

Article

« Les jeunes adultes (18-35 ans) en voie de chronicisation »

Yves Lecomte

Santé mentale au Québec, vol. 9, n° 2, 1984, p. 134-140.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030247ar>

DOI: 10.7202/030247ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Les jeunes adultes (18-35 ans) en voie de chronicisation

Yves Lecomte*

Pour la première fois une génération d'individus (les jeunes adultes de 18-35 ans) ayant des problèmes psychiatriques sérieux ne peut recourir à l'asile pour se protéger des stress de la vie quotidienne. Elle doit, à l'aide de l'équipe soignante, des structures intermédiaires et de la médication, compter sur ses apprentissages pour affronter les vicissitudes de la vie, conformément à la politique de désinstitutionnalisation des années 60. Mais, comme ces personnes sont très vulnérables aux stress (elles souffrent de psychose et de troubles de personnalité), cela ne se fait pas sans heurts. Et, comme elles constituent environ 10 % de la population qui consulte en psychiatrie tout en accaparant 40 % du temps des thérapeutes, elles représentent un sérieux défi pour les équipes soignantes. Vu l'acuité de ce problème, nous avons pensé qu'il serait intéressant, à l'aide d'une revue de littérature de connaître davantage ces jeunes. Pour ce faire, nous essaierons de répondre dans cet article aux questions suivantes : qui sont ces jeunes ? Quel est leur avenir ? Quelle est la dynamique sous-jacente à leur comportement ? Quels programmes de soins leur offre-t-on ?

Passer de l'adolescence au stade adulte est une étape de maturation qui suscite souvent de l'angoisse chez les jeunes car «Construire son avenir professionnel et se bâtir une relation de couple, voilà qui n'est guère facile quand on doute encore de sa compétence et qu'on cherche, malgré soi, à combler des besoins toujours présents de protection, de support et de dépendance» (Boucher, 1984, 47).

Certains d'entre eux (les jeunes en voie de chronicisation) arrivent à cette étape avec une personnalité vulnérable, fragile, sinon déjà ébranlée. Par exemple, certains ont déjà fait une décompensation psychotique au cours de leur enfance et n'ont pas pu acquérir les habiletés sociales leur permettant de faire face aux stress quotidiens. D'autres, qui avaient depuis acquis ces habiletés, connaîtront une décompensation plus tard, au moment où ils chercheront à devenir autonomes : tel est le cas de François qui décompense pour la première fois à l'âge de 21 ans, à la suite d'un échec amoureux.

Au cours de cette phase, le risque est que ces jeunes vulnérables connaissent une série d'échecs qui pousseront leur angoisse jusqu'au désespoir, prélude au suicide. Christian, par exemple, se suicide à 34 ans après de multiples échecs et décompensations psychotiques ; depuis l'âge de 19 ans, il a connu 17 hospitalisations sous le diagnostic de

schizophrénie chronique. D'autres connaissent un cheminement aussi tumultueux mais continuent à vivre malgré de nombreuses crises psychotiques et hospitalisations. En fait, ces jeunes adultes en état de déséquilibre continu vivent le syndrome de l'effondrement social, tel que développé par Gruenberg (1974). Ils sont en voie de chronicisation, ou leur situation est déjà chronique. Ils connaissent des déficits substantiels de fonctionnement et leur état nécessite un support psychologique et financier permanent.

Selon Pepper *et al.* (1982), *ces jeunes représenteraient environ 10 % des personnes qui consultent en psychiatrie, mais ils accaparaient 40 % du temps des thérapeutes.* Lamb (1982) les appelle les «nouveaux errants» car ils vont d'un lieu à l'autre, ou d'un thérapeute à l'autre, fuyant sans cesse leurs problèmes ou espérant toujours trouver mieux ailleurs. Mais qui sont, au juste, ces jeunes adultes en voie de chronicisation ? Quelle est leur dynamique ? Quel est leur avenir ? Quel traitement pourrait répondre à leurs besoins ?

Pour répondre à ces questions, nous nous inspirons des recherches faites aux États-Unis, seul pays à s'être collectivement¹ interrogé sur ces jeunes adultes chroniques ou en voie de l'être (que nous nommerons jeunes adultes dans la suite de cet article). Les réponses sont parfois claires, incomplètes ou obscures. C'est le signe d'une démarche récente, en pleine évolution.

* L'auteur, m.ps., est thérapeute au Centre de santé mentale, cliniques externes de psychiatrie de l'Hôpital Saint-Luc.

PORTRAIT CLINIQUE

En nous basant sur les données fournies par différents auteurs, nous pouvons tracer un portrait clinique assez représentatif de ces jeunes. Pour nous guider, nous synthétiserons les caractéristiques ainsi dégagées en suivant deux voies différentes: celle du portrait psychosocial et celle de la typologie.

a) Portrait psychosocial

Ces jeunes, en majorité des hommes, souffrent surtout de psychose (schizophrénie et autres) et de troubles de personnalité. Bien qu'ils aient de sérieuses difficultés de fonctionnement social, ils ne se considèrent pas comme malades et ils s'efforcent de ressembler à leurs pairs. Selon Flax (1982), leur répertoire de mécanismes adaptatifs est inadéquat et ils se montrent souvent dysfonctionnels: violence, menaces, gestes suicidaires, etc. Ils sont enfin très vulnérables au stress.

Bien malgré eux, ces jeunes recourent tôt ou tard aux services de santé. Mais ils les utilisent de telle façon qu'ils accaparent beaucoup de temps clinique tout en refusant de se conformer aux plans de soins établis. Ils préfèrent plutôt se révolter contre les soignants (sous forme d'acting-out) et les blâmer de leurs difficultés persistantes. Régulièrement, ils quittent leur thérapeute, mais reviennent en situation de crise. En thérapie, ils sont assez difficiles à traiter, ce qui provoque chez le soignant colère, exaspération, peur, impuissance et rejet.

Ces jeunes ont également beaucoup de difficultés à établir des relations sociales stables et à trouver quelqu'un qui puisse leur offrir un support. Ils provoquent généralement d'énormes frustrations dans leur milieu, fuguant et revenant à leur gré.

Une grande proportion d'entre eux consomment de l'alcool et des drogues et ont des problèmes avec la justice. Certains ont, en plus, des troubles physiologiques, vivent sans abri ou manquent de nourriture. De plus, ils ne travaillent pas et vivent avec âpreté les effets du chômage que décrit Marie-Carmen Plante (1984). Ils se considèrent comme des problèmes sociaux. Se sentant de plus en plus différents des autres, ils viennent à être désespérés. Ils trouvent alors refuge dans l'acting-out, l'agressivité, la drogue ou la passivité.

Convaincus que les drogues n'ont pas d'effet sur eux, ils refusent toute médication ou la prennent

comme n'importe quelle autre drogue. Par exemple, Christian vient souvent demander une injection de modécate® car il se sent vide à l'intérieur de lui-même, même s'il prend différentes drogues plus ou moins à recommander (un jour, il a même vomi devant le bureau de son thérapeute après avoir consommé une herbe quelconque). Ils ne pensent pas non plus que la thérapie individuelle soit pertinente pour eux, et préfèrent consulter en période de crise. Paradoxalement, ils considèrent leurs difficultés comme des conséquences temporaires de leur consommation de drogues, mais ils ne voient pas la nécessité de s'en abstenir. Cet usage, d'ailleurs, constitue le seul répit à leurs difficultés, car il leur permet de se socialiser et de faire partie d'un milieu tolérant à leur égard.

Selon les sujets, la pathologie est plus ou moins sévère. On note généralement des désordres chroniques de pensée, des désordres affectifs, des désordres de personnalité et des déficits sévères dans les fonctions du moi.

Parmi les troubles des fonctions du moi, on observe surtout: un manque de contrôle de l'émotivité (gestes suicidaires, menace et acting-outs sont fréquents); une faible tolérance à la frustration; une déficience du test de la réalité (incapacité de juger de façon réaliste de ses buts et objectifs); un manque de jugement; un trouble de l'affect (marqué chez certains par l'hostilité et le sarcasme perpétuels, chez d'autres, par des sentiments de vide et de désespoir chroniques); des troubles de mémoire. Jean, par exemple, est continuellement désorganisé depuis 8 ans. Il a quotidiennement des hallucinations auditives qui le torturent et l'empêchent de dormir. Parfois, ses voix lui disent de se tuer et à d'autres moments, il s'enrage contre elles. Et il veut retourner travailler en dépit de toutes ses difficultés.

La pensée concrète, d'autre part, est de type paranoïde et les hallucinations sont fréquentes. Les perceptions peuvent être sporadiquement déformées ou niées, ce qui provoque chez le patient une impression de discontinuité et de désorganisation dans le cours de son histoire personnelle.

En résumé, ces jeunes se divisent en deux groupes cliniques: les psychotiques et les individus souffrant de troubles de personnalité. Parmi ces deux groupes, beaucoup (peut-être la majorité?) ont à la fois de sérieux troubles de comportement et une pathologie sévère.

b) Typologie

En analysant leur stade de développement, leur fonctionnement social, et leur style de vie, Sheets *et al.* (1981) ont élaboré une typologie de ces patients qui comprend trois sous-groupes (bien qu'elle nécessiterait une plus grande élaboration, cette typologie a une certaine utilité clinique², raison pour laquelle nous l'avons retenue).

- Groupe à énergie faible et à faible demande

Ces jeunes ont commencé à fréquenter le système de soins au cours de l'enfance ou de l'adolescence. Ils ont bien intériorisé leur rôle de patients psychiatriques. Ils sont passifs et se montrent peu intéressés à participer à un traitement.

- Groupe très demandant et à haute énergie

Ces jeunes veulent tout avoir et régler immédiatement. Ils font beaucoup de magasinage au sein des services de santé. Ils sont impulsifs, ce qui entraîne leur fréquente éviction des lieux de soins. Ils tolèrent très peu la frustration et connaissent de nombreux problèmes financiers, car ils dépendent en fonction de leurs impulsions.

- Groupe à haut fonctionnement et à aspirations élevées

Ces jeunes peuvent assez bien fonctionner, mais ils sont sérieusement handicapés par leur maladie et leur besoin de support social. Ils ne veulent pas être identifiés aux autres patients psychiatriques. Ils recherchent des informations sur leurs problèmes et n'expriment ni désespoir ni besoin d'aide. Ils sont bien conscients des attentes de leur famille et ils espèrent toujours les remplir un jour.

LA DYNAMIQUE DE LA «PORTE TOURNANTE»

De façon générale, le traitement donné à ces jeunes adultes s'inspire de la philosophie de la désinstitutionnalisation. Ces jeunes n'ont jamais connu l'asile. Pour affronter leurs difficultés, les soignants leur offrent quatre choix : la relation thérapeutique (sous forme dyadique, de groupe, d'entraide, d'ergothérapie, etc.), la médication, les structures intermédiaires (foyer de groupe, appartement supervisé, etc.) et l'hôpital. Malheureusement, ces jeunes adultes refusent la relation thérapeutique parce qu'ils ne

se considèrent pas comme malades, et ils rejettent les structures intermédiaires parce qu'elles briment leur besoin de changement continu. La médication est écartée elle aussi parce qu'elle n'offre, à leurs yeux, qu'une normalité dépressive et ennuyante et qu'elle les confine à un statut de malade mental. Il ne leur reste donc, souvent contre leur gré, que l'hôpital qu'ils quittent aussitôt les symptômes résorbés. Incapables d'affronter les stress quotidiens, ils reviennent alors inévitablement à l'urgence de l'hôpital, et le cycle recommence : hospitalisation brève, congé, retour en milieu naturel, nouveau retour à l'urgence. Ce phénomène est mieux connu sous l'expression de «*porte tournante*»³.

Beaucoup de raisons ont été invoquées pour expliquer ce phénomène : incohérence de la politique de soins, absence de l'asile, absence de motivation des patients qui ne respectent pas leurs entrevues et ne prennent pas leurs médicaments, manque de personnel pour les traiter, manque de support social et/ou familial, etc. Quoique probablement valables, ces explications ne nous éclairent guère sur la dynamique propre à ce genre de patients.

Harris et Bergman (1984) fournissent une telle explication. Selon eux, le phénomène de la porte tournante est le reflet de la dynamique vécue par le patient sur trois plans : le soi, les relations interpersonnelles et le réseau de support.

Les jeunes qui vivent ce phénomène ont un soi fragmenté caractérisé par une absence de valeurs et de buts pouvant guider leur vie ; ils ont de la difficulté à intérioriser leur expérience et à la mettre au service de leur soi ; ils ont aussi une représentation fragmentée des autres. En conséquence, ces jeunes adultes ne peuvent planifier leur vie à long terme, un passé non intériorisé ne pouvant servir à orienter l'avenir. Ils ne peuvent non plus avoir une relation soutenue avec un thérapeute car leur perception de celui-ci change continuellement : une journée, ils le trouvent gratifiant et, le lendemain, ils peuvent le trouver frustrant au point de l'agresser. Enfin, comme leurs besoins et leurs désirs changent sans cesse, leur appréciation des milieux ou des personnes qui cherchent à les aider sera aussi fluctuante. La porte tournante ferait donc partie intégrante du déroulement clinique de ces sujets.

Dans leurs relations interpersonnelles, ils se montrent ambivalents. Ils désirent être indépendants

de leur famille, mais ils ont besoin d'elle. Coincés par ce dilemme, ils provoquent sans cesse des chicanes avec celle-ci et se font rejeter; quelque temps après, ils cherchent de nouveau à la réintégrer (Christian vit avec son père. Depuis six ans, nous n'arrivons plus à compter le nombre de fois où le père, «tanné», met son fils dehors et le reprend quelques jours plus tard).

Dans leurs rapports avec les soignants, ils vivent le même dilemme: s'ils reçoivent des soins, ils ont alors l'impression d'abandonner leur désir d'autonomie, car «on ne reçoit de soins que si on est dépendant»; si, d'autre part, ils refusent ces soins, les soignants réagissent mal et les isolent, de sorte que ces jeunes ne bénéficient plus alors d'aucun support officiel. Cette ambivalence se manifeste aussi dans le va-et-vient continu du patient entre la sécurité de l'hôpital et la plus grande autonomie et liberté de la communauté. Selon Bergman et Harris, cette lutte entre le désir de proximité (rapprochement) et le désir d'indépendance (autonomie) marque un arrêt de développement à l'étape qualifiée de rapprochement par Mahler. La porte tournante ne serait qu'une réactivation de cette phase à laquelle le sujet est resté bloqué.

Quant à leur réseau social, ces jeunes l'épuisent et l'amoindrissent progressivement par leurs exigences de sorte qu'il ne leur reste plus que finalement l'hôpital comme lieu de refuge. Sur ce plan, donc, la porte tournante représenterait la recherche d'un support lorsque le réseau social naturel du sujet ne peut satisfaire ses besoins quotidiens.

VOIES D'AVENIR

Selon Lamb (1982), trois voies s'offrent aux jeunes adultes qui connaissent de telles difficultés. La première est celle de la réussite, mais au prix de multiples efforts. Par exemple, après trois hospitalisations en trois ans pour décompensations psychotiques, François réussit finalement à améliorer grandement son fonctionnement social et son estime de soi, grâce à un travail en relation dyadique et à une ergothérapie qui dure cinq ans.

Une autre voie possible, est celle de l'abandon et de la rationalisation de ses incapacités. Dans ce cas, le patient sent qu'il n'a d'autre choix que de se soumettre passivement à des forces accablantes et incontrôlables. Finalement, la troisième voie est celle de la passivité pure et simple. Sans même rationaliser,

le sujet adopte alors une attitude très passive face à son avenir. Par exemple, Serge a été hospitalisé deux fois en cinq ans pour «trouble de la personnalité immature et schizophrénie paranoïde»; malgré de nombreuses tentatives en vue de l'aider à vivre de façon autonome, il a choisi de rester dans sa famille et de ne rien faire de la journée; lorsqu'on lui propose des activités, tous les prétextes sont bons pour les refuser, ce qu'il reconnaît d'ailleurs lui-même avec un petit sourire complice et moqueur.

PROGRAMMES DE SOINS

Aux États-Unis, les nouveaux programmes destinés aux jeunes adultes en voie de chronicisation s'inspirent de la théorie de l'apprentissage par objectifs. Constatant les déficits sociaux et interpersonnels de ces jeunes ainsi que la méconnaissance des causes de leurs incapacités, nombre de chercheurs ont développé des programmes de soins basés sur la philosophie du traitement par objectifs.

Tel que Neffinger et Schiff (1982) le décrivent, un programme de ce type a été réalisé au «Rockland County Community Mental Health Center». Il comprend quatre volets: le premier, appelé «Acute Stabilization», sert d'alternative à l'hospitalisation; le second, le «Intensive Day Treatment» fournit durant quatorze semaines des services hospitaliers centrés sur la formulation (en groupe) de problèmes et d'objectifs très détaillés; le troisième volet, ou «Extended Day Treatment» et finalement le volet agressif «Medication/Monitoring Clinic».

Schacter et Goldbert (1982) décrivent un autre programme réalisé au même centre, le «Growth Advancement Program», lequel utilise simultanément la thérapie de groupe et certaines activités thérapeutiques; il s'adresse à ceux qui ne répondent pas au programme de traitement de jour décrit précédemment.

Berzon et Lowenstein (1984), aussi du «Rockland County», proposent plutôt un système assez flexible de gérance de cas, dont les caractéristiques sont: des rôles flexibles et variés de la part des intervenants; l'évaluation poussée des déficits, dysfonctions et besoins des clients; le choix de l'intervenant en fonction de cette évaluation; l'élaboration d'un plan de traitement individualisé; le maintien de la relation privilégiée entre le client et l'intervenant, sauf pour des besoins spécifiques; une ap-

proche d'équipe; des caseloads limités; la prévention de l'épuisement professionnel grâce à une supervision et à une discussion continuelles; une communication permanente entre toutes les unités du traitement tout en conservant la spécificité du programme par rapport aux autres. Les auteurs décrivent aussi le portrait type de l'intervenant susceptible d'être efficace. Il se présente sous les traits suivants: un seuil élevé d'endurance face à la frustration; une grande tolérance vis-à-vis de l'ambivalence; l'aptitude à mesurer le progrès à partir d'indices à peine perceptibles; le sens de l'humour; l'aptitude à demander le support des autres; de la flexibilité, de la créativité et de la persistance dans le travail.

Harris et Begman (1984) ont pour leur part élaboré un programme de soins fondé sur une approche psychosociale agressive qui met l'accent sur la réinsertion sociale de ces patients, au «Saint Elizabeth's Hospital» à Washington D.C.

De leur côté, Stick et Senior (1984) parlent de l'«Adventure Therapy», une théorie d'apprentissage expérientielle basée sur des défis à réaliser afin de promouvoir la croissance de soi. Le postulat de cette théorie est que l'estime de soi s'accroît en accomplissant des tâches difficiles. Le programme consiste à exécuter une série de tâches, physiques et sociales, qui exigent des degrés de stress, d'inquiétude, de communication et de jugement immédiat correspondant à ceux que le client peut rencontrer pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne.

Un dernier courant insiste sur l'importance de la famille, sous forme de groupe d'entraide familiale (Hatfield, 1984) ou d'intervention directe des thérapeutes auprès de la famille. Ces thérapeutes y font une intervention de crise et offrent une aide continue après cette dernière, par des rencontres de groupes de familles ou de parents (Ryglewicz, 1984; Lavigueur, 1980). Les buts de ces rencontres sont les suivants: permettre à la famille d'avoir des relations constantes avec l'équipe de soins; lui fournir un support émotif et pratique; fournir un milieu qui permette de se supporter mutuellement et d'échanger sur les moyens appris pour faire face à des situations difficiles; et fournir de la thérapie familiale aux familles très motivées.

Selon Pepper *et al.* (1981), le traitement devrait avoir pour but de rendre le jeune plus conscient de soi et lui permettre d'identifier les signaux avertis-

seurs de stress et de chocs émotifs (comportements, états émotifs et modèles cognitifs), de sorte qu'il puisse orienter son action (éviter, demande d'aide). Schwartz et Goldfinger (1981) pensent qu'il faut développer chez le sujet les rationalisations pouvant faciliter son adaptation et l'empêcher d'aller vers un échec. Selon Pepper *et al.* le traitement doit amener le jeune à être conscient de ses problèmes vitaux et lui permettre d'identifier les modèles de comportements dysfonctionnels qui le plongent inévitablement dans les difficultés. Il faut aussi que le jeune apprenne à avoir des attentes réalistes et à court terme.

CONCLUSION: SUJET DE RÉFLEXION

Au Québec, l'expérience clinique en ce domaine est riche et de nombreux programmes de soins ont été élaborés pour les jeunes adultes. Nous pensons plus particulièrement à des projets institutionnels, comme le groupe d'ergothérapie, les foyers de groupe, les centres de jour, les appartements supervisés, etc., ou encore à certains projets alternatifs comme la Maison étudiante Saint-Jacques.

Mais les formulations originales, susceptibles de soutenir l'action et d'améliorer les connaissances, tardent. Nous commençons à peine à nous interroger (collectivement) sur ces jeunes adultes malgré certains appels en ce sens (Beau, 1982). Il y aurait nécessité qu'un colloque soit organisé sur ce thème et que les organismes publics qui subventionnent les recherches (C.Q.R.S., F.C.A.C., etc.), ou qui ont un mandat ministériel d'émettre des avis publics (Comité de la santé mentale du Québec), en fassent une priorité. Une telle rencontre susciterait les réflexions théoriques des praticiens, et les chercheurs universitaires, généralement peu enclins à s'intéresser au domaine de la psychose et de la chronicité en psychiatrie, pourraient y être attirés.

Les pistes de réflexions et de recherches pourraient être les suivantes:

1. Quelle est l'histoire personnelle, familiale et psychiatrique de ces jeunes? La lecture de leur dossier dévoile que, trop souvent, cette histoire est absente ou incomplète et qu'elle n'est pas mise à jour au cours des ans. Elle est chronicisée.

2. Quels sont les déficits de ces jeunes? Sont-ils semblables à ceux de leurs aînés qui ont connu

l'asile, et à qui on attribuait la raison de ces déficits? Quelle est leur origine?

3. Est-ce que ces jeunes sont tous semblables? Pourrait-on distinguer des sous-groupes plus élaborés que ceux de Sheets *et al.* (1981)? Quel est leur nombre?

4. Quelles motivations guident ces jeunes dans la vie? Pour quelles raisons continuent-ils à lutter, à revendiquer, même si tout le monde dit qu'ils ne pourront plus «fonctionner comme leurs semblables»? Est-ce que leur comportement est uniquement dû à leur «maladie»? Ne pourrait-il pas être aussi dû à leur jeunesse proprement dite? Quelle est leur psychodynamique?

5. Quel est le réseau social de ces jeunes? Comment font-ils pour survivre, satisfaire leurs besoins physiques, affectifs? Sont-ils vraiment les nouveaux vagabonds de nos villes?

6. Comment le système de soins actuel répond-il à leurs besoins? En quoi pourrait-il être amélioré? N'y aurait-il pas lieu d'axer les services fournis à ces jeunes autour d'équipes multidisciplinaires spécialisées à cette fin? Est-il possible d'améliorer l'articulation entre les soins psychiatriques proprement dits, les lieux de vie et la communauté environnante? Quelle place laisse-t-on à la famille dans le réseau de soins actuels?

Donc, afin de mieux connaître les jeunes adultes en voie de chronicisation et pour les aider à mieux vivre dans la communauté, il faut mettre en branle une concertation impliquant des chercheurs, des praticiens et des jeunes adultes eux-mêmes.

NOTES

1. À la suite de deux colloques qui ont eu lieu dans l'État de New York, en 1980 et 1981, sur le thème *Young Adult Chronic Patient*, une association fut créée en 1982. Appelée YACP (Young Adult Chronic Patient), elle a pour but de faire connaître et échanger les informations et nouvelles recherches sur les jeunes adultes.
2. Cette typologie peut être utile pour l'analyse et le traitement des jeunes adultes. Ainsi, Bergman et Harris (1984) ont analysé les réactions des jeunes qui sont passifs et dépendants de l'institution (le sous-groupe à faible énergie et à faible demande). Ils ont découvert que l'abandon du rôle de patient par le sujet (rôle qui a une valeur positive pour son identité) s'accompagne de quatre réactions affectives qui se présentent chronologiquement comme suit : 1. La crainte du monde extérieur à l'hôpital, lequel est vécu comme froid, compétitif et exigeant en termes d'autonomie ; à l'idée de recevoir son congé, le patient connaît une résurgence des symptômes ; 2. le deuil que le patient vit lorsqu'il perd son système hallucinatoire et se rend compte des chances antérieures qu'il

ne peut plus avoir ; 3. le désespoir que le patient sent car il ne peut imaginer l'avenir comme porteur d'espoir et de réparation ; 4. la colère qu'il ressent lorsqu'il est confronté aux luttes qu'engendre la vie en dehors de l'institution ; il se sent alors dépourvu, puisqu'on lui a enlevé sa psychose et qu'il ne se sent plus protégé des stress quotidiens.

3. Ce phénomène de la porte tournante n'est pas unique aux jeunes adultes. Il est aussi vécu par leurs aînés.

RÉFÉRENCES

- BEAU, R., 1982, Les jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie, un problème à repenser, *Santé mentale au Québec*, VII, 1, 42-49.
- BERZON, P., LOWENSTEIN, B., 1984, A flexible model of case management, *New Directions for Mental Health Services*, 21, 49-58.
- BOUCHER, F., 1984, Un portrait de l'étudiant à l'Université de Montréal, *Santé mentale au Québec*, IX, 2, 37-48.
- FLAX, J.W., 1982, Crisis intervention with the young adult patient, *New Directions for Mental Health Services*, 14, 69-76.
- GRUENBERG, E.M., 1974, The social breakdown syndrome and its prevention, in Caplan, G., ed., *American Handbook of Psychiatry*, II, Basic Books, New York.
- HARRIS, H., BERGMAN, H.C., 1984 a, Reassessing the revolving door: a developmental perspective on the young adult chronic patient, *Amer. J. Orthopsychiatry*, 54, 281-289.
- HARRIS, M., BERGMAN, H.C., 1984 b, The young adult chronic patient: affective responses to treatment, *New Directions for Mental Health Services*, 21, 29-36.
- HATFIELD, A.B., 1984, The family consumer movement: a new force in service delivery, *New Directions for Mental Health Services*, 21, 71-80.
- LAMB, H.R., 1982, Young adult chronic patients: the new drifters, *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 465-468.
- LAVIGUEUR, H., 1980, Rencontres avec des parents de schizophrènes, *Santé mentale au Québec*, V, 1, 54-62.
- NEFFINGER, G.C., SCHIFF, J.W., 1982, Treatment by objectives: a partial hospital treatment program, *New Directions for Mental Health Services*, 14, 77-84.
- PEPPER, B., KIRSHNER, M.C., RYGLEWICZ, H., 1981, The young adult chronic patient: overview of a population, *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 463-469.
- PEPPER, B., RYGLEWICZ, H., KIRSHNER, M.C., 1982, The uninstitutionalized generation: a new breed of psychiatric patient, *New Directions for Mental Health Services*, 14, 3-14.
- PLANTE, M.C., 1984, La santé mentale des jeunes et le chômage, *Santé mentale au Québec*, IX, 2, 17-25.
- RYGLEWICZ, H., 1984, An agenda for family intervention: issues, models and practice, *New Directions for Mental Health Services*, 21, 81-90.
- SCHACTER, M., GOLDBERG, W., 1982, GAP: a treatment approach for the young adult chronic patient, *New Directions for Mental Health Services*, 14, 85-90.
- SHEETS, J.L., PREVOST, J.A., REIHMAN, J., 1982, The young adult chronic patient: three hypothesized subgroups, *New Directions for Mental Health Services*, 14, 15-24.
- SCHWARTZ, S.R., GOLDFINGER, S.M., 1981, The new chronic patient: clinical characteristics of an emerging subgroup, *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 470-474.

STICH, T.F., SENIOR, W., 1984, Adventure therapy : an innovative treatment for psychiatric patients, *New Directions for Mental Health Services*, 21, 103-108.

UNGER, K.V., ANTHONY, W.A., 1984, Are families satisfied with services to young adult chronic patients? A recent survey and a proposed alternative, *New Directions for Mental Health Services*, 21, 91-98.

SUMMARY

For the first time, a generation of people (young adults of 18-35) with serious psychiatric problems can no longer use asy-

lums as a refuge from the stress of daily life. These people have to rely on their own experience with the help of a caring team, intermediary structures and medication to face the vicissitudes of life. But because they are very vulnerable to stress and suffer from psychosis or personality disorders, this is not easily done. They represent 10 % of all psychiatric patients and monopolize 40 % of the therapist's time and therefore become a serious challenge to the caring team. Considering the acuteness of the problem, we thought it would be interesting to know these young people better. Therefore, with the help of a review of literature, we will try to answer these questions : who are these people? What is their future? What is the underlying dynamics of their behavior? What programs do we offer for their care?