

L'oppression selon Iris Marion Young : une application en psychiatrie

Ouanessa Younsi*

Résumé

Iris Marion Young, dans Justice and the Politics of Difference, propose un cadre théorique pour penser l'oppression en détaillant cinq visages. Ce cadre théorique est appliqué en psychiatrie afin de saisir les formes d'oppression qui y sont vécues par les patient-e-s. L'impérialisme culturel apparaît notamment comme une forme importante d'oppression dans ce contexte. L'application à la psychiatrie du cadre théorique de Young sur l'oppression permet aussi d'en montrer les apports et les limites. Parmi ces dernières, le stigma apparaît comme un concept plus « impensé » chez Young.

Introduction

Jeudi matin : je suis un cours qui porte sur les cinq visages de l'oppression décrits par Iris Marion Young. Je ne sais pas quel visage est le mien. Jeudi après-midi : je tente de parler à M., hospitalisé contre son gré depuis vingt jours. M. est dans une dimension qui n'est pas la mienne. Il parle seul, ou aux murs, parfois les deux. Il croit qu'un double a volé l'identité de sa conjointe. Que l'Organisation des Nations Unies (ONU) cherche à couper son sexe. Je veux converser avec lui. Le plus souvent il se fâche. Je reste avec mes cinq visages en miettes. Il refuse de rester à l'hôpital. J'ai rédigé un rapport pour l'y

* L'auteure est étudiante à la maîtrise en philosophie (Université Laval), médecin psychiatre et chargée d'enseignement de clinique (Université de Montréal).

maintenir contre son gré vu sa désorganisation. Une collègue en a rédigé un deuxième. Le juge a ordonné de le garder en établissement. Vingt jours sans air frais. Il refuse de prendre la médication psychiatrique. Je finalise une requête en ordonnance de traitement. J'irai devant le juge pour demander à le traiter contre son gré. Pour lui injecter une médication longue action. Je propose une ordonnance de traitement pour trois ans. Je sais que cela lui permettra de quitter l'hôpital, de boire du soleil par la bouche, de prévenir d'autres hospitalisations. Je sais aussi que ce corps n'est pas le mien. Que les médicaments ont des effets secondaires. J'exerce mon métier : je soigne des patient-e-s très malades. Le juge nous autorise à traiter le patient contre son gré. Je prescris l'injection. J'ai un pouvoir que je n'aime pas, mais que j'exerce pour soigner.

Les enjeux de pouvoir, d'oppression, m'apparaissent complexes. Iris Marion Young, dans *Justice and the Politics of Difference*¹, approfondit ces sujets. Dans le présent article, j'appliquerai à la psychiatrie le cadre théorique proposé par Young pour penser les visages de l'oppression. Cette réflexion sert deux objectifs : au plan théorique, elle vise à « tester » le cadre théorique proposé par Iris Marion Young pour saisir l'oppression. C'est d'ailleurs cette invitation à appliquer son cadre théorique que lance Iris Marion Young à la fin du chapitre « Five Faces of Oppression »². Au plan pratique, elle aidera à préciser comment se traduit l'oppression en psychiatrie.

Pour mener à bien cette réflexion, je me baserai sur la théorie de l'oppression proposée par Iris Marion Young. J'effectuerai une revue de la littérature contemporaine à travers des bases de données et d'articles avec les termes « oppression » et « psychiatrie ». En accord avec la démarche située d'Iris Marion Young, et considérant qu'un point de vue impartial et objectif est impossible selon elle, je travaillerai aussi à partir de cette position de psychiatre qui est la mienne.

1. L'oppression selon Young, appliquée à la psychiatrie

Young, dans le chapitre « Five Faces of Oppression », nomme les personnes souffrant d'handicaps physiques et mentaux comme

¹ Young, I. M. (1990), *Justice and the Politics of Difference*.

² *Ibid.*, p. 63-65.

constituant un groupe désigné comme opprimé. L'oppression regroupe une condition commune : « In the most general sense, all oppressed people suffer some inhibition of their ability to develop and exercise their capacities and express their needs, thoughts and feelings³ ». Cette description peut s'appliquer à des patient-e-s souffrant de troubles mentaux complexes et persistants, soigné-e-s en psychiatrie. Le concept d'oppression recoupe en fait des oppressions, que l'auteure approfondit : exploitation, marginalisation, impuissance, impérialisme culturel et violence. Je tenterai de cerner ces différents visages de l'oppression tels qu'ils s'incarnent, ou non, en psychiatrie. Avant tout, suivant en cela le raisonnement de Young, je développerai la composante structurelle de l'oppression en psychiatrie, ainsi que le concept de groupe social tel qu'il peut se penser, ou a contrario s'infirmer, dans ce domaine.

1.1. Conception structurelle de l'oppression

Dans *Justice and the Politics of Difference*, Young démontre en quoi l'oppression ne résulte pas nécessairement d'une intention de certains individus ou de certaines politiques, mais de structures qui dépassent la somme des volontés individuelles. Dans les termes de l'auteure : « But oppression also refers to systemic constraints on groups that are not necessarily the result of the intentions of a tyrant. Oppression in this sense is structural, rather than the result of a few people's choices or policies⁴ ». Cette conception structurelle de l'oppression rend compte du caractère systémique, et non individuel, de l'oppression qui se déroule en pratique psychiatrique. Ainsi s'exprime une patiente, citée dans l'article « Addressing Oppression in Psychiatric Care : A Relational Ethics Perspective » : « [i]n many cases, oppression is an unplanned side effect in the treatment of mental illness⁵ ». L'article met aussi en lumière que le personnel ne se voit habituellement pas comme oppresseur, même s'il peut ressentir un

³ Young, I. M. (1990), *Justice and the Politics of Difference*, p. 40.

⁴ *Ibid.*, p. 41.

⁵ Austin, Wendy et al. (2004), « Addressing Oppression in Psychiatric Care : A Relational Ethics Perspective », p. 69.

malaise lorsqu'il applique certaines mesures coercitives sur des patient-e-s⁶.

L'approche féministe critique également un pan de la psychiatrie contemporaine qui, en se basant surtout sur un modèle biomédical, scotomise la réflexion sur les causes structurelles de l'oppression. Les souffrances sont alors réduites à la biologie, ce qui occulte les enjeux sociaux, économiques, culturels et politiques que traduisent certaines souffrances. Cette critique est notamment véhiculée dans des articles traitant de la psychiatrie dans une perspective féministe. Dans « An Illness of Power : Gender and the Social Causes of Depression », Alex B. Neitzke montre les enjeux de pouvoir dans le diagnostic de dépression, qui frappe particulièrement les femmes, et qui à ses yeux détourne vers la biologie une lutte d'abord sociale :

Diagnosis of depression therefore can act to silence those who suffer from social oppression by focusing attention on individuals, brains, and neuro-pathways instead of social causal pathways. This not only threatens to misplace important resources and prevention efforts, but also has serious social and political consequences for women and other oppressed groups⁷.

L'oppression est reproduite à des niveaux structurels et non individuels, de différentes manières. Dans la même veine, « [t]he systemic character of oppression implies that an oppressed group needs not have a correlate oppressing group⁸ ». Young réfère à un groupe qui se révèle privilégié en relation à chaque groupe opprimé. La relation thérapeutique est un exemple de ce type de privilège d'être soignant-e par rapport au soigné-e, ne serait-ce que par la position de vulnérabilité qu'implique la maladie. Winnicott, pédiatre et

⁶ « In a study of voluntary psychiatric care in Sweden, in which 44% of the staff reported that they had used coercive measures against involuntary patients, over 75% of the staff stated that it is 'unpleasant', 'hard', or even 'detestable' to take part in commitment/involuntary treatment ». *Ibid*, p. 71.

⁷ Neitzke, A. B. (2015), « An Illness of Power : Gender and the Social Causes of Depression », p. 6.

⁸ Young, I. M. (1990), *Justice and the Politics of Difference*, p. 41.

psychanalyste, traduit ainsi l'inégalité de la relation, et l'appel qui la sous-tend :

Qu'est-ce que les gens attendent de nous, médecins, personnes soignantes, qu'attendons-nous nous-mêmes de nos collègues lorsque nous sommes immatures, malades ou vieux ? Ces états – immaturité, maladie, vieillesse – engendrent la dépendance. Ce qu'on attend donc de nous, c'est qu'il soit possible de dépendre de nous⁹.

L'oppression étant structurelle, la conscience individuelle ne saisit pas tous les mécanismes en jeu. Patient-e et psychiatre internalisent une part de cette oppression, et reproduisent dans la relation une dynamique structurelle, tel un script inconscient : « for every 'internalized oppression' there is an 'internalized domination (Pheterson, 1999, p. 35) producing arrogance, feelings of superiority, normalcy, and self righteousness (among other things) in members of the dominant group¹⁰ ». Deborah Marks, dans son article « Dimensions of Oppression : theorising the embodied subject¹¹ », décrit le phénomène d'internalisation de l'oppression et les mécanismes inconscients qui s'y jouent. Elle explique l'importance d'examiner non seulement les relations à autrui, mais aussi la relation à soi, pour combattre les mécanismes subtils de l'oppression en soi.

1.2. Le groupe social

Selon Young, « [o]ppression refers to structural phenomena that immobilize or diminish a group¹² ». Le terme important ici est « groupe ». Pour Young, l'oppression réfère à un groupe social (qui n'est réductible ni à un agrégat ni à une association) et non à un individu. L'auteure définit ainsi un groupe social : « A social group is a collective of persons differentiated from at least one other group by

⁹ Winnicott, D. (1988), *Conversations ordinaires*, p. 124.

¹⁰ Dewees, M. et L. K. Lax. (2009), « A Critical Approach to Pedagogy in Mental Health », p. 88.

¹¹ Marks, D. (1999), « Dimensions of Oppression : theorising the embodied subject », p. 611-626.

¹² Young, I. M. (1990), *Justice and the Politics of Difference*, p. 42.

cultural forms, practices, or way of life¹³ ». Elle met l'accent sur le sens d'identité sur lequel repose l'adhésion au groupe : « A social group is defined not primarily by a set of shared attributes, but by a sense of identity¹⁴ ».

Sur ce plan, la pensée de Young quant à l'oppression se révèle moins adaptée à la psychiatrie. Les patient-e-s les plus malades en psychiatrie s'avèrent souvent isolé-e-s et nient avoir une maladie ou un problème de santé mentale. Ainsi, les patient-e-s souvent traité-e-s en psychiatrie ne s'identifient pas à un groupe social de par cette condition. Il devient ardu d'utiliser le cadre théorique proposé par Young pour penser l'oppression en termes de condition vécue par un groupe. Au plan pratique, advenant des structures de démocratie participative en psychiatrie, les patient-e-s qui s'impliqueraient ne représenteraient pas nécessairement les plus malades, qui constituent de plus en plus le cœur de la psychiatrie (les personnes anxieuses ou dépressives étant largement traitées en première ligne).

Cette réflexion rejoint, en des champs distincts, l'analyse proposée par Lawrence Knopp dans « Social Justice, Sexuality and the City¹⁵ ». Ce dernier, traitant de la situation des queers, évoque le « closeting » comme forme d'oppression. Ce mécanisme empêche la formation d'un groupe social : « For a primary purpose of the closet is to prevent the social group from forming¹⁶ ». Les raisons sous-jacentes à cette difficulté à constituer un groupe social diffèrent lorsqu'on évoque les patient-e-s souffrant de problèmes de santé mentale, mais le résultat est similaire. Le groupe est ardu à former ; il y a surtout des patient-e-s qui nient l'être ou qui sont si atteint-e-s dans leur santé qu'il leur est difficile de former un groupe. Ceci n'empêche pas que des groupes de patient-e-s se constituent (comme « les entendeurs de voix »), mais cela est plutôt sous la forme d'associations que sous la forme d'un groupe social tel que défini par Young.

¹³ Young, I. M. (1990), *Justice and the Politics of Difference*, p. 43.

¹⁴ *Ibid.*, p. 44.

¹⁵ Knopp, L. (2013), « Social Justice, Sexuality and the City », p. 644-660.

¹⁶ *Ibid.*, p. 654.

1.3. Intersectionnalité

Pour Young, une forme d'oppression ne saurait avoir la primauté sur les autres. De la même manière, un groupe opprimé ne saurait primer sur un autre. Les oppressions se recourent et les identités se révèlent fluides et non statiques d'un individu à l'autre. Ainsi, les oppressions peuvent se recouper, se superposer. Une même personne vit souvent à la fois des oppressions et des privilèges.

L'oppression en psychiatrie se traduit à divers plans. L'oppression liée au statut de patient-e en psychiatrie peut rejoindre l'oppression liée à la race, au genre, au statut socioéconomique, etc. Plusieurs auteur-e-s ont souligné comment la psychiatrie reconduit des préjugés racistes véhiculés en société : « Fernando (1988), Knowles (1996) and Turner and Kramer (1995) argue that as a social institution and as a set of practices, psychiatry perpetuates racist assumptions in its methods of evaluation, observation, research, and treatment¹⁷ ». Même constat quant à l'oppression liée au genre, retraduite en termes psychiatriques, ne serait-ce que dans la manière de définir un trouble comme la dépression : « What begins to emerge here is that the psychiatric disease model of depression may actually be disempowering women by legitimizing the pathologies of a social system of gender as it delimits one's expression of suffering and testimony to its causes¹⁸ ». Parallèlement, pauvreté et psychiatrie sont souvent associées¹⁹. Certain-e-s évoquent une synergie oppressive : « psychiatrization and poverty may be one such oppressive synergy²⁰ ».

Ces enjeux (racisme, sexisme, pauvreté) sont des exemples d'oppressions qui se superposent lorsqu'on évoque l'oppression en psychiatrie. Les patient-e-s traité-e-s en psychiatrie se révèlent souvent

¹⁷ Corneau, S. et V. Stergiopoulos (2012), « More than being against it : Anti-racism and anti-oppression in mental health services », p. 266.

¹⁸ Neitzke, A. B. (2015), « An Illness of Power : Gender and the Social Causes of Depression », p. 8.

¹⁹ « The positive association between 'mental illness' and poverty is one of the most well established in psychiatric epidemiology », dans C. Mills, « The Psychiatrization of Poverty : Rethinking the Mental Health-Poverty Nexus », p. 213.

²⁰ *Ibid.*, p. 219.

désinséré-e-s socialement. Plusieurs traversent des situations socioéconomiques ardues. L'intersectionnalité explicitée dans la théorie de la justice de Young rend compte des différentes manifestations de l'oppression chez les patient-e-s souffrant de problèmes de santé mentale.

1.4. Cinq visages de l'oppression

Young décrit cinq visages de l'oppression : exploitation, marginalisation, impuissance, impérialisme culturel et violence. Je tenterai de dégager si ces visages s'incarnent en psychiatrie et, si oui, de quelle manière.

1.4.1 Exploitation

Young définit l'exploitation de la manière suivante : « The central insight expressed in the concept of exploitation, then, is that this oppression occurs through a steady process of the transfer of the results of the labor of one social group to benefit another²¹ ». Ce type d'oppression, et la manière dont l'auteure l'articule, n'apparaît pas rendre compte de l'oppression telle que vécue par les patients en psychiatrie. Une étude empirique qui se penche sur les formes d'oppression vécue par des patient-e-s souffrant de trouble bipolaire ou de trouble de la personnalité limite arrive aussi à cette conclusion : « Subjective experience of 'stigma and discrimination' were found to coincide with four of Young's (1992) 'five faces' of oppression [...] Exploitation, the other 'face', did not feature in participant's experiences²² ».

1.4.2 Marginalisation

Qu'est-ce que la marginalisation ? Pour l'auteure, « [m]arginals are people the system of labor cannot or will not use²³ ». Il est évident

²¹ Young, I. M. (1990), *Justice and the Politics of Difference*, p. 49.

²² Bonnington, O. et D. Rose (2014), « Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder : A critical realist analysis », p. 14.

²³ Young, I. M. (1990), *Justice and the Politics of Difference*, p. 53.

que les patient-e-s souffrant de troubles psychiatriques vivent ce type d'oppression. La perte d'emploi est fréquente, tout comme la discrimination à l'embauche. Les patient-e-s interviewé-e-s par Olivier Bonnington et Diana Rose évoquent la marginalisation dans le système de soins, dans l'accès à l'emploi, ainsi que dans les relations sociales et familiales²⁴. Ultimement, les patient-e-s se sentent exclu-e-s de la plupart des rôles et privilèges sociaux.

Des auteur-e-s soulignent aussi comment la psychiatrie, et le discours qui l'accompagne, psychologise des problèmes sociaux comme la pauvreté, renforçant les propos autour de la responsabilité individuelle, de l'estime de soi, aux dépens d'une remise en question des rouages socioéconomiques de la marginalisation :

Thus, a grave danger in the medicalization and psychiatrization of poverty is the confusion of cause and effect – for while poverty may lead to psychological distress, correcting only the psychological issues will not necessarily correct the conditions of poverty that lead to the distress in the first place or the political-economic forces that produce and sustain poverty and economic marginalization. Thus, not only does such psychiatrization overlook the conditions of inequality and poverty that may lead to distress initially, it may actually allow such conditions to persist or worsen²⁵.

La marginalisation des patient-e-s traité-e-s en psychiatrie recoupe d'autres formes d'oppression.

1.4.3 Impuissance

L'impuissance se révèle une forme d'oppression vécue par les patient-e-s en psychiatrie. Young définit de la manière suivante celles et ceux qui subissent l'impuissance : « The powerless are those who

²⁴ Bonnington, O. et D. Rose (2014), « Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder : A critical realist analysis », p. 11.

²⁵ Mills, C. (2015), « The Psychiatrization of Poverty : Rethinking the Mental Health-Poverty Nexus », p. 218.

lack authority or power even in this mediated sense, those over whom power is exercised without their exercising it²⁶ ». L'auteure traduit cela davantage dans l'opposition entre les professionnel-le-s et les non-professionnel-le-s au fil du chapitre « Five Faces of Oppression », mais il est possible d'utiliser le concept plus largement.

Concernant l'impuissance, des patients interrogés décrivent comme manifestations de celle-ci : l'incapacité à influencer le traitement ; la protection et la supervision excessives, tant de la part du corps professionnel que des proches ; les contraintes sur l'identité, ne serait-ce que concernant les pouvoirs de définir et de développer des interprétations subjectives de sa souffrance, et des moyens de la gérer²⁷. L'impuissance entraîne une expérience de dépossession de ses moyens et de la définition de soi. Le terme paternalisme est évoqué : « similarly, in a qualitative study of 15 leaders of peer support programs, paternalism was identified as a key barrier to recovery, as it limited one's ability to develop an identity outside of the diagnostic label²⁸ ». Les patient-e-s pointent les professionnel-le-s en santé mentale comme étant parmi les plus stigmatisant :

In fact, people who seek services from mental health professionals often rate them as among the most stigmatizing of all groups. Though the literature in this area is sparse and often qualitative, recurrent themes include feeling punished, patronized, humiliated, spoken to as if they were children, being excluded from treatment decisions, and being assumed to lack capacity to be responsible for their own lives²⁹.

²⁶ Young, I. M. (1990), *Justice and the Politics of Difference*, p. 56.

²⁷ Bonnington, O. et D. Rose (2014), « Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder : A critical realist analysis », p. 12-13.

²⁸ Arboleda-Florez, J. et H. Stuart (2012), « From Sin to Science : Fighting the Stigmatization of Mental Illness », p. 460.

²⁹ *Ibid.*, p. 460.

1.4.4 *Impérialisme culturel*

À l'impuissance succède l'impérialisme culturel. Celui-ci est défini ainsi par Young :

To experience cultural imperialism means to experience how the dominant meanings of a society render the particular perspective of one's own group invisible at the same time as they stereotype one's group and mark it out as the Other. Cultural imperialism involves the universalization of a dominant group's experience and culture, and its establishment as the norm³⁰.

À la lecture de divers articles, dont des études rapportant l'expérience subjective de patient-e-s, l'impérialisme culturel semble la forme d'oppression la plus largement documentée en psychiatrie – et possiblement la plus vécue.

Plusieurs articles soulignent l'important pouvoir de définition qui sous-tend le champ psychiatrique. En déterminant qui est malade et qui ne l'est pas, la pratique psychiatrique peut « marquer » une personne en la définissant de l'extérieur, par des termes qui ne renvoient pas nécessairement à son expérience subjective. Ce processus « d'étiquetage » s'inscrit dans une société où les stéréotypes sont déjà légion quant à la maladie mentale. La personne souffrante se voit donc doublement reléguée au rang du grand Autre de notre société, d'abord par la-le psychiatre qui la définit de l'extérieur, ensuite par la société. Alez B. Neitzke cite Crossley à ce sujet : « As Crossley (2004) argues, “much of the power of psychiatry is a symbolic power of definition and judgement, and its violence is the symbolic violence of stigmatization and disqualification”³¹ ». Pouvoir symbolique qui renvoie à une forme d'impérialisme culturel.

Ce processus de disqualification culturelle au nom de la primauté de l'expérience des dominant-e-s se traduit dans le langage :

³⁰ Young, I. M. (1990), *Justice and the Politics of Difference*, p. 58-59.

³¹ Neitzke, A. B. (2015), « An Illness of Power : Gender and the Social Causes of Depression », p. 6.

Rather than acknowledge its own hostile and avoidant feelings, society attempts to 'wish away' people with learning difficulties. One key way of doing this is to constantly update terms used, for example, 'subnormality' became 'handicapped', which became 'special needs' and 'learning disabled'. These changes avoid acknowledging the offensive connotations which become associated, through the passage of time, with these terms. As Sinason so eloquently puts it, 'no human group has been forced to change its name so frequently. What we are looking at is a process of euphemism. Euphemisms, linguistically, are brought in to replace the verbal bedlinen when a particular word feels too raw, too near a disturbing experience' (Sinason, 1992, p. 39)³².

Gommer la réalité par des changements sémantiques nie une part de l'expérience humaine jugée troublante ou confrontant les classes dominantes. En ce sens, la-le patient-e psychiatrique devient un Autre, à la fois marqué et invisible. Les mots s'effacent pour mieux le pointer du doigt.

Cet impérialisme culturel se trouve aussi dans la littérature scientifique, qui présente généralement le point de vue dominant, excluant alors les expériences subjectives des patient-e-s, jugées insuffisamment « evidence-based ». Comme l'écrit un patient et chercheur souffrant de schizophrénie dans un article :

leaving people with mental health problems with the feeling that they are alone, invisible, and ostracized. All this means that there is little study of what schizophrenics' voices say to them, which would make people's experiences more valid and meaningful and also lend itself to a more human account of mental illness. People's experiences of hearing voices are silenced, which can only

³² Marks, D. (1999), « Dimensions of Oppression : theorising the embodied subject », p. 616-617.

augment ignorance and fear, both in society and in the mental health-care system³³.

La littérature scientifique ne se pense souvent pas elle-même comme étant idéologique. Le point de vue dominant y est pourtant véhiculé et la subjectivité des patient-e-s y est le plus souvent invisible.

Par son pouvoir de définition, qui envahit l'expérience subjective du patient, le langage et la littérature scientifique, la psychiatrie reconduit un impérialisme culturel. La psychiatrie n'existe pas hors de la société ; elle en reflète les valeurs et les stéréotypes dominants, tout en les perpétuant à sa façon. Les stéréotypes qu'elle véhicule autour de la maladie mentale recourent des enjeux de pouvoir basés sur le genre, la race, etc., répandus en société : « with its authority to define what is normal and what is pathological and to coerce compliance to its norms, medicine tends to strengthen gender roles and racial stereotyping ; thus it reinforces existing power inequalities³⁴ ».

Certaines études soutiennent que ce sont les psychiatres qui colporteraient le plus de représentations négatives des patient-e-s en psychiatrie et entretiendraient le plus de stéréotypes à leur sujet, perpétuant plus que d'autres l'oppression que constitue l'impérialisme culturel : « Similarly, in Switzerland, Lauber et al found that psychiatrists held more stigmatized views, compared with other professional groups (psychologists, nurses or other therapists). In addition, psychiatrists were more likely to consider people with a mental illness as dangerous, less skilled, and more socially disturbing³⁵ ».

Ces manifestations de l'impérialisme culturel se traduisent dans l'étude de O. Bonnington et D. Rose, recherche qui cerne la manière dont les patient-e-s souffrant de trouble de la personnalité limite et de trouble bipolaire vivent l'oppression en psychiatrie. Au plan de l'impérialisme culturel, les expériences suivantes sont principalement rapportées : pathologisation des états normaux, ce qui rejoint l'idée

³³ Gray, B. (2009), « Psychiatry and Oppression : A Personal Account of Compulsory Admission and Medical Treatment », p. 662.

³⁴ Martin, N. (2001), « Feminist Bioethics and Psychiatry », p. 434.

³⁵ Arboleda-Florez, J. et H. Stuart (2012), « From Sin to Science : Fighting the Stigmatization of Mental Illness », p. 460.

« d'étiquetage » présentée plus haut ; normalisation de la détresse, ce qui constitue la face inverse de l'invalidation de l'expérience subjective du patient ; sentiment d'être victime de stéréotypes³⁶.

1.4.5 Violence

L'impérialisme culturel, en marquant les patient-e-s en psychiatrie comme étant « autres », peut constituer un terrain favorable à la violence. Young définit ainsi cette forme d'oppression, à travers l'expérience vécue : « Members of some groups live with the knowledge that they must fear random, unprovoked attacks on their persons or property, which have no motive but to damage, humiliate, or destroy the person³⁷ ». L'auteure décrit les aspects systémiques et sociaux de cette forme d'oppression, en précisant comment le contexte social finit par banaliser certaines formes de violence.

Y a-t-il violence en psychiatrie, dans le sens de la définition proposée par Young ? La psychiatre en moi aurait tendance à répondre non, dans la mesure où les motivations ne sont pas d'humilier ni de détruire la personne, mais de la soigner. La-le patient-e peut toutefois vivre subjectivement certaines mesures comme étant violentes. Certains cas sont si extrêmes que la réponse appropriée apparaît tout aussi extrême : « It must be acknowledged that there are urgent situations in psychiatric care when someone has to act – for example, when individuals are in serious physical jeopardy – even though the action may be intrusive or coercive³⁸ ». Il existe, en psychiatrie, une ligne parfois mince entre la volonté de traiter, par exemple un patient si malade qu'il devient hors de la réalité commune et agressif, et les enjeux de pouvoir qui sous-tendent tout le système psychiatrique : « tension between *cure* for those individuals who suffer and concern for issues of power and oppression that must certainly be at the basis of any feminist analysis of psychiatry³⁹ ».

³⁶ Bonnington, O. et D. Rose. (2014), « Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder : A critical realist analysis », p. 11.

³⁷ Young, I. M. (1990), *Justice and the Politics of Difference*, p. 61.

³⁸ Austin, Wendy et al. (2004), « Addressing Oppression in Psychiatric Care : A Relational Ethics Perspective », p. 71.

³⁹ Martin, N. (2001), « Feminist Bioethics and Psychiatry », p. 432.

Écoutons la perspective d'un patient à ce sujet :

More worryingly, when in hospital, violence is sometimes used as a tool for getting noncompliant patients to take their medication, usually via depot injection. This violence is often conceived of as right, as just, and in the patient's best interest. [...] Violence as care is an oxymoron and hides the institutionalized abuse of people with schizophrenia and mental health problems⁴⁰.

C'est aussi le discours antipsychiatrique, qui a cherché à montrer les enjeux de pouvoir, de violence et de contrôle social liés à la psychiatrie :

They [les patient-e-s en psychiatrie] can be put in isolation and forced to undergo electroshock. They are at the mercy of their 'helpers'. Viewed through the medical model, these violations of human rights are 'medical treatment'. Viewed as political actions, they are revealed to be covert means of social control⁴¹.

2. Apports et limites du cadre théorique

J'ai appliqué en psychiatrie le cadre théorique d'Iris Marion Young concernant les visages de l'oppression. Plusieurs visages de l'oppression peuvent aider à traduire l'oppression que reconduit le système psychiatrique et la société avec lui. L'impérialisme culturel apparaît comme un visage central de l'oppression en psychiatrie.

Appliquer un cadre théorique aide à en saisir les apports, mais aussi à en estimer les limites. Tel que déjà mentionné, le cadre théorique proposé par l'auteure rend difficilement compte de l'oppression vécue par des personnes ne pouvant pas se réclamer du statut de groupe. Cette limite recoupe celle élaborée par Lawrence Knopp dans son article « Social Justice, Sexuality and the City », mais à travers un cadre empirique distinct, soit les patient-e-s souffrant de

⁴⁰ Gray, B. (2009), « Psychiatry and Oppression : A Personal Account of Compulsory Admission and Medical Treatment », p. 662.

⁴¹ Leifer, R. (2001), « A Critique of Medical Coercive Psychiatry, and an Invitation to Dialogue », p. 165.

trouble de santé mentale plutôt que les queers. Les patient-e-s souffrant de troubles mentaux sévères et persistants ne se définissent souvent pas ainsi et ne croient pas faire partie d'un tel groupe. Cette limite a des implications, notamment en ce qui a trait aux mécanismes de démocratie participative préconisés par l'auteure pour lutter contre l'oppression. On peut penser que des patient-e-s ne s'impliqueraient pas dans de tels mécanismes participatifs, car ils n'éprouveraient pas un sentiment d'identification à un groupe social tel que formulé par l'auteur. De surcroît, il s'agit souvent des patient-e-s les plus malades et les plus marginalisé-e-s.

Young cherche à dépasser le paradigme distributif de la justice. Or elle met souvent l'accent sur la division du travail à travers le développement des visages de l'oppression. Ceux-ci se révèlent plus limités pour traiter d'oppressions qui ne s'inscrivent pas dans le champ de la division du travail. L'auteure le mentionne elle-même en ces termes : « Exploitation, marginalization, and powerlessness all refer to relations of power and oppression that occur by virtue of the social division of labor⁴² ». Cet accent mis sur la division du travail dans la définition et la description de ces trois formes d'oppression ne rend pas justice à la richesse de ces concepts appliqués en dehors de cette division du travail.

Dans un autre registre, les critiques émises sur l'oppression en psychiatrie ne doivent pas occulter la souffrance de certain-e-s patient-e-s et les enjeux de compassion et de *care* qui sous-tendent ces difficultés. Un article proposant une perspective féministe en bioéthique soulève cet enjeu. L'auteure y critique le peu de poids accordé à la souffrance psychique de certaines femmes, la réflexion reposant exclusivement sur les dimensions sociales et politiques de cette souffrance, occultant dès lors la dimension intime et subjective de celle-ci :

These are important concerns, yet fail to take account of the very real ways in which medication helps some women to reach a point where they can actually fight the conditions that oppress them. One can hardly fight oppression if one is unable to get out of bed. The kind of feminist critique that Sherwin seems to suggest here,

⁴² Young, I. M. (1990), *Justice and the Politics of Difference*, p. 58.

ironically, does not seem to take into account the actual women who suffer, but only the social and political situation that causes and perpetuates their suffering. This is no doubt important, but not all that a feminist analysis needs to do⁴³.

L'auteure questionne également la primauté accordée à la responsabilité et à la liberté individuelles aux dépens de la compassion et du soin, ce qui ajoute un poids sur le sujet souffrant.

D'autres critiques ont mis en évidence en quoi un cadre anti-oppression contient ce qu'il cherche à dénoncer, en dérivant d'un savoir professionnel de personnes en position dominante⁴⁴. Les cadres théoriques de l'oppression ne sont-ils pas pavés de bonnes intentions ? Les personnes opprimées ne sont souvent pas impliquées directement dans l'élaboration des cadres théoriques de l'oppression, ce qui ajoute à la possibilité que ces cadres reproduisent, ne serait-ce qu'inconsciemment, des positions dominantes. Enfin, ce type de cadre théorique, surtout explicité par des personnes qui sont dans des positions dominantes en société, peut perpétuer un stéréotype de victime souvent accolé au groupe opprimé, stéréotype qui décourage l'action plutôt que de la promouvoir. Le cadre théorique proposé par Young apparaît éviter, du moins en partie, cet écueil, dans la mesure où les solutions anti-oppression qu'elle propose s'inscrivent dans une démarche participative et d'*empowerment*.

Le cadre théorique de Young autour des visages de l'oppression n'élabore pas le concept de stigma, central en psychiatrie. De fait, si la littérature autour de l'oppression en psychiatrie se révèle plus mince, celle autour du thème de la stigmatisation abonde. Quelle est la place du stigma dans l'échafaudage théorique de Young ? Quel visage de l'oppression peut en rendre compte ? Ou doit-on penser une autre forme d'oppression ?

Plusieurs définitions du terme « stigma » ont été proposées. Pour les fins de cet article, je retiens celle-ci : « Stigma has been defined as a feeling of being negatively differentiated owing to a particular condition, group membership, or state in life. The process

⁴³ Martin, N. (2001), « Feminist Bioethics and Psychiatry », p. 434-435.

⁴⁴ Corneau, S. et V. Stergiopoulos (2012), « More than being against it : Anti-racism and anti-oppression in mental health services », p. 275.

of stigmatization occurs when there is a power differential, as only powerful groups can create social inequities⁴⁵ ». Beaucoup d'auteur-e-s dans le champ de la santé mentale soulignent que la maladie mentale se révèle liée à l'identité sociale, ne serait-ce qu'on plan sémantique : on *a* le cancer, mais on *est* bipolaire. Comment le stigma est-il lié à l'oppression et à ses visages ?

La littérature empirique reste mince à ce sujet : « Although Young's idea of oppression has been regarded as theoretically important to stigma (Scambler, 2011), empirical data linking the two are so far lacking⁴⁶ ».

La littérature contemporaine sur le stigma a été étendue à des enjeux de pouvoir et à des enjeux socio-culturels, dépassant le discours de la seule tragédie individuelle⁴⁷. Pour certain-e-s auteur-e-s, comme Holley⁴⁸, il existe de fortes similitudes entre les concepts de stigma et d'oppression, qui peuvent parfois être assimilés.

Pour d'autres auteur-e-s, l'oppression serait une fonction du stigma. Ainsi, Dr Jo Phelan et al, dans leur article « Stigma and Prejudice : One Animal or Two ?⁴⁹ », développent une typologie de trois fonctions du stigma : la domination et l'exploitation, qui laisse les gens dans des positions inférieures ; le renforcement des normes, mécanisme par lequel on maintient les personnes dans l'ordre social établi ; l'évitement des figures du malade, en fixant ces figures à l'extérieur de nous. Concernant cette troisième fonction, les auteurs en présentent une version argumentée à partir de la théorie de l'évolution.

Toujours concernant le stigma, selon Elisabeth Purcell, le cadre théorique proposé par Young quant aux visages de l'oppression se révèle insuffisant pour penser toutes les formes d'oppression, surtout

⁴⁵ Arboleda-Florez, J. et H. Stuart (2012), « From Sin to Science : Fighting the Stigmatization of Mental Illness », p. 458.

⁴⁶ Bonnington, O. et D. Rose (2014), « Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder : A critical realist analysis », p. 7.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 7.

⁴⁸ Holley, L. C. et al. (2012), « Reconceptualizing Stigma : Toward a Critical Anti-Oppression Paradigm », p. 51-61.

⁴⁹ Phelan, J. et al. (2008), « Stigma and Prejudice : One Animal or Two », p. 358-367.

celles vécues par les personnes souffrant d'invalidité. Purcell développe cette idée dans son chapitre « Rethinking Iris Young's 'Five Faces of Oppression' for Disability Theory⁵⁰ ». L'auteure suggère trois autres visages de l'oppression. Elle mentionne d'abord le stigma. Pour Purcell, ce dernier constitue « the first form of oppression that occurs for people with disabilities⁵¹ ». L'auteure souligne que si Young mentionne le stigma comme étant une difficulté vécue par les personnes souffrant d'handicaps, elle ramène ce concept davantage à la discrimination plutôt qu'à l'oppression. Pour Purcell, au contraire, le stigma est une forme d'oppression par ses aspects systémiques et la violence sociale qu'il induit. Reprenant Goffman, elle affirme : « According to Goffman, however, stigma has a more overarching structure in society and thus would be more indicative of oppression⁵² ».

En somme, on peut penser, avec Purcell, que le stigma, central dans le vécu des patient-e-s en psychiatrie, se révèle un concept moins élaboré par Young quant à sa réflexion sur les visages de l'oppression.

Conclusion : une politique de la différence en psychiatrie ?

Au fil du présent article, j'ai appliqué le cadre théorique de Young autour des cinq visages de l'oppression au champ de la psychiatrie. Différentes formes d'oppressions sont vécues par les patient-e-s en psychiatrie. L'impérialisme culturel apparaît comme une forme pernicieuse et importante d'oppression vécue par les patient-e-s. Les psychiatres seraient parmi les professionnel-le-s qui reconduisent le plus de stéréotypes envers les patient-e-s en santé mentale.

L'application à la psychiatrie du cadre théorique de Young sur l'oppression a permis d'en montrer les apports et les limites. Parmi ces dernières, retenons la question de l'oppression par la difficulté à former un groupe social, ainsi que l'accent mis sur les formes d'oppression relevant de la division du travail. Le stigma semble un concept plus « impensé » chez Young, lacune qu'Elisabeth Purcell

⁵⁰ Purcell, E. (2014), « Rethinking Iris Young's 'Five Faces of Oppression' for Disability Theory », p. 185-206.

⁵¹ *Ibid.*, p. 195.

⁵² Purcell, E. (2014), « Rethinking Iris Young's 'Five Faces of Oppression' for Disability Theory », p. 196.

cherche à combler en complétant les formes d'oppressions suggérées par Young.

Que faire pour réduire, à défaut d'annihiler, l'oppression en psychiatrie ? Une politique de la différence telle que préconisée par Young est-elle possible en psychiatrie ? Ceci serait l'objet d'un autre article. D'éventuels changements devraient toutefois être structurels et non individuels, en accord avec le caractère systémique de l'oppression telle que pensée par Young. De plus, ces transformations devraient être articulées avec les patient-e-s. Le développement des patient-e-s partenaires est une avenue intéressante dans cette voie.

En pratique, tout est complexe. Je reviens à M. Le juge a autorisé le traitement. M. a reçu une injection d'un antipsychotique à longue durée d'action. Contre son gré. Cela a pris plusieurs infirmier-e-s et préposé-e-s pour la lui donner. Peu à peu, les délires ont fondu.

M. a son congé de l'hôpital. Je le réfère à la clinique externe. Je ne le reverrai jamais.

Bibliographie

- Arbolera-Florez, J. et H. Stuart (2012), « From Sin to Science : Fighting the Stigmatization of Mental Illness », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 57, n° 8, p. 457-463.
- Austin, Wendy et al. (2004), « Addressing Oppression in Psychiatric Care : A Relational Ethics Perspective », *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, vol. 6, n° 1, p. 69-78.
- Bonnington, O. et D. Rose (2014), « Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder : A critical realist analysis », *Social science and medicine*, vol. 123, p. 7-17.
- Corneau, S. et V. Stergiopoulos (2012), « More than being against it : Anti-racism and anti-oppression in mental health services », *Transcultural psychiatry*, vol. 49, n° 2, p. 261-282.
- Deweese, M. et L. K. Lax (2009), « A Critical Approach to Pedagogy in Mental Health », *Social Work in Mental Health*, vol. 7, n° 1-3, p. 82-101.
- Gray, B. (2009), « Psychiatry and Oppression : A Personal Account of Compulsory Admission and Medical Treatment », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 35, n° 4, p. 661-663.

- Holley, L. C. et al. (2012), « Reconceptualizing Stigma : Toward a Critical Anti-Oppression Paradigm », *Stigma Research and Action*, vol. 2, n° 2, p. 51-61.
- Knopp, L. (2013), « Social Justice, Sexuality and the City », *Urban Geography*, vol. 15, n° 7, p. 644-660.
- Leifer, R. (2001), « A Critique of Medical Coercive Psychiatry, and an Invitation to Dialogue », *Ethical Human Sciences and Services*, vol. 3, n° 3, p. 161-173.
- Marks, D. (1999), « Dimensions of Oppression : theorising the embodied subject », *Disability and Society*, vol. 14, n° 5, p. 611-626.
- Martin, N. (2001), « Feminist Bioethics and Psychiatry », *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 26, n° 4, p. 431-441.
- Mills, C. (2015), « The Psychiatrization of Poverty : Rehtinking the Mental Health-Poverty Nexus », *Social and Personality Psychology Compass*, vol. 9, n° 5, p. 213-222.
- Neitzke, A. B. (2015), « An Illness of Power : Gender and the Social Causes of Depression », *Culture Medecine and Psychiatry*, p. 1-15.
- Phelan, Dr Jo et al. (2008), « Stigma and Prejudice : One Animal or Two », *Social Science and Medicine*, vol. 67, n° 3, p. 358-367.
- Purcell, E. (2014), « Rethinking Iris Young's 'Five Faces of Oppresion' for Disability Theory », dans *Diversity, Social Justice and Inclusive Excellence*, édité par Seth N. Asumah et Mechtild Nagel, Suny Presse, p. 185-206.
- Winnicott, D. (1988), *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, 308 p.
- Young, I. M. (1990), *Justice and the Politics of Difference*, Princeton University Press, 286 p.