

La mise en œuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées

Bien plus qu'une simple réforme de la psychiatrie

[Jasna Russo](#)¹, [Stephanie Wooley](#)²

Traduction : www.Globaldisabilityjustice.org

Le modèle social du handicap — fondé sur le vécu des personnes handicapées ainsi que sur leur militantisme, leurs recherches et leurs travaux théoriques — a permis un tournant historique dans la compréhension du handicap. Ce modèle facilite également la transition vers l'approche fondée sur les droits, au cœur de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH). Toutefois, le modèle social du handicap ne s'applique pas de manière directe à la réalité des personnes qui se retrouvent internées et soumises à des traitements forcés en milieu psychiatrique. Cet article examine les conséquences de l'absence d'un cadre théorique équivalent capable de contrer l'hégémonie du modèle biomédical de la « maladie mentale » et de soutenir la mise en œuvre de la CDPH pour les personnes ayant reçu un diagnostic psychiatrique. En analysant de manière critique certaines tentatives récentes visant à intégrer les dispositions de la CDPH à la psychiatrie, nous mettons en lumière les contradictions fondamentales inhérentes à de telles démarches. Notre réflexion vise à élargir la mise en œuvre de la CDPH au-delà de la simple réforme de la psychiatrie, en proposant un programme de changement bien plus vaste. Nous soutenons que le savoir issu de l'expérience vécue est indispensable à l'élaboration et à l'appropriation de ce programme, et nous soulignons les risques qu'il y a à transformer de simples objets de traitement en objets de droits humains.

Introduction

La mise en œuvre de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) pour les « personnes atteintes de handicap psychosocial » ou celles suivant actuellement un traitement psychiatrique constitue sans doute l'aspect le plus controversé de ce traité international. Alors que les débats concernant les droits des personnes atteintes de déficiences physiques et sensorielles progressent vers une amélioration des lois, des politiques et des pratiques, les processus décisionnels relatifs aux personnes ayant reçu un diagnostic psychiatrique continuent de régresser et demeurent largement ancrés dans l'ère antérieure à la CDPH : la possibilité même d'une égalité des droits pour ce groupe spécifique est remise en question. Nous sommes pleinement conscients que le processus de mise en œuvre de la CDPH est généralement lent, voire parfois régressif, et notre intention n'est nullement d'entrer en concurrence avec d'autres groupes marginalisés ou opprimés. Toutefois, nous tenons à souligner l'ampleur des résistances, voire du sabotage, auxquels se heurte la reconnaissance des droits fondamentaux et des libertés des personnes atteintes de handicap psychosocial, y compris les appels explicites à réviser la CDPH pour nous exclure de son champ d'application¹. C'est dans ce climat que s'inscrivent les efforts visant à mettre en œuvre la CDPH pour les personnes ayant reçu un diagnostic psychiatrique.

Bien que des progrès significatifs aient été réalisés dans la législation de certains pays (comme l'abolition de la tutelle fondée sur le handicap au Pérou en 2018) et malgré l'existence de quelques alternatives aux traitements psychiatriques, aucun pays au monde n'a jusqu'à présent mis en place des mesures efficaces protégeant pleinement les personnes jugées « folles », en souffrance

1 Appelbaum P. S. "Saving the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities – from itself." *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*. 2019;18(1):1–2. doi: 10.1002/wps.20583. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar][Ref list]

psychique ou atteintes de troubles psychiatriques contre la détention et les traitements médicaux forcés.² Par ailleurs, la légitimité et le bien-fondé de telles lois et politiques potentielles sont remis en question, voire souvent qualifiés d'utopiques. L'argumentation avancée pour justifier ces points de vue confond généralement la détention et les interventions forcées avec les soins et le droit à la santé. Nous avons longuement débattu de ces questions dans notre « Lettre ouverte à la WPA [Association mondiale de psychiatrie] », signée par plusieurs organisations internationales d'usagers des services de santé mentale, de survivants de la psychiatrie et de personnes en situation de handicap psychosocial.³ Dans ce dossier spécial, nous voyons l'occasion de dépasser ce type de débat pour approfondir l'analyse, au-delà de la question de savoir si les personnes ayant reçu un diagnostic psychiatrique doivent jouir des mêmes droits humains que n'importe qui d'autre. L'adoption de la CDPH apporte une réponse claire et juridiquement contraignante à cette interrogation. Toutefois, elle soulève une autre question, plus urgente et assez complexe : celle des moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. Dans cette contribution, nous examinons de manière critique certaines initiatives actuelles, portées par des cliniciens, visant à adopter un cadre fondé sur les droits humains en psychiatrie ; nous explorons également, plus généralement, les raisons pour lesquelles le modèle biomédical de la maladie mentale est incompatible avec l'approche fondée sur les droits humains. Notre analyse s'appuie sur nos expériences respectives de la coercition et des traitements psychiatriques forcés, sur de nombreuses années de militantisme au sein du mouvement des usagers et survivants en Europe occidentale et à l'échelle internationale, ainsi que sur nos travaux de recherche et nos réflexions théoriques. Forts de ce parcours et inspirés par l'émergence du modèle social du handicap, nous plaçons pour que notre savoir collectif et singulier trouve sa place dans le projet au long cours visant à concrétiser les dispositions de la CDPH pour nos communautés.

Dans un premier temps, nous analysons certaines contradictions et certains obstacles structurels à l'intégration des dispositions de la CDPH dans les systèmes psychiatriques actuels. Dans un second temps, nous abordons des pistes de recherche, de théorisation et de pratique moins explorées, comme autant de moyens de garantir et de faire progresser les droits et les savoirs des personnes jugées folles ou atteintes de troubles mentaux.

Une note sur la langue

Il est presque impossible de rédiger une note sur la langue sans éclaircir les concepts qui sous-tendent les termes que nous employons, ainsi que leurs origines et leurs implications. Une difficulté supplémentaire tient ici au sujet même de cet article, car le pouvoir de nommer (et, par conséquent, de traiter) est au cœur du processus de psychiatisation. Récupérer ce pouvoir par un acte collectif et libérateur de renommage et d'auto-identification a toujours été au centre de l'organisation politique des (anciens) patients en psychiatrie. Toutefois, nos mouvements sont divers, et les termes que nous choisissons doivent être appréhendés dans leurs contextes historiques, politiques et autres. Dans les pays du Nord, les notions de « survivants de la psychiatrie », d'« usagers des services de santé mentale », de « clients » et de « consommateurs » sont courantes ; nous souscrivons au constat de Mary O'Hagan selon lequel « il n'existe même pas de mot pour désigner les patients qui ne nous place pas en relation avec le système qui nous domine »⁴. Il en va autrement du concept de handicap psychosocial, apparu plus tard et étroitement lié à la CDPH. Si ce concept ne fait pas l'unanimité en Occident et dans les pays du Nord, la notion de handicap psychosocial est adoptée par des mouvements du Sud qui cherchent à s'éloigner de la « santé mentale » pour privilégier une

2 .Minkowitz T. *Peruvian legal capacity reform: Celebration and analysis*. 2018. For a thorough analysis of this development, see. Available at <https://www.madinamerica.com/2018/10/peruvian-legal-capacity-reform-celebration-and-analysis>; see also *International Network Toward Alternatives and Recovery*. Available at <http://intar.org>. [Ref list]

3 .European Network of (Ex-) Users and Survivors of Psychiatry. *Open letter to WPA*. 2019. Available at <http://enusp.org/wp-content/uploads/2019/03/Open-Letter-to-WPA-1.pdf>. [Ref list]

4 .O'Hagan M. *Madness made me*. Wellington: Open Box; 2014. p. 160. [Google Scholar][Ref list]

inclusion sociale entendue au sens large⁵. Cette évolution, observée dans des régions du monde moins psychiatisées, ouvre de nouvelles perspectives tant théoriques que pratiques et revêt une importance capitale pour la mise en œuvre de la CDPH. Dans le présent article, nous nous concentrons toutefois sur la récente récupération, par le secteur psychiatrique, du discours relatif aux droits humains, telle que nous l'observons dans notre région : l'Europe occidentale.

Compte tenu de la diversité des manières dont les gens choisissent (ou refusent) de se définir, nous savons que les termes qui nous sont familiers ne trouveront pas d'écho chez tout le monde. Aspirant à un monde où la folie et la détresse seraient perçues comme faisant partie intégrante de l'expérience humaine — plutôt que d'être attribuées uniquement à certains groupes de personnes —, nous cherchons délibérément à éviter les définitions et les étiquettes. Dans notre quête des mots justes, nous privilégions des formulations telles que « personnes ayant reçu un diagnostic psychiatrique », « personnes ayant une expérience de la psychiatrie » et « personnes considérées comme folles ou atteintes de troubles mentaux ». Toutefois, par l'expression « les nôtres », nous tenons à exprimer un lien et une solidarité avec quiconque a subi ou subit un traitement psychiatrique imposé. Nous employons ces termes en étant pleinement conscients de nos nombreuses différences ainsi que des multiples formes de discrimination qui s'entrecroisent avec l'expérience de la psychiatrie, sous l'effet des structures racistes, capitalistes et autres systèmes hégémoniques qui marquent nos vies. Cette expression ne vise ni à gommer ni à neutraliser les inégalités face à ces structures et à cette oppression.

Une psychiatrie « humaine » est-elle possible ?

La CDPH (Convention relative aux droits des personnes handicapées) porte en elle une exigence de remise en question fondamentale du traitement psychiatrique en tant que réponse sociétale classique aux crises humaines. Au cœur de cette revendication figure la reconnaissance de la capacité juridique des personnes dont le droit de prendre leurs propres décisions a traditionnellement été dénié au motif de diagnostics psychiatriques. Il est évident qu'une telle révision fondamentale ne peut s'opérer par la seule voie législative et que les changements envisagés par la CDPH nécessitent une action décisive et coordonnée à de multiples niveaux. La mise en œuvre de la CDPH touche à l'histoire de la psychiatrie en tant que discipline et remet en cause le rôle social qui lui est assigné. Une partie de l'establishment psychiatrique mondial fait pression pour le maintien de ce rôle, agissant comme un gardien du système et s'opposant aux changements exigés par la CDPH. Parallèlement, on observe une multiplication des appels et des initiatives émanant de représentants professionnels moins en vue, visant à réviser la pratique psychiatrique pour la mettre en conformité avec les dispositions de la CDPH. Sans nier la bonne volonté présumée de cette nouvelle mouture de psychiatrie « progressiste » ni celle des divers services proposant logement, travail protégé ou même tutelle aux personnes « atteintes de troubles mentaux », nous soutenons que la tâche de mise en œuvre de la CDPH ne saurait être accomplie par ces seules professions. La CDPH n'appelle pas à une psychiatrie différente, mais bien à une approche radicalement autre de la folie et de la souffrance psychique. Les tentatives de la psychiatrie pour prendre le leadership et s'approprier l'agenda du changement risquent de réduire l'objectif à long terme à une simple réforme psychiatrique de plus. Nous avons déjà été témoins de l'intégration généralisée du concept de rétablissement et de la « mise à l'échelle » du soutien par les pairs — initialement pratiqué au sein

5. Beresford P., Nettle M., Perring R. *Towards a social model of madness and distress? Exploring what service users say*. York: Joseph Rowntree Foundation; 2010. [[Google Scholar](#)]; Russo J., Shulkes D., Spandler H., Anderson J., Sapey B., editors; Beresford P., Perring R., Nettle M., Wallcraft J. "What we talk about when we talk about disability: Making sense of debates in the European user/survivor movement,". *Madness, distress and the politics of disablement. From mental illness to a social model of madness and distress*. pp. 27–41. in. (eds) Bristol: Policy Press, 2015. (London: *Shaping Our Lives*, 2016); see Pan African Network of People with Psychosocial Disabilities. Available at <https://www.facebook.com/pg/PANPPD/about/>; Transforming Communities for Inclusion – Asia Pacific. Available at <http://www.tci-asia.org/>; Latin American Network of Psychosocial Diversity. Available at <http://www.rompiendolaetiqueta.com/declaration>. [[Ref list](#)]

de nos communautés — par le biais de personnels pairs-aidants intégrés aux services psychiatriques.⁶ Ces évolutions illustrent le sort réservé aux concepts progressistes et émancipateurs lorsqu'ils pénètrent le champ de la psychiatrie, lequel repose sur des prémisses bien différentes. Détachées de leurs origines, dépolitisées et réduites à de simples techniques, ces nouveautés ont finalement reconsolidé les systèmes de santé mentale existants au lieu d'apporter des changements substantiels à leur nature coercitive ou potentiellement coercitive. Nous tenons donc à souligner les risques inhérents à l'adoption, par la psychiatrie, d'un agenda fondé sur les droits humains et à son positionnement comme principal acteur de la mise en œuvre de la CDPH. Un tel scénario renforcerait le rôle de la psychiatrie que la CDPH cherche à remettre en question. Croire que les dispositions de la CDPH peuvent être simplement « adoptées » dans la pratique clinique ouvre la voie à une nouvelle situation de « déjà-vu », telle que décrite par Matthias Seibt, militant et survivant de longue date du système psychiatrique : « Tout doit s'améliorer. Mais rien ne doit changer. »⁷

À titre d'exemple, en examinant de plus près le « Manifeste de Berlin pour une psychiatrie humaine », récemment lancé par un psychiatre critique, on constate que la psychiatrie ne peut pas simplement être refondée pour devenir une entreprise fondée sur les droits humains.⁸ Le premier principe énoncé dans ce document, signé par de nombreuses organisations et personnes — dont un certain nombre d'usagers des services —, stipule :

Une psychiatrie humaine, conforme à la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), garantit aux usagers, consommateurs et survivants le droit de décider eux-mêmes du type de services de soutien psychiatrique et psychosocial qu'ils souhaitent utiliser et des modalités de cette utilisation. En situation de crise, lorsqu'il est plus difficile de déterminer les préférences de la personne, un soutien individuel intensif doit être proposé. Le soutien à la prise de décision permet également d'éviter les mesures coercitives.

Au-delà de l'attente selon laquelle les personnes traversant une crise psychosociale connaîtraient les « types de soutien » existants et seraient en mesure d'y recourir, il convient d'abord de souligner l'éventail extrêmement restreint et strictement délimité des « choix » proposés. Ces « choix » s'inscrivent presque tous dans une perspective biomédicale ; le droit de refuser tout ou partie de ces options n'est jamais évoqué. Par ailleurs, le fait de prôner que les mesures coercitives soient « évitées » plutôt qu'abolies revient manifestement à considérer la coercition comme une donnée acquise. Le manifeste énonce en outre des principes de transparence, de participation, de sécurité économique et d'inclusion dans les réseaux sociaux individuels, comme si la psychiatrie ne s'inscrivait pas dans un système de contrôle social, avec une mission et un rôle précis à y remplir. De telles contradictions sont inhérentes à toute tentative de transformer la psychiatrie en agissant de l'intérieur même du système.

De l'instauration du traitement psychiatrique sous forme institutionnelle au XVIII^e siècle jusqu'à nos jours — une époque marquée par l'introduction des ordonnances de soins en milieu ouvert —, la mission de cette discipline consistant à maintenir l'ordre social est demeurée inchangée.

6 6.Morrow M. "Recovery: Progressive paradigm or neoliberal smokescreen,". In: Lefrançois B. A., Reaume G., Menzies R. J., editors. *Mad matters: A critical reader in Canadian mad studies*. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2013. pp. 323–333. (eds) B. McWade, "Recovery-as-policy as a form of neoliberal state-making," *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice* 5/3 (2016); 62-81. D. Penney and L. Prescott, "The cooptation of survivor knowledge: The danger of substituted values and voice," in. [Google Scholar]; Russo J., Sweeney A., editors. *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies*. Monmouth.: PCCS Books; 2016. pp. 35–45. (eds) D. Penney and P. Stastny, *Peer specialists in the mental health workforce: A critical reassessment* (2019). Available at <https://www.madinamerica.com/2019/10/peer-specialists-mental-health-workforce>. [Google Scholar][Ref list]

7 Seibt M. "Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener – ein Ladenhüter,". *BPE Rundbrief*. 2018. p. 5. [Ref list]

8 2019. *Berlin manifesto for a humane psychiatry*. Available at <http://berliner-manifest.de/english>. [Ref list]

Contrairement à d'autres formes d'enfermement telles que la prison, le traitement psychiatrique imposé vise des personnes qui n'ont pas commis d'infraction pénale, mais qui sont perçues comme potentiellement dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui. À ce jour, toutes les initiatives visant à mettre la pratique psychiatrique en conformité avec la CDPH s'inscrivent dans ce même cadre immuable. La question qui se pose alors est de savoir comment la psychiatrie peut garantir les droits fondamentaux des personnes qu'elle prend en charge, alors même que sa mission consiste précisément à les contrôler et à les priver, à titre préventif, de l'exercice de ces droits.

Deux autres psychiatres allemands se penchent spécifiquement sur ces questions ; ils envisagent un avenir où la psychiatrie n'aurait plus pour fonction le contrôle social et proposent une conception renouvelée des services de santé mentale, qui se limiteraient alors à offrir un « soutien » pur et simple.⁹ Nous saluons les efforts de ces auteurs pour explorer les implications concrètes d'une telle refonte du contrat social de la psychiatrie sur la pratique quotidienne des services et, surtout, nous apprécions leur détermination à œuvrer dans une perspective non coercitive.¹⁰ Toutefois, il convient de questionner la vision quelque peu naïve selon laquelle les compétences nécessaires pour dispenser un « soutien » pur pourraient émerger spontanément au sein des services psychiatriques du seul fait de l'abolition des soins sous contrainte, comme le suggèrent les auteurs :

La tâche des professionnels de la santé consiste à passer à un modèle fondé uniquement sur le soutien, en tenant compte à la fois de l'ampleur du handicap et de la volonté ainsi que des préférences de la personne concernée.¹¹

Il ne fait aucun doute que l'élimination de la contrainte ouvre de nouvelles perspectives pour toutes sortes d'interactions interpersonnelles ; toutefois, le « respect de la volonté et des préférences » constitue bien davantage une condition préalable nécessaire à toute interaction de ce type qu'il n'en représente la substance unique. Ce principe marque le point de départ et fonde toute relation d'aide, mais il ne saurait, à lui seul, définir adéquatement ce qu'est le soutien. Par ailleurs, nous émettons de sérieuses réserves quant à la capacité des services de santé mentale fondés sur une approche biomédicale à opérer une simple transition vers une prise en charge globale et complète de la diversité des crises humaines. Malgré leurs efforts pour adopter un langage différent, ces auteurs demeurent attachés aux diagnostics psychiatriques comme cadre de compréhension des crises psychosociales, qu'ils envisagent essentiellement sous l'angle de la déficience :

Selon l'ampleur du handicap, il peut s'agir d'un soutien et de conseils informels en cas d'atteintes légères, ou d'un soutien étendu et intensif en cas d'atteintes sévères.¹²

Comme nous l'avons déjà mentionné, notre analyse ne vise ni à sous-estimer ni à dévaloriser les efforts déployés par les psychiatres pour repenser leur pratique et travailler dans le respect des normes relatives aux droits humains. Nous souhaitons souligner les contradictions inhérentes à l'objectif de mise en œuvre de la CDPH par sa transposition dans la pratique clinique. À nos yeux, la CDPH n'est pas née d'une exigence de réforme de la psychiatrie en tant que telle, mais plutôt d'un appel clair à transformer les politiques, les pratiques et les mentalités qui façonnent la psychiatrie. Comme l'affirme Theresia Degener, ancienne présidente du Comité des droits des personnes handicapées : « À l'instar de tout autre traité relatif aux droits humains, la CDPH est un

9 Zinkler M., von Peter S. "End coercion in mental health services: Toward a system based on support only,". *Laws*. 2019;8(3) [[Google Scholar](#)][[Ref list](#)]

10 Zinkler M. "Germany without coercive treatment in psychiatry: A 15 month real world experience,". *Laws*. 2016;5(15) [[Google Scholar](#)]; Zinkler M., Kousseimou J. M. "Menschenrechte in der Psychiatrie – Wege und Hindernisse zu einem umfassenden Gewaltverzicht,". *Recht und Psychiatrie*. 2014;32(3):142–147. [[Google Scholar](#)]; Zinkler M., Kousseimou J. M. "Kann auf Zwangsmedikation in der klinischen Praxis verzichtet werden? – Pro,". *Psychiatrische Praxis*. 2016;43(4):187–188. doi: 10.1055/s-0042-105549. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)][[Ref list](#)]

11 Zinkler and von Peter (2019, see note 9), p. 3. [[Ref list](#)]

12 *Ibid.* [[Ref list](#)]

instrument juridique visionnaire conçu pour transformer la société en une société plus juste »¹³. Toutefois, contrairement au modèle social du handicap, il n'existe aucun cadre théorique équivalent pour étayer et orienter une telle transformation des réponses apportées à la folie et à la détresse. Lorsque nous parlons d'équivalent, nous ne faisons pas nécessairement référence au contenu du modèle social lui-même ; nous visons avant tout sa base de connaissances, ancrée dans le vécu des personnes handicapées. Cela ne signifie pas que le modèle social du handicap constitue une solution miracle permettant aux personnes atteintes de déficiences physiques ou sensorielles de se faire entendre et de voir leurs préoccupations prises au sérieux, et encore moins de garantir instantanément le plein exercice de leurs droits humains. Il demeure néanmoins un outil puissant, un point de repère largement connu et aisément compréhensible, susceptible d'être mobilisé dans ce combat. Dans son analyse approfondie des effets multidimensionnels du validisme, la Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées observe comment

Les revendications des personnes en situation de handicap visant la reconnaissance de leurs droits sont souvent rejetées, et le déséquilibre de pouvoir sous-jacent invalide leur vécu. Leurs récits sont jugés subjectifs et inadaptés pour éclairer une prise de décision objective ; ils ne bénéficient donc pas de l'espace nécessaire pour être véritablement pris en compte ou pour remettre en question le validisme.¹⁴

Pour les personnes ayant fait l'objet d'une prise en charge psychiatrique, la situation diffère quelque peu, et ce, pas uniquement parce que nous sommes traditionnellement perçus avec crainte comme étant irrationnels et dangereux. Le fait que nos savoirs collectifs issus de l'expérience vécue n'aient pas encore abouti à un modèle ou une théorie qui nous soit propre — restant au contraire tributaires d'interprétations d'experts — nous pousse à rechercher sans cesse de meilleures explications sur nos propres vies ; cela nous prive également d'un cadre d'expression autonome pour comprendre et communiquer nos réalités sociales au-delà de nos récits individuels. Nous reviendrons plus loin sur les implications considérables de ce véritable « vide ».

Avant d'aller plus loin, il convient de soulever un dernier point. Au moment de la rédaction de cet article, le « Manifeste de Berlin pour une psychiatrie humaine » avait recueilli plus de 7 500 signatures¹⁵. Ce qui nous préoccupe, c'est la rapidité avec laquelle de telles initiatives gagnent en popularité, ainsi que leur capacité à occulter les véritables enjeux et à inciter les gens à s'investir dans une version améliorée de ce qui existait déjà. La méfiance à l'égard d'une psychiatrie dite « humaine » — partagée par de nombreuses personnes ayant subi des traitements forcés — ne se résume pas à une simple question de rétablissement de la confiance envers les services, comme le suggèrent certains psychiatres¹⁶. L'oxymore que constitue le projet même d'humanisation de la psychiatrie est parfaitement illustré par le commentaire de Frank Blankenship au sujet de ce manifeste :

Sans la psychiatrie inhumaine, il n'y aurait nul besoin d'une psychiatrie humaine. Là réside le problème. Une fois que la psychiatrie inhumaine a marginalisé et privé de droits — on pourrait dire « déshumanisé » et « déchu de sa citoyenneté » — une partie de la population, la psychiatrie humaine va-t-elle la réintégrer au sein de la collectivité ? Je dois dire que j'émetts de sérieux doutes à ce sujet. Dès lors que la psychiatrie inhumaine a pris une population pour cible, la psychiatrie humaine continue de la cibler, mais d'une manière

13 Degener T. "A human rights model of disability,". In: Blanck P., Flynn E., editors. *Routledge handbook of disability law and human rights*. New York.: Routledge; 2014. pp. 31–50. (eds) [[Google Scholar](#)][[Ref list](#)]

14 Devandas-Aguilar C. *Rights of persons with disabilities: Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities*, 2020. UN Doc. A/HRC/43/41. para. 15. [[Ref list](#)]

15 See the petition at <https://www.change.org/p/gesellschaft-politik-in-deutschland-manifest-einer-menschenw%C3%BCrdigen-psychiatrie>. [[Ref list](#)]

16 Zinkler and von Peter (see note 9). [[Ref list](#)]

différente.¹⁷

Cet article nous donne l'occasion d'expliquer pourquoi les militants issus du mouvement des survivants, tels que nous, ne peuvent ni s'allier à des psychiatres critiques ni adhérer à ce type de programme de changement commun. Une autre de nos préoccupations concerne la nature de telles alliances et leur incidence sur notre mouvement, comme l'a décrit Peter Campbell, militant britannique issu de ce mouvement :

L'un des aspects du problème réside dans le fait que nous avons perdu la maîtrise des priorités en collaborant avec d'autres groupes plus puissants et mieux organisés que nous, et dont les enjeux sont plus urgents. Il existe des difficultés sous-jacentes à s'engager dans des démarches enrobées dans les notions séduisantes d'intérêts communs ou de partenariats, alors que nous sommes manifestement le partenaire le moins puissant, que ce sont toujours les autres qui lancent les invitations et que nous sommes invariablement les nouveaux venus à la fête.¹⁸

L'analyse de Campbell, formulée il y a près de vingt ans au sujet de l'action des usagers et survivants face à la psychiatrie biomédicale, reste tout à fait d'actualité :

Il y a des risques à se rallier à un drapeau planté par autrui, simplement parce qu'il flotte fièrement et arbore des couleurs semblables aux nôtres. Toutefois, si nous éprouvons des doutes, la solution ne consiste pas à rester sans bannière, mais à hisser notre propre drapeau — aux couleurs qui sont véritablement les nôtres — tout en continuant à lutter aux côtés des autres. L'initiative actuelle concernant la psychiatrie biomédicale appelle une réaction de la part des survivants et, ce faisant, peut-être le déploiement d'un second drapeau.¹⁹

Dans la suite de cet article, nous examinons les obstacles au déploiement de ce second drapeau et suggérons également quelques couleurs pour celui-ci.

Qui définit et détient l'agenda du changement ?

Il n'existe pas de solutions faciles à mettre en œuvre pour répondre à l'exigence de la CDPH d'une approche radicalement différente du traitement de la folie et de la détresse dans nos sociétés. Parallèlement, de nombreuses réponses à petite échelle peuvent être trouvées dans la diversité des manières dont les gens interagissent et gèrent leurs crises respectives en dehors des systèmes organisés de « soins de santé mentale ». Des pratiques communautaires, durables et auto-organisées, sont particulièrement présentes là où la psychiatrie occidentale coloniale n'a pas (encore) accompli sa mission lucrative consistant à combler les « lacunes en matière de traitement »²⁰. Nombre d'entre nous, ayant traversé la folie et des états mentaux extrêmes, avons trouvé des moyens de comprendre et d'intégrer ces expériences, et de vivre en exploitant pleinement notre potentiel, sans recours à la psychiatrie ni aux interventions pharmacologiques. Le problème concernant les savoirs collectifs issus de ces expériences vécues est qu'ils ne sont ni reconnus ni explorés selon leurs propres termes, c'est-à-dire comme une source de connaissances distincte plutôt que simplement auxiliaire. La chercheuse australienne Fleur Beaupert qualifie ce phénomène d'« incapacitation médico-légale des expressions, opinions et épistémologies des usagers et survivants » et souligne les liens entre la législation sur la santé mentale et la suppression des savoirs des personnes jugées folles ou atteintes

17 17. See Comments section at <https://www.madinamerica.com/2019/10/berlin-manifesto-humane-psychiatry-released/> [Ref list]

18 Campbell P. *System survivors: Is there anything we can do?* 2001. Available at <http://www.critpsynet.freeuk.com/PeterCampbell.htm>. [Ref list]

19 Ibid. [Ref list]

20 See, for example, the Seher Community Mental Health and Inclusion Program in Pune, India, at <http://baputrust.com/seher-inclusion-program/> [Ref list]

de troubles psychiatriques²¹. Ainsi, lorsque nous abordons notre absence générale des lieux où se prennent les décisions concernant nos vies, il importe de ne pas se limiter à la violence symbolique de notre exclusion épistémique, mais aussi de considérer comment celle-ci trouve ses racines dans la violence matérielle légalisée par les lois sur la santé mentale à travers le monde. Ces lois entravent non seulement nos capacités de réflexion par le biais de la médication forcée, mais limitent aussi physiquement notre liberté de mouvement et de communication par l'internement forcé. Cela signifie que l'on nous refuse, de manière continue et systématique, la possibilité même d'unir nos forces et de nous constituer en tant qu'acteur capable d'élaborer des positions et de faire entendre sa voix dans les politiques qui nous affectent directement. Beaupert soutient que

Le discours médico-légal propre aux lois sur la santé mentale, en consacrant cette violence symbolique, manipule et annule les manières individuelles de connaître et d'être, tout en réduisant radicalement la possibilité pour les épistémologies des usagers et des survivants d'influer sur les systèmes et structures sociétaux. La représentation des personnes vivant avec un handicap psychosocial comme étant dépourvues de capacité et de « conscience de leur état » (insight) est au cœur de ces processus de déshumanisation.²²

Cette situation crée un vide chronique et conduit à une représentation symbolique, tout en permettant à d'autres acteurs de parler en notre nom et, souvent, de s'approprier notre cause. Si notre capacité à penser et à agir par nous-mêmes est reconnue — au mieux — à l'échelle individuelle, il s'avère toujours extrêmement difficile de mettre sur pied, et surtout de pérenniser, nos propres organisations autonomes issues de la base ainsi que de poursuivre nos priorités d'action. Paradoxalement, alors que la CDPH (Convention relative aux droits des personnes handicapées) valide juridiquement les revendications de longue date de notre mouvement et inscrit les droits humains des personnes ayant reçu un traitement psychiatrique à l'agenda officiel, il semble encore plus ardu de justifier la nécessité de nous organiser de manière autonome pour défendre nos droits et faire valoir nos propres intérêts. On pourrait presque croire que nos objectifs ont été atteints avec l'adoption de la CDPH et que la mise en œuvre de celle-ci incombe désormais à des acteurs jugés plus « compétents » et plus puissants. Dans leur analyse de l'émergence des structures de « responsabilité sociale », Anne Wilson et Peter Beresford — eux-mêmes issus de ce vécu — mettent en lumière les mécanismes d'exclusion inhérents à la création de ces structures :

En s'exprimant ou en agissant au nom de ceux qui sont considérés comme atteints de troubles mentaux, ils (« les personnes socialement responsables ») contribuent également à entretenir les notions de « dépendance », de « passivité » et d'« incompétence » associées aux personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale, et ce, indépendamment de leurs intentions.²³

Même lorsqu'ils semblent éloignés, voire opposés, les discours de la psychiatrie et ceux relatifs aux droits humains partagent une caractéristique commune : la nette prédominance du savoir expert. Malgré leurs différences, ces deux approches reposent sur le postulat d'un « "nous" actif incarnant la solution et d'un "eux" passif constituant le problème »²⁴. Beresford décrit cette division profondément ancrée et incontestée comme étant également propre aux approches profanes :

On parle et on écrit encore fréquemment au sujet des « malades mentaux » comme s'il

21 Beaupert F. "Freedom of opinion and expression: From the perspective of psychosocial disability and madness,". *Laws*. 2018;7(1) [[Google Scholar](#)][[Ref list](#)]

22 *Ibid.*, p. 26 (emphasis in original). [[Ref list](#)]

23 Wilson A., Beresford P. "Surviving an abusive system,". In: Payne H., Littlechild B., editors. *Ethical practice and the abuse of power in social responsibility: Leave no stone unturned*. London: Jessica Kingsley; 1999. pp. 145–174. (eds) [[Google Scholar](#)][[Ref list](#)]

24 Beresford P. *A straight-talking introduction to being a mental health service user*. Ross-on-Wye: PCCS Books; 2010. p. 30. [[Google Scholar](#)][[Ref list](#)]

s'agissait d'un groupe distinct et lointain, très différent du reste d'« entre nous ». Les discussions sont encore souvent formulées en termes de ce que « nous » pouvons faire pour « eux »²⁵.

La participation active des personnes en situation de handicap elles-mêmes — y compris celles vivant avec un handicap psychosocial et les militants ayant une expérience vécue — à l'élaboration et au suivi de la CDPH a manifestement bouleversé les méthodes traditionnelles d'élaboration des politiques et de la législation, démontrant qu'il est possible d'agir autrement. La mise en œuvre de la CDPH ne saurait faire l'objet d'une appropriation exclusive ; elle exige de surmonter des clivages profondément ancrés. Nous concevons ce processus de mise en œuvre comme une entreprise largement partagée, fondée sur ce que nous pouvons tous accomplir pour le bien de tous. Faire de la CDPH une réalité pour les personnes qualifiées de « folles » nous amène à une question fondamentale : comment aborder la folie d'une manière radicalement différente ? Au cœur de cette nouvelle approche réside un changement de perspective : il s'agit de ne plus chercher à traiter la folie et la détresse en tant que telles, mais de s'attaquer aux circonstances et aux conditions qui les engendrent. Dans la section suivante, nous exposons quelques réflexions sur les conditions nécessaires pour opérer ce changement.

Du traitement de la folie à l'intervention dans un monde fou

Comme indiqué précédemment, une distinction cruciale entre la mise en œuvre de la CDPH pour les personnes atteintes de déficiences physiques et sensorielles, d'une part, et pour celles ayant reçu un diagnostic psychiatrique, d'autre part, réside dans le fait que ces dernières ne disposent pas d'équivalent au modèle social du handicap. Ce modèle, fondé sur l'activisme politique, la recherche et les travaux théoriques menés par les personnes handicapées elles-mêmes, a marqué un tournant historique dans la compréhension du handicap²⁶. La CDPH illustre l'une de ses retombées majeures. Nous souscrivons à l'analyse de Degener selon laquelle, contrairement au modèle social, le modèle fondé sur les droits humains constitue « un outil pour mettre en œuvre la CDPH »²⁷. Toutefois, lorsqu'elle affirme que « la plupart des États parties à la CDPH sont loin de saisir ce nouveau modèle du handicap et restent prisonniers du modèle médical », il convient d'ajouter que, s'agissant de la compréhension de la folie et de la souffrance psychique, il n'existe aucun modèle établi capable de contrer le modèle biomédical de la « maladie mentale » et de favoriser une transition vers un modèle fondé sur les droits humains²⁸. C'est précisément là que la divergence avec la situation des personnes atteintes de déficiences physiques et sensorielles apparaît le plus nettement : alors que le modèle social du handicap a permis de passer d'une approche centrée sur le médical à une compréhension des conditions sociétales génératrices de handicap, il n'existe aucun modèle ni aucune théorie comparable pour supplanter le concept biomédical de « maladie mentale », qui tend à individualiser et à pathologiser la situation.

Malgré ses acquis incontestables, le modèle social du handicap fait l'objet de critiques constantes, notamment de la part du mouvement des personnes « folles » (le mouvement *Mad*) dans les pays du Nord.²⁹ Nous convenons que ce modèle n'est pas aisément applicable aux expériences de psychiatisation, en raison du caractère contesté de la « déficience » sous-jacente à la « maladie mentale » et, plus encore, du fait que les personnes jugées folles subissent non seulement de la discrimination, mais aussi une « criminalisation par l'internement civil ».³⁰ Toutefois, nous ne

25 *Ibid.* 29–30. [\[Ref list\]](#)

26 Oliver M. *The politics of disablement*. Basingstoke.: Macmillan; 1990. [\[Google Scholar\]](#)[\[Ref list\]](#)

27 Degener (see note 13) [\[Ref list\]](#)

28 *Ibid.* [\[Ref list\]](#)

29 Nabbali E. M. "A 'mad' critique of the social model of disability,". *International Journal of Diversity in Organizations, Communities and Nations*. 2009;9(4):1–12. [\[Google Scholar\]](#)[\[Ref list\]](#)

30 Beresford et al. (2010, see note 5); Russo and Shulkes (see note 5); Beresford et al. (2016, see note 5); Nabbali (see note 29), p. 4. [\[Ref list\]](#)

considérons pas le manque d'attention portée à ces questions comme une faiblesse du modèle social du handicap. Ce modèle n'a jamais prétendu constituer un « cadre universel » capable de saisir la diversité de nos expériences.³¹ Plutôt que de le critiquer en en faisant un terrain de bataille académique ou un simple exercice intellectuel, nous l'envisageons comme un exemple unique d'élaboration théorique ancrée dans un savoir collectif issu de l'expérience vécue et développée « de l'intérieur ». L'absence d'un tel modèle pour la folie a des conséquences concrètes qui ne peuvent être ignorées. À nos yeux, cette lacune constitue l'un des principaux obstacles à la mise en œuvre effective des dispositions de la CDPH pour notre communauté. Bien que l'approche globale, le langage de la CDPH et les documents connexes publiés par le Comité des droits des personnes handicapées posent des défis majeurs et remettent en cause le modèle biomédical, ce traité juridique ne saurait pallier l'absence manifeste d'un modèle alternatif capable de guider le processus de mise en œuvre et de remplacer les pratiques actuelles. Le modèle biomédical — qui dépolitise, réduit au silence et, en fin de compte, exerce un contrôle au lieu d'écouter et d'apporter une réponse constructive à la folie et à la détresse qui marquent nos vies — ne peut se transformer spontanément en une approche fondée sur les droits humains. C'est rien de moins qu'un paradigme entièrement nouveau pour appréhender la crise psychosociale qui fait ainsi défaut.

Il existe assurément de nombreuses voies pour garantir les droits fondamentaux des personnes jugées folles, et nous n'avons nullement l'intention de décourager ces initiatives. Toutefois, il convient de souligner que le modèle biomédical occulte et entrave considérablement ces changements pourtant indispensables. Bien que ce cadre n'ait jamais fourni d'explication solide quant à la « déficience » qu'il prétend traiter, il demeure le modèle explicatif dominant ; il perdure en dépit d'un ensemble de preuves contestant non seulement son efficacité, mais aussi ses fondements mêmes. Avec l'essor d'initiatives mondiales en psychiatrie et la conquête de nouveaux marchés pour les traitements médicamenteux, le modèle médical se pare même d'une approche fondée sur les droits humains : là où des personnes jugées folles ou possédées par des esprits malins subissent une grande violence physique, que ce soit au sein de leur communauté ou dans des centres de soins traditionnels, le traitement psychiatrique se présente comme une alternative plus humaine³². Ce qui soutient véritablement ce modèle, ce ne sont ni sa valeur scientifique ni sa valeur éthique, mais toute la machinerie qui le sous-tend, composée de l'industrie pharmaceutique et d'autres intérêts impliqués. Ces forces font obstacle à la mise en œuvre de la CDPH pour les personnes ayant reçu un diagnostic psychiatrique. Nous ne savons pas encore comment affronter ces forces, si ce n'est en commençant par les nommer. La dénonciation des puissants intérêts commerciaux qui sous-tendent le modèle médical reste trop rare dans les débats sur la mise en œuvre de la CDPH. Un tel déséquilibre des pouvoirs transforme tout débat rationnel avec les tenants du modèle biomédical en une entreprise sans fin vouée au même échec, nous obligeant ainsi à rechercher d'autres modes d'action, comme le suggérait si judicieusement Buckminster Fuller : « On ne change jamais les choses en combattant la réalité existante. Pour changer quelque chose, construisez un nouveau modèle qui rendra l'ancien obsolète. »³³

À nos yeux, l'élaboration d'un tel modèle de la folie et de la détresse — fondé sur nos propres expériences et sur les connaissances acquises grâce à celles-ci — constitue une tâche centrale pour les communautés d'utilisateurs et de survivants ainsi que pour les mouvements de personnes vivant avec un handicap psychosocial à l'ère de l'après-CDPH. Cela ne signifie pas que nous ignorons les approches et théories alternatives élaborées par divers auteurs et courants de pensée. Bon nombre d'entre elles rejoignent notre vécu et proposent des explications viables aux crises humaines.

31 Oliver M. "The social model of disability: Thirty years on," *Disability and Society*. 2013;28(7):1024–1026. [[Google Scholar](#)][[Ref list](#)]

32 32. "They don't consider me as a person": Mental health and human rights in Ugandan communities. 2014. Mental Disability Advocacy Center and Mental Health Uganda, Available at http://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/mental_health_human_rights_in_ugandan_communities.pdf. [[Ref list](#)]

33 33. Sieden S. A fuller view: Buckminster Fuller's vision of hope and abundance for all. *Studio City:: Divine Arts Media*, 2011. p. 358. (ed), [[Google Scholar](#)][[Ref list](#)]

Toutefois, dans toutes ces approches adoptant une perspective de « tierce personne », nous demeurons des objets d'étude : ceux que l'on cherche à expliquer et que l'on finit par renvoyer à une altérité radicale par le biais même du processus de production des savoirs, avec ses rôles strictement définis. Les personnes traversant des épisodes de folie et de détresse ont fait l'objet d'études approfondies. Ce dont nous avons besoin, ce ne sont pas de nouvelles découvertes spectaculaires sur nos vies, mais plutôt d'un changement de paradigme épistémologique dans la manière de produire les savoirs : le moment est venu pour nous de formuler les questions et d'inverser le sens du microscope.³⁴

Dans ses travaux approfondis sur les récits à la première personne de maladies physiques, le sociologue canadien Arthur Frank préconise de passer « du besoin de plus de connaissances au besoin de valeurs nous permettant de prendre position par rapport à ce que nous savons »³⁵. Or, bien que la CDPH offre un cadre de valeurs clair et exige que nous prenions position, l'ère post-CDPH se caractérise par une multiplication des études sur l'impact personnel des mesures coercitives, comme s'il restait de nouvelles découvertes à faire à ce sujet³⁶. Les explications concernant la fréquence des mesures coercitives mettent principalement l'accent sur l'insuffisance des effectifs dans les services psychiatriques³⁷. Cette nouvelle vague d'enquêtes, menée essentiellement dans les domaines de la santé mentale et de la recherche psychiatrique, vise généralement à réduire le recours à certaines pratiques coercitives telles que la contention et l'isolement. Si ces pratiques constituent certes les manifestations les plus tangibles de la violence psychiatrique, elles sont en réalité toutes mises en œuvre pour dispenser des « soins de santé » standard, ce qui revient, en pratique, à administrer des médicaments psychiatriques. Le fait que cette médicalisation (forcée) des réalités sociales demeure une caractéristique majeure de l'offre actuelle de « santé » mentale est rarement remis en question. Élargir la définition des crises humaines, trouver des moyens de démedicaliser nos vies et mobiliser un potentiel communautaire largement inexploité pour apporter des réponses différentes ne semblent pas constituer des sujets d'intérêt prioritaires. L'organisation de systèmes de soutien véritables et durables pour les personnes traversant des crises psychosociales gagnerait énormément à s'appuyer sur des pratiques déjà existantes, mais qui continuent d'être marginalisées et ignorées. De nombreux groupes de survivants et communautés de personnes vivant avec un handicap psychosocial possèdent leurs propres traditions de production de savoirs ; ils envisagent l'effondrement psychique comme une opportunité de transformation positive et savent comment se « soutenir mutuellement » en temps de crise³⁸. Des militants du Sud global élaborent de nouveaux savoirs grâce à leurs programmes d'inclusion communautaire³⁹. Ils utilisent la CDPH comme cadre pour bâtir un nouveau paradigme à travers leur travail de terrain. Les personnes jugées « folles » documentent également leurs savoirs depuis des siècles, mais nous ne nous les approprions pas collectivement et ne les faisons pas progresser. Il est impossible d'apprendre de nous, de nos sources et de nos mouvements si l'on nous aborde comme des « objets unidimensionnels d'un regard qui sait »⁴⁰.

34 34. Costa L. *Mad studies: What it is and why you should care*. 2014. Available at

<https://madstudies2014.wordpress.com/2014/10/15/mad-studies-what-it-is-and-why-you-should-care-2/> [Ref list]

35 Frank A. W. "The standpoint of storyteller,". *Qualitative Health Research*. 2000;10(3):363. doi:

10.1177/104973200129118499. [DOI] [PubMed] [Google Scholar][Ref list]

36 Cusak P, McAndrew S., Duxbury J. et al. "An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings,". *International Journal of Mental Health Nursing*. 2018;27(3):1162–1176. doi: 10.1111/inm.12432. [DOI] [PubMed] [Google Scholar][Ref list]

37 McKeown M., Thomson G., Scholes A. "“Catching your tail and firefighting”: The impact of staffing levels on restraint minimization efforts,". *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 2019. pp. 131–141. 26/5–6. [DOI] [PubMed][Ref list]

38 38. Maglajlic R. A. "Co-creating the ways we carry each other: Reflections on being an ally and a double agent,". In: Russo J., Sweeney A., editors. *Searching for a rose garden, challenging psychiatry, fostering mad studies*. Monmouth.: PCCS Books.; 2016. pp. 210–217. (eds), [Google Scholar][Ref list]

39 39. See the community work of Bapu Trust at <http://bapustrust.com/vision-and-mission>. [Ref list]

40 40. Frank A. W. "Not whether but how: Considerations on the ethics of telling patients' stories,". *Hastings Center Report*. 2019;49(6):13. doi: 10.1002/hast.1064. [DOI] [PubMed] [Google Scholar][Ref list]

Le modèle social du handicap, en tant que modèle ancré dans le vécu des personnes en situation de handicap, a démontré un immense potentiel d'émancipation. Une avancée équivalente de la part des personnes psychiatisées permettrait enfin de déplacer la folie et la détresse — traditionnellement situées dans nos corps et nos esprits — vers les structures de notre existence dont elles émanent. Plus important encore, un tel changement de perspective nous permettrait d'agir conjointement sur ces structures pour les transformer, plutôt que de nous laisser prendre pour cibles et de subir des interventions. Ce changement de paradigme global diffère considérablement de la simple reconnaissance des déterminants sociaux de la santé mentale. Beresford, auteur d'importants travaux de recherche et de réflexion théorique visant à élaborer un modèle social de la folie et de la détresse, nous rappelle cette distinction essentielle :

Il ne fait aucun doute que, depuis un certain temps, une prise de conscience des enjeux sociaux a émergé au sein de certaines disciplines et professions du champ de la santé mentale. Toutefois, cette approche a eu tendance à se focaliser sur les questions sociales en tant que facteurs à l'origine des problèmes de santé mentale. Elle a également eu tendance à considérer la maladie ou le trouble mental comme une donnée acquise — à en accepter le concept — plutôt qu'à tenter de repenser la santé mentale dans une perspective sociale.⁴¹

Si nos sociétés aspirent à parvenir un jour à une compréhension fondamentalement différente de la folie et de la souffrance psychique — et surtout à transformer radicalement les approches conventionnelles visant à isoler et à médicaliser ces expériences humaines —, le savoir issu de l'expérience vécue ne peut plus être simplement intégré comme une ressource supplémentaire ou facultative, comme c'est actuellement le cas. Il est grand temps — et cela aurait dû être fait depuis longtemps — que le savoir collectif et diversifié des personnes ayant vécu ces expériences devienne une ressource centrale. S'il est traité avec le respect qui s'impose et selon des méthodologies très différentes de celles en vigueur, ce savoir que nous avons accumulé recèle un potentiel émancipateur clé, capable de faciliter le changement de paradigme indispensable à la mise en œuvre de la CDPH. Comme l'a envisagé Irit Shimrat, une personne canadienne ayant elle-même vécu ces expériences, cela pourrait nous conduire vers « une société assez courageuse et morale pour rejeter le paradigme même de la santé mentale et de la maladie mentale, afin de le remplacer par la création d'une véritable communauté et d'une aide authentique »⁴².

Remarques conclusives

Il y a un an, nous avons rédigé une « Lettre ouverte à la WPA » en réaction au débat sur la CDPH publié dans sa revue officielle⁴³. Nous concluons cette lettre en appelant explicitement les psychiatres désireux d'amorcer un nouveau départ à faire entendre leur voix. L'année qui a suivi a vu naître quelques initiatives bien éloignées de l'impression laissée par la direction de la WPA dans sa revue. Toutefois, un examen plus approfondi de ces initiatives nous a fait comprendre qu'il faut bien plus qu'une simple décision ou une volonté de « rompre avec l'ancien paradigme fondé sur le contrôle »⁴⁴. Tout en saluant les efforts déployés dans cette direction, nous espérons avoir démontré que la mise en œuvre de la CDPH ne se résume pas à une énième réforme de la psychiatrie. Nous espérons également susciter davantage d'opportunités pour que les savoirs expérientiels, riches et diversifiés, jouent un rôle moteur afin que les dispositions de la CDPH deviennent une réalité pour

41 Beresford (2010, see note 24) [\[Ref list\]](#)

42 Lefrançois B. A., Reaume G., Menzies R. J., editors. *Mad matters: A critical reader in Canadian mad studies*. Toronto.: Canadian Scholars' Press.; 2013. "The tragic farce of 'community mental health care,'" pp. 144–157. Shimrat. (eds), [\[Google Scholar\]](#) [\[Ref list\]](#)

43 European Network of (Ex-) Users and Survivors of Psychiatry (2019, see note 3). [\[Ref list\]](#)

44 44. Bartlett P. "Will and preferences in the overall CRPD project,". *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*. 2019;18(1):48–50. doi: 10.1002/wps.20604. [\[DOI\]](#) [\[PMC free article\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#) [\[Ref list\]](#)

les personnes actuellement prises en charge en psychiatrie.