

Un quart de siècle plus tard : notre malade... A quarter of a century later : our sick

Marcel Bouchard

Volume 4, numéro 1, juin 1979

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030050ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030050ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Bouchard, M. (1979). Un quart de siècle plus tard : notre malade... *Santé mentale au Québec*, 4(1), 92–101. <https://doi.org/10.7202/030050ar>

Résumé de l'article

Psychiatre depuis 30 ans, l'auteur ramène au souvenir, à l'aide de son expérience, l'histoire de l'évolution de l'institution Robert-Giffard aussi bien que l'évolution de la psychiatrie au Québec. Il revoit les conditions de vie des patients et celles du personnel depuis le début des années 50. Il nous permet de se souvenir que le traitement scientifique et le progrès social ont permis une approche plus humaine envers ces personnes étiquetées malades mentaux.

Un quart de siècle plus tard: notre malade...

Marcel Bouchard

Permettez-moi de vous présenter (après ce déjeuner de qualité entre amis) un cocktail bizarre;

: bizarre, parce qu'il n'est pas à son heure évoquant des faits et gestes très vieillis d'un quart de siècle, (Dieu merci!)

: bizarre, parce qu'il n'a rien d'explosif. La somme des expériences que j'ai vécues en psychiatrie, en quantité et aussi en qualité, demeure enrichissante dans mon subconscient, c'est-à-dire calme...

: bizarre, parce qu'il n'y a rien d'enivrant et partant de dépersonnalisable.

Pour ne pas faire endosser mes propos, sans doute discutables, par un tiers, je dois maintenir un Ego, du moins ça et là, afin de souligner l'aspect subjectif de mon analyse. Notez qu'il ne s'agit pas d'un surmoi en majuscule. Mon "moi" garde la conscience et la préconscience de ses limites. L'évolution est toujours la résultante des efforts de la collectivité.

Notons cette mise en garde: Un jugement "aux yeux du présent" sera tenu comme paralogique. La perception normale exige que les personnes et les actes soient replacés dans leurs contextes. Un quart de siècle est le laps de temps nécessaire pour arriver à maturité, un quart pour construire, un quart à évoluer, et enfin le dernier un quart pour évaluer. Le vieillissement n'apparaît que par la suite! (l'homme ne devrait vieillir qu'après avoir passé 100 ans...).

L'auteur, psychiatre, travaille au Centre Hospitalier Robert-Giffard, Beauport. Il a donné cette causerie le 14 avril 1978, lors du 3e colloque sur la Santé Mentale.

Les dernières années de la guerre et l'après-guerre, m'avaient conduit à l'Hôpital Militaire, puis des Vétérans, comme stagiaire, interne et résident en médecine à une époque où la course à la formation se voulait déterminée par le pragmatisme imposé par les chambardements, les besoins multipliés versus le manque de personnel et l'absence de structure pour la formation post-universitaire. Les questions se posaient plus souvent après le travail accompli, qu'avant.

Le Docteur S. Leblond, chef du service de médecine interne aux Vétérans, m'imposa un dédoublement de personnalité en m'assignant au 244 "département des mouches" suivant l'expression du milieu, avec le Docteur J.C. Miller: gentilhomme, précurseur éclairé et savant comme un professeur. C'est là que j'ai fait mes premières armes en psychiatrie. Ceux qui prêtent une pré-personnalité spéciale orientant vers la psychiatrie, remarqueront que les circonstances et l'autorité furent mes déterminants... A cette époque, le bien était à droite, le Bon Dieu en haut et l'autorité, l'autorité... L'orientation par propension, pulsion ou attrait compensatoire affectif à cette date ça n'existait pas. Nous allions là où un poste ou une bourse était disponible.

Je fus admis à S.M.A. (Saint-Michel-Archange) en juillet 1950 grâce à une bourse d'étude de \$250.00 dollars par mois du gouvernement fédéral sensibilisé par le dénouement de ces milieux en personnel professionnel. C'était peu de temps après qu'un drame local eut "ameuté" à grand renfort de "colonnes à la une" certaines couches de la société. Je connaissais de la psychiatrie les prisonniers de Hong Kong rapatriés dans des conditions terribles, les traumatisés du crâne ou d'ailleurs, les somatiques qui avaient vécu des expériences dantesques et les "pensionnites". J'avoue que, dans les circonstances, je ne pouvais comprendre les diagnostics de: instabilité tempéramentale, psychosomatique, Syndrome de Da Costa... Je considérais la psychiatrie comme une discipline médicale se référant au comportement humain global dans le triangle suivant:

- 1) connaître (et pour cela il faut écouter),
- 2) comprendre (et pour cela éviter de me voir comme un critère),
- 3) traiter (la discussion reste ouverte) le mieux possible !

Les choses se sont simplifiées (compliquées suivant l'angle d'analyse) à mon arrivée à S.M.A., car "Le Surintendant Médical dirige l'hôpital au point de vue médical, en préside le bureau médical et décide de la classification des malades et de leur libération définitive". Vous dire les prouesses intellectuelles qu'il fallait déployer pour faire fixer une décision dans le sens désiré en catimini, correspondrait à révéler des

secrets d'alcôve. Je vous laisse réfléchir! Je vous laisse aussi supposer certains problèmes d'ordre moral lorsque nous étions assignés en cour, lors de procès.

Qu'était S.M.A. Un centre sous contrat avec le gouvernement pour la réception, la garde, l'entretien et le traitement de malades chez qui les troubles mentaux constituent l'élément dominant. Raisons d'admission:

"la protection de la vie d'un malade mental ou pour la sécurité, la décence ou la tranquillité publique". Chapitre 166, article 3 et 12.1 pour malades mentaux.

Sortie : 1) "lorsque le surintendant atteste la guérison"

2) "si non dangereux, lorsqu'une personne responsable signe et et s'engage à en prendre soin".

Congé : "Lorsqu'une personne responsable en prend charge".

Donc pas de problème, le surintendant décide. Il n'y a que trois formes de maladies: Démence précoce, psychose maniaco-dépressive (P.M.D.) et débilité mentale + épilepsie. La correspondance, les téléphones, les visites étaient centralisés. Les traitements prescrits au Bureau Médical où se fixait le diagnostic; il consistait en :

- 1) soit 14 E.C.T. (electro-choc thérapie)
- 2) soit cure de Sakel (insulino thérapie)
- 3) soit "milieuthérapie" c'est-à-dire transfert !

Ma première journée à S.M.A. : 8:00 heures, secrétariat pour la signature du document de bourse de 3 ans, remise d'un trousseau de clefs, "chienne blanche" puis direction "nord" vers un chef de service à 9:00 heures. Le Docteur Coulombe M. et moi-même allions rejoindre le groupe des 6 "vieux" résidents, pour S.M.A., et la C.R.R. (Clinique Roy-Rousseau).

Le partage se fait: Coulombe chez les Dames et Bouchard chez les Messieurs. Le Chef de Service me remet un carnet noir, il y inclut une feuille et me dit: le 4 "A", puis le 5, le 6, le 7 "A". Il s'agissait: de l'admission de 70 malades, l'infirmerie = 70 malades, les patients âgés et patients gériatriques (P.G.) = 70 malades et les tuberculeux (T.B.) = 70. Au 4 "A" garde Paradis me reçoit et sourit gentiment à ma question: "Qu'est-ce que je dois faire? Elle me répond: "D'abord les chocs". Regard sur sa salle, les 10 cellules et me retrouve dans une chambre où on avait regroupé 30, 40 ou plus de patients, sans vous décrire l'impression ressentie, puis dans une autre pièce où l'on me présente les surveillants et une petite boîte brune. On me dit: "pesez sur ce "piton" et celui-là." Mon choc est double: celui de voir le malade et celui d'une

décharge électrique parce qu'un de mes doigts touchait une vie.

Après les chocs, la toumée, les examens, la visite des autres salles, puis je retrouve mes confrères résidents à midi, dans la salle à dîner.

Quelques semaines plus tard, on me confie (j'étais habitué au milieu) le 2 et 3 "A" (pensionnaires privés et insulinothérapie) puis quelques 3 mois ensuite, on ajoute la "Vieille Maison" avec ses 850 patients dont il fallait monter le dossier. 2 infirmiers et 2 infirmières constituaient l'équipe.

En plus de l'approche psychiatrique, des traitements psychiatriques E.C.T., et autres, nous avions la responsabilité médicale totale: extraction dentaire, ponction, sondes, pneumothorax thérapeutique, petite chirurgie, accouchement, etc. Notre formation psychiatrique (relève de la génération spontanée). Elle consistait de façon formelle:

- 1) lundi clinique: présentation de cas et discussion avec les Résidents et parfois les Patrons.
- 2) "Mardis fous" au Cercle Universitaire, pour la revue des publications et livres.
- 3) Vendredi: cliniques à domicile.

S'ajoutant la préparation du Bureau Mental, les journées des Hôpitaux Universitaires (toujours fort appréciées et préférées chez-nous), l'obligation de l'enseignement aux infirmières post-scolaires et étudiantes, l'enseignement aux étudiants en médecine et deux publications annuellement dans le Laval Médical. Cette formation se complétait généralement par une année à l'étranger, en principe à Paris. Puis les examens au Collège Royal vers 1954/55 suivis d'une hausse de salaire à \$5,000.00 dollars.

La cohésion de notre système d'étude et notre interdépendance en tant que résidents nous ont permis tous et chacun de vivre des jours très heureux et intéressants dans un système horaire de 45 heures à l'hôpital et deux soirées réservées de 7:00 à 11:00 heures

On nous avait appris, étant jeune, que la maladie mentale était la conséquence de deux vices: l'alcool et la chair. Une troisième dimension était chuchotée: l'hérédité... Choisir la psychiatrie en 1949 présentait des risques professionnels (dont nos proches nous prévenaient) en plus d'exposer à certaines impulsions (je garde souvenir de quelques "claques" là où vous savez... claques qui nous dépouillaient rapidement d'une cigarette...). On m'a dit personnellement: "Si tu vas à S.M.A., le maximum que tu devras y demeurer c'est 5 ans, comme tout autre membre du personnel pour ne pas attraper la maladie". J'en suis donc sorti de

temps à autre pour reprendre un service partiel aux Vétérans à la demande du Docteur Miller afin d'extentionner ma formation. Chacun d'ailleurs des résidents se voyait partagé entre un service extérieur (St-Sacrement, Enfant-Jésus ou autre) et le pivot psychiatrique central de la psychiatrie qu'était S.M.A., afin de faire "entrer" la psychiatrie dans le monde normal... ce qui demeurait tout un défi où se heurtaient moult oppositions.

D'une chose à l'autre, un mercredi soir je reçus l'ordre de me diriger d'urgence à Sherbrooke le lendemain pour m'occuper de la psychiatrie au Centre Psychosocial menacé de perdre ses octrois devant le départ du psychiatre en rupture de ban conflictuelle. C'était temporairement, en attendant d'en trouver un autre... Cet attendant a duré 10 ans et m'a fait glisser à la direction du Centre Psychosocial puis à l'ouverture de la première clinique de psychiatrie à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke après un voyage mémorable en avion en compagnie de Monsieur le Ministre et de Monsieur le Surintendant de S.M.A., mémorable parce que j'avais souffert du mal de transport pendant la durée du trajet et parce que l'aréopage de la ville nous avait accueillis avec tous les égards dûs aux grands de ce monde...

Que de souvenirs de ces voyages à Sherbrooke le jeudi à \$12.50 la journée, départ à 4.00 h. A.M. et retour à 2.00 h. A.M. Les Docteurs Paradis et Magnan en restent les témoins. Un autre témoin, hélas disparu: la directrice du cours post-scolaire qui poussait toujours la gentillesse jusqu'à apporter un petit cognac dans sa robe... pour les coups durs !

Revenons à S.M.A., le centre régional psychiatrique desservant un territoire de 2 millions et demi ; nous y parvenions par un petit trottoir de bois rue d'Estimauville (seuls les patrons avaient des automobiles) longeant une clôture de planches qui isolait la cour des malades de la Vieille Maison. Les jeunes de la région avaient encore comme distraction du samedi et dimanche de venir observer les "fous" à travers les fentes de la dite clôture... ce qui donne une idée de ce que la population pensait d'eux et de nous... De fait, le malade était "placé" à S.M.A., et à peu d'exceptions près, on ne voulait plus rien savoir. La notion de traitement et de sortie a dû être inculquée au goutte à goutte dans la population.

Nous ne circulions que très peu dans les salles surpeuplées. Les malades ne communiquaient absolument pas ; certains demeuraient assis à se bercer dans un mouvement perpétuel ; d'autres circulaient de long en large à une cadence rythmée parlant et gesticulant seuls ; d'autres encore étaient immobilisés par des liens et enfin il y avait les cellules où l'on retrouvait des malades aussi "farouches" que des chevreuils dans la forêt lorsque l'on se permettait de les déranger. Vous comprenez que

les premières révisions sont demeurées descriptives et circonstanciées... Il fallait garder un oeil derrière la tête, éviter tous mouvements brusques, garder le sourire, limiter les interventions à "Bonjour" ou parfois une poignée de main sympathique. Les repas ne permettaient que des plats indestructibles et une cuiller, pour éviter les blessures. Malgré tout combien souvent nous étions appelés à coudre des blessures...!

Dans ce contexte, imaginez avec quelle satisfaction nous avons reçu, à l'été '54, les premières informations de Paris, car nos relations avec la Salpêtrière et La Pitié à cette date étaient très proches compte tenu des stages d'étude quasi rituels à ces endroits. Informations à l'effet qu'un nouveau médicament mis au point par Laborit, en expérimentation par Denicker, Pichot et Baruk en psychiatrie donnait des résultats extraordinaires. On le désignait par le No 4560 R.P., car il n'était pas encore "baptisé". Il nous fut fourni par la Compagnie Poulenc en septembre '54 et immédiatement prescrit de façon prudente et "méfiante". Nous fûmes "pâmés" des résultats qui nous libéraient pour une part de nombreux chocs et nous permettaient enfin de communiquer de façon plus valable avec nos patients.

La dose était de 25mg B.I.D., et parfois in extremis I.M. (intramusculaire) 25mg. S'est ajouté par la suite un extrait du *Serpentina rauwolfia* (l'attention des chercheurs avait été attirée vers cette plante des Indes parce que les animaux qui la broutaient étaient d'une remarquable docilité). Ce traitement fut rapidement abandonné donnant des effets secondaires indésirables. Au 4560 R.P., s'est ajouté peu après le 7843 R.P., suite à une visite de Denicker dans notre milieu, le présentant comme la médication de l'agitation et de l'agressivité, sans sédation. Les malades l'ont vite baptisée (parce qu'ils commençaient depuis le 4560 à être considérablement plus lucides et ouverts) "les pilules croches". On nous donnait comme critère thérapeutique l'intensité des troubles extra-pyramidaux. La posologie devait donc être progressive de 10 en 10mg jusqu'à 120mg pour la cure totale: Il a été prescrit 7843 R.P. doses usuelles progressives...

L'introduction de ces nouvelles thérapies nous a permis de pénétrer dans les salles, de communiquer avec nos malades, de leur faire extérioriser leurs problèmes (ce qui n'était absolument pas possible auparavant, sauf exception) et partant d'élaborer ce que l'on appelle maintenant une relation thérapeutique. Ce nouveau climat a permis de noyauter une première thérapeutique valable avec l'arrivée de plusieurs infirmiers et infirmières sortis du — de notre — cours post-scolaire.

Je vous laisse deviner les répercussions sur les familles qui recevaient maintenant des lettres convenables, retrouvaient au parloir leurs proches calmes et souriants après des années soit de mutisme ou de violence. Nous pouvions maintenant parler de Malade, et non de fou ; de centre de traitement et non de placement, de sortie au lieu de "considérez-le comme mort et réorganisez votre vie en conséquence".

Après cette évolution, qui fut la seule tranquille que je connaisse, une deuxième étape fut rapidement franchie, comme il était possible et comme il se devait, c'est le retour vers une activité et l'ouverture des salles. De mon côté, je garde encore en mémoire, comme un fait d'hier, la première salle ouverte et les réactions des malades ; c'était le M 3 "A" de 9.00 à 10.00 h. et de 2.00 à 4.00 h. Chacun des malades venait vérifier, jetait un coup d'oeil surpris, sur le corridor et retournait à son coin, sans aller plus loin.

Il nous a fallu des semaines pour les convaincre qu'ils pouvaient... dépasser la ligne seuls, sans gardien. À mon point de vue, deux faits essentiels ont marqué l'évolution de la psychiatrie depuis 30 ans : les neuroleptiques et l'organisation des activités. Tout le reste en découle et s'y greffe. Enlevons l'un et l'autre et nous ne tarderons pas à retourner aux difficultés du début '50 et la société suivra avec ses perceptions aussi rétrécies du phénomène psychiatrique, n'en doutons pas.

Notre Centre a rendu utile, ce qui était possible, et possible ce qui était bon (comme le préconisait un ex-politicien bien connu) au tout début de l'évolution favorable des techniques de traitements dans le domaine psychiatrique, sans se laisser tirer les oreilles et sans mettre d'entrave (qu'on ne soit pas d'accord sur ce point, je puis contester car j'ai vécu l'expérience) les familles ont suivi l'évolution, puis la société en général, puis le gouvernement. On a accusé les institutions psychiatriques d'être moyenâgeuses et torsionnaires.

Qui pouvait faire mieux avec un per diem de .90 par malade, une société qui déposait ses malades assez souvent enchaînés et dans un état de marasme épouvantable, sans désir de retour dans 90% des cas et des lois qui confiaient la garde de ces malades, l'entretien, la protection (ainsi que celle de la société...) à une seule personne, jusqu'à ce que cette autorité décrète la guérison... à moins qu'un tiers s'engage à prendre toute responsabilité à son risque et péril...

On a parlé au sujet des hôpitaux psychiatriques d'exploitation, d'autoritarisme, de dogmatisme, de séquestration... On a oublié de parler

aussi du dévouement héroïque, de la patience à toute épreuve, des longues, très longues périodes de travail, de la sympathique compréhension de la majorité des membres du personnel, sans souligner les efforts inouïs pour tenter d'en sortir, en améliorant un peu chaque jour, un petit secteur de son milieu de travail. L'évolution a été longue... mais la tâche était de taille !

Après ces remarques, je ne veux que murmurer quelques éléments qui m'ont personnellement plus particulièrement ennuyé... pour ne pas dire plus, traumatisé :

- 1) la nécessité d'un diagnostic "officiel" dicté par le surintendant, avec tout ce que comporte ce diagnostic sur le plan social, travail, avenir etc. Je vous donne un exemple pour expliciter ma pensée :

Un jour est admis, manu militari (comme c'était généralement le cas) un jeune malade d'un collège de la région dans un état d'agitation avec préoccupations mystiques. Certificat médical, attestations, déclaration du requérant, note d'entrée, feuille d'observation des 24 heures puis bureau médical et classification : schizophrénie...

Or j'avais vu et revu le malade qui m'avait confié ses problèmes sous la promesse d'une confidentialité absolue. Comment vouliez-vous que je puisse apporter les arguments pour contester le diagnostic (ce qui a priori aurait été perçu comme prétention et tête forte devant l'autorité de droit) ? Je traite le cas sans problème avec retour rapide à une lucidité et une stabilité, je ne dis pas normale, qu'est-ce qui est normal ? m'apparaissant bonne. Je retourne le dossier au patron pour une libération. On me retourne le dossier avec la remarque : "Qu'est-ce que tu veux que je fasse avec un schizophrène ?" Je vous le donne en mille ce que j'ai fait par la suite... Tout ce que je puis dire c'est qu'aux dernières nouvelles du sujet, il était maître de poste et très heureux avec sa femme et ses enfants...

- 2) La violence qui s'affichait ou se devinait autour des problèmes de psychiatrie : violence du milieu par ricochet aux lois, à la famille ; violence des patients, violence des interventions etc. Je n'ai pas à insister. Les journaux en ont fait état et avec raison. Je ne l'ai jamais acceptée, ni comprise ; j'ai tenté de la supporter et de la minimiser. Que la paix reste toujours en nous et autour de nous.
- 3) Les modalités d'admission : patients enchaînés, vociférants, déshydratés, épuisés et conduits ici lorsque in extremis la situa-

tion était complètement dégradée et partant généralement irréversible.

- 4) La masse de patients T.B. (tuberculeux) qui se multipliaient de jour en jour grâce à la promiscuité, les difficultés d'hygiène et le traitement impossible c'est-à-dire cure... Les décès par cette maladie furent à un moment un désastre.
- 5) Les lectures de la matinée transmises par haut-parleurs s'ajoutant aux cris, interpellations, remue-ménage de nettoyage des lits, des civières, constituaient un vacarme où la communication devenait impossible. Si je connaissais la personne qui a interrompu ces émissions, je la remercierais à genoux !
- 6) Les préjugés...

10 ANS APRES....

Enquêtes, rapports, libéralisation des crédits du Ministère de la Santé permettant une amélioration des locaux existants, l'ouverture de cliniques dans les hôpitaux généraux, les bourses d'étude pour la formation de professionnels, puis le partage du "territoire" à desservir (et partant l'approche psychiatrique régionale qui évite le déracinement et le rejet) telles sont les étapes vécues en psychiatrie, étapes, redisons-le, rendues possibles, parce que nous pouvions au point de départ faire quelque chose pour aider le malade. Aux neuroleptiques de base s'étaient ajoutés plusieurs autres médicaments aptes à calmer l'irritabilité, l'anxiété et refroidir les délires et les hallucinations, stabiliser l'humeur.

La vie dans les centres psychiatriques prenait des dimensions humaines; les malades pouvaient circuler, plusieurs pouvaient être occupés à différentes activités, les familles les visitaient plus régulièrement, le courrier était plus important, les sorties plus réalistes... on pensa même à créer une clinique externe... projet ambitieux et douteux si on se replace dans le contexte: Qui pourrait bien être intéressé à nous revoir, librement, dans un milieu hypothéqué? La clinique externe exista et fit fortune numériquement parlant. Ce qui prouve que malgré les tabous, les interdits sociaux construits autour de l'asile étaient délogeables.

Dans le milieu où je travaille maintenant, lorsque je revois les bénéficiaires correctement vêtus, communiquant de façon intéressante, discutant de leurs traitements, libres de leurs allées et venues, contrôlant leur courrier, pécule en poche, je ne puis m'empêcher de songer à cette journée où je m'étais rendu avec Sr Hallé quérir quelques sièges de W.C. pour les salles s'admissions, cette journée où la porte avait été

ouverte sur l'extérieur, les cabarets remplaçaient le plat de métal et la cuiller, l'activité et les loisirs remplaçaient la chaise berçante, le M. X remplaçait le Hé, X! viens ici, va là etc...

Que de chemin parcouru et malgré tout rapidement. Il est dû à l'effort de chacun. Je m'en réjouis en tant que citoyen et non que psychiatre.

SUMMARY

The author, a psychiatrist, has worked at the Centre hospitalier Robert Giffard (formerly St. Michel-Archange) at Quebec, for almost 30 years. In this article he brings to life, using many of his experiences, the history of the evolution of this institution as well as that of the evolution of Quebec psychiatry as a whole. He reviews the living conditions of the patients and those of the treatment staff since the beginning of the 1950's. He allows us to remember that scientific as well as social progress have permitted a more humane approach to those people whom we have labelled insane.