

Le jeune adulte en psychiatrie : expériences d'interventions cliniques

The young adult in psychiatry : the problem and experiences in intervention

Ginette Comtois, Christiane Jalbert and Christiane Morin

Volume 12, Number 1, June 1987

Aspects de la désinstitutionnalisation

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030375ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030375ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Comtois, G., Jalbert, C. & Morin, C. (1987). Le jeune adulte en psychiatrie : expériences d'interventions cliniques. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 90–98. <https://doi.org/10.7202/030375ar>

Article abstract

Young Adults represent a significant proportion of health care beneficiaries; in the field of psychiatry, their proportion is as significant as it is troublesome for those dispensing care. Young Adults aged 18 to 35 must rely on short-term health care policies that stress deinstitutionalization as the final goal; in short, they must deal with solutions that only partially address their problems and needs. This article focuses on Young Adults on a treatment center in the U.S.A. that specializes in this area and on a project of clinical intervention introduced by Louis-H. Lafontaine Hospital.

Le jeune adulte en psychiatrie : expériences d'interventions cliniques

*Ginette Comtois**
*Christiane Jalbert**
*et Christiane Morin**

Le jeune adulte occupe une place importante dans notre réseau de soins de santé et pose actuellement problème aux intervenants en psychiatrie. Âgé de 18 à 35 ans, il doit composer avec des politiques de soins à court terme visant la désinstitutionnalisation, lesquelles ne répondent que partiellement à ses problèmes et besoins. Cet article traite de ce jeune adulte, d'un centre de traitement aux États-Unis ayant développé une expertise dans ce domaine et d'un projet d'interventions cliniques initié au Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine.

Agissant comme professionnelles dans un Centre de santé mentale, nous nous interrogeons sur les problèmes engendrés par la venue d'une nouvelle génération de jeunes adultes consultant en psychiatrie. Comme intervenantes, plusieurs questions se posent : qui sont-ils? quels types d'interventions les rejoignent? quels sont les services à développer? Pour y répondre, nous résumerons, grâce à une revue de littérature, les principales caractéristiques cliniques du jeune adulte et nous brosserons un tableau des services et programmes offerts au Rockland County Community Mental Health Center, Pomona, New-York, qui a développé une expertise dans l'implantation et l'articulation de services pour jeunes adultes; nous y avons bénéficié d'un stage de formation en août 1985. Ensuite, nous présenterons un projet d'intervention clinique que nous avons mis sur pied à l'hôpital Louis-H. Lafontaine ainsi que nos observations de l'expérience avant notre séjour à New-York.

RAPPEL DE CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DU JEUNE ADULTE

La littérature le décrit comme étant majoritairement de sexe masculin, célibataire, âgé entre 18 et 35 ans, dépendant financièrement de l'État ou de sa famille et ayant reçu des services professionnels de santé avant l'âge de 18 ans. Bien que la schizophrénie est fréquemment diagnostiquée chez le sujet, on en rencontre une diversité d'autres tels que des états délirants, des désordres affectifs, une personnalité «borderline»... On note, de plus, l'importance du double diagnostic : soit le diagnostic psychiatrique et la toxicomanie, et la difficulté

d'avoir un diagnostic uniforme d'une hospitalisation à l'autre; le jeune est souvent amené en état de crise ou après avoir consommé drogue ou alcool.

Des déficits marqués des fonctions du moi sont aussi observés : un manque de contrôle des pulsions, une incapacité à vivre les délais et à intégrer ses expériences de vie, une perturbation de l'affect et une pauvreté au niveau du jugement. L'absence de ces mécanismes d'adaptation induira une très grande vulnérabilité aux changements, aux frustrations et au stress prolongé.

Les difficultés de fonctionnement du jeune sont importantes et durent depuis longtemps. On y retrouve un manque d'habiletés psychosociales, un manque de réalisme dans les projets entrepris, une dépendance continue ou une indépendance inappropriée face à l'entourage et un déni de la maladie. Toutes ces difficultés entraîneront le jeune adulte vers une succession d'échecs scolaires, professionnels et relationnels et rendront quasi impossible sa transition au monde adulte. Soulignons, comme dernier point, que ce jeune, face à l'aide et au traitement proposés, présente un haut degré d'immunité thérapeutique.

STAGE DE FORMATION AU ROCKLAND COUNTY COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTER (RCCMHC), POMONA, NEW-YORK

Ce qu'est le RCCMHC

Situé en banlieue nord de New-York, le Rock-

* G. Comtois est psychologue en réadaptation; C. Jalbert est travailleuse sociale et C. Morin est ergothérapeute au Centre hospitalier L.H. Lafontaine.

land County a une population de 270 000 habitants. Le RCCMHC offre un réseau de services unifiés comprenant plus de cinquante programmes, regroupés selon les trois problématiques suivantes : santé mentale, déficience intellectuelle et alcoolisme. Le RCCMHC, sous la direction du Dr Pepper, est le centre responsable de la coordination et de la distribution de l'ensemble des services et programmes du Rockland County. Ce centre a développé une expertise dans l'implantation de programmes spécifiques pour une clientèle de jeunes adultes.

Description des services et programmes pour la clientèle psychiatrique

Service d'urgence et d'intervention de crise

- Le service d'urgence offre, sur une base de vingt-quatre heures par jour, des services d'évaluation, d'orientation, de consultation téléphonique, en plus d'un accueil sur place avec assistance, si nécessaire. Le jeune adulte est un grand utilisateur de l'urgence.
- Le service d'intervention de crise est un service externe répondant à des problèmes de nature psychosociale. Les interventions s'adressent davantage à des patients qui, avec un support et une aide brève, pourront développer de nouveaux mécanismes de résolution de problèmes pour traverser une crise momentanée et retrouver un nouvel équilibre de fonctionnement. Le jeune adulte se différencie de ce type d'utilisateur. En effet, on note qu'une intervention à court terme, structurée et planifiée, ne peut résoudre ses véritables difficultés ni lui permettre de développer de nouveaux mécanismes d'adaptation. Toutefois, la situation de crise s'avère une occasion d'entrer en contact avec le sujet et d'amorcer un dialogue, afin de l'amener à investir dans une aide à plus long terme.

Service d'hospitalisation

L'unité d'hospitalisation répond à des soins aigus et dispose de 38 lits. La durée moyenne d'hospitalisation est de 17 jours. Cinq équipes multidisciplinaires assurent le suivi en cours d'hospitalisation et offrent des services professionnels similaires aux nôtres. À noter que la famille du patient est rencontrée dans les trois premiers jours suivant l'hospitalisation. Lors du congé d'un patient, l'équipe et le professionnel responsable de la révision des plans de soin tiennent une réunion particulière, ap-

pelée «discharge meeting», au cours de laquelle ils révisent les interventions et planifient les services à offrir en externe. Pour une hospitalisation à long terme, les patients sont référés au Rockland State Hospital.

«Acute Day Treatment Program»

L'ADTP, qui existe depuis 1977, offre deux programmes à court terme pour une clientèle aux prises avec des difficultés psychiatriques : un programme appelé «Acute Stabilization» (AS) et le programme «Intensive Day Treatment» (IDT). Notons que les patients aux prises avec un problème actif de toxicomanie sont exclus de ces programmes. L'«Acute Stabilization» (AS) offre des services visant à prévenir des hospitalisations chez des patients en crise ou à permettre une plus grande récupération suite à un séjour à l'hôpital. Ce programme est offert cinq jours par semaine et permet une observation étroite et un milieu de support pour les patients. La durée moyenne des séjours est de deux semaines.

L'«Intensive Day Treatment» offre un traitement de réadaptation, quatre jours par semaine, à des patients susceptibles de se reprendre en charge et de retrouver une vie autonome dans un court laps de temps, soit 14 semaines. Le traitement offert en est un par objectifs et vise à outiller chaque participant d'une méthode d'identification et de résolution de problèmes. Les difficultés touchées sont la condition psychiatrique, les comportements, les rôles et l'organisation de la vie quotidienne. Suivant les priorités de changement établies, le patient est aidé à formuler des objectifs réalisables, ainsi que les étapes hebdomadaires qu'il doit franchir pour les atteindre. Le groupe permet une entraide dans la révision et la poursuite de ces objectifs. La participation au groupe fait l'objet d'un contrat. On rapporte que le jeune adulte n'a pas l'énergie, la motivation, ni les capacités exigées pour s'engager dans un tel programme. Celui-ci se plaint du fait que le traitement est à court terme, qu'il est trop structuré; l'usage de drogue l'exclut automatiquement. Dr Neffinger souligne que le jeune adulte chronique a besoin d'un programme à long terme et de structures souples visant prioritairement à procurer un milieu social et supportant.

«Community Support Centers»

Les «Community Support Centers» offrent, de-

puis 1971, des services de centre de jour à long terme pour une clientèle psychiatrique chronique. Ces centres ont pour but d'apporter à cette clientèle support et assistance nécessaires à leur maintien dans la communauté. Les services professionnels disponibles sont les suivants : suivi médicamenteux, thérapie individuelle, de groupe, familiale, groupes de socialisation, entraînement aux tâches de la vie quotidienne, activités récréatives et culturelles, thérapie par l'art. Certains de ces services sont accessibles sept jours par semaine et en soirée.

«Growth Advancement Program»

En août 1979, le GAP a été créé afin de répondre aux besoins de la population de jeunes adultes chroniques pour laquelle les services existants et l'approche thérapeutique traditionnelle s'avéraient inefficaces. Suite au mouvement de désinstitutionnalisation, la population des Community Support Centers s'est vue grandement modifiée vu l'accroissement rapide d'une clientèle lourdement handicapée avec laquelle les jeunes adultes ne voulaient plus s'identifier. Malgré leur grand besoin de services de support, ces derniers désertaient les centres de jour. Ces observations ont conduit à la mise sur pied d'un groupe composé de dix jeunes adultes. Ce groupe, à raison d'un soir par semaine, a permis le regroupement des jeunes et a conduit à la mise sur pied du «Growth Advancement Program».

Un des objectifs du GAP est de suppléer au milieu social, créer support et entraide, encourager le jeune adulte à être plus impliqué dans le déroulement du traitement offert. La popularité grandissante de ce programme, qui rejoint actuellement 125 jeunes adultes, et les besoins diversifiés observés par les intervenants ont conduit à la création de différents sous-groupes suivant les problématiques présentées. Le patient peut garder contact avec le thérapeute référant, mais la prise en charge sera graduellement transférée aux thérapeutes du programme avec qui il créera des alliances thérapeutiques.

Dès le départ, chaque jeune adulte inscrit au programme bénéficie d'un plan d'intervention individualisé. Le patient a un suivi individuel régulier avec un professionnel et, de plus, il est invité à participer à un suivi de groupes suivant ses intérêts, préoccupations et difficultés à travailler. Ces groupes sont homogènes et restreints afin de dévelop-

per un sentiment d'appartenance. Ce cadre d'intervention sécurisant permet au jeune adulte de développer ses capacités à socialiser, à résoudre des problèmes, à prendre des décisions appropriées. L'originalité du GAP réside dans le fait que les professionnels favorisent une approche — individuel et de groupe — complémentaire et à long terme.

«Case Management Program»

Le programme de Case Management est vu comme étant une composante essentielle aux différents services de support dans la communauté pour une clientèle désinstitutionnalisée ou lourdement handicapée. À cet effet, le Case Manager aide le patient à composer de façon plus efficace avec son environnement. Ainsi, ses tâches sont d'apporter du support, de donner des conseils, d'assister en vue d'une meilleure organisation de la vie quotidienne, d'accompagner, de relancer et d'orienter vers des ressources appropriées. De plus, le Case Manager est un agent de liaison entre le patient et le système de soins permettant une meilleure continuité des services. Plusieurs critères restreignent l'accessibilité du jeune adulte à ce programme. Ainsi, il est observé que seulement 20 % de la clientèle est composée de jeunes adultes, alors que les besoins identifiés augmenteraient à 50 %.

Ressources d'hébergement

Le RCCMHC accuse un manque au niveau des ressources d'hébergement. Le contexte socio-culturel et économique favorise le développement de ressources pour les groupes de 10 à 15 patients chacun, d'appartements supervisés, souvent partagés à plusieurs, et rend difficile l'accès aux appartements autonomes. Les appartements autonomes sont peu accessibles, vu le coût exorbitant du logement. À l'exception du CLUE et d'une maison pour jeunes, il existe peu de ressources spécifiques pour les jeunes adultes et leur développement est à prévoir.

«Alcohol and Substance Abuse Program»

Ce programme offre des services spécifiques pour la clientèle psychiatrique. Constatant l'existence fréquente chez le jeune adulte chronique du problème psychiatrique et du problème d'abus de drogues et d'alcool, les services psychiatriques du RCCMHC ont cerné l'importance d'établir une collaboration

étroite avec les services de toxicomanie, pour mieux coordonner les interventions et développer des services spécifiques pour les patients ayant ce double problème. Des ententes sont prises face à la priorisation du problème ainsi que pour les modalités de traitement.

Des groupes d'entraide ont donc été spécifiquement développés. Nommés «Double Trouble», ils utilisent une formule du même type que celle des Alcooliques anonymes. La différence réside dans le fait que la personne est amenée à reconnaître à la fois sa toxicomanie et son problème psychiatrique, de même qu'à recevoir du support pour ces deux problèmes.

Coordination de l'ensemble des services et programmes

Chaque programme a un coordonnateur sur place qui assume des tâches cliniques et administratives. Ce coordonnateur dirige son programme et possède un budget autonome. Différents professionnels remplissent cette fonction, tels que des travailleurs sociaux, des psychologues, des psychiatres. Une fois par mois, les coordonnateurs des programmes et les directeurs des services desservant la population du comté se réunissent pour discuter des problèmes communs, des zones grises, des failles du système, des liens de collaboration et de la priorisation de nouveaux projets. Le Dr Pepper, directeur du RCCMHC, assume avec ses adjoints, le Dr M. Kirshner, psychologue, et Mme H. Ryglewicz, travailleuse sociale, le leadership de ce comité. Tout nouveau projet doit être soumis à ce comité afin d'éviter une duplication de services.

TIE : The Information Exchange on Young Adult Chronic Patients Inc.

Le RCCMHC a mis sur pied une organisation à but non lucratif offrant des services de consultation, de diffusion d'informations, d'échanges avec d'autres professionnels des États-Unis et le public concernant la problématique des jeunes adultes chroniques. Le «TIE» vise à encourager la recherche et le développement de nouveaux programmes, à favoriser la consultation et l'enseignement. Un journal scientifique, *TIE-LINES*, est publié régulièrement. En plus, des programmes itinérants de formation sont disponibles.

En résumé, le RCCMHC, en plus d'avoir développé ou repensé ses programmes en fonction de la clientèle jeune adulte, a élaboré des lignes directrices pour l'implantation de programmes s'adressant aux jeunes adultes chroniques. Selon ces professionnels, il est essentiel de faire une analyse des besoins de la clientèle et de développer une philosophie d'intervention commune basée sur la chronicité. De plus, il est important de réévaluer les services existants en vue d'instaurer des services et programmes complémentaires en externe. Ces programmes doivent être coordonnés efficacement et des liens de collaboration doivent être établis. Les services doivent prévoir trois niveaux d'intervention soient : un service de support et de réadaptation pour le jeune adulte, des services à la famille et des services au niveau des ressources d'hébergement.

NOTRE PROJET D'INTERVENTION AUPRÈS DU JEUNE ADULTE

Le point de départ

En 1983, en tant qu'intervenants en service social et en ergothérapie, nous recevions de nombreuses demandes d'intervention psychosociale et de réadaptation pour de jeunes adultes. Identifiant des besoins particuliers, nous avons travaillé ensemble; une psychologue en réadaptation s'est jointe à l'équipe en septembre 1985. Notre intérêt commun pour ces jeunes adultes et leur regroupement nous a permis de cerner une problématique particulière, de réajuster et de développer de nouveaux moyens d'intervention. De là, nous avons élaboré un projet clinique, auquel s'est ajoutée une demande de formation au Rockland County Community Mental Health Center, Pomona, New-York. Le projet a été présenté en février 1985 au CRSSSMM et à la direction des Services hospitaliers de l'hôpital Louis-H. Lafontaine. L'appui de notre projet par ces organismes en a permis le développement.

Le projet d'intervention

Ce projet consiste à offrir à un groupe restreint de jeunes adultes des services professionnels visant leur réadaptation et leurs réinsertions sociale et professionnelle. Les effectifs professionnels sont composés d'une ergothérapeute, d'une travailleuse sociale et d'une psychologue en réadaptation, cette

dernière étant employée à mi-temps. Au départ, nous avons formulé certaines conditions au projet : le jeune doit être âgé entre 18 et 30 ans, présenter des diagnostics d'ordre psychotique et avoir manifesté, de longue date, des difficultés importantes de fonctionnement. Ce peut être un retrait social, une

instabilité au niveau de l'étude, de l'emploi, de l'hébergement, ainsi que des difficultés de relations avec l'entourage. Nous vous présentons un tableau synthétique de certaines caractéristiques des 37 jeunes adultes suivis dans le cadre du projet :

TABLEAU 1
Caractéristiques de la clientèle du programme

ÉTAT CIVIL:	Célibataires, pour la majorité d'entre eux.
SEXE:	23 hommes — 14 femmes
ÂGE MOYEN:	24 ans
REVENU:	Aide sociale, pour plusieurs Salaire régulier (5/37), pour certains
SCOLARITÉ MOYENNE:	Secondaire IV
MILIEU DE VIE ACTUEL:	Parents = 14 famille d'accueil = 10 chambre = 1 appartement supervisé = 4 appartement autonome = 4 hôpital = 4
ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES:	Plusieurs suivis en pédopsychiatrie ou par les services sociaux
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS À LOUIS-H. LAFONTAINE	Aucune = 3 un à 3 = 23 4 et plus = 11
JEUNES DISANT AVOIR UNE HABITUDE DE CONSOMMATION DE DROGUE ET D'ALCOOL:	28
TENTATIVES SUICIDAIRES:	15

Interventions auprès du jeune adulte

Nos interventions s'inscrivent dans une approche de réadaptation psychosociale. Elles visent à aider le jeune à développer une plus grande autonomie, à actualiser ses forces et à se donner de nouveaux moyens d'adaptation pour faire face au stress de la vie quotidienne. Ce processus de maturation et de réadaptation s'inscrit sur une longue période de temps comme tout processus développemental. Nous considérons le suivi individuel et de groupe

essentiel et complémentaire. Tous les jeunes sont suivis individuellement par un thérapeute et 75 % participent à des rencontres de groupes de façon régulière. Nos interventions se situent au niveau du jeune adulte, de sa famille, de son milieu de vie et des ressources communautaires. Nous insistons sur la nécessité de partager, comme intervenantes, une philosophie commune d'intervention, de coordonner étroitement notre action clinique, de reconnaître la spécificité de la formation de chacune et d'as-

surer une continuité dans les services.

À partir de notre expérience clinique auprès du jeune adulte, nous avons dégagé quatre phases d'intervention. Ces phases ont été élaborées à partir de notre action quotidienne auprès de cette clientèle. Il est à préciser que nos jeunes ne se situent pas tous au même niveau au début de la prise en charge. Il n'existe donc pas de période de temps prédéterminée pour l'atteinte ou le passage à l'une ou l'autre de ces phases. Nous tenons compte à la fois du niveau de fonctionnement du jeune, de ses besoins, de son rythme et de ses périodes de crises pour ajuster nos interventions.

Phase 1

L'enjeu de la première phase est de créer une mutualité en vue d'avoir une signification pour le jeune adulte et de faire avec lui une alliance thérapeutique. De par une attitude tolérante et compréhensive face à certains comportements ou attitudes de ce dernier, nous lui démontrons notre intérêt à entrer et à demeurer en contact avec lui. Nous insistons sur l'importance du «reaching out» : nous planifions des relances, soit au téléphone, soit par des visites à domicile, et nous ne prenons pas ses «non» comme définitifs. De plus, nous accordons beaucoup d'importance aux problèmes concrets du jeune adulte et nous lui portons assistance de façon ponctuelle. Bref, nous acceptons son niveau de fonctionnement et reconnaissons ses efforts, si minimes soient-ils.

Phase 2

Alors qu'à la première phase, l'enjeu était de développer une mutualité avec le jeune, à la deuxième phase s'amorce le processus de changement. Un des indices qui témoigne que nous avons atteint cette étape, c'est que celui-ci maintient un contact régulier et sollicite notre assistance pour l'aider à solutionner des difficultés parfois bien imprécises. Le jeune adulte passe d'une attitude plus passive, où il reçoit, à une attitude plus active au niveau du traitement. L'auto-observation, les relectures du quotidien, les échanges centrés sur les faits, plutôt que sur les impressions, l'amènent à verbaliser sur sa situation et améliorent ses perceptions de la réalité. Nous l'aidons, de plus, à repenser son mode de fonctionnement actuel à partir de ses points de repère, nous le stimulons à explorer d'autres façons de faire et à développer de nouveaux intérêts. Le

jeune arrive ainsi à se percevoir différemment, il s'adapte mieux à sa maladie et garde l'espoir d'améliorer sa condition.

Phase 3

À cette phase, le sujet, étant plus conscient de son mode de fonctionnement, pourra se donner de nouveaux moyens et mieux respecter les étapes, en regard des projets envisagés. Ce qui caractérise cette phase est que le jeune s'engage davantage, se responsabilise dans son processus de réadaptation et accepte de faire un changement à la fois. Il est aussi plus tolérant face aux délais et aux changements suscités par sa démarche, en vue d'atteindre les nouveaux buts qu'il s'est fixés. Nous l'aidons alors à établir des priorités dans les changements envisagés.

Bien que toujours suivi individuellement, le jeune s'implique davantage dans le suivi avec le groupe. Nos groupes se définissent comme des groupes éducationnels. Le terme «éducationnel», que nous avons choisi, situe thérapie et éducation sur un *continuum*. Les rencontres de groupes favorisent de nouveaux apprentissages en offrant à l'individu un milieu d'intervention où, d'une part, il peut apprendre à réagir aux autres et, d'autre part, apprendre comment les autres réagissent à lui. Ces groupes sont, de plus, un lieu d'écoute des besoins des participants, qui les aident à s'exprimer sur les problèmes rencontrés et les moyens possibles pour faire face à leurs difficultés. Ils présentent des structures souples, flexibles, réajustées suivant les besoins des jeunes. Présentement, ceux-ci ont été regroupés d'après leurs préoccupations communes, leurs intérêts et leurs difficultés à améliorer. Nous offrons les six types de groupes suivants dont le nombre de participants est limité à cinq : groupe d'habiletés sociales, groupe de discussion, groupe d'organisation du quotidien, groupe de ressources communautaires, groupes de tâches et groupe d'orientation et de préparation au travail.

Le taux de participation au suivi de groupe est élevé. Au départ, le jeune fait des essais dans différents groupes, puis s'approprie graduellement à ce type d'intervention. Il apprécie le nombre restreint des participants, la diversité des groupes, le climat de confiance ; il se retrouve lui-même dans le niveau de fonctionnement de ses pairs. Progressivement, il investit cette modalité de traitement et en fait un outil indispensable à sa réadaptation.

Phase 4

L'enjeu de cette phase est de favoriser l'intégration des habiletés psychosociales et des changements aux habitudes de vie. C'est la période où le jeune adulte se voit mieux équipé pour entreprendre de nouveaux défis : travail à l'extérieur, loisirs, études, etc. Le thérapeute maintient un suivi individuel et régulier en vue d'aider le sujet à consolider des modèles de comportements qui soient mieux adaptés au stress de la vie quotidienne.

Interventions auprès de la famille

Les interventions auprès de la famille se sont avérées essentielles, puisque la majorité de nos jeunes adultes vivaient dans leur famille au début de la prise en charge. Nous constatons que les parents sont isolés, qu'ils sont dans un état d'épuisement, de détresse, qu'ils vivent dans la culpabilité et éprouvent souvent un sentiment d'échec. Nous offrons à la famille un suivi régulier dans le cadre d'une approche psycho-éducative. Ces rencontres visent à amener les parents à collaborer au traitement devant favoriser l'autonomie et la réinsertion du jeune. Les interventions ont pour but d'augmenter la compréhension du problème, d'améliorer la communication, de diminuer la charge affective, d'identifier les stress et de favoriser de nouvelles stratégies d'ajustement. Nous voulons, au cours des prochains mois, mettre sur pied un groupe de parents.

Interventions dans le milieu de vie

Nous considérons important d'intervenir dans le milieu de vie du jeune adulte, qu'il vive dans sa famille, en famille d'accueil, en appartements supervisés ou de façon autonome.

Nos interventions visent, entre autres, à connaître son milieu de vie, identifier les besoins et les aptitudes nécessaires à une meilleure adaptation à ce milieu, superviser sur place les apprentissages et amener l'entourage à collaborer aux efforts de réadaptation.

Interventions auprès des ressources

Ces interventions favorisent l'acceptation et l'intégration du jeune dans différentes ressources de loisir et de travail. Les intervenants de ces ressources acceptent de collaborer entre eux. Du support et de l'information peuvent être donnés au besoin.

Nos observations

L'implantation récente de ce projet ne permet pas, à ce jour, de recueillir des données statistiques pouvant soutenir la pertinence ou l'efficacité d'une telle approche. Sans pour autant leur attribuer un caractère scientifique, nous avançons certains commentaires et observations sur l'évolution de notre clientèle.

Vaincre l'isolement social

Un impact à ce plan est observé. En effet, les jeunes adultes participent, en moyenne, à trois rencontres de groupe par semaine et plusieurs s'impliquent dans un programme de loisirs le soir ou la fin de semaine. Quelques-uns ont échangé leur numéro de téléphone et s'appellent pour des sorties occasionnelles telles que cinéma, promenades, activités sportives. Ils apprécient se retrouver entre eux pour partager des intérêts similaires (musique, sport, etc.) ou discuter de préoccupations communes (drogue, travail, maladie, etc.). Le groupe permet aux jeunes de s'approprier aux autres et de découvrir de nouveaux intérêts. La présence de personnes ressources est nécessaire afin de favoriser l'adaptation des sujets, de les sécuriser, de les amener à trouver la place qui leur revient et de les aider à résoudre les conflits survenant dans l'apprentissage d'une vie sociale.

Résultats du traitement

Face au traitement, nous constatons que, suite à une période de «reaching out» variant de quelques semaines à plusieurs mois, la majorité des jeunes sont assidus à leur rendez-vous. Ils demandent des rencontres régulières et s'impliquent davantage dans leur suivi. Face à une situation problématique, ils viennent vérifier nos perceptions et réévaluent les leurs avant de prendre une décision. Cependant, malgré le suivi apporté, certains continuent d'utiliser l'urgence et des réadmissions sont parfois nécessaires. L'aspect significatif est que ces jeunes consultent davantage par eux-mêmes, souvent dès l'apparition des premiers symptômes, sans attendre d'être amenés par une tierce personne (police, famille).

Habiletés à communiquer

Parmi les principaux changements, nous observons, après plusieurs mois, une amélioration des

habiletés à communiquer, ce qui est corroboré par l'entourage. Les jeunes donnent plus fréquemment leurs points de vue, articulent mieux leurs demandes et démontrent une meilleure capacité d'écoute. Toutefois, les lacunes persistent dans l'affirmation de soi.

Habitudes de consommation

Une diminution des habitudes de consommation de drogues ou d'alcool est constatée. Malgré la présence de récidives, certains jeunes s'abstiennent durant une longue période et s'efforcent de demeurer sobres. Ils acceptent de discuter de ce problème et démontrent un intérêt à se connaître à jeun.

Les projets révisés

Les sujets acceptent davantage de réviser leurs projets en fonction de leurs capacités et limites. Ceci ne se fait pas sans heurts, à cause des difficultés à tolérer les délais, les frustrations et le maintien d'aspirations élevées. Les renégociations de leurs différents projets sont fréquentes. Nous aidons les jeunes à se définir de nouveaux intérêts et à rechercher une activité significative à travers laquelle ils pourront se sentir utiles et valorisés, sans avoir à vivre toutes les pressions d'un travail compétitif. Par exemple, plusieurs d'entre eux, en quête d'un emploi, sont référés pour des stages en milieu de travail ou des travaux communautaires rejoignant leurs intérêts, plutôt que d'être dirigés vers des organismes protégés.

La famille collabore

Nos interventions psycho-éducatives auprès des parents nous permettent de constater des changements positifs. Par exemple, nous notons chez eux une diminution de l'anxiété et du sentiment d'échec, un réajustement de leurs attentes et une revalorisation du rôle parental. Les parents deviennent des collaborateurs aux efforts de réadaptation de leurs jeunes. Certaines difficultés entravent ce rôle de collaboration, telles que la négation de la maladie et ses implications, de même que la présence de problèmes personnels.

Autres considérations

L'évolution des jeunes adultes dans différentes phases d'interventions ne se fait pas de façon linéaire et la transition au monde adulte demeure bien

chaotique. La sévérité de la maladie, les nombreuses revendications, les remises en question du suivi, le retrait, la réapparition de projets impétueux sont autant de difficultés auxquelles nous sommes confrontés. Aussi, tolérance, souplesse, reconnaissance des efforts du jeune, si minimes soient-ils, et partage d'une philosophie commune d'intervention à long terme sont des aspects essentiels dans le suivi. Afin d'assurer une continuité de soins et de demeurer disponibles pour répondre de façon ponctuelle aux situations de crise, il est très fréquent pour nous de remanier nos horaires et d'accumuler du temps supplémentaire. Comme intervenantes, notre implication personnelle est grande et, comme équipe, nous devons nous donner support et entraide mutuels.

Au cours des prochains mois, nous envisageons de développer des instruments pour évaluer l'efficacité de nos moyens d'intervention. Cette étape essentielle nous permettra d'apporter des éléments de réponses aux interrogations suivantes : Quels sont les ajustements à faire au niveau des moyens de réadaptation? Quel niveau optimal d'autonomie le jeune adulte peut-il atteindre? Peut-on déterminer une durée moyenne de passage à chacune des phases? Quels sont les jeunes pour lesquels l'investissement est à repenser?

CONCLUSION

Les politiques de désinstitutionnalisation et les services de soins à court terme n'ont pas enrayer la chronicité du jeune adulte qui consulte en psychiatrie. Il devient donc pressant, si on veut éviter le «dumping», la «réinstitutionnalisation» ou le syndrome de la «porte tournante» d'offrir à cette clientèle des services de soins à long terme, adaptés à ses besoins et regroupant des services médicaux, psychosociaux et de réadaptation. Tous ces programmes doivent être complétés par un réseau de services adaptés dans la communauté.

Notre expérience-pilote et le stage de formation démontrent qu'il est possible d'intervenir auprès du jeune adulte et de développer chez lui une plus grande autonomie. Pour nous, la normalisation ne constitue pas l'objectif ultime à atteindre. Nous visons plutôt une certaine stabilité dans la communauté et une meilleure qualité de vie pour ce dernier.

Il existe actuellement plusieurs projets isolés dont

l'objectif est de répondre aux besoins de cette clientèle souvent laissée pour compte. Nous insistons sur le fait qu'il serait important de concerter nos efforts en vue d'en arriver à l'adoption d'un plan d'ensemble visant la réadaptation du jeune adulte, tant au niveau des soins de santé que des ressources à développer dans la communauté. Sans ces considérations, il nous semble que la «désinstitutionnalisation» n'aura rempli qu'une partie de son mandat face à cette clientèle, soit la «déshospitalisation».

RÉFÉRENCES

- ANDERSON, C.M., HOGARTY, G.E., REISS, D.J., 1980, Family treatment of adult schizophrenic patients : a psychoeducational approach, *Schizophrenia Bulletin*, 6, n° 3, 490-505.
- BACHRACH, L.L., 1983, *Young adult Chronic Patients : An Analytical Review of the Literature*, Hospital and Community Psychiatry Service, Washington, Second Printing, November, 2-10.
- BACHRACH, L.L., 1978, A Conceptual approach to deinstitutionalization, *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 573-578.
- BASSUK, E., GERSON, S., 1980, Chronic crisis patients : a discrete clinical group, *American Journal of Psychiatry*, 137, n° 12, 1513-1517.
- BERGERON, D., CANTIN, L., 1986, Pour une nouvelle approche clinique de la psychose : le 388, *Santé Mentale au Québec*, XI, n° 1, 149-172.
- CATON, C.L.M., 1981, The new chronic patient and the system of community care, *Hospital and Community Psychiatry*, 32, n° 7, 475-478.
- CHRZANOWSKI, G., Problem patients or troublemakers? Dynamic and therapeutic considerations, *American Journal of Psychiatry*, 34, 26-38.
- COMTOIS, G., DESROSIERS, P., 1982, Le groupe de counseling : un outil de réadaptation pour une clientèle psychiatrique, *Santé Mentale au Canada*, 30, n° 2, 9-11.
- GUINDON, J., 1982, *Vers l'autonomie psychique*, ed. Fleurus, Collection pédagogique psychosociale, Paris.
- JALBERT, C., MORIN, C., *Concept et services développés pour la population jeunes adultes*, document non publié, 40 p.
- LAMB, R., 1983, *Young Adult Chronic Patient : The New Drifters*, Hospital and Community Psychiatry Service, Washington D.C., Second Printing, November, 17-20.
- LAMB, H.R., 1980, Structure : The neglected ingredient of community treatment, *Archives of General Psychiatry*, 37, 1224-1228.
- LAMB, H.R., OLIPHANT, E., 1979, Parents of schizophrenic advocates for the mentally ill, I, *New Directions for Mental Health Services*, n° 2.
- LAMB, H.R., 1979, The new asylums in the community. *Archives of General Psychiatry*, 36, 129-134.
- LAMB, H.R., GOERTZEL, V., 1971, Discharged mental patients — Are they really in the community? *Archives of General Psychiatry*, 24, 29-34.
- LECOMTE, Y., 1984, Les jeunes adultes (18-35 ans) en voie de chronicisation, *Santé Mentale au Québec*, IX, n° 2, 134-140.
- MACKEY, R.A., 1985, *Ego Psychology and Clinical Practice*, Gardner Press, 252 p.
- PEPPER, B., 1985, The young adult chronic patient : population overview, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, vol. 5, n° 3, 35-75.
- PEPPER, B., RYGLEWICZ, H., 1984, Treating the young adult chronic patient : an update, *New Directions for Mental Health Services*, n° 21, 5-15.
- PEPPER, B., RYGLEWICZ, H., 1984, Advances in treating the young adult chronic patient, *New Directions for Mental Health Services*, n° 21, 119.
- PEPPER, B., RYGLEWICZ, H., 1983, Unified services : a New York state perspective, *New Directions for Mental Health Services*, n° 18, 39-47.
- PEPPER, B., RYGLEWICZ, H., 1982, Unified services : concept and practice, *Hospital and Community Psychiatry*, 33, n° 9, 762-765.
- PEPPER, B., RYGLEWICZ, H., 1982, The young adult chronic patient, *New Directions for Mental Health Services*, n° 14, 119 p.
- PEPPER, B., RYGLEWICZ, H., 1981, The young adult chronic patient : overview of a population, *Hospital and Community Psychiatry*, 32, n° 7, 463-469.
- PREVOST, J.A., 1983, *Commentary : Youthful Chronicity : Paradox of the 80s*, Hospital and Community Psychiatry Services, Washington D.C., Second Printing, November, 37.
- ROBBINS, E., STERN, M., ROBBINS, L., and others, 1978, Unwelcome patients : where can they find asylum? *Hospital and Community Psychiatry*, 29, n° 1, 44-46.
- SCHWARTZ, S., GOLDFINGER, S., 1981, The new chronic patient : clinical characteristics of an emerging subgroup, *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 470-474.
- SEGAL, S.P., BAUMOHL, J., 1980, Engaging the disengaged : proposals on madness and vagrancy, *Social Work*, 25, n° 5, 358-365.
- SHEETS, J.L., PREVOST, J.A., REIHMAN, J., 1983, *Young Adult Chronic Patients : Three Hypothesized Subgroups*, Hospital and Community Psychiatry Services, Washington D.C., Second Printing, November, 10-16.
- TALBOTT, J.A., 1983, *Commentary : The Emerging Crisis in Chronic Care*, Hospital and Community Psychiatry Services, November, 1.

SUMMARY

Young Adults represent a significant proportion of health care beneficiaries; in the field of psychiatry, their proportion is as significant as it is troublesome for those dispensing care. Young Adults aged 18 to 35 must rely on short-term health care policies that stress deinstitutionalization as the final goal; in short, they must deal with solutions that only partially address their problems and needs. This article focuses on Young Adults on a treatment center in the U.S.A. that specializes in this area and on a project of clinical intervention introduced by Louis-H. Lafontaine Hospital.