

Les jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie, un problème à repenser

Young adults in psychiatric hospitals : a problem in need of reflection

Raymond Beau

Volume 7, numéro 1, juin 1982

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030123ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030123ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Beau, R. (1982). Les jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie, un problème à repenser. *Santé mentale au Québec*, 7(1), 42–49. <https://doi.org/10.7202/030123ar>

Résumé de l'article

Cet article traite du problème posé par les jeunes adultes actuellement hospitalisés en psychiatrie. Les recherches scientifiques citées et commentées par l'auteur révèlent comment le fossé des générations se manifeste dans les unités psychiatriques, notamment par un nombre élevé de sorties contre ou sans avis médical chez les jeunes patients de 18 à 27 ans. Situés dans la zone d'âge des adultes sans être reconnus comme tels, n'ayant plus l'accès aux services pour adolescents, les jeunes adultes vivent de multiples problèmes de communication dans un système mal adapté à leurs besoins. De plus, s'ils mènent une vie sociale marginale, leurs risques d'hospitalisations et d'institutionnalisation deviennent encore plus grands. L'auteur conclut à la nécessité de reconnaître l'existence et l'importance de ce problème, et de modifier d'abord certaines conditions institutionnelles pour que divers moyens thérapeutiques puissent être utilisés avec moins de risques d'échecs.

LES JEUNES ADULTES HOSPITALISÉS EN PSYCHIATRIE, UN PROBLÈME À REPENSER

Raymond Beau*

Cet article traite du problème posé par les jeunes adultes actuellement hospitalisés en psychiatrie. Les recherches scientifiques citées et commentées par l'auteur révèlent comment le fossé des générations se manifeste dans les unités psychiatriques, notamment par un nombre élevé de sorties contre ou sans avis médical chez les jeunes patients de 18 à 27 ans. Situés dans la zone d'âge des adultes sans être reconnus comme tels, n'ayant plus l'accès aux services pour adolescents, les jeunes adultes vivent de multiples problèmes de communication dans un système mal adapté à leurs besoins. De plus, s'ils mènent une vie sociale marginale, leurs risques d'hospitalisations et d'institutionnalisation deviennent encore plus grands. L'auteur conclut à la nécessité de reconnaître l'existence et l'importance de ce problème, et de modifier d'abord certaines conditions institutionnelles pour que divers moyens thérapeutiques puissent être utilisés avec moins de risques d'échecs.

INTRODUCTION

*L'article qui suit a été conçu à partir du matériel rassemblé pour une conférence donnée par l'auteur**. Aucun texte n'avait alors été rédigé, mais de simples notes accolées à un plan général.*

En préparant cette conférence, j'avais été frappé par la difficulté de trouver une documentation vraiment adéquate. Mon expérience clinique, et les échanges que j'avais eus au préalable, suffisaient pourtant à me convaincre de l'intérêt et aussi de l'importance de ce problème. Finalement, après avoir trié et recoupé les références fournies par deux systèmes d'informatique, il était clair que ce sujet n'avait suscité que peu de littérature et de recherche scientifique depuis 1970, date limite retenue pour garder aux données un caractère d'actualité. Autant parle-t-on de l'adolescent pathologique, autant une sorte de silence semble entourer ce même adolescent, pourtant encore si peu changé, mais que le cap fatidique de ses dix-huit ans entraîne impitoyablement dans le champ de gravité de la psychiatrie pour adultes.

Dire que le fossé des générations s'est particulièrement accentué depuis le début des années 70 est devenu un lieu commun. Un tournant décisif a marqué alors les rapports entre adultes et adolescents, pendant qu'on assistait parallèlement aux débuts d'un changement profond dans les rapports entre sexes. Ce dernier semble maintenant destiné à marquer particulièrement la décennie des années 80.

Tous ces mouvements nouveaux dans la nature même des relations humaines ont été ou sont amplement discutés, commentés, publicisés, et font l'objet de multiples communications. Pourtant, ils franchissent difficilement le seuil de certains milieux institutionnels déjà très structurés et pourvus de solides traditions.

Dans un milieu comme la psychiatrie, où une partie importante des problèmes vécus sont finalement des problèmes psychologiques, et particulièrement des problèmes de relations et de communication, on aurait pu s'attendre à ce que ces changements dans les rapports humains soient ressentis et véhiculés mieux et plus vite que dans d'autres domaines. Ça ne semble malheureusement pas être toujours le cas. Plus important, plus actuel et mieux publicisé, le problème de la situation particulière des femmes en psychiatrie commence à être étudié en profondeur, mais la situation des adolescents et adolescentes de plus de dix-huit ans,

* Raymond Beau est psychologue et dirige le Service d'Orientation et de Réadaptation Professionnelle à l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine de Montréal – Auteur de plusieurs articles sur la réhabilitation des patients psychiatriques et le rôle des conseillers en réhabilitation.

** Hôpital Louis-H.-Lafontaine 18 février 1981

noyés dans des systèmes de soins conçus pour les adultes, et parfois dans des institutions plus que centenaires, ne fait l'objet que de très peu d'études.

Quelques chercheurs se sont pourtant déjà intéressés au sujet et ont commencé à identifier les signes et les résultats parfois inquiétants du fossé des générations dans les unités psychiatriques, faisant ressortir ainsi des signes de vieillissement d'une partie des structures et des méthodes.

Mal à l'aise dans un milieu non conçu pour lui, situé dans une zone d'âge incertaine, et à laquelle n'appartiennent que peu de membres du personnel, le jeune adulte communique peu, sinon avec ceux qu'il peut considérer comme ses pairs, ou, de façon très sélective, avec ceux qui pourront ou sauront gagner sa confiance. À travers lui, c'est non seulement un problème de structures et de méthodes que nous identifions, mais aussi un problème de communication et de façon d'assumer nos rôles professionnels.

Enfin, malgré le fossé des générations, il sera relativement plus facile de l'aider s'il provient d'un milieu social et familial suffisamment sain, mais souvent, il percevra dans l'intervention de l'équipe la résurgence d'une dynamique familiale qu'il a rejetée. S'il est un marginal social, les problèmes de toutes sortes deviendront parfois insolubles et le danger d'institutionnalisation s'en trouvera multiplié. Or, dans une société actuellement en mauvaise santé économique, les incertitudes de toutes sortes, les difficultés de se trouver un travail, la crise de valeurs, les doutes quant au «système», tendent à marginaliser une partie croissante de la jeunesse. Il faut nous attendre, si ce n'est déjà fait, à un accroissement du nombre de jeunes adultes marginaux, dont ceux qui finissent par aboutir au refuge ultime et parfois définitif de l'institution psychiatrique.

Voilà en résumé les angles sous lesquels nous abordons ici un problème très méconnu, dissimulé parmi les autres, et extrêmement angoissant si l'on considère qu'il concerne ceux des patients adultes ayant encore le plus grand espoir de vie. Mais quelle vie ?

LE FOSSÉ ENTRE LES GÉNÉRATIONS DANS LES UNITÉS PSYCHIATRIQUES — QUELQUES SIGNAUX AVERTISSEURS

Au début des années 70, le psychologue W.E. Davis avait déjà consacré plusieurs recherches et

publications aux différences observées chez des patients psychiatriques appartenant à trois groupes d'âges différents (Davis, W.E. et Gustafson, R.C. 1971, Davis, W.E. 1972). Puis, dans une recherche suivante (Davis, W.E. 1973), W.E. Davis eut l'idée d'étudier les réactions des jeunes adultes (18-27 ans) et celles d'adultes plus âgés (37-60 ans) envers les systèmes de soins, à partir du nombre des congés sans avis ou contre avis médical, incluant donc les évasions, les départs clandestins etc., le tout sur un total de plus de deux milles dossiers. Comme ces recherches se faisaient dans quatre unités psychiatriques, W.E. Davis en fit évaluer le fonctionnement à partir de la participation des patients aux programmes de réadaptation, la fréquence des communications patients-personnel au sujet du traitement et la fréquence des interventions psychothérapeutiques. Pour valider et compléter cette recherche, une autre devait être entreprise quelque temps après (G.Z. Mozdierz et W.E. Davis, 1975) à partir du même indice de base, mais cette fois, dans deux hôpitaux différents et en étudiant les variations de deux groupes d'âges à partir de la répartition des patients entre les soins à court terme et les soins à long terme. Comme la première fois, le total des dossiers investigués se situait au-delà de deux milles.

Pour résumer le plus succinctement possible les résultats de ces recherches, ils pouvaient se ramener aux points suivants :

- 1) les jeunes adultes présentaient constamment un taux plus élevé de congés sans ou contre avis médical que leurs aînés.
- 2) les variations pouvaient être très grandes d'une unité à l'autre. Dans l'unité évaluée comme la plus mauvaise, la proportion générale des congés non autorisés était plus élevée que dans les autres unités, conformément aux attentes. Par contre, dans la salle jugée la meilleure, les jeunes adultes présentaient deux fois plus de congés non autorisés que l'autre groupe.
- 3) Dans l'ensemble des deux catégories de soins, court terme et long terme, la moyenne des pourcentages de congés non autorisés du groupe le plus jeune était le double de celle de l'autre groupe. Au court terme seulement, cette différence était encore plus élevée.
- 4) Enfin, le groupe le plus âgé présentait un taux à peu près identique de congés non autorisés

dans les deux catégories de soins (environ 13%), alors que les jeunes adultes passaient d'un taux de 19% au long terme pour atteindre plus de 33% au court terme.

Que les jeunes adultes réagissent plus négativement et plus agressivement que leurs aînés contre l'hospitalisation n'a rien de surprenant. Il n'est pas étonnant non plus de voir davantage de patients chercher à quitter l'hôpital lorsque leur unité leur offre très peu de communication, d'attention et de possibilités d'action. Ce qui est plus inattendu, ce sont les différences considérables de réactions des deux groupes d'âges dans une unité évaluée comme bonne par des cliniciens expérimentés. On voit en effet le groupe le plus âgé se conduire de façon conservatrice; dans une mauvaise unité, ils présentent davantage de congés non autorisés, dans une bonne unité ils en présentent peu. Par contre, le groupe le plus jeune ne réagit de façon prévisible que dans l'unité la plus mauvaise, comme s'il voulait souligner la naïveté de ceux qui avaient cru mettre en place un bon programme de soins. Or, il ne faut pas oublier que dans un hôpital, ce sont en général des cliniciens et des administrateurs de plus de 35 ans qui ont le plus d'influence sur les programmes et ce phénomène est perpétuellement renouvelé. Le fossé entre les générations, ou du moins la différence d'âge, existe non seulement entre des groupes de patients, mais avec une partie importante du personnel.

Les auteurs de ces recherches en arrivaient à la conclusion que la situation des jeunes adultes en psychiatrie, et les programmes de soins qui leur étaient offerts devaient être repensés. Cette conclusion devrait nous porter à réfléchir, lorsqu'on regarde notamment les résultats de la deuxième recherche où les jeunes adultes, non encore institutionnalisés, quittent l'hôpital sans ou contre avis médical dans la proportion de un sur trois.

Nous pouvons interpréter ces résultats de différentes façons, nous dire que les variations culturelles et institutionnelles peuvent y jouer un grand rôle; quant à moi il me paraît que nous comprenons encore mal l'évolution des jeunes adultes parvenus en psychiatrie. Et surtout, nous devons nous demander si cette proportion inquiétante de congés non autorisés ne provient pas en partie d'un souci d'auto-protection, et, si le départ clandestin ne constitue pas parfois un moindre mal.

Je ne cherche absolument pas à entamer ici une analyse critique de la qualité des soins en psychiatrie. Nous ne pouvons rien changer à l'âge moyen du personnel ni à celui des patients. Un intervenant de moins de trente ou trente-cinq ans n'est pas forcément mieux habilité à travailler avec les jeunes adultes. Seuls comptent essentiellement la formation, l'expérience, le talent et la motivation du thérapeute lui-même. Mais les intervenants directs ne constituent pas tout le milieu et n'ont pas une influence absolue sur son organisation. Plutôt qu'à des changements radicaux, peut-être pourrions-nous penser à un «quelque chose en plus», une fois mieux sensibilisés à une situation vue maintenant sous un jour plus large.

ÂGE: COMMUNICATION ET BESOINS

On pourrait dire du jeune adulte qu'il est doucement étranger au milieu psychiatrique. D'une part, les structures ont évolué moins vite que lui, d'autre part, elles sont prévues pour le plus grand nombre, c'est-à-dire des personnes plus âgées, et parfois beaucoup plus âgées que lui.

Le problème de prise en charge par des structures très différentes après le passage des dix-huit ans, n'est pas unique à la psychiatrie, mais dans ce dernier cas, on peut dire que l'adolescent a tout à y perdre et rien à gagner. Ceci est dû en partie à une raison, dont on parle peu en général, une remarquable indifférence envers l'âge adulte en tant que zone d'âge particulière.

Évidemment, la psychologie de la personnalité, la psychologie du développement, la psychologie vocationnelle s'y sont intéressées. Des disciplines encore précaires comme l'andragogie tentent d'en faire une étude spécifique. Mais du point de vue psychiatrique, les ouvrages même les plus récents (R. Duguay et H.F. Ellenberger, 1981), et ceci n'est pas une critique, ne font que témoigner de cette tendance à l'oubli. On étudie de mieux en mieux la petite enfance, puis l'enfance, l'adolescence et la vieillesse dans leurs manifestations psychopathologiques particulières, mais entre ces zones d'âge, il semble qu'il n'y ait rien. Être un adulte, c'est en quelque sorte ne pas avoir d'âge, une immense zone grise qui se situe environ entre vingt-cinq et soixante-cinq ans.

Pour mieux illustrer cette absence, dans un autre ouvrage également très récent (P. Lalonde et F. Grunberg, 1980), on parle au chapitre vingt-deux de la «Psychiatrie de l'Enfance», au chapitre vingt-trois de la «Psychiatrie de l'Adolescence», et le chapitre vingt-quatre aborde ensuite directement la «Psychiatrie du Troisième Âge». Pourtant, dans ce même ouvrage, on trouve un excellent résumé des étapes de développement de la personnalité (R. Morissette — chapitre 3). Ce n'est donc pas que cet «axe» indispensable de l'âge ne soit pas mentionné ni connu, mais son importance, en ce qui concerne une période qui recouvre pourtant environ quarante années d'une vie humaine, apparaît extrêmement sous-évaluée dans la pratique. Il y a là un «blind spot» qui n'a pas encore été vraiment comblé.

Peut-être est-ce une des conséquences de l'héritage freudien, mais peut-être aussi la traduction d'une stéréotypie sociale traditionnelle dans la vision du rôle de l'adulte. L'adulte reste celui qui ne doit pas avoir de problèmes puisqu'il a à supporter à la fois l'enfant, l'adolescent, et le vieillard. Dans la mesure où il ne peut affronter cette responsabilité, qui commence par la capacité de se porter lui-même, il devient fautif, passible d'une condamnation morale, et par là même, ne mérite pas une attention spéciale.

Quant au jeune adulte, cet être hybride d'environ dix-huit à vingt-cinq ans, il se situe dans un véritable «no man's land». S'il n'est plus adolescent à part entière, il n'est pas encore considéré vraiment comme un adulte. Durant quelques années on évitera souvent, pour des raisons aussi bien humaines que cliniques, de lui attribuer les diagnostics «lourds» dont il pourra bénéficier ensuite pendant une quarantaine d'années, avant d'accéder au royaume des démences séniles.

Par la force des choses, comme nous l'avons déjà dit, la majorité des intervenants et du personnel se situe dans l'âge adulte. Cette situation inévitable a des retentissements aussi bien sur les règles hospitalières que sur les relations interpersonnelles. Il était donc naturel que se forme un jour une sorte d'alliance de jeunes adultes, à la fois soignés et soignants, comme cela est arrivé au St.Crispin Hospital en Angleterre (T.E. Lear et J. Lewington, 1974). Cette expérience incluait des étudiant(e)s, dont certains avaient été à l'ori-

gine même de la tentative des jeunes patients adultes et des jeunes travailleurs bénévoles qui œuvraient déjà dans des services communautaires, notamment pour des personnes de leur âge. Finalement, l'organisation des services bénévoles arrivait à obtenir de la direction l'autorisation de tenir des réunions du soir regroupant de vingt-cinq à trente jeunes patients. Au bout de six mois, un comité avait pu être formé afin d'organiser un certain nombre d'activités intra et extra-hospitalières.

On peut résumer ce qui devait sortir de cette série de rencontres et de démarches, en trois grandes catégories : l'identification de certains besoins, une réflexion sur le rôle du statut professionnel dans la relation thérapeutique, et finalement, l'utilisation de l'information clinique communiquée aux bénévoles.

Les besoins identifiés touchaient essentiellement à la communication, à l'autonomie, et à la normalisation de certains aspects de la vie institutionnelle : pouvoir communiquer avec le personnel de façon moins formelle, pouvoir échanger au lieu de simplement recevoir des messages à sens unique; communiquer davantage avec des personnes de l'extérieur; communiquer davantage également avec les patients âgés; se sentir libre de ne pas avoir toujours à se conformer aux règles; pouvoir aider un peu au lieu de toujours se faire aider; pouvoir organiser certaines activités de façon autonome; recevoir plus d'aide pour aborder le monde du travail où ces jeunes adultes se sentaient particulièrement étrangers; pouvoir communiquer avec des personnes de l'autre sexe (dans une institution où la mixité n'était sans doute pas appliquée); enfin, avoir un peu de plaisir («To have some fun»).

Ces demandes n'avaient rien de particulièrement extravagant comme on peut le voir. La communication y jouait un rôle central, et il est intéressant de constater qu'un besoin identique était ressenti par les étudiants. Ces derniers, en effet, exprimaient le désir parallèle de ne pas être confinés dans un rôle sur mesure, préféraient des échanges moins formels, voulaient se sentir capables d'exprimer les problèmes qu'eux-mêmes ressentaient dans leur travail avec les patients. Dans une certaine mesure, ils remettaient en question leur statut professionnel, où ils semblaient voir un carcan dont il serait difficile de se défaire plus tard.

Même si le statut d'un étudiant dans un hôpital est relativement fragile ou mal défini, sa remise en question est peut-être plus importante qu'on ne pourrait le penser. Le jeune étudiant en médecine reçoit souvent avec sa blouse blanche un titre de «docteur» qui, pour officieux et prématuré qu'il soit, lui fait anticiper son statut futur, et constitue un rempart de protection contre son anxiété. Mais ce rempart peut vite devenir un mur entre lui et son patient. De même, les stagiaires et internes d'autres disciplines jouent différemment de l'ambiguïté de leur rôle lorsqu'on leur confie leurs premiers patients. Et c'est souvent en fait leur fraîcheur, leur bonne volonté, et la fragilité même de leur statut, qui leur permettent parfois d'obtenir des résultats thérapeutiques inattendus.

Enfin, un autre aspect intéressant de cette expérience était la participation de jeunes travailleurs bénévoles. Comme on le voit si souvent dans le milieu, les patients ont tendance à «cloisonner» leurs comportements et leurs confidences. Certains auront des hallucinations dans l'unité, mais jamais à l'atelier d'ergothérapie; d'autres seront polis avec les psychologues, mais grossiers avec le préposé etc.

Ce n'est le plus souvent qu'avec plusieurs pièces de ce «puzzle» que se dessine une image cohérente. De cette expérience, ceux qui recueillaient les informations les plus précieuses de la part des patients étaient les jeunes travailleurs bénévoles, qui hésitaient évidemment à les communiquer au personnel professionnel. Savoir bien utiliser et définir le type de coopération entre un personnel professionnel et des jeunes bénévoles peut donc soulever certains problèmes et ne peut être érigé en règle de fonctionnement. Mais à mon sens, cette coopération, lorsqu'elle est disponible, ne devrait pas tendre à arracher des confidences, mais à améliorer le climat thérapeutique et faciliter l'utilisation des ressources.

Il serait donc prématuré de vouloir retirer des recettes à court terme à partir d'une expérience institutionnelle comme celle-là. Mais parmi les besoins exprimés, en mettant de côté ceux qui pouvaient être reliés à des conditions hospitalières particulières, et ceux touchant directement au problème très vaste de la communication, deux sont à la fois très significatifs et susceptibles de recevoir des réponses concrètes : pouvoir organi-

ser certaines activités de façon plus autonome, et recevoir de l'aide pour s'insérer dans le monde du travail. Il y a donc là une demande de se faire reconnaître comme groupe et un besoin d'autonomie qui se traduit par un peu plus de liberté pour ceux qui sont hospitalisés, et une aide spécialisée pour ceux qui sont suivis sur une base externe.

Une reconnaissance en tant que groupe distinct est en fait un préalable, et c'est la raison d'être de ces lignes. Cette reconnaissance peut donner lieu à des réformes ou des initiatives relativement aisées, comme la création de groupes de jeunes adultes, soit des groupes de thérapie, soit des groupes orientés vers un objectif ou une tâche, et ce, avec une marge de liberté suffisante. Cela peut donner lieu aussi à des réformes beaucoup plus lourdes, comme la création d'unités spécialisées dans les grandes institutions ou certains hôpitaux généraux, mais nous sommes encore bien loin d'en être là.

Quant au second point, il aboutit à la création d'un type de service relativement nouveau, car la réadaptation et l'orientation professionnelle en psychiatrie exigent une grande expérience clinique de la clientèle et des problèmes qu'elle pose en regard du travail, ainsi qu'une liaison efficace avec des débouchés sur le marché du travail régulier ou avec les rares centres de travail adaptés recevant des patients psychiatriques. C'est précisément le genre de service professionnel que j'ai pu monter ici, dans une grande institution psychiatrique comme l'hôpital Louis-H.-Lafontaine. Même si ce service n'a pas été créé spécifiquement pour les jeunes adultes, ces derniers constituent une partie importante des références faites au service et c'est de là que nous avons très rapidement pris conscience de leurs problèmes particuliers. Mais ce n'est peut-être pas dans un avenir prochain que le milieu psychiatrique en général va se reconnaître cette nouvelle responsabilité qu'il préfère déléguer à des ressources externes. Or, sans une liaison extrêmement efficace à l'intérieur même des équipes traitantes, la plupart des efforts de réintégration risquent d'être gaspillés, que ce soit par le manque de préparation et d'évaluation, l'irréalisme de certaines tentatives ou la non-disponibilité d'une intervention à très court terme en cas de nécessité. Finalement, le problème de l'intégration ou la réintégration des jeunes adultes dans le monde du

travail est un problème très mal reconnu, même s'il s'agit d'une des rares armes de «dissuasion» à long terme que nous possédions contre l'engrenage psychiatrique.

Voici donc au moins quelques éléments de réponse à ce «quelque chose en plus» dont nous parlions précédemment. Mais il est bien sûr que nous n'en sommes encore qu'aux débuts, et que les difficultés importantes présentées par ce genre de clientèle doivent être analysées plus systématiquement. Nous en présentons maintenant un aspect particulier qui permet de rassembler autour d'un pôle unique une partie des problèmes que nous constatons ici.

LE RÔLE DE LA MARGINALITÉ DANS L'HOSPITALISATION ET L'INSTITUTIONNALISATION

Beaucoup de jeunes adultes que nous voyons arriver dans notre hôpital, en psychiatrie «lourde», présentent des comportements asociaux et antisociaux. Certains offrent un portrait très proche de celui de l'adolescent délinquant, dont les traits, les comportements, et les réactions caractéristiques sont déjà bien connus (W. Abruzzi, 1975). Certains, par contre, présentent une multitude de symptômes pré-psychotiques, parfois des traits de personnalité psychopathique, de la cyclothymie, etc., sans qu'on puisse encore bien les catégoriser. D'autres sont retirés, passifs, amorphes, dépendants, sans présenter cependant des signes évidents de schizophrénie. Or déjà, l'adolescent, et encore le jeune adulte, est souvent changeant et imprévisible.

Cependant, dans cet ensemble très varié se retrouvent les deux attitudes fondamentales que je tente de traduire ici par des mots comme «asocial» pour la passivité et le retrait, et «antisocial» pour l'activité et l'agression. Même si ces deux attitudes peuvent se succéder chez le même individu, elles restent fondamentalement différentes dans la coloration générale à long terme de ses comportements. La caractéristique qui recouvre finalement tous ces jeunes adultes est une forme de marginalité sociale, avec toutes ses conséquences psychologiques.

On peut sans doute définir la marginalité de bien des façons, notamment par des philosophies

ou des modes de vie sur lesquels chacun portera des jugements de valeur à sa façon. Mais dans le contexte clinique où nous la situons ici, elle se caractériserait surtout par un certain nombre d'éléments concrets et observables de la vie quotidienne, comme le vagabondage, la délinquance majeure ou mineure, la toxicomanie, le manque de moyens réguliers d'existence, la dépendance sporadique ou permanente de ressources communautaires, la fréquentation de sous-groupes marginaux ou une solitude sociale extrême.

La marginalité n'est pas en soi un phénomène nouveau, mais certains aspects du processus de marginalisation ont beaucoup évolué, notamment à cause d'un changement de mœurs très important et de l'apparition de couches sociales plus bourgeoises dans cette population. Or, le phénomène de marginalisation et l'évolution des tableaux symptomatologiques des jeunes adultes présentent des bases communes évidentes. Si l'exagération, l'absolutisme, et même le fanatisme de certaines règles morales et religieuses ont beaucoup contribué à faire apparaître certaines formes de désordres psychologiques, le phénomène inverse est également vrai. Avec la disparition, au moins partielle, de ces règles, l'ambiguïté et l'incertitude qui règnent dans l'esprit de beaucoup de ces jeunes adultes contribuent à une modification de leurs symptômes. À des guides et des codes rigides mais précis, correspondaient des syndromes relativement bien définis. À des codes ambigus correspondent des syndromes plus flous et relativement différents. Mais en même temps, cette disparition des valeurs traditionnelles, et l'apparition d'anti-valeurs, facilitent une marginalisation sociale, dont un des aboutissements est l'hôpital psychiatrique. De plus, l'accessibilité des ressources et l'urbanisation finissent de paver la voie à la psychiatrisation de ces jeunes adultes.

Il est certain qu'il est plus facile, au moins relativement, d'aider les non-marginaux grâce à l'aide du réseau social et familial qui les entoure, à partir de méthodes psychothérapeutiques déjà relativement bien éprouvées avec les adolescents. Ce sont par exemple les thérapies familiales, mais que faire sans famille, ou avec une famille trop psychopathogène? Il y a également les thérapies

de comportement, qui auraient leur plus grande utilité dans un cadre homogène, et avec l'existence de groupes bien constitués comme dans les institutions pour adolescents délinquants ou socio-affectifs. Or, le milieu psychiatrique adulte est hétérogène et, le plus souvent, ne rassemble pas des groupes spécifiques de jeunes adultes dont les réactions diffèrent, nous l'avons vu, de celles de leurs aînés. Dans ces circonstances, l'application de ces méthodes est donc difficile et se limite surtout à des problèmes cliniques très particuliers et à la modification des comportements institutionnels. Enfin, dans l'ensemble, les thérapies courantes les plus utilisées sont souvent peu efficaces avec les jeunes adultes marginaux, et les ressources, quand elles existent, se heurtent à la difficulté pour eux, de les utiliser sans une préparation suffisante.

Mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que les changements de mœurs ont été tels, durant ces quinze dernières années, que beaucoup de jeunes adultes non marginaux qui arrivent à l'hôpital psychiatrique, présentent des problèmes et des comportements qui les apparentent souvent aux marginaux. Eux aussi sont atteints par les changements de valeurs, et de façon plus concrète, par la croissance de la toxicomanie. C'est d'ailleurs par ce biais qu'on retrouve peut-être le plus de littérature spécialisée sur les jeunes adultes. Mais, qu'il soit ou non marginal, celui qui présente des problèmes qui nécessitent une médication psychiatrique se verra souvent refuser l'accès aux programmes externes de désintoxication, où l'on considère que son risque d'échec est trop élevé. Ce n'est là qu'un des exemples de ce système d'exclusion qui dirige le patient psychiatrique vers un circuit fermé dont il ne pourra plus sortir.

Les éléments de base de la marginalité, que j'ai cités plus haut, se prêtent bien par leur nature à des études sociologiques. Dans une recherche récente (Segal *et al.*, 1977) faite en Californie, on a étudié un échantillon de population jeune, perpétuellement itinérante, sans domicile fixe ("young vagrant population"). On s'est aperçu alors que 22% de ces jeunes adultes aboutissaient tôt ou tard à une admission en psychiatrie. D'autre part, ce sous-groupe se révélait comme celui démontrant le plus de problèmes d'identité, la plus grande incapacité à utiliser les ressources, et le

plus grand irréalisme dans leurs attentes. Bref, ils représentaient parmi cette population déjà marginale, un sous-groupe de sur-marginaux ayant plus de difficultés à survivre que les autres.

La conclusion des auteurs était révélatrice. Ils voyaient là le noyau d'une nouvelle population psychiatrique chronique, destinée à dépendre des institutions ou d'un réseau complet de services. En pratique d'ailleurs, c'est le plus souvent à une alternance des deux que nous assistons, jusqu'au moment où l'institutionnalisation devient seule capable d'assurer une relative stabilité.

Que cette marginalité joue un rôle tellement important dans le processus d'hospitalisation, comme dans celui de l'institutionnalisation, est inévitable. Moins il existe de ressources privées et plus on doit utiliser les ressources publiques. De plus, ces jeunes marginaux ont eu déjà assez souvent à être traités dans des institutions pour enfants et adolescents, et à utiliser diverses formes d'aide et de dépannage.

Lorsqu'arrive une hospitalisation de première ou deuxième ligne en institution psychiatrique, où voisinent les soins à court terme et à long terme, il est frappant de voir combien certains d'entre eux vont s'habituer rapidement aux avantages qu'ils peuvent en retirer, surtout la sécurité. L'asile, n'oublions pas que ce mot a aussi un sens noble, leur offre une vie parallèle, avec son restaurant, ses loisirs, son parc, ses sports, ses recoins cachés, les sous-groupes qui se reconstituent, et finalement une sorte de liberté illusoire.

Les plus débrouillards l'utiliseront simplement comme une des ressources de leur arsenal de survie. Les moins débrouillards, et ils sont peut-être les plus nombreux à arriver ici, finiront par y rester. Cette difficulté de survie, qui était déjà un des éléments du processus menant vers l'hospitalisation, intervient ensuite comme un renforcement majeur dans l'engrenage des soins à long terme.

Finalement, la peur l'emporte sur la révolte, le repas certain sur le repas aléatoire, le rêve pathologique sur la réalité trop difficile. La maladie, qui parfois aurait pu n'être qu'une erreur de parcours, arrive à ne faire plus qu'un tout indissociable avec l'institutionnalisation. Cet adolescent d'hier est devenu, en quelques années, un jeune vieillard appelé «patient chronique».

CONCLUSION

La réhabilitation des jeunes adultes qui nécessitent actuellement une ou plusieurs hospitalisations psychiatriques, est une des plus difficiles qui soient. Le congé de l'hôpital survient souvent sans que des moyens suffisants de réadaptation sociale et professionnelle, et d'organisation générale de vie, aient pu être mis en place, spécialement pour les jeunes marginaux. Les ressources vraiment adaptées pour les accueillir à la sortie sont rarissimes, et la préparation pour pouvoir les utiliser efficacement souvent insuffisante.

On peut dire que tant et aussi longtemps que ce problème restera dissimulé parmi tous ceux auxquels doivent faire face les systèmes de soins et de réadaptation en santé mentale, aucune solution créatrice ne pourra être mise en place sur une échelle intéressante. On pourrait être tenté dans l'immédiat d'inventer, de répertorier, ou de vanter les mérites de telle thérapie ou tel programme, avec évidemment chacun leurs avantages particuliers et relatifs. Mais il m'apparaît beaucoup plus urgent de créer d'abord les conditions minimales pour que ces interventions en général puissent avoir une meilleure chance de porter fruit. Cela devrait commencer à mon sens par certains regroupements des jeunes adultes visant à leur permettre de s'exprimer et d'agir, et se poursuivre par des efforts accrus et mieux spécialisés dans le but d'une réadaptation sociale et professionnelle.

C'est pourquoi ont été rassemblées ici de l'information et des réflexions personnelles autour des éléments qui m'apparaissent essentiels dans un article d'introduction et de sensibilisation comme celui-ci. Peut-être certains faits ou certains points de vue exposés ici prêteront-ils à discussion ou à contestation. D'autres que moi auront peut-être le désir d'exprimer ce qu'ils ont déjà vécu comme intervenants ou ex-patients, ayant eu eux aussi à se battre avec la grosse machine psychiatrique. Tant mieux, surtout si cela fait bouger un peu les choses.

RÉFÉRENCES

- ABRUZZI, W., 1975, Severe Personality Disorders in an Institutional Setting, *The American Journal of Psychoanalysis*, 35, p. 269-277.
- DAVIS, W.E., GUSTAFSON, R.C., 1971, *The Generation Gap in the Psychiatric Patients. Difference in the Clinical Picture of Three Age Groups*, Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association.
- DAVIS, W.E., 1972, Age and The Discriminative Power of the M.M.P.I. with Schizophrenic and Nonschizophrenic Patients, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, p. 38-151.
- DAVIS, W.E., 1973, The Irregular Discharge as an Unobtrusive Measure of Discontent Among Young Psychiatric Patients, *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 81, n° 1, p. 17-21.
- DUGUAY, R., ELLENBERGER, H.F., 1981, *Précis Pratique de Psychiatrie*, Alain Stanké, Éd. Montréal - Éditions Maloine, Paris.
- LALONDE, P., GRUNBERG, F., 1980, *Psychiatrie Clinique. Approche Contemporaine*, Gaétan Morin, Ed.
- LEAR, T.E., LEWINGTON, J., 1974, Young People in Mental Hospitals, *British Journal of Psychiatry*, 124, p. 210-211.
- MOZDZIERZ, G., DAVIS, W.E., 1975, Inter-Hospital Cross-Validation of Irregular Discharge Patterns for Young - Vs - Old Psychiatric Patients, *Journal of Clinical Psychology*, 31 (2), p. 317-320.
- SEGAL, S.P., BAUMOHL, S., JOHNSON, E., 1977, Fallin Through the Cracks : Mental Disorders and Social Margin in a Young Vagrant Population, *Social Problem*, vol. 24 (33), p. 387-400. *Psychological Abstracts*, vol. 59, n° 1, p. 1665.

SUMMARY

This article deals with the problem posed by young adults currently hospitalized in psychiatry. Scientific research, cited and commented upon by the author, reveals the way in which the generation gap manifests itself on psychiatric wards, notably by a high frequency of departures, against or without medical advice, among young patients from 18 to 27 years of age. Situated within the age limits of adulthood, without the incumbent recognition, no longer eligible for adolescent services, young adults are confronted with multiple communication problems in a system poorly adapted to their needs. In addition, if they lead a marginal social life, the risk of hospitalization and institutionalization are increased. The author concludes that it is necessary to recognize the existence and importance of this problem, and to modify, first of all, certain institutional conditions to permit use of the various therapeutic approaches with less risk of failure.