Document generated on 07/01/2025 4:15 a.m.

Santé mentale au Québec

Les mécanismes d'adaptation des malades mentaux chroniques à la vie quotidienne
Day-to-Day Life Adaptation Mechanisms of Chronically Ill Mental Patients

Yves Lecomte

Volume 16, Number 2, Fall 1991

Crise et intervention

URI: https://id.erudit.org/iderudit/032229ar
DOI: https://doi.org/10.7202/032229ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Lecomte, Y. (1991). Les mécanismes d'adaptation des malades mentaux chroniques à la vie quotidienne. *Santé mentale au Québec*, *16*(2), 99–120. https://doi.org/10.7202/032229ar

Article abstract

In this article, the author presents the main results of an exploratory clinical study aimed at identifying the adaptation mechanisms used by chronic psychiatric patients. These patients had been treated and followed by an external clinic located in an underprivileged urban environment. Upon the analysis of social worker's observations, the author was able to pinpoint 39 adaptation mechanisms within five areas of daily life: economical, residential, temporal, interpersonal and therapeutic. In conclusion, the author emphasizes on the six operating parameters of these adaptation mechanisms.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1991

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Santé mentale au Québec, 1991, XVI, 2, 99-120

Les mécanismes d'adaptation des malades mentaux chroniques à la vie quotidienne

Yves Lecomte*

Cet article présente les principaux résultats d'une étude clinique exploratoire qui visait à découvrir les mécanismes d'adaptation utilisés par des patients psychiatriques chroniques; ces patients avaient été traités et suivis dans une clinique externe, localisée dans un milieu urbain défavorisé. L'analyse des observations des intervenants a permis de dégager 39 mécanismes d'adaptation, répartis dans cinq sphères de la vie quotidienne: économique, résidentielle, temporelle, interpersonnelle et thérapeutique. L'auteur conclut en mettant en évidence les paramètres de fonctionnement de ces mécanismes d'adaptation.

Les malades mentaux chroniques sont démunis socialement et économiquement. Leur appareil psychique et relationnel est fortement affecté par la maladie; leur santé physique se trouve également diminuée à cause, entre autres, d'habitudes alimentaires inadéquates et d'habitudes de vie nocives (tabagisme, caféisme, absence d'exercice, etc.). En définitive, les malades mentaux chroniques connaissent un ensemble de problèmes qui dépassent largement leur condition clinique.

Toutes les personnes en contact quotidien avec les patients chroniques (parents, intervenants, etc.) ont une histoire ou une anecdote à raconter qui illustre à quel point ceux-ci souffrent; leur stress quotidien est si élevé, il atteint parfois un niveau si intolérable qu'on entend dans leur entourage des remarques telles que: «Il serait bien mieux mort ou

* L'auteur, M.A., M.Ps., est thérapeute à la clinique externe de psychiatrie de l'hôpital Saint-Luc. Il remercie mesdames Ginette Aubin, Bella Fournier, Monique Frenette, Louise Godin, Colette Lambert, Micheline Roy et Diane Sanessac ainsi que messieurs André Henry, Michel Dufresne et Denis Vincent pour leur participation à la réalisation de cette recherche clinique. Il remercie également mesdames Ellen Corin et Céline Mercier, et monsieur Yvon Lefebvre pour leurs précieux commentaires.

à l'asile», ce qui sous-entend que, dans pareil état, le patient n'aurait plus à combattre pour subvenir à ses besoins quotidiens, et qu'il pourrait enfin connaître un équilibre bénéfique pour lui et son milieu.

Mais, c'est là le paradoxe, bien qu'ils disposent de ressources personnelles amoindries, que leur entourage immédiat considère souvent comme insuffisantes pour vivre en société, les malades mentaux chroniques n'obéissent généralement pas à ce genre de souhait, malgré leur vulnérabilité aux plans biologique, psychologique et social; ils tentent plutôt de s'insérer dans la vie quotidienne en ayant recours à un ensemble de mécanismes d'adaptation qui leur permettent d'actualiser les transactions nécessaires à la satisfaction de leurs besoins personnels et sociaux.

L'expérience thérapeutique, acquise dans une clinique externe de psychiatrie, montre en effet que les patients, traités sur une base ambulatoire maintiennent un niveau minimal d'insertion sociale, sous la pression de leurs besoins personnels ou de la société. Il s'effectue, entre ces patients et leur milieu ambiant, une série de transactions, sous forme de mécanismes d'adaptation, qui permettent la préservation de liens sociaux minimaux. Quels sont précisément ces mécanismes d'adaptation?

Cet article présente les principaux résultats d'une étude clinique exploratoire, qui avait pour but de classer, dans un ordre logique et opérationnel, les diverses observations cliniques de tels mécanismes. Il rend compte d'une réalité encore très peu explorée par les thérapeutes, bien que celle-ci fasse implicitement partie de leur champ d'observation clinique.

Dans notre compte rendu de cette étude exploratoire, nous nous sommes surtout concentré sur les mécanismes d'adaptation que les patients utilisent, laissant pour une étude ultérieure les mécanismes que le milieu ambiant utilise pour transiger avec les patients.

Méthodologie de l'étude clinique exploratoire

La définition générale du malade mental chronique provient du rapport *Toward a National Plan for the Chronically Mentally Ill.* Cette définition a l'avantage de présenter le malade mental chronique sous l'angle de son insertion sociale. Suivant cette définition,

> «These individuals are unemployed or have severely limited jobs skills and a poor job history. They need public financial assistance to live and public support services to bolster their lives, and usually require help in obtaining these benefits and entitlements. Very often, their social support systems are totally inadequate because they have no family to rely on,

no close friends or group affiliations. And they need help with the most basic life skills: they must be reminded to take their medications and to perform other self-care activities; [...] assistance in household management is required. Then, too, from time to time these individuals are liable to lose their mental/emotional stability and behave inappropriately, thus provoking demands for intervention by mental health or judicial authorities. In short, almost without exception, these community-dwelling members of the population need — and may need for the rest of their lives — ready access to a complete system of services and opportunities that is as responsive to their limitations as it is respectful of their capacities for growth and self-direction» (Department of Health and Services, 1980, 2.4-2).

Dans l'étude exploratoire, l'expression «mécanismes d'adaptation» désigne les diverses activités cognitives et comportementales que le patient réalise dans ses transactions sociales.

La méthode de cueillette des données a consisté à réunir des thérapeutes en un groupe de discussion, puis à inviter chacun à répondre à la question suivante: «Comment les patients réussissent-ils à satisfaire leurs besoins de base (argent, résidence, loisirs, relations interpersonnelles) et à se maintenir ou à progresser thérapeutiquement?»

Les thérapeutes ont alors essayé de se remémorer des exemples des mécanismes utilisés par leurs patients dans les diverses situations de la vie quotidienne qu'ils avaient pu observer (en appartement supervisé, durant les camps de fin de semaine, à l'intérieur des groupes d'activités, etc.); certains exemples ont été tirés des confidences faites par les patients. Durant les rencontres, les noms de certains patients ont été mentionnés plus souvent que d'autres selon la richesse du répertoire des stratégies de chacun.

Le nombre de patients sur lesquels les observations ont porté est d'environ 200. Ce sont des adultes des deux sexes, activement suivis dans une clinique externe de psychiatrie. Cette clinique est située au centre-ville de Montréal, en milieu défavorisé; elle offre les modalités de traitement habituelles à ce genre d'institution. Les patients résident dans le secteur de la clinique et ils y réalisent également leurs diverses activités sociales. Ils ont chacun connu de nombreuses hospitalisations, et ont un diagnostic principal de schizophrénie, associé à des diagnostics secondaires (surtout les troubles de la personnalité).

Sur la base des discussions enregistrées, l'auteur de cet article a essayé, selon le modèle de l'analyse dynamique d'une entrevue en psychothérapie, de classer selon un ordre logique l'ensemble des observations des thérapeutes selon cinq sphères de la vie quotidienne (économique, résidentielle, temporelle, interpersonnelle et thérapeutique), et

d'identifier les différents mécanismes d'adaptation qui y correspondent. L'auteur a aussi tenté d'enrichir les observations des thérapeutes en faisant une revue de la documentation sur le sujet.

Les mécanismes d'adaptation des patients chroniques

Au total, nous avons répertorié 39 mécanismes d'adaptation, que nous avons regroupés selon les cinq sphères de la vie quotidienne retenues: économique, résidentielle, temporelle, interpersonnelle et thérapeutique.

1. La sphère économique

Comme la sphère économique a un effet déterminant sur les autres sphères d'activité, les patients ont tendance à y consacrer beaucoup d'énergie. Les mécanismes d'adaptation qu'ils utilisent visent un triple objectif: stabiliser leur revenu, l'augmenter ou en économiser une partie.

Pour *stabiliser leur revenu*, les patients ont recours à deux mécanismes: d'une part, veiller à l'obtention et au renouvellement du certificat médical afin de ne pas «tomber sur le petit BES» (il est rare qu'un patient chronique ignore la date à laquelle il doit proroger son certificat), et, d'autre part, obtenir l'aide d'un gestionnaire-fiduciaire afin de planifier leurs dépenses et de contrôler leurs impulsions à consommer.

Pour *augmenter leur revenu*, les patients cherchent à obtenir le soutien financier ou matériel (tabac, nourriture, etc.) d'un membre de la famille ou d'une personne n'appartenant pas au réseau familial (par exemple, un marchand). Ainsi, chaque jour avant de se rendre au centre en ergothérapie, Jean s'arrête chez un célèbre cafetier pour recevoir un café gratuit; comme le font les thérapeutes, il arrive au centre en portant son petit sac, marqué au nom de ce cafetier. De même, chaque semaine, Jean-Marc reçoit une boîte de tabac de la part de son frère; chaque mois, il reçoit un sac de café de la part d'un restaurateur de son quartier. Le soutien peut aussi être obtenu d'un passant, grâce à la mendicité qui, certains jours, s'avère très lucrative. Les activités à valeur thérapeutique, tel le jeu de bingo, constituent aussi une source de revenu non négligeable. Un gain de 10 $ représente, à leurs yeux, un important revenu d'appoint.

Pour accroître leur revenu, les patients psychiatriques peuvent également adopter le troc ou le commerce. À cet égard, les moyens utilisés dépendent de l'imagination du patient et du contexte social où celui-ci évolue. André effectue des courses pour le propriétaire d'une taverne, et ce dernier le rétribue en lui accordant chaque jour un repas

gratuit dans son établissement. Colette accorde ses faveurs en échange de quelques verres d'alcool. Michel donne, pour employer ses mots, «fort, fort, fort» de l'affection à son «sugar daddy» en échange d'un soutien matériel.

Les types de «commerce» varient beaucoup en fonction des patients. Pierre, qui réside dans une famille d'accueil, offre aux autres pensionnaires d'aller quérir, contre une rétribution minime, leurs chèques ou leurs prescriptions lorsqu'il se rend à la clinique externe. Certains patients préfèrent vendre des objets. Paul vend les bouteilles vides laissées par les cochambreurs. André vend les objets qu'il a trouvés dans les poubelles. D'autres patients se procurent gratuitement des biens auprès des organismes communautaires ou des institutions dispensatrices de soins et ils les revendent. Sam vend les ceintures qu'il fabrique en ergothérapie. Certains patients vendent les vêtements qu'ils reçoivent gratuitement d'un organisme communautaire; d'autres vendent même leurs pilules; les plus démunis revendent, à la fin du mois, à un prix dérisoire, les articles achetés souvent à fort prix au début du mois.

L'emprunt est évidemment un mécanisme fréquemment employé. Les patients auxquels on emprunte de l'argent sont reconnus comme des masochistes ou des gens trop faibles pour refuser. On se fait aussi accorder du crédit par le dépanneur. Cependant, l'obligation de rembourser rend cette stratégie très coûteuse. Ainsi, dès le premier jour du mois, certains patients doivent la totalité de leur chèque d'aide sociale; ils sont alors forcés d'emprunter de nouveau pour survivre. Quelques-uns ne sortiront jamais de ce cercle vicieux.

Les activités illicites font également partie des mécanismes destinés à accroître les sources de revenu. Le vol et la fraude, par exemple, sont pratiqués avec la complicité d'autres personnes. Ces stratégies sont souvent employées par les personnes qui consomment de la drogue, dont un nombre important est composé de jeunes adultes. Quant au commerce de la drogue, il est peu répandu car il exige certaines habiletés ou une certaine assurance que ne possèdent pas les patients chroniques.

Le travail est un mécanisme d'adaptation peu utilisé à cause de l'exigence de rentabilité qu'il comporte. Toutefois, le travail au noir existe. Lorsque le patient se sent bien, il effectue un travail simple, d'une durée limitée: par exemple, distribuer des circulaires, faire des travaux ménagers ou participer à un recensement électoral. Si le travail est rémunéré par chèque, la stratégie fréquemment utilisée consiste à éviter de déclarer le revenu au BES et à attendre que la fraude soit découverte.

Certains jeunes patients qui souffrent d'une détérioration psychologique importante adoptent fréquemment comme stratégie la prostitution hétéro — ou homosexuelle, pour un montant souvent dérisoire. Le métier de danseuse nue représente une autre stratégie du même type.

Les patients psychiatriques peuvent aussi recourir à cet autre mécanisme qui consiste à changer ses habitudes de consommation. Prenons le cas de la consommation de cigarettes: au début du mois, on achète des paquets de cigarettes; au milieu du mois, on roule ses cigarettes et, à la fin du mois, on recueille des mégots pour se faire des cigarettes.

En ce qui concerne le dernier objectif, *économiser* une partie de son maigre revenu provenant des prestations du BES, on ne peut l'atteindre qu'en réduisant ses dépenses, c'est-à-dire en se privant. Ainsi, en dépit du fort handicap que constitue sa maladie, Thuy a réussi à économiser, durant des années, 25 % de ses prestations du BES, qu'il a envoyées à sa famille pour qu'elle quitte le Vietnam et émigre au Québec. Réal économise 160 $ par mois pour se procurer les objets qu'il convoite. Pour ce faire, il ne consomme qu'une boîte de viande par jour et réside dans une chambre minable. Thuy vivait dans les mêmes conditions que Réal, mais il se nourrissait mieux, sachant cuisiner.

Pour réduire leurs dépenses, certains patients n'achètent pas la carte mensuelle de transport en commun, et se contentent de marcher. Mais s'ils doivent parcourir une grande distance pour combler un besoin essentiel (se procurer des médicaments, par exemple) et qu'ils ne veulent pas marcher, ils utiliseront des moyens inhabituels, tels l'auto-stop, le téléphone ou encore la poste. En ce qui concerne le café, certaines n'en achètent pas, car il est gratuit en ergothérapie et à Dernier Recours Montréal, maintenant fermé. Pour se nourrir, on va régulièrement prendre ses repas à l'Accueil Bonneau. Pour changer ses vêtements, qui sont trop sales ou qui coûtent trop cher à laver, on s'en procure des nouveaux à la Maison du Père.

2. *La sphère résidentielle*

Les lieux d'habitation situés en milieu institutionnel sont: les pavillons, les familles d'accueil et les appartements supervisés; en milieu non institutionnel, on trouve: les chambres, les habitations à loyer modique, les refuges et la vie à la belle étoile.

a. Les pavillons et les familles d'accueil

Comme nous n'avons pu trouver de mécanismes d'adaptation particuliers à l'un ou l'autre de ces lieux, nous les analysons conjointe-

ment, en prenant pour exemple la vie en famille d'accueil. Le patient qui choisit de vivre dans une famille d'accueil adopte un mécanisme d'adaptation par décompression (Lamb et Peele, 1984), car il laisse le propriétaire assumer lui-même la planification et la réalisation des tâches quotidiennes susceptibles de créer du stress. Le patient n'a plus qu'à s'adapter aux irritants interpersonnels. Le plus souvent, le patient utilise le mécanisme suivant: s'en remettre à l'autorité du propriétaire pour régler un différend. Il peut aussi adopter une attitude de passivité, mécanisme qui lui permet d'endurer un compagnon ou une compagne de chambre encombrant. Par ailleurs, le patient peut adopter l'évitement (il s'absente fréquemment et limite sa présence à la période des repas et à celle du sommeil); ce mécanisme lui permet d'écarter les conflits et d'attendre le moment d'adopter la stratégie de changer de chambre.

En effet, avoir une chambre à soi représente le principal but que poursuivent les pensionnaires. S'ils veulent y parvenir, ils doivent se montrer conciliants et respectueux des règlements de la maison qui sont parfois très restrictifs (par exemple, interdiction de téléphoner après 17 h); ils doivent aussi accepter la nourriture qu'on leur sert, même si elle est jugée insuffisante, supporter les sautes d'humeur du propriétaire, etc.

b. Les appartements supervisés

Nombre de patients considèrent que le meilleur moyen de mener une vie normale et de jouir d'une intimité propre est d'habiter un petit 1 ½. Lorsqu'ils ont obtenu l'autorisation de résider dans un appartement supervisé, ils adoptent des mécanismes pour le conserver.

Les patients s'efforcent de respecter les règlements minimaux: éviter le bruit, nettoyer l'appartement toutes les deux semaines, (comme le veut le concierge), se rendre au local communautaire afin de répondre à l'exigence d'un traitement actif, faire un peu de cuisine pour démontrer leur volonté de participer activement à ce programme. S'il y a des conflits interpersonnels (entre le patient et le concierge ou un voisin), le patient fait appel à l'animateur pour régler les différends, parfois, on nie carrément les faits reprochés.

c. Les chambres

Beaucoup de patients habitent une maison de rapport plus ou moins convenable, selon que le logement est subventionné ou non.

Les plus malades considèrent leur chambre comme un objet de consommation «jetable après usage»; celle-ci devient rapidement souil-

lée de café, de débris de tabac, d'urine, etc. Chassés de leur logement, ces patients finissent le mois dans des refuges et recommencent le même cycle le mois suivant. Pour se procurer une nouvelle chambre, ils parcourent les rues à la recherche des écriteaux «Chambres à louer». Ils ne signent aucun bail, ce qui facilite la location de la chambre; la négociation sera rapide et simple s'ils disposent d'argent comptant. Si le concierge est réticent, ils demanderont à leur gestionnaire-fiduciaire de servir de caution auprès du concierge.

Certains patients ne réussissent généralement à conserver leur chambre qu'avec l'aide d'une personne extérieure, tel le concierge. À cause de sa manie d'écrire sur les murs, Armand a pendant des années été chassé successivement de toutes les chambres qu'il louait. Depuis deux ans, il habite une chambre gérée par un concierge qui a de la sympathie pour lui et qui le trouve moins gênant que les autres locataires. Plutôt que de chasser Armand, le concierge préfère peindre sa chambre tous les six mois (après avoir essayé sans succès de mettre du papier sur les murs); Armand paie la peinture à même son revenu. Claude rend une chambre insalubre en deux semaines. Le concierge l'a enduré pendant un an, exigeant qu'il verse 1 $ par jour pour l'entretien de sa chambre. Souvent, ces patients reçoivent l'aide de leur gestionnaire-fiduciaire, qui garantit le paiement du loyer et le dédommagement pour les dégâts, s'il y a lieu.

Le temps qu'on passe dans une chambre varie en fonction des saisons. L'hiver, le patient passe la plus grande partie de son temps dans sa chambre à dormir, à écouter la radio, à rêver, à manger, à boire. Mais l'été, il n'y va que pour dormir.

d. Les habitations à loyer modique (HLM)

Les patients chroniques les plus âgés optent pour ce type d'habitation. Devenus plus stables après de nombreuses années durant lesquelles ils ont eu plusieurs épisodes de décompensation, ces patients ont pris le temps de faire une demande d'attribution de HLM et d'attendre les années de délai requises. Lorsqu'ils voient leur demande acceptée, ils adoptent le mécanisme de respect des règlements minimaux de manière à conserver leur appartement.

e. Les refuges

S'ils ont dépensé la totalité de leur chèque, ou s'ils veulent économiser, les patients optent pour les refuges. S'ils désirent obtenir un peu de confort ainsi que des services, ils choisissent la Maison du Père ou l'Old Brewery Mission. Comme ils ne peuvent séjourner plus de dix

jours par mois dans chacun de ces refuges, ils habitent alternativement les deux refuges. Les autres soirs, ils iront à Dernier Recours Montréal, qui est toutefois moins confortable. S'ils souhaitent un peu de stabilité, ils peuvent résider dans les maisons communautaires offrant une pension complète; les règlements y sont minimes (ne pas agresser autrui ou ne pas détruire les lieux).

f. La vie à la belle étoile

Certains patients optent pour ce type d'habitation pour se sentir libres de toute contrainte et/ou pour économiser. Par exemple, ils couchent dans les parcs, les abribus et vivent le jour dans la rue ou les espaces publics.

À l'arrivée du printemps, François refuse tout traitement et n'accepte de l'aide que pour la gestion de son chèque de prestations d'aide sociale. Il prend la clé des champs. Il erre dans la rue, mange ce qu'il trouve dans les poubelles, vit en toute liberté. Avec le retour de l'hiver, ses hallucinations et ses idées suicidaires réapparaissent, et il doit être hospitalisé à nouveau. Ce cycle dure depuis des années, sans qu'on ait réussi à le modifier.

3. La sphère temporelle

Être projeté dans la civilisation des loisirs sans y avoir été préparé et surtout sans avoir les moyens financiers pour en profiter est une expérience qui peut traumatiser certains patients, angoissés par la perspective de devoir occuper leur temps. D'autres s'accommodent très bien de cette situation et font tout pour ne pas travailler et pour disposer ainsi de plus de temps libre.

Le premier mécanisme d'adaptation pour occuper le temps consiste à prolonger la durée de certaines activités. Souvent, le patient se lève tard, ce qui est une façon de passer de longues heures sans s'en rendre compte. Fumer lentement des cigarettes, boire deux ou trois cafés, aller dans une station de métro et y regarder passer les gens sont autant de mécanismes permettant d'écouler le temps. Paul se lève à 11 h, fume une cigarette et va manger à l'Accueil Bonneau. Il revient se coucher et dort jusqu'au début de la soirée. Alors, il se lève, se rend à la station Berri-UQAM, puis chez un dépanneur où il est connu; sa ronde est terminée, il revient se coucher.

Le deuxième mécanisme consiste à étaler, sur la semaine, ses divers rendez-vous à la clinique externe de psychiatrie ou dans les organismes communautaires. Il n'est pas rare que, pour des patients, les

seuls moments significatifs de la semaine soient reliés à des activités thérapeutiques.

Un troisième mécanisme consiste à se promener seul ou accompagné, à fréquenter les lieux publics, à flâner dans les endroits publics (métro, centre commercial, «restaurant minute») sans but précis, sinon celui de trouver une diversion à son ennui, à observer les gens ou encore à assister à des spectacles gratuits. L'été, Jean a toujours le teint bronzé, car il marche pendant de longues heures, au hasard. Au contraire, Adélard a une destination précise: il part à 11 h de son foyer et se rend au centre commercial où il reste des heures à observer le va-et-vient autour de lui, parfois à parler de la pluie et du beau temps avec d'autres personnes venues elles aussi y occuper leur temps. Il revient chez lui juste avant le retour des travailleurs à leur domicile. Adélard connaît tous les centres commerciaux de l'île de Montréal.

Pour passer le temps et échapper à l'ennui, d'autres patients font usage de drogues ou prennent des doses excessives de médicaments. Yves fait des colères terribles s'il ne reçoit pas 5 mg d'Artane, car il «trippe» moins avec 2 mg.

Certains patients emploient leur temps à des activités abrutissantes. Roland passe la nuit à regarder deux chaînes de télévision, l'une diffusant des messages publicitaires et l'autre, des émissions en langues étrangères; il regarde la télévision en silence, afin de ne pas déranger les voisins. Roland accorde une telle importance à cette activité qu'il a refusé de déménager dans un autre lieu plus salutaire pour son évolution; il avait appris que le «câble» n'était pas fourni et qu'il ne pourrait se livrer à son passe-temps préféré. Il panique et fait des colères lorsque le câble est défectueux. Roland ne fait pas que regarder ces deux chaînes pour passer le temps; celles-ci l'aident aussi à assouvir certaines fantaisies. Ainsi, lorsqu'il souhaite voir des femmes dévêtues, il met le récepteur à l'envers, espérant que les robes des dames tomberont par terre.

Comme on l'a vu précédemment, les activités reliées à la sphère économique accaparent une bonne partie du temps des patients et donnent un sens à leur journée. Certains patients, au contraire, disent qu'ils n'ont jamais assez de temps devant eux; ils ne veulent surtout pas travailler, et préfèrent vivre «sur le petit BES», afin de rêver ou de se promener à leur guise.

4. La sphère interpersonnelle

Les patients chroniques ont un réseau social qui se résume à peu de personnes. Jean-François fréquente le dépanneur, quelques patients

de la clinique externe de psychiatrie, sa mère et son frère. Éric n'entretient de relations qu'avec son père.

Les relations des patients sont instrumentales, c'est-à-dire que les patients reçoivent une aide affective et matérielle sans fournir de contrepartie équivalente. Yvan exige beaucoup des quelques membres de son réseau, mais il ne répond jamais à leurs demandes ou ne leur fournit jamais de soutien émotif. S'il est dans un groupe dont il connaît depuis longtemps les membres, il ne lui viendra jamais à l'esprit de formuler un mot d'encouragement, ou de proposer d'aider matériellement un membre en difficulté.

Les relations sont unidimensionnelles, car elles ne remplissent qu'une fonction. Lorsque Camil rencontre son frère, c'est toujours pour lui demander de l'argent ou du tabac, sans lui donner quoi que ce soit en retour. La dépendance est une autre caractéristique de ces relations. Camil revient sans cesse voir son frère, incapable de se défaire de sa dépendance à son égard. De plus, les interactions avec les autres membres de son réseau sont limitées à une ou deux par jour.

D'autres exemples illustrent les traits de la dimension interpersonnelle. Jacques et Serge, deux jumeaux, sont des patients psychiatriques très gravement atteints. Leur principal but dans la vie consiste à demeurer ensemble et à conserver le noyau minimal de la famille. Leurs habiletés sociales étant très réduites, ils font appel à une aide extérieure. Sans qu'on sache trop comment ils s'y prennent, ils réussissent toujours à trouver un individu socialement marginal qui vient vivre avec eux, dans des conditions, ajoutons-le, déplorables. En échange du gîte et de la nourriture, ce marginal voit aux obligations inhérentes à tout logement et permet aux jumeaux de rester ensemble. Il leur sert aussi de courtier auprès du propriétaire. Lorsque cette personne s'en va, le réseau est désorganisé jusqu'à ce qu'un autre individu marginal vienne le remplacer. Il arrive que cette personne exploite les jumeaux, mais ils semblent accepter cet inconvénient pour continuer à vivre ensemble.

Éliane ne peut vivre seule depuis la mort de ses parents. Jusqu'à présent, elle a toujours réussi à trouver un individu marginal qui, contre l'accomplissement des tâches ménagères et autres petits services, lui procure refuge et subsistance. Même s'il ne compte qu'un nombre restreint de membres et qu'il ne favorise que peu d'interactions, le réseau social apporte donc un important soutien affectif et matériel.

5. La sphère thérapeutique

La sphère thérapeutique occupe une place centrale dans la vie des patients. Beaucoup de situations le leur rappellent: la rencontre du

thérapeute, les traitements en ergothérapie, la prise de médicaments, les injections, la fréquentation de clubs sociaux, la gestion du chèque de prestations, etc. Dans cette sphère, nous étudierons les mécanismes d'adaptation concernant les symptômes et le cheminement vers l'autonomie.

a. Les symptômes

Nos observations et celles de nos collègues de travail font ressortir très peu de mécanismes d'adaptation aux symptômes. Pour en savoir davantage, nous avons dû recourir à un certain nombre d'études sur le sujet (Carr, 1988; Cohen et Berk 1985; Falloon et Talbot, 1981; Breier et Strauss, 1984). Carr regroupe ces mécanismes en cinq catégories: les changements de comportement, le recours au réseau social, le contrôle cognitif, les soins médicaux et les comportements symptomatiques.

Les changements de comportement

Carr subdivise ces changements de comportement en cinq mécanismes: le divertissement, les changements corporels, la satisfaction des besoins, l'exécution d'une tâche et une catégorie non spécifique.

Le divertissement est destiné à détourner l'attention des symptômes. Pour ne plus entendre leurs hallucinations, les patients écoutent la radio, de la musique (divertissement passif) ou jouent d'un instrument de musique, écrivent (divertissement actif). Un autre mécanisme, destiné cette fois à calmer l'angoisse ou la dépression, consiste à éviter son environnement immédiat.

Les changements corporels consistent à se concentrer sur des mouvements physiques. Rester étendu ou couché (mécanismes de passivité) aide à s'adapter aux troubles de la pensée; s'asseoir ou s'étendre d'une certaine façon (changement de position) permet au patient de modifier son état d'esprit et de faire appel à ses propres ressources. D'autre part, les activités physiques, comme la marche, aident à combattre les symptômes négatifs de la maladie (principalement l'inhibition). Falloon et Talbot (1981) mentionnent que certains mécanismes, comme se boucher les oreilles ou se fermer les yeux, aident aussi à contrôler le seuil d'excitation physiologique. La troisième sous-catégorie consiste en la satisfaction des besoins surtout oraux comme manger, fumer, boire du café ou de l'alcool, consommer des drogues; celle-ci aide le patient à affronter les troubles de la pensée et parfois les hallucinations.

L'exécution de tâches telles que le ménage ou la vaisselle aide le patient à faire taire ses hallucinations auditives. Dans la catégorie non spécifique, le patient pratique des activités destinées à combattre le ralentissement moteur; il cherche à se tenir occupé.

Le recours au réseau social

Ce mécanisme consiste à accroître le nombre de visites ou d'appels téléphoniques à des amis; il aide le patient à combattre la dépression et les hallucinations.

Le contrôle cognitif

Le contrôle cognitif consiste à détourner son attention de certaines idées ou de certaines perceptions afin de contrôler les hallucinations et les idées délirantes. Le patient tente délibérément de refouler les idées et les perceptions non désirées (ne pas y penser, les oublier, les ignorer); il songe à des idées ou à des perceptions plus neutres, moins troublantes (penser à ce que son thérapeute a dit; penser aux personnes qui ont fait quelque chose de bien dans sa vie, etc.). Le patient peut aussi résoudre un problème actuel ou planifier une tâche future (penser à de nouveaux projets ou à de nouvelles idées), par le mécanisme de résolution de problème.

Les soins médicaux

Ces soins concernent l'utilisation de la médication ou des services thérapeutiques.

Les comportements symptomatiques

Certains patients utilisent des mécanismes qui, tout en soulageant leurs angoisses ou leurs hallucinations, peuvent malheureusement entraîner des comportements symptomatiques: par exemple, s'enfermer chez soi et dormir avec un couteau; entrer en contact avec la police pour être protégé; injurier/invectiver ses voix intérieures pour les faire taire; discuter avec elles, répéter leurs paroles, accepter leurs conseils ou leurs directives (Falloon et Talbot qualifient ces dernières de stratégies cognitives).

b. Le cheminement vers l'autonomie

Le cheminement vers l'autonomie constitue un autre aspect de la sphère thérapeutique. Frank est un jeune adulte qui a été hospitalisé à maintes reprises pour tenter de résoudre ses problèmes d'autonomie.

Mais, après chaque hospitalisation, il refuse tout traitement. Il accepte enfin de suivre un traitement, se rendant compte qu'il n'arrive pas à s'en sortir seul. Ce traitement l'aide à prendre conscience du fait que regarder toute la journée les petits bonshommes à la télé n'est pas une activité propre à assurer un avenir à un jeune de son âge. De plus, en vieillissant émotivement, Frank supporte de plus en plus mal l'alcoolisme et les chicanes de famille. Mais, comme il ne se sent pas prêt à se séparer physiquement et émotivement de sa famille, il décide un jour de cesser ce traitement.

Son thérapeute lui envoie une lettre l'invitant à revenir le voir. Frank accepte, expliquant que cette lettre l'a touché et que, pour la première fois, un homme s'intéresse à lui (il a vu son père une fois à l'âge adulte). Il reprend son traitement comme si rien ne s'était passé. Six mois plus tard, à la grande surprise du thérapeute, il lui apprend qu'il est en train de finir son cours secondaire. Par après, il suivra des cours de formation professionnelle, qu'il interrompra pour participer à un projet communautaire. Parallèlement, l'atmosphère familiale devient de plus en plus lourde. Se sentant prêt à quitter sa famille, Frank fait une demande d'attribution d'un appartement supervisé, non sans s'être ravisé à trois reprises. Ainsi, ce patient a trouvé des solutions qui l'ont aidé à évoluer intellectuellement, socialement et émotivement, à améliorer ses connaissances sociales, à devenir autonome dans un milieu protégé et, finalement, à vivre seul sans soutien. Frank a donc réussi à mettre en application le mécanisme de résolution d'un problème et à progresser dans son cheminement vers l'autonomie.

Oscar a, au contraire, refusé d'évoluer. Il s'est réfugié dans une très grande passivité, se laissant entretenir par sa mère et sa sœur. À l'exception des heures consacrées à la télévision, à la consommation de la bière et à l'accueil de ses enfants tous les week-ends, sa vie se résume à passer le temps à la maison dans l'attente d'on ne sait trop quoi. La stratégie d'Oscar consiste à se faire entretenir par sa famille et par le BES.

Certains patients tentent de maintenir leur équilibre psychique et/ou social en utilisant des mécanismes palliatifs telles les crises d'agressivité («acting-out»), qui leur permettent de décharger leur trop-plein d'émotions. Ils utilisent aussi des mécanismes cognitifs. Par exemple, les patients *nieront* que quelque chose d'important se soit passé dans leur vie, lors d'une décompensation psychotique (McGlashan et al., 1975; 1976; 1977; 1987; Levy et al., 1975) grâce à un délire qui leur permet d'élaborer un mode de vie particulier. Françoise, dans *Née Cadieux n'est qu'à Dieu*, s'habille toujours en bleu comme la Vierge

Marie, car elle prétend être la mère de Jésus. André prétend être le pape de l'Église de la Raison universelle et avoir une assemblée de fidèles. Il se promène dans son quartier vêtu comme un pape et il bénit les gens.

Hector romance sa vie, même s'il est d'une très grande passivité, qu'il a très peu d'habiletés sociales et que tous les membres de son groupe d'activité savent qu'il ne travaille pas. Par exemple, en réaction au mot «morue» mentionné par quelqu'un du groupe, il dira: «Justement, il y a une cargaison de morues qui est arrivée au port, et je dois aller la décharger ce soir».

Marc dérange ses voisins toute la nuit en sortant plus de dix fois de son appartement et en claquant la porte. Beaucoup de personnes l'ont vu et s'en plaignent. «Ça ne peut pas être moi, dit-il. Jamais, je n'ai fait ça».

Richard tente de camoufler son incapacité à mener une vie normale. Il réside dans un lieu d'habitation qui correspond, selon lui, à son statut social. Comme le coût du loyer est élevé, il doit prendre des repas à l'Accueil Bonneau ou se contenter de manger peu. Pour éviter que cette réalité ne soit connue de ses amis, il consacre toutes ses énergies à trouver des subterfuges qui camouflent sa véritable situation sociale, et donnent l'impression qu'il travaille. Richard a toujours un emploi en perspective mais, pour cinquante-six raisons, il ne peut l'obtenir immédiatement.

Les autres mécanismes de contrôle cognitif qu'on peut observer chez les patients sont les suivants: la *ritualisation*, qui aide à calmer l'angoisse; la *projection*, qui permet de jeter le blâme sur autrui et d'échapper à la culpabilité; enfin, la *rationalisation*, qui est une façon de maintenir son équilibre psychique tout en laissant la situation inchangée. Ainsi, grâce au mécanisme de rationalisation, beaucoup de patients croient que tout leur est dû. La société doit payer pour eux, par obligation morale, parce qu'ils sont malades, et que leurs parents ne se sont pas occupés d'eux.

La rationalisation permet aussi aux patients de réévaluer positivement leur situation au début de chaque mois, lors de la réception de leur chèque de BES. Après deux à trois semaines de privation, le patient devient soudainement riche à ses propres yeux, et il se comporte en fonction de ce nouveau statut social: repas au restaurant, pourboire généreux, compte tenu de ses revenus. Oscar dit à son intervenant, le premier du mois, alors qu'il tient son chèque de BES dans ses poches: «J'm'en vas m'acheter des pantalons avec des poches assez grandes pour mettre tout mon argent... pas des cents, des 100 piastres».

Discussion

Depuis l'avènement de la politique de désinstitutionnalisation et le déplacement des pôles de soins vers les cliniques externes de psychiatrie, les patients chroniques doivent s'aménager un espace de vie constitué de circuits d'échanges variés, complexes et mouvants (circuits sociaux, économiques, culturels, etc.).

Comme l'ont montré les diverses réponses obtenues à la question initiale de cette recherche clinique exploratoire, l'insertion ou la réinsertion dans ces circuits se réalise par un jeu complexe de transactions quotidiennes, sous forme de mécanismes d'adaptation permettant aux patients (même si leurs ressources personnelles, familiales et sociales sont réduites) de maintenir avec leur milieu suffisamment de liens pour satisfaire leurs besoins de base.

Ces transactions sont au cœur du processus dynamique des relations plus ou moins constantes que le patient entretient avec son entourage. De fait, *ces transactions sont les points d'attache ou d'ancrage entre le sujet et la société.*

La connaissance du répertoire et du fonctionnement de ces transactions permet de mieux comprendre les modalités d'insertion ou de réinsertion sociale d'un sujet dans un espace donné (en l'occurrence, l'espace urbain) et fournit une assise concrète pour élaborer un mode d'intervention respectueux du fonctionnement de ce sujet.

L'analyse des observations des intervenants a fait ressortir un répertoire de 39 mécanismes d'adaptation; elle a également permis de dégager six paramètres de fonctionnement. Les mécanismes d'adaptation découverts dans la sphère économique serviront à mettre chacun de ces paramètres en évidence.

1. Le répertoire des mécanismes: varié ou limité

Le répertoire des mécanismes d'adaptation est plus vaste qu'on n'aurait pu le croire à première vue. Toutefois, chaque patient utilise un nombre limité de mécanismes, ce qui entraîne une certaine rigidité dans leur application. Par exemple, à une situation économique stressante le patient aura souvent tendance à répondre par la même solution; ainsi, lorsqu'il trouve une source d'aide matérielle, après deux ou trois tentatives, il se contentera de recourir à cette seule ressource en raison de l'habitude qui s'est créée (ce mécanisme devient moins menaçant et moins épuisant) Le patient a tendance à se limiter à un seul mécanisme, celui qui a réussi, sans doute parce qu'il veut éviter le stress qu'entraînerait l'essai d'un nouveau mécanisme. En ce sens, si la source d'aide

matérielle ne répond plus positivement à ses demandes, le patient exprimera souvent une réaction de colère, car il devra trouver une nouvelle solution, et vivre une nouvelle période de stress.

2. Les modalités de la transaction

Souvent, les modalités relationnelles dans lesquelles s'insère la transaction économique sont purement instrumentales; elles ne laissent aucune place pour de la reconnaissance. Alain mendiait dans la rue. Une Mercedes conduite par une femme très chic s'arrête près du trottoir. Sans attendre que la femme soit sortie de la voiture, Alain lui demande: «As-tu 5 cents?» Elle le regarde et lui donne 25 cents. Sans un seul mot de remerciement, il se retourne et demande à un passant: «As-tu une cigarette?» L'homme lui en donne une. Alain n'exprime aucun geste de remerciement.

Claude demande de l'argent à un passant qui, aussitôt, ouvre son porte-monnaie et lui donne quelques sous. Voyant qu'il en reste, Claude insiste pour avoir plus d'argent. Essuyant un refus, Claude devient frustré et invective le passant, qui s'éloigne.

Il arrive que certains patients se montrent reconnaissants; ceux-ci savent «reconnaître» le soulagement qu'apporte l'aide d'une personne et ils l'expriment par un remerciement; peut-être que leur personnalité prémorbide est mieux préservée et que leur niveau relationnel est plus évolué.

3. L'évaluation monétaire de la transaction

L'évaluation monétaire de la transaction ou du service est souvent fixée en fonction du besoin immédiat du patient et non en fonction de sa réelle valeur monétaire. Par exemple, il manquait 1 $ à Françoise pour acheter un paquet de cigarettes. Elle monte dans une automobile, et le conducteur lui fait des attouchements sexuels en cours de route. Une fois qu'elle est arrivée à destination, l'automobiliste lui demande combien elle veut: «Un dollar», répond-elle, incapable d'évaluer adéquatement la valeur monétaire de son travail.

4. Les ressources requises pour réaliser certaines transactions

Lors d'une transaction, le patient doit parfois faire preuve d'observation psychologique. Par exemple, comment fait-on pour reconnaître une personne qui acceptera de prêter de l'argent? Les patients empruntent généralement à la personne qui se situe au maillon le plus faible de leur réseau ou bien à la personne qu'ils perçoivent comme la plus encline

à se culpabiliser. Richard se plaint qu'il donne toujours tout et qu'il n'a jamais un sou. Les patients qui habitent le même immeuble à appartements lui demandent constamment des cigarettes et ce, même à deux heures du matin, car ils savent qu'il ne pourra refuser et qu'il ne se fâchera pas.

D'autres transactions nécessitent des qualités d'observation environnementale. Par exemple, au cours de ses longues marches, Christian a remarqué que certains parcomètres étaient remplis de monnaie et qu'il était relativement facile d'en extraire quelques pièces. Il se promène, depuis ce temps, sur les trottoirs où sont installés des parcomètres et il récupère, à l'aide d'une épingle à cheveux, la monnaie que ceux-ci ne peuvent contenir et qui risque de tomber par terre.

5. Les multiples fonctions d'un même mécanisme

La stratégie que nous venons de décrire a la propriété de desservir plusieurs fonctions dans divers espaces. En se promenant, Christian occupe son temps; en cueillant des sous, il donne un but à son activité et, enfin, la promenade est un divertissement actif qui lui permet d'oublier ses voix intérieures et de combattre le ralentissement moteur qui l'afflige.

6. Les effets des mécanismes

Certains mécanismes de survie économique risquent d'amplifier le stress des patients. Par exemple, tout travail rémunéré officiellement et non déclaré au BES soumet le patient à une tension constante; à tout moment, cette situation peut être découverte, et la personne risque d'être mise en demeure de rembourser. Aline a obtenu des prestations du BES et des bourses d'études du gouvernement. Son stratagème ayant été découvert, elle doit maintenant rembourser. Très anxieuse, elle ne sait plus que faire et est prête à tout. L'anxiété peut aussi être provoquée d'autres façons. Édouard pratique la prostitution homosexuelle. Régulièrement, il est pris de panique, car il craint de contracter le sida. Chaque fois que Richard gagne 2 $ au bingo, il les donne à un mendiant ou il téléphone à un agent du BES pour lui déclarer son gain parce qu'il se sent coupable et qu'il ne peut vivre dans la crainte d'être découvert et puni. Si le patient occupe un emploi communautaire, il a plus d'argent et risque de le dépenser dans la consommation d'alcool et/ou de drogues, dont il s'était longtemps privé à cause des faibles prestations du BES.

La stratégie visant l'obtention d'un certificat médical est un autre exemple des risques que peut comporter un mécanisme d'adaptation. Si

le médecin exige avec trop d'insistance le retour au travail du patient, ce dernier risque d'avoir à le convaincre de la nécessité du certificat. Le patient qui ne désire pas travailler ou qui s'en croit incapable, malgré le jugement du médecin, doit vivre avec un dilemme stressant et difficile à résoudre: devenir plus stable psychologiquement (grâce à la médication, par exemple) et subir une pression de plus en plus forte du médecin pour qu'il retourne au travail. Être bien dans sa peau signifie vivre stressé. Pour résoudre ce dilemme, le patient aura le choix entre quatre possibilités: (1) manifester davantage de symptômes en ne prenant pas sa médication par exemple, ce qui risque d'augmenter sa souffrance et de réactiver les traumatismes antérieurs; (2) consulter un autre médecin; (3) simuler l'échec de ses tentatives de retour au travail, de façon à convaincre le médecin qu'on est vraiment malade; ou (4) tenter de retourner au travail comme si on voulait relever un défi (il s'agit là d'une réaction plus positive au stress).

Emprunter de l'argent met en péril les convictions morales de la personne. Carole emprunte continuellement à un individu marginal mais plus débrouillard que les autres. Après lui avoir accordé quelques prêts, ce dernier devient plus exigeant et insiste pour recevoir des faveurs. Emprunter au propriétaire d'un dépanneur se révèle une stratégie coûteuse en raison de l'obligation de rembourser. Ainsi, chaque premier du mois, certains patients doivent tout le montant de leur chèque du BES et ils n'ont d'autre choix que d'emprunter de nouveau pour survivre. Ils risquent de ne jamais pouvoir sortir de ce cercle vicieux.

Vivre dans un état de pénurie a pour effet de compromettre le caractère gratuit de toute activité. Lorsqu'on est emprisonné dans cet état, la générosité se révèle plutôt rare. Par exemple, Alain fait du bénévolat auprès de personnes aveugles. Il réussit, grâce à cette activité, à recevoir des pourboires. Il garde toujours en tête l'espoir d'être rétribué pour le moindre «geste gratuit» qu'il pose.

Conclusion

Cette étude clinique sur l'adaptation à la vie quotidienne de patients au lourd diagnostic (schizophrénie) est basée sur la méthode de l'observation participante. À partir des observations des thérapeutes sur les diverses transactions utilisées par les patients pour s'insérer ou se réinsérer dans leur milieu, cette étude a tenté d'identifier les divers mécanismes d'adaptation de ces patients.

L'analyse des observations des intervenants a révélé un répertoire d'adaptation riche et varié, dont la compréhension peut s'avérer très utile pour la mise sur pied d'un programme de réinsertion sociale.

Plusieurs de ces mécanismes d'adaptation, malgré une certaine déficience dans leur application, se sont révélés aptes à satisfaire partiellement les besoins des patients. Dans un programme d'intervention, ils devraient être améliorés. Mais, lorsque le patient ne peut apprendre ou utiliser de nouveaux mécanismes qui puissent pallier l'inefficacité ou l'effet nuisible de ses mécanismes actuels, l'intervention doit porter sur les mécanismes d'adaptation du milieu ambiant afin de permettre au patient de demeurer inséré dans ce milieu. Le cas d'Armand décrit à la section sur la sphère résidentielle est un heureux exemple de cette dernière possibilité.

Toutes les expériences ne sont pas aussi bien réussies. Armande croit que l'eau de sa chambre est empoisonnée, mais elle ne veut pas déménager. Elle ne peut donc cuisiner. On lui offre de venir chercher son eau à la clinique. Elle le fait durant quelques semaines, pour finalement la considérer elle aussi comme empoisonnée. On lui suggère alors d'aller s'approvisionner au centre commercial avoisinant, ce qu'elle fait durant plusieurs mois, jusqu'à ce que l'eau redevienne contaminée.

Le cas d'Armande implique que, dans l'évaluation de la possibilité d'utiliser tel ou tel mécanisme d'adaptation, on doive considérer la nature et la signification de l'objet de l'intervention, sinon les mécanismes d'adaptation risquent de devenir de simples recettes qui ne tiennent pas compte de la globalité de la personne, y compris son milieu culturel.

En ce sens, la prise en compte du contexte culturel du patient est un facteur déterminant dans la décision d'améliorer ou de modifier les mécanismes d'adaptation du patient. Prenons pour exemple le recours à un gestionnaire-fiduciaire. Selon certains intervenants, ce recours est une mesure palliative qu'il faut modifier si on veut que le patient soit autonome (c'est-à-dire qu'il détermine librement les règles auxquelles il se soumet). Ce point de vue mérite d'être relativisé. Nous avons connu un professionnel qui n'administrait pas son argent. Un comptable le faisait pour lui et réglait tous ses comptes à la fin du mois. Lorsqu'il dînait avec des amis, il payait l'addition avec sa carte de crédit et demandait aux convives de le rembourser en argent comptant. Il obtenait ainsi de l'argent liquide, contrevenant à l'entente faite avec son comptable. Cette façon de faire était jugée excentrique et rationalisée comme suit: «Il ne veut pas avoir de problèmes d'argent. Ça ne l'intéresse pas. Il est spécial». Est-ce que cette stratégie est excentrique, originale, signe de débrouillardise ou encore signe de dépendance? La réponse risque fort de comporter l'un ou l'autre des trois premiers choix, dans le cas de

ce professionnel, alors que ce serait plutôt le quatrième choix, dans le cas d'un patient (c'est de la dépendance dont il faudrait absolument débarrasser ce dernier).

Un autre cas est celui d'Adélard abordé à la section sur la sphère temporelle. À 60 ans, Adélard passe ses journées dans les centres commerciaux de l'île de Montréal (il les connaît tous), comme le font bien d'autres personnes âgées; il revient chez lui en même temps que les travailleurs, soit vers 5 h. Il fait donc partie de la foule sans avoir à parler aux gens qui la composent. C'est le retrait positif de Corin et Lauzon (1988). Adélard est-il moins autonome que les personnes âgées qui agissent comme lui? Est-ce que ce mécanisme d'adaptation serait considéré comme plus évolué lorsqu'il est utilisé par des personnes âgées? Ou serait-ce le jugement des intervenants qui serait lui-même mal adapté?

En résumé, notre étude exploratoire a révélé que les patients psychiatriques chroniques ont, en tant que groupe, un répertoire de mécanismes d'adaptation riche et varié. Toutefois, dans le cas de chaque patient, l'étude fait ressortir les points suivants: (1) le nombre de mécanismes utilisés par chaque patient est limité; (2) le patient fait un usage répétitif du même mécanisme face à une difficulté ou à un besoin. L'étude révèle aussi d'autres traits de leurs mécanismes: (1) l'instrumentalité de certains mécanismes; (2) la préséance du besoin immédiat dans l'évaluation d'une situation stressante; (3) la nécessité d'évaluer l'environnement et les membres du réseau pour actualiser certains mécanismes d'adaptation; (4) les fonctions multiples d'un même mécanisme; (5) les effets parfois négatifs, voire dangereux, de certains mécanismes.

RÉFÉRENCES

Breier, A., Strauss, J.S., 1984, The role of social relationship in the recovery from psychotic disorders, *American Journal of Psychiatry*, *141*, n° 8, 949-55.

Carr, V., 1988, Patient's techniques for coping with schizophrenia: an exploratory study, *British Journal of Medical Psychology*, *61*, 339-352.

Cohen, C.I., Berk, L.A., 1985, Personal coping styles of schizophrenic outpatients, *Hospital and Community Psychiatry*, *36*, n. 4, 407-10.

Corin, E., Lauzon, G., 1988, Réalités et mirages: les espaces psychiques et sociaux de la réinsertion, *Santé mentale au Québec*, *XIII*, n° 1, 69-86.

Department of Health and Human Services, Steering Committee on the Chronically Mentally Ill, 1980, *Toward a National Plan for the Chronically Mentally Ill*, Public Health Service, Washington.

FALLOON, I, TALBOT, R., 1981, Persistent auditory hallucinations: coping mechanism and implications, *Psychological Medicine, XI*, 329-39.

LAMB, H,R., PEELE, R., 1984, Need for continuing asylum and sanctuary, *Hospital and Community Psychiatry, 35*, n° 8, 798-801.

LEVY, S.T., MCGLASHAN, T.H., CARPENTER, W.T., 1975, Integration and sealing-over as recovery styles from acute psychosis, *The Journal of Nervous and Mental Disease, 161*, 307-312.

MCGLASHAN, T.H., 1987, Recovery style from mental illness and long-term outcome, *The Journal of Nervous and Mental Disease, 175*, n° 11, 681-685.

MCGLASHAN, T.H., DOCHERTY, J.P., SIRIS, S., 1976, Integrative and sealing-over recoveries from schizophrenia: distinguishing case studies, *Psychiatry, 39*, 325-338.

MCGLASHAN, T.H., LEVY, S.T., 1977, Sealing-over in a therapeutic community, *Psychiatry, 40*, 55-65.

MCGLASHAN, T.H., LEVY, S.T., CARPENTER, W.T., 1975, Integration and sealing-over: clinically distinct recovery styles from schizophrenia, *Archives of General Psychiatry, 32*, 1269-1272.

Day-to-Day Life Adaptation Mechanisms of Chronically Ill Mental Patients

ABSTRACT

In this article, the author presents the main results of an exploratory clinical study aimed at identifying the adaptation mechanisms used by chronic psychiatric patients. These patients had been treated and followed by an external clinic located in an underprivileged urban environment. Upon the analysis of social worker's observations, the author was able to pinpoint 39 adaptation mechanisms within five areas of daily life: economical, residential, temporal, interpersonal and therapeutic. In conclusion, the author emphasizes on the six operating parameters of these adaptation mechanisms.