

## Article

---

« COUPE-CIRCUIT. Une alternative à la psychiatrie »

Réjean Langlois

*Santé mentale au Québec*, vol. 6, n° 2, 1981, p. 119-125.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030109ar>

DOI: 10.7202/030109ar

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

---

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

---

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

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)

---

## COUPE-CIRCUIT. Une alternative à la psychiatrie

*Réjean Langlois\**

---

Située dans un quartier populaire de la ville de Québec, la clinique Coupe-Circuit offre depuis bientôt trois ans un service d'aide psychologique gratuit aux personnes à faible revenu qui font partie de la communauté qu'elle dessert.

Comme son nom l'indique, les interventions de Coupe-Circuit visent à couper le circuit traditionnel "SYMPTÔME-MALADIE-INSTITUTION" qui se perpétue dramatiquement en santé mentale. En effet, lorsqu'un membre de la communauté rencontre des difficultés en santé mentale, et que l'expression de ces difficultés devient intolérable pour son environnement (famille, amis, voisins, etc.), on ne songe pas vraiment à d'autres solutions que la psychiatrie traditionnelle. Les moyens thérapeutiques utilisés lors du séjour en institution sont tels que l'usager sera vite persuadé qu'il est effectivement "malade". À toutes les fois que les difficultés resurgiront, le processus de psychiatisation<sup>1</sup> sera renforcé, convainquant l'usager et son environnement de l'échec de la "guérison". C'est ainsi que 70% des admissions dans les hôpitaux psychiatriques québécois sont, en réalité, des réadmissions. Une recherche d'Anthony, Cohen et Vitalo (1978), sur la durée du traitement et le nombre de réadmissions à l'hôpital, démontre que 50% des patients psychiatriques retournent à l'hôpital après 2 ans de traitement, et ce taux monte à 70% après 5 ans de traitement. Il semble que ce phénomène soit semblable pour les hôpitaux québécois selon une recherche faite par AUTOPSY (anciennement AQPS).

Devant les difficultés évidentes de la psychiatrie à apporter une solution valable aux problèmes

rencontrés par les personnes de bas niveau socio-économique, et ce malgré un important investissement en ressources humaines et financières, Coupe-Circuit propose une alternative basée sur des concepts, des objectifs, des méthodes et une approche clinique radicalement différents.

### LES PRINCIPAUX CONCEPTS

L'approche d'intervention de Coupe-Circuit repose sur un certain nombre de concepts de base.

#### La mutualité et la solidarité

Collins et Pancoast (1976) rappellent fort justement que l'intervenant social, historiquement, vivait avec ceux qu'il aidait, partageant leurs conditions de vie économiques et sociales. Ses activités professionnelles se situaient dans le prolongement de son implication sociale. Au fur et à mesure que les besoins ont augmenté et que l'expertise des professionnels s'est développée, des institutions ont été créées pour aider les personnes en difficulté, les coupant ainsi de leur milieu naturel.

Une des conséquences les plus désastreuses de cette évolution a été l'apparition d'un fossé entre le professionnel-intervenant en santé mentale et l'usager, principalement celui issu d'un milieu défavorisé. En effet, le professionnel qui vit dans une banlieue transporte très souvent avec lui les valeurs propres à sa classe sociale et il ne peut, par conséquent, être solidaire de ceux qu'il aide, étant davantage porté à partager les valeurs de ceux qui ont les mêmes conditions de vie que lui. Aussi est-il très difficile pour le professionnel d'être sensible aux problèmes des gens qui vivent en milieu défavorisé, surtout s'il n'a jamais partagé, même partiellement, leurs conditions de vie.

---

\* L'auteur est membre du collectif de la clinique Coupe-Circuit, située à Québec.

Quand Patterson et ses collègues (1969) ont étudié les différences de comportements d'aide entre les aidants naturels et les intervenants professionnels en santé mentale, ils ont découvert que la caractéristique de base de l'aide naturelle est la mutualité : parce que les aidants naturels partagent les mêmes conditions de vie que ceux qu'ils aident, ils adoptent très souvent les mêmes préoccupations et perspectives de vie, les mêmes buts, les mêmes attitudes sociales et psychologiques, etc. Ils sont aussi davantage capables de se mettre à la place de l'autre et de renverser les rôles, c'est-à-dire de passer d'aidant à aidé.

Dans le même esprit que les initiateurs du projet *La Gerbe*, à Bruxelles (Belgique), les membres de Coupe-Circuit croient qu'une clinique communautaire ne peut apporter une aide appropriée et efficace en santé mentale dans un milieu socio-économiquement défavorisé que si ses membres partagent les mêmes conditions de vie que ceux qu'ils entendent aider.

Somme toute, Coupe-Circuit se veut une plaque tournante au sein de la communauté qu'elle dessert, son rôle étant de faire le lien entre les réseaux naturels d'aide, grâce aux contacts soutenus et privilégiés qu'elle entretient avec la communauté. Ainsi, la clinique n'a pas besoin de recruter des aidants naturels pour venir lui donner un coup de main, ni de recourir aux services d'un intervenant professionnel pour identifier les besoins de la communauté en santé mentale : ses membres y sont sensibilisés et confrontés sur une base quotidienne et immédiate.

Par la force des choses, des aidants naturels vont côtoyer des usagers de Coupe-Circuit dans divers groupes sociaux revendiquant tantôt de meilleures conditions de logement, tantôt un meilleur environnement urbain, puisqu'ils sont confrontés aux mêmes problèmes. Très souvent, des aidants naturels auront vécu des difficultés en santé mentale similaires à celles des usagers de Coupe-Circuit : par exemple, une femme violente sera aidée momentanément par une militante de la Maison des Femmes qui a vécu cette expérience.

Une solidarité s'est donc développée sur une base communautaire entre divers organismes qui soutiennent des revendications indispensables dans de nombreux domaines de la vie sociale,

tels la santé des femmes, le logement ou le droit au travail, par exemple.

De même, cette solidarité est particulièrement vive entre l'usager de Coupe-Circuit et l'aidant naturel, ce dernier étant "inconditionnellement de son bord" tant dans l'expression de ses difficultés que dans la recherche de solutions. Cela se traduit généralement par le support particulier et unique que l'aidant naturel apporte à l'aidé en cas de crise aiguë, ou par ses prises de position très claires face aux institutions psychiatriques et à leurs méthodes thérapeutiques.

L'engagement de l'aidant naturel se situe en marge du "pouvoir thérapeutique" qui accompagne la plupart du temps les interventions psychothérapeutiques professionnelles et l'illusion véhiculée par les cadres thérapeutiques selon laquelle on peut avoir n'importe qui comme ami(e) (ami d'autant plus valorisé s'il a un tarif horaire élevé).

### **L'aide naturelle et nouveau rôle de l'intervenant professionnel**

L'utilisation de l'aidant naturel (soit un ami, un voisin ou un membre de la famille de la personne en difficulté), tout en se situant dans la tradition de mutualité et de solidarité déjà mentionnée, correspond également aux préférences exprimées par les membres d'une communauté de bas niveau socio-économique. En effet, lorsqu'ils rencontrent des difficultés en santé mentale, ceux-ci préfèrent s'en remettre aux membres de leur famille ou à leurs amis plutôt qu'aux professionnels (Gurin, Veroff et Feld, 1960; Warren, 1976).

L'isolement social est considéré comme l'un des facteurs les plus importants dans le processus de détérioration de la santé mentale (Myers, Lindenthal et Pepper, 1976; Summers, 1979) : beaucoup de recherches ont démontré que des problèmes graves de santé mentale, tels des états psychotiques et dépressifs, ont été grandement accentués par l'absence d'amis ou de proches autour des malades (Cobb, 1976; Pilisuk et Froland, 1978).

À Coupe-Circuit, nous misons essentiellement sur l'aide spontanée, suivie et globale de l'aidant naturel pour apporter un soutien aux personnes

en difficulté qui font appel à nos services. Nous préférons ce type d'aide à la relation thérapeutique individuelle d'un intervenant professionnel, laquelle est trop souvent isolée, compartimentée et limitée par l'environnement bureaucratique où elle se déroule. L'intervention professionnelle demeure, selon nous, tout de même nécessaire, mais elle doit être davantage mise au service de l'aidant naturel (Ritzer, 1974).

L'apport professionnel de Coupe-Circuit s'inspire des principes énoncés par Patterson et ses collègues lors d'une intervention réalisée dans une région rurale du Texas (1969). Leur intervention visait à supporter les aidants naturels, puisqu'il n'y avait pas d'intervenants professionnels dans la région auparavant. Le principe directeur de l'action des intervenants était de respecter scrupuleusement l'environnement dans lequel ils se trouvaient. Selon Patterson, la principale responsabilité de l'équipe d'intervenants était d'encourager et de supporter, au besoin, les aidants naturels dans leurs attitudes et leurs façons propres d'aider. Il n'était pas question pour eux d'assumer un rôle de superviseur ou de professeur. Il s'agissait plutôt, à chaque occasion, de renforcer la contribution personnelle de l'aidant naturel en vue d'étendre ses capacités et d'augmenter sa confiance en lui-même.

Ce genre de support semble correspondre à ce que les membres de la communauté attendent de l'intervenant professionnel. Ceux-ci, en effet, se considèrent aptes à s'occuper eux-mêmes de ceux qui rencontrent des difficultés. Ils désirent qu'on leur montre quoi faire, qu'on les supporte et qu'on les encourage en ce sens (Park, 1972; Hartfield, 1979).

Fondamentalement, cela signifie que l'aidant naturel a besoin d'un support émotif et d'un encouragement sans équivoque pour ne pas se sentir seul et dépourvu face aux problèmes de ceux qu'il aide.

Quelquefois, l'aidant naturel a besoin d'être rassuré face à certaines conduites étranges de certains membres plus détériorés de la communauté. Dans le but d'augmenter la confiance de l'aidant naturel en ses propres moyens, nous utilisons alors une stratégie similaire à celle développée par Patterson et son équipe : nous cherchons à amener progressivement l'aidant naturel

à réaliser ce qu'il apporte à la personne en difficulté. Très souvent, en effet, ce dernier a tendance à considérer son aide comme étant toute naturelle, donnant de son temps et de ses énergies sans compter (Patterson *et al.*, 1972). Ce genre de feedback aura donc un effet positif sur un comportement d'aide spécifique, et il constitue un élément important du type de support apporté par l'intervenant professionnel.

Une autre dimension de ce support professionnel de Coupe-Circuit auprès des aidants naturels consiste à les mettre en garde contre une trop grande générosité dans leur aide. Nous avons à leur faire réaliser que ce qu'ils donnent est particulièrement précieux et utile, et que cela ne doit pas être ignoré de l'aidé. Essentiellement, cela veut dire que l'aidant naturel doit sentir une participation effective de celui qui a fait une demande d'aide au processus de solution de ses problèmes. En somme, notre but est d'amener progressivement les aidants naturels à compter davantage ce qu'ils donnent et à exiger des changements en retour.

Enfin, dans le but d'assurer une certaine objectivité et une distance psychologique, l'intervention professionnelle s'avère aussi nécessaire lorsqu'il y a expression de problèmes affectifs intenses, l'aidant naturel se trouvant alors fortement envahi en raison de sa très grande implication personnelle.

### Notre façon de voir la folie

Selon Coupe-Circuit, la folie n'appartient pas uniquement à celui ou à celle identifié(e) comme fou ou folle. Par conséquent, nos efforts visent davantage à normaliser la folie que les fous ou les folles, tels que diagnostiqués par les institutions sociales (la famille, l'école, l'hôpital, la psychiatrie, la psychologie, etc.). Coupe-Circuit remet profondément en cause l'interprétation psychiatrique qui rend l'individu responsable de sa "maladie". Sans réfuter complètement les causes génétiques et bio-chimiques de certaines maladies, nous croyons que l'aliénation sexuelle et socio-économique dont souffrent certains individus de notre communauté est systématiquement renforcée par le processus de psychiatisation<sup>1</sup>, qui en fait finalement une "maladie". Nous demeurons

persuadés que c'est la "maladie" de l'environnement que le psychiatrisé<sup>2</sup> exprime.

C'est à la compréhension des "messages" de celui ou de celle qui souffre que nous nous intéressons, même si cela rejoint notre propre aliénation. À chaque fois qu'on laisse la parole à une personne en crise, nous sommes confrontés à des niveaux différents de conscience où la désintégration du "moi" de l'individu (Menn et Mosher, 1979) rejoint notre propre souffrance et celle de l'humanité.

De plus, Coupe-Circuit remet profondément en question le scénario traditionnel qui se déroule lorsqu'une personne éprouve des difficultés en santé mentale. En effet, à partir du moment où un membre de la communauté "n'est pas normal", comme le signale laconiquement la brochure des Affaires sociales intitulée *Urgence psychiatrique*, "tout le monde s'en rend compte rapidement". C'est alors que la famille, l'environnement immédiat de la personne en difficulté, les institutions "guérisseuses" (hôpitaux et réseau des Affaires sociales), et l'individu lui-même, vont subtilement déclencher le processus de retrait progressif des responsabilités personnelles et sociales dévolues à chaque membre de la communauté par le contrat social.

Nous remettons fondamentalement en cause l'outil par excellence de cette manœuvre, soit le diagnostic, comme le font de plus en plus de chercheurs (Rosenhan, 1973; Efron, 1970; Braginsky et Braginsky, 1967 et 1974).

Nous préférons substituer au diagnostic de pathologie une évaluation de la motivation de la personne qui fait une demande d'aide. Ce diagnostic de la motivation<sup>3</sup> a comme objectif d'amener l'utilisateur de Coupe-Circuit à prendre conscience de la démarche dans laquelle il s'engage; il permet également aux intervenants de Coupe-Circuit et de la communauté de mesurer la somme d'énergie qui devra y être investie.

En somme, l'utilisateur doit démontrer par des gestes concrets qu'il veut participer au processus de solution de ses problèmes. Généralement, l'utilisateur est confronté à ses réalités et tenu de faire des choix. Ainsi, il devra décider d'abandonner progressivement ses médicaments, ou tout simplement de continuer sa chimiothérapie. Dans d'autres circonstances, il devra choisir entre

continuer d'entretenir des relations pathogènes avec certains membres de son environnement ou tenter de se créer un nouveau réseau social. Cette mise au point nous permet d'éviter de renforcer la stigmatisation sociale envers les difficultés de santé mentale et de décourager les éventuels consommateurs d'aide psychologique.

## LES OBJECTIFS DE LA CLINIQUE COUPE-CIRCUIT

La clinique Coupe-Circuit poursuit un triple objectif :

1. *Sur le plan clinique* : nous voulons aider la personne en difficulté à vivre son état et, en même temps, aider les membres de la communauté proches de celle-ci à donner au besoin le support nécessaire.
2. *Sur le plan communautaire* : nous incitons le personnel de Coupe-Circuit à participer aux activités communautaires de manière à amener des membres et des groupes de la communauté à participer aux activités de la clinique.
3. *Sur le plan politique* : nous voulons fournir un "lieu" de parole où, dans un climat de liberté et d'égalité, il devienne possible, sinon inévitable, de prendre position sur les problèmes de santé mentale.

## LES MÉTHODES D'INTERVENTION DE COUPE-CIRCUIT

Coupe-Circuit utilise différents moyens pour réaliser ses objectifs.

Pour réaliser l'objectif clinique, trois catégories de militants sont utilisés :

1. *L'aidant naturel* : membre de la communauté proche (voisin, parent, ami), il demeure la ressource privilégiée. Identifié rapidement lors du premier contact, l'aidant naturel est associé étroitement aux intervenants quand il n'est pas (et c'est toujours l'objectif recherché) le principal responsable. Pendant toute la période où il est en situation d'aide, il participe aux rencontres hebdomadaires entre les aidants naturels en situation d'aide et les membres

du Collectif (ceux qui assurent la permanence à Coupe-Circuit).

2. **Le collaborateur interne** : membre du Collectif, il assure la permanence à Coupe-Circuit. Il est celui qui, avec d'autres, supporte les efforts des aidants naturels et participe à toutes les activités cliniques, communautaires et politiques de Coupe-Circuit. Il assiste aux rencontres hebdomadaires avec les aidants naturels de même qu'aux rencontres spécifiques du Collectif.

Il y a présentement trois collaborateurs internes qui militent à Coupe-Circuit, dont l'auteur de cet article qui y est associé depuis le début. Chacun tire sa subsistance d'un travail à temps partiel (comme professeur ou comme vendeur) ou du statut "d'assisté social" (prestations de chômage). Évidemment, nous nous accommodons d'un niveau de vie qui n'entre pas en contradiction avec celui de la grande majorité des membres de la communauté que Coupe-Circuit dessert.

3. **Le collaborateur externe** : c'est celui qui, selon sa disponibilité et sa compétence, participe à certaines activités de Coupe-Circuit.

D'autre part, pour réaliser l'objectif communautaire, chaque collaborateur interne doit militer dans un groupe de la communauté. De plus, Coupe-Circuit fait appel à des membres et/ou groupes de la communauté selon le besoin.

Quant à l'objectif politique, il est atteint par des rencontres individuelles ou de groupe où les participants, de philosophies et de milieux différents, s'échangent des informations.

## L'APPROCHE CLINIQUE DE COUPE-CIRCUIT

L'approche clinique de Coupe-Circuit a beaucoup évolué depuis le début, et cela se poursuit puisque nous offrons un cadre expérimental unique. Nos succès, mais surtout quelques échecs retentissants, ont périodiquement modifié notre fonctionnement clinique.

Cinq grandes préoccupations guident maintenant les différentes interventions cliniques de Coupe-Circuit :

### a) La spécificité de la demande

Très souvent, les demandes d'aide sont faites pour quelqu'un d'autre : telle mère de famille demande de l'aide pour son adolescent qui se drogue, ou encore tel grand-frère appelle

Coupe-Circuit pour sa jeune sœur qui consomme des médicaments suite à un séjour prolongé en milieu psychiatrique.

Dans tous les cas, nous offrons notre aide à la personne qui a pris l'initiative de la demande, l'invitant, par la même occasion, à transmettre le message à la personne en difficulté pour qu'elle fasse elle-même une demande d'aide spécifique.

### b) Le diagnostic de motivation<sup>3</sup>

Très souvent, nous exigeons de "sentir" concrètement la motivation de la personne en difficulté qui a fait une demande d'aide. Ainsi, l'évaluation des activités cliniques de Coupe-Circuit pour l'année 1980 a démontré que plus de la moitié des usagers (64%) rencontraient des problèmes de motivation à se faire aider. Nous avons également constaté que plus les difficultés de l'utilisateur sont grandes, plus il est essentiel de vérifier sa motivation à se faire aider.

### c) Le contact privilégié

Notre préoccupation fondamentale n'est pas d'établir un "contact" privilégié avec la personne en difficulté qui a fait une demande d'aide, mais plutôt d'identifier, dans l'environnement de cette personne, l'aidant (ou les aidants) naturel(s) avec qui elle a une relation profonde. Par la suite, nos interventions ne viseront qu'à renforcer systématiquement ce contact. Toutefois, l'état psychotique ou dépressif de nombreux usagers est grandement accentué par l'absence d'amis ou de proches autour d'eux. Dans ce cas nous devons "refabriquer" un environnement autour de l'utilisateur avec la collaboration d'aidants naturels de Coupe-Circuit (souvent des ex-usagers), de sorte qu'un contact privilégié pourra se développer.

### d) L'investissement d'énergies limité

L'an dernier, plus de la moitié (60%) des usagers de Coupe-Circuit ont demandé de l'aide pour des problèmes qui n'ont nécessité que quelques interventions (deux ou trois, tout au plus). Le suivi était généralement assuré par des aidants naturels.

Lorsque les difficultés étaient plus sévères (psychose, dépression profonde, tendances suicidaires), les interventions ont exigé beaucoup plus d'énergies. Pour certains usagers

particulièrement motivés, nous avons fait appel à la "communauté thérapeutique". Celle-ci est composée de deux aidants naturels collaborant à Coupe-Circuit qui, dans leur environnement naturel (leur maison), accueillent pour une période définie (deux à six mois), un usager de la clinique. Une équipe formée d'aidants naturels (amis et membres de la famille, à l'occasion) et de collaborateurs de Coupe-Circuit va supporter, et même remplacer à l'occasion, les membres de la "communauté" lorsque le besoin s'en fait sentir. Les intervenants de Coupe-Circuit (collaborateurs internes) assurent la coordination et font les interventions cliniques stratégiques.

En accompagnant l'usager lorsqu'il traverse certaines phases critiques, les membres de la "communauté" deviennent progressivement aptes à décoder les "messages" qu'il transmet, de sorte qu'ils pourront renforcer la prise en charge par l'usager de ses difficultés. Enfin, soulignons que les membres de la "communauté thérapeutique" sont souvent les premiers éléments du réseau social de l'usager que les interventions de Coupe-Circuit s'efforcent de reconstruire.

#### e) Le respect de la réalité

Très rapidement, l'usager est confronté à ce que nous sommes : Coupe-Circuit n'est pas une institution psychiatrique. Par conséquent, nous ne pouvons assumer longuement l'absence de prise en charge par l'usager de ses responsabilités personnelles et collectives. Progressivement mais systématiquement, nous lui apprendrons à satisfaire ses besoins de base (nourriture, repos, vêtements, santé physique, loisirs, travail et argent; nous l'aiderons à développer les habiletés sociales dont il aura besoin pour vivre dans la communauté; nous l'amènerons à identifier les ressources communautaires qu'il pourrait utiliser en cas de besoin d'aide; nous l'inciterons, enfin, à couper les relations pathogènes et à assumer ses difficultés dans le cadre de la réalité de notre communauté.

### LES PERSPECTIVES D'AVENIR

Récemment, une recherche de l'auteur de cet article (Langlois, 1981) démontrait l'existence de deux

(2) catégories d'usagers de la clinique Coupe-Circuit :

1. L'usager demandant de l'aide pour des difficultés n'exigeant que quelques interventions (névrose, problème familial, etc.). Cet usager est généralement très motivé à recevoir de l'aide, et les membres de son réseau social collaborent efficacement à la solution de ses problèmes. L'évaluation des interventions de Coupe-Circuit indique un taux de succès élevé auprès de cette catégorie d'usagers et un investissement d'énergies limité de la part des différents intervenants.
2. L'usager demandant de l'aide pour des difficultés aiguës (psychose, dépression profonde, tendance suicidaire, etc.). Il est généralement peu motivé à recevoir de l'aide, et nos interventions n'ont pas toujours donné de bons résultats malgré un investissement d'énergies important.

Nous nous sommes particulièrement intéressés à cet usager non motivé parce qu'il correspond à un pourcentage élevé de notre clientèle (64% en 1980), et aussi parce qu'il épuise les intervenants, souvent sans résultat.

L'usager non motivé qui vit dans un environnement socio-économique détérioré est prédisposé à développer des difficultés sérieuses en santé mentale, comme le soulignent certaines recherches (Fried, 1969; Lorion, 1978). Toutefois, il nous apparaît que le problème de motivation à se faire aider vient moins de ces difficultés comme telles que du processus de psychiatisation<sup>1</sup> qui s'instaure à partir du moment où l'usager est hospitalisé.

La conséquence la plus désastreuse de la psychiatisation est la désintégration progressive du réseau social de l'usager (Guay, 1981), décrite très justement par Beels (1981) comme étant la "crise du réseau". À partir du moment où le processus de psychiatisation s'est installé et où il est renforcé périodiquement par de nouvelles hospitalisations, nous avons constaté que nos interventions avaient tendance à devenir inefficaces tout en nécessitant beaucoup d'énergies.

Devant cette constatation, il nous apparaît important et urgent de rejoindre l'usager avant même que le processus de psychiatisation ne se mette en marche, afin de lui proposer, ainsi qu'à son environnement, une alternative qui évitera la désintégration de son réseau social.

Quand à l'usager psychiatrisé<sup>2</sup>, l'alternative anti-psychiatrique peut souvent n'être qu'une fumisterie et contribuer à l'exploitation de l'individu au même titre que la psychiatrie (Guay, 1980). C'est pourquoi les groupes d'entraide de psychiatrisés, organisés et dirigés par des ex-patients psychiatriques, nous apparaissent davantage indiqués et valables.

#### NOTES

1. Le processus de psychiatrisation est le résultat de la politique de spécialisation des institutions psychiatriques qui, au nom de la science, compartimentent les individus et leurs problèmes. Établissant des rôles, cette politique fait en sorte qu'un personnel qualifié, travaillant dans un cadre précis, s'occupe de patients des institutions spécifiques, d'après leurs critères d'admission et leur équipement (La Gerbe, 1977).
2. Le psychiatrisé est celui qui a été admis au moins une fois en institution psychiatrique. Il a été traité tantôt par médicaments, tantôt par électro-chocs ou a même subi une lobotomie. Il a toujours été victime de l'arbitraire psychiatrique.
3. Le diagnostic de motivation est le résultat de la confrontation entre les attitudes et les comportements de l'usager et certaines exigences que pose Coupe-Circuit avant d'intervenir, à savoir :
  - a) L'usager doit lui-même faire une demande d'aide.
  - b) Après avoir pris connaissance de la démarche alternative de Coupe-Circuit et des difficultés qui l'accompagnent (investissement d'énergies, souffrance morale souvent aiguë, coupures possibles avec certaines personnes proches, etc.), l'usager doit couper son contact avec l'institution psychiatrique et ses méthodes de traitement. S'il y a consommation de médicaments, l'usager doit consulter un médecin qui collabore avec nous pour le sevrage.
  - c) L'usager doit identifier et contacter lui-même l'aïdant (ou les aidants naturels) qui lui apportera son support.
  - d) L'usager doit continuellement assumer la responsabilité de la solution de ses problèmes.

#### RÉFÉRENCES

ANTHONY, W.A., COHEN, M.E. et R. VITALA, 1978, The Measurement of Rehabilitation Outcome, *Schizophrenia Bulletin*, n° 3, n° 4, 363-383.

BERKE, J., 1980, *L'homme papillon*, Paris, Buchet/Chastel.

BRAGINSKY, B. et D. BRAGINSKY, 1967, Schizophrenic Patients in the Psychiatric Interview : an Experimental Study of their Effectiveness at Manipulation, *Journal of Consulting Psychology*, 21, p. 543-547.

BRAGINSKY, B., BRAGINSKY, D. et EDWARDS, 1974, The Political Attitudes of Mental Patients and their Keepers, in Braginsky, B., Braginsky, D., *Mainstream Psychology : A Critique*, Holt Rinehart and Winston.

Collectif international, 1977, *Réseau-alternative à la psychiatrie*, 10/18.

COBB, S., 1976, Social Support as a Moderator of Life Stress, *Psychosomatic Medicine*, vol. 38, p. 300-314.

COLLINS, A.H. et D.L. PANCOAST, 1976, *Natural Helping Networks, a Strategy for Prevention*, National Association of Social Workers, Washington.

EFROM, C., 1970, *Psychiatric Bias : An Experimental Study of the Effects of Social Class Membership on Diagnostic Outcome*, Unpublished Masters Thesis, Wesleyan University.

FRIED, M., 1969, Social Differences in Mental Health, in J. Kosa, A. Antonsky and I.K. Zola (eds), *Poverty and Health : a Sociological Analysis*, Cambridge, Harvard University.

GUAY, J., et R. LANGLOIS, 1981, Coupe-Circuit : a Neighborhood Clinic Utilizing Natural Support Systems, texte soumis pour publication, *American Journal of Community Psychology*.

GUAY, J., 1980, *Schizophrénie et psychothérapies*, texte non publié.

GUAY, J., 1981, *La réadaptation du patient psychiatrique par le réseau social*, texte non publié.

GURIN, G., VEROFF, U. et S. FELD, 1960, *American View their Mental Health*, New York, Basic Books.

HAMMER, M., 1980, Social Networks and the Long-Term Patient in the Community, *Chronic Psychiatric Patients in the Community*, Budson and Barofsky, New York.

HATFIELD, AB., 1979, Help-seeking Behavior in Families of Schizophrenic, *American Journal of Community Psychology*, 7, p. 563-569.

LANGLOIS, R., 1981, *Coupe-Circuit : une alternative à la psychiatrie*, recherche non publiée.

LANGLOIS, R., 1981, *La clinique populaire Coupe-Circuit*, conférence donnée dans le cadre du 49<sup>e</sup> congrès de l'A.C.F.A.S., Sherbrooke.

LORION, RD., 1978, Research on Psychotherapy and Behavior Change with the Disadvantaged : Past, Present and Future Directions, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Wiley and Sons, New York.

MOSHER, L.R., et A. MENN, 1979, Soteria : an Alternative to Hospitalisation for Schizophrenics, *Alternatives to Acute Hospitalisation*, Jossey-Bass.

MYERS, J.K., LINDENTHAL, J.J. et M.P. PEPPER, 1975, Life Events Social Integration and Symptomatology, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 76, p. 421-427.

PATTERSON, S. et al., 1972, *Utilizing Human Resources for Mental Health*, University of Kansas.

PARK, L., 1972, *Histoire d'Elly*, Calmann-Lévy.

PILISUK, M. et C. FROLAND, 1978, Kinship Social Networks, Social Support and Health, *Social Sciences and Medicine*, vol. 12b, p. 273-280.

WARREN, D.L., 1976, *Neighborhood and Community Contexts in Help-seeking, Problem coping and Mental Health : Data Analysis Monograph*, University of Michigan.

#### SUMMARY

Coupe-Circuit is a community clinic which offers the psychological help to the residents of the working class districts of Quebec City who have mental health problems. Its philosophy, objectives, methods and clinical approach radically challenge present-day psychiatry. Essentially, it aims to support the natural help network.