

Adaptation à la communauté de jeunes adultes ayant vécu une ou plusieurs hospitalisations en psychiatrie

Adaptation to the community of young adults having been in a psychiatric hospital once or more

Claude Leclerc

Volume 21, numéro 2, automne 1996

Intégration sociale et soutien communautaire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032398ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032398ar>

[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

Leclerc, C. (1996). Adaptation à la communauté de jeunes adultes ayant vécu une ou plusieurs hospitalisations en psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 53–72. <https://doi.org/10.7202/032398ar>

Résumé de l'article

Cette étude longitudinale vise à élaborer un modèle expliquant l'adaptation à la communauté de jeunes adultes atteints de troubles mentaux. Lors du congé, une entrevue évaluait leur soutien social, le stress vécu, les stratégies adaptatives (coping) et la détresse émotionnelle. Six mois plus tard, les thérapeutes sont interrogés sur le recours par ces jeunes aux services psychiatriques, leur fidélité au traitement thérapeutique et médicamenteux, et leur occupation du temps durant cette période. Des analyses par équations structurales (LISREL) ont permis de développer un modèle qui reproduit adéquatement les relations observées entre les variables et qui explique 43 % de la variance totale. Ce modèle indique aussi que le niveau de détresse psychologique a un effet direct sur la réhospitalisation psychiatrique.



Adaptation à la communauté de jeunes adultes ayant vécu une ou plusieurs hospitalisations en psychiatrie

Claude Leclerc*

Cette étude longitudinale vise à élaborer un modèle expliquant l'adaptation à la communauté de jeunes adultes atteints de troubles mentaux. Lors du congé, une entrevue évaluait leur soutien social, le stress vécu, les stratégies adaptatives (coping) et la détresse émotionnelle. Six mois plus tard, les thérapeutes sont interrogés sur le recours par ces jeunes aux services psychiatriques, leur fidélité au traitement thérapeutique et médicamenteux, et leur occupation du temps durant cette période. Des analyses par équations structurales (LISREL) ont permis de développer un modèle qui reproduit adéquatement les relations observées entre les variables et qui explique 43 % de la variance totale. Ce modèle indique aussi que le niveau de détresse psychologique a un effet direct sur la réhospitalisation psychiatrique.

Les jeunes de 18 à 35 ans atteints de troubles mentaux au Québec ont vu leur maladie apparaître alors que la société développait de plus en plus ses programmes de réinsertion sociale. Il ne fut nullement question pour eux d'être institutionnalisés. Selon plusieurs auteurs (Bachrach, 1984 ; Pepper et Ryglewicz, 1984 ; Thompson, 1988), ces jeunes vivent des difficultés importantes qui se traduisent par des problèmes de comportements, des démêlés judiciaires, de la toxicomanie, un mauvais usage des services disponibles, de la vulnérabilité au stress, de l'itinérance et un risque suicidaire. Ces difficultés les ramènent fréquemment à l'Urgence des hôpitaux et à la réhospitalisation.

Le syndrome de la porte tournante démontre que le soutien professionnel est jusqu'à un certain point inadapté aux besoins de ces jeunes adultes (Bachrach, 1984 ; Dorvil, 1987 ; Pepper et Ryglewicz, 1984 ; Surles et McGurrin, 1987). De plus, alors que leurs difficultés d'intégration à la communauté révèlent qu'ils ont besoin de services, cer-

* Claude Leclerc, inf. M. SC. Ph. D. (cand.) est professeur au Département des Sciences de la Santé à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Ce travail a été soutenu par une subvention de la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux Mauricie-Bois-Francs, reconnu au sein du programme de commandite du Fonds de Recherche en santé du Québec (F.R.S.Q., programme #16) et réalisé grâce à une collaboration entre le Centre Hospitalier Ste-Croix de Drummondville et l'UQTR.

taines interférences suscitent chez eux une utilisation inadéquate des ressources, soit qu'ils en abusent, en fassent une mauvaise utilisation ou les ignorent (Bachrach, 1984; Brunger, 1986; Caton, 1984; Intagliata et Baker, 1984; Pepper et Ryglewicz, 1984; Poirier et Gagné, 1988; Thompson, 1988). Pour certains auteurs, les approches traditionnelles ne semblent pas efficaces pour diminuer les détériorations de fonctionnement (Lieberman, 1988; Sheets et al., 1984).

Des anomalies biopsychologiques associées à la pathologie entraînent chez la personne atteinte de maladie mentale une vulnérabilité qui occasionne plusieurs pertes au niveau psychosocial et conduit à des détériorations, des déficits et des handicaps, surtout en présence de stress (Lalonde, 1995; Liberman, 1988). Les principaux événements stressants sont décrits par Hodgins et Gaston (1987) : faible revenu, conditions de logement malsaines, alimentation mal équilibrée, chômage dans une société qui valorise l'individu d'après l'emploi occupé, rejet social et stigmatisation.

Plusieurs de ces jeunes adultes nient leurs difficultés, refusent de se percevoir comme des malades mentaux et préfèrent s'identifier aux autres jeunes de leur âge, partageant leurs attentes et leurs idéaux. Ils ne possèdent pas toutefois les mêmes ressources pour affronter le stress (Intagliata et Baker, 1984; Lalonde, 1995; Liberman, 1988; Pepper et Ryglewicz, 1984; Skepple, 1985). Leurs difficultés à développer des relations de soutien, à s'acquitter des tâches quotidiennes, à susciter et à maintenir une perception positive des événements de leur vie, et une propension à commettre de fréquentes erreurs de jugement, mettent en évidence leur manque d'habiletés à apprendre des expériences (Pepper et Ryglewicz, 1984). Pourtant, la majorité des recherches s'intéressant au stress chez les personnes atteintes de troubles mentaux ont mesuré la fréquence des événements stressants et étudié leur relation à l'état de santé, alors que dans les recherches récentes, ces événements en eux-mêmes apparaissent de faibles prédicteurs de l'état de santé. Par contre, la perception du stress vécu a une influence maintes fois démontrée sur l'état de santé résultant (Billings et Moos, 1984; Cohen et Wills, 1985; Heller et Swindle, 1983; Lazarus et Folkman, 1984; Sarason et al., 1983; 1985). Il faut ajouter que les études concernant le stress de ces jeunes adultes n'ont pas considéré le rôle des médiateurs qui agissent comme facteurs de protection contre les effets du stress. La médication neuroleptique, le soutien social, les mesures de transition et les programmes visant à augmenter les habiletés sociales, sont des médiateurs importants à considérer, car ils peuvent modifier le processus de détérioration lié à la maladie. (Lalonde, 1995; Liberman, 1988).

Le rôle médiateur du soutien social permet de temporiser les effets des événements stressants et d'utiliser des stratégies de coping efficaces (Corin et Lauzon, 1988; Cohen et Wills, 1985; Crotty, 1983; Folkman et al., 1991; Heller et Swindle, 1983; Hierholzer et Liberman, 1986; Lalonde, 1995; Liberman, 1988). Une recherche récente (Leclerc, 1994) a mis en évidence que le soutien social de jeunes schizophrènes, lorsqu'il est perçu par eux comme satisfaisant, est associé à une perception positive du stress de la vie, et à une utilisation plus fréquente de stratégies adaptatives (coping).

La majorité des études disponibles concernant ce soutien décrivent des ressources humaines limitées, quantitativement et qualitativement (Greenblatt et al., 1982; Mitchell et Moos, 1984; Sokolove et Trimble, 1986; Wallace, 1986). Ces études se sont intéressées davantage à la dimension structurale du réseau qu'à sa dimension fonctionnelle. Bien qu'elles montraient des réseaux de petites tailles, elles ne pouvaient préciser si les jeunes en utilisaient les ressources, et s'ils en étaient satisfaits (Stewart, 1989). Une analyse critique des résultats des recherches sur le soutien social met en lumière que l'effet protecteur du soutien n'est mis en évidence que lorsqu'on évalue ses dimensions fonctionnelles, soit la disponibilité du réseau ainsi que la satisfaction du soutien reçu (Cohen et Wills, 1985).

Ces dimensions peuvent agir entre l'événement potentiellement stressant et la perception de stress, en modifiant cette perception. Ou encore, lorsque l'événement suscite du stress, le soutien social peut intervenir en permettant une réappréciation de la situation, en prévenant une réponse inadaptée, ou encore en favorisant l'utilisation d'une stratégie adaptée. Ce processus influence alors la réponse physiologique liée au stress et favorise le recours au coping.

Plusieurs études ont permis de préciser les relations entre le soutien social, le stress et le coping (Billings et Moos, 1984; Dunkel-Schetter et al., 1987; Heller et Swindle, 1983). Les stratégies de coping sont des facteurs médiateurs favorisant le maintien de la santé en présence d'événements potentiellement stressants (Billings et Moos, 1984). Les études expérimentales de Hierholzer et Liberman (1986) et celles de Wallace et Liberman (1985) ont permis de constater qu'une plus grande utilisation des stratégies de coping permettait de diminuer les réhospitalisations des malades chroniques. De plus, des recherches faites auprès de différentes populations (couples mariés, étudiants en psychologie, etc.) ont identifié des relations significatives entre le soutien social et les stratégies de coping. Barrera (1986) a élaboré, à la lumière de ces recherches, plusieurs modèles de relations entre le sou-

tien social, le stress et la détresse résultante. La détresse, est, selon cet auteur, déterminante en ce qui concerne l'état de santé résultant, et peut être modulée par le soutien social.

Comme l'énoncent Tessier et Clément (1992) dans les conclusions du Comité de Santé mentale au Québec, « nous connaissons encore mal la première génération de personnes non institutionnalisées, nous commençons à avoir une idée des services requis, mais nous n'avons pas les éléments nécessaires pour établir une planification d'ensemble ».

Objectifs de la recherche

Cette étude a été menée dans le but : 1) de vérifier la nature des relations entre le soutien social de ces jeunes, leur perception du stress vécu, leurs stratégies de coping et leur détresse psychologique lors du congé de l'unité de psychiatrie, 2) d'évaluer la résultante de réadaptation à la vie dans la communauté six mois après le congé et 3) de formuler un modèle de prédiction de la réadaptation.

Méthode

Sélection des sujets

Tous les jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie entre septembre 1993 et septembre 1994 dans l'un ou l'autre des quatre centres hospitaliers participants de la région Mauricie-Bois-Francs furent sollicités pour participer à l'étude lors de leur congé. Ils devaient parler le français. Au total, 96 jeunes adultes, sur une possibilité de 135, ont accepté. Le taux de participation de 71,1 % est assez élevé, compte tenu du type d'étude. Les entrevues ont eu lieu à l'unité de psychiatrie et furent réalisées par des infirmières formées pour ce type d'entrevue.

Parmi les 96 jeunes ayant participé au premier moment de mesure, 5 n'ont pu être relocalisés au deuxième temps. De plus, deux patients ont été retranchés des analyses subséquentes car ils n'ont pu être évalués par leur thérapeute sur l'ensemble des items au deuxième temps. Ainsi, les résultats présentés portent sur 89 sujets.

Collecte de données

Durant les jours précédant leur congé, les jeunes participaient à des entrevues d'une durée moyenne d'une heure et demie. Six mois après, avec l'aide des centres, leurs thérapeutes ont été contactés pour répondre à des questions concernant leur réadaptation. Lorsqu'un jeune n'avait pas de suivi, il était contacté directement (n=16) et une infirmière recueillait les informations nécessaires.

L'entrevue lors du congé s'est intéressée aux variables nommées précédemment, en plus de recueillir des données sociodémographiques (âge, sexe, emploi) et cliniques (nombre d'hospitalisations, âge du début des troubles, suivi thérapeutique...).

Instruments de mesure

Le Questionnaire sur le soutien social (Sarason et al., 1983; de Man et al., 1986) donne deux scores : la perception du nombre de personnes pouvant fournir de l'aide lorsqu'elle est nécessaire, témoignant de l'intérêt, conférant de la valeur ou offrant de l'affection; et la satisfaction ressentie du soutien social reçu. La perception du stress vécu peut être évaluée comme positive, sans effet ou négative, à l'aide du Sondage sur les expériences vécues (Sarason et al., 1978; de Man et al., 1987). L'instrument des Indices de réactions de coping (Billings et Moos, 1984; Gagnon, 1988) mesure la fréquence et le type de stratégies utilisées pour faire face aux exigences de la communauté, maîtriser une situation stressante, ou diminuer une menace et ses conséquences, sans en produire d'autres. L'analyse a été effectuée selon la cible de coping de la stratégie : l'appréciation cognitive, l'action centrée sur le problème et le contrôle des émotions.

L'Indice de détresse émotionnelle (Gouvernement du Québec, 1987; Préville et al., 1992), une version française du Psychiatric Symptom Index (P.S.I.) élaboré par Ilfeld (1976), a été traduit, validé puis utilisé auprès de 19,724 personnes pour l'enquête Santé-Québec (1987). Cet instrument repère les troubles psychologiques liés à la dépression, à l'anxiété, à l'agressivité et aux problèmes cognitifs. Il fournit également une cote globale de détresse psychologique qui indique une symptomatologie faible (0-59), moyenne (60-79) ou élevée (80-100).

Le Morningside Rehabilitation Status Scale (MRSS) (Affleck et McGuire, 1984) fut utilisé au Temps 1 et au Temps 2. Cet instrument permet d'évaluer le fonctionnement de patients psychiatriques à qui l'on offre un programme de réadaptation. Traduit par l'Unité de recherche en santé mentale du Centre hospitalier de l'Université Laval, il mesure le degré de réadaptation défini en quatre dimensions : 1) indépendance-dépendance, 2) activité-inactivité, 3) intégration sociale-isolement et 4) effets des symptômes actuels et du comportement déviant. On obtient une appréciation de chaque dimension et une cote globale. Plusieurs mesures du MRSS n'ont pas été complétées, et certaines évaluations ont été faites à partir de résultats obtenus d'un autre instrument de mesure, la grille NOSIE. Pour ces raisons, les résultats obtenus au MRSS ne sont cités qu'à titre informatif, malgré qu'ils soient fortement corrélés au Temps 2 à ceux obtenus à l'Indice de réadaptation-6 mois ($r = -.79$, $p < .01$).

L'Indice de réadaptation-6 mois (Leclerc, 1992) fut utilisé au Temps 2 afin d'évaluer auprès des thérapeutes, à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points, quatre dimensions de la réadaptation des répondants : 1) l'utilisation des services psychiatriques, permettant de déterminer si la personne a été réhospitalisée en psychiatrie, si elle a utilisé les services d'urgence ou la clinique externe de psychiatrie ; 2) la fidélité au suivi psychiatrique, permettant d'identifier l'assiduité à la relation thérapeutique ; 3) la fidélité à la médication prescrite ; et 4) l'occupation du temps disponible.

Hypothèses de recherche

- 1) Les jeunes qui perçoivent plus de soutien social disponible vivent moins de détresse ;
- 2) Les jeunes qui ressentent plus de satisfaction de leur soutien social vivent moins de détresse ;
- 3) Les jeunes qui utilisent plus de stratégies de coping vivent moins de détresse ;
- 4) Les jeunes qui perçoivent un stress vécu plus positif vivent moins de détresse ;
- 5) Les jeunes qui vivent moins de détresse s'adaptent davantage à la vie dans la communauté.

Données descriptives

Caractéristiques sociodémographiques

L'échantillon était composé de 44 hommes et 45 femmes, âgés en moyenne de 27 ans, en majorité célibataires. Près de 36 % habitent seul en appartement ou en chambre, et 28,1 % vivent avec des membres de la famille autres que le père et la mère. Seulement 12,4 % des répondants habitent avec leurs parents. Ils détiennent pour la plupart (64 %) un diplôme d'étude secondaire et 22,5 % ont terminé leur niveau collégial. Parmi ces jeunes, 52,8 % ont fait l'apprentissage d'un métier, et de ce nombre, 83 % l'ont déjà pratiqué. Près de la moitié d'entre eux (47,2 %) n'occupe pas d'emploi et environ 35 % travaillent, à temps plein ou à temps partiel. Comme source de revenu, 51,7 % reçoivent de l'aide sociale alors que 28,1 % ont un revenu d'emploi et 11,2 % retirent des prestations d'assurance-chômage.

Caractéristiques cliniques

Les diagnostics plus fréquemment rencontrés étaient la schizophrénie (29 jeunes), la dépression (27) et la psychose maniaco-dépres-

sive (PMD) (15). En moyenne, ces jeunes avaient été hospitalisés plus de trois fois. Leurs troubles ont débuté tôt, au début de la vingtaine. Parmi les 44 jeunes ayant déjà bénéficié d'un suivi en externe, 75 % étaient très fidèles à leur rendez-vous, mais seulement 47,1 % à leur médication. En externe, ils rencontraient le plus souvent une infirmière (30,4 %) ou un psychiatre (28,3 %). Durant l'hospitalisation, l'infirmière était la thérapeute s'étant le plus intéressée à leurs problèmes (48,3 %), suivie du psychiatre (14,6 %) et de l'ergothérapeute (10,1 %).

Principales expériences de vie stressantes

Le Sondage sur les expériences vécues (Sarason et al., 1978 ; de Man et al., 1987) permet de recenser parmi les 57 expériences de vie stressantes mentionnées, les 10 les plus souvent rapportées par les jeunes adultes (tableau 1). Tout d'abord, les trois quart (75,3 %) des jeunes disent avoir vécu un changement majeur de leurs habitudes de sommeil. De plus, une grande proportion exprime des changements importants de leur situation financière (62,9 %), des changements des liens avec les membres de leur famille (61,8 %), des changements dans leurs habitudes alimentaires (55,1 %) et dans le genre ou la quantité d'activités de loisirs (48,3 %). Plusieurs (44,9 %) rapportent des difficultés d'ordre sexuel et autant ont changé de lieu de résidence. Enfin, près de 40 % ont vécu des circonstances différentes au travail, ont rompu avec leur ami de cœur ou se sont séparés de leur conjoint.

Tableau 1

Expériences de vie stressantes les plus souvent rapportées

Expériences de vie stressantes perçues	n	%
Changement majeur/Habitudes de sommeil	67	75,3
Changement important/Situation financière	56	62,9
Changement important/Liens membres famille	55	61,8
Changement important/Habitudes alimentaires	49	55,1
Changement important/Genre ou qualité de loisirs	43	48,3
Difficultés d'ordre sexuel	40	44,9
Changement de résidence	40	44,9
Circonstances différentes au travail	36	40,4
Rompre avec son ami(e)	35	39,3
Se séparer de son(sa) conjoint(e)	33	37,1

Fiabilité des mesures

La fiabilité des mesures, à l'exception du Sondage sur les expériences vécues (Sarason et al., 1978), a été évaluée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach. Le Sondage n'exige pas une réponse à chaque item, mais uniquement lorsque l'expérience a été vécue. Les coefficients sont supérieurs à 0,70 pour l'ensemble des mesures. On obtient un coefficient un peu plus faible pour l'échelle ciblée centrée sur l'émotion (alpha = 0,61) des indices de coping (Billings et Moos, 1984; Gagnon, 1988). Ces résultats sont légèrement supérieurs à ce qu'avaient obtenu Billings et Moos (1984), soit des coefficients variant de 0,41 à 0,66. Deux items ont dû être retranchés de cette échelle (cible centrée sur l'émotion) en raison de leur faible contribution à la corrélation item-total corrigée. Ce sont les items 28 et 32 (« J'ai tenté de réduire la tension en buvant davantage de produits alcoolisés » et « J'ai tenté de réduire la tension en prenant plus de tranquillisants »). Compte tenu des caractéristiques particulières de cette population (jeunes hospitalisés en psychiatrie utilisant pour la plupart des médicaments neuroleptiques), il est possible que ces items ne contribuent pas de la même façon à décrire des stratégies de coping visant un contrôle des émotions. En retranchant ces deux items, l'alpha initial de ,53 est passé à ,61 lequel est plus acceptable.

Des résultats significatifs au test du Lilliefors ont permis d'identifier les échelles qui ne présentaient pas une distribution normale. Par conséquent, plusieurs échelles ont dû faire l'objet d'une transformation pour les analyses ultérieures.

Soutien social

Au Questionnaire sur le soutien social (Sarason et al., 1983), nous obtenons une moyenne de 3,08 (é.t.= 1,74) à l'échelle disponibilité. Ces résultats sont légèrement supérieurs à ceux obtenus par Leclerc (1992) auprès d'une population de jeunes schizophrènes (2,83, é.t.= 1,10), et par De Man et al. (1986), auprès de personnes dépressives (2,86, é.t.= 2,09) ou suicidaires (2,16, é.t.= 0,95). Tous les répondants ont mentionné leurs amis (100 %) comme une source importante de soutien, indiquant que tous les participants avaient au moins un ami disponible pour offrir du soutien.

À la dimension satisfaction éprouvée, nous obtenons une moyenne de 4,62 (é.t.= 0,89), ce qui est très similaire aux résultats de Leclerc (1992) auprès de jeunes schizophrènes (4,62, é.t.= 0,96), mais légèrement supérieur aux résultats de De Man et al. (1986) auprès de personnes dépressives (4,05, é.t.= 0,66) ou suicidaires (4,51, é.t.= 1,43).

Les répondants déclarent que le soutien social qu'ils reçoivent est en moyenne satisfaisant (4,62), se situant entre faiblement satisfaisant (cote= 4) et moyennement satisfaisant (cote= 5).

Perception du stress vécu

Avec le Sondage sur les expériences vécues (Sarason et al., 1978), on obtient une perception de stress vécu de $-9,02$ (é.t.= 13,89), ce qui est beaucoup plus négatif que les résultats de Leclerc (1992) qui présentaient une moyenne de 2,82 (é.t.= 10,35) chez 60 jeunes schizophrènes. De Man et al. (1987), lors de la validation française de l'instrument, ont obtenu des résultats très différents auprès de populations d'étudiants universitaires ($x= 17,95$, é.t.=14,14) et d'adultes étudiant à l'éducation permanente ($x= 12,19$, é.t.= 9,00), ces derniers percevant le stress de leur vie positivement. L'écart-type obtenu (13,89) est important, indiquant la variabilité des résultats.

Stratégies de coping

À l'Indices de réactions de coping (Billings et Moos, 1984), nous obtenons pour la cible « appréciation cognitive » une moyenne de 6,46 (é.t.= 3,36) qui se compare à celle de la population générale (6,8, é.t.= 2,8) obtenue par Billings et Moos (1984) auprès de 424 répondants. À la cible « centrée sur le problème », nous obtenons une moyenne de 18,39 (é.t.= 8,28) également comparable à celle de la population générale (19,4, é.t.= 7,8) (Billings et Moos, 1984). Enfin, à la cible « centrée sur l'émotion », nous obtenons une moyenne (14,17, é.t.= 5,36) supérieure à la population générale (11,7, é.t.= 6,0) (Billings et Moos, 1984) mais inférieure à celle obtenue par Leclerc (1992) auprès de jeunes schizophrènes (16,2, é.t.= 5,5).

Détresse émotionnelle

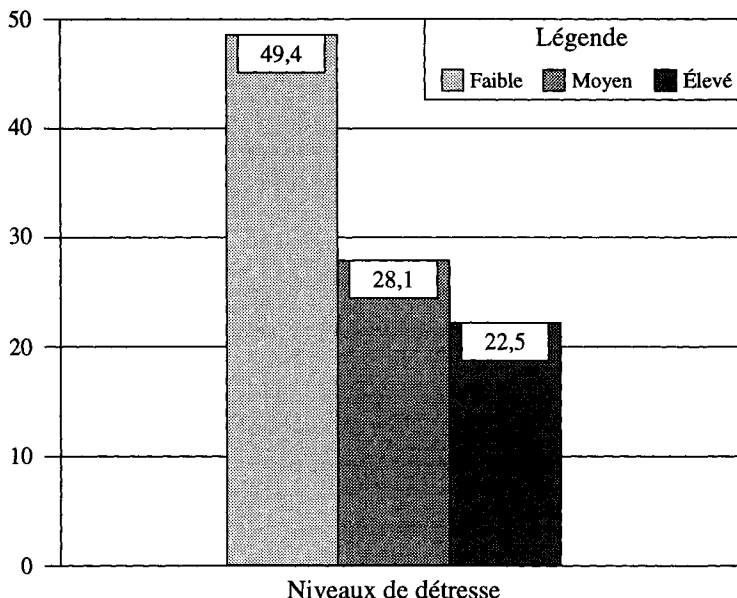
Quant aux résultats de l'Indice de détresse émotionnelle (Ilfeld, 1976), la moyenne de 63,81 (é.t.= 16,39), soit un niveau intermédiaire de détresse, est comparable aux résultats obtenus dans la population québécoise (Santé Québec, 1987). Considérant ces résultats, il est possible de dire que les jeunes répondants présentent un ajustement moyen aux conditions stressantes de l'environnement. Ils peuvent donc présenter de façon modérée des symptômes de dépression, d'anxiété, d'agressivité et des problèmes cognitifs.

La figure 1 indique que près de 50 % des jeunes présentent un faible niveau de détresse psychologique lors du congé de psychiatrie,

comparativement à 28,1 % pour un niveau moyen et à 22,5 % pour un niveau élevé. Le fait d'obtenir son congé de l'unité a pu influencer les réponses à ce questionnaire, mais rien ne permet de l'affirmer.

Figure 1

Répartition des répondants selon leur niveau de détresse



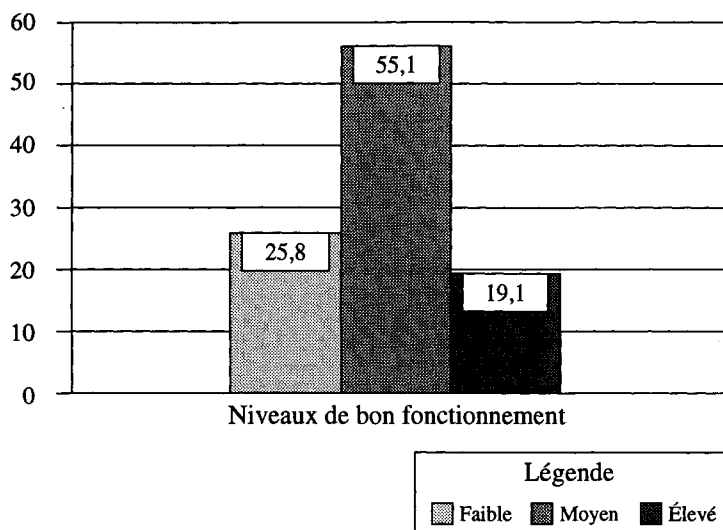
Répartition des patients selon leur niveau de fonctionnement

Six mois après la première évaluation des répondants, leurs thérapeutes étaient contactés et devaient répondre à des questions permettant de déterminer leur niveau de fonctionnement. Nous avons utilisé deux instruments : la grille NOSIE et le MRSS. Comme on le constate à la figure 2, la majorité des jeunes adultes (55,1 %) se situe à un niveau moyen de fonctionnement, alors que 25,8 % obtiennent un niveau faible et 19,1 % un niveau élevé, au second moment de mesure. Pour compléter ces informations, certaines données furent extraites de la grille NOSIE. Nous ne les citons qu'à titre d'information. Le MRSS évalue quatre dimensions : 1) indépendance-dépendance, 2) activité-inactivité, 3) intégration sociale-isolement, et 4) effets des symptômes

actuels et du comportement déviant. Aucun score anormal n'a pu être calculé à ces dimensions à partir des résultats obtenus.

Figure 2

Répartition des répondants selon leur niveau de fonctionnement



L'indice de réadaptation de réadaptation

Nous avons élaboré l'Indice de réadaptation en y incluant quatre niveaux d'investigation : l'utilisation des services durant les six mois suivant le congé, la fidélité au traitement médicamenteux, la fidélité au suivi thérapeutique et l'occupation du temps. Quant à l'utilisation des services, 15,7 % des répondants ont été réhospitalisés plus d'une fois et 18 % l'ont été une seule fois durant les six mois suivant le congé, soit le tiers (33,7 %). Chez ceux qui n'ont pas été réhospitalisés (59 jeunes), 9 % se sont présentés à l'Urgence pour des problèmes psychiatriques et 34,8 % ont utilisé la clinique externe pour leurs services psychiatriques. Pour ce qui est du suivi thérapeutique, 27 % n'ont pas été fidèles au suivi prescrit, alors que 56,2 % étaient très fidèles. Les autres n'avaient pas de suivi prescrit (16,8 %). Parmi les répondants ayant reçu une prescription de médicaments, 18 % n'y ont pas été fidèles alors que 49,4 % y étaient très fidèles. Enfin, l'occupation du temps, elle, s'est améliorée

pour 69,6 % des participants ; elle est demeurée stable pour 23,6 %, et s'est détériorée pour 26,9 %.

Méthodes d'analyse

Une première série d'analyses a permis de vérifier l'impact du sexe et du groupe d'âge, de même que du diagnostic et du nombre d'hospitalisations, sur les instruments de mesure impliqués dans l'étude (intervalles de confiance à 95 %). Aucune différence significative n'est observée entre les sexes. Pour les groupes d'âge, les 18-24 ans présentent moins de détresse que les deux groupes plus âgés. L'analyse en fonction des diagnostics révèle un certain nombre de différences. Les patients ayant un diagnostic de PMD disent avoir plus de soutien social quoiqu'ils ne se distinguent pas des autres groupes quant aux autres variables étudiées.

Enfin, quant au nombre d'hospitalisations mesuré au Temps 1, les patients ayant été hospitalisés à quatre reprises et plus obtiennent un score de détresse psychologique plus élevé que les autres au Temps 1, ils présentent un moins bon niveau de fonctionnement et sont également moins bien réadaptés au Temps 2. Des analyses similaires ont été menées afin d'identifier s'il existait des différences aux diverses variables selon le centre hospitalier d'où provenait le sujet. Aucune différence significative n'est observée.

Vérification des hypothèses

Toutes nos hypothèses se sont vérifiées (avec une nuance pour la troisième) :

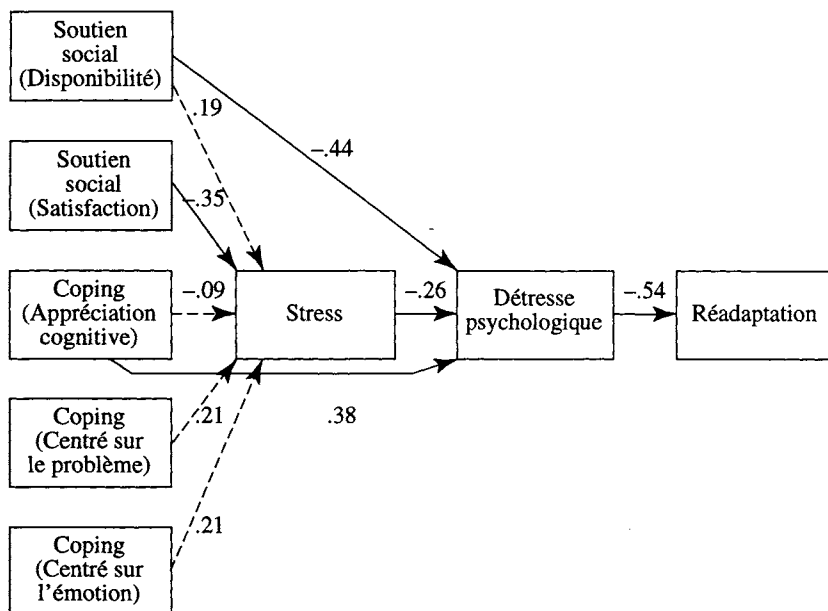
- 1) Les jeunes qui perçoivent plus de soutien social disponible vivent moins de détresse ($r = -,40, p < ,001$) ;
- 2) Les jeunes qui ressentent plus de satisfaction de leur soutien social vivent moins de détresse ($r = -,18, p < ,05$) ;
- 3) Les jeunes qui utilisent plus de stratégies de coping favorisant une adaptation réussie au stress vivent moins de détresse. Cette hypothèse n'est pas vérifiée pour les trois types de stratégies : les résultats ne sont significatifs (et de direction opposées) que pour celles visant une meilleure compréhension de la situation ($r = ,23, p < ,05$) ;
- 4) Les jeunes qui perçoivent un stress vécu plus positif vivent moins de détresse ($r = -,18, p < ,05$) ;
- 5) Les jeunes qui vivent moins de détresse s'adaptent mieux à la vie dans la communauté ($r = -,48, p < ,001$).

Solution standardisée du modèle final

À l'aide d'analyses par équations structurales (LISREL), la nature des liens entre les variables à l'étude fut examinée. Le modèle final reproduit adéquatement les relations observées entre les variables et explique 43 % de la variance totale. Ce modèle (figure 3) propose les relations suivantes entre les variables considérées : 1) La satisfaction du soutien social a un effet direct négatif sur le niveau de stress perçu ; 2) La disponibilité du soutien social a un effet direct négatif sur le niveau de détresse psychologique ; 3) Les stratégies de coping ciblant l'appréciation cognitive ont un effet direct positif sur le niveau de détresse psychologique ; 4) Le niveau de stress perçu a un effet direct négatif sur le niveau de détresse psychologique ; 5) Le niveau de détresse psychologique a un effet direct négatif sur la réadaptation.

Figure 3

Solution standardisée du modèle final



Le modèle final ajoute deux relations qui n'avaient pas été postulées au départ. Premièrement, la disponibilité du soutien social a un effet direct négatif sur la détresse psychologique. De plus, le coping

centré sur l'appréciation cognitive a également un effet direct positif sur la détresse émotionnelle. Comme il y a manipulation du modèle initial, le modèle final devra être répliqué.

Discussion

Les jeunes qui étaient satisfaits du soutien social reçu lors du congé sont également ceux qui perçoivent le plus de stress positif dans leur vie. Une concertation des énergies et des interventions entre les personnes significatives, le jeune et ses thérapeutes, pourrait renforcer cette satisfaction. Il devient intéressant d'envisager des interventions centrées sur l'amélioration des relations entre le jeune adulte et son réseau de soutien social, car elles ont une influence potentielle sur le stress perçu.

Le modèle obtenu indique également que si la disponibilité du réseau de soutien diminue, la détresse psychologique pourrait augmenter. De même, si l'état du jeune ne cesse de se détériorer, il est possible que le soutien diminue ou disparaisse complètement. La détresse pourrait donc ramener le jeune à l'Urgence, seule source souvent de soutien disponible quand le réseau est érodé.

Le modèle propose que la satisfaction tirée du soutien social influence le stress perçu. Un jeune qui serait continuellement insatisfait de l'aide qui lui est offerte vivrait davantage de stress négatif et présenterait ainsi davantage de détresse. Il hésiterait à recourir à l'aide disponible, car elle ne lui apporte pas de satisfaction. La détresse psychologique pourrait le conduire à une détérioration de son fonctionnement et à une réhospitalisation. L'insatisfaction en regard de l'aide disponible fait s'interroger sur sa légitimité. Les données obtenues ne permettent d'identifier qu'un niveau d'insatisfaction général, sans qu'on puisse en déceler, à l'intérieur du réseau social, l'origine exacte. L'insatisfaction peut donc, comme la satisfaction d'ailleurs, provenir de services offerts par les institutions ou de personnes significatives.

Quant au coping, les résultats obtenus aux trois cibles considérées (appréciation cognitive, stratégies centrées sur le problème ou centrées sur les émotions) semblent indiquer qu'il ne remplit pas ses fonctions. En effet, selon Folkman et al. (1991), le processus de coping permet de contrer les effets négatifs du stress en permettant de mieux comprendre la situation problématique, d'identifier les stratégies applicables face au problème (soit sa solution, soit la régulation émotionnelle) et de réapprécier la situation une fois les stratégies appliquées, ce qui peut diminuer les inconforts liés au stress, ou produire davantage de stress si le

problème perdure ou s'aggrave. Nos résultats indiquent que l'appréciation cognitive d'une bonne proportion de ces jeunes n'est probablement pas appropriée et, conséquemment, limite leur recours à des stratégies de coping efficaces. Ceci pourrait expliquer l'effet direct positif sur la détresse que nous obtenons. Il apparaît donc que plusieurs de ces jeunes sont incapables de gérer leur stress et ces résultats suggèrent la poursuite et le développement d'interventions à cet égard.

Alors que le modèle indique que le niveau de détresse prédit en partie l'issue de la réadaptation, nous constatons que lors du congé, 22,5 % des jeunes interrogés présentaient un niveau de détresse élevé. Ce niveau de détresse signifie la présence importante de symptômes de dépression, d'anxiété, d'agressivité et de problèmes cognitifs. Les jeunes qui ont quitté l'unité avec un niveau de détresse élevé sont également ceux qui ont été réhospitalisés durant les six mois suivants. Ils sont donc sérieusement désavantagés socialement par leur état, et se voient offrir peu d'interventions pour atténuer ces désavantages.

Les programmes de réadaptation devraient s'intéresser prioritairement au paradigme stress-coping afin de développer des interventions spécifiques aux problématiques de cette population. Les interventions centrées sur les déficits des personnes atteintes sont encore répandues et tentent de normaliser une population qui ne peut que demeurer marginale. Les échecs de certains programmes ou approches de réadaptation pourraient être attribués au manque de considération relatif aux désavantages sociaux des personnes atteintes de troubles mentaux (Havassy et Hopkin, 1989). Tenter de normaliser leurs comportements contribue à accentuer ces désavantages par rapport à la population générale. Plutôt que de rechercher une normalisation des comportements, les énergies devraient aller au développement du potentiel et à la consolidation des ressources. Pour ce faire, les programmes doivent être individualisés et permettre le développement des médiateurs du stress et de la détresse.

L'instrument des Indices de détresse émotionnelle (Ilfeld, 1976) est bien connu au Québec. Nos résultats confirment son utilité, puisqu'il permet également d'identifier approximativement quels jeunes pourraient présenter des difficultés de réadaptation lors du congé de l'hôpital psychiatrique. Des interventions particulières développées pour eux permettraient d'éviter des rechutes. Puisque les jeunes qui vivent davantage de stress présentent aussi une insatisfaction en regard du soutien reçu, il serait souhaitable que le thérapeute puisse exercer son rôle à l'intérieur du réseau de soutien, afin d'aider le jeune et son réseau.

Conclusion

La présente étude indique que les participants n'étaient pas aussi démunis, ni irresponsables que ce que rapportent plusieurs écrits recensés concernant les jeunes adultes atteints de troubles mentaux. La majorité d'entre eux possédait des ressources qui ne sont pas toujours reconnues ou sollicitées. Les résultats mettent particulièrement en lumière l'importance des dimensions fonctionnelles du soutien social dans ce processus. Comme le proposent Cohen et Wills (1985), la satisfaction tirée du soutien social a un effet sur la perception du stress vécu. Ces auteurs suggèrent que les dimensions fonctionnelles du soutien favorisent l'utilisation de stratégies de coping en présence d'un événement stressant. Cette étude identifie des relations significatives entre ces variables, mais contrairement à ce que décrivent Cohen et Wills (1985), rien ne suggère un processus linéaire. En effet, la matrice de corrélation met en évidence des relations significatives entre les trois cibles de leurs stratégies de coping, les deux dimensions du soutien social et la perception du stress vécu, et elle propose plutôt un processus interactif complexe entre ces variables qui, dans l'ensemble, varient conjointement. Toutefois, la disponibilité du soutien social, le coping ciblant l'appréciation cognitive et la perception du stress sont les seules variables à avoir un effet direct sur la détresse qui, elle, influence le potentiel de réadaptation.

RÉFÉRENCES

- AFFLECK, J.W., MCGUIRE, R.J., 1984, The measurement of psychiatric rehabilitation status, *British Journal of Psychiatry*, 145, 517-525.
- ANTHONY, W.A., LIBERMAN, R.P., 1986, The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base, *Schizophrenia Bulletin*, 12, 4, 542-559.
- BACHRACH, L.L., 1984, The concept of young adult chronic psychiatric patients: Questions from a research perspective, *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 6, 573-580.
- BARRERA, J.M., 1986, Social support in the adjustment of pregnant adolescents: Assessments Issues, in Gottlieb, B. H., ed., *Social Networks and Social Support*, Sage, Beverley Hills, 69-96.
- BILLINGS, A.G., MOOS, R. H., 1984, Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- BRUNGER, J.B., 1986, The young chronic client in mental health today, *Nursing Clinics of North America*, 21, 3, 451-459.

- CATON, C.L., 1984, The new chronic patient and the system of community care in the young chronic patient, *Hospital and Community Psychiatry*, 33-36.
- COHEN, S., WILLS, T.A., 1985, Stress, social support and the buffering hypothesis, *Psychological Bulletin*, 98, 2, 310-357.
- CORIN, E., LAUZON, G., 1988, Réalités et mirages : les espaces psychiques et sociaux de la réinsertion, *Santé mentale au Québec*, 13, 2, 69-85.
- CROTTY, P., 1983, *How Schizophrenics and their Significant Others Perceive their Social Support Networks*, Thesis, University of Illinois, Chicago.
- DE MAN, A.F., BALKOU, S., IGLESIAS, R., 1986, Une version canadienne française du questionnaire sur le soutien social, *Santé mentale au Québec*, 11, 2, 199-202.
- DE MAN, A.F., BALKOU, S., IGLESIAS, R., 1987, Une version canadienne française du sondage sur les expériences vécues, *Santé mentale au Québec*, 12, 2, 181-183.
- DORVIL, H., 1987, Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, *Santé mentale au Québec*, 12, 1, 79-89.
- DUNKEL-SCHETTER, C., FOLKMAN, S., LAZARUS, R.S., 1987, Social support received in stressful situations, *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1, 71-80.
- FOLKMAN, S., CHESNEY, M., MCKUSICK, L., IRONSON, G., JOHNSON, D.S., COATES, T.J., 1991, Translating coping theory into an intervention, in Eckenrode J., ed., *The Social Context of Coping*, Penum Press, New York.
- GAGNON, L., 1988, *La qualité de vie de paraplégiques et de quadraplégiques*, Thèse de doctorat, non publiée, Université de Montréal, Montréal.
- GREENBLATT, M., BECERRA, R.M., SERAFETINIDES, E.A., 1982, Social networks and mental health: An overview, *American Journal of Psychiatry*, 139, 8, 977-984.
- HARRIS, M., BERGMAN, H.C., 1984, Reassessing the revolving door, *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 281-289.
- HARRIS, M., BERGMAN, H.C., BACHRACH, L.L., 1986, Psychiatric and nonpsychiatric indicators for rehospitalization in a chronic patient population, *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 6, 630-631.
- HAVASSY, B.E., HOPKIN, J.T., 1989, Factors predicting utilization of acute psychiatric inpatient services by frequently hospitalized patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 8, 820-823.

- HELLER, K., SWINDLE, R.W., 1983, Social networks, perceived social support, and coping with stress, Felner, R.D., ed., in *Preventive Psychology Theory, Research and Practice*, Pergamon Press, New York, 87-103.
- HIERHOLZER, R.W., LIBERMAN, R.P., 1986, Successful living: A social skills and problem-solving group for the chronic mentally ill, *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 9, 913-918.
- HODGINS, S., GASTON, L., 1987, Composantes d'efficacité des programmes de traitement communautaires destinés aux personnes souffrant de désordres mentaux, *Santé mentale au Québec*, 12, 1, 124-134.
- ILFELD, F.W. JR., 1976, Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population, *Psychological Reports*, 39, 1215-1228.
- INTAGLIATA, J., BAKER, F., 1984, A comparative analysis of the young adult chronic patient in New York State's community support system, *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 1, 45-50.
- LALONDE, P., 1995, *Démystifier les maladies mentales : La schizophrénie*, Gaëtan Morin Ed., Boucherville, Québec.
- LAZARUS, R.S., FOLKMAN, S., 1984, *Stress, Appraisal and Coping*, Springer, New York.
- LECLERC, C., 1992, *Soutien social, perception du stress et stratégies de coping de jeunes schizophrènes*, Mémoire de maîtrise, non publié, Université de Montréal, Montréal.
- LECLERC, C., 1994, Schizophrénie : Élargir les modes d'intervention, *L'infirmière du Québec*, 2, 2, 42-49.
- LECOMTE, Y., 1984, Les jeunes adultes (18-35 ans) en voie de chronicisation, *Santé mentale au Québec*, 9, 2, 134-140.
- LIBERMAN, R.P., 1988, Coping with chronic mental disorders: A framework for hope, in Liberman R.P., ed., *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*, American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1-28.
- MITCHELL, R.E., MOOS, R.H., 1984, Deficiencies in social support among depressed patients: Antecedents or consequences of stress?, *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 4, 438-452.
- PEPPER, B., RYGLEWICZ, H., 1984, The young adult chronic patient, in *The chronic Mental Patient*, Grune and Stratton, New York, 33-48.
- POIRIER, M., GAGNÉ, J., 1988, Formes de l'appauvrissement et insertion sociale des jeunes adultes psychiatisés, *Santé mentale au Québec*, 13, 1, 132-143.

- PRÉVILLE, M., BOYER, R., POTVIN, L., PERREAULT, C., LÉGARÉ, G., 1992, *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*, Les cahiers de recherche de l'enquête Santé Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- SARASON, I.G., LEVINE, H.M., BASHAM, R.B., SARASON, B.R., 1983, Assessing social support: The social support questionnaire, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- SARASON, I.G., SARASON, B.R., POTTER, E.H., ANTONI, M.H., 1985, Life events, social support and illness, *Psychosomatic Medicine*, 47, 2, 156-163.
- SCHWARTZ, S.R., GOLDFINGER, S.M., RATENER, M., CUTLER, D.L., 1983, The young adult chronic patient and the care system: Fragmentation prototypes, *New Directions for Mental Health Services*, 19, 23-35.
- SHEETS, J.L., PREVOST, J.A., REIHMAN, J., 1984, Young chronic patients: Three hypothesized subgroups, in *The Young Adult Chronic Patient*, Hospital and Community Psychiatry Services, American Psychiatric Association, 10-16.
- SKEPPLE, I.V., 1985, A profile of the new young chronic patient: implications for psychiatric nursing for the 90's, *Psychiatric Nursing*, 4, 13-14.
- SOKOLOVE, R.L., TRIMBLE, D., 1986, Assessing support and stress in the social networks of chronic patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 370-372.
- STEWART, M.J., 1989, Social support instruments created by nurses investigators, *Nursing Research*, 38, 268-275.
- SURLES, R.C., MCGURRIN, M.C., 1987, Increased use of psychiatric emergency services by young chronic mentally ill patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 4, 401-405.
- TESSIER, L., CLEMENT, M., 1992, *La réadaptation psychosociale en psychiatrie : Défis des années '90*, Gaëtan Morin Éditeur, Boucherville, Québec.
- THOMPSON, E.H., 1988, Variation in the self-concept of young adult chronic patients: Chronicity Reconsidered, *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 7, 771-775.
- WALLACE, C.J., 1986, Functional Assessment in Rehabilitation, *Schizophrenia Bulletin*, 12, 4, 604-630.

Abstract**Adaptation to the community of young adults having been in a psychiatric hospital once or more**

This longitudinal study aimed at elaborating a model explaining the adaptation to the community of young adults suffering from mental illness. During their sick leave, an interview evaluated their social support, the stress experienced, coping strategies and emotional distress. Six months later, therapists were interrogated as to the recourse of these young adults to psychiatric services, their loyalty to therapeutic and medical treatment as well as how they kept busy during that period. Analyses by structural equations (LISREL) have allowed to develop a model which adequately reproduces relations observed between variables and explains 43 % of the total variance. This model also indicates that the level of psychological distress has a direct impact on a psychiatric rehospitalization.