

La Folle de l'académie, ou, révéler la camisole de force invisible : théoriser et enseigner le sainisme et le privilège normal mental

Par PhebeAnn M. Wolframe (2013)

Traduction française initialement parue sur

<http://www.zinzine.net/sainisme-mental-et-privilege-normal-mental.html>

Résumé

Dans cet article, l'auteur suggère que l'une des façons d'amener des discussions et des perspectives folles sur le sainismeⁱ/mentalisme – la discrimination systémique contre les personnes qui ont été diagnostiquées, ou sont perçues comme "malades mentales" – dans l'éducation supérieure est de les situer à l'intérieur des programmes interdisciplinaires existant.

L'histoire de mon implication dans le système de santé mentale remonte à la fin de mon enfance, lorsque je commençais à souffrir de dépression et d'anxiété et que mon pédiatre me prescrivit des anti-dépresseurs. À l'âge de 16 ans, on m'attribua un nouveau psychiatre et on me donna un nouveau diagnostic d'"adulte". Je fus traitée pour cette supposée maladie – à la fois sous forme d'hospitalisations et de soins ambulatoires, avec un cocktail de divers médicaments – pendant approximativement six ans. Bien que j'aie remis en question mon diagnostic avant d'être débarrassée de la psychiatrie au début de ma vingtaine, ce n'est pas avant d'avoir fini mon premier cycle universitaire que je découvris pour la première fois le mouvement fou et que j'eus finalement des mots pour décrire mes expériences qui ne soient pas ceux utilisés par la psychiatrie. J'aurais aimé entendre parler du mouvement fou plus tôt, et avoir pu, en tant qu'étudiante de premier cycle en Études des Femmes et d'Anglais, parler de sainisme à côté du racisme, de l'hétérosexisme, du cissexismeⁱⁱ, de l'âgisme, du classisme et de tous ces autres ismes. D'après mes souvenirs, nos discussions sur le validisme dans les cours des Études des Femmes étaient brèves, et le validisme comme le sainismeⁱⁱⁱ – la discrimination contre ceux à qui on a donné un diagnostic psychiatrique et/ou qui sont perçu·e·s comme étant "malades mental·e·s" – n'étaient pas des sujets sur lesquels nous nous penchions. On peut considérer que la façon dont la psychiatrie fonctionne en tant qu'outil oppressif, et l'oppression systémique des personnes psychiatisées à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé mentale, sont encore largement négligées au sein de l'université. Comme le note James Overboe, "les mouvements anti-oppression ont probablement diminué la pathologisation médicale fondée sur la racialisation ou le genre. Cependant, le fait d'être psychiatisé·e continue d'être pathologisé [au sein des discours libéraux] comme un état qui nécessite un traitement" (23). Maintenant que je suis moi-même enseignante, je saisis toutes les occasions de former les étudiant·e·s au sujet des systèmes d'oppressions qui s'entrecroisent, et de m'opposer à des collègues et des étudiant·e·s lorsqu'ils utilisent des discours pathologisants pour décrire non seulement des personnes qui ont été psychiatisées, mais aussi celles qui ont été marginalisé·e·s autrement. Je veux montrer que les personnes "normal·e·s mental·e·s" – celles qui n'ont jamais eu affaire à la psychiatrie et qui ne sont généralement pas perçu·e·s comme étant

"malades mental·e·s" – sont privilégié·e·s, tout comme les personnes qui sont blan·che·s, hétérosexuel·le·s, cisgenre et physiquement valides détiennent un privilège^{iv}. Ce privilège est ce qui permet si facilement de se rabattre sur le langage et les hypothèses sainistes.

Au cours de mes études de premier cycle, j'ai appris un langage qui m'a permis de reconceptualiser le genre et d'autres aspects de l'identité comme des catégories construites socialement. Des cours enseignés dans une perspective féministe m'ont montré que mes propres expériences étaient importantes dans ma manière de comprendre les sujets que j'étudiais. J'ai toujours eu l'impression que mon savoir et mon identité propre (en tant que femme, et en tant que queer) avaient une place dans la salle de classe ; cependant, le féminisme et d'autres théories critiques, telles qu'elles m'ont été enseignées, ne m'ont pas donné les moyens de parler de mon expérience de patiente psychiatrique. Un des hypothèses critiques essentielles de cet essai consiste à dire qu'il serait particulièrement important d'introduire le sainisme dans le vocabulaire des sciences sociales alors que nous entrons dans une ère plus inclusive, qui reconnaît les erreurs souvent racistes, validistes, et hétérosexistes du passé. Malheureusement, en dépit d'avoir acquis une certaine reconnaissance, ceux d'entre nous qui sont dans les marges ne se voient pas souvent offrir des espaces au sein des institutions existantes – qu'il s'agisse des universités, des hôpitaux ou des bureaux gouvernementaux – pour théoriser nos propres expériences d'oppressions. Les programmes interdisciplinaires tels que les Études des Femmes, les Études Queer, les Études des Handicaps et les Études Autochtones, même lorsqu'ils sont bien établis dans une université, sont systématiquement dévalorisés et sont constamment sous la menace de coupes budgétaires. Dans un climat universitaire qui est de plus en plus dépolitisé et privatisé, et qui est toujours plus hostile aux arts et sciences humaines,^v il semble peu probable qu'il existe un département d'Études de la Folie de sitôt. Je continue de penser, cependant, qu'il y a des façons d'amener le mouvement fou à l'intérieur de l'académie.

Je m'efforce de faire entrer l'histoire du mouvement fou et les perspectives des personnes folles au sein des salles de classes depuis que j'ai commencé ma carrière académique, et j'ai spécifiquement utilisé le terme d'Études de la Folie^{vi} pour décrire mes recherches sur l'histoire, la littérature, la culture et l'activisme des personnes folles. Le fait que le personnel enseignant et mes collègues, aussi bien dans mon département que dans d'autres, aient montré de l'intérêt et encouragé mon travail en Études Critique sur la Folie a été réconfortant. Plusieurs collègues m'ont approché pour parler de leur propre expérience ou de celles de leur proches au sein du système de santé mentale et de leur doutes concernant ce système. Beaucoup ont démontré un grand intérêt pour les moyens par lesquels les idées dominantes sur la santé mentale et la folie pourraient être déconstruites, et m'ont demandé de les diriger vers les ressources liées à l'histoire de la psychiatrie et de la résistance à la psychiatrie.

Ce n'est pas seulement le personnel enseignant et les collègues, cependant, qui sont intéressé·e·s par la folie : les étudiant·e·s sont tout aussi impliqué·e·s. Récemment, j'ai mené une discussion de groupe pour une classe d'introduction de première année appelée les Genres Courts. Une des nouvelles que la classe a lu a été l'histoire de l'écrivaine étasunienne Charlotte Perkins "Le papier peint jaune" (1892). L'histoire est un récit autobiographique à la première personne, d'une femme blanche de classe moyenne confrontée à ce qui était alors appelé l'hystérie. La femme, qui n'est jamais nommée, s'est vu prescrire la cure de repos : l'ordre de rester à la maison et inactive, mentalement et physiquement. Cependant, la protagoniste résiste à cette "cure" en continuant à

écrire en secret. Alors que le temps passe, les sentiments d'isolement de la femme commencent à se manifester dans la croyance qu'il y aurait des femmes enfermées derrière le papier peint de sa chambre. Discrètement, elle commence à décoller le papier peint, finissant par libérer les femmes du papier peint et atteignant elle-même un sentiment de liberté. Bien que certain·e·s étudiant·e·s aient rapidement disqualifié la narratrice en tant que personne "psychotique" qui hallucine des gens vivant dans son papier peint, d'autres ont compati avec la femme, en identifiant la manière dont les restrictions que son mari et la société lui faisaient subir pouvaient expliquer sa folie apparente. Avec un minimum de directives, les étudiant·e·s ont été capables d'étendre cette critique de l' "hystérie" de la femme aux idées actuelles au sujet des "maladies mentales", qui, comme iels l'ont identifié, se déploient tout autour d'elleux, dans tous les domaines allant des informations à la culture populaire. Dans ce cours, nous faisons un travail d'Études de la Folie, même si nous étions en cours de littérature. Ces étudiant·e·s sont rapidement passé·e·s à une critique de la médicalisation de la folie, et iels en étaient enthousiastes.

Au delà de la lecture de fiction à travers un prisme fou, une autre façon que j'ai découvert pour incorporer des perspectives et des problématiques folles dans le programme est de les introduire à travers des cadres théoriques déjà existants. L'article de Peggy McIntosh, "White Privilege: Unpacking the Invisible Knapsack"^c (1988), par exemple, est devenu un texte de référence pour expliquer le privilège, et il constitue une lecture fondamentale dans le programme en sciences humaines de premier cycle au Canada et aux États-Unis. C'est un modèle provocateur pour parler de ce que j'ai commencé à appeler le privilège normal mental. Dans son article, McIntosh explique comment lui est venue la métaphore du "sac à dos invisible de privilège". Elle affirme :

En travaillant à introduire des notions des Études des Femmes dans le reste du programme, j'ai souvent remarqué le refus des hommes de reconnaître qu'ils étaient sur-privilégiés même s'ils pouvaient reconnaître que les femmes étaient désavantagées...

En pensant à la non-reconnaissance du privilège masculin comme phénomène, j'ai réalisé, puisque les hiérarchies dans notre société sont étroitement liées, qu'il y avait très probablement un phénomène de privilège blanc qui était pareillement nié et protégé...

Je crois qu'on enseigne avec soin aux blancs à ne pas reconnaître le privilège blanc, tout comme on enseigne aux hommes à ne pas reconnaître le privilège masculin... J'en suis venue à voir le privilège blanc comme un paquet invisible de biens non mérités sur lesquels je peux compter en en profitant chaque jour, mais au sujet desquels j'étais "supposée" rester inconsciente. Le privilège blanc est comme un sac à dos invisible et sans poids de fournitures spéciales, de cartes, de passeports, de carnets d'adresses, de visas, d'habits, d'outils et de chèques en blanc. (10)

Après cette introduction, McIntosh énumère certains de ces privilèges de blanchité dans la vie quotidienne. J'ai découvert pour la première fois l'article de McIntosh dans mon cours d'Études des Femmes de première année, et ça m'a énormément ouvert les yeux, parce que pour la première fois, je voyais clairement que non seulement le racisme opprime les personnes de couleur à un niveau systémique, mais que moi, en tant que personne blanche, je bénéficiais de cette oppression, que je le veuille ou non. Étonnamment, bien que je me sois vite rendu compte que : 1) je dispose de certains atouts immérités que certain·e·s n'ont pas parce que je suis blanche, de classe moyenne, valide

physiquement, et cisgenre ; et 2) que d'autres ont des privilèges que je n'ai pas parce qu'ils sont des hommes et/ou hétérosexuels, pendant un bon moment je n'ai *pas* réalisé le fait que certaines personnes qui n'avaient jamais été étiquetées comme malades mental·e·s – comme je l'avais été – et qui étaient donc normal·e·s mental·e·s par défaut, avaient accès à des privilèges auxquels je n'avais pas accès. J'étais consciente de la discrimination que j'avais subie en tant que personne "malade mentale", mais j'acceptais cette oppression. Je croyais, à l'époque, que j'étais malade, et je pensais que cette maladie m'amenait à me faire du mal à moi-même et aux autres. Ne devais-je donc pas, me disais-je, être restreinte par la camisole de force de l'inégalité de traitement ?

Ce n'est que plus tard, lorsque je finis par rejeter le modèle médical de la folie^{vii} que j'ai questionné ma propre intériorisation d'une oppression que j'ai connue sous le nom de sainisme. Bien que je me sois mise à réfléchir à l'idée de sainisme à ce moment-là, alors que je me libérais de la psychiatrie, en 2005, j'ai seulement commencé à prendre conscience du privilège normal mental récemment, tandis que j'ai moi-même progressivement acquis ce privilège. Lorsque j'ai commencé mes études supérieures en 2007, j'ai déménagé de ma ville natale. Là où je réside actuellement, personne ne savait que j'étais, ou que j'avais un jour été, une patiente psychiatrique. Au départ, je fus discrète au sujet de mon passé de psychiatrisation, parce que je craignais que si j'en parlais à mes collègues ou mes professeur·e·s, iels n'aient pas confiance en moi, ou me considèrent comme moins capable. Comme l'affirme Margaret Price, "la nécessité du passing pour la survie perpétue la vision conventionnelle de l'université comme "tour d'ivoire" – un endroit immaculé bouillonnant d'agilité et d'énergie mentale, seulement occasionnellement menacé (du dehors) par la force destructive de la folie" (7). Même si je parle maintenant assez ouvertement de ma psychiatrisation, et d'activisme fou, à la fois dans le contexte de ma vie personnelle et académique – dans le but de remettre en question cette image de l'université comme espace où seuls les esprits "normaux mentaux" pensent, créent, apprennent et enseignent – je suis toujours perçue comme étant normale mentale et je suis traitée comme si j'étais normale mentale la plupart du temps ; je pense que c'est en partie parce que je n'ai pas été une patiente psychiatrique depuis plusieurs années, et jamais dans ma communauté actuelle. C'est aussi en partie parce que les gens semblent présumer que quelqu'un·e qui fait un doctorat, quelqu'un·e qui *passse volontairement une décennie en tant qu'étudiante d'université*, doit être normale mentale, ou au moins ne pas souffrir d'"une maladie mentale sérieuse et persistante". Les gens, parce qu'iels savaient que j'avais été diagnostiquée, ou qu'iels me percevaient comme malade mentale, ne m'ont pas toujours traitée comme si j'étais raisonnable, fiable, comme s'iels étaient en sécurité en ma compagnie, et comme si j'étais capable de prendre soin de moi et de prendre des décisions me concernant. De ce fait, je suis vraiment en mesure de remarquer qu'iels me traitent maintenant comme si la plupart du temps tout ceci était valable pour moi.^{viii} Maintenant que j'en fais l'expérience, le privilège normal mental est devenu évident pour moi. Cependant il n'est pas nécessairement aussi évident pour ceux qui n'ont jamais perdu ce privilège ; par conséquent, je propose de créer une liste, similaire à la liste que McIntosh a créée pour le privilège blanc, afin d'expliquer les avantages invisibles accordés aux personnes qui n'ont jamais été psychiatrisées, ou perçues comme folles·fous. J'ai l'espoir que non seulement cette liste se révèle être un outil pédagogique utile mais aussi qu'elle puisse inciter les enseignant·e·s à se pencher sur leurs propres présumés et pratiques concernant la folie.

McIntosh elle-même encourage l'élargissement de la manière dont nous réfléchissons au privilège dans une version plus longue de son article. Elle affirme : "puisque la race et le sexe ne sont pas les

seuls systèmes d'avantages à l'œuvre, nous devons pareillement examiner l'expérience quotidienne lorsque l'on a un avantage d'âge, ou un avantage ethnique, ou une validité physique, ou un avantage lié à une nationalité, une religion, ou une orientation sexuelle" ("Privilège blanc et privilège masculin" 157). En effet, beaucoup des éléments de sa liste s'appliquent directement au privilège normal mental, et d'autres peuvent être adaptés. Il y a aussi certains éléments que j'ajouterais à la liste des privilèges blancs de McIntosh qui sont plus spécifiques aux personnes folles·fous. Ci-dessous, donc, une liste des effets quotidiens du privilège normal mental, du point de vue d'une personne folle, qui la plupart du temps a accès à ce privilège, ainsi que quelques commentaires visant à expliquer pourquoi certains de ces effets ne s'appliquent pas à toutes les personnes folles. Cette liste n'est pas exhaustive, mais elle donne une idée de ce à quoi ressemble le privilège normal mental. Les éléments de la liste marqués par une étoile unique (*) sont adaptés du court article de McIntosh, "White Privilege: Unpacking the Invisible Knapsack". Les éléments marqués par une double étoile (**) sont adaptés de la version plus longue de cet article écrite par McIntosh, "White Privilege and Male Privilege: A Personal Account of Coming to See Correspondences Through Work in Women's Studies". Pour les besoins de cet article j'utiliserai le terme personne folle pour décrire toute personne ayant reçu une étiquette de maladie mentale, et/ou étant perçue comme "malade mentale" ou folle. ^{ix}

En tant que personne qui est présumée normal·e mental·e (et particulièrement si je suis une personne qui a accès à d'autres formes de privilèges, comme le privilège blanc, le privilège de validité physique, ou le privilège cissexuel) :

Je peux voir représentées d'autres personnes "normales mentales" (et particulièrement celles qui ont accès à d'autres types de privilèges) de façon majoritairement positive à la télévision, aux informations et dans d'autres médias.* L'idée que les personnes folles vont inévitablement se faire du mal à elles-mêmes ou à d'autres est peut-être le stéréotype sainiste le plus répandu qui soit. Les personnes folles sont majoritairement dépeintes comme instables, manipulateurices et violent·e·s et/ou comme des savant·e·s, des prophètes ou des "génies folles·fous", à la fois dans les médias d'informations et dans la culture populaire. * Comme le remarque Erick Fabris, " la plupart des gens croient que la folie engendre la violence ; iels croient que des idées étranges finissent par mener à un enchaînement d'événements : confusion, ambivalence, détresse, irritabilité, agression, et finalement violence imprévisible". Comme l'affirme de surcroît Margaret Price, le stéréotype des personnes folles violentes est répandu dans le contexte de l'éducation supérieure, ou "les professeur·e·s et le personnel sont encouragé·e·s à être à l'affût de signes de violence immédiate dans les écrits des étudiant·e·s, dans une atmosphère que Benjamin Reiss a appelé la 'surveillance quasi-psychiatrique'". La menace présumée de violence est utilisée pour justifier non seulement le contrôle sainiste des personnes folles dans les milieux éducatifs et du travail, et dans les espaces publics, mais aussi pour l'incarcération forcée, à la fois physique (hospitalisation, criminalisation) et chimique (médicaments) ; cette peur de la violence est cependant injustifiée, puisque, comme le note Fabris "des décennies de statistiques montrent que la 'folie' et la violence ne sont pas liées" (45). En d'autres termes, les personnes folles ne sont pas plus violentes que n'importe qui d'autre.

On ne me demande jamais de parler pour les personnes "normales mentales".* En tant que personne folle, je parle fréquemment au nom des personnes folles, qui n'ont pas la parole dans les institutions universitaires, de service sociaux et gouvernementales. Cependant, je ne peux pas représenter les

personnes folles dans leur ensemble. Comme vous le verrez dans cette liste, nous avons tou·te·s différentes intersections d'identités, ce qui signifie qu'il existe de grandes variations dans nos façons de vivre le fait d'être folles·fous, et dans les façons dont nous sommes privilégié·e·s ou désavantagé·e·s. En outre, je ne devrais pas être la « personne folle de service », la seule chargée d'identifier et de remettre en question le discours et le comportement sainiste. Moi et d'autres personnes folles devons avoir la possibilité de choisir de ne *pas* parler d'identité folle, de politiques folles, et/ou de nos histoires personnelles de psychiatisation et de folie lorsque l'on ne sent pas à l'aise de le faire. Les personnes "normales mentales" peuvent utiliser leurs privilèges pour également s'opposer à d'autres personnes au sujet de leur sainisme.

Je peux être à peu près sûr·e de trouver des personnes prêtes à me donner des conseils de carrière basés sur mes capacités et ambitions, plutôt que sur leurs présomptions concernant ma normalité mentale. Lorsque j'ai demandé à des professeur·e·s, des conseiller·e·s, et des membres de ma famille des conseils de carrière, iels ont alterné entre m'avertir de ne pas me fixer d'objectifs "irréalistes" pour une personne "malade mentale" et nier ma folie ("tu n'es pas plus folle que n'importe qui d'autre") malgré mon passé psychiatrique et mon identité folle actuelle. Lorsque j'avais 17 ans, mon psychiatre m'a dit que je n'irais probablement jamais assez "bien" pour aller à l'université. Les survivant·e·s de la psychiatrie Anne Wilson et Peter Beresford relatent des histoires similaires concernant le fait d'être poussé·e·s vers des occupations "moins stressantes", comme un travail d'employé·e·s de commerce, par leurs psychiatres (153). Les professionnel·le·s de la santé mentale qu'a connu la survivante et activiste folle Pat Capponi l'ont aussi encouragée à faire quelque chose de moins exigeant, comme le rembourrage de meubles, malgré ses études supérieures et son expérience de travail dans un foyer collectif (Capponi 77). Cette façon condescendante de donner des conseils alimente, et est alimentée par le stéréotype des personnes folles comme incapables et improductives, dans lequel la productivité est définie par le fait d'obtenir de l'argent ou un diplôme. D'autre part, cependant, lorsque les personnes folles réussissent (ou excellent) à l'école, au travail, ou comme activistes, il est possible qu'iels soient traité·e·s comme étant exceptionnel·le·s pour avoir "surmonté la maladie mentale". Dans de tels cas, les personnes folles peuvent aussi entendre qu'iels réussissent uniquement parce qu'iels ont reçu des aménagements spéciaux, ou parce que les gens ont pitié d'iels. Lorsque vous parlez à des personnes folles de leurs ambitions, prenez ce qu'iels vous disent concernant leur rêves, leurs objectifs, leurs besoins et leurs limitations pour argent comptant, plutôt que de faire des suppositions ou de projeter des stéréotypes sur iels.

Il est peu probable qu'en tant que personne "normale mentale" mon employeur ne me pose des questions au sujet des mes données médicales actuelles ou passées, et se sente légitime de le faire. Les antécédents médicaux des personnes folles sont souvent étalés, contrairement à ceux des personnes "normales mentales". Comme le note Overboe, "il suffit d'un premier diagnostic de problème psychiatrique répertorié pour modifier la façon dont les autres vont interpréter votre passé, votre présent [et] votre futur" et plus vous restez dans le système psychiatrique, plus cette histoire vient peser sur votre vie (24-5). Wilson et Beresford soulignent de même que "le dossier psychiatrique d'un·e individu·e, une fois écrit, constitue la version dominante de cette personne et sert à placer des restrictions...sur les opportunités, les compréhensions, les droits et les possibilités de la vie future" (144). La visibilité des antécédents médicaux des personnes folles peut être particulièrement pesante dans le contexte de l'emploi et de l'éducation. Si vous devenez folles·fous, et que ça se sait publiquement, vous deviendrez indéfiniment l'objet de commérages, et læ

destinataire de questions condescendantes du type "comment ça va ?". Même si vous travaillez et étudiez à un endroit où les gens n'ont pas été témoins de votre folie, ou de vos absences dues à la folie, votre superviseur·e, et probablement vos collègues, peuvent prendre conscience de vos antécédents lorsque vous demandez des aménagements ou que vous faites usage des services pour l'accessibilité ou le handicap. Comme beaucoup de personnes folles, j'hésite beaucoup à exprimer trop d'émotions (ou pas assez, ou pas celles qu'il faut) à l'école ou au travail, de peur que les gens qui m'entourent considèrent cela comme un symptôme. Je redoute à la fois qu'ils m'ostracisent en tant que folle, ou qu'ils m'encouragent (me forcent) à demander une "aide" médicale. Quoique vous sachiez, ou pensez savoir, concernant les antécédents psychiatriques de quelqu'un·e, ne faites pas de suppositions sur le type de "soins", de traitement, ou d'intervention dont iels auraient besoin. Si un·e collègue, un·e étudiant·e ou un·e employé·e semble en détresse, demandez lui ce que vous pouvez faire pour l·a soutenir.

Je peux choisir mes croyances et pratiques religieuses ou spirituelles, mes habitudes alimentaires, et mes affiliations politiques sans que les gens ne se demandent ou ne présument que ces choix sont les symptômes d'une maladie. Tandis que certaines religions peuvent être plus normalisées dans certains contextes culturels que dans d'autres, la plupart des personnes "normales mentales" ne sont pas étiquetées comme malades mentales parce que, par exemple, iels parlent à Dieu. Pour les personnes à qui on a donné un diagnostic psychiatrique, cependant, la frontière est mince entre le fait que de telles pratiques soient considérées comme religieuses ou qu'elles soient catégorisées comme "déliquantes". Les affiliations politiques des personnes folles (par exemple, choisir de prendre part à une manifestation publique)^{xi} et leurs choix alimentaires (par exemple, être "difficile" avec la nourriture, être vegan etc.) peuvent aussi être perçus comme des symptômes lorsque l'on a reçu un diagnostic psychiatrique.^{xii} Les personnes folles diffèrent l'un·e de l'autre concernant leurs choix politiques, leurs croyances spirituelles et leurs origines culturelles, et iels expriment ces aspects de leurs identités de façon variée, tout comme les personnes "normales mentales" le font.

Il est moins probable que mon orientation sexuelle, mon identité ou ma performance de genre, mon style de relations personnelles, ou mon choix de partenaires ne soient considérés comme les symptômes d'une maladie. Ces aspects de l'identité peuvent cependant contribuer à la psychiatrisation d'une personne. Tandis que l'homosexualité a été retirée de la liste des troubles psychiatriques dans le *Manuel diagnostique et statistique* (DSM), en 1986, on peut toujours être psychiatrisé·e si l'on est en souffrance ou déprimé·e ou incertain·e vis à vis de son identité sexuelle. En outre, de nombreuses formes d'identités sexuelles et de genre sont encore listées dans le DSM. Être transgenre est toujours considéré comme une maladie mentale, par exemple (cela s'appelle "*Dysphorie de genre*" dans le DSM-IV). Tout comme le fait d'être asexuel (le DSM-IV appelle cela le "*Trouble de l'aversion sexuelle*"). Dans certains cas, la sexualité ou le genre d'une personne, particulièrement s'ils sont fluides, peuvent être considérés comme le symptôme d'un trouble, comme le Trouble de la Personnalité Borderline, qui est caractérisé par une "image de soi instable" (APA). Être non-monogame ou polyamoureux est aussi parfois étiqueté comme de la "promiscuité sexuelle", considéré comme de "l'autodestruction" et pris en compte comme un symptôme. Prenez les auto-identifications sexuelles et de genre des personnes folles au pied de la lettre. Ne demandez pas si ces aspects de nos identités sont liés à la "maladie mentale" et ne présumez pas qu'ils soient les signes de notre "confusion" ou "instabilité".

Je peux choisir de consommer certaines drogues récréatives, ou de ne pas prendre certains médicaments prescrits, sans que ces choix ne soient considérés comme des symptômes d'une maladie. Bien que cela varie selon le cercle social, les personnes "normales mentales" peuvent généralement se griser pendant une fête, ou partager un joint avec des ami·e·s, et ne pas être considérées comme étant en train de s'engager dans un comportement à risque. Il n'en est pas de même pour les personnes ayant un diagnostic psychiatrique. Lorsque les personnes folles consomment des drogues et de l'alcool, cela est au mieux considéré comme de l'auto-médication, ou au pire comme un symptôme soit d'un trouble déjà existant soit d'un nouveau trouble (comme l'alcoolisme). Une personne "normale mentale" peut aussi choisir de ne pas prendre un médicament optionnel (comme les contraceptifs hormonaux, ou les antidouleurs) et prendre à la place une alternative (la contraception barrière, la thérapie de massage) sans que cette décision ne soit médicalisée. Contrairement à cela, une personne folle qui décide de ne pas prendre de médicaments psychiatriques est considérée comme "non-compliante", ou manquant de clairvoyance vis à vis de sa situation, et son choix est considéré comme une preuve de plus de sa maladie. Les personnes "normales mentales", tout comme les personnes folles, prennent à la fois de bonnes et de mauvaises décisions concernant la consommation de substances. Tandis qu'il est acceptable d'éloigner les clés de voiture d'un·e ami·e folle·fou qui a trop bu à votre fête, ne présumez pas que sa consommation de substance demande quelque contrôle de plus que celle de n'importe laquelle de vos ami·e·s "normal·e·s mental·e·s".

Je peux critiquer le système de santé mentale, les entreprises, et le gouvernement sans être traité·e de conspirationniste, ou sans que mes opinions ne soient perçues comme des signes d'une maladie. Lorsque j'ai pris la parole au sujet des injustices et de la corruption dans le système de santé mentale, j'ai souvent été traité·e avec suspicion, doutes et mépris. Par exemple, j'ai été traité·e de "mauvaise" et accusée d'être paranoïaque lorsque j'ai suggéré à une connaissance (un·e professionnel·le de santé mentale qui est au courant de mes antécédents psychiatriques) que les gens qui écrivent le *DSM* ne sont pas principalement intéressé·e·s par le bien-être des consommateurices, puisque dans bien des cas, iels travaillent pour des entreprises pharmaceutiques.^{xiii} Le fait de dénoncer l'oppression psychiatrique, comme le fait de choisir de ne pas prendre de médicaments psychiatriques, est souvent perçu comme un "manque de clairvoyance", ou une preuve supplémentaire, concernant la "maladie" de quelqu'un·e. Si quelqu'un·e vous parle de ses expériences négatives, de ses soupçons, ou de ses recherches au sujet du fonctionnement du système de santé mentale, des entreprises, ou du gouvernement, gardez un esprit ouvert, même lorsque ce qu'il dit semble "fou". Que ce qu'il dise soit vrai ou pas (et il se pourrait très bien que ça le soit!) vous risquez de (re)pathologiser cette personne lorsque vous ignorez ses critiques.

Être une personne normale mentale (et particulièrement si je suis privilégié·e d'autres façons) signifie que je n'ai jamais eu à craindre le pouvoir des figures d'autorités, en particulier celles des professions médicales. En tant que personne ayant vécu des expériences traumatisantes en soins de santé, j'ai peur chaque fois que je vais chez le médecin. Je crains que si mon médecin généraliste, ou un·e médecin dans une clinique sans rendez-vous ou une salle d'urgence découvre tous mes antécédents médicaux, iels m'obligent à me soumettre à une évaluation et un traitement psychiatrique. Je crains de montrer trop d'anxiété, ou de maladresse sociale, ou d'excentricité, de peur que celles-ci ne soient perçues comme des symptômes. Une fois je me suis accidentellement coupé le poignet, et j'ai dû aller aux urgences de ma ville natale pour le faire recoudre. Étant donné

que là-bas mon dossier médical indiquait des tentatives de suicide passées, j'ai été soumise à une évaluation psychiatrique avant d'être autorisée à quitter l'hôpital. En raison d'expériences comme celles-là, je suis toujours méfiante d'interagir avec des personnes qui ont la moindre autorité pour potentiellement m'obliger à me soumettre à un "traitement". Si vous êtes en position de pouvoir, cela signifie que vous devez faire plus d'efforts pour mettre à l'aise les gens qui ont été blessé·e·s par des figures d'autorité. Ne posez pas de questions intrusives, concentrez-vous sur le problème en question, et ne remettez pas ce que l'on dit en doute simplement parce que nous sommes folles·fous.

On ne me fait pas durement sentir que mon aspect physique, mon allure, mes vêtements, ma coupe de cheveux, ma manière de parler et d'autres aspects de mon apparence physique et verbale seront considérés comme des reflets de ma folie.

Une apparence négligée ou une élocution "étrange", dans le contexte de la psychiatrie, sont traitées comme les premiers signes d'un trouble chez les personnes psychiatisées ou potentiellement folles, et sont susceptibles d'être enregistrées comme preuve dans le dossier médical.^{xiv} Les personnes qui sont identifiées par d'autres comme "malades mentales" en raison de caractéristiques physiques ou de comportements – qu'il s'agisse d'une apparence ou d'une élocution "bizarre"», ou de mouvements du corps comme des tremblements ou des tics (souvent des effets indésirables des médicaments) – sont communément soit ignoré·e·s lorsqu'iels essayent d'interagir avec les autres, soit se voient demander de quitter des zones commerciales, des restaurants, des bibliothèques ou d'autres espaces publics. Les propriétaires, d'autres usager·e·s, ou encore le personnel de sécurité de ces endroits peuvent craindre que les individu·e·s folles·fous ne volent, n'agissent violemment, ou que simplement iels ne mettent les autres mal à l'aise. À cause des présomptions faites sur l'apparence, je suis toujours scrupuleuse sur le fait d'avoir l'air "normale mentale", en particulier lorsque je fait mon "coming out" en tant que folle, pour que personne ne pense que je suis assez folle pour avoir (encore) besoin d'une prise en charge.

Cependant, certaines personnes folles ont moins de choix vis à vis de leur apparence, et ceux qui ne peuvent pas "passer" pour plus ou moins normal·e·s· sont ceux qui sont le plus susceptibles de faire face à de la discrimination et de l'invisibilisation. Comme le soutient Cyntia Lewiechi-Wilson, le sujet humaniste libéral est défini par sa capacité à s'engager dans la rhétorique verbale. Cet accent mis sur la parole "crée une barrière excluant les handicapé·e·s mental·e·s· sévères non seulement de la rhétoricité mais aussi de la citoyenneté pleine, étant donné les liens unissant la rhétorique traditionnelle à l'idée libérale du forum public, où les hommes bons [sic], parlent bien, et s'engagent dans le débat civique" (158). En d'autres termes, ceux qui ne peuvent pas, ou choisissent de ne pas s'affirmer par la parole d'une façon qui soit reconnue par les normes sociales, y compris certaines personnes folles, sont bien trop facilement rejeté·e·s comme étant délirant·e·s, malades, stupides, dangereux, et généralement indignes d'être écouté·e·s. Catherine Prendergast souligne de façon similaire dans son travail sur la schizophrène comme métaphore postmoderne qu'"habituellement les schizophrènes sont considéré·e·s comme des êtres doué·e·s de parole, mais une parole qui est généralement traitée comme un indice de normalité ou de maladie mentale, faisant uniquement référence à des critères diagnostiques, et sans référence au monde civique" (60). En d'autres termes, la parole des gens qui ont été étiqueté·e·s de certains diagnostics psychiatriques est uniquement reconnue comme un marqueur pour mesurer combien iels sont "normal·e·s mental·e·s" à un moment donné, et pas comme une communication avec le monde autour d'elleux.

Afin d'être entendu·e·s et reconnu·e·s en tant que citoyen·ne·s, et pas seulement traité·e·s comme des patient·e·s, Prendergast suggère que ceux qui ont été psychiatisé·e·s doivent parler rhétoriquement de temps en temps. Cependant, elle ajoute que la simple possibilité d'une parole folle rhétorique remet en question le stéréotype de la personne folle comme incapable de communication "rationnelle". Lewiechi-Wilson, dans une approche différente, plaide pour l'acceptation de la communication assistée ou "rhétoricité médiatisée" pour les folles·fous et les autres personnes "handicapées mentales", une suggestion qui souligne la nécessité d'élargir nos notions de parole écoutable. Une des façons dont nous pouvons entraver le sainisme est de remettre en cause nos propres préjugés concernant l'apparence et la parole. De plus, ceux d'entre nous qui ont un privilège normal mental et un privilège de corps valide peuvent utiliser cet avantage pour encourager les autres à écouter – et à prendre en considération – les perspectives des individu·e·s dont la communication pourrait être non-reconnue ou rejetée sans cela.

Je peux choisir d'ignorer les développements dans le soutien de pairs, la défense des intérêts, et les programmes militants folles·fous. Peu importe que je choisisse de les dénigrer ou d'en tirer des leçons, il est de toute façon peu probable que j'aie à affronter directement les conséquences de ce choix. ** Les personnes folles risquent d'être re-medicalisées ou criminalisées lorsqu'il n'existe pas de ressources communautaires, d'acceptation et de défense de leurs intérêts qui soient alternatives et dirigées par des pairs et vers lesquelles iels pourraient se tourner en temps de crise. Nous sommes directement et immédiatement affecté·e·s lorsque les supports de service en place tels que les centres d'accueil de jour et les conseils de défense des intérêts de patient·e·s perdent leur financement ou sont fusionnés avec les soins de santé classiques. Puisque quiconque pourrait potentiellement devenir folle·fou au cours de sa vie, je soutiens qu'une disponibilité et un soutien plus large des alternatives à la psychiatrie bénéficierait à tout le monde. En outre, la plupart d'entre nous sont susceptibles d'entrer en contact avec une personne faisant l'expérience d'une certaine forme de folie à un moment donné ; plutôt que de renvoyer cette personne vers le centre d'appel de crise ou l'établissement psychiatrique le plus proche, pourquoi ne pas envisager également de se renseigner au sujet des services dirigés par des pairs et avec une approche positive de la folie dans votre communauté pour que vous puissiez soutenir vos ami·e·s, collègues, étudiant·e·s, ou client·e·s qui recherchent des alternatives ?

Si j'ai besoin de déménager, je peux être assez certain·e de louer ou acheter un logement dans une zone qui soit dans mes moyens et dans laquelle je voudrais vivre. Dans cet endroit mes voisin·e·s seraient probablement neutres ou plaisant·e·s avec moi. * Le logement est devenu particulièrement problématique pour les personnes folles depuis la désinstitutionnalisation.^{xv} Les usager·e·s et les survivant·e·s de la psychiatrie ont souvent de faibles revenus ou bien bénéficient de l'assistance sociale, et vivent dans des zones où le logement est insalubre. Parfois iels sont assigné·e·s dans des pensions (sous-financées) gérées par la ville, comme celle où a vécu la militante folle de Toronto Pat Capponi durant la période qu'elle décrit dans ses mémoires *Upstairs in the Crazy House* (1992). Les zones où vivent les personnes folles deviennent l'objet de stigmatisation. Le simple fait d'être lié·e à une certaine adresse peut conduire à être traité·e avec méfiance et dédain. Même les usager·e·s et les survivant·e·s de la psychiatrie qui ont les moyens de vivre dans des zones non-stigmatisées peuvent ne pas être les bienvenu·e·s parmi leurs voisin·e·s "normal·e·s mental·e". Soyez accueillant·e avec vos voisin·e·s folles·fous, et lutez contre le sainisme et la gentrification dans votre communauté.

Je peux rentrer chez moi après la plupart des réunions des organisations dont je fais partie en me sentant quelque peu relié·e, au lieu de me sentir isolé·e, pas à ma place, en infériorité numérique, non-entendu·e, tenu·e à distance, ou craint·e. ** Dans son travail sur le bonheur, Sara Ahmed soutient que certains corps sont "vus comme convertissant les mauvaises émotions en bonnes émotions, et les bonnes émotions en mauvaises émotions" (126). Les féministes et les personnes de couleurs, par exemple, sont souvent perçu·e·s comme des "rabat-joie" parce qu'iels rappellent aux autres (souvent par leur simple présence) leurs rôles dans les structures oppressives (127). Ahmed décrit cette expérience à travers la métaphore de "mauvaises émotions" se retrouvant "coincées" dans certains types de corps. Permettez-moi de suggérer que les mauvaises émotions se retrouvent souvent "coincées" dans des personnes folles et des personnes avec d'autres formes de handicaps visibles. Nos expressions d'émotions (qu'il s'agisse de "mauvaises" émotions, comme l'angoisse, la tristesse et la colère, ou de "bonnes" émotions, comme la joie et l'amusement) sont souvent perçues comme des comportements "fous" qui déconcertent les autres, les faisant se sentir mal à l'aise. Nos protestations contre les préjugés sains sont aussi souvent vus comme rabat-joie vis à vis de ceux qui "essayent juste d'aider" (généralement en renforçant le discours psychiatrique) ou qui croient avoir des raisons légitimes de craindre et d'ostraciser les personnes folles. Lorsque quelqu'un·e nous met en cause par rapport à du sainisme mental, ou n'importe quelle autre action ou discours oppressif, cela signifie qu'il est temps d'écouter, et d'en tirer les conséquences par notre comportement, et non pas qu'il faille se mettre sur la défensive. Souvenez-vous que même les meilleur·e·s allié·e·s défont parfois.

Parce que je suis normal·e mental·e, il y a peu de chance que quelqu'un·e ne mette en doute ma capacité à élever mes enfants, à m'occuper d'un·e ami·e ou d'un·e proche malade ou Handicapé·e, ou à avoir un animal de compagnie. Les capacités parentales des personnes folles, en revanche, sont régulièrement mises en doute, et les images de parent·e·s folles·fous abusifs·ives abondent dans les médias et la culture populaire. Comme le note S.E. Smith dans le magazine en ligne *Bitch*,

"La culture pop nous dit de nombreuses choses dangereuses concernant la parentalité et la maladie mentale, particulièrement lorsqu'il s'agit de maternité. La parentalité, nous dit-on, est tout simplement impossible avec une maladie mentale...Vous êtes trop instable pour qu'on puisse vous confier l'énorme responsabilité d'élever un enfant, sauf si vous êtes prêt·e à suivre des règles très strictes pour gérer votre état." (les italiques sont de l'auteur)

Comme le notent Wilson et Beresford, il peut aussi s'avérer difficile pour des parent·e·s folles·fous d'avoir accès aux services de fertilité, ou de devenir des parents d'accueil ou d'adoption (149).^{xvi} Tous les parents et les personnes qui s'occupent d'enfants, folles·fous ou normal·e·s mental·e·s, ont besoin de soutien. Nous devons demander aux parents et aux personnes qui s'occupent d'enfants ce que nous pouvons faire pour les aider, plutôt que de présupposer que les personnes folles·fous sont moins capables, ou légitimes, pour effectuer ce travail et avoir cette relation importante.

Il y a peu de chance que je sois soumis·e à un traitement forcé qui, bien que dispensé au nom de ma santé et de mon bien-être, pourrait être considéré comme de la torture dans d'autres contextes. Certaines de ces méthodes de traitement psychiatrique actuelles, telles que les traitements par électrochocs (ECT), tout comme certains médicaments, tels que les neuroleptiques (anti-psychotiques), ont été utilisés comme méthode de torture pour les dissident·e·s politiques,

notamment en Union Soviétique (Fireside 49). ^{xvii}Beaucoup de personnes ayant peu ou pas d'expérience dans le système de santé mentale sont surpris·e·s lorsque je leur dis que l'ECT est encore un traitement couramment utilisé au Canada et aux États-Unis, et que c'est même prescrit aux enfants et aux personnes âgées. Renseignez-vous au sujet des différentes perspectives des méthodes de traitement psychiatriques actuelles. Écoutez et croyez les personnes folles si et lorsqu'iels choisissent de partager leurs expériences de ces traitements avec vous.

Il y a peu de chance que je sois incarcéré·e sans avoir été accusé·e d'un crime, sans avoir eu la possibilité de me défendre, ou sans avoir été autorisé·e à parler à un·e avocat·e ou un·e autre défenseur·e de mes intérêts. Même s'il existe certainement des problèmes et des biais dans le système pénal, il existe aussi une certaine forme de processus requis. Cependant, la loi actuelle sur la santé mentale de l'Ontario permet à n'importe qui de soumettre une preuve à un·e juge d'instance, qui montre qu'une personne ayant précédemment été traitée pour un "trouble psychique" souffre maintenant du même trouble et n'est pas en mesure de prendre ses propres décisions. ^{xviii}Si le juge d'instance approuve cette demande, iel peut ordonner que la police mette la personne souffrant d'un "trouble psychique" sous détention et la livre à un établissement psychiatrique pour être évaluée. Le médecin de garde peut alors certifier une hospitalisation sous contrainte, ou une ordonnance de traitement ambulatoire obligatoire (CTO). (Une tierce personne peut aussi appeler directement la police, s'iel croit que quelqu'un·e représente un danger pour ellui-même ou les autres.) À travers ce genre de législation, qui n'existe pas seulement au Canada mais aussi dans d'autres juridictions occidentales, les personnes folles peuvent être soumises à la détention à la fois policière et psychiatrique, sans avoir commis une infraction spécifique, et sans avoir eu la possibilité de se défendre, ou d'être défendues par une autre personne. Si vous vous sentez menacé·e par une personne folle, questionnez votre propre peur avant de demander une intervention légale, policière ou médicale. Vous-même ou cette personne, courez-vous réellement le risque d'être blessé·e·s ? Ou est-ce que des préjugés sainistes jouent un rôle dans votre peur ? Est-ce que vous chercheriez de l'aide extérieure si cette personne n'avait pas des antécédents psychiatriques ? Il faut considérer que, dans la plupart des cas, les traitements forcés représentent un plus grand risque pour la personne folle que le risque qu'iel représente pour iel-même. Soutenez le choix des personnes folles concernant leur utilisation des médicaments et des services psychiatriques.

Lorsque je demande l'aide de la police ou des soins médicaux, mes antécédents de normalité mentale ne vont pas m'amener à être agressé·e, ignoré·e, rejeté·e, mis·e en attente, ou traité·e comme si je mentais, ni à recevoir une qualité de prise en charge diminuée. Les personnes de couleurs, les personnes trans, les personnes sans abris ou les personnes de la rue, les travailleuse·s sexuel·le·s, les personnes criminalisé·e·s et les personnes folles sont particulièrement sujet·te·s au harcèlement et/ou à l'agression de la police. La race, la classe, le genre, l'orientation sexuelle, les antécédents médicaux (tels qu'un statut de porteur·euse de VIH+ ou un diagnostic psychiatrique) peuvent aussi affecter la qualité des soins dans un hôpital. Dans le cas de l'immigrée jamaïcaine Esmine Green, par exemple – qui est morte des suites de négligences au King's Country Hospital de Brooklyn à New York, alors qu'elle attendait une évaluation psychiatrique sans consentement – le racisme, le sexisme, le classisme, et le sainisme étaient tous des facteurs entremêlés dans la manière dont elle a été perçue et traitée à la fois avant et après sa mort.

Si ma journée, ma semaine, ou mon année se passe mal, je ne me demande pas si chaque situation que j'ai vécue est arrivée parce que je suis perçu·e comme normal·e mental·e. Pour beaucoup de personnes folles, cependant, il peut être difficile de discerner si leur journée, semaine, ou année se passe mal à cause du sainisme, ou à cause de beaucoup de systèmes d'oppression et de privilèges entremêlés. Les personnes folles sont plus susceptibles d'être re-medicalisées ou d'être en conflit avec la loi s'ils sont des personnes de couleurs, s'ils sont pauvres, ou s'ils sont (ou ont l'air d'être) queer ou transgenre. Comme j'ai essayé de le montrer dans beaucoup des exemples ci-dessus, il existe de nombreuses intersections entre le privilège normal mental et les privilèges fondés sur la race, le genre, la sexualité, la classe, et la validité physique.

Je veux me concentrer sur ces liens entre le privilège normal mental et d'autres types de privilèges parce que je pense qu'il est important de noter, dans l'esprit du féminisme intersectionnel, que les oppressions fonctionnent en se superposant. Je veux aussi souligner, cependant, que les avantages associés avec différents types de privilèges ne sont pas les mêmes, même s'il existe beaucoup de similarités entre eux. Être folle·fou ou psychiatrisé·e, d'une part, n'est pas aussi constamment visible que d'être, par exemple, une personne de couleur. Généralement, les gens ont tout le temps la même couleur de peau, alors qu'il se peut que beaucoup de personnes folles ne soient perçues comme folles qu'une partie du temps, et que nos antécédents de psychiatrisations ne soient révélés que dans certains contextes ; ceci dit, les personnes "normal·e·s mental·e·s" peuvent perdre leurs privilèges normaux mentaux à n'importe quel moment de leur vie s'ils sont jugé·e·s malades mental·e·s, et les personnes qui sont déjà opprimées en raison de leur sexe, race, genre, sexualité, âge et/ou Handicaps sont plus susceptibles d'être psychiatrisées. Pour quelqu'un·e qui vit à l'intersection de multiples oppressions il peut s'avérer difficile, voire impossible, de distinguer les cas de sainisme des autres types de discriminations, puisque le sainisme est souvent étroitement lié à d'autres formes d'oppressions qui se renforcent mutuellement.

Vous-vous demandez peut-être, maintenant que vous avez lu cette liste, pourquoi elle est importante, et comment elle peut être utilisée. Cette liste, comme la liste de privilèges blancs, est importante parce qu'elle montre la façon dont le privilège normal mental opère, et, comme avec les personnes blanches et le privilège blanc ou les hommes et le privilège masculin, les personnes normales mentales apprennent à ne pas reconnaître le privilège normal mental. McIntosh note les façons par lesquelles les hommes à l'université nient leur privilège dans les discussions autour des programmes d'études, justifiant l'exclusion des matières féministes ou portant sur les femmes. Elle écrit : "lorsque la discussion débouche sur le fait de donner aux hommes *moins* d'espace culturel, même l'homme le plus réfléchi et de bonne foi...a tendance à... retomber dans des considérations conservatrices concernant... la distribution de pouvoir, s'appuyant sur les antécédents, ou la sociobiologie et la psychobiologie pour démontrer que la domination masculine est naturelle" ("White Privilege and Male Privilege" 149, l'italique est de l'auteure). De manière similaire, et souvent d'une façon entremêlée de sexisme, j'ai découvert que beaucoup de personnes normales mentales, lorsqu'on les interroge au sujet des étudiant·e·s chercheur·e·s folles·fous, se replient sur le modèle médical, justifiant l'exclusion de matières et d'approches particulières en disant que ceux qui souffrent de "maladies mentales" ne sont tout simplement pas susceptibles d'être inclus·e·s de la même façon. Le sort des "malades mental·e·s" est à plaindre, mais il s'agit d'un problème biologique que nous devrions laisser aux médecins et aux scientifiques. Autrement, on m'a aussi dit que les questions folles étaient déjà prise en compte dans le champs de la sensibilisation au handicap, une

affirmation qui non seulement néglige la spécificité de la culture, de l'identité et des expériences folles, mais aussi celles des personnes Handicapées qui ne souscrivent pas au modèle médical du handicap, et qui, dans tous les cas, sont encore largement ignorées dans le contexte de l'éducation supérieure.

Dans son article, McIntosh cite aussi l'argument d'Elizabeth Minnich selon lequel "on apprend aux blancs à percevoir leurs vies comme moralement neutres, normales, dans la moyenne, et comme idéales, de façon à ce que lorsque nous travaillons pour le bénéfice des autres, cela soit perçu comme un travail qui va "leur" permettre d'être plus comme "nous" "(149-50). De même, ceux qui n'ont pas été psychiatisés – et particulièrement ceux qui n'ont jamais été traités de bizarre ou monstrueux ou traités comme s'ils étaient d'une certaine façon anormaux – considèrent qu'ils sont normaux mentaux, moralement neutre, et dans la moyenne, et que leurs façons "normales" de penser et d'interagir avec le monde sont enviées par les personnes qui sont folles ou "malades mentales". Ils ne comprennent pas pourquoi nous voudrions amener des perspectives folles dans une salle de classe, parce qu'ils voient celles-ci comme diamétralement opposées à la rationalité adoptée par le milieu académique. Ce discours de la rationalité et la neutralité académique, je le souligne, est encore lourdement dépendant des discours patriarcaux et coloniaux concernant l'altérisation genrée et raciale. Dans ces discours, les femmes et les personnes de couleurs, en plus des personnes considérées comme étant handicapées ou folles, ne sont pas, en règle générale, considérées comme rationnelles, et ne sont par conséquent pas dignes d'être incluses dans les discussions intellectuelles. Bien que le privilège normal mental bénéficie aux normaux mentaux, cela les désavantage également. Cela empêche ceux qui font l'expérience du monde "normalement" de tirer des leçons des expériences folles. Montrer aux personnes normales mentales comment le vécu des personnes folles peut différer du leur, et comment ils peuvent tirer des leçons d'elles, est le premier pas vers leur mobilisation en tant qu'alliés. Une des meilleures façons pour les personnes normales mentales de devenir des alliés de la communauté folle est d'en venir à reconnaître et dénoncer le privilège normal mental. Une liste comme celle ci-dessus est une étape pour permettre cela.

Je dois encore expérimenter plus en avant les différentes possibilités d'utilisation pédagogique du concept de privilège normal mental, mais l'une des méthodes que j'ai trouvées efficaces pour amener les gens à réfléchir sur la façon dont le privilège normal mental opère, est de les amener à produire leur propre liste similaire pendant un séminaire centré sur l'idée de privilège. Il est utile que les gens aient lu par avance "White Privilege: Unpacking the Invisible Knapsack" de McIntosh, ou qu'ils le découvrent ensemble en groupe, pour donner à tout le monde une idée de ce à quoi ressemble le privilège. Une fois que le public comprend le concept de privilège, ils peuvent travailler en petits groupes pour réfléchir ensemble à une liste des avantages immérités détenus par ceux qui ont un privilège normal mental et/ou d'autres formes de privilèges. Idéalement, cet exercice devrait les amener à voir qu'il existe à la fois des similarités et des différences parmi les différents types de privilèges, et que les systèmes d'oppressions et de privilèges s'imbriquent les uns aux autres, aggravant souvent le vécu de marginalisation, de discrimination et de violence des gens. J'ai testé cet exercice pour la première fois en Juin 2011 avec un groupe de personnes ayant assisté à une commission dont je faisais partie à l'occasion de *Psychout : une conférence pour organiser la résistance contre la psychiatrie*, à New York. Même si j'avais déjà les suggestions ci-dessus (ainsi que quelques autres éléments) notées comme liste de secours au cas où le groupe aurait eu du mal à

trouver des exemples, je n'avais aucune raison de m'inquiéter. Le public de cette conférence là, qui était en majorité composé de personnes folles et de nos allié·e·s, s'est facilement mis à réfléchir ensemble à la plupart des éléments que j'ai présentés ici, ainsi qu'à d'autres, parce qu'ils avaient vécu elleux-mêmes ou été témoins de sainisme.

Dans le cas d'un public plus mixte, toutefois, comme un groupe d'étudiant·e·s de premier cycle, on peut rencontrer plus de résistance à l'idée de privilège normal mental, à la fois de la part de personnes non-psychiatisées dont l'idée de leur propre privilège met mal à l'aise, et de la part de personnes psychiatisées qui se considèrent comme malades mentales, mais qui ne se perçoivent pas comme désavantagées ou même comme différentes pour autant. Beaucoup d'étudiant·e·s considèrent aussi la folie comme quelque chose de privé, pas quelque chose qu'il faudrait rendre public ou dont il faudrait être fière·e. J'ai rencontré une opposition farouche lorsque j'ai parlé de l'histoire du mouvement fou et des perspectives alternatives en santé mentale en salle de classe, souvent venue d'étudiant·e·s qui avaient un·e membre de leur famille "malade mental·e", ou qui avaient elleux-mêmes eu des expériences (généralement positives) dans le système de santé mentale. Dans ces cas-là, je veille à préciser que je soutiens les différentes auto-identifications des gens, leur décision de faire leur coming out en tant que folle·fou ou malade mental·e ou pas, et leur choix concernant le type de traitements et/ou de soutien auxquels ils veulent avoir accès. Je souligne que mon but est de montrer qu'il existe plusieurs perspectives en dehors du modèle médical de la folie, plutôt que de débattre de savoir si ce modèle est valable ou non. Je signale également que, même si l'on en venait à admettre que la "maladie mentale" était une différence fondamentale et biologique, il faudrait tout de même encore réfuter l'idée que par conséquent les "malades mental·e·s" mériteraient d'avoir moins de dignité, de droits, de choix ou de moins participer à la sphère publique. J'insiste sur l'importance de remettre en question la binarité normal·e mental·e/malade mental·e. Comme le soulignent Wilson et Beresford "le monde n'est pas composé des "normal·e·s" et des "malades mental·e·s" ; il est composé d'*individu·e·s*, qui peuvent tou·te·s vivre des souffrances mentales et émotionnelles à un(des) moment(s) de leurs vies". Comme Wilson et Beresford, je suis intéressée par le fait de critiquer, et d'enseigner aux étudiant·e·s à critiquer, les façons dont les notions biomédicales de la folie jouent un rôle dans la construction des personnes psychiatisées comme autres. Une des fonctions de cette altérisation est la création de hiérarchies entre les utilisatrices des services de santé mentale "normal·e·s" – ou comme les appellent Wilson et Beresford, les "bon·ne·s inquiet·e·s" – qui voient des thérapeutes ou prennent des antidépresseurs, mais qui ne sont pas visiblement folles·fous – et les "personnes vraiment dingues", (que Wilson et Beresford appellent les "folles·fous menaçant·e·s" : ceux qui ont été diagnostiqué·e·s comme souffrant d'une "maladie mentale grave", qui sont visiblement folles·fous, étranges ou différent·e·s (par choix ou non) (153). Il est important de rappeler aux étudiant·e·s que le privilège normal mental et le sainisme sont souvent renforcés par un tel déni d'affinité avec les personnes folles de diverses identifications, de la part à la fois d'individu·e·s normal·e·s mental·e·s et d'autres utilisatrices des services de santé mentale, qui peuvent se considérer ou non comme folles·fous ou malades mental·e·s.

Dans certains cas, il peut ne pas être pratique de faire tout un cours sur le sainisme, ou même sur le privilège plus généralement, en particulier dans un environnement éducatif où (comme ce fut mon cas lorsque j'étais assistante d'enseignement) vous n'avez peut-être qu'un contrôle limité sur les contenus de cours et/ou sur les méthodes pédagogiques. Même lorsque c'est le cas, toutefois,

l'ubiquité de la folie (qu'elle soit ouvertement un thème, quelque chose de mentionné l'air de rien, ou à peine un sous-entendu secret) dans le contenu des cours à travers les disciplines permet des points d'ancrage pour initier une discussion sur le sainisme et le privilège normal mental dans des conversations plus larges sur le privilège, l'oppression, le soi et l'autre, la catégorisation et la régulation des corps, et les discours sur la folie. La liste de privilèges normaux mentaux peut être utilisée non seulement dans des exercices ciblés se focalisant sur la visibilité du privilège, mais les exemples spécifiques qu'elle contient peuvent aussi aider les enseignant·e·s à réfléchir aux façons par lesquelles iels pourraient introduire des discussions sur le sainisme dans leurs cours, comme je l'ai fait en commentant *Le papier peint jaune* avec les étudiante·e·s de première année de littérature.

Bien que cet article soit principalement dirigé vers les allié·e·s qui n'ont pas été psychiatrisé·e·s, et qui sont généralement perçu·e·s comme "normal·es mental·e·s", j'aimerais clore en notant que les personnes folles ont également besoin de réfléchir aux façons dont diverses oppressions intersectent avec le sainisme. Je suis continuellement frustrée lorsque les personnes folles refusent de reconnaître les différences et les inégalités parmi nous. Tandis que nous devons demander à nos allié·e·s de s'informer et de dénoncer le sainisme et le privilège normal mental, en tant que personnes folles, nous devons aussi, vis à vis des aspects du sainisme que nous n'avons peut-être pas directement vécus, continuellement nous informer, reconnaître les manières dont nous sommes impliqué·e·s, et les dénoncer.^{xix} Ce projet d'inclusivité et d'intersectionnalité implique également de reconnaître et de résister activement à d'autres formes d'oppressions que nous pourrions ne pas avoir subies. Le sexisme, le racisme, l'hétérosexisme, le cissexisme, le validisme, l'âgisme et le classisme ont un impact non seulement sur les personnes folles, mais aussi sur beaucoup de nos allié·e·s actuel·le·s et potentiel·le·s.

Mes plus sincères remerciements vont à S. Brophy, G. Reaume et A. Das pour leurs utiles modifications et contributions à cet article. Merci à ceux qui ont assisté à ma présentation au PsychOut 2010 à Toronto et au PsychOut 2011 à New York. Vos réponses positives vis à vis de ma présentation, et vos commentaires, m'ont inspirée pour fusionner les deux documents dans cet article. Merci également à mes deux pairs évalueurices de DSQ, qui ont fourni des suggestions utiles pour la révision de ce texte.

i
ii
iii
iv
v
vi
vii
viii
ix
x
xi
xii
xiii
xiv
xv
xvi
xvii
xviii
xix