situé à l'unique entrée de l'hôpital. Si l'on veut convaincre tout le monde que le malade mental se situe dans la hiérarchie sociale tout juste au-dessus du prisonnier, comme le disait Gérard Filion, dans un éditorial du journal "Le Devoir", il n'y a pas de meilleur moyen. Comment parviendra-t-on à éduquer le public, à le libérer de ses préjugés et de ses craintes à l'endroit du malade psychiatrique, à le convaincre que la maladie mentale et la maladie physique doivent être mises sur le même pied et qu'il faut rapprocher l'hôpital psychiatrique de la communauté, si nos actes ne se conforment pas à nos théories, si l'on donne la preuve que l'hôpital psychiatrique constitue un monde à part, une sorte d'univers sur lequel les forces de l'ordre exercent une surveillance de tous les instants ? On ne peut qu'en conclure qu'il s'agit là d'un monde mystérieux, étrange, dangereux, qui n'a pas de commune mesure avec la société des bien-pensants et dont il importe de ne pas s'approcher. C'est bien d'ailleurs dans cette optique que le malade finit pas se considérer lui-même. Il prend sa maladie pour une faute et y réagit par un sentiment de culpabilité. Il en arrive à penser qu'il doit représenter un bien grand danger pour lui-même et la société, puisque la police s'attache à ses pas et contrôle ses activités. Il en déduit que la communauté le rejette et qu'il faudra faire de plus grands efforts pour laver sa réputation, ne plus inspirer la peur et se faire accepter à nouveau par la collectivité. Dans ces conditions, les programmes de réhabilitation déjà si difficiles en soi n'en deviennent que plus ardu.

Il est d'ailleurs à noter que dans les explications qu'il donne à l'appui de sa décision, le surintendant médical ne se réfère jamais à ces objectifs thérapeutiques. Il veut ainsi limiter les évènements, malgré qu'avec le présent système, il s'en produit quand même près de deux cents (200) par année. Il veut protéger les malades contre l'indélicatesse des curieux qui viennent s'en moquer, alors qu'il faudrait plutôt profiter de l'occasion pour corriger ces derniers de leurs préjugés et faire leur éducation. Il veut empêcher des petits commerces illicites et diminuer le nombre de vols comme s'il n'existe pas d'autres et de meilleurs moyens de la faire, qui favoriseraient l'instauration d'un milieu thérapeutique au lieu de l'entraver.

Quant au service ouvert proprement dit, il n'en existe pas encore un seul à Saint-Jean-de-Dieu. Un certain nombre de malades travaillent bien hors des salles, participent aux jeux, se promènent sur le terrain, mais ils doivent ensuite réintégrer une salle verrouillée. Si la porte de la salle est ouverte, elle donne sur une autre salle ou un corridor qui, eux, sont fermés à clé. Il s'agit d'ailleurs là de privilèges individuels dont ne bénéficient pas tous les malades d'une salle, mais seulement quelques uns d'entre eux. Ces privilèges ne sont pas non plus statutaires, mais peuvent être retirés à n'importe quel moment et pour des raisons qui ne sont pas toujours médicales. Enfin, il n'est aucun de ces services qui soit organisé en vue des objectifs que l'on entend poursuivre par cette politique de la porte ouverte. L'esprit n'y est pas. On ne fait pas confiance aux malades. Le personnel voit lui aussi en lui un être diminué, dangereux, qu'il faut d'abord garder et on ne stimule pas son initiative. On ne s'intéresse guère à ses goûts, intérêts, projets et problèmes. On se songe guère à développer ce qu'il y a de fin dans sa personnalité, à favoriser ses moyens d'expression, son besoin de socialisation et son sens des responsabilités.

La politique de la porte ouverte implique l'instauration d'un climat dynamique, enthousiaste, qui soulève le personnel aussi bien que les malades et sans lequel cette réforme est d'avance vouée à l'échec. Nous n'avons trouvé à Saint-Jean-de-Dieu ni cette inspiration, ni ce dynamisme, ni ces réalisations.

f) Encombrement vs traitement

L'Hôpital Saint-Jean de Dieu compte près de six mille (6,000)

lits. Ce chiffre est déjà excessif en soi, mais il l'est encore davantage, du fait que l'hôpital possède une capacité théorique totale de seulement trois mille neuf cent huit (3, 908) patients. Il en résulte une congestion de tous les services et pavillons. Les patients sont entassés les uns sur les autres. Certaines salles de cent (100) lits ont environ quarante (40) lits de trop. L'espace vital est mesuré au compte-gouttes. Les installations sanitaires ne suffisent pas aux besoins. A force de se marcher sur les pieds, la vie en commun devient pénible, frustrante et engendre d'autant plus de tension et de conflits que les malades ont déjà beaucoup de difficultés à contrôler leurs réactions émotives. Un appareil hospitalier aussi lourd est assimilable à une usine et il sera très difficile de ne pas l'administrer selon les méthodes propres à l'industrie. On dira alors, par exemple, que les patients consomment pour un repas deux mille huit cents (2, 800) livres de saucisses, deux mille six cents (2, 600) livres de poissons, six mille livres (6, 000) de bananes et, pour une journée, deux mille (2, 000) pains, cinq mille (5, 000) livres de viande, huit cents (800) gallons de lait, etc.

On achète, on lave, on cuisine pour une collectivité et non pour les schizophrènes de la salle Sainte-Anne, ou tel ou tel malade hâliné de la salle Saint-Paul.

Il est également symptomatique que Saint-Jean-de-Dieu ait été érigé en municipalité. L'hôpital n'est donc plus une société transitoire, artificielle, mais une petite ville comme une autre qui s'enferme sur elle-même, secrète sa philosophie de vie, établit ses rouages administratifs, assigne ses rôles et fonctionne sous le signe de l'efficacité, tel que défini par la loi des cités et des villes.

Non seulement le malade risque-t-il d'être considéré comme un être impersonnel, c'est-à-dire un pensionnaire, mais on lui assigne également son rôle dans une structure rigide qu'on ne peut se permettre de modifier trop souvent, sous peine de dérégler tout le système. Il est donc juste de dire qu'un hôpital de six mille (6, 000) lits, dont l'administration est fortement centralisée, est anti-thérapeutique par essence, quels que soient par ailleurs ses mérites.

Pour éviter la dépersonnalisation du malade en même temps que pour créer un climat plus favorable à sa réhabilitation, les experts suggèrent de décentraliser les gros hôpitaux, de les diviser en unités distinctes, autonomes, possédant chacun leurs fonctions, leur personnel et leurs organisations. Plusieurs expériences ont déjà réussi avec succès, particulièrement dans les Etats du Connecticut, Kansas, New-York et Iowa. Ainsi, on crée une unité gériatrique entièrement construite pour répondre aux besoins physiologiques, psychologiques et sociologiques du vieillard affecté d'une maladie chronique, ou on découpe l'hôpital en trois ou quatre petits hôpitaux complets groupant chacun les malades d'une région déterminée, comportant ses services de traitement actif et ses services de traitement à long terme. Ces unités ne dépendent de l'administration centrale que pour les services généraux. Ces deux formules ont chacun leurs mérites. Dans le premier cas, la structure hospitalière du personnel s'adapte aux besoins d'un certain type de malades. Dans le deuxième cas, les malades d'une même région se découvrent des sujets d'intérêt commun et peuvent être suivis à travers toutes les phases de leur maladie par la même équipe thérapeutique qui apprend ainsi à mieux les connaître et les aider.

Le Personnel

Lorsqu'un asile prend le nom d'hôpital, cela implique qu'il veut cesser d'abord d'être un établissement de garde et qu'il entend désormais se préoccuper avant tout du traitement des malades. Ce changement doit être senti à tous les niveaux: politique générale, administration, aménage-

ment des locaux, disposition des argents, recrutement du personnel, attribution des rôles, élaboration des structures médico-administratives, etc. Nous avons déjà abordé quelques uns de ces problèmes. Il nous faut maintenant considérer un autre facteur de toute première importance: le personnel professionnel.

a) Psychiatrie

L'hôpital compte vingt (20) psychiatres, à temps complet, dont dix-sept (17) sont affectés au soin des malades. Le surintendant médical et ses deux assistants se consacrent à l'administration.

Les chefs de services sont au nombre de quatre (4). On compte aussi trente-trois (33) médecins d'autres spécialités qui sont au service de l'hôpital, soit à temps partiel ou sur demande.

Le surintendant est personnellement responsable à la société et au gouvernement de la conduite des malades qui lui sont confiés. Quand cette responsabilité s'étend à six mille (6,000) malades, parmi lesquels on trouve un certain nombre de pervers, narcomanes, psychopathes et repris de justice, on peut comprendre jusqu'à quel point il peut lui être difficile de concilier les exigences de la loi et celles de la science, son désir d'aider le malade et sa crainte de l'opinion publique, son idéal professionnel et le souci de sa sécurité personnelle.

Ces problèmes et conditions se répercutent directement sur la situation qui est faite aux malades internés. L'unique entrée de l'hôpital est gardée par un poste de police. Une tour basse et vitrée abrite le policier qui contrôle les allées et venues de tous ceux qui ont accès au terrain. Le garde pèse sur un bouton de commande pour ouvrir l'énorme grille de neuf (9) pieds de haut. Il faut toujours s'identifier et présenter le laissez-passer réglementaire. C'est au surintendant actuel que l'on doit cette mesure de sécurité. Il a voulu ainsi rendre plus difficile l'évasion des patients, diminuer les vols commis par les employés, empêcher l'accès de l'hôpital aux colporteurs qui venaient abuser des malades et aux curieux qui s'y rendaient comme à un spectacle.

Dans les standards qu'elle a publiés en 1958 et que d'aucuns estiment très conservateurs, l'association psychiatrique américaine recommande les chiffres suivants: un (1) psychiatre pour trente (30) patients, au service d'admission et de traitement intensif.

Au 30 décembre 1960, l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu comptait cinq mille six cent cinquante-deux (5,652) malades hospitalisés, dont mille six cent quatre-vingt-seize (1,696) admis au cours de l'année. Selon ces barèmes, encore une fois très conservateurs, l'hôpital aurait besoin d'au moins soixante-seize (76) psychiatres. Or, il n'en possède que dix-sept (17) qui fassent réellement du service actif auprès des malades. Ce qui oblige par exemple un psychiatre à s'occuper de quatorze (14) salles: Saint-Marc (42 malades) Saint-Thomas (42 malades), Saint-François-d'Assise (39 malades) Saint-Omer (52 malades) Saint-Georges (78 malades, Saint-François-Xavier (52 malades) Saint-Jean (47 malades) Saint-Joseph (50 malades) Saint-Joachim (91 malades) Notre-Dame du Bon Secours (77 malades) Saint-Zénon (71) Saint-Luc (83 malades) Saint-Julien (66 malades) et Notre-Dame des Anges (126 malades), soit un total de mille seize (1,016) malades.

Un autre psychiatre doit aussi s'occuper de quatorze (14) salles de malades qui contiennent un total de huit cent deux (802) patients.

On comprend alors que l'un d'entre eux nous ait dit ne passer que vingt (20) minutes par semaine dans telle salle de chroniques. On comprend alors que les notes médicales aux dossiers soient des plus sommaires.

res, qu'elles n'aient plus été inscrites dans certains cas depuis un an, deux ans et même un cas depuis huit ans. On comprend qu'il faille parfois longtemps à un patient pour obtenir de voir son médecin, de lui faire part de ses progrès, d'être entendu à l'assemblée en vue d'un congé éventuel. On comprend que la pharmacothérapie remplace la psychothérapie dans la plupart des cas où celle-ci paraît indiquée, ce qui entraîne un usage abusif de médicaments mais qui est pourtant préférable à l'absence de tout traitement. On comprend que les malades chroniques soient, à toute fin pratique, abandonnés à leur sort, étant donné que le psychiatre ne peut même pas se rappeler leurs visages et encore moins leurs symptômes, suivre leur évolution et instituer la thérapeutique appropriée. On comprend qu'il y a cinq cent quarante-six (546) malades dont le séjour à l'hôpital s'établit entre un et deux ans, six cent quatre-vingt-quatre (684) malades, dont le séjour s'établit entre deux et cinq ans, mille sept cent vingt-cinq (1,725) malades, dont le séjour s'établit entre cinq et vingt ans, et mille cent quatre-vingt-dix (1,190) qui sont à l'hôpital depuis vingt ans et plus. On comprend que le chiffre des admissions, si on exclut les transferts, dépasse presque chaque année le taux des sorties: pour 1957, six cent quatre-vingt-dix-sept (697) admissions, cinq cent cinquante-cinq (555) congés; pour 1958, quatre cent quatre-vingt-sept (487) admissions et six cent trente-huit (638) congés; pour 1959, huit cent quarante (840) admissions et trois cent soixante-six (366) congés; pour 1960, mille quatre cent une (1,401) admissions et douze cent dix-neuf (1,219) congés et départs, ce qui amène une augmentation croissante de la population hospitalière, malgré les décès et les transferts dans d'autres hôpitaux. On comprend surtout que le psychiatre ne puisse faire profiter ces malades des connaissances et des techniques acquises au cours de sa formation. Il est comme le veilleur de nuit qui se présente à une heure fixe aux divers postes de contrôle, doit courir partout, mais ne peut faire nulle part le travail qu'il aime et pour lequel il est préparé; il est harassé par une multitude de problèmes qu'il ne peut résoudre à sa satisfaction et qui nuisent à sa capacité de réflexion et de travail. S'il ne veut pas lui-même succomber au défaitisme et à l'abrutissement, il doit alors se chercher d'autres sources de gratification (clientèle privée, loisirs, etc), réclamer des réformes ou quitter ce travail pour un autre où il espère enfin pouvoir donner toute sa mesure. Un bon nombre de psychiatres de l'hôpital ont, depuis quelques années, choisi cette dernière alternative. Quant aux réformes qui ont pu être préconisées, elles n'ont pas été agréées par les autorités concernées.

b) Psychologie - Service social - Thérapie d'Occupation

Si la situation faite aux psychiatres est déplorable, celle des psychologues, travailleurs sociaux et thérapeutes d'occupation l'est encore davantage. L'Association Psychiatrique Américaine recommande un psychologue pour cent (100) malades aigus et un psychologue pour cinq cents (500) malades chroniques; un travailleur social pour soixante (60) nouvelles admissions par année, une thérapeute d'occupation diplômée pour trois cents (300) malades chroniques. D'après ces barèmes, l'hôpital devrait compter vingt-trois (23) psychologues, vingt-huit (28) travailleurs sociaux et vingt-neuf (29) thérapeutes d'occupation. Or, il n'existe à Saint-Jean-de-Dieu qu'une seule psychologue, une seule travailleuse sociale, de plus non graduée d'une école universitaire reconnue, et pas une seule thérapeute d'occupation diplômée. L'utilité de ces services ne fait pourtant plus de doute pour quiconque s'y connaît.

Les évaluations psychométriques aident à préciser le diagnostic, renseignent sur la structure de la personnalité, sur les carences et aptitudes, sur les zones névralgiques et les conflits les plus importants. Elles permettent de juger de l'accessibilité à la psychothérapie, du genre de support dont le malade a besoin, de l'évolution du traitement et de la nature du programme de réhabilitation qui s'impose. Le psychologue peut également apporter une précieuse contribution au programme d'enseignement, établir les liens entre la psychiatrie et la psychologie générale, é-

laborer des projets de recherches, selon une méthodologie rigoureuse et coopérer à leur exécution.

Pour sa part, le travailleur social obtient des parents les informations essentielles sur les événements qui ont précédé l'hospitalisation, sur toute l'histoire antérieure du malade, sur son caractère et sur son comportement, sur ses goûts, habitudes, projets et problèmes. Il fait également du milieu familial une étude qui porte sur les aspects économiques, sociologiques, religieux, culturels et psychologiques. Il en arrive ainsi à identifier certains éléments pathogènes qui peuvent avoir préparé ou déclenché l'accès morbide. Par la suite, il peut aider le malade à régler certains problèmes de finance et d'emploi. Il prépare également le retour du malade à son foyer, en tentant d'éliminer les causes de tension, en intéressant les membres de la famille au programme de réhabilitation, en indiquant à chacun les attitudes appropriées et en levant les obstacles intérieurs qui s'opposent à leur réhabilitation et à leur maintien. Pour toutes ces raisons, les programmes d'enseignement et de recherches ne peuvent se passer de sa collaboration.

La thérapeute d'occupation diplômée joue elle aussi un rôle très important au cours de l'hospitalisation. Elle oriente et coordonne toutes les activités occupationnelles et récréatives. Sa formation lui permet de choisir pour chaque patient le niveau d'activités qui lui convient, le genre de travail, le médium d'expression qui convienne le mieux à son état, à ses besoins et à ses aptitudes. Son but n'est donc pas simplement d'occuper le malade. Elle vise plutôt à mobiliser ses énergies, à le libérer de ses tensions intérieures, à le valoriser à ses propres yeux, à développer ses talents naturels, à augmenter et améliorer ses échanges sociaux, à lui redonner foi en lui-même. Elle participe également au programme de réhabilitation, en communiquant au médecin ses observations du comportement de chaque malade et en adoptant à l'endroit de chacun d'eux l'attitude qu'impose l'évolution de la psychothérapie. À tous ces titres, sa contribution est de première importance dans les programmes d'enseignement et de recherches.

En plus d'être assez nombreux, le personnel professionnel doit trouver sa place au sein d'une structure clinique où les rôles de chacun sont exactement définis et articulés les uns aux autres, au service d'un idéal commun. Cette structure s'appelle "l'équipe clinique".

c) L'Équipe Clinique

Le rapport canadien sur les Services de Santé Mentale lui consacre plusieurs chapitres, ce qui démontre mieux que tout commentaire le cas que l'on doit en faire. Cette équipe clinique se compose essentiellement du psychiatre, du travailleur social, du psychologue, de l'infirmière, de la thérapeute d'occupation et du préposé aux malades. Il faut une équipe clinique pour chaque unité de soins. Comme il s'agit ici de malades psychiatriques, l'équipe est sous la direction du psychiatre. Selon les termes du rapport: "Le comité et les consultants sans exception se sont prononcés en faveur de la reconnaissance du psychiatre comme étant la personne qui doit de droit posséder l'autorité et la responsabilité pour toutes les activités de l'équipe clinique". C'est donc au psychiatre qu'il appartient de définir les buts de l'équipe, ainsi que ses principes opérationnels. Il l'anime de son esprit, assigne les rôles, recueille les observations et les suggestions, élabore le programme thérapeutique et en contrôle l'exécution. Sa connaissance de la dynamique des groupes lui permet de se reconnaître dans le dédale des relations interpersonnelles qui se nouent à l'intérieur du groupe, de se rendre compte des besoins et motivations de chacun, d'identifier les tensions qui menacent l'unité de l'équipe et d'y apporter à temps les solutions appropriées.

Cette équipe étudie tour à tour chaque malade, le fait bénéficier de toutes ces ressources conjuguées, donne au personnel infirmier les moyens

de créer au sein du service une atmosphère thérapeutique, fait en sorte que chaque minute passée à l'hôpital soit utilisée à des fins thérapeutiques.

Cette équipe ne dissocie pas le traitement de l'enseignement ni de la recherche, mais poursuit simultanément ces trois objectifs. Les conférences de service où chacun apporte ses informations et ses suggestions améliorent la qualité du traitement en même temps qu'elles augmentent les connaissances de chaque membre de l'équipe. La discussion serrée des moindres incidences du traitement, de ses moments dramatiques, des rechutes et des erreurs, fait de chaque réunion une recherche en action dont les résultats constituent un acquis pour la science. Les cours formels peuvent ainsi être réduits au minimum et les quelques uns qui demeurent servent à approfondir des notions théoriques qui trouveront aussitôt leur application dans le traitement, pour le plus grand bénéfice du malade. Les projets de recherches proprement dits font appel à la coopération du patient qui trouve lui-même son profit, grâce à l'attention accrue que lui manifeste le thérapeute et aux connaissances nouvelles que celui-ci peut y acquérir. On sait d'ailleurs que l'enseignement et la recherche constituent le meilleur antidote contre l'esprit de routine, le confort intellectuel et l'apathie.

L'équipe n'estime pas son travail terminé, une fois le patient sorti de l'hôpital. Elle sait que l'hospitalisation ne constitue qu'une des phases du traitement. Elle reconnaît, selon les termes du rapport canadien, "Que les personnes qui ont besoin des services cliniques psychiatriques doivent recevoir un traitement approprié le plus tôt possible, avec le moins de déracinement social possible et avec le plus de continuité dans le traitement et la plus grande réhabilitation sociale possible! A ce travail de restauration sociale, tous les membres de l'équipe thérapeutique collaborent selon leur optique propre. Le psychologue s'occupe de l'orientation professionnelle, le travailleur social, du service de placement et des soins auprès des membres de la famille, le thérapeute d'occupation, de la réadaptation fonctionnelle et les organismes auxiliaires, de l'appui moral et parfois financier.

Le malade revoit le psychiatre à la clinique externe pour ses entrevues de post-cure. Il peut revenir pour quelques heures à l'hôpital de jour ou à l'hôpital de nuit, pour fins de consolidation thérapeutique. Il peut être assigné à une résidence cîte à mi-chemin "half way House", telle que celle qui vient d'être inaugurée au Verdun Protestant Hospital, où il revient après son travail, en attendant qu'il soit suffisamment amélioré pour reprendre sa place au foyer et dans la société. Avec de pareilles équipes suffisamment nombreuses, plusieurs hôpitaux mentaux ont considérablement abrégé la durée d'hospitalisation des malades aigus, empêché la détérioration des malades organiques et séniles, rééduqué et reclassé un grand nombre de déficients mentaux, abordé avec assez de succès thérapeutiques des psychoses organiques les plus réfractaires, pour accorder le congé à des malades hospitalisés depuis cinq, dix et vingt ans. Ce qui fait que, malgré une augmentation croissante du nombre des admissions, la population de ces hôpitaux décline, d'une façon lente mais continue. On envisage actuellement la possibilité de démolir certains pavillons ou de les transformer en résidences communautaires pour malades âgés.

Il est tout à fait impossible actuellement d'appliquer cette politique à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Non seulement les effectifs manquent-ils, mais la structure administrative et l'atmosphère ne s'y prêtent pas. Les membres de l'équipe professionnelle travaillent chacun pour leur compte. Les unités de soins comptent trop de malades. Le psychiatre ne possède ni le temps, ni l'autorité nécessaire pour exercer son "leadership". Ce leadership est exercé par des hospitalières. Les locaux d'occupation thérapeutique ne peuvent accueillir qu'un pourcentage infime du nombre des malades. L'assignation aux divers travaux et occupations n'est ni rationnelle, ni contrôlée. On garde, depuis des années, à la buanderie, cuisine, reliure, etc, des patients qu'un service social bien organisé pourrait reclasser dans la société. Les mêmes remarques

s'appliquent à l'organisation des loisirs dont profitent trop peu de malades. Il n'y a pas de service d'orientation professionnelle, ni de service de placement. Il n'y a pas de clinique externe. Alors que d'autres hôpitaux mentaux ont placé, avec d'excellents résultats, certains de leurs patients dans des foyers nourriciers, on n'a jamais envisagé pareille initiative à Saint-Jean-de-Dieu, parce que le recrutement des familles qui peuvent assumer le soin d'un malade est trop difficile et que le problème de la post-cure paraît insoluble. Il n'existe pas non plus d'hôpital de jour, d'hôpital de nuit, de résidence à mi-chemin ou de foyer d'accueil pour anciens malades. L'association des dames auxiliaires fait, par ailleurs, tout son possible pour procurer aux malades des petits cadeaux et des occasions de divertissement.

d) Nursing

Infirmières licenciées affectées au soin des malades:

Religieuses:	101
Laiques:	36
Infirmières psychiatriques:	6
Garde-malades auxiliaires:	2
Préposés aux malades (gardiens):	405

Durant le jour, on compte en moyenne, dans chacune des salles, une personne en service pour chaque dix (10) malades.

L'hospitalière en charge de la salle est toujours une religieuse; en général, elle est infirmière, mais on en rencontre un certain nombre qui ne le sont pas.

Il est important de voir de façon plus minutieuse les schèmes de pensée qui animent cette personne qui joue un rôle aussi primordial dans la vie quotidienne du malade.

L'hospitalière est d'abord religieuse, ce qui veut dire que, à une période de sa vie, le plus souvent entre vingt et trente ans, elle a rompu avec le monde et décidé de se consacrer à Dieu. Après sa période de probation, elle a prononcé les trois vœux de chasteté, de pauvreté et d'obéissance. Sa première préoccupation, tout au long de sa vie sera d'être fidèle à sa vocation et à ses engagements, d'étendre le règne de Dieu sur terre et de travailler à son propre salut, en suivant la règle de sa communauté et en accomplissant le mieux possible les fonctions que lui confient ses supérieures. Elle peut certes avoir du goût pour le travail psychiatrique, mais c'est d'abord par obéissance qu'elle devient infirmière, puis infirmière psychiatrique, puis officière des salles. Son idéal lui fera un devoir de se consacrer entièrement à sa tâche, de se dévouer sans compter pour ses malades et son personnel, d'accepter sans révolte tous les sacrifices et difficultés qu'elle peut rencontrer dans l'exercice de ses fonctions.

Les religieuses de Saint-Jean-de-Dieu donnent tous les jours et depuis de nombreuses années des preuves de dévouement et de cette charité. Elles trouvent dans la prière, les sacrements et les ressources de la vie communautaire le courage et la vigueur dont elles ont besoin pour accomplir le travail ardu, dont elles ont été longtemps seules à s'occuper. De ce point de vue, elles ont édifié une oeuvre qui mérite le respect et l'admiration.

Mais il importe de considérer aussi le problème sous l'angle scientifique et professionnel. Outre ses bonnes intentions, la religieuse doit posséder une juste conception de la maladie mentale. Si ses professeurs ne lui ont enseigné que la psychiatrie descriptive, s'ils ont mis trop l'accent sur les causes organiques, s'ils ne l'ont pas intéressée comme il se doit à établir un rapport entre les symptômes et les conflits familiaux, conjugaux et sociaux avec lesquels le patient est aux prises, s'ils lui ont appris à douter de l'efficacité des thérapeutiques et particulièrement des thérapeutiques psychologiques,

s'ils ont négligé de lui enseigner les principes et les techniques de l'action psychothérapeutique propre à l'infirmière, elle pourra difficilement comprendre ses malades, deviner leurs besoins et adopter à leur endroit les attitudes appropriées. Et cela, d'autant plus qu'elle peut avoir quitté le monde depuis longtemps, qu'elle n'a pas suivi l'évolution, qu'elle a peine à se retrouver dans l'échec des motivations et besoins affectifs, des codes moraux contradictoires et des pressions sociologiques que les malades eux-mêmes n'ont pas su déjouer.

Bien peu de religieuses hospitalières possèdent en fait les connaissances qu'exigerait le rôle extrêmement important qu'elles assument dans la salle. Certaines ne sont même pas infirmières. Celles qui ont reçu leur diplôme il y a vingt ans ont peu entendu parler de psychiatrie. Ce qu'on enseigne aux étudiantes depuis quelques années n'est encore que bien sommaire et ne comporte que bien peu de notions de psychiatrie dynamique. Il n'y a encore à Saint-Jean-de-Dieu que six infirmières spécialisées en psychiatrie et il est douteux que même cette formation spécialisée les ait préparées adéquatement à assumer la direction d'une salle.

Ne pouvant prendre appui sur son savoir professionnel, la religieuse se réfère aux schèmes qui lui sont les plus familiers et auxquels elle attribue la plus haute valeur, c'est-à-dire les schèmes religieux. Elle voit d'abord chez ses malades des âmes à sauver. Elle leur inculque des principes, une optique de la vie, une attitude à l'endroit du monde qui correspondent aux siens propres. Elle valorise les trois vertus qu'elle-même entend pratiquer pour accéder à la perfection: la chasteté, la pauvreté et l'obéissance. Elle cherche à faire de sa salle une extension de la communauté, où la prière et la méditation sont cultivées. Elle ne réalise peut-être pas que ces malades dont la vie affective est plus ou moins perturbée peuvent ne pas être prêts à recevoir son message, qu'ils cherchent d'abord une réponse à des problèmes personnels plus immédiats, plus pressants, qu'ils demandent à ce qu'on les aide à retrouver une identité et des règles d'action qui diffèrent de celles d'une religieuse qui a renoncé au monde.

Quand ses malades s'agitent, se rebellent, deviennent agressifs ou hostiles et enfreignent les lois d'une morale qu'ils interprètent d'ailleurs à leur façon pathologique, l'hospitalière n'a le choix qu'entre la bonté qui peut se manifester par des bonnes paroles, des promesses de récompenses et la contrainte qui peut s'appeler, selon le cas, fermatés, menaces, punitions, sanctions. Faute de comprendre le sens du comportement pathologique, elle tente de régir celui-ci par des solutions uniformes et non adoptées aux besoins réels. La compréhension est ainsi remplacée par l'autorité. C'est elle et non le médecin qui ordonne de mettre le patient en cellule, de lui appliquer la camisole de force ou toute autre contrainte physique, qui lui prescrit, en cas de crises, tranquillisants et sédatifs, qui applique les sanctions (pertes de privilèges, permissions, etc), qui prend souvent sur elle de transférer le patient à une autre salle. C'est également elle qui accorde les permissions, les faveurs, qui assigne aux malades dociles et utiles les chambres de récompense et qui décide, au sein de la salle, de l'attribution des rôles et des fonctions.

Des perspectives médicales et religieuses ne sont pas nécessairement contradictoires, mais elles ne peuvent s'harmoniser que si on les distingue au départ, qu'on précise leur signification et leurs modes spécifiques d'action. Les inconvénients que nous venons de signaler ne se produiraient pas si le médecin exerçait effectivement et pleinement son autorité sur la salle, s'il aidait sa principale collaboratrice, l'hospitalière, à prendre conscience de sa double vocation religieuse et scientifique, des difficultés, mais aussi des avantages et des modes de leur intégration. La religieuse n'aurait plus alors à se défendre de l'anxiété que provoque chez elle le malade mental par une réaction de fuite ou par un recours à son autorité. Elle apprendrait à observer de très près le malade et à communiquer et critiquer ses observations, à individualiser le traitement et à appliquer à meilleur escient son zèle et ses qualités.

Ne se sentant plus écrasée par des responsabilités qui la dépassent, elle en éprouverait un plus grand sentiment de sécurité, qui se traduirait par une attitude plus souple et mieux adaptée aux besoins du malade.

Il faut également accorder une grande importance aux préposés aux malades, qu'on appelle encore trop souvent "gardiens". Il doit être choisi pour sa maturité, ses qualités de coeur et d'esprit, sa capacité de se dévouer et de s'intégrer à une équipe. Pourrait-il être un candidat qualifié, il importe d'abord de lui offrir un salaire convenable. Il faut ensuite lui accorder l'attention et le respect que l'on porte à un associé, lui faire prendre conscience de son rôle, lui inculquer une juste notion de la maladie mentale, lui enseigner les éléments de psychiatrie qu'il a besoin de connaître, l'inviter aux réunions d'équipe, solliciter ses observations, lui indiquer pour chaque malade les attitudes appropriées, créer un climat de confiance qui l'incite à parler de ses réactions à l'endroit de tel ou tel malade difficile et lui permette ainsi d'apporter de lui-même le correctif qui s'impose. Si le préposé aux malades est ainsi formé et encadré, son travail lui deviendra une joie et deviendra évidemment thérapeutique. On n'aura plus alors à craindre la possibilité d'un comportement brutal. On ne frappe pas parce qu'on a peur et qu'on pense avoir à se défendre. Si le préposé aux malades comprend que les débordements agressifs du patient sont un signe de panique et un appel au secours, il n'en sera pas effrayé, il en recherchera les causes réelles et adoptera l'attitude adéquate, qu'il s'agisse d'une réassurance, d'un bon conseil ou d'un contrôle effectué selon toutes les règles de l'art.

Ce type de préposés aux malades est encore trop rarement rencontré à Saint-Jean-de-Dieu. Faute de pouvoir offrir un salaire intéressant, on n'attire qu'un petit nombre de candidats déjà qualifiés. Les méthodes de sélection sont sommaires. L'aide-infirmier ne reçoit aucun enseignement et ne participe à aucune réunion de groupe. En fait, on ne lui accorde qu'une attention minimale, sauf pour les ordres spécifiques qu'on lui donne, on le laisse à sa propre initiative. Dans ces conditions, il est difficile de contrôler son travail, ainsi que la nature de ses interventions auprès des malades. Le manuel d'accueil de l'hôpital lui défend certes de rudoyer, de frapper ou de menacer les malades, mais ne lui dit pas de quelle façon maîtriser son anxiété ou aborder les mille et un problèmes qui lui pose l'exercice de ses fonctions. Cette carence rend, pour ainsi dire, impossible l'instauration d'un climat thérapeutique.

C'est là une des raisons pour lesquelles on voit dans les salles un grand nombre de malades oisifs, désœuvrés qui se bercent tous ensemble durant des heures, qui promettent leur indifférence ou qui s'enfoncent dans des rêves d'où personne ne songe à les tirer. Ils se séparent un peu plus chaque jour de cette société qui les a rejetés, coupent un à un tous les liens qui les rattachaient au monde extérieur, s'installent dans une régression qui s'ajoute à la maladie dont ils souffraient et qui parfois les remplace. Là où il faudrait stimuler, entraîner, encourager, intéresser, il n'y a que stagnation et silence. Il est certes des malades qui résistent à cet enlèvement et cherchent le contact et le dialogue, qui réclament des entrevues avec leur médecin, qui mobilisent tout ce qu'ils possèdent d'énergie, en vue de retrouver leur équilibre. Mais si leurs efforts n'aboutissent pas après une certaine période qui peut varier entre dix et dix-huit mois, ils risquent de se décourager, de renoncer à poursuivre leur lutte. C'est alors qu'ils s'installent à jamais dans leur aliénation qui est aussi bien et aussi souvent sociologique que psychiatrique. C'est à ce moment qu'ils deviennent des citoyens véritables de la municipalité de Saint-Jean-de-Dieu qui s'adaptent aux structures existantes, désormais les seules possibles pour eux, qui participent aux fêtes et aux événements communautaires, qui s'installent dans leurs routines, qui entretiennent entre eux et avec le personnel des rapports stéréotypés, qui trouvent même parfois dans les salles et les divers ateliers des emplois où ils prennent un minimum d'intérêt. Ils sont perdus pour la société en marche, pour leurs familles qui les ont oubliés, mais ils ont pris leur place définitive dans cette nouvelle société.

ité que constitue pour eux l'hôpital psychiatrique.

e) Psychiatres en formation

Aucun.

Activités Scientifiques

a) Recherches

À part "l'Assemblée", le personnel médical se réunit de temps à autre pour entendre l'exposé d'un cas particulièrement intéressant ou une communication scientifique. Les psychiatres donnent aussi quelques cours aux infirmières stagiaires et aux hospitalières. Depuis mars 1960, on a formé divers comités: comité de chirurgie, médecine, occupation thérapeutique, laboratoire, pharmacie, délinquance, conférences, enseignement, etc. Ces comités ne se sont réunis qu'en de rares occasions depuis leur fondation. Le surcroît de travail occasionné par les transferts en serait la principale cause.

Depuis quelques années, certains membres du corps médical avaient entrepris des travaux de recherche, particulièrement dans l'évaluation clinique de nouveaux médicaments, mais on a dû pratiquement discontinuer toutes ces recherches, afin de permettre aux médecins de consacrer plus de temps au soin des malades et au transfert de nombreux patients.

Il faut pourtant constater que tous les hôpitaux qui, depuis quelques années, ont reçu cette haute distinction, qui s'appelle le "Mental Hospital Award", et qui témoigne de la haute qualité des soins prodigués aux malades, étaient des hôpitaux qui avaient un important programme d'enseignement et de recherches. Il est, par ailleurs, tout aussi certain que l'absence d'un tel programme est responsable pour une bonne part du climat peu progressif qui règne à l'hôpital. Ce ne sont pas uniquement les salaires alléchants qui retiennent les meilleurs psychiatres, mais surtout et avant tout des conditions de travail qui leur permettraient de réaliser leurs ambitions de thérapeutes, d'hommes libres et de savants.

b) Enseignement

Depuis quelques années, l'hôpital a cessé toute participation à l'enseignement. Il est vrai que l'Université ne paie guère ses professeurs. Mais elle rend à l'hôpital, qui lui prête sa collaboration, des services qui ne s'estiment pas en chiffres. L'enseignement bousscule en effet les routines trop bien établies, les conformismes, les suffisances et l'ignorance. Il agit comme un levain dans la pâte, stimule les psychiatres et, à travers eux, tout le personnel professionnel, amène un renouvellement des esprits et des techniques.

En 1959, la faculté de médecine a approché le surintendant médical à deux reprises, afin de renouer les liens entre l'Université et l'Hôpital. La faculté désirait intéresser de nouveau le personnel scientifique à l'enseignement et établir des conditions de collaboration Université-Hôpital. Le surintendant médical expliqua que son personnel était débordé et n'avait pas de temps à consacrer à l'enseignement. Il exige aussi que le personnel médical soit rémunéré de façon excessive pour l'enseignement aux étudiants. Au cours d'une rencontre avec les autorités administratives et médicales de l'hôpital, celles-ci nous ont affirmé que si les relations reprenaient entre l'université et l'hôpital, ce ne serait qu'aux conditions exigées par celui-ci.

Durant quelques années, l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu a été accrédité par le Collège des Médecins de la Province de Québec et le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. Il a maintenant perdu ces deux accréditations et il n'est pas non plus reconnu par la "U.S. Joint Commission on Accreditation of Hospitals" ou par tout autre organisme d'accré-

citation.

Rapports Corps Médical - Administration.

Pour qu'une loyale collaboration s'exerce à l'intérieur de l'hôpital, il importe que les rôles et fonctions de chacun soient exactement délimités et qu'un système adéquat s'établisse à tous les niveaux. Les spécialistes de l'administration hospitalière sont en effet d'accord pour faire de cette exigente une condition première et sine qua non d'efficacité et de succès.

La politique générale de l'institution doit procéder d'une autorité unique. Et comme il s'agit d'un hôpital, cette autorité doit être médicale. Seul, le surintendant peut connaître les indications thérapeutiques de telle structure administrative ou de tel règlement, de l'affectation des crédits à tel ou tel poste du budget, de la disposition des locaux, de l'organisation des déplacements hospitaliers, des pratiques suivies en ce qui concerne la nourriture et le vêtement, etc.

C'est en ordonnant tous les éléments qu'il faut créer un milieu, une atmosphère où chaque détail, chaque minute de l'horaire et chacun des employés et des spécialistes contribuent au travail de réhabilitation. Il doit recevoir de l'administration tout le support moral et financier nécessaire en même temps qu'il doit requérir son avis dans les domaines qui ne sont pas de sa compétence. Par ailleurs, il doit informer constamment celle-ci de la marche de l'institution, des problèmes qui se posent, des progrès réalisés et des objectifs à atteindre. Le surintendant médical se doit aussi de faire partager ses conceptions à son personnel médical, avec lequel il travaille en étroite collaboration. Il assigne à chacun d'eux les fonctions appropriées, sollicite les observations et suggestions et les incite sans cesse à se dépasser. Le personnel médical veille, de son côté, à se donner une bonne organisation: bureau médical, comité scientifique, équipe clinique, bibliothèque médicale, etc. Il établit également un réseau de communication, grâce auquel les directives sont transmises et les observations de chacun sont recueillies avec le maximum de rapidité et d'efficacité. L'équipe thérapeutique finit par inclure aussi tous les employés, est animée d'un même esprit et s'emploie avec dynamisme à réaliser ses objectifs.

Cet équilibre et cette unité ne se retrouvent pas à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. L'autorité du surintendant est limitée au domaine médical et encore n'y est-elle que fort relative. Il s'en suit que l'hôpital vit sous un régime bicéphale, dont les deux têtes sont d'un volume bien inégal. Le surintendant est certes consulté par les autorités administratives, mais ne siège pas sur le Conseil d'Administration et ne participe pas directement à la préparation du budget total de l'institution. Rappelons ici que ce Conseil d'Administration n'est composé que de religieuses de la Providence, propriétaires de l'établissement, à l'exclusion de tout autre représentant de l'état ou de la collectivité. Il est tellement vrai que ce conseil prend toutes les décisions importantes que, lors de la visite de la Commission, le surintendant se récriait à la maison-mère "pour des décisions se rapportant à l'enseignement universitaire et au transfert des malades", deux problèmes qui sont pourtant de nature essentiellement médicale. Il semble donc que le droit de propriété amène avec lui le droit de gérance absolue, même quand il s'agit d'une propriété édifiée, agrandie et entretenue à même les fonds publics. C'est là une conception fort discutable qui appartient à un libéralisme économique depuis longtemps dépassé, et qui est contredite par la pensée actuelle de l'Eglise, telle qu'exprimée dans l'encyclique "Mater et Magistra" et dans une récente allocution du Cardinal Léger. (30 janvier 1962 - La Presse).

Le bureau médical, tel que défini par la loi des hôpitaux psychiatriques, doit être composé du surintendant médical, des assistants et des chefs de services. Un pareil bureau médical existe à Saint-Jean-de-Dieu.

Il convient pourtant de souligner que c'est là une structure médico-administrative particulière aux hôpitaux psychiatriques. Dans tous les autres hôpitaux, le bureau médical comprend tous les membres du personnel médical. Il possède ses statuts et règlements qui sont approuvés par le conseil d'administration. Il fixe la procédure d'admission, de réengagement et de destitution. Il classe les membres du personnel médical, selon les diverses catégories et délimite pour chacune d'elles les privilèges et les obligations. Il élit démocratiquement ses propres officiers. Il forme des comités: comité de crèche, comité de dossiers, comité de discipline, etc, et enfin comité conjoint qui exerce une fonction de contrôle et de surveillance sur tous les actes médicaux et travaille à l'amélioration des services hospitaliers.

Il protège les prérogatives du personnel et veille à l'établissement de relations suivies et harmonieuses avec l'administration. Il adopte des propres règlements de régie interne (tenue de dossiers, procédures de consultations, prescriptions de traitements, etc), il étudie les problèmes courants d'organisation ainsi que les cas-problèmes, stimule et contrôle l'activité scientifique. Nul hôpital ne peut être approuvé par les divers organismes d'accréditation, s'il ne possède un bureau médical ainsi constitué et remplissant adéquatement ses fonctions. Ce type de bureau médical ainsi constitué n'existe pas encore à Saint-Jean-de-Dieu. Cette grave carence ne fait pas que nuire au bon fonctionnement de l'hôpital, elle constitue également un facteur important de stagnation et fait régner un climat d'insécurité et de frustration au sein du personnel médical. On a récemment essayé de parer à ces inconvénients en instituant divers comités scientifiques, mais en plus d'être encore mal rodés et peu efficaces, ces comités ne sauraient remplacer le seul organisme démocratique qui puisse véritablement répondre aux besoins, c'est-à-dire un bureau médical bien organisé.

Dans ces conditions, il devient difficile d'établir un réseau efficace de communication entre les divers échelons de la hiérarchie. En fait, il semble bien qu'à l'hôpital, chaque groupe et chaque individu travaille pour lui-même. Le surintendant ne rencontre pas assez souvent son personnel médical, que ce soit formellement ou autrement. Il rencontre encore moins souvent les chefs ou membres des services auxiliaires, tels que psychologie, service social, nursing et occupation thérapeutique. Il tient rarement conseil avec les directeurs des services administratifs: division du personnel, entretien, cuisine, buanderie, ateliers, etc. Le surintendant ne peut alors être informé de la marche de l'institution et ne saurait effectuer les changements qui s'imposent, même s'il en avait le désir et les capacités.

Les psychiatres ne rencontrent guère plus souvent les autres membres de l'équipe clinique. Les officières et infirmières ne sollicitent pas non plus les observations des préposés aux malades et ne leur transmettent que des ordres. L'Association des Dames Auxiliaires ne cherche pas enfin à établir de contact organique avec les divers corps professionnels. Il en résulte que les relations interpersonnelles et interprofessionnelles constituent un chassé-croisé anarchique qui s'oppose à l'instauration d'un climat proprement thérapeutique.

La cunes et Progrès

Une fois sorti de l'hôpital, le malade ne peut guère être suivi. Il n'existe pas de clinique externe. Les autorités de Saint-Jean-de-Dieu en reconnaissent la nécessité, mais en expliquent l'absence: a) par le peu de temps dont disposent les psychiatres et b) par le manque de fonds. Cependant, un autre hôpital psychiatrique de Montréal, qui reçoit le même par diem, a réussi depuis cinq (5) années à faire fonctionner le soir une Clinique de Post-Cure où, en 1960, on a traité mille cent soixante-sept (1,167) malades. Le personnel (psychiatres, travailleurs sociaux, etc) n'est pas rémunéré pour ce travail supplémentaire. Chaque psychiatre doit y consacrer une soirée par semaine. Si l'on considère que les salaires des psychiatres à Saint-Jean-de-Dieu sont bien supérieurs à ceux reçus dans cet autre hôpital, l'on peut s'étonner à

bon droit que Saint-Jean-de-Dieu n'ait pas réussi à obtenir une collaboration semblable de la part de son personnel; il n'est même pas sûr qu'il ait tenté la chose !

La psychiatrie connaît, depuis le début du siècle, un extraordinaire développement. Des milliers de chercheurs nous ont maintenant livré le fruit de leurs études. Il en résulte que nous sommes maintenant beaucoup mieux informés sur la nature des diverses maladies mentales, sur leurs causes, leurs modes de développement et sur les nombreuses méthodes qui permettent d'en faire le diagnostic et, enfin, sur les diverses techniques thérapeutiques à la disposition de l'équipe professionnelle. La psychiatrie nous a aussi renseignés sur la nécessité des programmes de réhabilitation, sur les véritables besoins des malades, sur les méfaits de l'institutionnalisation, sur les facteurs de chronicité et sur les conditions essentielles à la création d'un milieu thérapeutique. Toutes ces connaissances accumulées devaient amener les psychiatres à réviser leurs conceptions de la maladie mentale, à rejeter les théories anciennes trop défaitistes, à élaborer de nouvelles politiques d'approche et de traitement de diverses affections psychiatriques et à réclamer une transformation radicale des structures médico-administratives.

C'est effectivement ce qui s'est produit dans la plupart des pays occidentaux. On y a entrepris des programmes rigoureux de modernisation des hôpitaux. Certains hôpitaux ont laissé tomber barreaux, grilles ou clés et pratiquent la politique de la porte ouverte. On a tenté de rapprocher l'hôpital de la communauté. On a créé de nouveaux hôpitaux plus petits et plus souples. L'heure est maintenant venue de faire le point. Le travail se poursuit dans plusieurs pays, dans plusieurs revues et au sein de plusieurs organisations dont l'Organisation Mondiale de la Santé. En ce qui concerne tout particulièrement l'hémisphère Nord-Américain, nous possédons déjà trois documents très importants: le Rapport de la United States Joint Commission on Mental Health, qui avait été créée en 1955 par le gouvernement des Etats-Unis et qui vient de déposer ses conclusions; le Rapport de l'Association Canadienne de Santé Mentale sur les Services de Santé Mentale au Canada, auquel ont travaillé, depuis cinq ans, les plus grands noms de la psychiatrie au pays et, enfin, le Rapport sur les Services de Santé Mentale dans Montréal et dans la région métropolitaine, étude publiée par la Division du Québec de l'Association Canadienne pour la Santé Mentale, en mai 1960.

Ces divers rapports établissent des principes et des critères, des directives et des conclusions, auxquels se rallient la plus grande majorité des spécialistes. Il devient donc important d'appliquer ces normes à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, de préciser sur quels points il s'en rapproche ou s'en éloigne et d'établir quelles réformes il lui reste à opérer pour s'acquitter comme il convient de sa mission.

Les experts sont unanimes à déplorer le gigantisme des hôpitaux mentaux. Quelques uns vont même jusqu'à préconiser leur complète abolition et leur remplacement par de petits hôpitaux régionaux. D'autres sont d'avis qu'il ne faut peut-être pas aller aussi loin, mais qu'il importe de moderniser au plus tôt des constructions qui reflètent une conception dépassée de la maladie mentale. Le rapport américain recommande que pas un seul lit nouveau ne soit ajouté aux institutions de plus de mille (1,000) lits et qu'on ne construise jamais plus un hôpital qui dépasserait ce chiffre. Le rapport canadien va plus loin et ici il est en accord avec l'Organisation Mondiale de la Santé, en recommandant qu'un hôpital psychiatrique ne devrait jamais plus dépasser cinq cents (500) lits, car "The setting must be of manageable size for administrative and therapeutic purposes. The larger the institution the greater the depersonalization".

La société à Saint-Jean-de-Dieu est une société sexuée. Les hommes vivent d'un côté, les femmes de l'autre. Les comités d'experts recommandent pourtant que l'hospitalisation disloque le moins possible les cadres existentiels du malade. C'est pourquoi ils appellent sur l'existence des pavillons mixtes, hommes et femmes peuvent continuer de man-

M. J. 28

ger ensemble, converser ensemble et travailler ensemble. Cette cohabitation se justifie de plusieurs points de vue. Les rapports mère-fils, époux-épouse, jeune homme-jeune fille, ont souvent constitué pour le malade une pierre d'achoppement. Il ne pourra faire les mises au point nécessaires, effectuer les expériences correctives que si on lui permet de vivre dans une société naturelle, où les deux sexes sont représentés. La multiplicité même de ces contacts constitue de plus un puissant facteur de socialisation. On n'a pas besoin de persuader le malade qui s'assoit et mange auprès d'une dame qu'il lui faut soigner sa tenue, ses manières et son regard et émailler sa conversation de propos susceptibles de le mettre en valeur vis-à-vis de sa compagne. Ce n'est pas là seulement un antidote à la régression et à la dépersonnalisation, mais une occasion de rencontres structurantes, qui peuvent aider un sujet à mieux comprendre ses besoins et les obstacles qui s'opposent à une communication véritable ou à une meilleure connaissance et compréhension de l'autre.

Il y a certes des dangers. La pathologie et la faiblesse de la nature humaine peuvent incliner vers des actes que réprouvent la bienséance et la morale. Mais n'y a-t-il pas lieu précisément de profiter de ces dangers mêmes pour faire prendre conscience aux patients des normes religieuses et sociales-culturelles, de l'écart qui existe entre ces normes et son comportement et de sanctions qui menacent ceux qui les contreviennent, des sentiments de honte, d'angoisse et de culpabilité qu'entraînent leur compréhension erronée et leur articulation défectueuse avec les diverses composantes de la personnalité ? N'y a-t-il pas lieu en somme d'assumer ce risque, en exerçant d'ailleurs la surveillance discrète mais ferme qui s'impose, afin d'assister le malade dans cette expérience précieuse entre toutes et qu'il n'a peut-être jamais faite, c'est-à-dire l'apprentissage de sa propre liberté ?

Ce n'est pas la théorie qui semble prévaloir à Saint-Jean-de-Dieu. Les hommes y vivent dans un monde d'hommes et les femmes dans un monde de femmes, comme s'il s'agissait de communautés qui ne devraient plus jamais être réunies. Il y a certes des rencontres occasionnelles. On se rend à l'église, on assiste ensemble aux spectacles et soirées récréatives, on se rencontre parfois sur le terrain à la belle saison. Il y a bien parfois des danses mixtes de Folklore, mais le règlement empêche les patientes mariées d'y prendre part ! On passe presque tout son temps entre gens de son sexe. Une certaine morale s'y trouve strictement respectée, mais on peut se demander si l'être humain, qui n'est pas destiné au célibat ecclésiastique, peut y apprendre à se réaliser dans sa totalité et s'il n'y oublie pas au contraire cette dimension essentielle d'homme, d'époux ou de père. C'est peut-être aussi pourquoi le spectacle des malades donne l'impression d'être impersonnels et uniformes, interchangeable. Cela sied autant aux vêtements, dont les caractéristiques d'un sexe à l'autre finissent par s'émousser qu'aux regards, aux attitudes et aux comportements qui tendent vers un dénominateur commun, propre aux sociétés asexuées.

Le Rapport de la U.S. Joint Commission on Mental Illness and Health nous dit qu'il y a deux façons de mesurer le progrès: "soit en évaluant la distance déjà parcourue ou en évaluant la distance qui reste à parcourir. En se servant du premier critère, nous pouvons dire que nous avons fait du progrès, mais si on s'en tient au deuxième, nous avons peu de raison de nous en féliciter et aurions bien tort de relâcher nos efforts". Pour notre part, nous reconnaissons volontiers que l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu a fait des progrès depuis dix ans. Les psychiatres de l'institution font bénéficier plusieurs malades des techniques modernes d'investigation et de traitement. Grâce aux nombreux consultants en diverses spécialités que l'hôpital a recrutés, le bien-être physique des malades est définitivement assuré. Les subventions fédérales ont permis l'achat d'un équipement scientifique adéquat et l'engagement de plusieurs spécialistes. Les tranquillisants ont pacifié les salles et réduit l'usage de méthodes de contention. L'ébauche d'un classement des malades a déjà donné de bons résultats. Les quelques ateliers d'occupation thérapeutique, les nouveaux

salaria et les travaux de réparation ont amélioré les conditions de vie de la population hospitalière.

Il reste cependant que les progrès réalisés sont infimes si on les compare aux normes des experts. Il faut certes admettre que ces normes constituent un idéal et que bien des hôpitaux mentaux de par le monde en sont encore assez loin et il faut reconnaître que parmi ceux-ci se trouve Saint-Jean-de-Dieu. Il importe de rechercher les raisons de cet état de choses.

a) Préjugés sociaux

Le malade physique attire naturellement la sympathie. Il souffre, se plaint, se tourne vers autrui pour demander son aide. Le malade mental évoque des sentiments plus négatifs. Il sème le trouble autour de lui. Il est étrange, bizarre, agressif et imperméable au raisonnement. On le traite comme s'il était responsable de son comportement. Après quelques efforts pour l'aider ou le corriger, on ne tarde pas à voir en lui un être impossible, dont on ne peut plus endurer les attitudes. Et cela d'autant plus que très souvent, il ne se considère pas lui-même comme un malade, refuse tout secours et interprète celui-ci comme une offense, une menace, un obstacle à ses désirs légitimes. Bien des gens montrent de la pitié envers le malade mental, mais se sentent très soulagés une fois qu'il est hospitalisé. Plusieurs membres de la profession médicale sont trop souvent mal informés quant à la maladie mentale et affichent une attitude peu sympathique envers ce genre de malades. Des institutions mentales deviennent aux yeux du public des endroits où les familles, où la société placent des individus qu'elles ne peuvent plus tolérer. C'est une caractéristique du malade mental de se comporter de façon irresponsable mais c'est aussi une caractéristique de la société de se comporter envers lui de la même manière.

Ces préjugés expliquent la résistance que les projets de réforme de l'assistance psychiatrique rencontrent à tous les niveaux: opinion publique, profession médicale, gouvernement, administration des hôpitaux psychiatriques. Il faut mille fois plus d'efforts, de persévérance et de bruit pour mobiliser l'opinion en faveur des malades mentaux que pour les victimes de la poliomyélite ou de la tuberculose. Ces difficultés ne sont pas heureusement insurmontables et les nouvelles élites médicales et d'autres s'y sont déjà attaquées avec succès dans d'autres pays.

b) Evolution de la psychiatrie

Les hôpitaux mentaux ont été construits alors que la psychiatrie n'en était encore qu'à ses débuts. Ils ne pouvaient se prêter que difficilement à la mise en application des nouvelles techniques d'investigation et de traitements proposés depuis une trentaine d'années. Il est à remarquer pourtant que plusieurs institutions s'y emploient depuis longtemps avec énergie et avec succès. La disposition même des divers pavillons de Saint-Jean-de-Dieu, le long d'un axe principal, favorise une telle transformation et il faut regretter que celle-ci ne soit pas encore commencée.

c) L'Encombrement

Il est maintenant prouvé que le gigantisme hospitalier et l'utilisation des services au-delà de leur capacité théorique constituent un obstacle au progrès. Citons encore ce rapport américain: "The large mental hospital is antiquated, outmoded and rapidly becoming obsolete. We can still build them but we cannot staff them; and therefore we cannot make true hospitals of them. I do not see how any reasonably objective view of our mental hospitals today can fail to conclude that they are bankrupt beyond remedy. We believe therefore that our large hospitals should be liquidated as rapidly as can be done in an orderly and progressive fashion".

Remarquons cependant qu'avant de constituer une cause d'impuissance

ce, l'encombrement a été et demeure un effet de l'impuissance. Tous les surintendants qui se sont succédés à Saint-Jean-de-Dieu ont constaté que le nombre des admissions et les noms sur la liste d'attente dépassait celui des sorties. Ils ont toujours réglé le problème de la même façon: en augmentant le nombre de lits. Mais l'hôpital devint un jour trop grand et trop encombré pour qu'on puisse continuer d'y ajouter de nouvelles ailes, sans risquer le ridicule et heurter même le bon sens. On aurait pu alors établir une véritable politique de décentralisation en construisant dans les divers centres régionaux des petits hôpitaux de traitements actifs. Mais on s'en tint à la même solution: augmenter le nombre de lits, en bâtissant à Joliette et à l'Annonciation des annexes d'environ mille lits destinées à recevoir le trop plein des malades chroniques. Comme il s'agissait de malades dits incurables, on ne crut pas nécessaire de recruter un seul psychiatre pour les traiter. Ces hôpitaux ne sont donc pas de nouveaux hôpitaux. Ils constituent un prolongement régional de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu et sont d'ailleurs dirigés par le même surintendant. On a donc ainsi aggravé le problème de l'encombrement et porté la population du complexe hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu à près de neuf mille (9,000) lits. Comme le chiffre des admissions continue à dépasser celui des congés, cette politique traditionnelle amènerait la construction d'autres garderies qui porteraient la capacité du complexe hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu à de nouveaux sommets. Pareilles solutions qui favorisent l'encombrement sous prétexte de le combattre ont de quoi laisser rêveur... sur l'esprit inventif, le dynamisme et la compétence de ceux qui les proposent ou les acceptent sans protestation.

d) Le "per diem"

Il ne fait pas de doute que les rajustements successifs du taux de l'allocation quotidienne se sont avérés insuffisants. Ce n'est pas avec deux dollars et soixante-quinze cents (\$ 2.75) par jour que l'on peut loger, nourrir, entretenir, traiter et réhabiliter un malade mental, alors que pour le même malade, on dépense entre quinze dollars (\$ 15.00) et vingt-cinq dollars (\$ 25.00) par jour dans les hôpitaux généraux. Les autorités gouvernementales ont nettement manqué ici à leurs devoirs. Au lieu de stimuler les hôpitaux à s'acquitter de leurs responsabilités à l'endroit des malades aigus et chroniques, elles ont fait la sourde oreille à leurs demandes légitimes et ont ainsi freiné leur progrès. Il importe cependant de voir la chose de plus près. Etait-il véritablement possible pour le ministre de la couronne d'accorder une allocation quotidienne élevée à un hôpital sur lequel il n'exerçait à peu près pas de contrôle? S'il faut multiplier par six mille (6,000) une allocation quotidienne de cinq dollars (\$ 5.00) ou six dollars (\$ 6.00), on atteint tout de suite les onze ou douze millions par année et on comprend que l'Etat veuille alors savoir si une somme aussi considérable est dépensée à bon escient. S'il ne le peut pas, il sera alors porté à limiter ses octrois au strict minimum.

Le dynamisme d'un hôpital ne dépend d'ailleurs pas que du seul facteur financier. Avec une allocation identique, un autre hôpital mental de Montréal a réussi à payer un nombre proportionnellement plus élevé de psychiatres, plusieurs résidents, travailleurs sociaux, psychologues, thérapistes d'occupation, etc. Il a rénové certains services, établi une clinique externe et un centre de réhabilitation. Cette politique a permis d'augmenter le nombre des congés et de diminuer un peu plus chaque année la population totale de l'hôpital.

e) L'appareil législatif

La législation impose certes des cadres et limites au surintendant en ce qui concerne l'internement, la curatelle, les congés et les mesures de sécurité. Ces dispositions législatives devraient être modifiées au plus tôt, à la lumière des concepts psychiatriques contemporains. Il reste que, malgré leurs imperfections, les lois ne sont pas un carcan. Par exemple, elles n'ont

pas empêché certains surintendants éclairés d'en faire une application libérale, d'abolir l'appareil policier et de pratiquer la politique de la porte ouverte.

3) "Leadership" médical

Chacune des raisons précédemment évoquées nous ramène en dernière analyse à la façon dont on comprend le rôle du surintendant médical et ses fonctions. C'est lui qui donne sa marque à l'hôpital et porte la responsabilité de son échec ou de son succès. Pour créer un véritable hôpital psychiatrique, il faut que le surintendant donne la preuve de son dynamisme et de sa compétence dans les divers domaines clinique et administratif. Il faut qu'il fasse montre d'initiative et d'audace, qu'il ose expérimenter de nouvelles formules sans attendre que toutes les preuves de leur excellence lui soient au préalable apportées sur un plateau. Il faut qu'il montre la voie à ses collaborateurs, qu'il reconnaisse leurs aptitudes et sache les utiliser, qu'il intéresse chacun à ses problèmes au lieu de se complaire dans son autoritarisme dogmatique. Il faut enfin et surtout qu'il s'identifie à ses malades, qu'il souffre du sort misérable et injuste auquel les condamne la société, qu'il fasse valoir à temps et à contre-temps, auprès des autorités hospitalières et gouvernementales, les arguments médicaux et humanitaires qui auraient forcé celles-ci à opérer les réformes qui sont de leur ressort.

A notre connaissance, ce n'est qu'en mars 1961 que le surintendant de Saint-Jean-de-Dieu présente au Ministère de la Santé son premier Mémoire sur la question. Ce Mémoire fait certes état de multiples problèmes avec lesquels se débat l'hôpital. Mais l'analyse des facteurs de stagnation reste superficielle et les recommandations sont en conséquence timides et limitées. Tout y ramené à l'aspect financier. On se contente de demander une augmentation du "per diem", grâce à laquelle on espère augmenter le nombre de spécialistes, agrandir les locaux d'occupation thérapeutique, transformer l'aspect physique des salles et créer une communauté thérapeutique. Les problèmes d'autorité, de structure et de communication sont tout simplement escamotés. Cet effort tardif et sommaire devait rester sans effet.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La Commission partage l'opinion exprimée par les autorités de Saint-Jean-de-Dieu, dans le Mémoire qu'elles adressent au Ministre de la Santé, en mars 1961: "... nous pouvons facilement conclure que l'hôpital peut à peine subsister et qu'il n'est pas en mesure d'offrir à ses patients un programme moderne de traitement et de réhabilitation". (p. 24 du Mémoire)

Les besoins formulés par ce Mémoire nous paraissent, dans l'ensemble, très légitimes et les autorités gouvernementales devraient y acquiescer. Le tableau suivant illustre bien l'écart considérable qui existe entre le personnel actuel et celui requis par les standards minima de l'American Psychiatric Association.

	Nombre Actuel	Nombre requis par les standards minima
Médecins psychiatres	35	63
Psychologues	1	18
Travailleurs sociaux	1	20
Infirmiers licenciés	142	456
Préposés aux malades	413	1,084
Thérapeutes d'occupation	0	24

Les autorités de l'hôpital ont fait valoir auprès de la Commission la nécessité d'une construction nouvelle pour infirmières et étudiantes des hôpitaux généraux en stage à Saint-Jean-de-Dieu. Tout en reconnaissant le caractère inadéquat des quartiers actuels, la Commission est cependant d'opinion

qu'à cause de l'énormité physique de l'institution, il serait peu sage d'y ajouter une autre bâtisse. Nous croyons plutôt que l'adoption des recommandations particulières (à l'hôpital) et générales contenues dans notre Rapport amènera une certaine décongestion dans l'hôpital et qu'il sera possible (d'ici deux ans) d'utiliser certaines sections de l'hôpital comme résidence des infirmières et stagiaires.

Les autorités de l'hôpital ont aussi fait part à la Commission de leur intention de remettre sur pied le Cours de Perfectionnement en Nursing psychiatrique, dès l'automne prochain. Les autorités gouvernementales devraient faciliter la mise en oeuvre de ce projet.

Voici maintenant les recommandations particulières mises de l'avant par la Commission. Il est entendu qu'elles doivent s'intégrer dans le cadre des recommandations générales énumérées à la fin du Rapport.

1 - Que l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu soit légalement constitué en une corporation distincte qui se conforme aux exigences d'une institution à caractère public en publiant, par exemple, ses états financiers annuels. Son Conseil d'Administration devrait comprendre des membres qui ne soient pas nécessairement des religieuses: des représentants du corps médical de l'hôpital et de divers secteurs de la société.

2 - Que le surintendant médical soit un psychiatre ayant déjà prouvé qu'il possédait les qualités requises pour mener à bien les réformes proposées; qu'il soit investi de toute l'autorité nécessaire à une telle tâche et qu'il siège ex-officio, au Conseil d'Administration.

3 - Que les médecins de l'hôpital soient groupés en un Bureau médical, ayant des statuts et règlements conformes aux normes d'accréditation approuvés par le Conseil d'Administration, que les officiers du Bureau médical soient élus annuellement par les médecins et que deux (2) médecins délégués par le Bureau médical soient membres du Conseil d'Administration.

4 - Qu'un Comité conjoint soit formé avec un nombre égal de représentants du Conseil d'Administration et du Bureau médical.

5 - Que les revenus de l'hôpital ne soient plus assurés par un "per diem" fixe, mais plutôt par un budget annuel représentant les besoins variables de l'hôpital, besoins qui seraient étudiés annuellement par la Commission des Services psychiatriques, selon des prévisions budgétaires soumisees par l'hôpital. Le budget annuel de cet hôpital, comme celui des autres hôpitaux psychiatriques, devrait le plus tôt possible être intégré au budget global de l'Assurance-hospitalisation. Si la formule actuelle du "per diem" doit durer encore quelque temps, il est essentiel que celui-ci soit augmenté à quatre dollars et soixante-quinze cents (\$ 4.75) par malade.

6 - Qu'aucune construction nouvelle ou agrandissement ne soit permis à Saint-Jean-de-Dieu et que, graduellement, l'hôpital diminue le nombre de ses malades pour en arriver au chiffre de sa capacité théorique, soit environ quatre mille (4,000) patients.

7 - Que l'hôpital procède immédiatement à un classement plus rigoureux des malades, afin de mettre en congé ou de diriger dans d'autres institutions les patients qui, de par leur diagnostic ou leur comportement, ne relèvent pas d'une institution du type de Saint-Jean-de-Dieu.

8 - Qu'un Comité des Admissions dirigé par un psychiatre soit créé immédiatement ayant, entre autres buts, de définir plus exactement les catégories de malades devant être admis, d'exiger un dossier plus complet avant l'admission et de circonscrire les limites géographiques de son champ de recrutement.

9 - Que la structure physique de l'hôpital soit modifiée de façon à

créer des services quasi-autonomes (d'environ cinq cents malades), groupant ainsi les malades selon leur lieu de résidence et/ou selon la nature de leur maladie.

10- Que les "départements" de malades soient sectionnés de façon telle que de petites "unités" de traitement (environ trente malades) soient établies - celles-ci étant sous les soins d'une équipe clinique; les dortoirs devraient aussi être subdivisés en chambres, ne comprenant pas plus de six (6) ou huit (8) patients.

11- Que l'autorité de chaque "asile" assumée, en pratique, par la religieuse officière soit remise au psychiatre, qui dirigera chaque "unité" de traitement et qu'il soit assisté d'une infirmière licenciée et, si possible, spécialisée en psychiatrie.

12- Que l'appareil policier de l'hôpital soit aboli et qu'on introduise graduellement le concept de la "porte ouverte".

13- Qu'un certain nombre de lits soit réservé pour l'admission des cas urgents.

14- Qu'une Clinique Externe soit créée immédiatement, aussi bien pour y suivre les malades en congé (post-cure) que pour y examiner les patients nouveaux, susceptibles d'être hospitalisés ou pouvant être traités avec succès sans hospitalisation. Une section de cette clinique devrait être située dans la ville, dans un quartier plus accessible à l'ensemble de la population.

15- Que l'hôpital organise les services d'un "Centre Diurne" et d'un "Centre Nocturne", services qui ailleurs ont réduit sensiblement le taux d'hospitalisation.

16- Que les nouveaux Services suivants soient établis et qu'ils soient dotés de personnel qualifié:

- a) Service social avec: Section de Placement en Foyers nourriciers;
Section de Placement vocationnel
Section de Placement en Foyers à Mi-Chemin (Half-Way Houses)
Clubs pour ex-patients
- b) Service d'Apprentissage de métiers simples et d'Orientalion.
- c) Service d'Occupation thérapeutique.
- d) Service d'Activités récréatives.

17- Que des locaux beaucoup plus spacieux soient mis à la disposition de l'Occupation thérapeutique et des Activités récréatives.

18- Que la politique de ségrégation quasi-absolue des deux sexes soit abolie et que l'hôpital, en tentant de créer une atmosphère qui se rapproche de celle du monde "normal", encourage les contacts et rencontre entre malades des deux sexes à l'occasion d'activités, telles que repas, occupation thérapeutique, loisirs et travail.

19- Que l'hôpital suscite une atmosphère thérapeutique dans tous les secteurs de la vie quotidienne du malade par des mesures, telles que: la plus grande utilisation des diverses formes de psychothérapie collective, l'instauration d'un régime plus démocratique qui permette aux malades une certaine mesure de "self-government", un choix plus judicieux et fait pas le médecin des tâches confiées aux malades et, pour les cas appropriés, une

rémunération établie sur des critères objectifs.

20- Que le médecin traitant ait l'autorité voulue pour mettre un malade en congé, quand il le juge à propos, comme c'est la pratique dans un hôpital général.

21- Que les psychiatres de Saint-Jean-de-Dieu puissent admettre et traiter leurs patients privés au Pavillon Bourget.

22- Que l'hôpital assume immédiatement ses responsabilités quant à l'enseignement aux étudiants en médecine, internes et résidents, aux stagiaires des professions connexes, aux infirmières et aux aides-infirmières.

23- Que la direction de l'hôpital encourage la mise en oeuvre de projets de recherche.

24- Que l'hôpital prenne toutes les mesures nécessaires pour bénéficier de la reconnaissance officielle des organismes professionnels d'accréditation.

25- Qu'enfin l'hôpital, avec l'aide appropriée des autorités gouvernementales, procède immédiatement au recrutement du personnel de toutes catégories, condition essentielle à la réalisation du programme élaboré plus-haut.

HOPITAL SAINT-MICHEL-ARCHANGE

L'Hôpital Saint-Michel-Archange et l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu sont les deux plus considérables institutions psychiatriques, que compte la Province de Québec. Le nombre de leurs malades, à la fin de décembre 1960, était respectivement de cinq mille soixante-et-un (5,061) et de cinq mille six cents (5,600). Leur similitude est d'ailleurs très grande, tant sur le plan structural que sur le plan fonctionnel et elle explique la place qu'occupent ces deux hôpitaux dans notre classification.

Nous avons cru que nous pouvions nous limiter à une seule illustration exhaustive de la situation qui prévaut dans la plupart des hôpitaux psychiatriques. Cette situation n'est donc particulière, ni à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, qui sert à cette illustration, ni à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.

1 - HISTORIQUE

L'historique de l'Hôpital Saint-Michel-Archange n'est pas sans intérêt.

a) En voici quelques extraits tirés d'un document que nous ont remis les autorités.

"La première institution pour maladies mentales de la Province fut fondée en 1845. Les promoteurs de ce mouvement humanitaire furent les docteurs James Douglas, Charles Frémont et Joseph Morrin. Quand le gouvernement songea à confier ses malades à une communauté religieuse, les propriétaires étaient l'honorable Philippe Landry, sénateur, le docteur Georges-Antoine Larue et madame Joséphine-Delphine Lavigne, veuve de feu le docteur François-Elséar Roi. Les Soeurs de la Charité de Québec signèrent le contrat d'achat le 7 avril 1893 et elles prirent possession de l'hôpital le lendemain. Le contrat qu'elles passèrent avec le gouvernement fut sanctionné par la Législature le 8 janvier 1894, sous le titre "Loi concernant le contrat passé entre le gouvernement et les Soeurs de la Charité de Québec, relativement au maintien des aliénés dans l'Asile de Beauport".

La paroisse Saint-Michel-Archange fut érigée canoniquement en 1896; sa charte civile date de 1897. Dès 1899, l'Université Laval obtint du docteur Arthur Vallée, surintendant médical, l'organisation de cliniques psychiatriques pour les étudiants en médecine.

Déjà, le surpeuplement était devenu un problème. De nombreux agrandissements furent effectués jusqu'en 1914, époque où l'Hôpital Saint-Michel-Archange, ce sera désormais sa dénomination, présentait l'aspect qu'il a conservé jusqu'à l'incendie de 1939.

Les autorités d'alors eurent cependant le souci de ne pas laisser la question de local primer sur le soin des malades. En 1915, la première école d'infirmières du district de Québec était fondée à Saint-Michel-Archange, alors que deux ans auparavant, des cours se donnaient aux religieuses hospitalières. En 1924, l'École était affiliée à l'Université Laval.

En 1923, le Gouvernement renouvelait pour la troisième fois son contrat avec la Communauté; il y mentionnait "le soin, la garde et l'entretien des aliénés". Il demandait de procurer aux malades les soins de médecine compétents, d'améliorer les services de laboratoires et autres, d'après les données modernes, de façon à favoriser la guérison des malades et le développement de la science des maladies mentales. Et, pour marquer sa collaboration, il consentait du même coup à ce que l'hôpital soit affilié à l'Université Laval, lui abandonnant, de plus, le contrôle médical, acceptant

même de choisir le surintendant médical parmi les médecins présentés par l'Université. C'était préparer l'essor de la psychiatrie.

Trois spécialistes français furent appelés à diriger l'organisation des services. Plusieurs jeunes médecins furent embauchés; on adopta la politique maintenue à date, de les envoyer à tour de rôle compléter leurs études à l'étranger. Vingt-trois d'entre eux ont obtenu un certificat de spécialisation en psychiatrie du Collège Royal du Canada et du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Le désastreux incendie de 1939 fut l'occasion de très beaux actes de patience et d'abnégation de la part de tout le personnel. Mais la reconstruction de l'hôpital devait faire plus que rajeunir les cadres; elle permettait de faire bénéficier les différents services des développements de la science moderne.

Dès 1943, l'hôpital était reconnu par l'American College of Surgeons et, dans la suite, par The Joint Commission on Accreditation of Hospitals of the United States and Canada.

Et Saint-Michel-Archange devenait un centre d'enseignement. Dès 1948, des cours de perfectionnement en neuro-psychiatrie étaient inaugurés pour les infirmières et infirmières diplômées des Universités Laval et de Montréal. A date, deux cent trente-huit (238) brevets ont été décernés dans cette spécialité.

En 1957, sur la recommandation de l'Association des Infirmières de la Province de Québec, l'Université Laval rendait obligatoire le stage en psychiatrie pour l'obtention du diplôme aux examens de 1960. Déjà, en 1955, plusieurs écoles affiliées à l'Université Laval avaient, de leur plein gré, fourni à leurs élèves les avantages de ce stage. Vingt-deux médecins de l'hôpital, en plus de dix-huit professeurs de l'Université Laval, moralistes, psychologues, etc, tous professeurs de marque, dispensent l'enseignement aux élèves des trois écoles.

Tous ces renforts à la modeste gent écolière des débuts appellent de plus vastes locaux. Aussi, au cours de l'été 1961, commençaient les travaux de construction d'une annexe à l'École des Infirmières, dont les dimensions justifient une prévision de deux cent cinquante (250) élèves".

b) Un fait important à signaler et qui n'apparaît pas dans cet historique est que l'Hôpital Saint-Michel-Archange a subi un agrandissement considérable en 1953; deux annexes de douze cents (1200) lits chacun ont été ajoutées, ce qui représentait un nombre beaucoup plus considérable de lits que celui qu'abritait le pavillon qu'on allait bientôt démolir.

c) L'Hôpital Saint-Michel-Archange comprend, en outre, les pavillons Dufrost et La Jemmerais; d'ailleurs, les statistiques que nous ont fournies les autorités s'étendent à ces édifices.

Le Pavillon Dufrost a été érigé en 1931 et est situé à l'arrière et à plus d'un quart de mille de l'Hôpital Saint-Michel-Archange. C'est cet édifice qui a servi de modèle aux hôpitaux psychiatriques qui ont été construits depuis 1952.

Le Pavillon de La Jemmerais construit en 1922 a d'abord été un centre de rééducation pour enfants déficients. L'incendie de l'Hôpital Saint-Michel-Archange en 1939 a obligé celui-ci à utiliser le pavillon comme une extension de l'hôpital et mettait ainsi fin à cette oeuvre de rééducation.

d) L'Hôpital Saint-Michel-Archange est le centre à la fois de la municipalité du même nom et de la Province de Mastai (province administrative des Soeurs de la Charité de Québec). Les maisons qui font partie de cette municipalité comprennent, outre l'Hôpital Saint-Michel-Archange, le Pavillon Dufrost et le Pavillon de la Jemmerais, la Clinique Roy-Rousseau

et l'École des infirmières, ainsi que le Sanatorium Mastai. Ces trois édifices se situent dans le prolongement ouest de l'Hôpital Saint-Michel-Archange.

La Clinique Roy-Rousseau entre dans le champ de l'étude des Hôpitaux psychiatriques.

Le Sanatorium Mastai est une ancienne résidence qui reçoit principalement des alcooliques du sexe masculin. Sa capacité est d'environ quarante lits.

2 - ADMINISTRATION

L'Hôpital Saint-Michel-Archange ne constitue pas une entité légale et cet hôpital comme plusieurs autres institutions hospitalières est la propriété des Soeurs de la Charité de Québec. C'est un Conseil provincial (province de Mastai) qui dirige, en fait, les destinées de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, qui préside à l'administration du Pavillon Dufrost, du Pavillon la Jemmerais, de la Clinique Roy-Rousseau et du Sanatorium Mastai. Ce conseil supérieur compte parmi ses membres la Supérieure locale de chacune de ces institutions.

Le surintendant médical n'est pas membre de ce conseil d'administration et d'ailleurs il n'y siège pas. C'est le surintendant plutôt que le Bureau médical (comité conjoint) qui est le porte-parole du Corps médical auprès de l'administration. La raison réside principalement, dit-on, dans les prérogatives que "la loi concernant les hôpitaux pour le traitement des maladies mentales" confère au surintendant. Celui-ci a, de plus, la responsabilité des admissions, mises en congé et libérations des malades, même si cette tâche concerne environ 5,000 malades et qu'elle est devenue encore plus accablante ces dernières années, en raison de l'augmentation du nombre de mises en congé et des libérations.

La principale source de revenus de l'Hôpital Saint-Michel-Archange est le "per diem" que lui verse le Ministère de la Santé de la Province de Québec. Cette allocation journalière par malade n'est que de \$ 2.75; en 1959, elle n'était que de \$ 2.25. Les "patients privés" dont le nombre est un peu moins de deux cents procurent à l'hôpital des revenus annuels d'environ quatre cent mille dollars (\$ 400,000.00). Les autorités administratives de l'hôpital affirment que le coût journalier par malade a été de \$ 3.24 en 1960 et de \$ 3.48 en 1961 et que le déficit pour 1961 s'éleva à \$ 308,000.00. Les salaires à eux seuls, représentent un coût journalier par malade de \$ 1.72 en 1960 et de \$ 1.96 en 1961.

Le problème du financement des hôpitaux psychiatriques est longuement discuté dans l'étude que nous avons faite de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Nous définissons les modes de financement auxquels les pouvoirs publics peuvent recourir et nous soulignons les avantages et les inconvénients de chacun des systèmes et leurs retentissements sur le sort du malade mental, pour enfin nous rallier à la méthode qui prévaut dans les hôpitaux généraux depuis l'avènement de la loi de l'Assurance-hospitalisation.

3 - LES MALADES

a) Habitat

"La bâtisse de l'hôpital loge environ 3,600 patients en plus de quelque cinq cents membres du personnel travaillant auprès des malades. Elle a la forme d'un "E" majuscule, dont toute la partie avant a sept étages. L'aile est, six étages et environ 35% du corps principal dessert les messieurs. L'aile ouest est de six étages également et un autre 35% du corps principal dessert les dames. La partie restante, soit 30% de la partie centrale sert à l'administration et au personnel. L'aile centrale avec son rez-de-chaussée et son unique étage renferme la chapelle et la salle de réunion.

Les cafétérias, les salles d'occupations thérapeutiques et les salles de jeux sont au rez-de-chaussée, ainsi que l'ouvroir de couture, le poste de radio, le magasin général et les vestiaires du personnel.

Le bloc chirurgical est situé dans une bâtisse de 152 pieds de longueur par 71 pieds de largeur et comprend trois étages, soit un sous-sol pour machineries de climatisation, un rez-de-chaussée pour salles de cours et salles de service et un étage supérieur pour salles de chirurgie au nombre de sept, salles d'examen au nombre de deux, salle de dentiste, salle de réveil, etc."

.. "Tout ce complexe d'édifices, de parterres et de rues est surveillé en tout temps par un corps de gardes alertes et compétents, en plus d'être entouré par un système de clôtures. Cet état de choses assure la sécurité à nos patients et protège en tout temps la propriété contre les intrus".

Il y a 52 départements de malades et chacun d'eux comprend essentiellement un vaste dortoir, une salle de séjour et une salle à manger de même que des cellules et quelques chambres privées. Chaque dortoir renferme en moyenne 80 lits, mais plusieurs ont été subdivisés récemment. La plupart des cellules servent de chambres, même si la contention est encore utilisée occasionnellement. Il y a sur chaque département un ou deux petits bureaux à l'usage des médecins et infirmières. Ces accommodations sont plus spacieuses par endroit, selon les fonctions et l'importance des départements, mais elles demeurent insuffisantes. La répartition des malades d'après leur catégorie sur les départements est plus ou moins rigoureuse. On compte cependant des départements pour convalescents, des départements de "chroniques", d'épileptiques et de tuberculeux. Les locaux sont généralement très propres. La structure architecturale des annexes de 1953 obéit moins aux normes désuètes, diffère donc quelque peu du corps central et des Pavillons Dufrost et La-Jemmerais et rend les lieux moins sombres. Les chaises de la cafétéria des patientes du sexe féminin sont si petites qu'elles semblent réservées à l'usage de tout jeunes enfants. Les départements de malades, pour la plupart, sont généralement sous clé, mais beaucoup de patients circulent librement à l'intérieur et plusieurs ont accès à l'extérieur.

Des barreaux apparaissent à chacune des fenêtres des départements de malades et les vérandes ou galeries sont munies de moyens semblables de sécurité.

Il vient d'être dit que les autorités administratives se sont vues dans l'obligation, il y a deux ans, de retenir les services d'une force constabulaire privée, principalement en raison de nombreux vols qui auraient été perpétrés. On a cru bon aussi d'élever des clôtures ici et là en arrière de l'Hôpital Saint-Michel-Archange et de la Clinique Roy-Rousseau, afin d'éloigner les intrus et d'assurer la moralité des lieux. Nous ne nions pas l'existence de ces problèmes et nous ne mettons pas en doute la bonne foi des autorités administratives. Nous croyons cependant que d'autres modes de solution vont moins à l'encontre des objectifs d'un hôpital psychiatrique et que, de toute façon, ces moyens auxquels on a eu recours témoignent d'un désavantage important des énormes hôpitaux psychiatriques. On a été conduit sur le plan administratif à une solution qui s'oppose à la thérapeutique du malade.

La capacité théorique de tout l'Hôpital Saint-Michel-Archange est de 4,368 lits et le nombre des malades hospitalisés au 31 décembre 1960 était de 5,061. Il y a donc un surpeuplement d'environ 700 malades.

Dans le rapport consacré à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, nous discutons longuement des conditions d'habitation qu'offrent la plupart des hôpitaux psychiatriques de la Province à leurs malades et nous avons tracé

un parallèle entre ces caractéristiques et celles qui devraient prévaloir. On doit dire à ce sujet que les malades de l'Hôpital Saint-Michel-Archange sont encore moins fortunés que ceux de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, en raison de la structure monolithique de l'édifice qui est beaucoup plus "dépersonnalisante" que la structure pavillonnaire à Saint-Jean-de-Dieu.

b) Catégories (au 31 décembre 1960):

	<u>Dames</u>	<u>Messieurs</u>	<u>Total</u>
Hôpital Saint-Michel-Archange (corps central)	1, 642	1, 944	3, 586
Pavillon Dufrost		764	764
Pavillon La Fermevrais	551	161	712
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Total	2, 192	2, 869	5, 061

Nombre total de patients de 16 ans et moins dans l'institution:

Garçons: 21 Filles: 17 Total: 38

Nombre total de patients de 65 ans et plus dans l'institution:

Hommes 388 Femmes: 337 Total: 725

Nombre de patients selon la langue:

Langue française: 4, 956 Langue anglaise: 105

Diagnoses:	<u>Total</u>	<u>H.</u>	<u>F.</u>
Troubles schizophréniques	1973	1178	795
Psychoses	1901	1007	894
Psychonévroses	79	31	48
Personnalité pathologique	103	54	49
Déficience mentale	760	453	307
Epileptiques (sans psychose)	217	124	93

Nombre de patients avec comportement anti-social grave (indépendamment de diagnostic): 100

c) Admission

Les procédures légales d'admission sont requises pour chaque malade, même dans le cas d'une entrée volontaire. Cependant, il importe de signaler que l'hôpital accepte un certain nombre d'alcooliques sans qu'entrent en jeu ces procédures. Et pour couvrir les frais d'hospitalisation de ces malades, le Ministère de la Santé verse une allocation spéciale de quatre à six dollars par jour, par malade. On explique que beaucoup d'alcooliques viennent d'eux-mêmes solliciter leur admission après avoir été refusés ailleurs, que le plus souvent ils sont dans un simple état d'intoxication et que l'hôpital leur rend service en les acceptant pour quelques jours, le temps de procéder à leur désintoxication. On ajoute qu'en opposant un refus, les malades pourraient devenir une cause d'accidents pour eux-

mêmes ou pour autrui, en plus de courir le risque d'être admis d'urgence quelques jours plus tard et alors en état de "délirium tremens". On précise enfin qu'il serait inconcevable d'interner ces alcooliques et de les placer sous la Loi de la curatelle publique (la plupart d'ailleurs sont sans le sou). Il faut souligner d'autre part que les statistiques auxquelles nous référons ne comprennent pas ces "cas spéciaux".

En 1960, 2, 147 malades ont été admis; sont inclus dans ce nombre 725 réadmissions et 40 transferts d'autres institutions. Les régions que dessert l'Hôpital Saint-Michel-Archange sont très nombreuses et quelques unes fort éloignées. Les malades viennent tout aussi bien du Lac-Saint-Jean, de Chicoutimi, de l'Abitibi, des Cantons de l'Est, de la Beauce, de la Gaspésie, de la Côte Nord et des Îles-de-la-Madeleine, que de Québec et de sa banlieue.

Il n'y a aucune liste d'attente, même si très souvent il n'y a pas toujours de lits disponibles pour les urgences. Tous les malades sans exception sont placés sous la Loi de la Curatelle publique. L'Hôpital Saint-Michel-Archange ne possède pas de Comité d'admission.

d) Traitement - Visite et Mise en Congé

Le traitement fait appel essentiellement aux méthodes biologiques: insulinothérapie, électroplexie (électro-choc), médication (tranquillisants, anti-dépresseurs et anti-convulsants). Environ 80% des malades prennent des médicaments, à titre de traitement principal. La psychothérapie individuelle n'est utilisée à vrai dire que très secondairement: seuls, les malades des départements d'admission en bénéficient et là encore cette thérapeutique est insuffisamment employée. D'autre part, nous n'avons recueilli aucune information qui laisse croire que l'on fait appel à la psychothérapie de groupe. Quant aux dossiers, ils témoignent de la rareté des revisions qu'on apporte à l'égard des malades considérés comme "chroniques". La "thérapie par le milieu" est difficilement réalisable, en raison notamment de l'énormité et de la structure architecturale de l'hôpital. Les graves lacunes du côté du personnel professionnel et hospitalier s'ajoutent à ces raisons.

Beaucoup de patients sont assignés à un travail (2, 480, dont 1753 hommes et 727 femmes). Voici, à titre d'illustration, quelques extraits d'un tableau remis par les autorités:

Hommes:

Cuisines et dépendances	300
Entretien ménager	212
Soins vestimentaires	103
Ferme	281

Femmes

Entretien ménager	546
Cuisine et cafétéria	91

Cette forme d'activités qui est à différencier de la thérapie d'occupation n'a pas, à notre avis, la valeur thérapeutique qu'elle devrait avoir. C'est plutôt l'officier du département qui fait le choix des malades et l'on tient plus compte de l'efficacité de ceux-ci que du besoin thérapeutique à combler par le travail. Cette façon de procéder explique en partie que plusieurs malades sont devenus plus désireux de demeurer à l'hôpital que d'en sortir. Il ne faudrait pas croire que tous ces malades ont une occupation qui remplit les heures de la journée. Plusieurs ne travaillent qu'une heure environ et s'inactivent bien plus parmi les inactifs, qui sont légion. Comme eux, ils dorment beaucoup et passent des heures à se bercer.

Les ateliers de thérapie d'occupation sont dignes de mention.

mais ils n'accroissent qu'une portion très infime des patients et leur personnel n'a pas les qualifications requises. Les loisirs sont cependant plus nombreux, mais ne touchent la généralité des malades. Ils comprennent une variété d'activités sportives et récréatives et tous les départements sont munis d'appareils de télévision et de radio. Les cours intérieurs constituent les principaux espaces aménagés pour les activités des malades à l'extérieur. Elles sont circonscrites par les murs de l'hôpital et revêtent plutôt l'aspect de cours de caserne.

Les malades peuvent facilement recevoir des visiteurs, même en dehors des heures régulières.

En 1960, 1720 malades ont quitté l'hôpital: leur état était le suivant: 163 guéris, 1245 améliorés, 294 non-améliorés et 20 non classés. Les "entrées" et "sorties" sont plus nombreuses que ne l'indiquent les chiffres que nous venons de citer, lesquels ne comprennent pas les mises en congé et les retours de congé qui, en 1960, furent respectivement de 1846 et de 1395.

Depuis 1957, le Gouvernement provincial défraye le coût des médicaments, dont les malades mis en congé ou libérés de l'hôpital ont besoin. Au 30 novembre 1962, 4107 malades avaient bénéficié de ce dispensaire de type un peu spécial (i.e. les médicaments sont envoyés par la poste) et seulement 684 d'entre eux ont dû être réadmis à l'hôpital. Par ailleurs, 1201 ont discontinué leur médication, mais demeurent toujours dans leur milieu familial. Il s'agit sans doute d'une excellente initiative et ce service de toute évidence doit être maintenu. Il ne peut cependant qu'exercer une action limitée. Il doit être intégré à un service de post-cure et son action complétée par un service social adéquat.

4 - LE PERSONNEL

Psychiatres (y compris le surintendant et l'assistant-surintendant)	18
Psychiatres en formation (en service aussi à Roy-Rousseau)	4
Internes (en service aussi à Roy-Rousseau)	8
Psychologue (en service aussi à Roy-Rousseau)	1
Travailleurs sociaux	2
Thérapeute d'occupation	0
Instituteurs	5
Infirmiers et infirmières diplômés en psychiatrie	54
Autres infirmiers et infirmières diplômés	35
Élèves-infirmiers et infirmières en psychiatrie	28
Étudiants-infirmiers en stage	150
Aides-infirmiers et aides-infirmières	655

Ces données sur le personnel professionnel et hospitalier d'un hôpital de plus de 5,000 patients sont plus éloquentes que tout commentaire. Elles témoignent d'une grave pénurie généralisée, ne respectant légèrement que le personnel infirmier. Elles démontrent aussi que plusieurs services essentiels sont à toutes fins pratiques inexistant et que le sort d'un grand nombre de malades est sérieusement compromis. Le nombre minimum requis pour un hôpital de cette envergure est comme suit:

Psychiatres	60
Psychologues	15
Travailleurs sociaux	20
Thérapeutes d'occupation	20
Infirmières licenciées	450
Préposés aux malades	1000

En plus, il importe de signaler que les psychiatres (18) de l'hôpital Saint-Michel-Archange ne sont pas à temps complet, car la grande majorité

rité d'entre eux sont attachés aux départements psychiatriques des hôpitaux généraux de Québec ou à d'autres institutions.

Les officières des 52 départements sont généralement, pour ne pas dire toujours, des religieuses et plusieurs d'entre elles ne sont ni infirmières psychiatriques, ni infirmières diplômées. Sur plusieurs départements, l'infirmière psychiatrique laïque se trouve donc sous la direction d'une religieuse sans formation et cette anomalie a d'autant plus d'importance que les psychiatres surchargés ne peuvent absolument pas assumer leur pleine responsabilité.

Les préposés aux malades qui forment la grande majorité du personnel hospitalier n'ont pas du tout la formation que requiert leur tâche pour qu'elle soit conforme aux impératifs de la thérapeutique.

Service social

Il y a en effet un Service social à Saint-Michel-Archange. Il porte le nom de Service médico-social psychiatrique, mais c'est une infirmière psychiatrique qui en assume la direction. De nombreuses enquêtes sont ainsi faites, afin que le surintendant médical puisse prendre une décision à l'égard des demandes d'internement. Plusieurs malades ont été ainsi dirigés vers d'autres institutions ou référés à des cliniques psychiatriques, l'internement s'étant révélé non nécessaire. Ces enquêtes fournissent des renseignements précieux qui permettent parfois de libérer les malades plus rapidement. Quant au rôle vital que devrait jouer ce Service dans la réhabilitation des malades, il est inexistant à peu de choses près.

Service de Psychologie

Les épreuves psycho-diagnostiques sont effectuées par un psychologue et par un seul qui doit en plus répondre aux demandes qui viennent de la Clinique Roy-Rousseau; inutile de dire que ce service est tout à fait inadéquat.

Clinique Externe

L'Hôpital Saint-Michel-Archange n'est pas doté d'une clinique externe, alors qu'un tel service est indispensable.

Services médico-chirurgicaux

La majorité des services médico-chirurgicaux sont très bien organisés et comprennent la plupart des spécialités médicales. Depuis 1958, ils sont centralisés, sauf quelques uns, dans une annexe couramment dénommée le Bloc chirurgical. Les spécialistes se rendent régulièrement à l'hôpital à des jours fixes et sur demande; quelques uns de ceux-ci sont à plein temps, en raison de l'importance du service qu'ils desservent.

Il nous semble que le Bloc chirurgical aurait pu être moins considérable tout en répondant aux nécessités de la maison; les opérés sont toujours logés dans des départements fort éloignés du Bloc chirurgical, ce qui est un grave inconvénient.

Autre lacune importante est l'absence d'un service de médecine interne aussi bien que de consultants réguliers dans cette spécialité. Les psychiatres déjà extrêmement surchargés sont obligés d'assurer les soins médicaux aux malades, malgré qu'ils soient de moins en moins familiers avec les progrès de cette branche de la médecine. On a longtemps objecté à l'instauration d'un service de médecine interne que les psychiatres se désintéresseraient de la médecine proprement dite. Il nous semble, au contraire, qu'un service de médecine interne offrirait aux malades de meilleurs

soins et la possibilité aux psychiatres de s'intéresser davantage à la médecine tout en ayant le moyen de "demeurer à la page". Les idées ont sans doute évoluées puisque l'on tente maintenant de combler cette lacune.

Les services de neurologie et de neuro-chirurgie répondent très bien aux exigences de la psychiatrie. Enfin, le département de l'électro-encéphalographie est très bien organisé. Signalons que tous les malades, à leur entrée, sont soumis à une série d'examen qui inclut la radiographie du crâne.

5 - ENSEIGNEMENT

L'Hôpital Saint-Michel-Archange, de concert avec la Clinique Roy-Rousseau, dispense plusieurs types d'enseignement.

a) Il offre un cours de formation aux médecins qui se spécialisent en psychiatrie. Ce cours est reconnu par le Collège Royal du Canada et le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec et les étudiants (4) ne sont pas tenus de faire des stages dans d'autres milieux, sauf dans les hôpitaux généraux de Québec où il existe une clinique externe de psychiatrie desservie par les mêmes psychiatres que ceux de Saint-Michel-Archange et de la Clinique Roy-Rousseau.

Les chiffres que nous venons de voir et qui concernent le personnel professionnel laissent clairement soupçonner que cet enseignement risque gravement de ne pas conduire à une formation suffisante.

L'enseignement théorique ou didactique, les leçons cliniques et les réunions scientifiques sont pratiquement mis de côté. L'accent porte essentiellement sur le travail qu'effectue l'étudiant auprès des malades et nul doute qu'une expérience fort précieuse peut être acquise de cette façon; mais jusqu'à quel point le psychiatre, dont les journées sont plus que surchargées, peut-il dispenser son enseignement au département même des malades ?

b) Nous l'avons vu au Rapport consacré à la Clinique Roy-Rousseau, des internes, au nombre de huit (8), font depuis septembre 1961 un stage en psychiatrie plutôt qu'en médecine interne. C'est évidemment beaucoup plus logique ainsi, puisqu'il n'existe aucun service de médecine interne à l'Hôpital Saint-Michel-Archange et ce changement qui a été apporté a constitué une occasion pour dispenser à ces étudiants un certain enseignement théorique et pratique. Le programme qui a été ainsi élaboré est jusqu'ici bien appliqué; il n'est pas complet, mais il constitue sûrement un progrès.

c) L'Hôpital Saint-Michel-Archange possède une école d'infirmières. Celle-ci date de 1915 et a la reconnaissance des milieux officiels. Elle compte (en 1961) 102 élèves.

d) Il offre aussi un cours de formation aux infirmières qui se spécialisent en psychiatrie. Fondé en 1949, ce cours jouit d'une reconnaissance officielle et sa durée est d'une année. Il s'agit d'une contribution importante et qui est grandement susceptible de doter l'Hôpital Saint-Michel-Archange d'un excellent personnel hospitalier spécialisé. Les 54 infirmières psychiatriques de l'Hôpital Saint-Michel-Archange sont diplômées de cette école. Mais il existe une relation évidente entre elles et le milieu qui les forme, d'où cette formation reflète nécessairement les lacunes importantes dont souffrent les activités scientifiques de cet hôpital.

e) C'est aussi et principalement à l'Hôpital Saint-Michel-Archange que les élèves-infirmières des hôpitaux généraux font leur stage en psychiatrie (8 ou 12 semaines selon que les élèves viennent d'hôpitaux généraux qui possèdent ou non une clinique psychiatrique). Les remarques que nous venons de faire au sujet des infirmières qui se spécialisent en psychiatrie s'appliquent également ici.

f) Il offre aussi un enseignement au personnel auxiliaire. Il s'agit là d'une initiative locale et embryonnaire qui est loin d'être suffisante pour répondre aux besoins. Voici d'ailleurs ce qu'en disent les autorités: "... nos employés étant pour la plupart des employés permanents, ces cours ne sont pas nécessairement répétés tous les ans. Ces cours ont débuté en 1945 à raison de deux par semaine, pendant une période d'une heure et durant quatre mois et sont répétés à des intervalles indéterminés"

6 - ACTIVITES SCIENTIFIQUES

Elles sont malheureusement très réduites alors que, il y a quelques années, certaines recherches cliniques importantes ont été faites en psychopharmacologie. Quelques fois l'an, des psychiatres présentent cependant des travaux à la Société des Hôpitaux Universitaires. Aussi, le département de biochimie effectue quelques recherches très spécialisées.

La bibliothèque contient au-delà de 16,000 livres, dont plus de 7,000 sont psychiatriques. Les revues et périodiques que l'hôpital reçoit régulièrement sont au nombre de 118. En 1960, la bibliothèque s'est procuré 68 volumes et abonnées à trois revues. Elle est mal située cependant et n'invite guère le personnel professionnel à s'y rendre.

COMMENTAIRES

Il est clair que l'Hôpital Saint-Michel-Archange, malgré les progrès accomplis ces dix dernières années, ne répond pas aux normes de la psychiatrie contemporaine et on peut s'interroger sur les causes de cette situation. Celles-ci ne sont pas toutes particulières à l'Hôpital Saint-Michel-Archange. Nous répondons à ces questions dans le rapport qui est consacré à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu et le chapitre général intitulé "Commentaires" ajoute à ces informations. Nous ne voulons ici que souligner certains points.

Les préjugés et le manque d'intérêt de la Société à l'égard du malade mental ont plus que créé un système en parfaite concordance avec eux-mêmes. En d'autres mots, le système est tel qu'il perpétue les préjugés et le manque d'intérêt qui lui ont donné naissance. On comprend que les mailles résistent à l'usure ou ne se brisent que lentement.

Ce système explique l'érection d'hôpitaux aussi gigantesques que celui de Saint-Michel-Archange et qui font continuellement obstacle aux traitements des malades. Avec un hôpital aussi énorme, la politique de la "porte ouverte" et celle de la "thérapie par le milieu" ne peuvent atteindre qu'un certain palier. Mais alors, comment expliquer qu'en 1953 l'on ait érigé deux annexes de 1,200 lits chacune et que la structure architecturale de ces ailes immenses soit si peu fonctionnelle ou réponde si peu aux exigences de la psychiatrie moderne ?

Ceci nous conduit à reconnaître que malheureusement les psychiatres de l'Hôpital Saint-Michel-Archange ne remplissent nullement le rôle qu'ils devraient jouer dans la gouverne de l'hôpital. Une tradition qui trouve son appui dans des dispositions légales, non seulement donne au Surintendant médical tous les pouvoirs mais invite fortement celui-ci à se désintéresser beaucoup trop du traitement des malades au profit de préoccupations incessantes dont l'objet est la sécurité de la société. Dans ces conditions, le dialogue avec l'Administration ne nécessite aucune assemblée puisque le porte-parole exclusif des psychiatres est le Surintendant médical. Sans doute, il existe à l'Hôpital Saint-Michel-Archange un Bureau Médical, mais ses officiers, comme le stipulent les articles de la "Loi concernant les hôpitaux pour le traitement des malades mentaux", ne sont pas élus. Les réunions ne permettent qu'une discussion sur le diagnostic des malades récemment admis et une revue mensuelle des causes de décès. Ce bureau médical est donc amputé de ses fonctions essentielles et le Comité Conjoint, qui ne se réunit que très rarement, comporte un agenda extrêmement pauvre.

Le régime démocratique a sans doute ses imperfections mais il doit avoir sa place à l'hôpital comme ailleurs. Ses avantages sont indiscutables: il permet au corps professionnel de s'exprimer et d'être entendu; il favorise la diffusion des idées progressives.

RECOMMANDATIONS

Nos recommandations sont nombreuses et plusieurs correspondent aux besoins que les autorités administratives ont formulés. Elles doivent s'intégrer dans le cadre des recommandations générales énumérées à la fin du Rapport.

1 - Que l'Hôpital Saint-Michel-Archange soit légalement constitué en une Corporation distincte qui se conforme aux exigences d'une institution à caractère public en publiant par exemple ses états financiers annuels et un bilan des services rendus. Son Conseil d'Administration devrait comprendre des membres qui ne soient pas nécessairement des religieuses, mais aussi des représentants du corps médical de l'hôpital et de divers secteurs de la société.

2 - Que le Surintendant médical soit un psychiatre ayant déjà prouvé qu'il possédait les qualités requises pour mener à bien les réformes proposées; qu'il soit investi de toute l'autorité nécessaire à une telle tâche et qu'il siège ex-officio au Conseil d'Administration.

3 - Que les médecins de l'hôpital soient groupés en un Bureau Médical ayant des statuts et règlements conformes aux normes d'accréditation approuvés par le Conseil d'Administration, que les officiers du Bureau Médical soient élus annuellement par les médecins et que deux (2) médecins délégués par le Bureau Médical soient membres du Conseil d'Administration.

4 - Qu'un Comité Conjoint soit formé avec un nombre égal de représentants du Conseil d'Administration et du Bureau Médical.

5 - Que les revenus de l'hôpital ne soient plus assurés par un "per diem" fixe mais plutôt par un budget annuel représentant les besoins variables de l'hôpital, besoins qui seraient étudiés annuellement par la Commission des Services Psychiatriques selon des prévisions budgétaires soumises par l'hôpital. Le budget annuel de cet hôpital, comme celui des autres hôpitaux psychiatriques, devrait le plus tôt possible être intégré au budget global de l'Assurance-hospitalisation.

6 - Qu'aucune construction nouvelle ou agrandissement ne soient permis à Saint-Michel-Archange et que graduellement l'hôpital diminue le nombre de ses malades pour en arriver au chiffre de sa capacité théorique, soit environ 4, 400 patients.

7 - Que l'hôpital procède immédiatement à un classement plus rigoureux des malades afin de mettre en congé ou de diriger dans d'autres institutions les patients qui de par leur diagnostic ou leur comportement ne relèvent pas d'une institution du type de Saint-Michel-Archange.

8 - Qu'un Comité des Admissions dirigé par un psychiatre, soit créé immédiatement ayant, entre autres buts, de définir plus exactement les catégories de malades devant être admis, d'exiger un dossier plus complet avant l'admission et de circonscrire les limites géographiques de son champ de recrutement.

9 - Que la structure physique de l'hôpital soit modifiée de façon à créer des Services quasi-autonomes (d'environ 500 malades) groupant ainsi les malades selon leur lieu de résidence et/ou selon la nature de leur maladie.

10 - Que les "départements" de malades soient sectionnés de façon telle que de petites-"unités" de traitement (environ 30 malades) soient établies - celles-ci étant sous les soins d'une équipe clinique: les dortoirs devraient aussi être subdivisés en chambres ne comprenant pas plus de 6 ou 8 patients.

11 - Que l'autorité de chaque "Salle" assumée, en pratique, par la religieuse officière soit remise au psychiatre qui dirigera chaque "unité" de traitement et qu'il soit assisté d'une infirmière licenciée et si possible spécialisée en psychiatrie.

12 - Que l'appareil policier de l'hôpital soit aboli et qu'on introduise graduellement le concept de la "porte ouverte".

13 - Qu'un certain nombre de lits soient réservés pour l'admission des cas urgents.

14 - Qu'une Clinique Externe soit créée immédiatement, aussi bien pour y suivre les malades en congé (post-cure) que pour y examiner les patients nouveaux susceptibles d'être hospitalisés ou pouvant être traités avec succès sans hospitalisation.

15 - Que l'hôpital organise les services d'un "Centre Diurne" et d'un "Centre Nocturne" - services qui, ailleurs, ont réduit sensiblement le taux d'hospitalisation.

16 - Que les nouveaux Services suivants soient établis et qu'ils soient dotés d'un personnel qualifié:

- a) Service Social avec: Section de Placement en Foyers Nourriciers
Section de Placement: Vocational
Section de Placement en Foyers à Mi-Chemin (Half-Way Houses)
Clubs pour ex-patients
- b) Service d'Apprentissage de métiers simples et d'Orientation
- c) Service d'Occupation Thérapeutique
- d) Service d'Activités Récréatives.

17 - Que des locaux beaucoup plus spacieux soient mis à la disposition de l'occupation thérapeutique et des Activités Récréatives.

18 - Que la politique de ségrégation quasi-absolue des deux sexes soit abolie et que l'hôpital, en tentant de créer une atmosphère qui se rapproche de celle du monde "normal", encourage les contacts et rencontres entre malades des deux sexes à l'occasion d'activités telles que repas, occupation thérapeutique, loisirs et travail.

19 - Que l'hôpital suscite une atmosphère thérapeutiques dans tous les secteurs de la vie quotidienne du malade par des mesures telles que: la plus grande utilisation des diverses formes de psychothérapie collective, l'instauration d'un régime plus démocratique qui permette aux malades une certaine mesure de "self-government", un choix plus judicieux et fait par le médecin des tâches confiées aux malades et pour les cas appropriés, une rémunération établie sur des critères objectifs.

20 - Que le médecin traitant ait l'autorité voulue pour mettre un malade en congé quand il le juge à propos, comme c'est la pratique dans

un hôpital général.

21 - Que la direction de l'hôpital encourage la mise en œuvre de projets de recherche.

22 - Que l'hôpital prenne des mesures pour améliorer l'enseignement qu'il dispense aux résidents en psychiatrie et aux internes: qu'il étende son enseignement aux étudiants en psychologie et en service social de l'Université Laval.

23 - Que les services de psychologie et de thérapie d'occupation soient amplement développés.

24 - Que soit créé un service de médecine interne.

25 - Que des mesures soient prises pour augmenter et diversifier les activités récréatives des malades.

26 - Qu'après étude approfondie l'on assigne aux Pavillons Dufrost et La Jemmerals des fonctions plus spécifiques et en harmonie avec les autres réformes.

27 - Que la Clinique Roy-Rousseau soit intégrée dans le programme de réformes de l'Hôpital Saint-Michel-Archange.

28 - Qu'enfin l'hôpital, avec l'aide appropriée des autorités gouvernementales, procède immédiatement au recrutement du personnel de toutes catégories, condition essentielle à la réalisation du programme élaboré ci-haut.

VERDUN PROTESTANT HOSPITAL

HISTORIQUE

C'est en 1872 qu'un travailleur bénévole de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, M. Alfred Perry, émit le vœu qu'un hôpital mental soit érigé pour les patients protestants de la Province de Québec.

En 1881, une charte fut octroyée pour la construction d'un tel hôpital qui débuta après qu'un Bureau de Direction eut été créé et que le terrain approprié eut été fourni par des citoyens généreux.

En 1890, la bâtisse principale était inaugurée. De 1896 à 1909, trois pavillons furent ajoutés si bien que l'hôpital pouvait alors loger 800 malades. En 1940, une nouvelle aile permit de recevoir un total de 1200 patients. C'est en 1957 que l'hôpital atteint un nombre record de malades, soit 1686, ce qui représentait un encombrement considérable.

Depuis 1960, un programme de construction et de rénovation est en cours, qui sera terminé en 1963. En 1955, on créa une Clinique de Post-Cure qui traita 1167 malades durant 1960. En 1956, un Service de soins à domicile fut établi et 69 patients ont pu ainsi être traités en 1960.

En plus de sept (7) bâtisses habitées par des malades, il y a deux résidences pour infirmières et aides-infirmières et enfin un pavillon pour activités récréatives. Situé sur le boulevard La Salle à Verdun, l'hôpital est à environ 300 verges du fleuve Saint-Laurent.

ADMINISTRATION

Le V. P. H. est une institution publique, administrée par une Corporation privée, à but non lucratif (voluntary non-profit hospital) et dont les activités sont prescrites par la "Loi concernant les hôpitaux pour le traitement des maladies mentales".

La majeure partie (75%) des revenus de l'hôpital est fournie par l'allocation de \$2.75 par jour, par malade ("per diem") que lui verse le Gouvernement Provincial: subventions fédérales-provinciales (\$106, 071. 00), patients privés (\$384, 893. 00) et pension des employés (\$80, 006. 00) constituent les principales autres sources de revenus.

Toujours pour 1960 l'excédent des dépenses sur les revenus (déficit) a été de \$60, 355. 00.

Les sommes consacrées principalement au soin des malades (salaires du personnel, médicaments, placement en foyer nourricier, etc...) représentent 70% des dépenses totales.

Il est à noter que les dépenses pour rénovation et réparation des bâtisses ne s'élevaient qu'à \$20, 000. 00, soit 1% des dépenses totales.

L'augmentation appréciable du déficit de 1960 par rapport à celui de 1959 (\$17, 700. 00) est attribuable à la hausse justifiée des salaires des employés non-professionnels; quant au personnel médical, il est substantiellement moins rémunéré que dans les hôpitaux psychiatriques de langue française.

Les autorités de l'hôpital se croient lésées au plan financier du fait qu'une politique vigoureuse de traitement qui abrège le séjour du patient à l'hôpital et qui a obtenu depuis quelques années une baisse du

nombre de malades hospitalisés malgré un taux d'admission plus élevé - les prive des revenus plus élevés qu'elles percevaient en gardant à l'hôpital un nombre plus grand de patients. Alors qu'en réalité cette thérapeutique plus active, pour réussir, doit reposer sur un personnel compétent, plus nombreux et donc occasionne plus de dépenses.

Le Surintendant Médical assiste aux délibérations du Bureau de Direction et aux réunions de ses comités: ses vucs et celles du corps médical semblent endossées par l'Administration et les rapports médecins - administration nous ont paru très harmonieux.

Il ne fait pas de doute que la direction médicale de l'hôpital jouit d'une grande liberté d'action vis-à-vis du Bureau de Direction.

LES MALADES

Au moment de notre étude, 1532 malades étaient hospitalisés alors que la capacité théorique de l'hôpital est de 1430; un pavillon actuellement inoccupé à cause de travaux de rénovation aura une capacité de 100 lits. Cela permettra d'éliminer cet encombrement relativement peu marqué.

a) Habitat

Tel que mentionné dans l'historique, l'Hôpital est formé de sept (7) pavillons détachés les uns des autres mais reliés par un corridor souterrain. Ces pavillons contiennent de 100 à 450 malades chacun, pour une moyenne de 220 malades par édifice. Le Pavillon Bergass, une fois rempli, recevra tous les malades privés, soit 100.

Le Pavillon Ouest (100 lits) est réservé aux nouveaux malades de sexe masculin: 90% y séjourneront pour toute la durée de leur hospitalisation (environ 6 semaines) alors que les autres seront transférés dans des Pavillons où le traitement sera prolongé. Il a été aménagé en chambres pour un, deux ou cinq malades, réparties sur deux planchers. C'est un Pavillon entièrement "ouvert", en ce sens qu'aucune porte n'est fermée à clef et que sauf pour des cas spéciaux (6-7) tous les malades sont entièrement libres dans leurs allées et venues: ce régime est d'ailleurs étendu à 75% des malades de l'hôpital.

Le Pavillon Porteous contient un plancher (54 lits) consacré à l'admission des malades du sexe féminin; on y trouve quelques chambres simples et des petits dortoirs (8 à 12 lits); la politique de la "porte ouverte" n'est pas aussi implantée qu'au Pavillon Ouest et cette divergence s'explique du fait que chaque chef de service jouit d'une grande latitude et peut utiliser les méthodes de traitement qu'il juge appropriées.

Dans ces deux Pavillons, comme partout dans l'Hôpital, le nouveau patient ne revêt pas un uniforme spécial même au moment de l'admission. Aux deux endroits les salles de séjour sont aménagées de façon agréable et la plupart des malades prennent leurs repas à l'une de sept (7) cafétérias de l'hôpital.

Les autres sections du Pavillon Porteous sont réservées aux malades plus âgés, des deux sexes.

Tous les patients (155) nécessitant des soins médicaux ou chirurgicaux sont automatiquement transférés dans un pavillon tout à fait moderne (chambres de 4 lits) qui en somme, a remplacé les anciennes infirmeries. Dans ce Pavillon, les malades sont traités dans l'atmosphère d'un hôpital général, avec notamment une quasi absence de ségrégation des sexes.

Le Pavillon Perry (450) et le Pavillon Nord-Ouest (310) abritent

les malades dont le traitement est prolongé, et les locaux n'y ont pas encore été complètement renouvelés, comme dans les autres sections de l'hôpital. Dans le Pavillon Nord-Ouest, on y rencontre un encombrement de 13% et deux dortoirs allant jusqu'à 80 lits, mais subdivisés en sections de huit à douze lits. Il est manifeste que ces malades ne jouissent pas des bonnes conditions du milieu physique observées dans les autres pavillons.

Au total, l'hôpital possède 20 cellules d'isolement qui sont très rarement utilisées; aucune ne l'était aux jours de notre visite.

b) Catégories

AGE: 467 malades (30%) ont plus de 65 ans.

6 malades ont 16 ans et moins.

DIAGNOSTIC

Psychoses:	1400
Psychonévroses:	50
Syndromes organiques:	250 (dont 30 épileptiques 25 avec psychose, 5 sans psychose)
Alcooliques	80
Psychopathes (anti-sociaux)	40
Débiles mentaux	85 (dont 30 éducables)

Langue - Religion:

De langue française:	51, dont 30 sont protestants.
Catholiques:	55

Le classement des malades nous a paru adéquat et deux facteurs importants y contribuent: à chaque jour les médecins tiennent une réunion (½ heure) spécialement consacrée aux problèmes "d'administration médicale" et le transfert des malades d'un pavillon à l'autre y est décidé à cette réunion. En second lieu, avec huit (8) psychiatres et douze (12) médecins résidents en psychiatrie, nous constatons que chaque médecin a en moyenne 75 malades sous ses soins, nombre infiniment moins élevé que dans la plupart des hôpitaux psychiatriques et qui permet une fréquence raisonnable dans le contact médecin-malade et une bonne tenue des dossiers.

c) Admission

Il n'y a pas de liste d'attente et l'hôpital reçoit des malades à toute heure du jour ou de la nuit, y compris le fin de semaine, puisqu'il y a toujours un psychiatre en devoir et qu'il doit alors demeurer à l'hôpital.

Pour 1960, un total de 1075 malades ont été admis.

Tous les types de malades sont admis à l'exception des débiles mentaux, des alcooliques sans psychose, des épileptiques et des enfants de moins de 16 ans.

Les patients sont hospitalisés avec la formule d'internement prescrite par la Loi et sont soumis à la curatelle publique: comme dans bien d'autres institutions relevant de notre étude, les autorités de l'hôpital croient qu'un très grand nombre de malades pourraient, de par leur état mental, être exemptés de cette formalité juridique.

Il y a toujours suffisamment de lits libres pour les cas d'urgence.

d) Traitement, Visites, Mises en congé.

Comme la plupart des hôpitaux que nous avons étudiés, le V.F.H. fait un usage généreux de médicaments dits "tranquillisants"; pour environ 75% des malades ils constituent la thérapeutique principale. Pour les autres 25% on utilise surtout diverses techniques de psychothérapie, individuelle ou collective.

Seulement 5 à 10 malades en moyenne reçoivent un traitement à l'électro-choc. L'insulinothérapie est rarement utilisée.

Mais ce qui caractérise vraiment cet hôpital quant au traitement des patients, c'est sans nul doute l'importance considérable que l'on attache à la "thérapie par le milieu", i.e. l'effort concerté que fait tout le personnel pour créer l'atmosphère la plus propice à l'amélioration du malade. Pour obtenir ce milieu thérapeutique, l'hôpital a utilisé jusqu'ici deux principes essentiels: donner au malade le plus de liberté possible et l'inciter à participer le plus possible à une grande variété d'activités.

Ainsi 75% des patients (environ 1200) habitent des quartiers complètement "ouverts", 20% sont dans des salles semi-fermées et 5%, à cause de leur pathologie, doivent être soumis au régime traditionnel de la porte fermée à clef. Il est à noter que l'incidence des cas de grossesse chez les patientes n'a pas augmenté depuis les quelques années que l'hôpital a inauguré sa politique de la "porte ouverte". Ajoutons que même si le V.F.H. prenait figure de pionnier dans notre pays vis-à-vis de cette politique, il pourrait bénéficier de l'expérience déjà acquise dans des pays tels que l'Angleterre, la Hollande et les Etats-Unis et s'appuyer sur les conclusions favorables à cette philosophie émises par des experts de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Près de 50% des malades (environ 700) participent de façon régulière à des activités, soit à l'occupation thérapeutique ou aux divers ateliers où les métiers suivants sont enseignés par des moniteurs qualifiés: menuiserie, peinture, travail de la ferme, travail de bureau (dactylo, sténo, etc...), travail sur cuir, céramique, tissage, travail de cuisine et de buanderie et enfin soins auprès des malades. Ces patients sont occupés durant 5 ou 6 heures par jour et reçoivent \$0.20 par jour pour subvenir à leurs "petites dépenses". Seul le médecin autorise l'activité qui sera la plus appropriée en vue de la réhabilitation du patient.

En plus des salles de séjour que possède chaque pavillon, l'hôpital compte quatre (4) salles de récréation et un édifice (Douglas Hall) entièrement consacré aux activités sportives et culturelles avec auditorium, gymnase, etc... Il existe un programme formel d'activités récréatives auquel participent 90% des malades et il est dirigé par le personnel qualifié du département de l'occupation thérapeutique (O. T.).

Le traitement des malades ne cesse pas à leur sortie de l'hôpital; en effet, depuis six ans l'hôpital a mis sur pieds sa propre Clinique de Post-Cure (After-care Clinic) destinée à la continuation du traitement une fois le malade sorti de l'hôpital. En 1960, 1167 patients ont ainsi pu être traités et on évalue à 75% la proportion des malades qui reviennent à la Clinique après leur congé de l'hôpital.

Cette Clinique est ouverte le soir seulement et le personnel de l'hôpital (médecins, travailleurs sociaux, etc...) doit y consacrer une soirée par semaine et cela sans rémunération supplémentaire.

Dans bien des hôpitaux, un malade guéri de ses symptômes psychiatriques peut souvent voir son congé retardé à cause de facteurs socio-économiques: pas de foyer pour le recevoir ou d'emploi disponible. Le V.F.H. conscient de ces obstacles à la ré-intégration du patient dans la société a, depuis quelques années, organisé un système de placement en

foyers nourriciers à la ville et à la campagne. Ces foyers sont choisis et visités régulièrement par les travailleurs sociaux (qualifiés) de l'hôpital et celui-ci verse au foyer une allocation de deux dollars (\$ 2.00) par jour. L'hôpital continue de recevoir le "per diem" de deux dollars et soixante-quinze cents (\$ 2.75) pour ces malades, puisque le placement est considéré comme un prolongement de l'hospitalisation qui rend encore plus efficace le traitement offert au malade, c'est-à-dire que, sans dépenses additionnelles, l'hôpital réussit à introduire dans son programme thérapeutique une variante très précieuse. En 1960, cinquante-huit (58) malades ont bénéficié de ce service. Il est évident que le succès du placement dépendra largement du choix du foyer qui sera judicieux, si on en laisse le soin à des travailleurs sociaux compétents.

Le Service social de l'hôpital consacre soixante-quinze pour cent (75%) de son temps à la réhabilitation des malades; il voit à procurer de l'aide financière à la sortie du patient indigent et de ses propres moyens (contacts avec employeurs, etc), autant qu'en collaboration avec les Services de Placement gouvernementaux, il s'efforce de trouver un emploi à chaque patient incapable de le faire lui-même. Une fois embauché, le malade est visité par le travailleur social. Il est clair qu'un plus grand nombre d'employeurs consentiraient à embaucher des ex-patients psychiatriques s'ils avaient l'assurance que l'institution continue de s'intéresser activement à ses malades et délègue un représentant qui discute avec eux des problèmes que peuvent présenter les patients employés.

L'hôpital vient d'inaugurer une maison de convalescence (Half-way-home), qui abritera des malades assez améliorés pour quitter l'hôpital, mais pas suffisamment pour vivre dans un milieu où ils doivent assumer une trop grande responsabilité. Cette maison abrite dix (10) hommes et dix (10) femmes; un couple a charge de l'entretien, aidé d'une cuisinière et d'une domestique. Ces vingt (20) malades choisis avec soin par le médecin continuent d'être vus régulièrement par celui-ci, puisque la maison est située sur le terrain de l'hôpital.

L'hôpital a reçu un appui financier important du Club Rotary de Montréal, dans l'élaboration de ce nouveau service; la construction a coûté un peu plus de cent mille dollars (\$ 100,000.00).

Le parent ou l'ami qui visite un malade au V.P.H. le fait de la même façon que dans un hôpital général. Aucun laissez-passer n'est requis, policiers et clôtures n'existent pas. Le visiteur se rend directement au pavillon du malade. Il y a quatre jours de visite par semaine, deux durant la soirée et deux dans l'après-midi.

L'Association des Bénévoles (Auxiliary) compte neuf cent vingt-huit (928) membres. Une de ses activités consiste à trouver des familles qui visiteront ou recevront des malades "oubliés". Ainsi, plus de cent (100) patients ont pu être adoptés et peuvent maintenant espérer retourner graduellement au monde extérieur.

Au cours de 1960, neuf cent quinze (915) malades ont été mis en congé: 92 étaient des patients hospitalisés depuis plus d'un an (considérés comme chroniques), dont trente-six (36) depuis plus de cinq ans. C'est le médecin traitant qui, de concert avec son chef de service, décide du congé du patient et nulle autre formalité (v. g. assemblée des médecins) n'est requise. Le malade sera suivi à la Clinique de Post-Cure et il est clair que cette continuation du traitement permet à l'hôpital d'abréger la durée du séjour et de libérer le malade, même s'il n'est pas complètement rétabli.

LE PERSONNEL

a) Psychiatrie

Huit (8) psychiatres qualifiés assistés de douze (12) médecins résidents (psychiatres en formation) se partagent le soin des malades. Deux

(2) autres psychiatres (surintendant et son assistant) se consacrent surtout à l'administration.

Le nombre moyen de malades par médecin est de soixante-quinze (75), mais un médecin peut avoir jusqu'à cent cinquante (150) patients sous ses soins, s'il s'agit de malades dits "chroniques", alors que pour les cas plus aigus, moins de vingt-cinq (25) sont assignés au médecin.

L'hôpital est constitué en six (6) Services. Le psychiatre, chef de service, est secondé par, au moins, un assistant et jouit d'une quasi-autonomie dans l'organisation et la marche de son service.

b) Autres Médecins

Les soins médicaux-chirurgicaux sont assurés par une équipe de quarante-deux (42) consultants, représentant toutes les spécialités de la médecine.

c) Psychologie

Le directeur de ce département possède un doctorat en psychologie (Ph. D.) et ses quatre assistants détiennent une maîtrise en psychologie. Trois stagiaires de l'Université McGill complètent le personnel de ce département.

Les psychologues collaborent continuellement avec les psychiatres et surtout dans les secteurs suivants: étude du diagnostic, recherche et enseignement. A l'occasion, le psychologue participera au traitement du malade (diverses formes de psychothérapie), sous la surveillance d'un psychiatre.

d) Service social

Il comprend cinq (5) travailleurs sociaux qualifiés, assistés de quatre (4) stagiaires de l'Université McGill. Ce service joue le rôle de trait d'union entre le malade hospitalisé et le monde extérieur et continue d'aider l'ex-patient après son départ de l'hôpital. Il constitue peut-être le service le plus nécessaire à la réhabilitation du patient.

Il procure aussi l'enseignement pratique aux Etudiants de l'Ecole de Service social de l'Université McGill.

Les autorités de l'hôpital estiment qu'au moins cent cinquante (150) malades hospitalisés pourraient être réintégrés à la société, si le personnel du Service social était plus nombreux.

e) Nursing

Plus trente (30) infirmières diplômées employées à l'hôpital, vingt-deux (22) ont subi une formation spéciale en psychiatrie. L'hôpital n'a pas d'Ecole de Nursing général, mais offre une formation post-scolaire en psychiatrie aux infirmières (4 en 1960). Il reçoit aussi des étudiantes-infirmières des autres hôpitaux, pour des stages de trois mois en psychiatrie (50 à la fois).

Depuis deux ans, le V.P.H. offre aux assistants-infirmiers (garçons) un programme de formation pratique et théorique d'une durée de huit mois, qui comporte trois cent cinquante (350) heures de cours et des stages dans les principaux services de l'hôpital. Pendant cette période, l'étudiant reçoit trente-trois dollars (\$ 33.00) par semaine et ce n'est qu'après l'obtention de son diplôme qu'il acquiert son statut d'assistant-infirmier permanent, à un salaire de base de quarante-quatre dollars (\$ 44.00) par semaine.

Ce cours était donné à cent sept (107) étudiants (54 hommes, 53 femmes) en 1960; on exige la neuvième année scolaire et le candidat doit avoir entre dix-huit et quarante-cinq ans.

L'hôpital compte en plus 76 assistants-infirmiers des deux sexes; au total le personnel infirmier affecté au soin des malades s'élève à 259, soit une personne par 6 malades (1:6) alors que les standards reconnus en psychiatrie exigent un minimum de 1 personne pour 4 malades.

f) Occupation thérapeutique (O. T.) et autres activités

Le personnel de l'O. T. comprend quatre (4) thérapeutes d'occupation qualifiés qui sont secondés par 25 stagiaires des Universités de Montréal et de McGill.

Les 14 moniteurs qui enseignent aux malades certains métiers, travaillent sous la direction des thérapeutes d'occupation.

Environ 500 malades sont occupés dans les divers ateliers et pour environ 100 qui peuvent difficilement quitter leur pavillon, les thérapeutes se rendent dans les salles pour occuper ces malades.

ACTIVITES SCIENTIFIQUES

La réputation du V.P.H., sur le plan scientifique, s'étend bien au-delà de nos frontières surtout depuis 1953, alors que grâce aux recherches de son directeur clinique, cet hôpital était le premier en Amérique à démontrer l'action merveilleuse des médicaments "tranquillisants" dans le traitement des malades mentaux. Ces recherches n'ont pas cessé et ce même directeur clinique est d'emblée reconnu comme une autorité dans la matière à travers le monde si bien que le U.S. Public Health Service n'hésite pas à octroyer au V.P.H. d'importantes sommes d'argent pour fins de recherches.

L'hôpital a aussi entrepris depuis quelques années des recherches originales dans le domaine de la psychothérapie collective et du traitement des patients âgés.

L'enseignement à tous les niveaux académiques tient une place très importante surtout dans la formation de futurs psychiatres (12 résidents) et des futurs médecins (tous les étudiants en médecine de McGill y font un stage de 2 semaines). Il est bon de noter que tout le personnel de l'hôpital prodigue son enseignement sans rémunération spéciale et qu'il est d'avis que l'enseignement, loin d'être une entrave au soin des malades, constitue plutôt un stimulant qui en améliore la qualité.

L'hôpital accorde à certains de ses employés, représentant toutes les disciplines, des bourses d'études (avancées) à l'étranger et au pays. A tous les jours, les psychiatres se réunissent avec le directeur clinique pour discuter les problèmes particulièrement épineux qui se présentent dans les Services; modifications au traitement médicamenteux, transfert de malades au sein de l'hôpital, dosage de la "liberté" à varier pour tel patient, etc...

Une réunion hebdomadaire de tout le personnel professionnel est consacrée à la présentation d'un cas choisi pour son intérêt scientifique.

Une fois par mois, un psychiatre donne une communication scientifique qui est ensuite discutée en groupe.

Le Bureau Médical élit son exécutif à chaque année et se réunit une fois par mois; assistent aussi à ces réunions les chefs (non médecins) des différents départements et les médecins résidents.

L'enseignement aux futurs psychiatres est reconnu par le Collège Royal des Médecins du Canada et par celui de la Province. La formation donnée aux assistants-infirmiers est approuvée par l'Association des Infirmières de la Province de Québec.

BESOINS ET PROJETS FORMULES PAR L'INSTITUTION

A- Personnel supplémentaire

- 5 psychiatres
- 1 neuropsychiatre
- 3 médecins pour cas de gériatrie
- 6 travailleurs sociaux
- 2 psychologues
- 4 infirmières spécialisées en psychiatrie
- 2 infirmières graduées
- 25 assistants-infirmiers
- 6 thérapeutes d'occupation
- 4 moniteurs
- 2 physiothérapeutes

B- Projets

Rénovation de deux pavillons, ce qui complètera le programme de rénovation des bâtiments.

Construction d'un pavillon pour débilés mentaux.

Construction d'un pavillon pour adolescents malades mentaux.

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION

Tenant compte de ses ressources financières nettement insuffisantes (le par diem de \$2.75), cet hôpital a réussi de façon remarquable à se placer à l'avant-garde du mouvement de modernisation du traitement des malades mentaux, mouvement qui a connu son plus grand essor depuis 15 ans en Grande-Bretagne.

Certaines des innovations développées au V. P. H. peuvent se discuter quant à leurs aspects accessoires mais rallient, quant à leurs caractères fondamentaux, la majorité des experts. Ainsi il ne fait pas de doute que la politique de la "porte ouverte" a fait augmenter le nombre des évasions ou du moins a-t-elle joué un rôle important dans cette augmentation. Cependant, il faut tout de suite ajouter que sur les 92 malades évadés en 1960, 58 sont revenus à l'hôpital et à peu près de leur bon gré.

Il est également clair qu'en appliquant une philosophie de la mise en congé le plus rapidement possible, on s'expose à voir grandir le nombre des ré-admissions mais cela restera un inconvénient bien mineur si on le compare aux injustices commises envers les malades qu'on détient trop longtemps par suite d'un nihilisme thérapeutique ou d'une prudence exagérée.

L'aspect physique des locaux du V. P. H. n'a pas le caractère de grande propreté rencontré dans d'autres institutions: par ailleurs, le spectacle de détachements de vadrouilleurs se mouvant en automates est épargné aux visiteurs, au personnel et aux malades!

Comme dans toutes les institutions visitées, la nourriture laisse à désirer autant dans sa présentation que dans sa variété.

L'encombrement, éliminé dans plusieurs salles, demeure un problème dans quelques pavillons et il reste encore quelques dortoirs de 50 à 100 lits qui devraient être sectionnés.

Les salaires du personnel, surtout professionnel, sont trop peu élevés surtout si l'on tient compte de la somme considérable de travail qu'on exige de ce personnel (v.g. Le psychiatre travaille de 8.30 a.m. à 5 heures p.m. avec 30 minutes de répit pour le repas du midi, doit donner une soirée par semaine à la Clinique de Post-Cure et demeurer à l'Hôpital en devoir, une fin de semaine par mois). Il a semblé à la Commission que le personnel travaillait dans une atmosphère où la pression est quelque peu excessive.

Il est urgent que d'autres psychiatres se joignent à l'équipe actuelle; il serait possible de les attirer par la formule du temps partiel et en leur donnant le privilège d'hospitaliser et de traiter leurs malades privés - chose qui ne se pratique pas actuellement.

Recommandations:

Les six (6) premières recommandations ont été soumises par les autorités de l'hôpital: la Commission les endosse et note qu'elles pourraient bien s'appliquer aux Services équivalents qu'ont certains autres hôpitaux.

Ces six (6) recommandations devraient prendre effet immédiatement et aussi longtemps que le système actuel de financement par un "per diem" fixe n'aura pas été remplacé par le système des prévisions budgétaires préconisé dans ce Rapport. Ces six (6) recommandations ne seront plus valides le jour où les hôpitaux psychiatriques deviendront intégrés à l'Assurance-Hospitalisation.

Il semble que le Verdun Protestant Hospital pourra recruter le personnel voulu si sa situation financière est redressée; cet hôpital pourrait alors aussi améliorer la qualité de sa nourriture, et de l'entretien des lieux.

- 1 - Le pavillon médico-chirurgical de l'hôpital devrait être considéré, à toutes fins pratiques, comme un hôpital général et par conséquent être intégré à l'Assurance-Hospitalisation. Cette mesure apporterait les fonds nécessaires à un traitement médico-chirurgical approprié des malades.
- 2 - Les Services d'Admission de l'hôpital (hommes: 97 lits, femmes: 77 lits, vieillards: 24 lits) devraient aussi être reconnus par l'Assurance-Hospitalisation et recevoir une allocation "per diem" identique à celles de l'Institut Prévost et de la Clinique Roy-Rousseau, puisque la qualité de ces Services est équivalente à celle de ces deux institutions.
- 3 - Comme l'Hôpital Saint-Michel Archange, le Verdun Protestant Hospital devrait bénéficier de l'allocation spéciale (environ \$5.00 par jour) que verse l'Assistance Publique pour le traitement des alcooliques.
- 4 - Le "per diem" pour les patients dont le traitement est prolongé devrait être immédiatement haussé à \$ 4.75 et révisé ensuite périodiquement dans le but de l'augmenter de nouveau à mesure que du personnel supplémentaire est formé et engagé et que les services de l'hôpital s'étendent.
- 5 - L'hôpital devrait recevoir une rémunération adéquate pour les malades traités au Centre de Jour.
- 6 - L'hôpital devrait percevoir le même "per diem" de base (\$ 4.75) pour tous les malades: ceux qui désirent des services spéciaux devraient, par entente avec l'hôpital, en assumer les frais supplémentaires.
- 7 - La Commission recommande que la Province défraye en entier le coût de la création de nouveaux Services soit dans cet hôpital ou du moins dans la région de Montréal - Services dont la collectivité a un besoin urgent.
 - a) 100 lits pour adolescents souffrant de troubles psychiatriques, (Un pavillon de 20 lits est déjà en construction).

- b) 200 lits pour défilés mentaux (avec expansion future, si nécessaire)
- c) 50 lits pour adultes anti-sociaux
- d) 30 lits pour le traitement spécial des alcooliques.

Cette recommandation qui pourrait comporter l'agrandissement d'un hôpital contenant déjà 1532 lits peut paraître en contradiction avec certaines de nos recommandations générales. Cependant, il faut se rappeler que la presque totalité des patients de langue anglaise habitent la région de Montréal; d'où le concept de services régionaux s'applique peu à la population de langue anglaise.

8- Que le Surintendant médical soit un psychiatre ayant déjà prouvé qu'il possédait les qualités requises pour mener à bien les réformes proposées; qu'il soit investi de tout l'autorité nécessaire à une telle tâche et qu'il siège ex-officio, au Conseil d'Administration.

9- Cet hôpital devrait pouvoir admettre tous les patients de langue anglaise, indépendamment de leur religion, race ou couleur.

10- Cet hôpital devrait, avec l'assistance financière de la Province, mettre sur pieds des services de consultation, une clinique externe, un service d'urgence à domicile; ces différents services s'ajouteraient à la clinique de post-cure et au programme de soins à domicile qui existent déjà.

11- Avec l'aide financière de la Province, l'hôpital devrait s'engager dans un programme d'apprentissage de métiers simples associé à la création "d'ateliers protégés".

12- La Loi des hôpitaux mentaux devrait être modifiée de façon à permettre l'admission de patients à cet hôpital sans la formule d'internement. Cette formule continuerait d'exister; mais ne serait utilisée que dans des cas exceptionnels où elle permettrait un traitement plus efficace, qu'il s'agisse d'admissions volontaires ou forcées.

FOYER SAINTE-LUCE

HISTORIQUE & ADMINISTRATION

Le Foyer Sainte-Luce est situé à Disraéli, (Cté Wolfe) village de 4,000 habitants à 90 milles de Québec et 50 milles de Sherbrooke; le centre le plus rapproché (15 milles) est Thetford Mines.

Ce Foyer fut fondé par son Président actuel, M. E. Bérubé, qui se décrit comme "un ancien voyageur de-commerce". Il devint incorporé, en vertu d'une charte provinciale, en avril 1960. En septembre 1960, il a obtenu la reconnaissance officielle du Ministère de la Santé qui assignait le Foyer à la classe "K": il reçoit \$2.50 par jour pour chacun des malades.

Il est exempt d'impôts municipaux, provinciaux et fédéraux. Il a pour but de "loger et prendre soin des malades mentaux du sexe masculin qui lui sont envoyés surtout par les hôpitaux Saint-Michel Archange et Saint-Jean-de-Dieu".

Le Foyer a commencé à recevoir des malades dès 1953 dans une maison à trois logements qui depuis a été agrandie à quatre reprises.

Les statistiques fournies par le Foyer font voir l'expansion rapide de cette institution, pour la période 1953-62.

<u>ANNEES</u>	<u>NOMBRE DE MALADES</u>
1953	13
1954	34
1955	87
1956	164
1957	165
1958	179
1959	180
1960	204
1961	247
1962	278

"Le Foyer Sainte-Luce après le principal agrandissement de 1960 contient en plus de tous les services nécessaires à une maison de ce genre, 318 lits et une capacité moyenne de 325 lits".

Le Foyer a maintenant, selon son Directeur, une capacité théorique de 325 lits mais il sera démontré plus loin que ce chiffre est grossièrement exagéré, en regard des standards reconnus.

En théorie c'est le Surintendant de l'Hôpital Saint-Michel Archange qui décide de l'admission ou du congé de tout patient mais en pratique cette surveillance n'est pas bien exercée et la Commission a pu constater, par l'étude des dossiers, que certains malades sont admis directement au Foyer sans l'assentiment du surintendant médical.

Contrairement à la plupart des institutions psychiatriques ce Foyer n'a pas de contrat avec le Gouvernement, quant à la définition de ses services auprès des malades et à la rétribution accordée par le Gouvernement: toutes les ententes ont été faites verbalement ou par correspondance.

Ainsi jusqu'à l'an dernier, le Foyer recevait un octroi spécial pour défrayer le coût des médicaments et des vêtements des patients. Cependant en novembre 1960, le Ministère de la Santé annonçait dans une lettre au Foyer que le "per diem" serait haussé à \$2.75 (à partir du 1er octobre 1961) pour permettre l'achat des vêtements pour les malades. Mais un mois plus tard, le Ministère de la Santé écrivait au Directeur du Foyer, lui demandant de considérer non avenue la lettre de novembre et que l'augmentation du "per diem" n'était plus possible à cause de difficultés budgétaires.

Le Foyer a aussi demandé un octroi spécial de cinquante mille dollars (\$ 50,000.00) pour l'expansion des bâtisses et un autre octroi de huit mille dollars (\$ 8,000.00) pour des chaises; il faut noter, tout de suite, que les hôpitaux psychiatriques (qui reçoivent un "per diem" comparable) sont tenus de pourvoir, vêtements, ameublement à même l'allocation "per diem" et qu'il ne saurait être question de subventions spéciales à cet effet. Il est vrai que notre étude nous a permis de constater que quelques hôpitaux avaient joui d'octrois "spéciaux".

Depuis la visite au Foyer, la Commission a appris que le Ministère de la Santé de la Province a versé au Foyer de 1955 à 1961, en octrois spéciaux, la somme de cent douze mille dollars (\$ 112,000.00); les fins pour lesquelles cet argent a été utilisé ne sont pas spécifiées. Ces octrois étaient d'abord versés à l'Hôpital Saint-Michel Archange qui ensuite les transmettait au Foyer. La Commission s'interroge sur les raisons d'une telle procédure.

Il est vrai qu'en théorie il ne s'agit pas d'un hôpital mais d'un Foyer; cependant en pratique cette institution par la nature même de ses clients, malades mentaux transférés des hôpitaux psychiatriques, joue le rôle d'un hôpital mental sans toutefois avoir le moindre personnel compétent à son service.

Selon l'expression du Directeur " nous sommes comme une filiale de Saint-Michel Archange",

Le bilan financier fourni par l'institution pour la période du 1er mai 1960 au 31 décembre 1960 démontre un excédent de revenus de l'ordre de dix huit mille deux cent quatre vingt six dollars et quarante neuf cents (\$ 18,286.49) et cela après avoir inclus dans les dépenses, les intérêts sur hypothèque (seize mille dollars - \$16,000.00) et un réajustement de l'inventaire des fournitures (vingt-et-un mille neuf cent vingt huit dollars - \$21,928.00). Il est clair que ce Foyer opère à profit, et cela au grand détriment des malades.

Parmi les 203 malades hospitalisés au 31 décembre 1960, 21 étaient âgés de 65 ans et plus et 5 étaient âgés de moins de 16 ans.

Un peu plus de la moitié des patients sont des arriérés mentaux; les autres souffrent de psychoses ou d'affections organiques du vieil âge. Enfin, nous y trouvons aussi quelques épileptiques et quelques alcooliques.

En 1960, il y eut 23 admissions, 8 décès et 3 congés.

A l'exception de la façade extérieure, les bureaux du Directeur et du médecin, les aspects physiques de ce Foyer laissent une très mauvaise impression. Le luxe qui émane des bureaux de l'Administration offre un contraste révoltant avec l'aspect sordide des quartiers des malades; il n'est pas surprenant que dans le manuel des employés on demande à ceux-ci "de ne jamais laisser passer un malade par les bureaux administratifs; pour cette raison, les gardiens devraient surveiller les portes donnant sur ces bureaux."

a) Habitat

En visitant l'infirmerie nous avons constaté que la porte de sortie

était fermée avec un cadenas. Dans cette infirmerie, 7 ou 8 malades, jeunes et vieux sont installés. Plus loin, une salle de couture, puis la cuisine, la buanderie, une grande salle à manger où les tables sont placées comme deux fers à cheval et le tout donne l'impression d'espace très insuffisant. Au fond, il y a deux cellules où les malades agités sont placés. Une des cellules est occupée par un malade. La cellule est sombre. Le malade est sale et mal vêtu, la pièce est sans chauffage et sans fenêtre: les explications fournies quant aux raisons de la détention en cellule de ce malade étaient contradictoires.

Puis, séparées de la salle à manger par trois portes avec grilles se trouvent trois salles de séjour, mal éclairées et séparées l'une de l'autre par des grillages. Trois gardiens surveillent cette foule qui comprend un certain nombre d'infirmes.

L'atmosphère est irrespirable, l'ambiance est épouvantable. Il est tragique de voir tant de vieillards tremblotants, hébétés, parqués en si grande quantité dans un tel endroit. Quelques malades donnent l'impression d'une certaine lucidité mais les dossiers rudimentaires de ce Foyer ne permettent pas de déterminer l'histoire du malade avant son transfert dans cette institution.

Au 2ème étage, on y trouve les dortoirs: il n'y a pas de drap sur les lits - seulement deux couvertures grises, un bon couvre-pieds et un oreiller recouvert d'une taise d'oreiller propre. Un des dortoirs n'a pas de calorifère. On nous dit qu'il y fait quand même très chaud mais pendant la visite de certains dortoirs les membres de la Commission jugent que la température est au moins 10 degrés sous la normale. Dans la nouvelle partie de ce Foyer, les conditions ne sont pas meilleures que dans l'autre section: trop de lits et une seule petite fenêtre dans des dortoirs de 8 ou 10 lits et pas de meuble pour les vêtements ou objets personnels des malades.

Il y a six douches pour 275 patients. Les malades prennent leur bain une fois par semaine. Le garage se trouve placé au-dessous d'un dortoir et le mur de la chaufferie est mitoyen avec un autre dortoir. Dans le garage il y avait auto, camion, tracteur en réparation avec de l'essence dans les réservoirs de ces véhicules: les plafonds et murs de ce garage ne sont pas à l'épreuve du feu.

b) Traitement des patients

Environ 20 malades reçoivent des médicaments du type "tranquillisant" et six (6) épileptiques sont traités avec la médication appropriée.

De toutes les institutions visitées, c'est celle-ci qui offre sûrement les plus mauvais soins physiques et psychologiques à ses malades.

La cour intérieure, trop petite, est entourée d'une énorme muraille en béton: d'ailleurs les malades n'y circulent qu'en été.

Le manuel des employés nous apprend que "assez souvent certains malades sont autorisés à aller travailler à l'extérieur du Foyer, soit pour l'institution, soit pour un particulier".

Selon le Directeur environ 20 malades font un travail régulier dans l'institution: on leur donne jusqu'à \$5.00 par semaine.

Une dizaine de patients peuvent circuler hors du Foyer et environ 50 malades sont visités par leur famille.

Pour ces 275 malades, il n'y a qu'un médecin en pratique générale à Disraéli qui consacre deux heures par jour au Foyer!

Inutile d'ajouter que les dossiers ne sont pas tenus à date, que les malades ne sont pas classifiés et qu'ils ne reçoivent aucun traitement psychia-

trique approprié.

En réalité, ils sont soumis à des mesures anti-thérapeutiques par du personnel incompetent: selon le manuel des employés, "le gardien peut utiliser les menottes pour maintenir un malade".

Le Foyer a un concept étrange de la liberté des patients " les sorties sont des récompenses pour les malades qui font divers genres de travaux au Foyer. Aucun autre malade ne pourra bénéficier de cette faveur à moins de permission spéciale".

LE PERSONNEL

Outre le médecin déjà mentionné, qui semble avoir très peu d'autorité dans la marche générale de ce Foyer, il y a un seul infirmier plus ou moins qualifié.

Les préposés aux malades sont au nombre de 8 dont 3 sont en devoir à la fois durant le jour et 2 durant la nuit.

La proportion du personnel infirmier en regard du nombre des malades est "scandalieusement" basse.

Ces "gardiens" ne reçoivent aucune formation, aucun enseignement.

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

Cette institution fait fi des exigences les plus élémentaires quant à la sécurité physique (les règlements du Service de Prévention des Incendies ne sont pas respectés) des malades et n'observe pas les exigences minima de l'hygiène publique.

Des centaines de malades sont abandonnés aux mains d'une direction et d'un personnel absolument incompetents pour la tâche qu'on attend d'eux.

Des fonds publics sont octroyés à une institution qui n'offre aucune garantie de pouvoir les utiliser à bon esient.

La Commission s'étonne qu'une telle situation ait pu se développer sous les yeux des autorités gouvernementales. La Commission n'a qu'une recommandation à offrir et c'est celle de fermer ce Foyer dans le plus bref délai possible.

HOPITAL DES LAURENTIDES

HISTORIQUE ET ADMINISTRATION

Voici le texte fourni par les autorités de l'hôpital:

"Capacité théorique: sept cent soixante-dix-huit (778) lits; capacité pratique: sept cent vingt (720) lits. Construction: début mai 1957, parachevée en octobre 1960. Les Propriétaires: la Corporation de l'Hôpital des Laurentides. Elle est composée de notables de l'Annonciation: Monsieur Onésime Noël, président, Maître Lucien Cyr, notaire, secrétaire-trésorier.

Depuis le 1er mai 1961, quelques membres de la dite Corporation ont résilié leur fonction, entre autres le secrétaire-trésorier qui fut remplacé par monsieur Emile Martineau, de Mont-Laurier. Alors, monsieur Ph. Boisclair devenait L'ADMINISTRATEUR.

Le 27 octobre 1960, dix Frères de la Charité prennent possession du nouvel hôpital pour malades mentaux paisibles et chroniques. Cet édifice a une capacité théorique de sept cent soixante-dix-huit (778) lits, mais en pratique il n'en a que sept cent vingt (720), répartis en douze (12) départements. Les religieux Frères, sous la direction technique et administrative de la Corporation de l'Hôpital des Laurentides, sont responsables des soins hospitaliers et des fonctions que doivent réaliser les infirmiers, aides-infirmiers et surveillants, au soin des malades internés dans le dit hôpital. Ils collaborent avec la direction de l'institution pour le maintien de l'ordre, la discipline et la moralité.

Depuis le 5 juillet 1961, l'hôpital reçoit des patients par groupe d'une quarantaine de malades. Ces contingents arrivaient du Pavillon Saint-Vallier, une dépendance de l'Hôpital de Bordeaux. A date (octobre 1961), nous en avons reçu deux cent cinquante (250) dûment sélectionnés par les psychiatres de l'Hôpital de Saint-Jean-de-Dieu et de Bordeaux.

Le surintendant médical occupe le même poste à Saint-Jean-de-Dieu et dans quelques autres hôpitaux; il ne se rend que très rarement à l'Annonciation.

L'assistant surintendant médical est un praticien de médecine générale de la région qui consacre quelques heures par jour au soin physique des malades. Il n'a pas les qualifications techniques requises pour le haut poste qu'il occupe dans cet hôpital psychiatrique.

Le Frère Directeur fait partie de la corporation de l'hôpital, mais les médecins en sont exclus.

La quasi totalité des revenus est assurée par une allocation "per diem" de deux dollars (\$ 2.00) par malade, versée par le Gouvernement de la Province. Au moment de la visite (octobre 1961), l'administrateur évaluait le coût quotidien du soin d'un malade à trois dollars et cinquante cents (\$ 3.50).

Il faut noter aussi que dans le contrat intervenu entre le Gouvernement et les Frères, l'hôpital est décrit comme "public" et non comme "psychiatrique", cette dernière appellation étant généralement celle utilisée pour les autres hôpitaux. Il n'a pas été possible d'obtenir une explication satisfaisante au choix du terme "public".

DESCRIPTION DES ASPECTS PHYSIQUES DE L'HOPITAL

Le texte suivant a été fourni par les autorités de l'hôpital:
"L'Hôpital des Laurentides est situé à un (1) mille en amont de l'Annonciation, petit village à cent (100) milles de Montréal. L'édifice a dix (10) étages.

Le sous-sol occupé au trois-quart par le système de ventilation, la buanderie et les fournaies. Le sous-bassement occupé par la grande cuisine, les cafétérias et autres accessoires de la grande cuisine; à l'extrémité nord, le salon mortuaire et à l'autre, l'entrée des employés, leur vestiaire, le salon de barbier. Le rez-de-chaussée: la porte principale avec la série de bureaux de l'administration, du secrétariat, parloirs. A l'extrémité nord, le bloc opératoire et ses accessoires, la pharmacie et le laboratoire. Les six autres étages sont réservés aux patients. Chacun de ces étages comprend deux départements d'une capacité de soixante (60) patients par département, en moyenne. Le dixième étage est réservé au personnel: la partie sud pour les religieux, l'autre pour le personnel laïc logeant à l'hôpital. Perpendiculairement au milieu du corps principal de l'édifice, en arrière s'allonge une aile dite de la chapelle sous laquelle nous trouvons deux étages consacrés à des salles de quilles et leurs accessoires. En face de l'édifice principal s'étend une immense terrasse élevée servant de terrain de stationnement pour le personnel des bureaux et les visiteurs. Un chemin de sept cents (700) pieds de long relie par une pente assez raide cette terrasse à la route nationale Montréal-Mont-Laurier.

Il est regrettable que ce bijou d'hôpital pour maladies mentales soit resté avec des abords aussi déplorables. Espérons que sous peu le plan d'embellissement prévu se concrétisera".

LES MALADES

a) Habita:

Chacun des dix (10) départements comporte un dortoir d'environ soixante (60) lits; quelques chambres simples pour les malades "travailleurs" et quelques cellules d'isolement; mais depuis l'ouverture de l'hôpital, on n'avait eu recours à l'isolement d'un malade qu'une seule fois.

Chaque département possède son appareil de TV, fourni par le Gouvernement, en dehors des allocations "per diem", ce qui n'est pas le cas dans la plupart des autres hôpitaux.

La salle à manger de chaque département contient des tables pour huit (8) personnes.

L'ameublement est de bonne qualité et il est fourni par le Gouvernement, aussi en dehors des revenus "per diem", alors que cela n'est pas le cas dans la plupart des autres hôpitaux. A certains aspects, la construction est un peu luxueuse. Tout est très propre, mais empreint du caractère impersonnel d'une grande institution.

b) Catégories

Etant donné l'ouverture récente de l'hôpital, les malades ne sont pas classifiés; ils semblent être surtout des schizophrènes, des débi-les mentaux et des vieillards avec psychose organique.

c) Traitement

Environ 5% des malades reçoivent des médicaments du type "tranquillisant", ce qui paraît excessif surtout quand on songe qu'il s'agit ici de patients "paisibles et chroniques".

Comme à l'Hôpital de Joliette, le bloc opératoire offre un luxe et des proportions qui paraissent exagérés; on y trouve même une salle d'accouchement très bien équipée, alors que d'après leur contrat avec le Gouvernement, les Frères n'admettent à l'hôpital que des patients du sexe masculin!

D'autre part, l'hôpital ne possède pas d'appareil à Electro-choc,

ce qui fait partie normalement de l'arsenal thérapeutique de tout hôpital psychiatrique. Les autorités en ont fait la demande au Ministère de la Santé, mais en vain. Pourquoi l'hôpital doit-il demander un octroi spécial de trois cents dollars (\$ 300.00) pour de l'équipement qui est censé être acheté avec les revenus du "per diem" ?

Il n'y a pas de département d'occupation thérapeutique organisé et dirigé selon les standards de cette profession, mais les Frères croient en l'utilisation du travail comme médium thérapeutique. Comme dans l'autre institution psychiatrique (Retraite Saint-Benoît) qu'ils dirigent, les religieux ont obtenu de certaines industries de Montréal des contrats d'ouvrage à la pièce: ainsi, lors de notre visite, cinquante (50) malades travaillaient à l'assemblage de boîtes de carton et autres formes d'emballage. L'hôpital reçoit un dollar et soixante-cinq cents (\$ 1.65) par mille boîtes, mais les malades ne reçoivent pas de rémunération, sauf les neuf (9) cigarettes par jour qu'on leur fournit pour leur travail régulier (environ quatre (4) heures par jour). Une partie des revenus est cependant utilisée pour procurer aux malades de l'équipement pour les activités récréatives.

Nul ne conteste la valeur du travail dans le traitement du malade mental, mais une des premières caractéristiques exigées du travail offert au malade doit être l'intérêt qu'il suscitera chez le patient; celui-ci variera d'un malade à l'autre, d'où la nécessité de présenter au patient des tâches très diversifiées et se rapprochant de son occupation antérieure dans la société ou de celle vers laquelle il s'orientera à la sortie de l'hôpital. Il est évident que ceci n'est possible que si l'institution met à la disposition des patients des ateliers de toutes sortes et qu'elle emploie un personnel compétent pour guider les malades dans leurs efforts vers la réhabilitation.

Il s'en suit aussi que ce personnel doit être constamment éclairé par des psychiatres qui pourront évaluer la compatibilité entre tel travail et l'état mental du malade et cela ne peut se faire à l'Annonciation, puisqu'on y voit un psychiatre seulement quatre (4) jours par mois.

Autant pour protéger sa dignité humaine que pour stimuler son esprit d'initiative, il est nécessaire que le patient reçoive une rémunération raisonnable, s'il s'adonne de façon prolongée à un travail productif et, par surcroît, de type industriel.

Sauf pour les salles de quilles utilisées le soir, l'hôpital n'a pratiquement pas de programme récréatif; on n'a pas prévu assez d'espace à cet effet et il n'y a pas assez d'équipement.

Aucun malade ne peut circuler librement sur le terrain de l'hôpital parce que, dit-on, les patients pourraient s'éloigner et "s'égarer dans la forêt avoisinante" et, d'autre part, dit-on encore, l'institution n'a pas les moyens financiers pour bâtir une clôture. De toute façon, une clôture du type "enclos" n'est pas nécessaire pour ces malades, comme la chose a été démontrée de façon concluante en maints endroits. Il serait relativement facile de planter une haie qui se conformerait d'ailleurs à l'aspect champêtre des lieux.

Quant aux soins strictement médicaux, leur qualité en est compromise par l'absence de matériel de laboratoire nécessaire aux analyses les plus courantes (sang, urine, etc). Depuis plusieurs mois, les autorités de l'hôpital réclament ce matériel essentiel et peu coûteux du Ministère de la Santé, "sans résultats tangibles", mais, d'autre part, les revenus de l'hôpital sont censés permettre un tel achat.

Les Frères, dont quelques uns ont une bonne formation en nursing psychiatrique, croient qu'un bon nombre de malades reçus à date (environ deux cents) offrent des chances raisonnables de réhabilitation.

Les admissions se font toujours par l'intermédiaire d'un autre hôpital psychiatrique.

LE PERSONNEL

Un praticien général (l'assistant-surintendant) y travaille à temps partiel.

Deux psychiatres de Montréal y passent chacun deux journées par mois et enfin deux radiologistes peuvent être appelés en consultation.

Le directeur du Nursing et ses deux assistants ont acquis une formation reconnue en Belgique, comme infirmiers psychiatriques; deux autres religieuses sont diplômées en nursing général.

Lors de notre visite, l'hôpital comptait soixante-cinq (65) aides-infirmiers. Ceux-ci doivent avoir complété la huitième année et reçoivent durant leur premier mois à l'hôpital un enseignement théorique donné par les Frères, à raison de deux heures par jour.

La Commission est d'avis que l'attitude générale des Frères tient compte de la pensée contemporaine en psychiatrie, qui refuse de voir le malade comme un incurable; avec ardeur et dévouement, ils essaient de créer un climat dynamique dans l'hôpital, mais sont grandement handicapés par l'absence de psychiatres et par l'état précaire des finances de l'hôpital qui empêche l'achat d'équipement indispensable.

Il n'y a pas de psychologues, travailleurs sociaux et thérapeutes d'occupation.

La Commission a déjà souligné l'aspect unisexuel de cet hôpital, quant aux patients, mais il faut ajouter que l'on trouve la même caractéristique chez le personnel infirmier. Il semble que la tradition de cet ordre religieux n'est pas de nature à encourager les Frères à s'adjoindre des infirmières. Comme conséquence, le malade hospitalisé à l'Annonciation se voit coupé de tout contact social avec l'autre sexe, ce qui ajoute à l'irréel de son univers déjà assez morbide.

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

De par sa situation géographique, cet hôpital est un tribut important à l'incompétence de ceux qui l'ont conçu, tribut d'ailleurs d'un grand luxe, puisqu'on y a dépensé environ seize millions de dollars (\$ 16,000,000.00) à une période où les autres hôpitaux psychiatriques existants se voyaient refuser les allocations indispensables à un bon traitement de leurs malades, sous prétexte que la Province n'avait pas les fonds nécessaires.

En plus de construire, sans s'être soucié de préparer du personnel, ce qui semble être devenu une tradition, quand il s'agit d'hôpitaux psychiatriques, on a poussé l'ineptie jusqu'à choisir une région quasi inhabitée, à cent (100) milles de Montréal, condamnant un tel hôpital à des difficultés sans fin dans le recrutement futur d'un personnel compétent. Sans compter que cet éloignement considérable de son milieu est en soi anti-thérapeutique pour le malade et ne contribue qu'à intensifier le rejet de la société envers ses malades mentaux. A une période où tous les experts au monde (et cela depuis vingt ans) recommandent l'intégration de l'hôpital psychiatrique aux services médicaux, de bien-être social, de réhabilitation, etc, nous célébrons l'ouverture d'un hôpital ridicule qui va à l'encontre de toutes ces directives, qui ont déjà prouvé leur bien-fondé dans maints pays du monde.

L'administration de cet hôpital a été mise sur pied en se guidant sur la structure administrative de l'Hôpital de Joliette, inauguré quelques années plus tôt.

La Commission est d'avis que des remèdes doivent être apportés à ce système d'administration, car il a paru évident que le personnel médical et les religieux souffrent de son inefficacité. De plus, certains renseignements

obtenus nous permettent d'affirmer que tous les achats ne sont pas toujours faits aux prix les plus avantageux pour les contribuables qui, par leur impôt, subviennent aux besoins de cet hôpital public. Au cours de notre visite, l'administrateur nous a dit avoir reçu l'ordre du Ministère de la Santé de ne plus émettre de chèques "jusqu'à nouvel ordre". D'autre part, le Ministre de la Santé se rendait lui-même sur les lieux, peu de temps après notre visite.

Comme il est peu probable que des psychiatres, travailleurs sociaux et psychologues vont s'empresser d'aller habiter l'Annonciation, il importe d'arranger une affiliation étroite entre cet hôpital et un hôpital général, situé dans le centre populaire le plus rapproché, en l'occurrence celui de Saint-Jérôme. Cette ville possède déjà un service social, une clinique psycho-sociale, un pensionnat pour enfants arriérés, bien que son hôpital général n'ait pas encore de service de psychiatrie.

La Commission recommande donc que le Ministère de la Santé assiste l'hôpital Saint-Jérôme, dans la création d'un Service de Psychiatrie (trente lits) et d'une Clinique externe et que les psychiatres et autres professionnels qui en feraient partie soient aussi employés à temps partiel par l'Hôpital de l'Annonciation.

Nous recommandons aussi l'intégration la plus complète possible des services communautaires mentionnés à ces services hospitaliers et une politique budgétaire assez souple qui permette à tout le personnel psychiatrique de la région d'être employé par plus d'un service à la fois.

L'Hôpital de l'Annonciation, une fois doté d'une direction psychiatrique compétente, devrait admettre directement ses malades qui, règle générale, seraient de la région.

Certaines rénovations devront être entreprises à cet hôpital, dans le but de procurer plus d'espace pour les activités thérapeutiques et récréatives.

Enfin, un bon nombre de recommandations générales de ce Rapport devront être appliquées à l'Hôpital des Laurentides. Il n'y a pas lieu de les répéter ici.

HOPITAL SAINT-CHARLES

HISTORIQUE ET ADMINISTRATION

Le texte fourni par les autorités de l'hôpital se lit comme suit:
" Les lettres patentes constituant en Corporation l'Hôpital Saint-Charles de Joliette ont été enregistrées à Québec le 30 avril 1956.

Le bureau de direction est formé de sept membres. Les pouvoirs de la Corporation sont délégués à l'Administrateur.

Le Surintendant médical et l'Assistant-Surintendant Médical sont nommés par le Ministère de la Santé. Seul l'Assistant-Surintendant est à plein temps. Des religieuses à l'emploi de la Corporation sont responsables de chacun des départements.

Les premiers malades ont été hospitalisés le 3 novembre 1959.

Actuellement nous avons 1322 patients (631 dames et 691 hommes) sur une capacité de 1343 lits."

L'hôpital n'opère pas selon des prévisions budgétaires. Les revenus sont assurés par une allocation de \$2.50 (per diem) par malade, par jour, et le Gouvernement Provincial comble, au besoin, le déficit annuel.

Le Surintendant médical occupe ce même poste dans quatre (4) autres institutions, dont Saint-Jean-de-Dieu, et ne se rend à Joliette que rarement. L'Assistant-Surintendant, le seul médecin à temps complet de l'hôpital, n'a aucune qualification en psychiatrie; il était praticien général dans la région depuis plusieurs années.

Aucun médecin ne fait partie de la Corporation mais l'Assistant-Surintendant peut assister aux réunions.

Il y a un Comité conjoint formé de la Soeur Supérieure, l'Administrateur, l'Assistant-Surintendant, le psychiatre et un autre médecin.

DESCRIPTION DE L'INSTITUTION

" L'Hôpital Saint-Charles de Joliette est érigé sur un terrain d'une superficie totale de 263 arpents, soit une longueur moyenne de 6,333 pieds par 1,551 pieds de largeur.

L'hôpital est une construction cruciforme finie en pierres et briques. Les murs et plafonds sont en plâtre et les planchers en terrazo. Six (6) élévateurs et trois (3) monte-charge assurent le service. La surface totale des planchers est d'environ 530,000 pieds. Le centre, l'Aile "A" et "C" ont dix (10) planchers et l'aile "B" et "D" neuf (9) planchers.

Un amphithéâtre est en voie de construction. Cette annexe reliée directement à la bâtisse principale est de forme rectangulaire irrégulière, couvre une surface de 9,125 pieds au rez-de-chaussée et un sous-sol de même grandeur."

LES MALADES

a) Habitat

Les 1336 malades actuels sont distribués dans 21 départements contenant chacun environ 65 patients. Chaque département doit être dirigé par une religieuse, infirmière ou non: on y trouve un dortoir pour 32 malades, 7 chambres dites "de récompense" pour les "travailleurs" et quelques cellules.

Le nombre des cellules est de 72, nombre excessif pour un hôpital bâti récemment à une époque où il existe tellement d'autres façons plus thérapeutiques de contrôler un malade agité. D'autant plus que l'hôpital est destiné aux malades dits "chroniques", "incurables", qui, par définition, sont moins difficiles dans leur comportement que les malades "aigus". Au moment de la visite seulement 12 malades étaient en cellule.

L'hôpital possède deux cafétérias où mangent 400 malades: les autres prennent leurs repas dans leur département à des tables munies de chaises et pouvant recevoir de 8 à 10 personnes.

Le bloc opératoire de l'hôpital est vaste et luxueux: la salle de chirurgie gynécologique n'a jamais servi; la Commission se demande sérieusement si une organisation chirurgicale aussi élaborée est nécessaire dans un hôpital psychiatrique, surtout quand il existe, tout près, un hôpital général bien structuré.

Par ailleurs, les locaux pour occupation thérapeutique et activités récréatives sont nettement insuffisants.

La capacité théorique de l'hôpital est de 1340 lits distribués à peu près également entre les deux sexes. La chapelle peut contenir 900 malades.

b) Catégories

L'hôpital n'a pas encore pu procéder au classement de ses malades par diagnostic. Les patients souffrant de psychose prédominante (60% environ des malades) mais on y trouve un grand nombre d'arriérés mentaux dont une centaine sont éducatibles. Plus de 200 malades ont au-delà de 65 ans et 15 ont moins de 16 ans.

Dans un département du 5^{ème} étage, par exemple, on rencontre surtout des femmes âgées avec pathologie très variée, mais parmi elles on y voit une jeune fille de 14 ans, épileptique avec légère arriération mentale: son dossier médical nous apprend qu'elle a acquis une certaine scolarité, qu'elle ne présente pas un comportement psychotique ou difficile, mais qu'elle a dû être hospitalisée "parce que son père ne pouvait en prendre soin étant donné ses difficultés socio-économiques."

Il y a, disséminés à travers l'hôpital, 12 malades qui ne parlent que l'anglais. Environ 20 malades ont un comportement anti-social grave.

c) Traitement

Plus de 85% des patients reçoivent des médicaments du type "tranquillisant". Les diverses formes de psychothérapie ne sont pas utilisées. Tous les départements sont fermés à clef; il n'existe pas une atmosphère thérapeutique dans l'hôpital. Seulement 30 malades peuvent circuler librement sur le terrain de l'hôpital: ce sont en général les patients qui détiennent un emploi régulier dans l'hôpital, pour lequel ils reçoivent un ou deux dollars par semaine.

Un moniteur aidé de quelques assistants, a organisé un certain département d'occupation thérapeutique, mais seulement pour les hommes. Environ 100 malades y participent et peuvent apprendre des métiers tels que: menuiserie, cordonnerie, peinture, reliure etc.

Ce même département d'occupation thérapeutique offre aux malades des activités récréatives assez diversifiées, en été, mais se résumant au jeu de quilles en hiver. Ainsi le rapport pour le mois d'août énumère les principales manifestations récréatives: tournoi de balle-molle et croquet, excursion et marche priante durant laquelle 110 malades ont promené la Croix dans la cour pour ensuite la placer sur un monticule.

d) Admission et Mise en Congé

L'hôpital n'admet pas les malades directement mais tous lui sont envoyés par d'autres hôpitaux tels que Saint-Jean-de-Dieu, Bordeaux, Mont-Providence.

En 1960, il y eut 836 admissions, 32 décès et 1 congé d'essai. Actuellement environ 13 patients visitent leur famille en fin de semaine et quelques uns seront peut-être mis en congé d'essai.

Les malades sont visités de 2 à 4 p.m. cinq jours par semaine. Le courrier des malades est intercepté et examiné par les autorités de l'hôpital.

LE PERSONNEL

A part le Surintendant et l'Assistant-Surintendant dont nous avons parlé plus haut, l'hôpital compte un psychiatre à temps partiel, (deux jours par semaine), 3 médecins (temps partiel) pour les soins physiques et 12 médecins de diverses spécialités qui peuvent être appelés en consultation.

Il y a deux infirmières psychiatriques (1 religieuse, 1 laïque) et 22 infirmières licenciées (dont 6 laïques); seulement 17 d'entre elles sont affectées au soin des malades.

La Commission a nettement l'impression que les infirmières licenciées se sentent dépayées et isolées; elles déplorent l'absence d'une direction psychiatrique dans l'hôpital et considèrent injuste et insultant que, souvent, dans leur travail au département elles soient sous la juridiction d'une religieuse non infirmière.

En décembre 1960 pour 950 malades il y avait un total de 128 "gardiens" et "gardiennes".

Aucun enseignement n'est dispensé à l'hôpital.

Il n'y a pas de Bureau Médical.

Il est aussi à noter que les religieuses toutes récemment arrivées d'Espagne (leur pays d'origine) ne parlent pas couramment le français.

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

Au cours de la visite de l'institution, le Surintendant Médical a appris à la Commission qu'en mars 1961, il avait reçu du Ministère de la Santé copie d'une lettre que celui-ci avait écrite à un psychiatre de Montréal lui demandant de prendre fonctions à l'Hôpital de Joliette, lui laissant entendre qu'il en serait ensuite nommé officiellement le Surintendant Médical. De fait, ce psychiatre a travaillé à l'hôpital de Joliette pendant quelques mois et son statut n'était toujours pas régularisé par les autorités gouvernementales. Au contraire, en juin 1961, le Surintendant déjà mentionné, reçoit une

lettre du Ministère de la Santé lui enjoignant d'oublier le contenu de la copie reçue en mars et lui demandant de continuer à assumer le poste de Surintendant Médical de l'Hôpital Saint-Charles, ce qu'il accepta de faire. Nous ignorons les motifs qui ont porté le Ministre à revenir sur sa décision.

Quant au financement de l'hôpital, il est difficile de comprendre pourquoi le Gouvernement s'engagerait à combler le déficit annuel de tel hôpital tout en refusant de poser le même geste à l'égard d'autres hôpitaux psychiatriques qui réussissent à donner aux malades un traitement de qualité supérieure avec un "per diem" comparable à celui de l'Hôpital de Joliette.

En plus des recommandations d'ordre général exposées à la fin de ce Rapport, voici quelques suggestions d'ordre particulier.

1) Nomination de deux psychiatres aux postes de Surintendant et d'Assistant-Surintendant médical; leurs services à l'hôpital serait à temps complet ou tout au moins à demi-temps.

2) Création d'une Clinique externe et d'un Service Interne (environ 35 lits) à l'Hôpital Saint-Eusèbe de Joliette; les psychiatres de cet hôpital seraient aussi attachés à l'Hôpital Saint-Charles.

3) Affiliation très étroite entre ces deux hôpitaux quant aux échanges de personnel et au transfert des malades.

4) L'Hôpital Saint-Charles devrait admettre directement, sans l'intermédiaire de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, les malades de la région, qu'ils soient "chroniques" ou "aigus".

5) Collaboration très étroite avec les organismes de Bien-Etre de la région, tels que Service Social de Joliette, etc.

6) La population, dans un rayon de 20 milles de Joliette, s'élève à 50,000 âmes, ce qui est une population suffisante pour que cette région possède un réseau complet de services psychiatriques "communautaires" tel que décrit dans les recommandations générales.

CONCLUSION

Cet hôpital qui a coûté à la Province une somme d'argent très élevée (environ 15 millions) illustre bien l'absence d'une politique progressive au sein du Ministère de la Santé, quant au traitement des malades mentaux. Les responsables de la construction de l'Hôpital Saint-Charles n'ont nullement tenu compte des données modernes de la psychiatrie hospitalière qui étaient pourtant déjà mises de l'avant par des groupes d'experts, tels que l'Organisation Mondiale de la Santé.

Une fois de plus, une énorme institution aura été mise sur pieds à coup de millions, sans que l'on se soit d'abord préoccupé de désigner une équipe de professionnels, qui formerait les cadres d'un tel hôpital, en plus de fournir leurs conseils au cours de la construction. S'il s'était avéré, après des recherches sérieuses, que de tels professionnels n'étaient pas disponibles, il eut été plus logique alors de consacrer ces fonds à la formation de personnel spécialisé plutôt que d'ériger une luxueuse garderie confiant les soins infirmiers au dévouement des religieuses espagnoles, gentilles mais déracinées et mal préparées, et remettant les responsabilités du traitement de centaines de malades psychiatriques à un brave praticien général qui n'a pas la compétence technique requise pour occuper le poste d'assistant-surintendant.

HOPITAL STE-ELISABETH

HISTORIQUE ET ADMINISTRATION

Le bref historique qui suit a été fourni par les autorités de l'hôpital:

"L'Hôpital Ste-Elisabeth fut aménagé dans un édifice destiné à être un gros collège classique. Le gouvernement provincial se porta acquéreur de l'immeuble et fit faire les transformations requises. Sur les instances des autorités provinciales gouvernementales, les Petites Franciscaines de Marie, de Baie St-Paul, acceptèrent de prendre la direction du nouvel hôpital: l'institution ouvrit ses portes le 7 février 1952.

Les premiers malades, - un groupe de 40 - vinrent de St-Michel Archange le 19 février 1952; par la suite, ils se succédèrent à un rythme de 40 par mois jusqu'en juillet (1952) alors qu'il se produisit une accélération de mouvement: 215 malades sont arrivés en 15 jours.

La première année, les statistiques ont été, 6 décès, 17 transferts, 5 sorties.

Depuis l'ouverture jusqu'au 30 septembre 1961, l'hôpital a enregistré 1300 malades.

La capacité théorique est de 750 lits."

Le poste de Surintendant médical est rempli par le psychiatre qui dirige l'Hôpital St-Michel Archange et les hôpitaux de Baie St-Paul et de St-Ferninand d'Halifax. Un praticien général de Roberval détient le titre de Directeur Médical et est rémunéré par le Gouvernement de la Province pour ses services à temps partiel.

Cet hôpital reçoit une allocation quotidienne de \$2.00 (per diem) par malade, du Gouvernement.

Les médecins de l'hôpital ne font pas partie du Conseil d'Administration (composé exclusivement de religieuses) mais disent avoir de bons rapports avec l'administration. Il n'y a pas de Comité Conjoint ni de Bureau Médical.

LES MALADES

A) Habitat

L'édifice est en assez bonne condition mais n'a pas été conçu pour le soin des malades mentaux: afin d'obtenir le plus d'espace possible pour des lits, on a sacrifié les locaux pour occupation thérapeutique et activités récréatives.

Les 750 malades sont distribués dans 10 départements de dimensions variables et dont la population va de 52 à 135 patients !

La plupart des malades (environ 550) mangent à la cafétéria; la Commission a constaté là, comme dans les salles de séjour, un encombrement très sérieux; la nourriture n'est pas alléchante et les malades n'ont que la cuiller pour tout ustensile.

Sauf pour environ 50 malades qui travaillent assez régulièrement à diverses tâches dans l'hôpital, la journée typique de centaines de malades

à Roberval consiste à se bercer inlassablement en écoutant la radio (il n'y a pas de TV pour les malades; les appareils de TV ne sont pas fournis par le Gouvernement ici, alors qu'ils le sont à Joliette et à l'Annonciation) et en respirant une atmosphère viciée par la fumée. Le spectacle de ces rangées de berceaux accaparant tout l'espace vital de la pièce, illustre bien l'inactivité pénible à laquelle l'hôpital soumet les malades.

B) Catégories

Presque tous les malades (85%) sont reçus de l'Hôpital St-Michel Archange: seuls les "séniles" sont admis directement, à la discrétion du directeur médical. Les malades sont ni sélectionnés ni classifiés. Les cas de psychose prédominant, puis viennent les arriérés mentaux (dont quelques éducatibles), les séniles et les épileptiques. Une vingtaine d'enfants sont mêlés aux adultes. Pour l'année 1960, on a enregistré 33 admissions et 13 sorties.

C) Traitement

La majorité des malades reçoivent des médicaments du type "tranquillisant".

Avec seulement deux médecins dont un y consacre deux heures par jour et l'autre, deux heures à tous les deux jours, les soins physiques de ces 760 malades ne peuvent être convenablement assurés: quant aux techniques psychiatriques de traitement (sauf pour les médicaments) telles que psychothérapie, occupation thérapeutique, "milieu-thérapie", etc... elles sont inexistantes.

Ce concept périmé d'un hôpital psychiatrique pour "chroniques" crée logiquement une philosophie du désespoir qui enlève à un tel hôpital la responsabilité morale d'épuiser pour chaque malade, les moindres possibilités de réhabilitation.

Seulement 2 malades ont la permission de circuler sur le terrain de l'hôpital. A peine 150 malades reçoivent la visite de leur famille: la distance est souvent un obstacle mais il est certain que l'attitude de l'hôpital vis-à-vis du malade n'encourage pas les familles à maintenir un contact avec le patient. A la période des Fêtes environ 30 malades vont dans leur foyer: en 1960, l'hôpital a libéré 5 malades jugés améliorés.

D'octobre à avril, seulement 5% des malades vont parfois dans la cour de l'hôpital: les autres "hivernent" dans leurs salles malsaines parce que l'hôpital n'a pas assez de personnel ou de linge pour ces malades.

LE PERSONNEL

Aucun psychiatre ne travaille dans cet hôpital psychiatrique; les deux médecins déjà mentionnés responsables des soins physiques des malades sont assistés par un radiologiste et un dentiste.

Il n'y a que 4 infirmières licenciées (toutes religieuses) dont 1 à une formation en psychiatrie.

Les préposés aux malades n'ont aucune espèce de formation théorique ou pratique; ils sont au nombre de 63.

L'hôpital n'a aucun personnel en Psychologie, Service Social, Thérapie d'occupation, etc.

Le personnel de cet hôpital est nettement insuffisant et pour la très grande majorité ne possède pas la qualifications voulues.

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

Au cours de notre visite dans cet hôpital, les autorités administratives et médicales n'ont exprimé qu'un besoin: un appareil à Rayons-X en remplacement de celui qui paraît-il, ne peut être réparé qu'à un coût très élevé, soit près de \$9,000.00. Cet appareil qui date de 11 années n'offre pas la sécurité d'un appareil moderne et aussi à cause du coût excessif des pièces de rechange, l'hôpital croit qu'il vaut mieux dépenser \$ 35,000.00 pour un appareil neuf. Des demandes à cet effet ont été présentées depuis plusieurs mois au Ministère de la Santé où on a dit ne pouvoir rien faire par suite du manque de fonds. Au moment de rédiger ce Rapport nous apprenons que le Ministère a finalement trouvé une solution au problème.

La Commission reconnaît le bien fondé de cette requête mais s'étonne que cette question de Rayons X préoccupe les autorités d'un hôpital psychiatrique à un point tel qu'elles ne peuvent penser à aucune autre lacune dans leur institution. Nous reconnaissons ici le souci exclusivement médico-physique qui anime le personnel de cette institution et cela au détriment de toute action médico-psychologique qui devrait avoir la place de choix dans le traitement des malades mentaux.

La région du Saguenay-Lac St-Jean où se trouve cet hôpital a une population totale de 262,280 divisée ainsi:

Division de Chicoutimi	156,994
Division du Lac St-Jean	105,256
Région Métropolitaine de Chicoutimi.	4,188

D'après les standards reconnus, la région requiert un total d'environ 900 lits pour malades mentaux et d'environ 400 lits pour arriérés mentaux.

1) Dans l'organisation des services psychiatriques pour cette région, la priorité doit être accordée à la division de Chicoutimi dont les principales villes (Chicoutimi, Jonquière, Arvida, Kénogami) possèdent déjà des hôpitaux généraux dans lesquels un département de psychiatrie devrait être établi.

2) Quant à Roberval, l'Hôpital général Hôtel-Dieu St-Michel devrait contenir environ 20 lits pour les malades psychiatriques et avoir sa Clinique Externe. Ces services serviraient aussi pour les malades du Sanatorium et devraient avoir une affiliation étroite avec l'Hôpital Ste-Elisabeth quant à l'échange de personnel psychiatrique et au mouvement des malades.

3) De plus, l'Institut St-André, pensionnat pour enfants arriérés mentaux et caractériels situé à Roberval devrait être intégré aux autres services psychiatriques de la région.

4) Le Service Social de la région de Chicoutimi devrait prendre une part active dans l'élaboration de ce nouveau programme destiné à l'amélioration de la santé mentale des citoyens de la région.

5) Les postes de Surintendant et Assistant-Surintendant médical à l'Hôpital Ste-Elisabeth devraient être remplis par des psychiatres résidant dans la région.

6) Quand il aura le personnel psychiatrique nécessaire, cet hôpital devrait admettre ses malades directement et s'en tenir à des patients de la région.

7) L'allocation de \$2.00 par jour suffit pour couvrir les dépenses du programme actuel; il est évident que si les autorités gouvernementales décidaient de la mise en oeuvre d'un programme adéquat, il faudrait alors augmenter le "per diem" ou de préférence accorder les subsides annuels selon des prévisions budgétaires bien précises.

Enfin les recommandations générales présentées à la fin de ce Rapport quant à l'administration et au personnel, s'appliquent ici et il serait superflu de les répéter.

RETRAITE SAINT-BENOIT

1 - HISTORIQUE

Les informations qui suivent sont celles que nous ont fournies les autorités de l'hôpital:

" Fondation: 1884

Reconnu comme Maison de santé le 10 décembre 1885 par un Arrêté de l'Exécutif No 531. De ce fait, deux licences étaient accordées:

- 1o- Une licence pour les aliénés dont l'entretien est à leurs propres frais.
- 2o- Une licence pour la réception des ivrognes d'habitude.

En 1942, à la suite d'un incendie à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, nous avons hospitalisé 80 malades mentaux venant de cette institution. C'est depuis ce moment que nous avons des patients relevant du Gouvernement, mais passant par Saint-Jean-de-Dieu. Ces malades sont des chroniques paisibles. Des transformations et des agrandissements permirent d'en hospitaliser un plus grand nombre, cent quarante (140), dans un Pavillon psychiatrique bien organisé.

Le Pavillon psychiatrique n'est qu'une aile de notre institution, l'Hôpital Retraite Saint-Benoit. C'est une nouvelle construction spacieuse, éclairée, fonctionnelle, sise sur le bord du fleuve Saint-Laurent. Un très grand parc-jardin est à la disposition des malades pour la promenade et le repos au grand air. "

S'il existe à Saint-Benoit un pavillon psychiatrique c'est donc en raison plutôt des circonstances de 1942 que des décrets légaux de 1885. D'ailleurs, depuis plusieurs années, la Retraite Saint-Benoit ne reçoit plus les alcooliques.

2 - ADMINISTRATION

L'administration est assurée par les Frères de la Charité (Le Supérieur et l'Econome). L'Institut reçoit du Ministère de la Santé un par diem de \$2.00 par malade; ce sont là les seules sources de revenus. Il n'y a plus de malades privés. C'est le Surintendant de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu qui décide de l'admission et de la sortie des malades.

3 - LES MALADES

a) Habitat

Le Pavillon où logent les malades mentaux a été construit en 1959. Ce n'est qu'une aile de l'institution principalement destinée au soin des malades souffrant d'affections physiques incurables, infirmes, cancéreux, etc.

Il comprend principalement des dortoirs (7) de 12, 20 et 27 lits; des salles de séjour plutôt spacieuses et bien éclairées, des ateliers thérapeutiques au nombre de trois (3). Les locaux sont généralement très propres, quoiqu'un sont défectueux (e. g. la cafeteria qui est logée dans le corps principal de l'édifice) et ont une atmosphère moins agréable.

b) Catégories

Nombre au 31 décembre 1960:	127 (sexe masculin seulement)
Capacité théorique	150
Débiles mentaux:	
Idiots	4
Imbéciles	9
Educatibles	14
Epileptiques:	
Avec psychose	2
Sans psychose	2
Psychotiques	96

Il y a 11 patients de 65 ans et plus et aucun de moins de 16 ans. Tous les malades sont de langue française.

c) Admission

Ces malades proviennent de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Ils sont tous internés et sous la loi de la curatelle publique. En 1960, il y eut 25 admissions et 2 réadmissions.

d) Traitement, Visites et Mise en congé

Les malades ne reçoivent la visite du psychiatre qu'une fois par semaine, 50% environ bénéficient d'une médication et 5% d'une certaine psychiatrie... évidemment minime.

Les ateliers thérapeutiques, quoique insuffisants, et les services d'entretien permettent d'occuper la plupart des malades; ce sont surtout des travaux d'assemblage de contenants que les malades sont ainsi appelés à exécuter. La somme d'argent ainsi obtenue retourne directement ou indirectement aux patients.

Les salles de séjour sont munies d'appareils de télévision et de radio. Il y a aussi à la disposition des malades une petite salle de lecture et une discothèque. Les terrains adjacents à l'hôpital sont suffisamment grands. Ils comportent quelques facilités récréatives. Presque tous les malades circulent librement, du moins à l'intérieur de l'hôpital.

Les visiteurs sont plus nombreux depuis que les autorités ont pris l'initiative de prendre contact avec les familles, si bien qu'aujourd'hui seulement 30 malades environ ne reçoivent pas de visite.

Quatre patients ont été mis en congé en 1960. On est d'avis que seulement dix malades pourraient peut-être un jour être libérés définitivement. Un des frères de l'institution rend visite aux malades mis en congé.

4 - LE PERSONNEL

Psychiatre: un seul. Il se rend à cet hôpital une fois par semaine.

Infirmier psychiatrique: un seulement.

Autre infirmier diplômé: 0

Auxiliaires: 10 - La seule forme d'enseignement qu'on trouve dans cette institution s'adresse d'ailleurs à ces auxiliaires; c'est une excellente initiative, cependant incomplète.

Les services proprement médicaux sont assurés par des médecins de la section des malades physiquement invalides où se trouve un petit laboratoire. Mais lorsqu'il s'agit d'affections qui nécessitent un séjour dans un hôpital ayant de plus grandes facilités ou encore une intervention chirurgicale, le malade est transféré à Saint-Jean-de-Dieu.

COMMENTAIRES

- 1 - Cette section psychiatrique d'un hôpital pour malades physiquement invalides a été créée, il y a vingt ans, pour accommoder de façon provisoire l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu.
- 2 - Ses lacunes sont celles de nos hôpitaux régionaux. C'est donc essentiellement un foyer à qui l'Etat confie la garde des malades mentaux dont le pronostic est jugé sévère. Cet hôpital ne possède aucun des services que requièrent les soins aux malades psychiatriques et son personnel professionnel et hospitalier est numériquement très insuffisant. Le personnel qualifié n'est représenté que par un infirmier psychiatrique, exception faite d'un psychiatre de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu qui, une fois par semaine, se rend sur les lieux pour réviser les prescriptions médicamenteuses et tenter d'apporter un certain traitement aux malades qui présentent un problème particulier venant troubler l'évolution de leur maladie.
- 3 - On doit quand même reconnaître que les Frères de la Charité s'efforcent de dispenser un certain enseignement au personnel auxiliaire, de procurer à leurs malades une thérapie d'occupation et de rendre visite régulièrement aux quelques uns qui ont été mis en congé. Ils ont réussi à intéresser les familles au sort des leurs dont Saint-Benoît est devenu la maison d'habitation.
- 4 - La Retraite Saint-Benoît a l'avantage de n'être qu'un hôpital de 150 lits. Son architecture cependant n'est pas fonctionnelle et son site géographique ne correspond pas à une région sans facilités psychiatriques puisqu'à quelques pas se trouve l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu.
- 5 - A mesure que l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu sera décongestionné, le rôle de Saint-Benoît qui consiste à absorber des patients "de surplus" de Saint-Jean-de-Dieu sera devenu plus ou moins utile.

RECOMMANDATIONS

- 1 - Que Saint-Benoît continue ses efforts en vue de la réhabilitation de ses malades mentaux avec les moyens dont il dispose mais que les admissions futures soient restreintes à des malades plus ou moins "irrécupérables" et atteints aussi d'invalidité physique.
- 2 - Qu'éventuellement cette section psychiatrique soit intégrée à la partie principale de l'hôpital et qu'elle s'occupe exclusivement de malades avec invalidité physique - une fois que les malades mentaux auront été mis en congé ou "réabsorbés" par Saint-Jean-de-Dieu.

CLINIQUE ROY-ROUSSEAU

INTRODUCTION

L'annuaire 1959-60 de la Faculté de Médecine de l'Université Laval que nous ont remis les autorités de la Clinique Roy-Rousseau affirme ce qui suit, à la page 128:

"La Clinique Roy-Rousseau, située à Mastai, sur le domaine de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, fut ouverte en 1926, sous la direction du docteur Albert Brousseau, de Paris.

Ce fut le premier service ouvert de neuro-psychiatrie institué dans la Province. Son érection fut patronisée par l'Université Laval, représentée par son recteur, Mgr Camille Roy, et par le doyen de la Faculté de Médecine, le docteur Arthur Rousseau (d'où son nom).

C'est un centre spécialisé de dépistage et de traitement des affections neurologiques et des malades mentales ne méritant pas l'internement. Les malades y sont reçus en consultation et hospitalisés en cure libre, à leurs frais ou à ceux de l'Assistance publique. L'hôpital est outillé de services complets de laboratoires et de spécialités à l'usage commun de toutes les institutions de Mastai. Enfin, c'est un centre d'enseignement neuro-psychiatrique pour les étudiants de Laval.

L'hôpital, d'une capacité de deux cent sept (207) lits, est administré financièrement par la corporation des Soeurs de la Charité de Québec, qui en sont propriétaires."

Ce bref aperçu exige quelques commentaires:

a) La Clinique Roy-Rousseau est maintenant un centre essentiellement psychiatrique quoiqu'elle reçoive:

- 1- Des épileptiques dont l'admission est motivée soit par des troubles du caractère, soit par des manifestations convulsives.
- 2- Des malades âgés, souffrant d'artériosclérose cérébrale ou présentant un état pré-déméntiel.
- 3- Des patients souffrant d'une entité neurologique étrangère à la raison de leur admission.

Tous ces "cas" ne constituent d'ailleurs qu'une infime proportion des malades. Bien entendu, la Clinique Roy-Rousseau, comme tout hôpital, reçoit des malades dont le diagnostic n'est établi qu'après quelques jours d'hospitalisation et une série d'investigations. Il peut arriver que cette recherche conduise au diagnostic d'une affection neurologique aigue, voire même qui nécessite une intervention chirurgicale urgente, mais il s'agit là d'une éventualité exceptionnelle qui se solde souvent par le transfert du malade dans un service spécialisé d'un hôpital général.

b) Les malades de la Clinique Roy-Rousseau ne sont ni internés, ni placés sous la "Loi de la Curatelle publique". Comme nous le verrons plus loin, c'est seulement en ce sens qu'il est dit que la Clinique Roy-Rousseau "fut le premier service ouvert de neuro-psychiatrie institué dans la Province".

c) En avril 1961, l'Assistance publique a été remplacée par l'Assurance-hospitalisation (c/f administration).

d) Les services de laboratoires, de radiologie, etc, sont bien à l'usage commun de toutes les institutions de Mastai. Cependant, ces services

sont localisés pour la plupart à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.

e) La capacité est maintenant réduite à cent soixante-quinze (175) lits, par suite de travaux récents de rénovation de l'intérieur. Les malades bénéficieront d'un plus grand confort matériel, mais l'hôpital ne sera guère plus "fonctionnel".

f) L'enseignement universitaire est conjointement dispensé avec l'Hôpital Saint-Michel-Archange. Nous référons le lecteur au chapitre consacré à cette institution.

ADMINISTRATION

La Clinique Roy-Rousseau est la propriété des Sœurs de la Charité de Québec et les membres de son Conseil d'Administration sont des religieuses de l'Institution. Ce conseil ne jouit que d'une autorité très relative, car toutes les décisions d'importance doivent être approuvées par le Conseil provincial (province de Mastet) ou proviennent de ce Conseil dont les membres sont des religieuses résidant à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.

Le directeur médical (ou surintendant) est nommé par le Conseil d'Administration et ses fonctions, d'après un texte que nous ont remises les autorités, sont les suivantes:

a) Il est le représentant officiel du Bureau d'administration auprès du Ministère de la Santé, de l'Université, des sociétés et organisations médicales et hospitalières.

b) Il est aussi le représentant officiel du Bureau d'Administration au Bureau médical et à chacun de ses comités. Il assiste à chacune des assemblées, sans présider, ni prendre part au vote.

c) Il est chargé de faire respecter les présents statuts et règlements, ainsi que les décisions prises par le Bureau de l'Administration et le Bureau médical, pour le maintien de l'ordre et de la discipline.

Depuis avril 1961, la Clinique Roy-Rousseau bénéficie de l'Assurance-hospitalisation, mais seul le gouvernement provincial participe à ce plan, puisque le gouvernement fédéral en exclut les institutions psychiatriques. Le "per diem" établi sur présentation des prévisions budgétaires a été augmenté il y a quelques mois à onze dollars et dix cents (\$ 11.10). Les patients qui bénéficient de chambres privées ou semi-privées doivent payer un montant de quatre à huit dollars par jour. La plupart des polices d'assurance de compagnies privées couvrent les frais d'hospitalisation et médicaux de leurs clients qui doivent faire un stage à la Clinique Roy-Rousseau, mais il ne semble pas qu'elles procurent les mêmes avantages que lorsqu'il s'agit d'une "condition physique" ou d'une hospitalisation dans un milieu général.

Les psychiatres ne travaillent pas à temps complet, la plupart étant attachés aux cliniques psychiatriques des hôpitaux généraux. Ils sont essentiellement des salariés et leur rémunération est surtout assurée par les subventions fédérales à l'hygiène mentale et par la Clinique Roy-Rousseau.

Les états financiers (ier avril 1961 au 31 décembre 1961) établissent les revenus à cinq cent soixante-deux mille quatre cent quinze dollars et soixante-treize cents (\$ 562,415.73) et les dépenses à cinq cent cinquante-huit mille cinq cent onze dollars et cinquante-cinq cents (\$ 558,511.55); l'excédent des revenus s'élève donc à trois mille neuf cent quatre dollars et dix-huit cents (\$ 3,904.18). L'amortissement des immobilisations ne figure pas dans les dépenses.

La Clinique Roy-Rousseau est membre de plusieurs associations, notamment de la Commission générale des Hôpitaux du Québec. Un certificat d'accréditation lui a été décerné par l'American Psychiatric Association, en 1959.

LES MALADES

a) Habitat

La Clinique Roy-Rousseau est à peine distante de quelques pieds de l'Hôpital Saint-Michel-Archange. C'est un immeuble en forme de "U" de quatre étages (plus rez-de-chaussée et sous-sol), dont la structure est en béton armé et en acier. Ses murs extérieurs sont de granit et de briques. Des travaux de rénovation entrepris en 1960 se poursuivent encore, mais ceux qui concernent les départements des malades sont terminés. Ils ont fait disparaître les grandes salles, en plus d'apporter un confort matériel plus grand aux patients. Ces départements (à l'exception d'un tout petit) sont au nombre de quatre (deux pour hommes, deux pour femmes) et chacun assure le logement d'environ quarante-cinq (45) malades, les chambres comprenant un, deux, trois ou quatre lits. Ils renferment un bureau pour médecin, un poste central pour infirmiers, infirmières et dossiers, un fourneau et un solarium. Les petites salles à manger ont disparu, avec les travaux de rénovation de sorte que les repas sont servis sur plateaux et les malades mangent à leur chambre.

Quant aux pièces qui servent à l'administration des électrochocs, elles sont très mal situées et conduisent à des effets psychologiques nocifs. Les quelques cellules qui servent aussi de simples chambres ne sont pas isolées du reste des autres pièces et d'ailleurs il n'existe pas de département pour les malades agités. Les tentatives que l'on fait pour grouper ceux-ci en les dirigeant vers un 'département de préférence à un autre ne peuvent obvier à cet inconvénient, puisque la grande majorité des malades, sur ce département même, ont un comportement non problématique. Pour assurer la sérénité des lieux, la mise en cellule des malades agités et l'emploi de la contention sont forcément obligatoires tout comme le recours plus généreux aux "tranquillisants", alors que dans des conditions normales, un personnel hospitalier suffisant et une médication moins intensive conviendraient amplement. Nous devons cependant reconnaître que ces éventualités (mise en cellule et recours à la contention) surviennent plus rarement qu'autrefois et que c'est grâce, non seulement aux médicaments nouveaux, mais aussi à une évolution dans l'attitude du personnel.

Toutes les fenêtres sont grillagées de même que les galeries. C'est d'ailleurs le régime de la "porte fermée" qui prévaut, même si à certaines heures du jour il arrive que tous les départements ne soient pas sous clé et que la porte centrale qui donne sur l'extérieur soit gardée entr'ouverte, au lieu d'être soumise au contrôle électrique dont elle est munie.

Ces faits démontrent, selon nous, que la situation architecturale de la Clinique Roy-Rousseau tient prisonniers tant les autorités administratives que médicales, dans leur désir d'offrir davantage aux malades et de créer une atmosphère plus favorable.

b) Catégories

La répartition des cent douze (112) malades au 31 décembre 1960 était la suivante:

Psychoses	61
Psychonévroses	22
Alcooliques et toxicomanes	22
Autres	7

Ces chiffres appellent quelques remarques: a) le nombre relativement peu élevé de cent douze malades au 31 décembre 1961 s'explique principalement par les travaux en cours à l'époque et qui privaient l'institution de la quasi-totalité d'un département. Le taux d'occupation (i. n. = 80%) s'élevait à 82% en 1959 et même à 73.8% en 1960. b) La Clinique Roy-Rousseau

n'accepte que des malades pouvant bénéficier d'un traitement à court terme et c'est d'ailleurs une exigence de la Loi de l'Assurance-hospitalisation, dont les normes conviennent davantage aux "malades physiques". C'est l'insulinothérapie, encore en usage, qui requiert le plus souvent une prolongation de l'hospitalisation; elle n'intéresse cependant que quelques malades et le Ministère de la Santé accorde volontiers l'extension que nécessite ce traitement.

La moyenne de jours d'hospitalisation par malade a été de dix-huit (18) chez les hommes et de vingt-huit (28) chez les femmes. Il s'agit là d'une moyenne très acceptable; le décalage entre hommes et femmes résulte en partie des nombreux cas d'alcoolisme que la Clinique Roy-Rousseau accepte et qui se recrutent principalement parmi les hommes. La cure de désintoxication ne nécessite généralement que sept à huit jours d'hospitalisation.

Un total de deux mille cent cinquante-et-un malades (1,341 hommes et 610 femmes) ont été hospitalisés à la Clinique Roy-Rousseau en 1960, mais le pourcentage assez élevé des réadmissions s'explique aussi et surtout par la présence des alcooliques.

En général, seuls les adultes et les adolescents sont acceptés. On y rencontre parfois des enfants, mais il n'y a pas de département spécial pour eux. Néanmoins, la Clinique Roy-Rousseau compte, parmi ses psychiatres, un spécialiste pour enfants.

Aucune procédure légale n'est requise ou utilisée. La loi des hôpitaux pour malades mentaux ne prévaut donc pas. Il arrive cependant que les tribunaux demandent l'hospitalisation d'un prévenu, soit pour des fins d'expertise ou encore en remplacement d'une condamnation à un alcoolique. La Clinique Roy-Rousseau accepte aussi, pour fins d'observation et de traitement, des adolescents que lui envoie le Service de Réadaptation du Québec.

Les régions que desservent la Clinique Roy-Rousseau sont calquées en quelque sorte sur celles de l'Hôpital Saint-Michel-Archange.

Les demandes d'admission sont soumises à l'approbation des psychiatres de l'institution: chefs de services ou assistants. Il ne s'ensuit pas que cette procédure soit toujours respectée car des malades qui normalement devraient être hospitalisés à la Clinique Roy-Rousseau sont dirigés vers l'Hôpital Saint-Michel-Archange, alors que d'autres, surtout des alcooliques, en plus d'être refusés, courent le risque de ne pas recevoir ailleurs les soins que leur état requiert. Pourtant, la Clinique Rousseau fait sa large part à l'égard des alcooliques (708 admissions sur un total de 2,151 malades en 1960) et nous touchons là un problème qui déborde largement la responsabilité des autorités de l'hôpital, car il met en cause un grand nombre d'institutions hospitalières et la société même. De toute façon, ces dérogations arbitraires dans la politique d'admission des alcooliques et des malades que l'on considère trop librement comme étant agités reposent sur les facteurs suivants: inexistence à la fois d'un comité des admissions, d'une clinique externe et d'un département pour les malades agités, insuffisance (la nuit surtout) du personnel hospitalier.

c) Traitement - Visites et Mises en Congé

Les traitements que reçoivent les malades sont essentiellement d'ordre physique; ainsi sont largement utilisés les électro-chocs et la médication (tranquillisants, anti-dépressifs et anti-convulsivants). Un petit département d'insulinothérapie existe toujours. La neuro-chirurgie (leuxotomie) est encore utilisée, mais exceptionnellement et l'intervention est toujours sanctionnée par le bureau médical. La révision des prescriptions a lieu

fréquemment pour ne pas dire quotidiennement et les psychiatres à la tête de chaque département font tous les jours la visite des malades. Ceux-ci subissent les examens suivants à leur admission: examen physique, E. W., examen des urines, formule sanguine, sédimentation et radiographie pulmonaire. L'azotémie est pratiquée automatiquement chez les malades de 40 ans et plus. Tous ces examens et d'autres plus spéciaux sont effectués aussi souvent que le commande l'état du malade. Il convient de mentionner également que depuis quelques mois, la Clinique Roy-Rousseau a retenu les services d'un interniste consultant (spécialiste en médecine interne). Enfin, le malade peut être soumis à des investigations en liaison plus étroite avec l'affection dont il souffre. En 1960, 246 examens à l'électroencéphalogramme furent pratiqués.

Mais la Clinique Roy-Rousseau, à notre avis, ne porte pas une attention suffisante aux aspects psychologique et social de la maladie. Le chapitre précédent sur l'Habitat laissait prévoir cette anomalie et ceux qui sont consacrés au personnel professionnel et hospitalier et aux différents services la confirmeront. Les entretiens du psychiatre avec les malades restent trop brefs et superficiels, mais en général, ils permettent d'effectuer l'examen mental et de compléter les renseignements recueillis à l'entrée par les internes de la bouche du malade ou de ses proches. Ils permettent aussi de prendre un aperçu rapide de l'aspect psycho-social de la maladie afin de tracer à l'intéressé et aux siens une ligne de conduite. La psychothérapie verbale individuelle est rarement utilisée, encore moins la thérapie de groupe. Et lorsqu'il tente de recourir à ce moyen de traitement, le psychiatre, surchargé, prolonge en quelque sorte le séjour du malade à l'hôpital alors que dans des conditions plus normales, cette prolongation ne risquerait pas de se produire, d'autant plus que d'autres facteurs seraient de même coup corrigés. Cette insuffisance de la psychothérapie est surtout préjudiciable à ceux qui présentent des affections mineures (psychonévroses, névroses, réactions circonstancielles, etc...) et conduit fatalement à un trop grand recours aux méthodes biologiques et pharmacodynamiques de traitement. Mais ce sont les alcooliques qui sont le moins fortunés à cet égard car très souvent, le traitement se résume à une cure de désintoxication (si excellente soit-elle) et à quelques contacts avec leur famille qui viennent précisément confirmer la nécessité d'une plus grande action d'ordre psychosocial. Nous touchons là un problème que nous avons déjà abordé et dont les autorités sont bien conscientes: la Clinique Roy-Rousseau doit-elle continuer à recevoir un si grand nombre d'alcooliques si elle ne peut leur fournir une aide sur le plan de la réhabilitation? Doit-elle plutôt n'accueillir que ceux dont l'état d'intoxication se manifeste déjà par de la confusion mentale, des hallucinations voire même un "delirium tremens" ou risque de conduire à des complications psychotiques? Le malade psychiatrique ne subit-il pas un préjudice en co-habitant avec un si grand nombre d'alcooliques de toutes catégories?

Les dossiers sont généralement bien tenus et les lacunes qu'ils renferment sont facilement explicables. Tous les mois le comité des dossiers se réunit et l'une des tâches de ses membres consiste à établir la "réadmissibilité" des malades, car il peut être préférable que plusieurs soient à l'avenir hospitalisés à l'Hôpital Saint-Michel-Archange. Mais en aucune façon ce comité peut être assimilé à un comité d'admission. Soulignons enfin que le département des archives repose sur des principes modernes et qu'il est très bien organisé.

Le rôle qu'exerce la travailleuse sociale (c'est la seule et c'est en fait une infirmière psychiatrique) est forcément très limité. Son travail consiste principalement à effectuer des enquêtes et à entreprendre des démarches pour le placement en milieu institutionnel des malades que l'on juge incapables de retourner vivre dans la société. Il consiste plus rarement à entrer en contact avec les services fédéral et provincial de placement. On ne peut demander plus à une seule personne et il n'y a pas à s'écarter si les fonctions qui caractérisent davantage le travailleur social et ont trait à la ré-

habilitation du malade ne sont pas remplies.

Les malades ne subissent que très rarement des épreuves psychométriques. Il n'y a qu'un seul psychologue pour desservir à la fois l'hôpital Saint-Michel Archange et la Clinique Roy-Rousseau. Le deuxième qui doit entrer en service prochainement pourra difficilement combler cette grave lacune car ils ne pourront effectuer le travail de quinze psychologues, nombre minimum requis.

Les salles de séjour sont très exigües et il n'existe d'ailleurs aucune salle pour thérapie d'occupation. Les plans de rénovation prévoient cependant une ou deux salles de ce genre, mais il semble que celles-ci seront insuffisantes et serviront plutôt aux jeux récréatifs. Les malades bénéficient d'appareils de télévision et de radio et de quelques jeux sédentaires qui ne réclament pas d'espace. Les sorties sont accordées généreusement de même que les congés de fin de semaine. A notre avis, ces permissions trop nombreuses sont le produit du peu d'activité dont jouissent les malades.

Les malades peuvent recevoir les visiteurs à leur chambre tous les jours, de 2 heures p.m. à 4 heures p.m., mais en soirée, ils doivent se rendre au parloir.

C'est le médecin traitant qui généralement décide de la sortie des malades. Des refus exclusivement d'ordre médical sont souvent opposés au malade quoique celui-ci ne soit pas interné. Ce problème se pose d'une façon particulièrement aigue avec les alcooliques et crée des situations périlleuses.

LE PERSONNEL PROFESSIONNEL ET HOSPITALIER

Psychiatres.

Ils sont au nombre de neuf. Ceci comprend le surintendant médical, les deux chefs de service et les assistants. Ces psychiatres à toutes fins pratiques travaillent à demi-temps (ou un peu plus). Est-il nécessaire pour mettre en relief l'insuffisance du nombre de psychiatres, de rappeler que la Clinique Roy-Rousseau, en 1960, a accueilli 2151 malades?

Médecins non-psychiatres.

Ce sont des consultants et ils sont des représentants de la plupart des spécialités. Ce sont les mêmes que ceux de l'hôpital Saint-Michel-Archange. Quelques-uns sont à temps complet en raison de l'importance du service auquel ils sont attachés.

Psychiatres en formation.

La Clinique Roy-Rousseau ne compte que deux psychiatres en formation qui doivent aussi faire un stage d'entraînement à l'hôpital Saint-Michel-Archange. Ils sont remplacés par leurs confrères après 6 mois ou un an, mais ils sont susceptibles de revenir à la Clinique Roy-Rousseau pour un autre stage (c/f chapitre sur l'enseignement, rapport de l'Hôpital Saint-Michel-Archange).

Médecins internes.

Autrefois, ces étudiants en poursuivant leur entraînement, soit à la Clinique Roy-Rousseau, soit à l'Hôpital Saint-Michel-Archange, faisaient un stage en médecine interne et leur enseignement était dispensé par les psychiatres. Depuis septembre 1961, leur stage en est un en psychiatrie. Le programme a été réformé et il est maintenant plus conforme aux exigences. Ces étudiants sont au nombre de 4.

Infirmières psychiatriques.

Elles sont au nombre de 15. A la tête de chaque département figure une religieuse qui elle-même est infirmière psychiatrique.

Infirmières diplômées et licenciées.

Elles sont au nombre de quinze. Plusieurs d'entre elles occupent le poste de première assistante aux départements des malades.

Elèves-infirmières.

Elles sont au nombre de trente-six et quelques unes d'entre elles sont des infirmières diplômées qui poursuivent leurs études pour devenir infirmières psychiatriques.

Les aides-infirmiers.

Es sont au nombre de vingt-cinq et complètent le personnel hospitalier. Ils sont assignés directement aux soins des malades et ils ne possèdent aucune formation.

Thérapeute d'occupation.

Il n'y en a aucune.

Travailleur social.

Il n'y en a aucun. Il y a cependant une infirmière psychiatrique qui remplit ce rôle. Nous avons déjà dit quelques mots de la fonction qu'elle assume.

Psychologue.

Il n'y en a qu'un seul. Voir ce que nous avons déjà dit à ce sujet.

Activités scientifiques du personnel.

Le corps médical de la Clinique Roy-Rousseau possède ses comités et les réunions ont lieu mensuellement. Ces comités sont ceux que l'on rencontre généralement dans un hôpital général, à savoir: bureau médical, comité exécutif, comité des dossiers et des tissus.

On a favorisé il y a quelques années la tenue de réunions scientifiques. Malheureusement, cette initiative a été discontinuée et la raison principale et immédiate est l'impossibilité dans laquelle se trouvent les psychiatres de se libérer de leur travail.

Il existe aussi un comité conjoint, c'est-à-dire un comité dont les membres sont d'une part des représentants du Conseil d'Administration et d'autre part des représentants du corps médical. Malheureusement aussi, les réunions de ce comité sont extrêmement rares.

La Clinique Roy-Rousseau possédait il y a quelques années une bibliothèque. Elle était, à l'époque, à l'usage des médecins de l'Hôpital Saint-Michel-Archange et de la Clinique Roy-Rousseau. Des changements sont survenus et cette bibliothèque a été déménagée à l'hôpital Saint-Michel-Archange. Elle est localisée en un endroit qui est plus ou moins à la portée des médecins de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, à plus forte raison de ceux de la Clinique Roy-Rousseau.

L'enseignement dont nous avons dit quelques mots est dispensé conjointement avec l'hôpital Saint-Michel-Archange (voir rapport de l'hôpital Saint-Michel-Archange).

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

La Clinique Roy-Rousseau ne répond pas aux normes de l'hôpital psychiatrique moderne pour traitement actif.

Les services proprement médicaux et chirurgicaux sont en général bien organisés. Quant aux services psychiatriques qui devraient avoir priorité, ils laissent grandement à désirer. Le nombre des psychiatres est très insuffisant. On peut à peine dire qu'il existe un service social et un département de psychologie. La thérapie d'occupation n'est pas encore instaurée et peu de loisirs sont offerts aux malades. Seul le Service du Nursing s'approche des normes requises, mais les préposées aux malades ne reçoivent pas la formation nécessaire. Pour remédier à cette situation dont nous avons souligné au passage les caractéristiques, la Commission offre les recommandations suivantes:

1. QUE la Clinique Roy-Rousseau soit constituée en une Corporation distincte; que son Conseil d'Administration soit composé non seulement de religieuses de l'institution, mais aussi d'un psychiatre choisi par le Bureau Médical et de représentants de divers secteurs de la société et que le Directeur Médical siège ex-officio sur ce conseil.
2. QUE les membres médicaux du Comité Conjoint soient élus de la même façon que les membres du Bureau Médical et que des réunions fréquentes de ce comité soient tenues régulièrement.
3. QU'UN Comité des Admissions, sous la direction d'un psychiatre, soit créé afin de mieux définir les catégories de malades que la Clinique Roy-Rousseau doit accepter et de circonscrire les limites géographiques de son champ de recrutement en regard par exemple des "facilités" régionales qui seraient créées à travers la Province.
4. QUE soit créée une Clinique externe afin de traiter les malades qui ainsi ne seraient pas obligés d'être hospitalisés ou réhospitalisés.
5. QUE le Service Social soit réorganisé et sous la direction d'un travailleur social et qu'il soit doté d'un personnel qualifié et suffisant; que ce Service comprenne aussi des sections de placement.
6. QU'UN Service d'occupation thérapeutique soit créé et doté d'un personnel qualifié et suffisant (thérapeutes d'occupation et moniteurs).
7. QUE le Service d'activités récréatives soit réorganisé de façon à ce que son fonctionnement réponde aux besoins des malades et qu'il constitue une mesure thérapeutique.
8. QUE soit réorganisé le Service de psychologie et que ce Service soit doté d'un personnel suffisant afin que soit plus efficace le travail des psychiatres.
9. QUE les activités scientifiques soient reprises; que soient tenues régulièrement des réunions départementales et que soit aménagée une bibliothèque à l'intention du personnel professionnel.
10. QUE l'enseignement à tous les niveaux soit mieux assuré aux étudiants et qu'un cours de formation soit dispensé aux "préposées" aux malades.

11. QUE les tâches du personnel hospitalier soient plus conformes à la fois aux besoins psychiatriques des malades et aux impératifs de l'enseignement.
12. QUE soient encouragés les contacts et les rencontres entre malades des deux sexes et que servent à cette fin les activités telles que repas, loisirs et occupations thérapeutiques.
13. QU'UNE importance soit donnée à la "thérapie par le milieu" et que le concept de la "porte ouverte" soit plus généreusement instauré.
14. QUE la Clinique Roy-Rousseau, avec l'aide financière des pouvoirs publics, procède au recrutement du personnel professionnel et hospitalier dont elle a besoin. La Clinique Roy-Rousseau devrait principalement et immédiatement:
 - doubler au moins le nombre de ses psychiatres.
 - retenir les services de 4 travailleurs sociaux.
 - retenir aussi les services de deux psychologues.
 - engager deux thérapeutes d'occupation.
 - doubler son personnel d'auxiliaires ou de préposés aux malades.

CONCLUSION

A- On peut, à juste titre, s'interroger sur les causes qui sont à l'origine de cette situation dans laquelle se trouve la Clinique Roy-Rousseau et dont témoignent les recommandations que nous venons de formuler. Certains facteurs généraux sont applicables à la Clinique Roy-Rousseau mais il en est d'autres qui sont plus caractéristiques et que nous croyons utile de souligner.

La Clinique Roy-Rousseau ne jouit que d'une autonomie très relative. Nous avons vu en effet que toutes les décisions importantes viennent, non pas du Conseil local, mais plutôt du Conseil provincial de Mastai des Soeurs de la Charité de Québec qui, de plus, réside à l'Hôpital Saint-Michel-archange. Et nous savons, d'autre part, que les contacts entre l'administration et le corps médical sont très rares, spécialement à l'hôpital Saint-Michel-archange, de sorte que les religieuses peuvent difficilement être informées convenablement des problèmes psychiatriques et que leurs lourdes responsabilités administratives les entraînent fatalement vers des solutions qui ne sont pas toujours en accord avec les besoins des malades tels que les définit la psychiatrie moderne. Par ailleurs, la Clinique Roy-Rousseau est un petit hôpital de 175 lits dont les fonctions sont différentes de l'Hôpital Saint-Michel-archange qui compte 5100 lits.

Ce sont ces conditions d'existence qui à notre avis, expliquent la situation de la Clinique Roy-Rousseau. Ses besoins pouvaient difficilement être comblés car ceux de l'Hôpital Saint-Michel-archange en réduisaient l'importance. On ne pouvait que les remettre à plus tard ou les envisager qu'en fonction de ceux de l'Hôpital Saint-Michel-archange. Il est même probable qu'une amélioration apportée à ce dernier hôpital était considérée comme une amélioration à la Clinique Roy-Rousseau. Nous ne connaissons pas d'hôpital qui, construit en 1926, n'ait pas subi d'agrandissement, soit pour améliorer ses services, soit pour augmenter le nombre de ses lits. Le peu d'espace dont la Clinique Roy-Rousseau dispose, est précisément l'une des causes de l'absence des services que l'on juge essentiels, et sa structure architecturale continue toujours de s'inscrire en faux contre toute politique dynamique qui tienne compte des besoins psychologiques des malades.

B- Mais les conditions géographiques locales s'opposent à tout projet d'expansion. A cause de la congestion des lieux, il est presque impossible de faire bénéficier les malades d'activités à l'extérieur. De plus, le site

actuel nuit considérablement à la différenciation de cette institution d'avec l'Hôpital Saint-Michel-Archange et toute expansion consacrerait cette situation anormale.

Enfin, l'addition d'un étage à l'édifice actuel, en prenant pour acquis que les ingénieurs en construction ne formuleraient la moindre objection, n'est pas plus recommandable, pour des raisons que nous venons de préciser et parce que cette mesure ne rendrait pas "fonctionnelle" la structure actuelle.

Nous croyons qu'il faut rechercher une autre solution, celle vers laquelle les efforts auraient dû tendre depuis longtemps:

1 - Les hôpitaux généraux de Québec ou de sa banlieue ne possèdent aucun département interne de psychiatrie alors qu'un service semblable est chose répandue à travers le monde. Plusieurs hôpitaux de Montréal et l'Hôtel-Dieu de Saint-Vallier de Chicoutimi ont suivi cet exemple, il y a déjà plusieurs années.

En établissant la capacité théorique de nos quatre principaux hôpitaux à environ 400 lits chacun en moyenne et en se référant aux standards minima de 10% de lits psychiatriques en regard du nombre total de lits, la population de Québec et des environs aurait à sa disposition pour ses maladies psychiatriques, 160 lits. Les hôpitaux auxquels les conditions locales permettent de songer à un projet d'expansion, pourraient tout aussi bien construire un petit pavillon psychiatrique et le relier au corps principal par un tunnel.

2 - Quant à la Clinique Roy-Rousseau elle-même, le mieux serait qu'elle perde son identité pour être intégrée dans le programme de réforme qui concerne l'Hôpital Saint-Michel-Archange.

3 - Dans un avenir plus ou moins éloigné, un hôpital moderne de 200 lits devra probablement être construit, mais érigé en un autre endroit que Mastai et rattaché à un hôpital général.

INSTITUT ALBERT PREVOST

HISTORIQUE

"L'Institut a été fondé en 1919, sous le nom de Sanatorium Prévost, par le Docteur Albert Prévost, premier titulaire de la chaire de Neurologie à l'Université de Montréal. Il était destiné à procurer un endroit paisible où se ferait le traitement en cure libre des névroses, des intoxiqués et de ceux qui souffrent de psychoses "légères".

Durant les premières années, le Sanatorium ne comptait qu'une maison spacieuse où on logeait dix (10) malades. En 1926, première expansion suivie peu de temps après par la mort soudaine du fondateur. Ses assistants, les docteurs Edgar et Charles Langlois auxquels se joignirent les docteurs Jean Saucier et Roma Amyot décidèrent de continuer l'oeuvre du fondateur et en cela secondés par Mlle Charlotte Tassé, infirmière, bras-droit du Dr. Prévost depuis la fondation du Sanatorium et un peu plus tard par Mlle Bernadette Lépine, infirmière.

En 1945, le Sanatorium reçoit une nouvelle charte de la Province qui prescrit que sa gestion devra se faire sans profit: les revenus sont utilisés à l'amélioration des services et à l'expansion. L'Institut comptait alors quatre-vingt-sept (87) lits. Un pavillon très moderne était complété en 1954 portant le nombre de lits à cent quarante-huit (148). L'hôpital est constitué maintenant de cinq (5) immeubles disposés harmonieusement sur un vaste terrain qui coté la Rivière des Prairies.

L'Institut a toujours reçu surtout des malades privés tout en réservant 25% des lits pour indigents.

Pour respecter les intentions du Dr. A. Prévost, la Corporation de l'Institut s'engage à conserver fidèlement un caractère catholique et français dans son administration et dans son orientation, tout en accueillant des malades de toute nationalité et de toute croyance.

L'Institut a sa propre clinique externe: en décembre 1960 un total de cent soixante-sept (167) malades y étaient sous traitement."

ADMINISTRATION

Depuis février 1955, l'Institut est dirigé et administré selon une loi spéciale sanctionnée par la Province (loi 3-4 Elizabeth II, Chapitre 153; loi concernant l'Institut Albert Prévost).

Les membres de la Corporation doivent être du sexe féminin, laïques ou religieuses et se recruter parmi les infirmières licenciées, les gardes-malades auxiliaires diplômées et les dames patronesses.

Les deux fondatrices sont membres à vie du Conseil d'Administration tout en étant employées et rémunérées par celui-ci à titres respectifs de Surintendante et Ass.-Surintendante de l'Institut: à leur démission, la Corporation devra assurer à ces deux personnes, la vie durant, a) logement et pension, b) rente viagère égale au salaire qu'elles touchent à leur départ.

Le Conseil d'Administration actuel est composé de sept (7) membres dont cinq (5) sont des employées (avec salaire) de l'Institut: aucun n'est médecin, le quorum est de trois (3) pour le Conseil d'Administration.

La Charte stipule que "le directeur médical fait partie ex-officio

de la Corporation et du Conseil d'Administration" mais l'Institut n'a pas encore jugé bon de nommer un Directeur Médical. D'autre part, la lecture des procès-verbaux du Bureau Médical démontre que le corps médical, depuis 1956, a formellement prié l'Administration à plusieurs reprises de remplir ce poste si important. Aussi la U. S. Joint Commission of Hospital Accreditation dans son rapport (1960), qui donne officiellement la reconnaissance à l'Institut Prévost, recommande cependant que soit désigné, le plus tôt possible, un Directeur Médical.

En plus de "soigner les malades souffrant de maladies nerveuses", l'Institut a aussi pour but "d'organiser des Cours de perfectionnement en psychiatrie pour médecins, étudiants en médecine, stagiaires, infirmiers, gardes-malades auxiliaires, étudiants en psychologie et en service social."

Les états financiers pour 1960 établissent les revenus à six cent soixante-six mille quinze dollars et soixante-cinq cents (\$666,015.65) et les dépenses à six cent seize mille neuf cent vingt-neuf dollars et quatre-vingt-dix-sept cents (\$616,929.97). L'amortissement des immobilisations (quatre-vingt-cinq mille vingt-neuf dollars et dix-neuf cents - \$85,029.19) laisse cependant un excédent de dépenses s'élevant à trente-cinq mille neuf cent quarante-trois dollars et cinquante-et-un cents (\$35,943.51).

Depuis le 1er avril 1961, l'Institut est subventionné par le programme d'assurance-hospitalisation du gouvernement provincial et cela de façon un peu spéciale: en effet, la loi fédérale de l'Assurance-Hospitalisation excluant les hôpitaux psychiatriques, il a fallu que le gouvernement provincial fasse exception pour l'Institut Prévost (comme pour la Clinique Roy-Rousseau à Québec) et qu'il assume entièrement (sans la quote-part habituelle du Fédéral) les frais du "per diem" qui sont de dix dollars et cinquante-cinq cents (\$10.55) par malade.

Les cent quarante-huit (148) lits de l'Institut sont ainsi répartis:

51 malades publics	\$10.55 par jour défrayé par l'Ass.-Hosp.
34 malades semi-privés	" " " " " "
	plus \$5.00 par jour payés par le patient
53 malades privés	\$10.55 par jour défrayé par l'Ass.-Hosp.
	plus \$8.00 à \$13.00 par jour payés par le patient.

De plus, l'Institut reçoit des subventions fédérales-provinciales pour l'Hygiène Mentale une somme de soixante-cinq mille dollars (\$65,000.) pour l'année fiscale 1961-62.

Depuis la mise en vigueur de l'Assurance-Hospitalisation, l'occupation des lits est presque toujours à son maximum; il y a même une longue liste d'attente. Auparavant, il y avait très souvent un bon nombre de lits non-occupés: par exemple en décembre 1960, l'Institut ne comptait que quatre-vingt-quatre (84) malades hospitalisés, donc soixante-quatre (64) lits non-occupés. Il ne fait pas de doute que l'inclusion de l'Institut dans le programme d'Assurance-Hospitalisation devrait lui procurer une situation financière plus avantageuse.

LES MALADES

a) Habitat

Les quartiers d'habitation sont en général très bien aménagés et entretenus: ils ont un aspect d'intimité qui se rapproche de l'atmosphère d'un foyer. Les chambres privées sont luxueuses mais de bon goût. Il existe un certain degré d'encombrement, surtout dans les Pavillons moins récents, qui se traduit par un espace trop restreint pour les salles de séjour et pour les chambres contenant plus d'une personne.

Sauf pour les malades du Centre d'Observation (16) les repas se prennent dans une magnifique salle à manger (contenant 250 personnes) où patients et personnel se cotoient: La nourriture est excellente et très bien apprêtée.

Il y a 5 salons ou salles de récréation, dont 2 spécialement pour la télévision. Il y a cinéma à chaque semaine. Les sports d'été sont nombreux mais il manque d'espace pour les activités intérieures diversifiées: ainsi il n'y a pas de gymnase, bien qu'une petite salle en tienna lieu.

Les patients ont une bibliothèque et une discothèque.

Presque tous les malades (95%) circulent librement sur le terrain de l'hôpital: c'est le régime de la porte ouverte partout dans l'Institut sauf au Centre d'Observation.

Ce Centre reçoit les malades (16) qui sont trop agités pour demeurer en cure libre et une fois améliorés, ils sont transférés dans un des Pavillons réguliers de l'Institut. Les douze (12) cellules qu'il contient lui confèrent une sécurité "maxima" qui paraît un peu exagérée.

En moyenne, les malades séjournent une semaine dans ce Centre. Il faut noter ici une certaine anomalie sur le plan légal, puisque durant cette période, le malade est en définitive "interné" sans que les formules d'internement n'aient été remplies. Strictement parlant l'Institut outrepassa alors ses droits.

b) Catégories

Malades hospitalisés

Les 84 malades dans l'Institut en décembre 1960, se répartissaient ainsi:

Psychose	46	
Psychonévrose	33	
Affections organiques	5	
(Chez les plus de 65 ans)	56	étaient du sexe féminin
	28	" " " masculin

La limite minimum d'âge pour l'hospitalisation est 18 ans. Pour 1960 le nombre total d'admissions était de 1204, de plus les ré-admissions s'élevaient à 414 : on a enregistré 1222 départs.

Malades de la Clinique Externe

Au 31 décembre 1960, 167 étaient sous traitement. La plupart sont des ex-hospitalisés de l'Institut mais la Clinique Externe accueille des patients de toutes catégories indépendamment du diagnostic, qu'ils aient été ou non hospitalisés.

En plus des malades vus régulièrement pour traitement, environ 60 nouveaux cas sont vus à chaque mois, pour fin de diagnostic.

c) Admission

Lors de notre visite, la liste d'attente pour hospitalisation comprenait 46 noms.

Ne sont pas admis: les anti-sociaux (psychopathes), les psychoses organiques chroniques, les paranoïaques. Quant aux narcomanes l'hôpital n'en admet qu'un à la fois: il admet par ailleurs un bon nombre d'alcooliques.

Les cas non-urgents doivent attendre environ 1 mois tandis que les cas urgents sont admis en moins de 4 jours.

Notons que 40% des hospitalisés sont de l'extérieur de la région de Montréal.

Les malades "publics" sont vus à la Clinique Externe avant leur hospitalisation tandis que les "privés" sont examinés par le psychiatre à leur arrivée à l'hôpital.

Il n'y a pas de Comité d'admission, bien que les médecins de l'Institut en désirent la création. C'est une garde-malade auxiliaire qui dirige et constitue le bureau d'admission.

Les formules d'internement ne sont ni requises ni utilisées et la Curatelle publique n'est jamais imposée.

À la Clinique Externe, les malades, en principe, payent selon leurs moyens: de \$0.50 à \$10.00 par visite mais 50% ne paient rien, alors que pour les autres, le tarif moyen est de \$2.00 par visite.

d) Traitement, Visite, Mises en congé

Avec ses 15 psychiatres (dont 10 à temps complet et 5 à temps partiel) et ses 8 médecins résidents en psychiatrie, l'Institut est en mesure de fournir à ses malades un traitement de qualité supérieure et de fait la Commission a constaté le standard élevé des soins procurés aux malades.

L'orientation du traitement est nettement dynamique: pour 80% des patients, la principale forme de traitement est la psychothérapie (individuelle ou collective) et les autres malades reçoivent surtout des traitements organiques, i. e. médicaments, électro-choc. La durée moyenne de l'hospitalisation est d'environ un mois et 50% des malades qui habitent à une distance raisonnable sont suivis à la Clinique Externe après leur sortie de l'Institut. Dans certains cas l'hospitalisation peut se prolonger jusqu'à 4 mois.

Le département d'occupation thérapeutique (O. T.) à cause du manque de personnel qualifié et de l'espace trop restreint, ne joue pas pleinement le rôle important qu'il doit tenir dans la réhabilitation du malade; environ 50% des patients participent régulièrement à l'O. T., alors que la quasi-totalité des malades pourraient en bénéficier.

Le Département du Service Social a fonctionné jusqu'en novembre 1961; bien qu'insuffisant en nombre (3 travailleuses sociales) le personnel de ce département jouait un rôle très important, se faisant le lien entre le malade et sa famille. Nous exposerons, en détail plus loin, les événements qui ont amené le départ en bloc des travailleurs sociaux.

Les jours de visite à l'hôpital sont les samedis et dimanches (2 à 4 P.M. et 7 à 9 P.M.); si le médecin le juge à propos, le malade peut aller dans son foyer en fin de semaine.

LE PERSONNEL

a) Administration

Les postes de Surintendant et Assistant-surintendant sont remplis par deux infirmières licenciées qui font partie (à vie) du Conseil d'Administration: le personnel administratif et de bureau comprend 12 employés dont 7 comptable.

b) Psychiatrie

Il n'y a pas de Directeur Médical. Il y a un Directeur Scientifique responsable du standard des traitements dispensés par les médecins; il dirige aussi l'enseignement et la recherche.

Ce Directeur scientifique est assisté de 14 psychiatres qualifiés dont 9 à temps complet et 5 à temps partiel.

L'Hôpital est divisé en quatre (4) services et chaque psychiatre Chef de Service, est responsable de la marche de son Service.

La Clinique Externe est dirigée par un psychiatre qui y consacre 12 heures par semaine; chaque chef de service y donne 6 heures par semaine, chaque résident, 10 heures par semaine et enfin un psychiatre dédié surtout à la recherche y travaille 10 heures par semaine.

Les psychiatres sont rémunérés par les honoraires qu'ils touchent des malades hospitalisés, sauf pour quelques uns qui reçoivent des salaires de l'Institution et des subventions fédérales-provinciales.

Les huit (8) médecins résidents qui poursuivent leur formation en psychiatrie traitent des malades sous la surveillance étroite des psychiatres et touchent les salaires habituels que verse l'Assurance-Hospitalisation aux hôpitaux.

L'Institut compte un autre médecin résident qui se consacre aux soins strictement physiques des malades. De plus, quatre (4) consultants en diverses spécialités médicales peuvent être appelés au besoin.

Un des psychiatres est aussi spécialiste en électro-encéphalographie.

c) Psychologie

Ce département se compose d'une seule psychologue, licenciée, assistée d'un stagiaire à temps partiel. Son travail consiste surtout à administrer des épreuves de psychodiagnostic aux patients de l'hôpital et de la Clinique Externe. Une partie très réduite de son temps va à l'enseignement.

Cette psychologue a fait part à la Commission des problèmes sérieux auxquels elle fait face depuis qu'elle est à l'emploi de l'Institut (environ 1 an): l'Administration se dit incapable financièrement de lui adjoindre un assistant et les demandes trop nombreuses pour ses services au sein de l'hôpital créent une ambiance remplie de tension et de frustration.

Selon les standards de l'American Psychiatric Association, l'Institut devrait compter 15 psychologues pour pouvoir assurer des services adéquats aux malades hospitalisés et externes: la psychologue actuelle croit qu'il serait réaliste d'exiger un département d'au moins 6 psychologues.

Par ailleurs, les relations de la Psychologue avec les autres disciplines professionnelles de l'Institut ont paru très harmonieuses en dépit de l'absence d'un système formel de communication et d'échanges entre les diverses disciplines.

d) Service Social

Ce département, lors de notre visite (décembre 1961) avait perdu tout son personnel (3) depuis un mois.

La Commission s'est vite rendue compte que la "question" du Service Social avait créé énormément de difficultés, entre l'Administration d'une part et le corps professionnel d'autre part, i.e. médecins, infirmières, psychologues, thérapeutes d'occupation, etc.

Depuis avril 1960, la directrice du Service Social demandait périodiquement et en vain à l'Administration, une augmentation et du personnel et des salaires. En septembre 1961, l'Administration n'avait pas encore donné suite aux demandes du Service Social: de plus à ce moment là, l'Administration a décidé de certaines mesures de régie interne (v. g. fiches de pointage pour les heures de travail) que les travailleuses sociales jugèrent inacceptables (3 octobre 1961). Le personnel du Service Social écrivit à l'Administration, avisant que si leurs demandes n'étaient pas agréées (augmentation du personnel, une secrétaire, redressement des salaires,) elles (trois travailleuses sociales) se verraient obligées de démissionner au 15 novembre. Le 27 octobre la présidente du Conseil d'Administration qui est aussi Surintendante de l'Institut, répondait par lettre que la démission des travailleuses sociales était acceptée à moins que celles-ci ne se soumettent à la discipline de la maison: La lettre ne faisait aucune mention des demandes spécifiques pour lesquelles les membres du Service Social désiraient négocier.

Le Bureau Médical saisi par le Service Social de la réponse de l'Administration fit aussitôt parvenir une lettre (28 octobre) à la Présidente du Conseil dans laquelle il s'inquiétait du départ éventuel des travailleuses sociales et formulait le vœu que tout soit mis en oeuvre pour éviter la désintégration du Service Social à Prévost.

Le 30 octobre, le Service Social écrit de nouveau à la Présidente du Conseil d'Administration demandant des explications, re: " se soumettre à la discipline de la maison" et de nouveau au début de novembre, le Service Social proposait une rencontre avec le Conseil d'Administration pour tenter de trouver un terrain d'entente.

Au moment de notre visite (décembre 61), ces deux lettres du Service Social et celle du Bureau Médical étaient restées sans réponse et en conséquence les 3 membres du Service Social avaient quitté l'Institut au 15 novembre.

Le Corps médical a assuré la Commission que le personnel du Service Social donnait un excellent rendement et que la qualité des soins rendus aux malades souffrirait de leur départ: de plus, advenant que l'Institut recrute de nouveaux travailleurs sociaux, il s'écoulerait plusieurs mois avant que ceux-ci atteignent le degré d'efficacité qu'avaient atteint leurs trois prédécesseurs, au sein de l'équipe thérapeutique. Le Corps Médical s'est aussi dit convaincu que les conflits entre le Service Social et l'Administration auraient pu se résoudre si celle-ci avait affiché une attitude moins rigide.

Quant à l'Administration, elle déplore aussi ces événements mais les attribue à un "mauvais esprit" de la directrice du Service Social et blâme le Bureau Médical de s'être mêlé de la question". L'Administration croit qu'il sera possible de rebâtir le Service Social et se dit prête à payer les salaires nécessaires.

e) Nursing

Le personnel infirmier est le suivant: (dec. 61)

Infirmières diplômées en psychiatrie	6	(13)
Infirmières licenciées	8	(15)
Gardes-malades auxiliaires diplômées	28	(46)
Infirmières non-diplômées	5	(6)

Les chiffres cités entre parenthèses sont ceux que la Directrice du Nursing juge nécessaires pour satisfaire aux standards officiels de la profession.

Le personnel infirmier est assisté dans une certaine mesure par les trente-huit (38) étudiantes du Cours de Gardes-Malades Auxiliaires et par les six (6) infirmières licenciées qui suivent leur cours de perfectionnement en psychiatrie.

Malgré une insuffisance relative, en nombre, le personnel du Nursing nous semble très compétent et paraît accomplir sa tâche de façon admirable.

La Commission a rencontré la Directrice du Nursing qui est aussi membre de la Corporation de l'Institut sans toutefois faire partie du Conseil d'Administration.

Elle dirige le Nursing depuis trois (3) ans; dans les cinq (5) années précédentes, dit-elle, cinq (5) directrices s'étaient succédées à l'Institut. Elle exprime de nombreux griefs vis-à-vis de l'Administration: interférence continuelle de la Surintendante et de l'Assistante-Surintendante dans la régie interne de son service, refus de l'Administration de délimiter clairement ses fonctions, démarches de l'Administration auprès du personnel du Nursing dans le but de saper l'autorité de la Directrice, défense d'engager ou de congédier son personnel et d'avoir des réunions avec son personnel à moins de nécessité absolue.

Comme membre de la Corporation la Directrice a demandé au Conseil une copie des règlements de la Corporation, ce qui lui a été refusé sous prétexte que les règlements allaient être bientôt modifiés. La Présidente lui aurait défini ainsi son rôle comme membre de la Corporation "garder le silence et approuver toutes les décisions du Conseil".

Lors d'une rencontre avec la présidente du Conseil et son assistante, celles-ci ont admis à la Commission l'existence de certains conflits avec la Directrice du Nursing mais les considèrent comme le résultat de l'influence indue qu'exercent les médecins auprès des autres disciplines en suscitant une opposition envers l'Administration.

Quelque temps après sa visite à l'Institut, la Commission recevait une lettre du secrétaire du Bureau Médical annonçant que le Conseil d'Administration avait congédié la Directrice du Nursing, sous prétexte d'incompétence dans ses fonctions. Le Bureau Médical affirme, au contraire, la grande compétence de la Directrice et déplore vivement ce geste de l'Administration.

f) Occupation Thérapeutique

La directrice est seule membre qualifiée de ce département et est à l'emploi de l'Institut depuis six (6) mois.

Elle est assistée de trois (3) moniteurs.

Six (6) départements possèdent des ateliers et activités rencontrés généralement dans un hôpital de ce genre, i. e. pour malades dont l'hospitalisation est de courte durée.

Cependant, les locaux réservés à l'O. T. sont certainement trop exigus, empêchant ainsi un grand nombre de malades de profiter de cette thérapeutique. La directrice devrait aussi avoir au moins un assistant qualifié.

La collaboration avec le personnel médical et les autres disciplines est très bonne mais les rapports avec l'Administration sont peu satisfaisants pour la directrice du département. Celle-ci cherche, en vain, depuis des mois, à connaître le budget que l'Institut entend accorder à l'O. T. L'Administration prend des décisions affectant le personnel du département sans tenir la directrice au courant. La Directrice regrette que l'Administration

ne lui laisse pas utiliser les prérogatives normales auxquelles son poste lui donne droit et qu'en définitive elle se sente plutôt tolérée que pleinement acceptée par l'Administration. Malgré tout, elle conserve l'espoir que cette situation ira en s'améliorant.

g) Psychiatres en formation

Les huit (8) médecins-résidents de l'Institut, comme leurs confrères d'autres hôpitaux psychiatriques, ont une double identité: celle d'étudiants en une spécialité médicale au niveau post-universitaire, recevant une formation à la fois théorique et pratique et celle de membres du personnel médical de l'institution puisqu'ils jouent un rôle extrêmement précieux au sein de l'équipe thérapeutique. La formation qu'ils reçoivent à Prévost répond aux standards d'accréditation et le stage de deux années est reconnu par le Collège Royal des Médecins et celui de la Province de Québec.

Dans un Mémoire soumis à la Commission, les résidents souhaitent que l'enseignement théorique soit mieux structuré et regrettent que les psychiatres de l'Institut trop peu nombreux soient surchargés de travail au point où l'enseignement clinique qu'ils attendent d'eux en souffre dans une certaine mesure. Ils croient que si des "patrons" étaient rémunérés par l'Institut dans le but explicite de se vouer à l'enseignement et à la recherche, la qualité de leur stage serait grandement améliorée.

Ces résidents croient que les psychiatres de l'Institut accordent en principe une place très importante à l'enseignement mais que d'autre part l'attitude de l'Administration est beaucoup moins sympathique à cette cause. "A leurs yeux nous devons fournir un travail rentable, nous rendre d'abord utiles; nous sommes des employés surnuméraires et dispensables."

L'Administration a fait part à la Commission de ses doutes, quant à l'opportunité pour l'Institut de dispenser l'enseignement aux résidents et s'est demandée s'il ne valait pas mieux utiliser l'argent des salaires des résidents pour engager plus de personnel en Service Social.

REUNIONS SCIENTIFIQUES

- Conférence de service: dans chacun des services, les membres de l'équipe thérapeutique se réunissent tous les jours de 9 à 10 a.m.

- De plus des réunions comprenant tout le personnel professionnel ont lieu tous les mardis et jeudis; elles sont consacrées aux présentations de cas, revues de la littérature courante et communications scientifiques.

- Conférence du mercredi: celle-ci est donnée par un spécialiste habituellement de l'extérieur et traite d'un problème théorique et d'une façon approfondie.

- A part ces trois types de réunions, il faut compter celles qui font partie des divers programmes d'enseignement spécifiques à chaque discipline: résidents, gardes-malades, auxiliaires, etc.

- La bibliothèque de l'Institut est adéquate quant aux périodiques mais le nombre des bouquins est insuffisant. Le local est trop petit et peu approprié à la lecture.

RECHERCHE

Il existe un département de recherche dirigé par un psychiatre. Divers projets de recherche ont été terminés ou sont en cours portant sur: la psychopharmacologie, la biochimie, la psychothérapie collective (v.g. de plusieurs membres d'une famille), les composantes sociologiques de la psychopathologie, etc... Les psychiatres de l'Institut ont été les instigateurs d'un Séminaire International, en 1960, traitant de l'action des nouveaux médi-

carments utilisés en psychiatrie.

De tous les hôpitaux de langue française étudiés par la Commission, l'Institut Prévoist est sûrement celui où l'esprit de recherche semble le plus actif.

ENSEIGNEMENT

L'Institut est affilié à l'Université de Montréal et dispense l'enseignement clinique aux étudiants en Médecine, Service Social et Psychologie. De plus, l'Institut donne depuis 1958, un cours de Perfectionnement en Nursing Psychiatrique, d'une durée d'une année et qui conduit à un diplôme décerné par l'Université de Montréal. Actuellement, six (6) infirmières licenciées suivent ce Cours: elles perçoivent un salaire de cent quarante-cinq dollars (\$145.00) par mois et reçoivent la pension gratuitement durant cette année. La directrice de ce Cours a fait part à la Commission de certains besoins: reconnaissance officielle de son poste et délimitation de ses fonctions et pouvoirs, salaire à l'échelle de son Association Professionnelle - attribution d'un budget pour le bon fonctionnement des Cours - un consultant psychiatre qui agirait comme aviseur auprès des étudiantes, surtout dans la préparation de leur thèse.

Enfin, l'Institut offre depuis plusieurs années un Cours de Gardes-Malades Auxiliaires, reconnu par le Comité des Hôpitaux du Québec. D'une durée de dix-huit (18) mois, dont six (6) à l'extérieur dans un hôpital général, il est destiné aux jeunes filles de 18 à 35 ans possédant un certificat de 9^{ème} année. L'étudiante reçoit en plus de la pension, une allocation de quinze dollars (\$15.00) par mois durant la première partie du cours et vingt dollars (\$20.00) par mois durant la seconde partie. Le nombre des étudiantes est actuellement de trente-huit (38).

L'infirmière, en charge de ce Cours, a exprimé des besoins semblables à ceux décrits par la Directrice du Cours de Perfectionnement: de plus, elle estime que la sélection des étudiantes serait améliorée si elle-même y participait et si l'on pouvait, au besoin, recourir aux services d'un psychiatre de l'Institut qui ferait fonction de consultant.

De par ces deux Cours, l'Institut contribue de façon très utile à la formation d'un personnel infirmier tellement insuffisant dans nos hôpitaux psychiatriques.

Quelque temps après notre visite à l'Institut, la Commission apprenait que l'Administration avait informé la Faculté de Médecine qu'à partir de juillet prochain l'Institut cesserait son enseignement aux étudiants en médecine et aux médecins-résidents. La Commission déplore une telle décision et s'étonne qu'au moment où la pénurie de psychiatres dans notre milieu inquiète tout citoyen averti, l'Institut Prévoist juge bon de détruire d'emblée le meilleur programme de formation de psychiatres de langue française. Non seulement, l'Institut comprend mal ses responsabilités, envers la collectivité, en posant un tel geste mais il enlève au corps médical une activité essentielle à leur avancement scientifique en plus de saboter une oeuvre à laquelle les psychiatres de Prévoist s'étaient consacrés sans relâche depuis quelques années. De plus, cette décision regrettable fait reculer la psychiatrie canadienne-française à l'époque où nos jeunes médecins devaient, par nécessité, s'exiler durant 3 - 4 ans afin d'acquérir leur formation; c'est non seulement commettre une injustice envers les candidats à la psychiatrie, c'est aussi nous priver stupidement des services précieux que rendent ces jeunes médecins tout en étant en formation.

Quand l'Administration prétend que l'enseignement nuit au traitement des malades, elle ne peut être prise au sérieux par les membres de la Commission.

RAPPORTS ADMINISTRATION - CORPS PROFESSIONNEL

Les médecins aussi bien que tous les représentants de toutes les professions au sein de l'Institut ont fait part à la Commission de griefs sérieux vis-à-vis de l'Administration.

Quoique le poste soit prévu par la loi spéciale de l'Institut, l'Administration n'a pas jugé à propos de nommer un Directeur Médical, bien que le corps médical le réclame sans cesse depuis 1956.

Aucun médecin n'a le droit d'assister aux délibérations du Conseil d'Administration et plusieurs décisions sont prises par celui-ci, sans consultation avec le corps médical, même quand il s'agit de questions qui les concernent directement (v. g. l'enseignement de la psychiatrie).

Il existe un Bureau Médical mais ses relations avec l'Administration ont été très difficiles depuis au moins 1956, tel que démontré par la lecture des procès-verbaux du Bureau; par exemple, celui-ci s'est plaint à maintes reprises que l'Administration ne répondait pas aux lettres du Bureau ou le faisait avec des retards considérables allant parfois jusqu'à huit (8) mois. Il existe depuis quelque temps un comité conjoint mais son influence a été minime.

Ce Bureau Médical a aussi protesté officiellement, au moins à deux reprises (1958 et 1961) contre l'attitude injuste, incorrecte qu'a affichée l'Administration à l'égard de l'assistant-psychiatre en chef (1958) et du directeur scientifique (1961).

L'Administration a refusé à maintes reprises d'engager un dialogue avec les médecins, d'une façon adulte, lorsque les conflits survenaient et recourait plutôt à une prise de position autoritaire et dogmatique, hantée qu'elle était par la crainte de "se laisser conduire par les médecins". Les dames de l'Administration se voient comme les "propriétaires" de l'Institut et dans cette optique, il ne faut pas se surprendre si elles sont excessivement conscientes de leur autorité suprême. Elles oublient cependant qu'en dépit de son caractère légal privé l'Institut subsiste en majeure partie des fonds publics grâce au per diem de \$10.55 que lui verse le Gouvernement Provincial et aux subventions fédérales-provinciales et que c'est aussi grâce à des fonds publics que la partie principale de l'Institut a pu être érigée.

Tous ceux qui ont pris part à l'évolution de la psychiatrie dans notre milieu depuis une dizaine d'années peuvent témoigner des conflits sérieux et chroniques qui ont marqué les rapports entre professionnels et administration, au sein de l'Institut Prévoist.

La Commission croit qu'une des causes fondamentales de ces frictions réside dans la structure administrative de l'Institut: le Conseil d'Administration est formé de personnes qui se trouvent à la fois employeurs et employés et il est en réalité très peu démocratique (v. g. on refuse à un membre de la Corporation le loisir d'étudier les états financiers et de consulter les règlements de la Corporation). Il est essentiellement l'affaire de deux personnes (la Présidente et son Assistante) qui sont depuis des années continuellement impliquées dans les problèmes du personnel de l'Institut en tant que Surintendante et Assistance-Surintendante et ne peuvent plus garder une attitude objective, sereine quand ce même personnel soumet officiellement ses griefs au Conseil d'Administration.

BESOINS TELS QU'EXPRIMÉS PAR L'INSTITUT

- Locaux, surtout pour l'occupation thérapeutique et bureaux pour le personnel professionnel

- Personnel additionnel: 8 Psychiatres (surtout pour clinique externe, recherche, enseignement)

- 8 Psychologues
- 8 Travailleurs Sociaux
- 7 Infirmières psychiatriques
- 7 Infirmières licenciées
- 18 Gardes-malades auxiliaires
- 1 Infirmier
- 1 Thérapeute d'occupation

Coût annuel pour ce personnel: environ trois cent cinquante mille dollars (\$350,000.00).

RECOMMANDATIONS

1 - Que le Conseil d'Administration soit modifié afin qu'il ne puisse compter aucun membre qui soit à la fois employeur et employé. A cet effet, que les postes de présidente et de vice-présidente du Conseil d'Administration ne soient pas occupés par des employées de l'Institut; que les membres du Conseil d'Administration qui sont à la fois infirmière, garde-malade ou directrice du personnel cessent d'être membres du Conseil d'Administration. Aucun membre du Conseil d'Administration ne doit recevoir de rémunération.

2 - Que le Conseil d'Administration nomme immédiatement, conformément à sa charte, un Directeur Médical et que celui-ci siège au Conseil d'Administration.

3 - Qu'un délégué du Bureau Médical soit membre du Conseil d'Administration.

4 - Que le Conseil d'Administration soit élargi afin de représenter plus adéquatement les divers secteurs de l'opinion.

5 - Que le Conseil d'Administration revienne sur sa décision de suspendre l'enseignement et remplisse ses devoirs envers la collectivité en contribuant d'une façon accrue à la formation des cadres, afin de parer aux urgents besoins qui se manifestent en ce domaine.

ALLAN MEMORIAL INSTITUTE

1 - HISTORIQUE ET DESCRIPTION DES LIEUX

Le Allan Memorial Institute a été fondé en 1943; il constitue le Service de Psychiatrie du Royal Victoria Hospital. Ses locaux sont situés à proximité de cet hôpital; l'édifice principal a 100 ans d'existence et contient 38 lits mais aussi l'espace réservé aux 40 lits du Centre de Jour ainsi que les locaux de la Clinique Externe et des laboratoires de recherches.

En 1953, un Pavillon fut construit qui contient 50 lits et environ 50 cabinets de consultation pour médecins.

On utilise aussi l'ancienne écurie de ce domaine pour l'occupation thérapeutique, l'enseignement aux infirmières et la recherche. Ces locaux ne sont pas à l'épreuve du feu et sont nettement inadéquats.

Situé sur le flanc de la montagne, l'Institut possède un vaste et magnifique terrain.

La capacité totale est de 88 lits, sans compter les 40 lits du Centre de Jour.

2 - ADMINISTRATION

Sur ce plan, l'Institut fait partie intégrale du Royal Victoria Hospital et est administré par le Bureau des Gouverneurs de cet hôpital général. Aucun médecin de l'Institut ne siège sur ce Bureau et le Directeur Médical est d'avis que cette anomalie devrait être corrigée. Cependant, les rapports entre l'administration et le Corps Médical semblent très harmonieux.

L'Institut reçoit une allocation "per diem" de \$24.35 par malade, versée par l'Assurance-Hospitalisation; il est à noter que cette allocation est perçue non seulement pour les 88 malades hospitalisés mais aussi pour les 40 malades du Centre de Jour qui séjournent à l'Institut de 6 à 8 heures par jour.

Les malades semi-privés et privés payent un supplément variant de \$4.00 à \$8.00 par jour; ils représentent 60% des malades hospitalisés.

De plus, l'Institut reçoit à chaque année une somme imposante des subventions fédérales-provinciales; la Commission a demandé aux autorités du Royal Victoria et de l'Institut une copie des états financiers mais celle-ci ne nous a pas été fournie.

3 - LES MALADES

Tous les malades de l'Institut sont en cure libre et doivent à l'admission, signer une formule par laquelle ils consentent à se faire traiter. La politique de la porte ouverte est pleinement pratiquée.

Au moment de la visite la liste d'attente comprenait 24 noms; on n'admet pas les enfants en bas de 16 ans.

Règle générale, les cas d'urgence ne sont pas admis, mais sont plutôt référés au Verdun Protestant Hospital ou à Saint-Jean-de-Dieu. La période d'attente pour une hospitalisation est d'environ deux semaines.

Plus de vingt-cinq pour cent (25%) des patients sont de langue française. Le nombre total des admissions pour 1961 est de six cent quatre-vingt-un (681); il faut ajouter les deux cent quarante-neuf (249) admissions au Centre de Jour.

La durée moyenne d'hospitalisation est de six semaines et la durée maxima, de une année.

La Clinique Externe traite plus de mille (1,000) patients par année.

a) Habitat

Les quartiers des malades, dans le vieil édifice, ne sont pas convenables et l'encombrement y règne: les chambres sont trop petites et n'offrent pas le confort matériel qu'une allocation de vingt-quatre dollars et trente-cinq cents (\$ 24.35) par jour devrait pouvoir fournir au malade.

Par ailleurs, les chambres individuelles ou à quatre lits du nouveau Pavillon sont très bien aménagées.

b) Catégories

Parmi les malades hospitalisés, les cas de psychoses et de psychonévroses sont en proportions à peu près égales. De plus, les alcooliques représentent près de 20% des hospitalisés et les plus de soixante-cinq ans comptent 20% des malades. Il y a deux fois plus de femmes qu d'hommes.

c) Traitement

Toutes les méthodes de traitement organique et psychologique sont utilisées à l'Institut, sauf la cure de SaxeI.

Environ 50% des malades reçoivent principalement un traitement par psychothérapie; les autres sont soumis surtout à des formes de traitement, telles que électro-choc, médicament, cure de sommeil et insuline à doses légères.

L'électro-choc nous a paru être utilisé beaucoup plus que dans les autres hôpitaux étudiés. Ainsi, durant novembre 1960, 766 traitements à l'électro-choc ont été administrés aux patients de l'hôpital et du Centre de Jour, dont le nombre était d'environ 100. Un total de 12,000 électro-chocs ont été donnés en 1960.

Les examens à l'électro-encéphalogramme sont de rigueur pour tous les malades hospitalisés. L'Institut possède cinq appareils à E. E. G. et les utilise beaucoup pour la recherche.

Les locaux pour l'occupation thérapeutique ne sont pas assez spacieux et bon nombre de malades sont privés en partie ou totalement de cette forme de traitement.

Dans 50% des cas, le Service social prend une part active au traitement, soit au cours de l'hospitalisation ou après la sortie de l'hôpital. Cependant, les statistiques fournies par la direction du Service social indiquent qu'au cours de décembre 1961, seulement 120 malades retenaient l'attention du Service social.

Environ 75% des malades hospitalisés sont soumis à des tests psychologiques.

Les patients du Centre de Jour ne sont pas tous vus par le médecin à chaque jour; tous reçoivent des médicaments, mais pour plusieurs l'Institut n'offre pas toutes les activités thérapeutiques et récréatives voulues et que, avec l'allocation généreuse de l'Assurance-hospitalisation, on devrait pouvoir leur fournir.

4- LE PERSONNEL

Psychiatrie

Un total de 31 psychiatres certifiés, dont 7 psychanalistes travaillent à temps partiel à l'Institut. Ils sont rémunérés par les honoraires qu'ils reçoivent des malades, mais un bon nombre touchent aussi des salaires, grâce aux subventions fédérales-provinciales.

De plus 22 médecins résidents sont de service auprès des malades et à temps complet. A lui seul, ce Service de Psychiatrie d'un hôpital général a plus de psychiatres en formation que tous les services d'hôpitaux généraux et tous les hôpitaux psychiatriques de langue française réunis ensemble.

Psychologie

Il y a trois psychologues à temps complet et trois autres, dont un avec doctorat, qui ne travaillent qu'à temps partiel. Il y a aussi deux stagiaires.

Ce département est particulièrement voué à la recherche.

Service social

Ce service est composé de six travailleurs à temps complet et un à demi-temps. Il comprend aussi cinq stagiaires.

Au moment de la visite, l'Institut venait de recevoir des fonds fédéraux-provinciaux, dans le but d'engager deux autres travailleurs sociaux.

Nursing

Il y a 22 infirmières spécialisées en psychiatrie et 20 autres infirmières licenciées. De plus, 13 infirmières suivent actuellement le Cours de Perfectionnement en Psychiatrie. Les étudiantes-infirmières complètent le personnel du Nursing. La proportion personnel-malade est de 1.5 pour 1.

Occupation thérapeutique

Ce département comprend quatre thérapeutes qualifiées, qui sont assistés par quatre stagiaires.

5- ENSEIGNEMENT ET RECHERCHES

L'Institut est étroitement affilié à l'Université McGill; son directeur médical est aussi directeur du département de psychiatrie à McGill.

L'enseignement occupe une place de première importance à l'Institut, en psychiatrie et dans toutes les professions connexes.

Tout aussi important est l'accent qu'on met sur la recherche. Dans ce domaine, l'Institut bénéficie d'allocations considérables, relativement aux autres services psychiatriques de la Province, venant surtout des subventions fédérales-provinciales. La recherche se fait en collaboration immédiate avec McGill.

L'Hôpital Royal Victoria est membre des associations professionnelles suivantes: American Hospital Association, Canadian Hospital Association et Quebec Hospital Association.

Son enseignement en psychiatrie est reconnu par le Collège Royal des Médecins du Canada et celui de la Province.

Sa bibliothèque contient 3,000 volumes et reçoit 68 revues scientifiques.

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

- 1 - L'édifice principal est désuet, devrait être démolit et remplacé par un nouveau pavillon. L'Institut aimerait procéder à l'érection de ce pavillon, dont la capacité serait de cent lits. La Commission recommande l'appui financier des autorités gouvernementales pour la réalisation de ce projet, en partie ou en totalité, selon les conclusions d'une étude plus approfondie du projet.
- 2 - Le personnel du Service social et celui de l'occupation thérapeutique devrait être immédiatement augmenté et des locaux plus adéquats devraient être fournis à ce dernier département.
- 3 - Les malades du Centre de Jour devraient recevoir des soins plus assidus du personnel médical et bénéficier d'un programme plus adéquat d'activités thérapeutiques et récréatives.
- 4 - L'Institut devrait organiser un programme d'enseignement théorique pour les préposés aux malades.
- 5 - La Commission note que, malgré son personnel très nombreux, l'Institut n'admet annuellement qu'un nombre relativement peu élevé de malades.
- 6 - La Commission regrette que l'Institut n'ait pas mis à sa disposition, pour étude, ses états financiers, particulièrement en ce qui regarde la part des subventions fédérales-provinciales qu'il reçoit chaque année.
- 7 - Le directeur de l'Institut a remis à la Commission un Mémoire (appendice No 1) qui décrit les besoins actuels en services psychiatriques, pour la population de langue anglaise de la Province. La Commission endorse les recommandations de ce Mémoire, mais les estimés budgétaires proposés pour la réalisation de ces projets requièrent une étude plus approfondie que devra faire la future Commission.

HOPITAL MONT PROVIDENCE

HISTORIQUE

Voici le texte fourni par les autorités de l'hôpital:

" De tout temps, les religieuses de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu se sont faites un devoir d'enseigner le catéchisme aux enfants admis comme déficients mentaux, mais là se bornaient leurs efforts; l'on n'était pas encore convaincu de la possibilité du développement mental chez les pauvres arriérés.

En septembre 1920, l'on faisait pour la première fois application des méthodes thérapeutiques d'enseignement, dans un local temporaire et sommairement aménagé; ce local prit le nom de "Ecole Gamelin".

En septembre 1930, s'inaugurait la première année scolaire: trente-six (36) filles et autant de garçons étaient inscrits. Outre le catéchisme, l'enseignement thérapeutique consistait en leçons de choses; tenue, notions élémentaires de politesse, etc. Le tout était entremêlé de jeux et de petits travaux faciles.

En mars 1935, notre "Ecole Gamelin" était transférée au rez-de-sous-sol du nouveau Pavillon Notre-Dame-des-Sept-Douleurs et devenait "Ecole Emmélie Tavernier" (nom de notre Mère Fondatrice). Nos classes comptaient à cette époque près de 200 enfants.

En mai 1933, le Département de l'Instruction Publique donnait son approbation officielle à notre Ecole Emmélie Tavernier. Sur la demande de l'Honorable Cyrille Delage, surintendant de l'Instruction Publique, nous organisons une Ecole Normale spécialisée, destinée à former des professeurs pour l'enseignement aux déficients mentaux.

Le 20 octobre 1938, le Comité Catholique de l'Instruction Publique annonçait que notre Ecole Normale, au titre d'Institut Médico-Pédagogique Emmélie Tavernier, était officiellement reconnue.

En mai 1945, l'Institut Médico-Pédagogique comptait 21 graduées dont treize (13) Soeurs de la Providence, tandis que sept autres élèves poursuivaient les Cours.

En 1946, l'on décidait la construction d'une école pour les arriérés mentaux (éducables). Les travaux s'inauguraient dès ce même automne (1946) et se poursuivirent lentement durant 47 - 48 - 49; il y avait alors grandes difficultés pour les matériaux et la main-d'oeuvre. Enfin, le 4 juillet 1949, la Supérieure et deux compagnes prenaient possession de la nouvelle demeure encore inachevée.

Le 16 juin 1950, les classes se ferment définitivement à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, et le déménagement s'effectue vers le "Mont-Providence" (Rivière-des-Prairies).

Le 14 septembre 1950, nous enregistrons 64 enfants dont 44 garçons et 20 filles: tous viennent de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. En cette nouvelle Ecole, les enfants ne sont pas internés: de cette façon le travail de réhabilitation paraît beaucoup plus simple et plus facile à tous points de vue.

Et les enfants continuent à arriver: il nous en vient des familles, il en vient aussi des différentes Crèches. Chaque élève est soigneusement

classé d'après les tests mentaux qu'il passe en arrivant: - Les classes vont très bien et les succès sont évidents. - Cette activité intense se poursuit jusqu'en août 1954. -

En août 1954, pour des raisons incontrôlables, nous nous voyons dans la nécessité de renoncer à cette oeuvre de l'enseignement aux arriérés (éducables) -; des pauvres enfants infirmes, épileptiques, idiots, déments prendront désormais leur place. Nous devons, en plus, accueillir 300 adultes, 250 femmes et 50 hommes (de Saint-Jean-de-Dieu). Notre vaste maison fut littéralement remplie en l'espace de quelques semaines.

Depuis lors, les enfants sont réunis par groupes dans les locaux des classes, pendant une couple d'heures par jour. On s'y évertue à éveiller leurs facultés et à développer leurs aptitudes par des occupations thérapeutiques appropriées.

STATISTIQUES: avril 1961 - Nous enregistrons aujourd'hui mille cent soixante-seize (1176) patients, soit deux cents femmes (200) et neuf cent soixante-dix-huit enfants (978) des deux sexes. Cent (100) adultes sont partis pour l'Hôpital Saint-Charles-Borromée (Joliette) ou sont retournés à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu au cours de 1960-61.

- Notre Maison s'appelle maintenant: "Hôpital Mont-Providence".

Ces "raisons incontrôlables" auxquelles fait allusion l'historique consistaient surtout en difficultés financières très sérieuses. Durant les quelques années qui ont précédé la transformation des buts de l'Institution, les déficits annuels s'établissaient ainsi: 1952, trois cent soixante-et-un mille dollars (\$361,000.00), 1953, trois cent cinquante-quatre mille dollars (\$354,000.00), et 1954, deux cent soixante-dix-neuf mille dollars (\$279,000.)

Les religieuses affirment que pour solutionner cette crise économique les autorités gouvernementales (de la Province) auraient exigé en 1954, que l'institution abandonne son oeuvre i. e. l'éducation des enfants arriérés éducables et qu'elle devienne un hôpital psychiatrique dans le sens prescrit par la "Loi concernant les hôpitaux pour le traitement des Maladies Mentales".

Au moment où cette modification importante allait prendre effet, l'institution comptait six cent trois (603) patients, tous enfants. Toujours selon les autorités religieuses de l'hôpital, les autorités du gouvernement provincial auraient demandé que le nombre total des patients soit porté à mille (1000), en admettant des patients de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, dont trois cents adultes (300) - ce qui fut fait au cours de 1954. Il est bon de noter que la capacité théorique de l'hôpital est de huit cent vingt-et-un (822) malades.

Les religieuses regrettent que le but premier de leur institution, i. e. l'éducation des enfants arriérés, ait été virtuellement sacrifié en 1954 quand le Mont Providence est devenu un hôpital psychiatrique. Toutefois, les religieuses croient qu'il est de leur devoir de procurer leurs soins aux malades les plus malheureux, en l'occurrence, les enfants débiles mentaux non-éducables.

2. ADMINISTRATION

L'Hôpital Mont Providence est administré par une Corporation dont les lettres patentes ont été enregistrées le 7 décembre 1960. Cette corporation est composée de trois (3) membres qui doivent être des religieuses de la Communauté des Soeurs de Charité de la Providence et qui sont désignées par le Conseil général de la dite Communauté. Le quorum pour les assemblées de la corporation est de deux (2) membres.

Il n'y a pas de conseil d'administration.

La corporation a pour fin ou objet de "posséder et administrer un hôpital psychiatrique avec tous les services organisés dans un tel hôpital, y compris un département d'expérimentations et de recherches scientifiques; une école pour arriérés mentaux; une école d'infirmières, une école d'auxiliaires; une école d'aide-malades et une école de techniciens."

Le rôle d'administrateur en chef non-médecin est rempli par une religieuse. L'administration médicale est théoriquement assurée par le psychiatre qui est Surintendant Médical (à temps complet) à l'Hôpital Saint Jean-de-Dieu. Ce même psychiatre, au moment de notre étude était aussi Surintendant des Hôpitaux Psychiatriques de Joliette, de l'Annonciation et de la Re traite Saint Benoit à Montréal.

L'assistant surintendant de l'Hôpital Mont Providence sert à temps complet; il est certifié en psychiatrie mais n'a pas reçu de formation spécialisée en psychiatrie infantile. Il est le seul psychiatre travaillant dans l'institution et ses fonctions administratives lui laissent peu de temps à consacrer auprès des malades.

Les revenus de l'hôpital se limitent presque exclusivement à l'allocation de \$2.50 (per diem) par malade que verse le gouvernement de la Province. En septembre 1960, une tentative des religieuses auprès du Ministère de la Santé pour l'augmentation de ce taux à \$3.00 par jour n'a pas été fructueuse.

Il faut noter aussi que le Mont Providence reçoit un "per diem" spécial de six cents (\$0.06) prélevé sur le "per diem" de Saint Jean-de-Dieu et destiné à payer en partie les dépenses de construction (1950).

Un excédent de dépenses de cent quatre-vingt onze mille quatre-vingt deux dollars (\$191,091.00) est prévu pour l'année fiscale 1961. La valeur de dépréciation est cependant comprise dans les dépenses. Au 31 décembre 1960, la dette de l'hôpital s'élevait à trois millions quatre cent mille dollars (\$3,400,000.) Les rapports entre le corps médical et l'administration ont semblé harmonieux. Ils sont assurés par un "comité conjoint" formé des membres suivants: la Supérieure, l'Assistante-Supérieure, l'Econome, les deux médecins et le Surintendant Médical. Aucun médecin ne siège aux assemblées de la Corporation.

3. LES MALADES

a) Habitat

L'hôpital est de construction récente (1950) et à l'épreuve du feu: il est en béton et recouvert de briques. Les malades sont répartis dans 23 départements par groupes d'environ 53.

Pour les patients non-alités (et ceux-là sont la majorité) chaque département comprend une salle de séjour qui sert en même temps de salle de jeux, un dortoir avec lavabos et toilettes et une salle à manger contenant des tables pour 4, 6 ou 12 personnes. Il existe souvent une galerie attenante au département. Les locaux sont propres et la porte d'entrée au département, en général, n'est pas fermée à clef.

Six de ces départements sont des infirmeries où la plupart des malades (environ 300) sont alités; il s'agit surtout de débiles profonds avec très souvent des handicaps physiques graves.

Deux (2) départements sont divisés en petits dortoirs de 5 ou 6 lits et sont occupés par des adolescents. Dans ces locaux on a réussi à créer jusqu'à un certain point le climat d'un foyer, ce qui n'est malheureusement pas vrai de la majeure partie de l'hôpital.

Si l'on tient compte de la capacité théorique (821 lits) l'hôpital a un surpeuplement de trois cent cinquante (350) malades.

b) Catégories

Age - Sur les mille cent soixante-huit (1168) malades hospitalisés au 31 décembre 1960; huit cent quatre-vingt dix (890) étaient âgés de 16 ans et moins. Nous trouvons des adultes de tout âge, dont 18 ont plus de 65 ans.

Diagnostic

Idiots - 288
Imbéciles - 418
Arriérés éducatibles - 215 (moins de 16 ans)
Épileptiques (sans psychose) - 155 (dont 135 de moins de 16 ans)
Psychotiques - 89

Si aux deux cent dix-huit (218) enfants jugés arriérés éducatibles par l'institution nous ajoutons les cent trente-cinq (135) épileptiques de moins de 16 ans, nous arrivons à un total de trois cent cinquante-trois enfants (353) qui pourraient bénéficier d'une certaine formation scolaire. Or il n'y a que six professeurs dans l'hôpital qui enseignent aux enfants par groupes de dix (10) durant deux (2) heures par jour; ce programme scolaire engloberait cent cinquante (150) enfants.

D'autre part, l'étude de quelques dossiers pris au hasard dans chacun des départements a démontré clairement que l'évaluation de la déficience mentale du jeune malade laisse grandement à désirer avant et après son admission à l'hôpital. Il ne fait pas de doute que sans le bénéfice d'un diagnostic posé par un psychiatre pour enfants et sans les examens psychologiques, l'hôpital est susceptible de considérer comme débilés non-éducatibles des enfants qui ne le sont pas; d'où il est permis de supposer que le nombre des enfants éducatibles au Mont Providence est de plus de trois cent cinquante-trois (353).

A cause du surcroît de travail, le psychiatre de l'institution ne peut examiner tous les nouveaux patients de sorte que souvent le diagnostic est posé par un médecin non-psychiatre. La révision des dossiers doit se faire en principe à chaque année mais en pratique cela n'est pas possible et quand elle se fait cette révision s'attarde surtout à la santé physique de l'enfant.

c) ADMISSION

En 1960, il y a eu deux cent cinquante-six (256) admissions et deux cent trente-trois (233) départs. De ceux-ci cent quatre-vingt-six (186) étaient en réalité des malades transférés à l'Hôpital de Joliette ou à Saint Jean-de-Dieu.

Les demandes d'admission avec formules d'internement doivent être dirigées à l'Hôpital Saint Jean-de-Dieu où le Surintendant a la responsabilité de décider si et quand l'enfant sera accepté.

La liste d'attente comporte actuellement deux cent quarante-neuf (249) noms, deux cent dix-huit (218) garçons et trente-et-une (31) filles. Soixante-six (66) malades sont inscrits sur la liste depuis 1959.

d) TRAITEMENT; VISITES MISE EN CONGE

Envisageons d'abord le cas des enfants dont la déficience mentale modérée nous font considérer comme étant éducatibles et pour la plupart susceptibles de réhabilitation éventuelle dans la société; ils forment au moins le tiers des patients de l'hôpital.

Cette réhabilitation sera possible si elle s'appuie sur un programme de traitement comportant les éléments suivants:

- 1- Formation scolaire selon des méthodes spéciales
- 2- Apprentissage de métiers appropriés
- 3- Milieu thérapeutique et reproduisant le plus possible les caractères de la société où l'arriéré éducatif doit retourner
- 4- Soins psychiatriques individuels et collectifs (psychothérapie, thérapie d'occupation, pharmacothérapie, thérapie par le jeu, etc.)
- 5- Contacts fréquents et diversifiés avec le milieu extra-hospitalier.

Nous avons vu que plus de la moitié des enfants qui pourraient profiter d'un enseignement scolaire en sont totalement privés et que ceux qui en bénéficient le sont à un degré insuffisant. Les locaux sont assez nombreux et bien aménagés mais le nombre de six (6) professeurs (religieuses) est ridiculement bas.

L'apprentissage des métiers simples est quasi inexistant au Mont Providence: un petit atelier de menuiserie reste inutilisé à défaut de moniteur. Seul l'atelier de cordonnerie fonctionne mais le moniteur dit ne pouvoir enseigner à plus d'un apprenti!! Les adolescentes semblent mieux partagées que les garçons puisque environ cinquante (50) d'entre elles peuvent apprendre de menus travaux domestiques tels que tricot, couture, cuisine, etc..

Quant au milieu que l'on souhaiterait thérapeutique, il est plutôt imprégné d'un souci exagéré de la discipline, qui entrave sérieusement l'épanouissement de la personnalité de l'enfant. L'aménagement des locaux (salles de 50 lits) est en fonction du grand nombre et l'identité de l'enfant parfois difficile à établir pour l'adulte qui en a soin, devient quasi impossible à réaliser pour le petit malade lui-même. Il se trouve parfois une religieuse plus intuitive et patiente qui réussira à créer un climat sain dans son département mais malgré leur sens du dévouement, les religieuses auprès des malades n'ont pas, en général, les connaissances modernes ni les directives psychiatriques éclairées qui leur permettraient de rendre le milieu thérapeutique. L'insuffisance du personnel infirmier et son manque de préparation rendent quasi inévitable que celui-ci se réfugie dans la sécurité relative d'un comportement sournois et enragément qu'il obtiendra bon gré, mal gré de ses petits malades.

Quant aux soins plus strictement psychiatriques tels que psychothérapie et thérapie-occupation, ils n'existent absolument pas. Seul le traitement médicamenteux est offert et de façon inadéquate. L'ensemble du personnel hospitalier voit le patient comme un individu incurable à qui il s'agit de procurer, tenant compte du personnel insuffisant, des soins physiques à peu près convenables. On chercherait en vain une orientation dynamique chez les adultes qui entourent l'enfant malade.

Les contacts avec le monde extérieur sont délibérément réduits à leur minimum par les autorités administratives et médicales de l'institution si bien que l'adolescent possiblement apte à s'intégrer à la société, éprouvera un sentiment d'angoisse si fort à la pensée de faire face au monde extérieur qu'il préférera souvent la sécurité de l'hôpital même au prix de se condamner à "l'institutionnalisation à vie". Le nombre très restreint des enfants et adolescents (29 en 1960) qui ont été mis en congé à la suite d'un progrès dans leur évolution mentale n'a rien d'étonnant si l'on songe que l'hôpital ne possède ni Service Social, ni Service de Psychologie, ni Service d'Orientation et de Placement, ni Service de Post-Cure (follow-up)

Il n'y a pour tout l'hôpital qu'une seule salle de récréation qui se trouve au sous-sol. Cependant, chaque département possède appareils de TV et de radio ainsi qu'un tourne-disque et parfois un piano. Mais la plupart des salles possèdent très peu de jeux ou de jouets (pour les plus petits). Trop

souvent les tout jeunes (moins de 3 ans) doivent rester paisiblement dans leur lit toute la journée par manque de personnel: il est évident que leur développement tant affectif que moteur en souffre grandement. Les plus vieux sont très souvent réduits, comme seule activité, à se bercer dans leur chaise durant des heures et à s'y voir ligotés par les chevilles, s'ils sont trop agressifs ou si le personnel est trop insuffisant.

4. LE PERSONNEL

a) Psychiatre:

Au singulier, puisque un seul est attaché de façon active à l'hôpital. Il s'agit de l'assistant-surintendant et bien que les enfants forment plus des 3/4 des malades, ce médecin n'a pas de certificat en psychiatrie infantile. Ni lui ni le surintendant médical (qui se trouve à Saint Jean-de-Dieu) n'ont su depuis 1954, développer un programme dynamique pour la réhabilitation des centaines d'enfants arriérés éducatibles qui ont été et sont dans l'institution.

b) Médecins non-psychiatres:

Le soin physique des malades semble à peu près adéquat et il est assuré par deux médecins compétents dont un à temps complet et l'autre à demi-temps. L'hôpital peut recourir, au besoin, aux services d'une quinzaine de consultants en diverses spécialités et qui sont, en général, aussi consultants pour l'hôpital Saint Jean-de-Dieu.

c) Dentiste:

Il n'y en a qu'un, qui ne travaille d'ailleurs que 2 jours à l'hôpital: il est clair que cela est nettement insuffisant. Certain équipement nécessaire à son travail devrait lui être procuré.

d) Infirmières licenciées et diplômées:

Cet hôpital en compte treize (13) seulement alors qu'il y a vingt-trois (23) départements, ce qui donne en moyenne $\frac{1}{2}$ infirmière par 50 malades, soit la population d'un département.

Ces treize (13) infirmières sont des religieuses qui ont gradué en Nursing entre 1925 et 1948: la moyenne d'années écoulées depuis l'obtention du diplôme est de vingt-six (26) ans, ce qui laisse supposer que la moyenne d'âge de ces infirmières sur qui repose la responsabilité des soins quotidiens aux enfants, se situe autour de quarante-sept (47) ans.

Pour quiconque a la moindre expérience d'un travail auprès des enfants débiles mentaux et malades mentaux, il est clair que du strict point de vue énergie physique requise pour une telle tâche, cet âge relativement avancé constitue un handicap. Sans compter qu'à l'époque où ces religieuses poursuivaient leur formation en nursing, le curriculum ne renfermait pas les données modernes de la psychiatrie, psychologie et psycho-pédagogie qui ont permis l'élaboration de méthodes de ré-adaptation de l'enfant arriéré, telles qu'elles se pratiquent dans nombre de centres européens et américains avec un succès étonnant. De sorte que le certificat en psychiatrie obtenu de l'hôpital Saint Jean-de-Dieu (et non un diplôme universitaire) il y a plus de vingt (20) ans a une valeur très relative.

e) Aides-infirmières:

Celles-ci sont au nombre de cent trente (130) auxquelles il faut ajouter trente-et-une (31) personnes du sexe masculin.

Les autorités de l'hôpital nous apprennent que ce personnel offre très peu de stabilité, soit une moyenne de six (6) mois d'emploi et cela surtout à cause de l'éloignement de l'hôpital des centres peuplés et de l'insuffisance des salaires.

L'hôpital n'offre pas d'enseignement théorique ou pratique (systématisé) à ces aides-infirmières: Il arrive souvent qu'elles soient laissées en charge des départements et qu'elles prennent des initiatives pour lesquelles elles ne sont pas compétentes, telles que l'administration de médicaments ou de contraintes aux malades sans la prescription écrite ou verbale du médecin.

f) Institutrices:

Six (6) religieuses sont responsables de tout l'enseignement aux arriérés éduqués: celui-ci va du pré-scolaire jusqu'au niveau de la 5^{ème} année des classes auxiliaires de la Commission Scolaire de Montréal. Il est évident qu'avec si peu de professeurs, l'institution se voit obligée de négliger un très grand nombre d'enfants qui ainsi n'apprendront jamais les rudiments académiques nécessaires à la vie en société à laquelle ils ont droit et pour laquelle ils ont des aptitudes qui demeurent inexploitées.

g) Activités scientifiques du Personnel

L'hôpital ne possède pas de bibliothèque pour son personnel professionnel, la liste des publications scientifiques du personnel a été demandée mais n'a pas été fournie.

L'hôpital n'a pas d'affiliation universitaire et l'enseignement post-scolaire est absent à tous les niveaux. Il n'y a pas de programme de recherches au Mont Providence.

Les échanges scientifiques avec des organismes ou des individus de la région intéressés à la déficience mentale chez l'enfant sont à peu près nuls.

La direction médicale n'offre pas d'enseignement au personnel infirmier et aide-infirmier: les discussions de cas entre médecins et personnel infirmier et enseignant pourtant considérées comme essentielles à peu près dans tous les centres semblables ne sont pas organisées.

Depuis moins d'un an il existe un comité médical comprenant 8 ou 9 médecins de l'hôpital qui se sont réunis à quelques reprises.

L'hôpital est membre de l'Association des Hôpitaux Catholiques du Canada et affilié à la Commission Générale des Hôpitaux du Québec.

5 - BESOINS FORMULES PAR L'INSTITUTION

Voici la liste des besoins que nous ont présentés par écrit les autorités de l'Hôpital Mont Providence.

- Département de physiothérapie et physiothérapeutes
- Département d'orthophonie et d'audiométrie
- Equipement et aménagement pour une salle d'autopsie
- Personnel pour les ateliers
- Infirmières licenciées
- Thérapeutes d'occupation
- Technicienne de laboratoire

- Technicienne en rayons X
- Archiviste
- 2 spécialistes en médecine interne, à demi-temps
- 2 psychiatres, à demi-temps
- 2 psychologues, à demi-temps
- 2 assistantes sociales à temps complet
- 1 appareil à électro-choc
- Equipement pour thérapie par le jeu

La Commission considère tous ces besoins comme très réels et les demandes ci-haut énumérées loin d'être exagérées nous paraissent plutôt timides.

Même si les autorités gouvernementales acquiescent à ces demandes - ce que nous recommandons d'ailleurs - nous ne croyons pas que ces améliorations rémidieraient aux problèmes les plus sérieux qui existent au Mont Providence.

6 - RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION

1. Que la direction de l'hôpital soit confiée à un Conseil d'Administration qui pourrait être composé de neuf (9) membres ainsi répartis: cinq (5) représentants de la Corporation propriétaire de l'hôpital (les religieuses de la Providence), deux (2) médecins de l'hôpital désignés par le Bureau Médical et deux (2) laïcs non employés de l'hôpital reconnus pour leur compétence administrative et leur intérêt à la cause de l'enfant psychiquement malade. Le Surintendant médical doit siéger au Conseil d'Administration.
2. Qu'un Comité Conjoint soit formé comprenant un nombre égal de représentants du Conseil d'Administration et du Bureau Médical.
3. Que le corps médical de l'hôpital soit groupé en Bureau Médical et que les membres de l'Exécutif de ce Bureau soient élus annuellement par tous les médecins.
4. Que les subsides gouvernementaux assurant le fonctionnement de l'hôpital soient attribués à celui-ci sur présentation de prévisions budgétaires annuelles étudiées et approuvées par la Commission des Services Psychiatriques du Ministère de la Santé.
5. Que le Conseil d'Administration, à la suite de discussion avec la Commission des Services Psychiatriques du Ministère, arrête une politique bien définie quant aux catégories de malades pouvant être admis à l'hôpital, quant à leur provenance géographique et quant à leur âge. Les variétés de catégories trop nombreuses qui sont actuellement admises à l'hôpital, selon la prescription de la loi, entraînent des conséquences néfastes pour les malades.
6. Que la procédure d'admission soit modifiée de telle sorte que, sauf de très rares exceptions, les malades soient hospitalisés sans formule d'internement. Cependant, l'admission ne pourrait se faire sans que la demande soit accompagnée du consentement des parents ou des tuteurs et sans qu'il y ait eu une étude approfondie du cas par un psychiatre certifié et par un psychologue qualifié dans les cas de déficience mentale.
7. Qu'un Comité des Admissions soit formé et qu'il soit dirigé par un psychiatre qui s'adjoindra le personnel psychiatrique et para-psychiatrique nécessaire et que ce Comité ait voix finale dans l'admission des malades.
8. Qu'à la suite d'une étude approfondie de chaque patient, une classification plus rigoureuse tenant compte et du diagnostic et du pronostic soit établie.

9. Que pour fins administratives et thérapeutiques, l'hôpital soit divisé en six (6) services quasi-autonomes tant au point de vue administratif que thérapeutique et dirigés par un Chef de Service. Les Services suivants sont suggérés:
 - 1 - Arriérés mentaux éducatibles
 - 2 - Psychotiques
 - 3 - Epileptiques et autres cas neurologiques
 - 4 - Désordres caractérisés et du comportement
 - 5 - Imbéciles et idiots
 - 6 - Adultes
10. Qu'une clinique externe de Post-cure (follow-up) soit créée immédiatement et dans l'hôpital et à l'extérieur de l'hôpital, dans un endroit plus accessible à la population et servie par le même personnel.
11. Qu'un Département de Pédagogie spécialisé soit institué et qu'il soit composé d'un personnel qualifié et non exclusivement religieux et qu'il soit affilié à la Commission Scolaire de Montréal et au Département de l'Instruction Publique de la Province.
- 11 a. Que des réunions régulières soient prévues entre les diverses disciplines professionnelles de l'Institution.
12. Que les Services suivants soient immédiatement créés:
 - 1 - Service de Psychologie
 - 2 - Service d'Orthophonie
 - 3 - Service d'Audiologie
 - 4 - Service de Physiothérapie
 - 5 - Service Social avec des sections telles que placement en foyers pourrieux et placement vocationnel.
 - 6 - Service de loisirs intra et extra-muros
 - 7 - Service de thérapie-occupation
 - 8 - Service d'apprentissage de métiers simples.
13. Qu'un programme d'enseignement théorique et pratique soit organisé à l'intention des infirmières et des aides-infirmières qui soit obligatoire avant l'engagement permanent de ce personnel.
14. Que l'hôpital entreprenne le plus tôt possible, des démarches auprès des autorités de l'Université de Montréal pour qu'une affiliation formelle permette à l'hôpital de dispenser un enseignement clinique aux étudiants et stagiaires des diverses facultés intéressées et que de plus l'hôpital mette sur pieds un programme de formation pour médecins résidents intéressés à la psychiatrie infantile et en particulier à la déficience mentale chez l'enfant.
15. Qu'un Département de Recherches soit organisé.
16. Que des spécialistes en psychiatrie infantile soient nommés aux postes de Surintendant médical, d'assistant-surintendant médical et de Chef de Services sauf pour le Service des adultes qui devrait être aboli le plus tôt possible, après le transfert des patients adultes dans des institutions appropriées.
17. Que toutes les infirmières en charge des départements aient obtenu une formation psychiatrique reconnue et qu'elles ne soient pas nécessairement des religieuses.
18. Qu'une plus grande proportion des aides-infirmières soit du sexe masculin.

19. Que soit abolie la ségration selon le sexe tout au moins pour les enfants de moins de douze (12) ans environ.
 20. Que les quartiers où habitent les enfants (dortoirs de 50 lits) soient subdivisés en chambres de 4 et 6 lits.
 21. Que l'hôpital encourage beaucoup plus qu'il ne le fait les visites (de fin de semaine, par exemple) de l'enfant dans son foyer ou dans un foyer choisi par le Service des Foyers Nourriciers de l'hôpital.
 22. Qu'un Comité de Bénévoles (femmes et hommes) soit formé qui assisterait le corps professionnel en vue d'améliorer le bien-être du jeune patient.
 23. Qu'en tenant compte des techniques psychiatriques modernes telles que "la philosophie de la porte ouverte" et la "thérapie par le milieu" l'hôpital substitue à la politique de la "discipline avant tout" celle de la "thérapie avant tout".
 24. Qu'après le transfert des adultes et la mise en congé des enfants "récupérables", la capacité théorique de l'hôpital (i. e. 821 malades) soit respectée et possiblement diminuée si les Services d'enseignement et d'activités thérapeutiques exigent plus d'espace qu'ils en ont présentement.
 25. Qu'aucune construction nouvelle ou agrandissement des locaux actuels ne soient permis puisque l'hôpital a déjà des dimensions exagérées qui favorisent la dé-personnalisation des jeunes malades. Il sera plutôt indiqué de créer, à travers la Province, des centres régionaux pouvant recevoir quelques centaines d'enfants débiles mentaux.
-

HOPITAL SAINTE-ANNE

1 - HISTORIQUE

Les informations qui suivent sont celles que nous fournit un texte remis par les autorités de l'institution.

" le 29 octobre 1889, M. le Curé Ambroise-Martial Fafard de Baie Saint-Paul, soucieux du bien-être des vieillards, avait acquis la propriété de M. Edouard Boily dans le but de fonder un hospice. Deux charitables personnes âgées, Mlles Dina Boivin et Olympe Simard acceptèrent la direction de la maison. On y logea six vieilles et trois vieux. Les dépenses d'entretien et de nourriture étaient confiées à la générosité publique.

En janvier 1890, M. le Curé Fafard présente une requête à la législature pour l'incorporation de l'hospice Sainte-Anne de Baie Saint-Paul. Puis ce furent les travaux d'agrandissement. Le nombre des pensionnaires augmenta mais non les revenus. C'était justement, à l'époque où, des asiles débordants de Beauport et de Saint-Jean-de-Dieu, les autorités provinciales travaillaient à retirer tous les malades qui ne donnaient aucun espoir de rétablissement. L'Honorable Charles Langelier, secrétaire de la Province, dans la réponse au discours du Trône, avait accordé beaucoup d'importance à la question. " Le Gouvernement, avait-il dit, fait actuellement des démarches auprès des diverses communautés de la province, surtout dans les grands villages, pour leur confier, en vertu de la loi passée à la dernière session, le soin des idiots, des déments séniles (...) et enfin de tous ceux qui ne sont pas susceptibles de guérison (...) moyennant \$50.00 par tête".

" le 5 mai 1891, le Fondateur passait un contrat avec le Gouvernement pour la garde et l'entretien de cinquante (50) idiots. Il jugeait que les versements annuels convenus lui permettraient de soutenir les principales charges de la maison et que les aumônes suffiraient ensuite à la subsistance des vieillards miséreux".

Les deux personnes chargées du soin des vieillards ne pouvant plus suffire à la tâche, M. le Curé Fafard, par un concours de circonstances providentielles, fut mis en relation avec les Oblates de Saint-François d'Assise de Worcester, Mass., E. U. - La communauté naissante, connue aujourd'hui sous le nom de Petites Franciscaines de Marie, reçut un bienveillant accueil, à la Baie Saint-Paul, le 13 novembre 1891. On devait y ériger la Maison-Mère en 1908.

Au cours de la nuit du 13 au 14 mai 1902, un incendie dévastait une partie de l'Hospice Sainte-Anne. Un seul des cinquante-deux (52) vieillards et idiots, périt dans les flammes. Il était retourné dans la maison après qu'une religieuse l'eut sorti deux fois, de la cellule où il couchait.

En 1918, une construction de trois étages devenait le pavillon des hommes (Maison Saint-Joseph). Détruite en 1923 par un incendie nocturne elle fut reconstruite en 1927. Les deux cents malades (200) furent sauvés de ce second désastre.

Une maison (Villa Fafard actuelle) aménagée pour les malades, près du Pavillon des Hommes, recevait le 8 février 1935, une centaine d'hospitalisés.

Au mois de janvier 1959, l'établissement du Mont Saint-Irénée, pouvait accueillir des malades et abrégé la liste d'attente de l'hôpital.

Enfin, quatre ailes, en construction depuis 1958, agrandiront l'édifice principal du pavillon des hommes, . . ."

2 - ADMINISTRATION

L'Hôpital Sainte-Anne de Baie Saint-Paul est la propriété d'une communauté religieuse, Les Petites Franciscaines de Marie et son administration est confiée à l'Economiste Générale.

Le "per diem" que le Gouvernement Provincial lui verse est de deux dollars (\$2.00) depuis le mois d'octobre 1961 et les spécifications de ce contrat sont sensiblement les mêmes que dans les autres institutions psychiatriques de la Province.

Le Bilan financier pour l'année se terminant le 31 décembre 1961 démontre un revenu de neuf cent quatre-vingt-un mille dix dollars et trente-sept cents (\$991,010.37) et un chiffre de dépenses de neuf cent soixante-cinq mille neuf cent quatre-vingt-dix-huit dollars et cinquante-sept cents (\$965,998.57), soit un excédent des revenus de quinze mille onze dollars et quatre-vingt cents (\$15,011.80). - (L'amortissement des immobilisations non inclus). Les revenus provenant des malades privés s'élevaient à quinze mille cinq cent soixante-sept dollars et cinquante cents (\$15,567.50) - Les dons représentent un montant de cinq mille deux cent quatre-vingt dollars (\$5,280.00).

Le Surintendant Médical est celui de l'Hôpital Saint-Michel-Archange mais son rôle se limite à l'exercice relatif de son droit d'autorité à l'égard des admissions, mise en congé et libération des malades.

Le Directeur Médical de l'Institution, qui n'est pas un psychiatre, ne participe nullement à l'administration.

L'Hôpital Sainte-Anne de Baie Saint-Paul est membre du Comité des hôpitaux du Québec et de la Commission Générale des Hôpitaux du Québec.

3 - LES MALADES

a) Habitat:

Voici ce qu'en disent les autorités:

"L'Hôpital Sainte-Anne comprend quatre (4) sections:

a) Pavillon des femmes:

2 ailes de la Maison-Mère (6 départements dont 1 pour tuberculeuses) Pharmacie, Salle d'examen et bureau médical.

b) Pavillon principal des hommes:

Édifice de quatre (4) étages et rez-de-chaussée, comprenant la section des malades (5 départements, 753 malades. Une partie de l'infirmerie est réservée aux tuberculeux), laboratoire, salle d'opération, radiologie et pharmacie.

c) Villa Fafard:

Maison de deux étages construite en bardeaux (105 malades)

d) Mont Saint-Irénée:

Pharmacie, salle d'examen et bureau médical dans une spacieuse résidence privée de deux étages, avec dépendances, construite en bardeaux (185 malades). "

Ce qui est décrit comme " le pavillon principal des hommes est constitué par le nouvel édifice maintenant occupé. Il abritait le 23 janvier 1962, huit cent trente-deux (832) malades. L'ameublement à l'usage des malades est encore celui de l'édifice qui lui est contigu et maintenant désaffecté

en vue de travaux de rénovation qui n'ont pas encore débuté. On estime qu'une fois les travaux terminés l'hôpital Sainte-Anne de la Baie Saint-Paul comptera quatre à cinq cents lits de plus soit un grand total de mille huit cents lits (1800) environ.

Cet édifice est relativement luxueux; on en avait estimé le coût à trois millions (\$3,000,000.00); il aurait coûté le double jusqu'ici. La structure physique interne ne diffère en rien des autres institutions que compte notre province depuis 1952. Pas plus que celles-ci et celles dont la construction date depuis beaucoup plus longtemps elle ne répond aux exigences de la psychiatrie moderne. Des cellules (36) servent de "chambres de récompense". Les dortoirs sont surchargés et les salles de séjour servent à la fois de salles à manger. Nombre de malades prennent leur repas à de grandes tables assis sur de longs bancs. Les départements ne sont pas fermés à clef durant le jour, la plupart des fenêtres sont grillagées. On a prévu au sous-sol une pièce qui servira à la thérapie d'occupation.

" Le Pavillon des femmes " est constitué par deux ailes de la Maison-Mère. Il occupe quatre étages de cet édifice qui a été construit en 1938. Le surpeuplement y est encore plus prononcé, les pièces sont exigües et l'édifice non à l'épreuve du feu.

" La Villa Fafard " et le " Mont Saint Irénée " sont aussi surpeuplés; comme la Maison-Mère ces édifices ne sont pas à l'épreuve du feu mais une catastrophe est moins à craindre car l'évacuation en est plus facile et le nombre des malades moins élevé.

b) Catégorie

<u>Age:</u>	Cent cinquante six (156) malades de 16 ans ou moins Vingt-neuf (29) malades ont plus de 65 ans.
<u>Diagnostic:</u>	Débiles mentaux 290 Imbéciles 410 Idiote 528 Épileptiques à titre de diagnostic principal ou secondaire 193 Malades aités 194 Malades ne mangeant pas seuls 400 Éducables 54

En décembre 1960, le nombre total des malades était de mille trois cent cinquante-quatre (1354).

Comme on le sait, il y a dans cet hôpital de nombreux malades dont l'affection est constituée en même temps par une entité neurologique. Les médecins de l'hôpital sont d'avis que leurs patients constitueraient une excellente source d'intérêt pour la recherche.

c) Admission

Tous ces malades sont internés mais l'admission est directe dans 50% des cas malgré que le Surintendant Médical soit celui de l'Hôpital Saint-Michel-Archange; on accepte aussi les cas de sénilité venant de la région mais ces malades mis à part, les patients proviennent de toutes les régions de la Province. La liste d'attente au 31 décembre 1960 était de cent (100) environ.

d) Traitement, visites, mise en congé

On peut dire qu'en général il n'existe pas de traitements psychiatriques, bien qu'environ trois cents (300) malades reçoivent une médication tranquillisante; les épileptiques sont aussi sous médication.

Cent (100) malades environ (90 hommes et 10 femmes) ont une certaine occupation (ferme, cuisine, buanderie, etc.) Les divertissements sont

peu nombreux et la situation est pénible en hiver car la plupart des malades ne sortent pas.

Le traitement médical est assuré sur demande des hospitalières des différents départements. L'hôpital compte quinze (15) malades tuberculeux sous traitement actif.

Les patients à leur admission subissent tous un examen physique et sont soumis à certains examens (examen d'urins, Rayon X pulmonaire, formule sanguine).

En principe les dossiers sont révisés une fois par année; ceux des épileptiques, une fois par mois.

Il n'existe aucune forme d'enseignement.

60% des malades reçoivent de la visite; les départs sont très très rares. Il n'y a eu que trois (3) évasions en 1960.

Huit (8) malades travaillent à Québec dans une institution de la communauté et deux (2) font de même à Montréal.

4 - LE PERSONNEL

- a) Psychiatres: Il n'y en a aucun.
- b) Médecins non-psychiatres: Le Service médical est assuré par trois médecins de la région (directeur médical inclus); ceux-ci ne travaillent qu'à demi-temps. C'est aussi un médecin de la région qui assure cette tâche à Saint-Jérôme.
- c) Il y a trois (3) spécialistes consultants (O. R. L. Chirurgie, Gynécologie). Il y a aussi un dentiste qui dispense ses soins aux malades de l'institution.
- d) Aucune infirmière psychiatrique à cet hôpital: quant aux infirmières licenciées, elles ne sont qu'au nombre de cinq (5).

Les aides-infirmiers et aides-infirmières sont au nombre de soixante-seize (76); exception faite des religieuses (22), la plupart sont du sexe masculin et à certains moments de la journée ce sont des malades qui occupent cette tâche.

- e) Le Service Social est inexistant, cependant une infirmière psychiatrique travaillant à la Malbaie remplit ce rôle sur demande.
- f) Psychologue: Depuis quelques mois, un psychologue de l'Hôpital Saint-Michel-Archange se rend une fois ou deux par mois à l'hôpital de la Baie Saint-Paul afin d'évaluer le quotient intellectuel de certains malades parmi les enfants et les adolescents.
- g)a) Activités scientifiques: Aucune activité de ce genre. Il existe bien une bibliothèque mais elle ne compte encore aucun livre.

COMMENTAIRE

L'Hôpital Sainte-Anne de la Baie Saint-Paul est essentiellement une vaste garderie pour déficients mentaux. Seuls les soins physiques sont assurés puisque le dévouement ou un sens humanitaire libéré de tout souci thérapeutique constitue la réponse aux problèmes psychiatriques que pose le malade. Celui-ci est donc invité à s'adapter à ce milieu hospitalier au lieu de recevoir des soins qui ouvriraient sur des horizons plus conformes à ses besoins et à ses possibilités. La Commission tient compte qu'une grande proportion de ces malades sont difficilement "récupérables" mais il reste que

ceux qui pourraient être réhabilités ne reçoivent pas les soins auxquels ils ont droit.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

A cause de son site géographique, l'Hôpital Sainte-Anne aura toujours de très grandes difficultés à donner à ses malades des soins adéquats. Il ne pourra jamais obtenir un personnel professionnel qui puisse satisfaire aux exigences de ses mille trois cents (1300) patients, même si ceux-ci sont pour la plupart des déficients mentaux. C'est donc une erreur que d'avoir consacré, ces dernières années, plusieurs millions de dollars à l'agrandissement de cet hôpital.

La Commission recommande :

1 - Que les vieux pavillons non à l'épreuve du feu cessent le plus tôt possible d'héberger des malades et qu'ils ne soient pas remplacés par de nouvelles constructions.

2 - Que le projet de réfection de la section actuellement inoccupée de l'édifice principal soit reconsidéré en fonction de l'orientation qu'il faut maintenant donner à cet hôpital.

3 - Qu'une section du nouvel édifice serve de petit hôpital général pour la population de la Baie Saint-Paul et des environs. C'est un projet facilement réalisable car la structure de l'hôpital (une section du moins) s'y prête.

Il appartiendra au Ministère de la Santé de préciser la formule selon laquelle cet hôpital devra opérer.

4 - Que des soins psychiatriques soient procurés aux malades en profitant autant que possible des disponibilités que la ville de Québec peut offrir. Ainsi du personnel professionnel (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, thérapeutes d'occasion, éducateurs spécialisés) pourrait être employé, au moins à temps partiel, par l'Hôpital Sainte-Anne.

5 - Qu'une politique d'admission soit rigoureusement suivie afin que l'hôpital ne reçoive que des malades pour qui la réhabilitation est à peu près impossible et que les efforts thérapeutiques du peu de personnel que l'hôpital pourra engager soient plutôt concentrés sur la réhabilitation des "récupérables" qui sont déjà dans l'institution.

Les Recommandations Générales du Rapport ainsi que celles du Mont-Providence contiennent des suggestions applicables à l'Hôpital Sainte-Anne mais qu'il n'est pas nécessaire de répéter ici; surtout celles qui ont trait à la structure médico-administrative.

HOPITAL SAINT-JULIEN

HISTORIQUE

Le texte suivant a été emprunté aux documents que nous ont remis les autorités de l'hôpital.

"L'Hôpital Saint-Julien est situé dans le coquet village de Saint-Ferdinand, Mégantic, près du Lac William et dans un des plus riches décors dont la nature se soit plu à orner nos belles paroisses canadiennes. Il fut fondé en 1872 par messire Julien M. Bernier, alors curé de la paroisse. Son "but" n'était autre que d'être une "Maison de Charité" ouvert non seulement aux pauvres et aux indigents des biens de la fortune, mais à ceux plus misérables encore, privés des dons de l'intelligence.

Durant les vingt-six (26) premières années, l'évolution fut plutôt lente, les admissions rares et les cas particulièrement pénibles. En 1916, il y avait cent quatre-vingt-cinq (185) hospitalisés, habitant un corps de logis spécial, entièrement pourvu de toutes les améliorations du temps. En décembre de cette même année, un violent incendie anéantit en quelques heures l'hôpital même, la maison dite de fondation et une annexe secondaire. Durant seize (16) ans, par suite de lenteur et d'opinions diversifiées entre le gouvernement et la communauté, l'essor fut entravé et il y eut des jours sombres, plus pénibles encore que l'état de gêne et de pauvreté découlant de la perte de tous les biens matériels.

Toutefois, l'on s'ingéniait à faire les améliorations possibles: dans le couvent rebâti en 1917, des salles furent aménagées et le chiffre des patients fut porté à trois cents (300).

En 1925, dans l'intérêt de l'hôpital, on abandonna l'oeuvre de l'éducation; le soin, la garde et l'entretien des malades mentales devint l'oeuvre unique.

En 1933, la capacité normale de l'institution était dépassée: seul un décès permettait une admission. Un nouveau contrat avec le gouvernement, pour un nombre minimum de cinq cents (500) hospitalisés, permit la construction de ce qui est aujourd'hui la partie centrale de l'hôpital: édifice incombustible, six (6) étages au centre, sur une longueur de deux cent soixante seize pieds (276').

En 1953, nouveau summum, avec une moyenne de neuf cent cinquante (950) pensionnaires. L'Honorable Ministre de la Santé demanda et rendit possible la construction d'un nouveau pavillon qui contiendra cinq cents (500) lits nouveaux. Tous les services étant provisoirement établis, cette aile est exclusivement destinée à recevoir de nouvelles recrues; à date, il y a mille quatre cent quatre-vingt-deux (1,482) inscriptions. Tous ces patients reçoivent les soins nécessaires que leur prodigent le dévoué directeur médical, le docteur J.-P. Lamontagne, et son fidèle assistant, le docteur Laval Savoie; un chirurgien et un radiologiste font aussi partie du corps médical, voire un spécialiste en oto-rhino-laryngologie. Un service complet de cette spécialité est établi, de même que le laboratoire d'art dentaire. La chirurgie est complètement équipée avec table et instruments des plus modernes. Le laboratoire de bactériologie répond à tous les besoins des différentes classes des hospitalisés. Grâce à la générosité du Ministre de la Santé du gouvernement fédéral, un appareil à Rayons-X d'une grande perfection nous fut donné et notre hôpital a l'avantage de bénéficier des services d'une technicienne compétente.

Un bon nombre de nos malades souffrant de maladies mentales chroniques, donc incurables, les soins ou traitements spéciaux sont peu nombreux pour cette catégorie de patientes.

Par contre, nous avons environ deux cents (200) jeunes filles dévotement mentales âgées de treize (13) à vingt (20) ans, auxquelles les autorités de l'hôpital portent une attention spéciale, au point de vue de leur instruction et de leur éducation. Une institutrice qualifiée enseigne en se servant, autant que possible, de la méthode sensorielle à un certain nombre d'entre elles, dont le quotient intellectuel n'est pas inférieur à cinquante (50) degrés, les éléments de l'instruction primaire, les grands principes de la religion et aussi la lecture et l'écriture suivant leur aptitude et leur degré d'intelligence.

Plus tard, on les encourage à la pratique des travaux des arts domestiques, tels que couture, artisanat, art culinaire, soins généraux du ménage, etc.

On consacre une partie des heures de loisir à l'enseignement du chant, à la culture physique et aux pièces de théâtre.

Nous croyons enfin qu'un excellent moyen de développer l'intelligence de nos patientes est le film. Aussi, les autorités de l'hôpital désirent se servir de ce puissant intermédiaire pour instruire et distraire nos pensionnaires.

Une magnifique salle de réunion est installée à cette fin et permet même les représentations scéniques, si bien goûtées par nos plus grandes entreprenantes ne craignent nullement de s'improviser à leur tour actrices d'un jour.

Dire ce que demande l'administration afin de subvenir aux différents services d'un chacun, c'est louer la Providence qui ne manque jamais au plus petit des nôtres.

L'oeuvre demande un esprit d'abnégation et un dévouement obscur, tout autant qu'un apostolat caché; notons que nos malades recouvrent presque toujours à l'heure dernière une lucidité d'esprit assez parfaite pour faire le sacrifice de leur vie et remplir à cette occasion leur devoir de chrétiennes.

... Humble "violette de la charité" dans le champ du Père de famille, l'Hôpital Saint-Julien aidera, par la prière et la collaboration de ses membres, aux oeuvres sociales d'action catholique qui assureront à nos insensées leur survivance dans la paix, la justice et la charité, pour le bien des âmes et la gloire de notre Mère, la Sainte Eglise.

ASPECTS PHYSIQUES

a) et certaines sections de l'histoire

b) Tous les départements sont sensiblement aménagés de la même façon, comprenant dortoirs, salles de séjour et cellules (45 cellules au total). Environ quarante pour cent (40%) des malades ne peuvent manger seules et les autres prennent leurs repas à la cafétéria.

Il y a bien un atelier de couture et de travaux d'artisanat, mais les malades qui bénéficient de cette forme de thérapie sont en nombre infime. Deux départements hébergent des tuberculeuses; dans l'un, les patientes souffrant de tuberculose active, dans l'autre, les convalescentes. Enfin, les malades ont à leur disposition une immense salle de jeux, qui sert exclusivement de patinoire (patins à roulettes) ... L'espace à l'extérieur est plutôt vaste.

ADMINISTRATION

L'hôpital est la propriété des Soeurs Grises, Les Soeurs de la Charité de Québec. C'est l'économique qui exerce la fonction d'administratrice en

chef. La principale source de revenus est constituée par le "per diem" de deux dollars (\$2.00) versé par le Ministère de la Santé. Les subventions fédérales-provinciales ont permis à l'hôpital de se procurer certains appareils médicaux. L'exercice financier se terminant le 31 décembre 1961 démontre un excédent des revenus sur les dépenses, de l'ordre de cent quatre vingt sept mille cinq cent vingt dollars et quatre-vingt-deux cents (\$187,520.82). Les dépenses incluent l'amortissement des immeubles et du matériel, mais non les immobilisations.

PERSONNEL

Personnel médical	<u>Temps partiel</u>	<u>Plein temps</u>
Médecins		2
Chirurgien, O. R. L. Anest	3	
Personnel des soins hospitaliers		
Infirmière graduée en psychiatrie		1
Infirmières diplômées		9
Auxiliaires (religieuses: 40; laïques: 80)		120

La surveillance nocturne est assurée par deux religieuses, quatre laïques et cinq ou six malades qui se prêtent aussi à ce travail. Environ quarante (40) auxiliaires ont chambre et pension à l'hôpital. La religieuse, qui est infirmière psychiatrique, a tenté de dispenser un certain enseignement pendant quelques mois au personnel hospitalier.

Organisation et activités du personnel professionnel:

Il va de soi que l'activité scientifique dans les conditions actuelles est inexistante. Il n'y a aucun comité médical et les relations entre l'administration et les médecins sont celles que fournit le hasard.

LES MALADES

- a) Habitat (cf aspects physique et historique)
- b) Nombre 1468 (toutes du sexe féminin)
- c) Catégories 1) psychoses 295
- 2) psychonévroses 4
- 3) Affections organiques chez les plus de 65 ans 46

Débiles mentaux:	16 ans ou moins	17 ans et plus
1) Idiots	210	237
2) Imbéciles	61	237
3) Educables	50	256
4) Alitées	112	

Epileptiques:		
avec psychose	29	42

Il y a cent trente-deux (132) patientes de 65 ans et plus, deux cent quatre-vingt (280) patientes de 16 ans ou moins.

HOSPITALISEES depuis	Psychose	Psychose-névrose	Débilité mentale	Affection organique
Moins de 3 mois	2		8	4
3 à 12 mois	3		54	5
1 à 2 ans	11		126	10
2 à 4 ans	111	1	366	18
5 à 20 ans	45	3	412	6
20 ans et plus	123		357	2

c) Admission

Les malades sont ordinairement référés par les hôpitaux Saint-Michel-Archange et Saint-Jean-de-Dieu. Leur admission doit être sanctionnée par les surintendants de ces hôpitaux et la loi de la curatelle est appliquée ipso-facto.

En 1960, il y eut quatre-vingt-une admissions, neuf réadmissions, quatre transferts d'autres institutions. On n'a pas pu répondre à cinquante demandes d'admission.

e) Traitement, visites et mise en congé.

Les malades ne bénéficient à vrai dire que des traitements médicamenteux (tranquillisants). Quatre-vingt pour cent (80%) des malades absorbent ces médicaments, mais la révision des prescriptions n'a lieu qu'à tous les trois mois. Il se donne exceptionnellement des traitements à l'électro-choc. La révision des dossiers n'a lieu qu'une fois par année. Deux religieuses dispensent un certain enseignement à cent quarante-cinq (145) malades, à raison d'une heure par jour par groupe de dix, quinze ou vingt.

Les activités récréatives sont peu nombreuses, du moins à l'intérieur même de l'hôpital. Seulement treize départements sur vingt-quatre sont munis d'un appareil de télévision. Les jeux extérieurs semblent plus nombreux, mais les malades évidemment ne peuvent en bénéficier que durant la belle saison: balançoires, tennis, badminton, croquet ont été aménagés. Enfin, il existe un amphithéâtre qui permet la présentation de séances de cinéma. Il n'y a que quinze pour cent (15%) des patients qui sortent l'hiver. Environ quarante-vingt (80) malades travaillent plus ou moins régulièrement, dont cinquante-six (56) sur la ferme.

La mise des malades en cellule et le recours à la contention nous ont semblé très arbitraires et reposer sur des motifs punitifs. Ils nous ont semblé être soustraits à l'autorité médicale.

En 1960, les décès survenus sont au nombre de quarante-deux (42) et les départs au nombre de vingt-huit (28); il n'y a eu que quatre ou cinq évènements et aucun suicide.

A peu près dix pour cent (10%) des malades reçoivent de la visite régulièrement; soixante environ sortent en congé de temps à autre. Le directeur médical, de sa propre initiative, aurait assuré le placement dans des familles rurales de cent trente (130) malades. Il s'agissait d'enfants qui, vingt ans plus tôt, avaient été admises à l'Hôpital Saint-Julien et qui venaient des orphelins. On affirme que trente (30) autres patientes pourraient bénéficier d'une telle libération. Il n'a pas été possible d'effectuer le relevé des patientes qui ont été ainsi placées dans des milieux ruraux.

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS:

1 - Comme plusieurs autres hôpitaux psychiatriques que compte notre Province, l'Hôpital Saint-Julien est essentiellement un vaste foyer à qui l'Etat a confié la garde de malades mentaux. A cause de son site géographique, il pourra obtenir très difficilement un personnel professionnel qui puisse satisfaire aux exigences de ses mille quatre cent soixante-huit (1,468) patientes, même si celles-ci sont pour la plupart des débiles mentales. C'est donc une erreur d'avoir consacré ces dernières années plusieurs millions de dollars à l'agrandissement de cet hôpital.

2 - Aucun agrandissement et aucune construction nouvelle ne devraient être permis à cet hôpital. Quant au projet d'ériger une annexe pour servir de résidence au personnel auxiliaire, la Commission ne peut y agréer. Nous recommandons plutôt qu'une section de l'édifice actuel soit éventuellement utilisée à cet effet. Ce sera possible si l'on diminue le rythme d'admission et si l'on intensifie la politique de réhabilitation des malades.

3 - Que soit créé à l'Hôpital Général de Theford-Mines (à 35 milles de Saint-Ferdinand) un Service de Psychiatrie pour les besoins de la région. Le personnel de ce service pourrait être employé à temps partiel par l'Hôpital Saint-Julien. Cette solution semble plus réaliste que d'espérer recruter du personnel psychiatrique désireux de s'établir à Saint-Ferdinand d'Halifax.

4 - Que l'Hôpital Saint-Julien obtienne aussi les services à temps partiel d'un personnel qualifié en psychiatrie et autres disciplines connexes, qui habite la ville de Québec, située à soixante (60) milles de Saint-Ferdinand.

5 - Pour l'organisation des services de traitement, rééducation et réhabilitation, nous référons le lecteur aux recommandations émises à la fin du rapport sur le Mont-Providence.

6 - Les recommandations générales du Rapport contiennent des suggestions applicables à l'Hôpital Saint-Julien, mais qu'il n'est pas nécessaire de répéter ici, surtout celles qui ont trait à la structure médico-administrative.

HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE BORDEAUX

L'Hôpital Psychiatrique de Bordeaux, comme le Pavillon Saint-Georges de Sherbrooke, nous a obligés d'informer le Ministère de la Santé de nos conclusions bien avant la rédaction de ce Rapport. On sait que depuis, c'est-à-dire en décembre 1961, le Ministère de la Santé a annoncé publiquement sa décision de fermer définitivement cet hôpital. Cette institution psychiatrique de Bordeaux qui est associée intimement à la prison du même nom défrayait la chronique des journaux depuis déjà plusieurs années, quoique les troubles éclataient généralement du côté de la prison. Nous ne sommes pas les premiers à avoir recommandé la désaffectation de cet hôpital, mais jusqu'ici les pouvoirs publics en étaient jamais venus à cette décision.

Nous aimerions souligner les points suivants:

- a) Cet hôpital était situé à l'intérieur même des murs de la prison. Il était même constitué par une aile de ce pénitencier. Sa structure était donc celle d'une prison.
- b) Puisqu'il s'agissait d'un hôpital, l'on conviendra des effets néfastes résultant de sa promiscuité avec la prison.
- c) Sa structure physique était anti-thérapeutique au même titre que les quelques accommodations extérieures offertes aux malades.
- d) Les traitements disponibles étaient nettement insuffisants, quantitativement et qualitativement.
- e) Les malades vivaient dans des conditions insalubres (hygiène générale et hygiène alimentaire).
- f) Plus grave encore était le fait que la plupart des malades auraient dû être hospitalisés à Saint-Jean-de-Dieu car leur maladie ou leur comportement ne justifiait pas leur "détention" à Bordeaux. L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu ne pouvait suffire aux demandes d'admission et les familles, angoissées et lassées d'attendre, finissaient par porter plainte contre leur malade à la Police qui, au moyen d'une charge "technique", pouvait obtenir l'internement du patient à l'hôpital de Bordeaux.

Ce que nous venons de dire s'applique à l'Hôpital Psychiatrique de Bordeaux. Lors de notre visite, il y avait environ 200 malades alors qu'il fut un temps où il y avait près de 1000 malades. Cet encombrement explique la décision du Gouvernement Provincial, prise en 1959, d'utiliser l'ancienne résidence des infirmières de l'ancien Hôpital Sainte-Justine pour 200 de ces malades ainsi que le transfert de plusieurs centaines d'autres principalement à l'Hôpital Saint-Charles Borromée de Joliette et à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Plusieurs de nos constatations sont applicables à la section de l'ancien hôpital Sainte-Justine dénommée Pavillon Saint-Vallier.

Les malades qu'abrite la Pavillon Saint-Vallier sont détenus comme ceux de l'Hôpital Psychiatrique de Bordeaux; bien plus, il n'y a ni galerie, ni cour intérieure et les malades qui séjournent dans ce milieu depuis plus de deux ans n'ont jamais pu bénéficier de sortie à l'extérieur.

Bien d'autres raisons témoignent de l'incompatibilité de cet édifice avec l'hospitalisation à long terme des malades mentaux adultes.

Le personnel psychiatrique était constitué par des membres du corps professionnel de l'Hôpital de Bordeaux, mais il était humainement impossible à ceux-ci de traiter décemment leurs malades. Des médecins de pratique générale eux aussi, du mieux qu'ils pouvaient, dispensaient leurs services. Le personnel hospitalier était uniquement constitué par des auxiliaires (au surplus sans aucune formation) et la situation était telle que ceux-ci prenaient des initiatives indiscutablement d'ordre médical. Ainsi, ce sont eux qui décidaient souvent de la mise des malades en contention et qui effectuaient les injections intra-veineuses. Nous n'avons donc pas hésité de recommander aussi la fermeture de ce Pavillon.

Il restait la mise en exécution de ce projet qui concernait 400 malades. L'Hôpital des Laurentides à lui seul pouvait facilement absorber ce surplus de patients, mais il convenait plutôt à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, à l'Hôpital Saint-Michel-Archange et au Verdun Protestant Hospital de recevoir les malades ayant des troubles graves du comportement. Nous avons donc conseillé d'adopter cette politique et parce que la plupart de ces malades étaient de langue française et qu'ils habitaient antérieurement Montréal et sa région, l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu se devait d'en recevoir beaucoup plus. Enfin, de tous les autres malades, nous avons recommandé de n'envoyer à l'Hôpital des Laurentides que ceux qui habitaient antérieurement cette région, ou qui, depuis longtemps, avaient perdu tout contact avec leur famille ou leurs proches.

Il importe aussi de signaler que les hôpitaux auxquels le gouvernement a demandé leur collaboration temporaire étaient en mesure de répondre à cet appel, malgré les inconvénients et les problèmes qu'un telle charge suscitait. Nous avons de plus prévenu les pouvoirs publics que le transfert des malades ayant des troubles graves du comportement ne devait s'effectuer que s'ils (pouvoirs publics) s'engageaient réellement et prochainement dans la construction d'un hôpital spécial de 200 à 300 lits en remplacement de celui de Bordeaux.

RECOMMANDATIONS:

- 1 - Nous considérons comme urgente la construction de cet hôpital pour malades présentant des troubles graves du comportement et cette institution devrait rencontrer les exigences suivantes:
- a) Etre construite à Montréal même ou en banlieue immédiate de Montréal; cette qualité permettant entre autres choses d'affilier cet hôpital à l'Université de Montréal et de procurer aux étudiants de différentes facultés un enseignement pratique de première importance (étudiants en psychiatrie, en droit, en sciences sociales, etc...)
 - b) Comporter tous les moyens de sécurité.
 - c) Dispenser une thérapie moderne de réhabilitation selon une formule qui tienne compte en particulier des résultats de toute une série d'investigations diagnostiques et des possibilités de réadaptation sociale de chacun des patients.
 - d) De ne recevoir que les patients présentant des troubles graves du comportement. Il peut paraître inutile de souligner ce point; il n'en est rien car l'expérience nous apprend que la tendance est de diriger trop facilement vers un tel milieu des malades qui n'appartiennent pas à cette catégorie sous prétexte d'incidents sérieux ou non, mais qui de toute façon ne commandent pas une telle mesure.
 - e) De ne faire aucune différence dans ses critères d'admission entre ceux qui ont des démêlés avec la justice et ceux contre lesquels au-

Nous convenons que des experts préféreraient à un édifice semblable, des départements spéciaux à l'intérieur même des hôpitaux psychiatriques. Notre intention n'est pas de faire ici le procès de l'une ou l'autre de ces formules. Précisons cependant que de tels départements doivent répondre aux exigences que nous venons de souligner à l'égard d'un hôpital psychiatrique spécial.

2- D'ici là, la prison de Bordeaux qui est présentement l'objet d'importantes réformes devrait avoir un Centre d'Observation à l'intention des prévenus chez lesquels on soupçonne la présence d'une anomalie mentale. Ce Centre, en même temps, pourrait servir au traitement de prisonniers qui, au cours de leur détention, présenteraient momentanément un désordre mental traitable dans un court délai. Mais ceux nécessitant des soins plus prolongés, devraient être dirigés vers des institutions psychiatriques.

Nous conseillons au lecteur de consulter l'appendice No 2 de ce Rapport pour connaître la structure fonctionnelle de ce Centre d'Observation.

3- Nous recommandons que dans le nouvel édifice de la Police Provinciale qui sera érigé à Montréal l'on réserve l'espace et les facilités voulues pour une clinique psychiatrique à l'intention des prévenus.

HOPITAL STE-ANNE DE BELLEVUE

HISTORIQUE ET ADMINISTRATION

Cet hôpital se situe à Ste-Anne de Bellevue, localité qui se trouve à environ 20 milles à l'ouest de Montréal. Construit en 1917 cet hôpital est devenu en 1919 un centre de réhabilitation pour anciens combattants. Sa capacité théorique est de 1200 lits dont 503 réservés aux malades mentaux. Ce Service Psychiatrique est strictement réservé aux anciens combattants. Le Ministère des Anciens Combattants en est le propriétaire et l'administrateur.

La section réservée aux malades psychiatriques relève du Ministère de la Santé de la Province de Québec en ce sens que celui-ci doit donner son autorisation pour la détention des malades avec formule d'internement. Les relations de cet hôpital avec la Curatelle publique ne sont pas claires.

LES PATIENTS

Au 31 décembre 1960, l'hôpital comptait 467 malades psychiatriques dont 55 étaient traités dans des sections "ouvertes". Tous les malades souffrent de psychose; on ne rencontre pas de débiles mentaux ou d'épileptiques. Tous les patients sont du sexe masculin et les malades du sexe féminin qui ont droit aux traitements dans les hôpitaux des vétérans sont dirigés vers les hôpitaux psychiatriques civils et le Ministère des Anciens Combattants paie pour leur hospitalisation.

La proportion des malades de langue française est de 60% et un peu plus de la moitié des patients sont de religion catholique.

TRAITEMENT

L'hôpital bénéficie des Services de Consultation de médecins représentant toutes les spécialités, qu'ils soient attachés à l'hôpital même ou à l'Hôpital de la Reine Marie à Montréal. Les psychiatres certifiés sont au nombre de 6 dont un est le directeur médical. Il y a aussi 4 psychiatres en formation. L'hôpital offre à peu près toutes les formes connues de traitements psychiatriques mais l'accent porte surtout sur le traitement médicamenteux.

Le service du Nursing compte 207 personnes dont 40 infirmières diplômées. En regard du nombre des patients (467) le personnel infirmier est beaucoup plus nombreux que dans la plupart des autres hôpitaux psychiatriques.

La pharmacie, les laboratoires, le service de radiologie et autres services techniques du genre font partie de l'hôpital général mais sont accessibles aux malades de la Section Psychiatrique.

Les départements de Psychologie, Service Social et Thérapie d'Occupation sont aussi centralisés mais on y trouve des sections spécialement assignées aux malades psychiatriques, celles-ci comprenant 2 psychologues, 2 travailleurs sociaux, 2 thérapeutes d'occupation et plusieurs moniteurs.

Environ 375 patients sont logés dans le Pavillon psychiatrique construit en 1945. Cet édifice est du type classique et comporte, de façon excessive, des mesures de sécurité et son architecture peut difficilement

s'adapter aux techniques modernes de la psychiatrie hospitalière. Cependant les locaux sont propres et on y trouve les commodités habituelles.

Environ 100 malades participent à l'occupation thérapeutique ou à des tâches régulières dans l'hôpital. Seulement une centaine de malades peuvent être considérés comme des cas plus ou moins aigus et reçoivent un traitement actif; les autres sont soumis à un traitement à long terme.

Environ 125 patients qui sont pour la plupart des vieillards plus ou moins invalides sont logés dans les pavillons médicaux; ceux-ci sont en assez mauvais état et peu convenables à un hôpital. Les malades y sont, en fait, plutôt gardés que traités.

L'Hôpital Ste-Anne jouit de bonnes relations avec la collectivité et plusieurs travailleurs bénévoles sont attachés au Service de Psychiatrie. Les relations entre le personnel professionnel et l'administration nous ont paru bonnes.

ENSEIGNEMENT

L'hôpital est reconnu par le Collège des Médecins du Canada et par celui de la Province pour la formation des psychiatres. Il est aussi affilié aux Universités de Montréal et de McGill ainsi qu'au Collège St-Patrick d'Ottawa pour enseignement en Psychologie ou en Service Social.

CONCLUSION

A cause de son statut tout à fait spécial, cet hôpital ne peut entrer pleinement dans les cadres de notre étude. Il ne semble pas que la Commission ait l'autorité pour offrir des recommandations spécifiques quant au fonctionnement de cet hôpital. Cependant nous recommandons à la future Commission des Services Psychiatriques d'exercer la surveillance nécessaire au maintien des standards.

PAVILLON ST-GEORGES

L'une de nos premières tâches a été de nous rendre à Sherbrooke afin de procéder à l'étude d'un hôpital psychiatrique en construction, le Pavillon St-Georges.

La région de Sherbrooke dessert une population d'environ 450,000 âmes et les "facilités" psychiatriques y sont embryonnaires. Elles sont constituées par des cliniques externes rattachées à l'Hôpital Hôtel-Dieu et l'Hôpital St-Vincent de Paul, de Sherbrooke et secondairement, par une clinique médico-psychologique (à Sherbrooke aussi). A l'Hôpital St-Vincent de Paul, le psychiatre de la clinique dispense ses services quotidiennement, mais à l'Hôtel-Dieu, le psychiatre est de l'extérieur et ses visites n'ont lieu qu'une fois ou deux par quinze jours.

Le Pavillon St-Georges s'inscrit dans un programme de construction de vastes hôpitaux psychiatriques qui remonte à 1952 et qui a doté la Province de Québec des institutions suivantes: l'Hôpital St-Charles Borromée (Lisieux), l'Hôpital des Laurentides (L'Annonciation) et l'Hôpital Ste-Elisabeth (Roberval).

Lors de notre visite, les travaux extérieurs étaient pratiquement terminés alors que ceux de l'intérieur n'étaient pas commencés. Nous avons été mis en présence d'un édifice très considérable de dix étages et d'une capacité théorique prévue de 1200 lits, dont 120 environ pour traitement actif. On nous informe qu'une fois les travaux terminés, le Pavillon St-Georges serait une réplique de l'Hôpital des Laurentides et de l'Hôpital St-Charles Borromée, eux-mêmes issus des plans qui ont servi à la construction du Pavillon Dufrost, (St-Michel-Archange) en 1931.

Le Pavillon St-Georges est donc conçu d'après des normes qui prévalaient à une époque lointaine et qui ne pouvaient s'appuyer sur les progrès de la science que nous connaissons déjà depuis plusieurs années. A l'époque les seules fonctions de l'hôpital psychiatrique consistaient à soustraire de la société les malades mentaux, à veiller à ce qu'aucun d'eux ne s'échappe et à mettre sous contention les plus aliénés d'entre-eux. Parce qu'ils étaient en nombre considérable et pour concourir à une économie des deniers, l'hôpital se devait d'être aussi gigantesque que possible et par sa structure d'assurer presque uniquement le logement des malades. Tel sera, à peu de choses près, le Pavillon St-Georges selon les plans que nous avons examinés si l'on fait exception d'un auditorium et d'un (1) atelier d'occupation thérapeutique.

Devant ces faits, nous avons exprimé l'avis que ce projet trait à l'encontre des besoins psychiatriques de la région de Sherbrooke et ne répondrait nullement aux exigences que requièrent les malades, quelle que soit la catégorie à laquelle ceux-ci appartiennent.

Nous avons donc soumis au Ministre de la Santé les recommandations suivantes:

- 1 - Que le Pavillon St-Georges ne soit pas utilisé à des fins psychiatriques.
- 2 - Que des départements de psychiatrie soient créés à l'Hôpital Hôtel-Dieu et à l'Hôpital St-Vincent de Paul (Sherbrooke). Ces départements devraient compter chacun 40 lits.

- 3 - Que ces départements retiennent chacun une équipe psychiatrique complète, c'est-à-dire représentative de toutes les disciplines intimement liées à la chose psychiatrique et comprenant un nombre suffisant de ses spécialistes.
 - 4 - Que soit envisagée la construction d'un hôpital psychiatrique moderne d'environ 150 lits pour traitement actif des malades mentaux. Cet hôpital devrait être affilié au futur hôpital universitaire ou même lui être intégré.
 - 5 - Qu'à ces départements et cet hôpital psychiatrique soient juxtaposés une clinique externe et un "centre" de jour et/ou de nuit.
-

COMMENTAIRES

Au cours de cette étude des institutions psychiatriques de la Province, les membres de la Commission se sont rendus compte que la situation de la psychiatrie au Québec était encore plus alarmante qu'ils ne l'avaient d'abord pensé.

Une des constatations principales est l'absence de toute politique cohérente au niveau gouvernemental, quant aux fonctions individuelles de chaque hôpital et quant à la planification de nouveaux services psychiatriques.

Il existe cependant, au Ministère de la Santé, une Division des Hôpitaux psychiatriques, mais elle est dirigée depuis plus de vingt ans par un médecin, non psychiatre, qui, de ce fait, n'est pas en mesure de mettre en exécution ou d'inspirer un programme qui tienne compte des données modernes de la psychiatrie hospitalière. De plus, il n'a avec lui aucun personnel professionnel. Ses fonctions consistent principalement à recevoir et à colliger les statistiques des institutions. Depuis tout le temps qu'il occupe ce poste, le directeur ne s'est pas senti autorisé à convoquer des réunions des surintendants des hôpitaux psychiatriques. La Commission comprend d'autant plus la situation difficile dans laquelle ce directeur est placé que les autorités gouvernementales ont toujours accordé bien peu d'importance à cette Division.

Jusqu'à tout récemment, presque tous les hôpitaux psychiatriques de la Province se trouvaient dans deux seules villes, Montréal et Québec. Plutôt que de donner à la population de petits hôpitaux en province, près de leur domicile, on persistait à encourager l'hypertrophie d'institutions qui étaient depuis longtemps devenues monstrueuses.

Et quand, enfin, l'on décide de construire hors de ces villes, l'on assiste à l'érection d'immenses garderies qui deviennent des succursales et des entrepôts où Saint-Jean-de-Dieu et Saint-Michel-Archange peuvent maintenant y déverser à volonté le trop-plein de leur clientèle. Et les pouvoirs publics croient bon de confier la direction de tous ces hôpitaux à deux seuls surintendants, i. e. ceux de Saint-Jean-de-Dieu et de Saint-Michel-Archange.

Ceux qui se sont inquiétés depuis quelques années du sort fait aux malades mentaux dans notre Province se voyaient répondre que la seule cause de tous les maux était le manque d'argent. L'étude que cette Commission vient de terminer démontre la fausseté de cette explication. En effet, depuis dix ans, la Province a dépensé plus de cinquante millions de dollars en frais de construction, mais de façon si mal avisée que, malgré cette forte dépense, la qualité du traitement des malades mentaux n'a pratiquement pas été améliorée. Et durant ce temps, les autorités gouvernementales refusaient aux hôpitaux existants des sommes beaucoup moins considérables, qui auraient permis l'engagement de personnel et surtout la formation de nouvelles équipes destinées aux hôpitaux en construction. Et surtout, les autorités ne donnaient pas suite à des recommandations sérieuses offertes par des organismes officiels (parmi eux, l'Association des Psychiatres de la Province), dont la principale consistait précisément à créer au Ministère de la Santé une Commission des Services psychiatriques, dirigée par des psychiatres qualifiés, afin que cessent l'arbitraire et l'incohérence qui caractérisent le développement de nos hôpitaux psychiatriques.

Il est évident qu'une fois la structure appropriée établie, le Gouvernement devra dépenser infiniment plus d'argent qu'il ne l'a fait jusqu'ici

(environ vingt millions pour 1961), s'il veut être en mesure d'affirmer que dans notre Province, l'individu malade mentalement reçoit d'aussi bons soins que son voisin malade physiquement. En effet, pour celui-ci, les hôpitaux généraux reçoivent un "per diem" allant jusqu'à \$ 24.00, alors que pour celui-là, l'hôpital mental reçoit de \$ 2.00 à \$ 2.75 par jour ! Une des conséquences bien pratiques est que, dans l'hôpital général, chaque malade a en moyenne deux personnes consacrées à ses soins, alors que dans l'hôpital mental, une dizaine, quand ce n'est pas une centaine de malades, n'ont les soins que d'une seule personne !

Bien sûr, la Loi fédérale de l'Assurance-hospitalisation exclut les hôpitaux psychiatriques et c'est là une grande injustice, qui exprime bien la force des préjugés vis-à-vis du malade mental. Cependant, notre étude révèle que deux hôpitaux psychiatriques, la Clinique Roy-Rousseau et l'Institut Albert Prévost, bénéficient quand même, depuis avril 1961, des subsides de l'Assurance-hospitalisation, à raison d'un "per diem" respectivement de \$ 11.10 et \$ 10.50. Nous comprenons que, dans leur cas, le Gouvernement de la Province doit verser en entier ce "per diem", puisque le Gouvernement fédéral, par la Loi, ne peut y contribuer.

Auparavant, la Loi de l'Assistance publique permettait aux malades indigents de ces institutions de recevoir gratuitement les soins hospitaliers. Le "per diem" était déjà beaucoup plus élevé que celui versé à des hôpitaux comme Saint-Jean-de-Dieu, Saint-Michel-Archange et Verdun Protestant Hospital, mais il ne reposait quand même pas sur des estimés budgétaires.

En janvier 1961, la mise en vigueur de la Loi de l'Assurance-hospitalisation qui ne s'adressait qu'aux hôpitaux généraux plaça la Clinique Roy-Rousseau et l'Institut Albert Prévost dans une mauvaise situation. Les municipalités se montraient plus réticentes et les malades non-fortunés avaient énormément plus de difficultés à bénéficier de la Loi de l'Assistance publique; elles conseillaient aux malades de se faire traiter dans des hôpitaux généraux et les compagnies privées d'assurance-maladie avaient donné avis que, à l'avenir, leurs clients, pour bénéficier des privilèges de leurs polices, devaient eux aussi se faire traiter dans des hôpitaux généraux.

Nous nous réjouissons de ce geste du Gouvernement provincial qui apporte une solution rationnelle aux problèmes financiers de la Clinique Roy-Rousseau et de l'Institut Albert Prévost, en accordant des argents d'après le coût d'opération. Mais pourquoi le Gouvernement provincial n'étend-il pas cette politique de financement aux autres hôpitaux psychiatriques de la Province ?

Autre phénomène difficile à saisir: un malade mental est admis dans un service de Psychiatrie d'un hôpital général qui perçoit alors \$ 24.00 par jour pour le traiter. Il devient trop agité et se voit transféré, après quelques jours, dans un hôpital psychiatrique qui ne percevra que \$ 2.75 par jour pour le traiter !

Autre fait étonnant: que pour un malade d'un "hôpital de jour" qui passe de six à huit heures dans l'hôpital, les autorités versent la même allocation que pour le malade qui y séjourne vingt-quatre heures.

Autre politique arbitraire: un vieillard souffrant de psychose sénile est admis dans un foyer subventionné par le Ministère provincial du Bien-Être social, à raison de six dollars par jour par malade. Il devient trop confus et doit être transféré dans un hôpital mental où le "per diem" n'est que de \$ 2.75. La même situation contradictoire existe, quant aux arriérés mentaux pour lesquels les institutions relevant du Bien-Être social touchent un "per diem" deux fois plus élevé que celui des hôpitaux relevant du Ministère de la Santé, n'est-ce pourtant pas le même gouvernement ? Ne sont-ce pourtant pas les mêmes fonds publics ? Le "traitement" des malades dits "psychopathes" ou "antisociaux" à l'hôpital de la prison de Bordeaux, et

point n'est nécessaire d'insister sur les déficiences connues de ce "traitement", cotera au Ministère de la Santé pour 1961-62 la somme de \$ 1,400,000.00 pour environ 450 patients. Pour faire cesser une situation destinée à être temporaire, mais qui durait depuis plus de vingt-cinq ans, le Ministère de la Santé a décidé, avec raison, de transférer ces malades dans des hôpitaux psychiatriques, cependant, ceux-ci ne reçoivent que \$ 2.75 par jour pour les mêmes malades.

COMPARAISONS:

La Commission affirme que le niveau des soins psychiatriques offerts dans le Québec est inférieur à la moyenne rencontrée au Canada. Ainsi, durant la période 1950-59, le personnel des hôpitaux mentaux au pays a passé de 13,579 à 27,036, i. e. a doublé. Au Québec, l'augmentation n'a été que de 3,152 à 5,138 (soit moins du double), alors qu'en Ontario, le personnel s'est accru de 4,630 à 10,932, ce qui est évidemment bien au-delà de l'augmentation nationale.

En réalité, les statistiques du Québec ont contribué largement à diminuer la moyenne générale du pays !

De la même façon entre 1954 et 1959, le nombre des employés par mille malades pour le Canada a passé de 307 à 405 (soit une augmentation de 98), alors qu'au Québec, il s'est accru de 233 à 266 (soit une augmentation de 33).

L'année 1961-62 fait ressortir un parallèle éloquent entre les dépenses du Gouvernement de l'Ontario, pour les frais d'opération de ses hôpitaux mentaux, et celles du Gouvernement du Québec, pour les mêmes fins:

Ontario:	55 millions
Québec:	18 millions

Si l'on sort du pays, les comparaisons continuent d'être à notre désavantage: l'Angleterre, la Hollande, les pays de la Scandinavie, la France et les États-Unis ont mis en oeuvre et de façon rigoureuse la plupart des recommandations contenues dans ce Rapport.

Ainsi de 1954 à 1956, l'Angleterre a procédé à une réévaluation systématique de tous ses malades mentaux hospitalisés, dans le but principal de juger de leurs aptitudes quant à la réhabilitation sociale. Les mesures adoptées dans le pays, à la suite de cette enquête, telles que "politique de la porte ouverte", "milieu thérapeutique", décentralisation des services psychiatriques, multiplication des activités thérapeutiques au sein de l'hôpital, comprenant aussi l'initiation aux métiers les plus divers, ont connu un tel succès qu'en 1959, les hôpitaux psychiatriques d'Angleterre comptaient 2000 patients de moins qu'en 1954.

Depuis 1955 (toujours en Angleterre), le pourcentage des patients "chroniques" mis en congé a augmenté de 50%. Les autorités psychiatriques de ce pays prédisent que, si la tendance actuelle se maintient (et rien ne laisse croire qu'il en serait autrement), le nombre de lits psychiatriques requis sera de 1.8 lits par 1,000 habitants, au lieu du nombre actuel de 3.4 par 1,000 habitants.

L'Etat de la Californie a réduit, de 1950 à 1960, ses besoins en lits psychiatriques de trois à deux par mille habitants.

Avec quatre lits psychiatriques par 1,000 habitants (les hôpitaux compris dans notre étude comptent plus de 20,000 lits), la Province de Québec ne manque donc pas de lits; à la condition cependant que l'on sorte des hôpitaux ceux qui occupent, sans raison valable, ces nombreux lits. Pour

cela, il faut que soit abandonnée une fois pour toutes cette théorie périmée qui veut que les "chroniques" soient des incurables que l'Etat devra loger, nourrir, habiller toute leur vie durant.

La Commission n'hésite pas à dire que cette notion persiste encore malheureusement dans la plupart des hôpitaux visités, et que ce sont ceux qui ont inspiré, encore tout récemment, la création d'hôpitaux spécialement destinés aux "chroniques" qui la répandent.

Si, en chiffres absolus, le nombre de lits est suffisant pour la population de la Province, il faut noter cependant qu'ils sont géographiquement très mal répartis et que, d'autre part, certaines catégories de malades (enfants, adolescents, anti-sociaux de tout âge, etc.) n'ont pas accès à ces lits, d'où la nécessité d'un certain nombre de lits nouveaux.

Autant que des dollars, la psychiatrie au Québec a besoin, et au niveau gouvernemental et au niveau des hôpitaux, d'une direction dynamique qui saura profiter des énormes progrès accomplis par d'autres pays et éliminer progressivement notre retard honteux.

Nous savons maintenant que l'hospitalisation dans une institution psychiatrique n'est qu'une des multiples façons de traiter le malade mental: les quartiers psychiatriques des hôpitaux généraux, les cliniques externes, les centres diurnes et nocturnes, les "équipes volantes", l'introduction de personnel psychiatrique dans les Services de Santé Publique (v.g. Unités Sanitaires), dans les usines et les écoles sont autant d'armes précieuses dans la lutte contre la maladie mentale qui n'ont pratiquement pas été utilisées dans cette province.

Aussi longtemps que le malade psychiatrique sera considéré comme incurable et dangereux, il sera logique de construire des forteresses, dont l'énormité à pour effet, croit-on, de diminuer les frais d'opération et ainsi la pitance actuelle qu'est le "per diem" suffira à la survie des "pensionnaires".

Les implications sur le plan justice sociale sont claires: elles le sont peut-être moins sur le plan économique. Que coûte à la Province la vie d'un enfant de dix ans légèrement arriéré qui, contre toute logique médico-sociale, est voué à passer le reste de son existence dans un hôpital mental? S'il meurt à cinquante ans, on aura dépensé, au taux actuel, plus de \$50,000.00 pour sa pension.

La Commission est convaincue que des centaines de malades continuent d'habiter nos hôpitaux mentaux, alors que leur état mental ne requiert pas l'hospitalisation.

Les gardiens des fonds publics seraient bien mal venus de refuser les sommes nécessaires qui, utilisées de façon lucide, pourraient faire cesser ce gaspillage humain et économique. Se rend-on compte que tout près de 50% des lits d'hôpitaux dans notre Province sont occupés par des malades mentaux?

Les recommandations générales qui vont suivre n'ont de sens que si l'on accepte les principes d'organisation et de fonctionnement de services psychiatriques étroitement rattachés à la collectivité, tels que décrits dans les IIIe et Ve Rapports de l'Organisation Mondiale de la Santé.

En voici les principaux, présentés de façon schématique:

1 - Les malades mentaux doivent être traités près de leur lieu de résidence, afin d'éviter le déracinement social et de leur permettre de garder contact avec leur famille, leurs amis et leur milieu habituel.

2- Des hôpitaux plutôt petits (moins de 500 lits) et rattachés à des hôpitaux généraux régionaux assurent un service plus adéquat. On évite ainsi le dédoublement des services médico-chirurgicaux, quant au diagnostic et au traitement. Le personnel des services de Santé et de Bien-Etre est échangé par les institutions de la localité et l'isolement sociologique traditionnel de l'hôpital mental en est grandement diminué.

3- Chaque hôpital psychiatrique doit fournir au malade un éventail complet de services, en plus de l'hospitalisation, i. e. les cliniques externes et de post-cure, les centres diurnes et nocturnes, l'équipe d'urgence, etc. Ces services diversifiés remplacent très souvent l'hospitalisation et réduisent sensiblement le nombre de lits psychiatriques qui, autrement, seraient requis.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

10 - Commission des Services Psychiatriques

1- Qu'une Commission Gouvernementale, ayant juridiction sur tous les Services Psychiatriques de la Province, soit immédiatement créée: ses attributs et fonctions sont définis dans un document annexé. (Cf Appendice No 3.)

11 - Législation

Que les lois régissant les hôpitaux psychiatriques et la curatelle publique soient modifiées de façon à exiger:

2- La constitution de chaque hôpital psychiatrique en une Corporation distincte, se conformant aux exigences d'une institution à caractère public, telles que publication annuelle des états financiers et des services rendus.

Son Conseil d'administration devrait comprendre des membres qui ne soient pas nécessairement propriétaires de l'hôpital, tels que des représentants du corps médical de l'institution et des représentants des divers secteurs de la société. Aucun employé de l'hôpital ne devrait être membre du Conseil d'Administration; toutefois, l'Administrateur aurait le droit de siéger aux séances du Conseil.

3- Le partage, au sein du corps médical de l'hôpital, des responsabilités médico-légales concernant les malades, responsabilités qui sont actuellement confiées exclusivement au Surintendant Médical. Le Surintendant Médical devrait aussi, ex-officio, siéger au Conseil d'Administration.

4- La création dans chaque hôpital d'un bureau médical groupant tous les médecins: ceux-ci devraient élire, annuellement, leurs officiers et se donner des statuts et règlements approuvés par le Conseil d'Administration. Des délégués (le nombre variant selon l'institution) du Bureau Médical devraient être membres du Conseil d'Administration. Un des comités importants du Bureau Médical serait le comité conjoint, formé d'un nombre égal de représentants du Conseil d'Administration et du Bureau Médical.

5- a) La formation dans chacun des hôpitaux psychiatriques, d'un Comité des Admissions dirigé par un psychiatre et qui veillerait à ce que les critères d'admission de chaque hôpital soient bien définis et respectés et s'assureraient qu'aucun malade ne fut admis sans étude suffisante de son cas par un psychiatre de l'hôpital ou de l'extérieur.

b) L'admission dans un hôpital psychiatrique devrait, pour la majorité des malades, se faire comme dans un hôpital général, i.e. que les formules d'internement et le recours à la curatelle publique ne devraient être utilisées que pour les cas exceptionnels, jugés tels par le Comité des Admissions.

5- Que la mise en congé du malade et ses modalités (E.G. Cessation de l'interdiction et de la curatelle) soit décidée par le médecin traitant et au besoin, après consultation avec son chef de Service.

7- Que la ségrégation des malades selon leur religion, qui comporte de graves inconvénients thérapeutiques (ainsi plus de 500 patients ne parlant que l'anglais sont hospitalisés dans des institutions de langue française, parce qu'ils sont catholiques) soit remplacée par une ségrégation selon la langue que parle le malade.

III - Financement

8- a) Le budget annuel de tout hôpital psychiatrique devrait, le plus tôt possible, être intégré au budget global d'Assurance-Hospitalisation de façon à ce que l'Etat considère véritablement le malade mental comme un citoyen ayant droit à la même qualité de soins dont jouit le malade physique grâce à l'Assurance-Hospitalisation.

b) Les revenus de chaque hôpital psychiatrique devraient être assurés par un budget annuel représentant les besoins variables de l'hôpital - besoins qui seraient étudiés, à chaque année, par la Commission des Services Psychiatriques, selon des prévisions budgétaires soumises par l'hôpital. L'administration de ces budgets relèverait du Service de l'Assurance-Hospitalisation.

c) Que soit abolie la formule actuelle du "per diem" fixe, qui est particulière aux hôpitaux mentaux: elle est trop arbitraire, rigide et insuffisante.

d) Dans chaque budget, les dépenses de capital devraient être séparées des dépenses courantes d'opération.

IV. Réformes des Hôpitaux Actuels

9- Qu'aucune construction nouvelle ou agrandissement ne soit permis aux hôpitaux psychiatriques déjà existants et que soit instauré plutôt le système des hôpitaux régionaux décrit plus loin. Cette recommandation souffrirait certaines exceptions: par exemple, la population de langue anglaise étant presque exclusivement concentrée dans la région de Montréal, il est peut-être souhaitable qu'on ajoute au Verdun Protestant Hospital des services qui n'existent pas encore pour certaines catégories de malades (e.g. arriérés mentaux) de langue anglaise.

10- Que chaque hôpital procède sans délai à une révision systématique du dossier de tous les malades hospitalisés. Cette révision devant être confiée au Comité des Dossiers désigné par le Bureau Médical.

11- Que l'appareil policier et les mesures excessives de sécurité soient graduellement abolies de façon à permettre la mise en pratique de la philosophie de la "porte ouverte" pour la majorité des malades, telle que pratiquée avec succès dans plusieurs hôpitaux canadiens et étrangers.

12- Que les hôpitaux actuels soient sectionnés en Services quasi-autonomes (d'au plus 500 lits pour les grands hôpitaux) constitués soit selon le diagnostic des malades, soit selon leur lieu de résidence. Cette deuxième formule par laquelle tous les patients d'une région donnée sont admis dans un même service pour y séjourner durant tout le temps de leur hospitalisation, permet d'éviter la confusion qui résulte des transferts d'une salle à l'autre, alors que le patient doit s'adapter, chaque fois, à une nouvelle équipe clinique. Cette formule est aussi avantageuse pour la famille du patient, et pour les agences sociales puisque leurs contacts se font avec une seule équipe clinique durant la durée de l'hospitalisation.

13- Qu'en vue de créer un milieu thérapeutique, chaque hôpital aménage les quartiers des malades de façon à réduire au minimum leur caractère impersonnel et institutionnel. Les dortoirs devraient être divisés

en chambres contenant au plus 6 ou 8 malades; la plupart des patients devraient prendre leurs repas dans une cafétéria à l'ambiance agréable et là où elles sont nécessaires, les salles à manger des départements devraient revêtir le plus possible une atmosphère d'intimité et de détente.

La plupart des cellules d'isolement devraient être aménagées en chambres.

14- Que dans chaque "département" les malades soient incités à assumer plus de responsabilités dans l'organisation de leur vie quotidienne: travail, loisirs, etc... et cela en formant des "Conseils de patients" qui dans certaines sphères bien précises seraient les intermédiaires entre les patients et le personnel hospitalier.

15- Que soit atténuée le plus possible la ségrégation selon le sexe et que les malades des deux sexes puissent se côtoyer, dans les limites permises par la société "normale", au cours d'activités diverses telles que: repas, loisirs, travail etc...

Dans les hôpitaux pour enfants, la ségrégation dans les quartiers d'habitation n'est pas indiquée avant un certain âge, qui se situe autour de la puberté.

16- Que le courrier des malades soit respecté, et que seul le médecin traitant puisse, dans les cas exceptionnels y avoir accès.

17- Que chaque hôpital mette sur pieds, un Service Social, des Services de Psychologie, de Nursing Psychiatrique, d'Occupation Thérapeutique, de Loisirs, une Clinique externe et au besoin, un Centre de jour et un Centre de nuit. Ces centres permettent le traitement d'un grand nombre de malades, sans recourir à l'hospitalisation complète.

18- Que les hôpitaux pourvoient beaucoup plus d'espace pour l'occupation thérapeutique, l'apprentissage de métiers simples et la récréation: ces services n'ont de sens que s'ils sont assurés par du personnel qualifié et en nombre suffisant.

19- Que chaque hôpital réserve toujours un certain nombre de lits pour répondre aux demandes d'admission de ces cas urgents.

20- Que chaque hôpital relève ses standards scientifiques de façon à ce qu'il puisse être accrédité par les divers organismes professionnels.

V - Hôpitaux généraux

21- En principe, tout hôpital général d'au moins 200 lits devrait posséder son Service de Psychiatrie avec Cliniques externe et interne: le nombre de lits consacrés à la psychiatrie, selon les standards reconnus, doit représenter au moins 10% du total des lits de l'hôpital.

Plutôt que de construire des hôpitaux psychiatriques isolés à travers la Province, il est préférable de doter d'abord les principaux hôpitaux généraux d'un Service de Psychiatrie qui, au besoin, pourrait être abrité dans un pavillon voisin de l'hôpital. Les facilités médico-chirurgicales de l'hôpital général peuvent alors être utilisées, le personnel médical de toutes les spécialités devient facilement accessible. Les psychiatres bénéficient de l'atmosphère stimulante d'un hôpital général: le malade psychiatrique peut demeurer dans un milieu relativement familier, il est dirigé vers un "hôpital" et non vers la "maison des fous", et sa famille peut le visiter plus assidûment.

VI - SERVICES COMMUNAUTAIRES:

22- Que les hôpitaux psychiatriques, autant durant la phase de traitement qu'à la période de réhabilitation, utilisent au maximum les services para-psychiatriques de la collectivité, tels que: agences sociales, unités sanitaires, hôpitaux généraux, médecins-praticiens, écoles, associations d'employeurs et d'employés, associations bénévoles (e.g. Association Canadienne pour l'hygiène mentale) etc... Par exemple, les Unités Sanitaires de comtés en s'adjoignant du personnel formé en psychiatrie (infirmières, travailleurs sociaux, médecins) pourraient jouer un rôle de premier ordre dans le dépistage précoce des troubles psychiatriques et dans les soins de post-cure. La Commission des Services Psychiatriques pourra au besoin, favoriser cette coordination accrue entre les hôpitaux et les services "communautaires",

23- Que des Centres de Traitement pour le jour et pour la nuit soient établis dans les hôpitaux psychiatriques et dans les hôpitaux généraux ayant un service de psychiatrie: à part les avantages psychologiques de cette formule, il faut noter que sur le plan économique, elle réduit de beaucoup le coût de la journée en hôpital.

24- Que chaque Service Psychiatrique, par l'intermédiaire de son Service Social, organise un Service de Placement en Foyers nourriciers pour les malades sans famille ou pour qui il est préférable de ne pas habiter, durant un certain temps, dans leur propre foyer. Le coût de la pension payé par le Gouvernement à ces foyers serait bien inférieur au coût de l'hospitalisation prolongée inutilement.

25- Que la Commission des Services Psychiatriques, encourage la création de Foyers de Réhabilitation (Half-way Houses) où des malades, en convalescence psychiatrique, peuvent en petits groupes mener une vie "semi-dépendante" mais devenir après un certain nombre de semaines, à se suffire à eux-mêmes hors de ces Foyers. Ces Foyers existent en Colombie-Britannique, dans l'Île du Prince-Edouard, et tout près de nous au Verdun Protestant Hospital.

26- Que la dite Commission s'emploie à organiser des ateliers "protégés" (sheltered workshops) où dans une atmosphère caractérisée par la compréhension plutôt que la compétition, des ex-malades d'hôpitaux psychiatriques tels que: arriérés-mentaux, vieillards, schizophrènes chroniques, épileptiques, pourront accomplir un travail productif, rémunérateur et approprié à leurs aptitudes et leur statut mental. - Ces ateliers ainsi que les Foyers de Réhabilitation et les Foyers Nourriciers permettraient de libérer des centaines d'individus qui ne sont pas assez malades pour passer leur vie dans un hôpital psychiatrique, mais qui sont quand même incapables de vivre indépendamment dans la société.

L'Angleterre, considérée à bon droit, comme pionnière dans le domaine de la réhabilitation du malade mental possède 99 ateliers de ce genre (Remploy factories) employant chacun environ 100 malades.

27- Que le Bureau Provincial de Placement réorganise son service spécial pour ex-malades psychiatriques qui a été abandonné il y a quelque temps, et que de concert avec le Bureau Fédéral, il consacre une attention tout à fait particulière à la réhabilitation (sur le plan emploi) du malade mental, comme il le fait si bien pour le handicapé physique. Depuis près de 20 ans (1944) l'Angleterre, par son "Disabled Persons Act", oblige les industries à recruter au moins 3% de leurs employés parmi les handicapés physiques et mentaux. Ainsi durant une année (1950), 214,000 malades psychiatriques ont pu être embauchés.

VII- NOUVEAUX HOPITAUX ET SERVICES:

Les concepts de décentralisation et de distribution régionale doivent être à la base de tout programme de construction de nouveaux hô-

pitaux.

Tout aussi important est le principe selon lequel tout nouveau service doit être intégré à l'Hôpital général régional et ne doit être projeté que si l'on a obtenu d'abord qu'un personnel psychiatrique qualifié sera disponible.

En conformité avec les normes émises par l'Organisation Mondiale de la Santé, tout nouvel hôpital psychiatrique ne devra pas dépasser 500 lits.

28- Que des Centres d'Urgence et de Diagnostic soient établis à Montréal (3) et à Québec (1); ils peuvent être une section d'un hôpital psychiatrique ou d'un service psychiatrique d'un hôpital général. Ils doivent pouvoir recevoir des malades à toute heure du jour et de la nuit - travailler en collaboration étroite avec la Police - et envoyer, au besoin, leurs "équipes volantes" (psychiatre et travailleur social) dans les foyers aux prises avec un cas d'urgence. - Au besoin, ces centres pourront diriger des cas urgents vers une institution appropriée après une étude approfondie de ces malades.

Ainsi l'on mettrait fin à ce scandale social qui permet que des malades mentaux, aucunement coupables devant la loi, soient condamnés à demeurer durant des jours et même des semaines dans des cellules de prisons ou des postes de police pour la seule raison qu'il n'existe pas de lits psychiatriques réservés pour les "urgences".

29- Que des établissements soient créés pour personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques irréversibles et qui nécessitent peu de soins médicaux. Ces établissements devraient être construits selon le système de "pavillons" à un ou deux étages, admettre des malades des deux sexes, et reproduire, le plus possible, l'atmosphère d'un foyer normal. Chaque pavillon contiendrait environ 20 malades; l'établissement compterait, au maximum 200 patients et serait pourvu d'ateliers et de locaux pour activités récréatives.

30- Que des centres semblables soient organisés pour les nombreux épileptiques, et autres cas neurologiques sans psychose, qui encombrant inutilement les hôpitaux psychiatriques: la plupart pourraient éventuellement être réintégrés à la société, et ces centres serviraient alors aux malades gériatriques qui par leur nombre grandissant constituent déjà le problème majeur dans le soin des patients "chroniques".

31- Que les arriérés mentaux adultes et adolescents, incapables de vivre en société, mais ne demandant pas de soins médicaux continus, soient aussi logés dans de tels établissements pourvus de centres d'apprentissage et d'ateliers semi-industriels.

32- Que deux (2) hôpitaux spéciaux (Montréal: 300 lits, Québec: 200 lits) soient construits pour patients anti-sociaux (psychopathes). Et que chaque hôpital psychiatrique aménage une section (20 à 40 lits) dite à sécurité maxima pour le traitement de ce type de malades.

33- Que deux petits hôpitaux spéciaux (un à Montréal et un à Québec) soient créés pour patients alcooliques et narcomanes. Ces hôpitaux pourraient aussi devenir des centres de recherches en alcoolisme. Que chaque hôpital psychiatrique dispose des facilités requises pour le traitement approprié d'un nombre limité de ces malades. Que la future Commission collabore étroitement avec des organismes spécialisés tels que "Le Service Médical de l'Alcoolisme" du Ministère de la Santé et "Le Comité d'Etude et d'Information sur l'Alcoolisme" du Ministère du Bien-Etre Social.

34- Que soient immédiatement construits quatre (4) hôpitaux psychia-

triques régionaux. Chacun serait rattaché à l'Hôpital gé
droit. - La Commission suggère les endroits suivants, ,
priorité: Sherbrooke, Abitibi, Rimouski, Hull.

D'ici quinze ans la Province devrait mettre sur pied un réseau de
dix hôpitaux psychiatriques régionaux, géographiquement repartis à
travers la Province.

35- Que soient érigés immédiatement deux (2) hôpitaux psychiatriques
pour adolescents et enfants: Un pour Montréal et un pour Québec, cha-
cun pouvant recevoir 250 patients et étroitement affiliés aux Universités
afin de promouvoir l'enseignement et la recherche.

36- Que le Ministère de la Santé assume ses responsabilités à l'égard
des enfants débiles et arriérés mentaux en construisant deux (2) hôpi-
taux-écoles (Montréal et Québec) d'environ 300 lits chacun, qui seraient
étroitement associés aux Universités dans le but particulier de promou-
voir la formation de cadres professionnels si rares dans ce domaine
et de stimuler la recherche si nécessaire dans ce problème complexe
qu'est l'arriération mentale.

37- Que d'ici dix ans des cliniques externes de psychiatrie infantile,
au nombre de 20 soient organisées à travers la Province: le rôle pri-
mordial de telles cliniques dans la prévention des désordres mentaux
chez l'adulte n'est plus discutable et à cause de notre retard considé-
rable en psychiatrie de l'enfance, les recommandations 35 - 36 - 37,
devraient obtenir priorité dans le programme qu'adoptera le Ministère
de la Santé.

N. B. Le directeur du Département de Psychiatrie de l'Université
McGill a soumis à la Commission un Mémoire (appendice No. 1) qui
décrit les services requis pour la population de langue anglaise.

La Commission endosse les recommandations de ce Mémoire:
cependant les estimés des dépenses nécessaires à leur réalisation
demandent une étude plus approfondie que pourra faire la Commission
proposée.

VIII - PERSONNEL

38- Formation des cadres

La formation systématique d'un nombre considérable de psychia-
tres et de membres de professions connexes constitue la pierre angulai-
re qui assurera le succès du programme d'action suggéré par la Com-
mission.

De plus, nous sommes convaincus que seules des mesures excep-
tionnelles d'assistance financière et autre de la part du Gouvernement
pourront stimuler le recrutement de candidats.

Des recommandations détaillées sont contenues dans l'appendice
No. 4.

39- Rémunération et Conditions de Travail

Parmi les médecins spécialistes travaillant à temps complet
dans un hôpital, les psychiatres se classent parmi les moins rémunérés.
Il est urgent de redresser les salaires des psychiatres et de les mettre
à un niveau égal sinon supérieur (raisons: nature spécialement ardue du
travail, pénurie plus grande que dans la plupart des spécialités, etc...)
à celui des autres spécialistes, tels que radiologistes, pathologistes,
etc... Ce même principe vaut pour les disciplines connexes.

40- Travail dans les Centres éloignés

Afin de recruter du personnel consentant à travailler loin des centres urbains, il est nécessaire que le Gouvernement verse à ces individus des boni proportionnés aux sacrifices inhérents à ces postes peu attrayants.

41- Standardisation des Salaires

Très souvent les salaires offerts aux psychiatres et membres des disciplines connexes par le Ministère de la Santé ou les hôpitaux, sont bien inférieurs à ceux offerts par le Ministère du Bien-Etre Social de la Province ou par les agences sociales; cette grave anomalie entraîne un mouvement trop fréquent du personnel en direction du salaire plus attrayant plutôt qu'en direction du service qui a le plus besoin de lui. Par conséquent, les organismes gouvernementaux et ceux vivant des fonds publics (e.g. agences sociales) devraient s'entendre pour adopter des échelles de salaires équivalentes.

42- Enfin le personnel régulier d'un hôpital peut être grandement aidé si celui-ci a recours à des travailleurs bénévoles des deux sexes groupés en Association. Ces bénévoles deviennent aussi des intermédiaires précieux entre l'hôpital psychiatrique et les divers secteurs de la société.

IX - ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

43- Qu'afin de mettre en marche le plus tôt possible le programme de formation de cadres, chaque hôpital psychiatrique existant s'associe étroitement à une Université et que tout nouveau service psychiatrique soit, dès le stade de la préparation, affilié aux facultés universitaires concernées.

44- Que soit modifié le programme d'enseignement de la psychiatrie aux étudiantes-infirmières des hôpitaux généraux de façon à ce que leur stage clinique soit diversifié et non pas consacré entièrement à un seul type d'hôpital psychiatrique.

45- Que chaque institution psychiatrique organise un enseignement théorique et pratique pour les préposés aux malades (gardiens) et que les critères d'engagement de ces préposés soient modifiés de façon à améliorer la qualité de ce personnel.

46- Que le Ministère de la Santé alloue un budget annuel d'au moins un demi-million de dollars ($\frac{1}{2}$) pour fins de recherches en psychiatrie et que les fonds fédéraux-provinciaux assignés à cet usage soient répartis plus équitablement parmi les divers centres psychiatriques affiliés à des Universités.

X - Prévention et Education du Public

47- Un programme de prévention des maladies mentales n'aura de sens que s'il trouve son application dans les principaux secteurs qui influent sur la personnalité de l'individu. Ainsi le plein emploi et l'habitation convenable sont des droits fondamentaux de l'individu qui, s'ils sont lésés de façon chronique, entraînent souvent des perturbations psychiques menant à la maladie mentale. De la même façon, une grande part de notre population ne peut se "réaliser" pleinement qu'en acquérant une éducation avancée; l'individu frustré dans cette ambition, à cause de sa pauvreté matérielle sera plus susceptible de développer des troubles psychiatriques.

48- Une action préventive efficace peut être exercée si on met à la disposition de la future mère de famille tous les renseignements qu'a

accomplir le programme moderne dans le domaine de la psychiatrie psychologique et des Etats Pré et Post-nataux devraient bénéficier des services de consultants en hygiène mentale.

44- Durant la période scolaire, le futur malade mental adulte commence à manifester des traits pathologiques dans sa personnalité et dans son comportement; d'où l'importance de fournir au personnel enseignant les services de consultation psychiatrique qui par un dépistage et un traitement précoces peuvent bien souvent enrayer un processus morbide.

50- En collaboration avec des organismes bénévoles (tels que l'Association Canadienne pour l'Hygiène Mentale) le gouvernement de la Province, par l'intermédiaire de la Commission des Services Psychiatriques, se doit d'entreprendre sans délai, une campagne visant à éduquer le public sur les causes, la nature et le traitement des maladies mentales.

Coût du Programme Proposé

Il semble plus réaliste d'échelonner sur une période de cinq (5) années l'augmentation considérable des subsides gouvernementaux qui seront nécessaires pour donner suite aux recommandations de ce Rapport.

1) Dépenses de Capital

pour 1962-63 :	10 millions
1963-64 :	20 millions
1964-65 :	30 millions
1965-66 :	40 millions
1966-67 :	50 millions

2) Dépenses d'Opération

a) Hôpitaux Psychiatriques	b) Services Communautaires, Recherche et Enseignement
pour 1962-63 :	2 millions
1963-64 :	3 millions
1964-65 :	4 millions
1965-66 :	11 millions
1966-67 :	14 millions

Il faut noter que les sommes nécessaires à l'expansion des services de Psychiatrie au sein des hôpitaux généraux seront défrayées par l'Assurance-Hospitalisation et par conséquent nous ne les incluons pas dans l'estimé budgétaire suggéré plus haut.

Quant aux dépenses pour les hôpitaux psychiatriques, nous maintenons notre recommandation qu'elles soient aussi, le plus tôt possible, à la charge de l'Assurance-Hospitalisation.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, les membres de la Commission sont pleinement conscients de son caractère trop incomplet: cela est attribuable, en bonne partie, au mandat reçu. Celui-ci limitait notre étude aux hôpitaux

psychiatriques, excluant, par exemple les services psychiatriques des hôpitaux généraux et les cliniques d'hygiène mentale soit privées, soit publiques.

Aussi un bilan des ressources psychiatriques offertes aux citoyens de la Province ne saurait être complet sans inclure plusieurs institutions et services relevant, par exemple, du Ministère du Bien-Être Social mais remplissant souvent des fonctions qui sont du ressort de la psychiatrie.

La Commission recommande au Gouvernement de la Province de Québec de procéder sans délai à une étude et à une classification plus rigoureuse de toutes ces institutions publiques et privées, dont l'action touche à la fois les plans médical et social, en particulier celles qui s'occupent des enfants et des vieillards.

Nous recommandons que la future Commission des Services Psychiatriques assume, le plus tôt possible, la tâche de poursuivre l'examen de tous les services psychiatriques de la Province; la présente étude ne constitue qu'une première étape dans cette direction.

Quant aux chances de réalisation du programme d'action que nous avons énoncé dans ce Rapport, nous croyons appropriée la citation suivante extraite de la Revue ESPRIT, Déc. 1952:

"Fuir ou s'insurger, tel paraît être le dilemme dans lequel nous sommes placés. Mais si la fuite découragée ne peut signifier que l'abandon des malades, il ne paraît pas possible, nous dit-on, qu'un avertissement solennel aux autorités responsables ne porte pas ses fruits. Alors il faut se souvenir que depuis cent cinquante ans les plus grands noms de la psychiatrie n'ont cessé de le faire. C'est en des termes à peu près identiques qu'ils ont dénoncé l'organisation carcérale des asiles".
("Misère de la Psychiatrie" - Ph. Langlade)

Heureusement pour la France, les autorités n'ont pas ignoré cet avertissement et la réforme de leurs hôpitaux mentaux va bon train.

Nous osons espérer que le cri d'alarme que constitue ce Rapport sera entendu et du public et des autorités et que celles-ci ne se déroberont pas à l'obligation de procéder immédiatement aux réformes radicales qui s'imposent; les demi-mesures n'ont plus leur place.

APPENDICE NO: 1

BRIEF SUBMITTED ON BEHALF OF THE ENGLISH-
SPEAKING PSYCHIATRIC SERVICES IN THE PROVINCE
OF QUEBEC.

PREAMBLE :

It is now recognized throughout Canada and, indeed in all countries with modern health services that we are presently in a period of major progress in psychiatry. Essentially this rests upon two main developments. The first is the exceptional number of new diagnostic and therapeutic procedures which have been discovered and developed during the last two decades, and, second upon the great shift in public attitudes towards the mentally sick. This shift is part of a still wider current which has expressed itself in advances in all aspects of human welfare -- the care of the aged -- industrial health -- general reform -- and in plans for general health care.

These major advances in diagnosis and therapeutics on the one hand, and a liberal and enlightened public attitude towards the mentally sick on the other are bringing about vast changes not only in the way in which the mentally sick are treated, but also in the nature of the facilities.

This matter is emphasized in this brief since it is of the utmost importance that our plans should be based not only on the fact that these changes have taken place, but also on the fact that they are continuing to take place, with great rapidity. It should be recognized that it is now possible to treat patients in psychiatric divisions of general hospitals who could formerly be cared for only in Provincial mental hospitals, it is possible to treat patients in outpatient departments who formerly had to be treated as inpatients in the psychiatric divisions of general hospitals, and it is possible now to treat patients at home, or in the doctor's office who formerly had to come to the outpatients departments of the general hospitals.

It is essential that the facilities which we now build should not be based on our medical and community capacities of yesterday or even of today, but rather upon a reasonable anticipation of continuing progress in professional knowledge and in public acceptance.

At this point four major premises are introduced which will be found to govern the specific proposals made below:

Premise 1:

No patient should be admitted to hospital until all reasonable possibilities of treatment at home, in the doctor's office, or in the outpatient department of a general hospital, have been explored.

Premise 2:

A major objective should be to ensure that ultimately all patients who require hospitalization are admitted to psychiatric divisions of general hospitals.

Premise 3 :

All psychiatric patients are capable, in greater or lesser degree, of being rehabilitated, provided the necessary community facilities are available.

Premise 4:

All existing Provincial mental hospitals would continue to care for the declining numbers of their mentally sick and to use their facilities for treatment of the a) addictive; b) psychopathic; c) disturbed aged; d) defectives; and where necessary to build special units for the above.

The following specific recommendations are made with respect to:

I HOSPITAL FACILITIES

A. MONTREAL GENERAL HOSPITAL

Two new floors are required, providing 50 additional beds, research facilities, and outpatient space.

Estimated cost: \$ 1,400,000.

B. ALLAN MEMORIAL INSTITUTE

Demolition of existing Ravenscrag Mansion (39 beds) and replacement by new block containing 100 beds. (This represents an increase of 61 beds).

Ambulant facilities should also be replaced and expanded, together with space for 50 day patients (providing for an additional 10 day patients).

Replacing outmoded clinical investigative laboratories.

Total block to be approximately 100,000 sq. ft.

Estimated cost: \$ 2,800,000.

C. MONTREAL CHILDREN'S HOSPITAL

Requires a new 40,000 square feet block containing 40 additional beds, ambulant and clinical research facilities.

Estimated cost: \$ 1,000,000.

Estimated cost of land: 500,000.

D. JEWISH GENERAL HOSPITAL

Requires approximately 40 new beds, new outpatient space, and new research laboratory space.

Estimated cost: \$ 1,200,000.

E. MENTAL HYGIENE INSTITUTE

Requires new building of approximately 30,000 square feet.

Estimated cost: \$ 1,000,000.

F. VERDUN PROTESTANT HOSPITAL

1. Requires a unit of approximately 800 beds to care for the mentally retarded.

Estimated cost: \$ 5,500,000.

70 beds for custodial care and the most severely handicapped.

516
40
101
300
262
119

(Verdun Protestant Hospital)
Continued

70 beds for socially dependent who require care in special retarded institutions, but who work in a social setting, particularly in industrial programs.

70 beds for the rehabilitation of the trainable mentally retarded.

2. Requires 50 beds for patients with aggressive and antisocial behaviour (psychopaths).
Estimated cost: \$ 400,000.

3. Requires 100 beds for adolescents
Estimated cost 800,000.

(20 of these beds have already been approved and are under construction)

4. A closed unit for Alcoholics
Estimated cost: 240,000.

(see below under facilities for alcoholics)

G. QUEEN ELIZABETH HOSPITAL

Should have approximately 40 beds and ambulant service.
Estimated cost: 1,000,000.

H. ST. MARY'S HOSPITAL

Should have approximately 40 beds and ambulant service.
Estimated cost: 1,000,000.

I. LAKESHORE HOSPITAL

Should have approximately 30 beds, and ambulant service.
Estimated cost: 750,000.

II COMMUNITY FACILITIES

A. PLACEMENT

1. Home treatment services. These should be supplied from the hospitals.
2. Placement services based on existing family homes.
3. Development of a psychiatric nursing home system for convalescent care and rehabilitation

(This should be financed by Public Welfare Funds).
4. Motel type homes for the aged who are capable of self-help in such settings.

Estimated cost: 762,000.

(These should be financed with the assistance of the C.M.H.A.)

(Placement - Cont'd)

5. Halfway House
Estimated cost: \$ 180,000.

6. Special residence schools for the treatment of the emotionally disturbed children. (50 beds and space for 50 day pupils).
Estimated cost: 750,000.
Estimated cost of land: 250,000.

(This should be financed by the Department of Health, and by the Department of Youth and Welfare).

7. Residential centres for the continuation of treatment of emotionally disturbed adolescents.

8. A therapeutic community for the rehabilitation of chronically social families.

B. OCCUPATIONAL

1. Sheltered workshop.

2. Rehabilitation. Require several small rehabilitation centres capable of taking 20-30 individuals strategically located within the City of Montreal.

C. ALCOHOLICS

This group is specially mentioned under community facilities since the required facilities are located both in the community and in Verdun.

Three Units

1. Hostel in town with bed space for 25-30 people (A.A. might run it) for a stay of 5 days to 1 week. Also an out-patient clinic for alcoholics, for screening and placement to a closed unit.
Estimated cost: 250,000.

2. Closed unit in Verdun Protestant Hospital with bed space for 30, for intensive treatment (\$240,000). (This amount is the same as shown in Item F-4).

3. Unit for convalescents and ambulatory period.
Estimated cost: 250,000.

D. DELINQUENTS

1. Strengthening of ambulant clinics in the existing psychiatric divisions of general hospitals, and of the Forensic Clinic presently operated by McGill University.

2. Facilities to be developed at the Verdun Protestant Hospital as described under (F-2).

E. MENTAL DEFICIENCY

1. Strengthening of ambulant facilities in the existing psychiatric divisions of general hospitals and at the Mental Hygiene Institute.
2. Residence and re-training facilities already described in section under HOSPITALS (V.P.H.).

II RESEARCH FACILITIES

- A. It is urgently requested that the Provincial Government should undertake to finance research in the English-speaking psychiatric centres at an initial annual cost of \$ 1,300,000.
 - B. A further requirement is a research building at the Verdun Protestant Hospital to be set up at an estimated cost of: 500,000.
- TOTAL ESTIMATED COST: \$ 21,632,000.

IV PUBLIC EDUCATION

This activity should be integrated throughout the English-speaking centres, strengthened and carried on through already existing centres.

V CCST

The cost stated in this brief can only be considered as approximate and as pertaining to the present time. Should this program be deferred, the matter would have to be considered again in the light of:

- 1) further expansion of the population
- 2) increased willingness to seek psychiatric care.
- 3) probable continued rise in the cost of building.

In reviewing the figures it should be borne in mind that the whole cost of any item does not fall exclusively upon the Department of Health in the Province of Quebec. In the case of certain units, e.g. the building of psychiatric divisions of general hospitals the cost should be shared by the Community. In the case of residential schools the cost should be shared via the Department of Health of the Provincial Government, possibly by the Federal Government, and certainly by the Department of Youth and Welfare. In the case of certain of the community facilities, the municipalities for which they are proposed should also be expected to share in the cost of their construction with the Department of Health.

In order to facilitate the building of the psychiatric divisions of the General Hospitals, it is urged that consideration be given to providing Provincial Government support on the same basis as that provided by the Province of Ontario, namely at least \$8,000: per bed should be provided and that the supporting grants for outpatient departments and for clinical investigative laboratories should be correspondingly increased. We would also recommend that the per diem cost of operating the reorganized Provincial Mental Hospitals should be put on a basis commensurate with the actual financial facts.

APPENDICE NO: 2

CENTRE D'OBSERVATION (Prison de Bordeaux)

Le plan qui suit a été préparé à la suite de consultations avec des psychiatres ayant une expérience considérable dans cette sphère particulière de la psychiatrie.

- 1- Destination: à l'intention des prévenus, détenus, prisonniers soumis à l'examen mental, à la demande écrite du Shérif du District de Montréal ou du Département du Procureur Général, en majorité dans les cas de Cours, conformément aux dispositions de la loi; devant servir également de lieu d'attente pour les mêmes individus déclarés malades mentalement jusqu'à leur transfert de la prison à un hôpital psychiatrique; et pour les patients qui sont retournés à la prison après séjour dans un hôpital psychiatrique, en vue d'être dirigés à la Cour pour subir leur procès.

Ce Centre devrait contenir environ 20 lits.

2- Définition des termes:

- a) Centre: Endroit approprié situé dans un secteur de la prison pour l'examen mental des individus décrits dans l'item 1.
- b) Observation: Période au cours de laquelle on procède à l'expertise psychiatrique, à compter de la date de l'avis d'examen jusqu'au départ de l'examiné, soit par transfert dans un hôpital psychiatrique ou retour définitif à la Cour, après la production du rapport médical du psychiatre-examineur. Pendant cette période d'observation, l'examiné ou le patient pourra bénéficier de traitements psychiatriques.

3- Situation du Centre d'Observation à la Prison de Bordeaux:

A situer dans un secteur de l'Aile F de la prison, désigné par "hôpitaux 3 et 4", au dernier étage, d'un côté et de l'autre de cette aile. Dans les circonstances et selon l'avis des experts, cet endroit est plus convenable et approprié à ce Centre d'Observation. Les quelques transformations à faire, en particulier dans l'hôpital 3 ne nécessitent pas des déboursés considérables.

4- Transformations à effectuer aux "hôpitaux 3 et 4", de l'aile F de la prison, pour servir aux fins de Centre d'Observation.

a) Hôpital 3

Aménagement de cinq locaux séparés par des cloisons stanches (qui pourraient être en bois contre-plaqué avec matière isolante pour assurer l'intimité de chaque local).

Une porte sera pratiquée dans chaque cloison pour permettre de communiquer d'un bureau à l'autre.

On utilisera les portes déjà existantes, donnant sur la galerie intérieure, pour circulation et aération.

Chaque local aura évidemment accès à une fenêtre, à l'exception du local du secrétaire qui en aura deux.

Distribution des locaux par ordre, direction n - s

- Local pour le médecin psychiatre-examinateur, expert dans les causes médico-légales 1
- Local pour le br. récipi- II
- Local pour le Psychologue III
- Local pour les Services "sociaux" et autres (v.g. Immigration etc) IV
- Local pour le médecin praticien (médecine-générale) et psychiatre consultant, local qui pourra être utilisé également comme salle de conférence et de repos, pour le personnel médical. On pourrait y ajouter, si la chose est possible, une toilette et évier. V

L'espace occupé par ces locaux comprendra près de la moitié du secteur de l'hôpital 3; l'autre partie sera entièrement séparée de l'espace comprenant les locaux de personnel par une cloison en maçonnerie sans ouverture de porte.

Cette deuxième partie servira de salle de repos, de détente pour les patients sous observation; quelques tables pourront y être installées pour fins récréatives et également pour prendre leurs repas; quelques jeux, de même qu'un appareil de télévision. La chambre de toilette donnant sur cette salle est bien située et ne demande pas de transformations.

b) Hôpital 4

L'hôpital 4 se compose d'une salle relativement vaste pouvant contenir environ une vingtaine de lits et couvrant approximativement les trois quarts du secteur entier; le reste est divisé en quatre locaux; à l'extrémité sud, trois des locaux et à l'extrémité nord, l'autre local. Tous les locaux, y compris la salle ou infirmerie communiquent entre eux à l'intérieur.

L'unique transformation sera faite dans le local à l'extrémité nord que l'on veut diviser en deux chambres d'isolement pour cas d'agitation aigue.

Les trois locaux, partie nord, à l'extrémité de la salle serviront par ordre:

- parloir,
- salle de traitements,
- pharmacie

5- ADMINISTRATION GÉNÉRALE DU CENTRE D'OBSERVATION

sous la juridiction entière du Département du Procureur général:

- a) Personnel requis pour le bon fonctionnement du Centre d'Observation:
- 1 Médecin-psychiatre examinateur, expertises de Courts à salaire.
 - 1 Médecin-praticien (médecine générale) temps partiel à salaire.
 - 1 Psychologue (pour tests psychologiques et psychométriques) rémunéré à tarif, par tests exécutés, et non à salaire.

- 1 Travaillleur social
- 1 Thérapeute d'occupation
- 1 Secrétaire du Département, à salaire
- 1 Employé de bureau (commis-secrétaire), à salaire
- 6 Infirmiers
- 6 Surveillants (gardes)

b) Frais d'administration encourus par les expertises mentales seront payés par le Bureau du Shérif, au moyen d'une caisse spéciale prévue pour:

Frais ou honoraires du psychologue, interprètes, examens spéciaux (électroencéphalographie et autres consultants, au besoin)

Les comptes d'honoraires professionnels du médecin-psychiatre consultant seront transmis comme à l'ordinaire directement au Département du Procureur Général.

c) Direction du personnel

Etant donné que tout le personnel relève du Département du Procureur Général, il appartiendra donc aux autorités de la prison de veiller à l'observation des règlements ayant trait au personnel.

Il est suggéré la hiérarchie suivante, à cet effet, pour le Centre d'Observation:

Le médecin-psychiatre examinateur est directeur du Centre d'Observation:

Le Secrétaire du département;

Le Sous-Chef infirmier (le chef-infirmier étant celui de la prison) en charge des infirmiers et ayant autorité sur les surveillants (gardes)

Le nombre d'infirmiers, de même que les surveillants, a été calculé sur la moyenne générale de prévenus sous examen et en tenant compte également de la semaine de quarante heures, congés statutaires, vacances, absences en maladie, etc... et le système sera identique à celui appliqué à la prison, trois équipes de 7 a.m. à 3 p.m.; 3 p.m. à 11 p.m.; 11 p.m. à 7 a.m., tout le système fonctionnant sur la même base que les infirmiers gardiens de la prison.

Addendum

STATISTIQUES D'EXPERTISES (1961)

<u>MOIS</u>	<u>NOMBRES D'EXPERTISES</u>	<u>TOTAL DES JOURS A L'INFIRMERIE (i. e. au centre) ENTRE LA DEMANDE D'EXA- MEN ET LE RAPPORT</u>	<u>MOYENNE DE SEJOUR PRE- VENU (jrs)</u>
Avril	32	259	8
Mai	27	146	5
Juin	33	198	6
Juillet	35	299	8
Août	39	256	6

Septembre	33	205	6
Octobre	33	293	5
Novembre	29	197	7

APPENDICE NO 3

COMMISSION DES SERVICES PSYCHIATRIQUES

1. Principales raisons d'être:

- a) La maladie mentale est universellement reconnue comme le plus épineux des problèmes médicaux et constitue un problème social d'envergure.
- b) L'absence de toute coordination entre les différents hôpitaux et services psychiatriques et l'absence d'un "leadership" psychiatrique au niveau de la Province contribuent à perpétuer une philosophie retardataire vis-à-vis du malade mental, qui ne saurait être déracinée que par un organisme tel que la Commission proposée.
- c) Un tel service gouvernemental existe dans tous les états des Etats-Unis, dans toutes les provinces de notre pays et dans plusieurs pays d'Europe.

11. Fonctions

- 1- Assister et aviser le Ministre de la Santé sur toute question concernant la santé mentale des citoyens de la Province
- 2- Maintenir une liaison constante avec tout autre ministère ou tout autre organisme de la Province qui exerce une action directe ou indirecte dans le domaine de l'hygiène mentale (v. g. Ministère de la Famille et du Bien-Etre social, Ministère de la Jeunesse, Ministère du Procureur général, Associations professionnelles, etc).
- 3- Agir comme organisme aviseur auprès du Conseil des Ministres et auprès du Premier Ministre de la Province sur toute question concernant la santé mentale des citoyens de la Province (aux Etats-Unis, dans bien des cas, la Commission correspondante relève directement du Gouverneur de l'Etat).
- 4- Aviser le Ministre de la Santé et le Conseil des Ministres sur l'utilisation des argents provenant du Gouvernement fédéral et destinés à l'hygiène mentale.
- 5- Etudier les propositions budgétaires annuelles de toute institution recevant des fonds de la Province, fonds destinés totalement ou partiellement à la prévention, au traitement, à la recherche et à l'enseignement, en psychiatrie et aviser les autorités gouvernementales, quant à l'adoption de ces propositions budgétaires.
- 6- Coordonner ses activités avec celles du Service de l'Assurance-hospitalisation et assister celui-ci dans toute question relevant de l'hygiène mentale, en particulier dans l'étude des propositions budgétaires des institutions dont une partie ou la totalité des patients sont des malades psychiatriques; qu'elle ait l'autorité de faire des recommandations au Ministre de la Santé qui guideraient celui-ci dans l'adoption de ces propositions budgétaires.
- 7- Introduire dans les Services de Santé publique (V. G. Unités sanitaires, services municipaux, etc) les connaissances et les techni-

niques spécialisées qui permettent le dépistage et le traitement précoce des troubles psychiatriques.

- 8- Etablir conjointement avec les organismes intéressés (v. g. Ministère du Travail, syndicats ouvriers, industriels, etc) un programme vigoureux de réhabilitation pour le malade psychiatrique.
- 9- Réviser en collaboration avec le Ministère du Procureur général la loi concernant les hôpitaux psychiatriques et la loi de la Curatelle publique; agir comme avisé auprès du gouvernement sur toute question médico-légale ayant trait aux malades psychiatriques.
- 10- Définir les responsabilités du Ministère de la Santé vis-à-vis des malades (enfants et adultes) souffrant de débilité mentale à tous les degrés, dans le but de remédier à l'action inadéquate du Ministère dans ce secteur.
- 11- Définir le rôle spécifique de chaque institution psychiatrique et assurer la coordination pour l'ensemble de ces institutions (v. g. contrôle du transfert des malades d'une institution à l'autre).
- 12- Veiller à ce que chaque institution fonctionne selon les données les plus modernes de la psychiatrie et faire rapport au Ministère de la Santé des cas où les standards scientifiques reconnus ne sont pas appliqués.
- 13- Agir comme conciliateur au nom du Ministère de la Santé dans tout litige médico-administratif qui surviendrait au sein d'une institution traitant des malades psychiatriques et recevant des subsides à cet effet de la part du Ministère.
- 14- Etablir immédiatement un programme d'assistance financière ou autre qui permettra la formation d'un personnel spécialisé en psychiatrie et en toute autre discipline connexe et diriger la mise en oeuvre de ce programme en collaboration avec les universités et autres organismes compétents.
- 15- Etablir des échelles de salaires standardisées pour tout le personnel professionnel (psychiatrie et discipline connexes) attaché aux institutions qui reçoivent des subsides du Gouvernement de la Province.
- 16- Développer et diriger un programme cohérent quant à l'expansion des services psychiatriques de toutes sortes dans la Province et se basant sur le principe fondamental de la décentralisation accompagnée d'une intégration aux services communautaires locaux (v. g. hôpital général régional, service social diocésain, etc).
- 17- Encourager par une assistance financière ou autre la recherche originale dans tous les secteurs de l'hygiène mentale.
- 18- Mettre sur pied et à la disposition des organismes et individus intéressés un service adéquat de documentation et de statistiques psychiatriques.
- 19- Représenter le Gouvernement de la Province sur les plans national et international dans toutes les activités relevant de la psychiatrie et de ses disciplines connexes.
- 20- Instituer un programme d'éducation populaire sur la nature, les causes, les manifestations, le traitement, la prévention des maladies mentales et répandre dans le public des principes et des techniques d'hygiène mentale.

- 21- Prévenir par des mesures appropriées l'isolement et le rejet que la société impose à ses malades psychiatriques.
- 22- Permettre au Ministère de la Santé de jouer pleinement le rôle qui lui est dévolu dans les domaines de la santé et de la maladie mentale.

III Composition

<u>Personnel professionnel</u>		<u>Personnel administratif</u>	
Psychiatres:	3	Administrateurs	2
Psychologues:	1	Secrétaires	9
Travailleur social	1		
Infirmière	1		
Thérapeute d'occupation	1		
Statisticien	1		

IV Coût

\$ 150,000.00

Il est à noter que le Gouvernement de l'Ontario a dépensé en 1960 la somme de \$ 256,500.00 environ pour son organisme équivalent.

La somme que nous recommandons constitue un strict minimum.

Nous recommandons enfin que le personnel actuel de la Division des Hôpitaux psychiatriques soit intégré à la Commission proposée.

APPENDICE NO 4

FORMATION DES CADRES EN PSYCHIATRIE

Condition générale:

Par cette bourse, le candidat s'engage à travailler, une fois ses études terminées, pour un des services psychiatriques suggérés par le Ministère provincial de la Santé, durant une période de temps égale à celle de la bourse accordée.

A - Personnel de langue française

1 - Psychiatres

Trente (30) résidents de libre année répartis ainsi:

Hôpital Saint-Jean-de-Dieu	8
Hôpital Saint-Michel-Archange	8
Autres hôpitaux	14

Bourse de deux cent cinquante dollars (\$ 250.00) par mois pour la première année qui serait ajoutée à son salaire régulier versé par l'hôpital dans les cadres de l'assurance-hospitalisation. Si l'hôpital n'est pas inclus dans ce programme, celui-ci aura à fournir l'équivalent à ces résidents.

Montant requis \$ 90,000.00

2 - Infirmières psychiatriques

Trente (30) infirmières licenciées qui se spécialiseraient en psychiatrie, pour adultes ou pour enfants, durant une année, au sein d'un programme reconnu par une université

Université de Montréal	18
Université Laval	12

Bourse de deux cents dollars (\$ 200.00) par mois pour un an, à laquelle s'ajouterait un salaire versé par l'hôpital

Montant requis \$ 72,000.00

3 - Assistants-infirmiers psychiatriques

Cent (100) membres du personnel auxiliaire, des deux sexes (actuellement dénommés "gardiens" et "gardiennes"), seraient choisis pour suivre durant une année, un cours théorique et pratique sur les pratiques hospitalières modernes.

Hôpital Saint-Jean-de-Dieu	50
Hôpital Saint-Michel-Archange	50

Bourse de cent dollars (\$ 100.00) durant une année à laquelle s'ajouterait un salaire versé par l'hôpital; cette bourse serait aussi mensuelle

Montant requis \$ 120,000.00

4 - Psychologues

Trente (30) étudiants en psychologie

Université de Montréal	16
Université Laval	10
Université de Sherbrooke	4

Bourse de huit cents dollars (\$ 800.00) par an durant les trois premières années et de quinze cents dollars (\$ 1,500.00) durant la quatrième année.

Montant requis \$ 24,000.00

5 - Travailleurs sociaux

Trente (30) étudiants en Service social

Université de Montréal	20
Université Laval	10

Bourse de mille dollars (\$ 1,000.00) par an durant les deux années de cours.

Montant requis \$ 30,000.00

6 - Thérapeutes d'occupation

Vingt (20) étudiants à l'École de Réhabilitation, Université de Montréal.

Bourse de huit cents dollars (\$ 800.00) par an pour deux années

Montant requis \$ 16,000.00

7 - Éducateurs spécialisés

Trente (30) candidats qui se destinent à l'enseignement, soit auprès des arriérés mentaux ou auprès des enfants souffrant de troubles émotifs graves.

Université de Montréal	20
Université Laval	10

Bourse de mille dollars (\$ 1,000.00) par an durant deux ans

8 - Personnel enseignant

Montant requis \$ 30,000.00

Pour ceux qui prodiguent, en dehors de leur propre institution, l'enseignement théorique aux résidents, infirmières, assistants-infirmiers, etc.

Montant requis \$ 30,000.00

Total des sommes \$412,000.00

9 - Personnel de langue anglaise

Ajouter vingt pour cent (20%) de ce montant total pour la formation du personnel de langue anglaise, soit:

\$ 82,400.00

Grand total \$494,400.00

N.5. - Ce dernier montant représente le coût approximatif durant la première année du programme proposé.
