

Pour une Culture Participative

Claude Deutsch

Introduction :

L'intitulé de vos journées: "**Pour une culture participative**", c'est un excellent slogan auquel je souscris totalement, et je voudrais pour cela vous remercier chaleureusement. Merci donc à tous, organisateurs comme participants, de donner ainsi un écho au mot d'ordre du Mouvement International des Personnes Handicapées auquel nous sommes affiliés: "**Rien à notre sujet sans nous**". Le sous-titre (**Accompagner les personnes handicapées et/ou âgées vers la citoyenneté**), interpellant les seuls professionnels, me permet de **poser la question**: "La culture participative sera-t-elle le produit d'un accompagnement médicosocial ou d'un mouvement d'émancipation ?" Pour formuler la question autrement: "**Accompagner les usagers, est-ce les prendre par la main ou aménager les conditions, un espace, d'une réelle prise de parole spécifique?**" C'est celle-ci que nous revendiquons par notre devise: "**Le jour où des personnes peu habituées à parler seront entendues par des personnes peu habituées à écouter, alors de grandes choses pourront arriver**". C'est cet écart entre la mise en œuvre d'une intention psychopédagogicothérapeutique et l'accompagnement d'un **mouvement d'émancipation** que je vais m'attacher à expliciter maintenant autour de 3 concepts: la santé mentale (qui est notre spécificité au sein des personnes handicapées), l'histoire du mouvement des usagers, le concept d'empowerment

1. Qu'est-ce que la santé mentale?

1.1. La santé mentale n'est pas la psychiatrie (bien que les termes soit utilisés à tort par certains -notamment le pouvoir administratif- l'un pour l'autre).

La psychiatrie, c'est la médecine des maladies mentales. La notion de **santé mentale renvoie à la définition de la santé**. On a longtemps défini la santé négativement, comme l'absence de maladie. Or **l'OMS**, lors de sa constitution à

New York, les 19-22 juin 1946 a donné de la santé une **définition positive**: "**La santé , a-t-elle dit, est un état de complet bien-être physique, moral, social et ne consiste pas en une absence de maladie ou d'infirmité**". L'OMS va plus loin, car elle définit la bonne santé comme un droit. En effet, elle précise: "**La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de l'être humain** quelles que soient sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale".

A partir du moment où *la bonne santé est définie comme un droit légitime*, et **non plus comme absence de maladie**, la légitimité, pour moi, de **parler de malades mentaux** pour désigner les personnes en souffrance psychique **tombe d'elle-même**. Avec la reconnaissance de la santé comme un droit, nous **pouvons parler de citoyenneté** . La personne recevant des soins psychiatriques peut être reconnu comme un usager des services de psychiatrie.. L'usager de la psychiatrie, que nous pouvons maintenant appeler **usager en santé mentale** (et non de la santé mentale, ce qui ne veut rien dire, car la santé mentale est un concept, pas un dispositif) **est désormais un sujet de droit**. Il n'est alors plus défini seulement comme malade, c'est-à-dire par sa relation à la médecine, au savoir médical, par sa dépendance au médecin.

Parler de "situation de", parler de "personnes en situation de" permet de se situer dans une dynamique et de ne plus voir la vulnérabilité comme un destin . Il ouvre la porte à la **réappropriation du pouvoir**.

1. 2 .La souffrance psychique.

- Quelle est la valeur conceptuelle d'une notion qui exprime un ressenti ? Le terme de souffrance comporte une dimension critique, dès qu'il nomme des processus où les personnes "vont mal" parce qu'est sapé leur rapport au monde . La vie perd alors valeur et qualité et des processus conduisent des individus "débordés par la souffrance" sur la pente du rapport insupportable à soi et au monde.

-Le concept qui dépasse le pathologique: La souffrance psychique n'est plus entendue comme relevant de la pathologie. Aujourd'hui, on évoque la souffrance psychique dans le périmètre de six "champs sociaux" ou "scènes de préoccupation" différents :soit pour parler de "populations spécifiques": le monde des "psychiatrisés", celui de la "précarité" et celui des "catastrophes" soit pour parler de situations ordinaires de la vie quotidienne (vie familiale, travail, maison et voisinage).

2 Le mouvement des usagers.

L'émergence du mouvement des usagers dans le discours politique en santé mentale a profondément modifié les termes du débat. Le mouvement des usagers en santé mentale tire son origine dans trois mouvement de pensée différents: La pensée Freudo-marxiste issue de Mai 68 et le mouvement des associations de malades qui a fait émergence dans le débat public avec l'apparition du SIDA , certes. Mais ses origines sont plus lointaines: le mouvement pour la vie indépendante des personnes handicapées surgit sur les campus californiens dans les années 60. Celui-ci est repris, en santé mentale, par le Réseau Mondial et le Réseau Européen des Usagers et Survivants de la Psychiatrie.

2.1.1.Issue de Mai 68, la première organisation spécifique, sinon autonome, des "psychiatrisés" sera influencée par le **Freudo-Marxisme**. Le GIA est fondé en 1972, dans la même mouvance que le G.I.P. le Groupe d'Information sur les Prisons fondé par Michel Foucault l'année précédente. Le GIA publie en avril 1975, le premier numéro de son journal "Psychiatrisés en lutte" qui porte en bandeau la devise : "Brisons l'isolement et la fausse honte! (Nous avons tous un passé ou un avenir psychiatrique) . Aujourd'hui ce mouvement s'exprime à travers deux associations: le GIA maintenu et le Cercle de Réflexion et de Proposition d'Action sur la psychiatrie, spécialisé dans le contentieux juridique.

2.1.2 Tout autre est la démarche de Daniel Defert, fondateur de AIDES. Ce regroupement s'effectue, d'abord, pour porter une plainte. **Les malades entendent porter témoignage de leur expérience**, non pour faire modifier les pratiques qui les concernent, mais **pour venir en secours, en adjuvants, de la recherche médicale, en tant que recherche scientifique**. Elles jouent un rôle actif, parfois déterminant dans la lutte contre les discriminations et pour la dignité. Au niveau international, ceux qui se reconnaissent comme malades mentaux vont plutôt se reconnaître dans le mouvement "Global Alliance in Mental Illness Advocacy Network" (GAMIAN) et sa déclinaison européenne (Gamian-Europe), puissamment aidés par les laboratoires pharmaceutiques. L'association française affiliée à GAMIAN est France-Dépression, Citons, dans la même mouvance ARGOS 2001, AFTOC, Schizo?..Oui!

2.1.3 Ceux qu'on appelle **les usagers** en Santé Mentale (plutôt que les malades mentaux) vont plutôt se retrouver dans le Réseau Mondial des Usagers et Survivants de la Psychiatrie (le WNUSP) et sa déclinaison européenne (l'ENUSP). Ceux-ci **se reconnaissent** (pas seulement mais aussi) dans le **mouvement des personnes handicapées**. Ils sont fiers de **revendiquer la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) comme une victoire**. C'est pour eux un changement de paradigme fondé sur le respect des droits de l'homme, loin d'un modèle fondé sur le paternalisme notamment **l'article 12 sur la capacité juridique**.

La distinction "usagers" et "survivants" est propre au champ psychiatrique. Le terme de "**survivants**" entend désigner celles des personnes prises en charge par le système psychiatrique qui le contestent radicalement et souhaitent le voir totalement disparaître. On ne peut imaginer pareil point de vue dans aucun autre champ de l'activité sanitaire. Les "usagers" sont ceux qui acceptent voire sollicitent l'appareil psychiatrique et souhaitent faire entendre leur voix en son

sein et dans la société civile et politique afin de faire évoluer les pratiques et les représentations.

A la différence du terme de patient qui relève du discours médical, le concept d'usager est un **concept issu du droit social**. Il a été forgé à l'aune de l'acquisition des droits sociaux. Il apparaît dans la "circulaire Rocard " du 23 février 1989 sur le "renouveau du service public". Ce changement de paradigme auquel nous avons assisté est le résultat non seulement des efforts des gestionnaires des politiques publiques mais aussi du Mouvement International des Personnes Handicapées (DPI pour Disabled Peoples' International), représenté en France par le Groupement Français des Personnes Handicapées (GFPH). Ces travaux ne sont pas seulement un mouvement militant. Ils entendent faire la preuve de leur validité théorique. Ils revendiquent d'être un courant de pensée épistémologiquement cohérent : **les disability studies**. **Le mouvement pour la vie autonome (MVA), ou *Independent Living*** prend ses racines dans les années 1960 aux Etats-Unis, au sein du milieu universitaire. Il est directement apparenté aux luttes des Noirs contre le racisme, à la mouvance féministe, aux marches contestatrices des gays et des lesbiennes. Le concept d'usager(s) en santé mentale est consubstantiel à la critique de l'asile et aux pratiques de désinstitutionalisation

2. 2. Le mouvement Advocacy-France:

Est-il besoin, ici, de décrire Advocacy France inspiré dès son origine par **l'exemplarité de l'ENUSP**, influencé aussi, incontestablement, par **ATD1/4Monde** dans sa double orientation de lutte pour la dignité et de partage de savoirs. D'entrée de jeu, l'association s'est voulu, non pas seulement porteuse d'une intention mais réalisatrice et/ou soutien d'actions concrètes, exemplaires, mettant en œuvre les capacités d'autonomie et de pairémulation des usagers, leur revendication d'acteurs sociaux. L'association était à peine créée qu'affluaient vers elle des demandes de soutien de personnes se sentant

discriminées et bafouées dans leurs droits. La fonction d'Advocacy n'est pas de se substituer à eux pour défendre leurs droits, mais de les soutenir pour se faire entendre. Aujourd'hui le Réseau de Pairadvocacy continue à remplir cette mission.

Fondée fin **1996**, l'association se fait connaître en organisant, en partenariat **avec les CEMEA**, et dans ses locaux **deux séminaires européens**: "Transfert de compétence pour promouvoir l'Advocacy en France" et "Développement de l'accessibilité au recours en santé mentale". Puis, en janvier 2000, à l'AGECA, un séminaire européen "Aide au recours en Santé mentale, états des lieux en matière de respect de la dignité, des droits, de la parole des personnes usagers et/ou patients", En 2003, à la Mairie de Paris, **le 2ème Forum pour une politique citoyenne en santé mentale**: "De la personne accompagnée à l'accompagnement des professionnels" fait travailler ensemble, en ateliers, usagers et professionnels . Il sera suivi, **en 2008, au même endroit du Forum " Choisir sa vie: l'Egalité des chances pour une vie indépendante"** pour faire valoir le savoir de l'expérience, revendiquer la citoyenneté. **En 2009**, dans le cadre d'une **campagne** antidiscriminatoire, nous remettons à **J-F Chossy**, rapporteur de la Loi 2005-102 et à d'autres législateurs des **recommandations** issues des conclusions de la CDPH-ONU. **En 2014**, Advocacy France prend l'initiative de proposer aux autres associations une **Mad-Pride**, un défilé festif, qui de l'Hôpital Sainte-Anne à la Mairie de Paris qui revendique : "Unissons-nous, soyons fous/ Tous citoyens à part entière/ Ecoute, concertation, participation". Malgré le manque de moyen, c'est un succès. La charte pour la dignité en santé mentale devient la référence. **En 2015**, les associations demandent au Président d'Advocacy France d'être le **Président** de l'Association La Mad-Pride. Toutes ces actions médiatiques sont relayées, depuis 1996, par des articles, des livres, le journal "**Le Mégaphone**" (**Le porte-plume des porte-voix**) dont le site **Advocacy.fr** rend compte. Il est possible d'y faire connaître son témoignage. Mais les actions médiatiques ne doivent pas faire oublier l'action de terrain. En

2001, l'Association créée, à Caen, un Espace Convivial Citoyen (ECC) , lieu de rencontre et de prise de responsabilité pour des "usagers" qui y viennent librement, exemple suivi en **2002 à Paris**, en 2005 à Perpignan et à Rouen. C'est que le prototype a servi de **modèle**, à la demande du Ministère, dans l'écriture du **Cahier des charges des Groupes d'Entraide Mutuelle**. Nous défendons aujourd'hui l'idée qu'il faut se garder de mettre les GEM en tutelle et y favoriser l'empowerment des usagers.

En 2004 nous sommes **agréés association représentative** des usagers de la Santé au titre de la loi Kouchner. Aujourd'hui nous sommes membres de la **Conférence Nationale de Santé, du Comité National Consultatif des Personnes Handicapées** et **sollicités par les parlementaires** pour donner notre avis dans les lois qui nous concernent. En tiennent-ils compte ? Si notre utilité sociale est (enfin) reconnue, pourquoi sommes-nous alors tenus dans l'indigence, sans subvention de fonctionnement, nos frais de transport n'étant même pas remboursés?

Promotrice, enfin, **d'une recherche financée par la CNSA et la FIRAH**, l'association propose aux usagers d'être eux-mêmes en position de chercheurs sur le fonctionnement des dispositifs.

3. L'empowerment et la reconnaissance.

3.1 Le concept. L'empowerment est un concept aujourd'hui de plus en plus utilisé en santé mentale . C'est une idée et une pratique dont Advocacy France a toujours fait la promotion. Les **québécois**, qui sont habitués à traduire en français les concepts anglophones traduisent empowerment par "**appropriation du pouvoir**". Cette traduction, qui personnellement me convient bien, peut être **mal comprise par les français de France** qui donnent toujours au pouvoir une dimension politique, une dimension de maîtrise, de maîtrise sur l'autre: " On **A** du pouvoir **SUR** quelqu'un", alors qu'il s'agit d'un concept dynamique qui interpelle au premier chef la notion d'efficience. Le français de

France va le traduire par "appropriation voire "réappropriation" des capacités", ce qui me semble limitatif. D'où l'intérêt de garder le terme anglophone qui préserve sa spécificité. Pourtant, est-ce défaut de jeunesse? Est-ce gage de sa richesse? **Le concept est parfois entendu de manière très variable**, voire contradictoire, c'est pourquoi il est important de chercher à s'y retrouver.

3.2. La signification Qu'entend-t-on par "empowerment?". Le concept d'**empowerment** est au cœur des valeurs qui porte la lutte pour une pleine citoyenneté des personnes en souffrance psychique. Mais que signifie-t-il?

Le verbe to empower apparaît au **XVIIème siècle** pour désigner l'action de **déléguer un pouvoir**. **Le mot empowerment** apparaît au **XIXème** pour **définir** à la fois **un état et une action : celle de donner du pouvoir**. Nous voyons, d'entrée de jeu, **l'ambiguïté** dans la formulation de la définition: Il s'agit aussi bien du geste de quelqu'un conférant un pouvoir à quelqu'un d'autre que de l'acquisition, l'appropriation par ce quelqu'un d'autre de ce pouvoir. Dans les années **1970**, le mot est **repris** aux USA par **le mouvement des femmes battues**. Il caractérise un processus égalitaire, participatif et local, par lequel les femmes développent une "**conscience sociale**" ou une "conscience critique" leur permettant de **développer un "pouvoir intérieur"** et **d'acquérir des capacités d'action**, un **pouvoir d'agir** à la fois **personnel et collectif**, **dans une perspective de changement social**. L'empowerment est ici compris comme une démarche d'auto-prise en charge, de self-help dans le vocabulaire anglo-saxon .

Pourtant , ce concept reflète, dans sa **polysémie actuelle**, les luttes politico-sociales qui sont au cœur d'un changement de paradigme:

a. Dans le **cadre du modèle néolibéral**, qui correspond à une rationalité politique centrée sur l'économie, la notion d'**empowerment** y est **mobilisée** dans un **contexte d'économie de marché**.

b. Pour le **modèle social-libéral**, l'empowerment prend place aux côtés des notions d'égalité, d'opportunités. de capacité de choix.

c. Pour le **modèle radical**, enfin, les enjeux de l'empowerment sont la **reconnaissance des groupes** pour mettre fin à leur stigmatisation, l'autodétermination, la redistribution des ressources et les droits politiques.

Chacun choisira l'interprétation du mot qui lui conviendra le mieux en fonction de ses options (radical, social-libéral, néolibéral) et cherchera à l'instrumentaliser. Le champ de la santé mentale non seulement ne va pas être en extra-territorialité par rapport aux débats entre ces différents modèles. Les logiques des usagers y croisent les intérêts des laboratoires pharmaceutiques. Les politiques publiques ont à cœur la maîtrise des dépenses d'un secteur réputé non-lucratif : réduction des coûts ou redéploiement de moyens ? Les théories psychiatriques recouvrent des différences, des divergences philosophico-politiques.

Il convient donc **d'affirmer sans ambiguïté l'acceptation radicale** qui définit l'empowerment, le fait de reprendre du pouvoir sur sa propre vie, comme **reposant sur les trois piliers : choisir, participer, comprendre**. Sans compromis avec le respect des droits, l'empowerment ne peut être confondu avec le rétablissement ou tout autre dispositif médico-pédagogique. L'empowerment est un mouvement d'émancipation.

3.3. "Choisir, participer, comprendre", n'est-ce pas comme cela que l'on définit la raison ? n'est-ce pas ce qui définit la conscience ? N'est-on pas alors dans une antinomie insurmontable? Ce ne l'est plus si on considère que penser n'est pas raison. La conscience d'être au monde s'acquiert dans une temporalité vécue, quand l'évènement advient.

3.4. Par le passage à la position d'acteur, le sujet de l'empowerment **transforme la relation dissymétrique en relation de réciprocité**. Par la revendication d'appartenance au genre humain, les personnes en souffrance psychique

"prennent position". Cette position, c'est la fierté d'être soi (du point de vue personnel), c'est la reconnaissance (du point du social). L'empowerment, en santé mentale, est à la fois lutte pour la reconnaissance de la différence et lutte pour la reconnaissance de l'appartenance au genre humain.

3.5. La lutte pour la reconnaissance repose d'abord sur la **reconnaissance de la responsabilité**, y compris juridique. Ce que revendique l'empowerment, c'est tout le contraire de la suppression du droit. S'il demande qu'il n'y ait pas de droit spécifique pour les personnes en souffrance psychique, c'est pour que le même droit s'applique à tout le monde. Quand il revendique la reconnaissance de sujet de droit pour tous, il dénonce une discrimination. La mise hors-champ juridique n'est pas prononcée au nom de la situation jugée, elle est prononcée au nom de l'opinion que l'on a sur l'état d'une personne.

3.6. La lutte pour la reconnaissance, c'est ensuite la **reconnaissance de la capacité** : capacité potentielle, d'abord, mais aussi capacité effective, à condition de réunir les conditions de réalisation des capacités, des capabilités. Une personne en souffrance psychique, ce n'est pas une personne incapable, c'est une personne capable qui rencontre des obstacles dans la réalisation de ses projets. Les capabilités, inhérentes aux droits fondamentaux, sont les conditions d'accèsion à leur réalisation.

3.7. Deux sortes de capabilités peuvent être mises en œuvre : **les aménagements raisonnables mis en place par la société et les aménagements réalisés par l'entraide des personnes concernées.**

Dans les premiers, il faut citer la **question du revenu**, l'accès aux services de soin et l'accompagnement à la vie sociale "ordinaire". Ce qui devrait y dominer, c'est le **respect du choix des personnes.**

Les secondes montrent toutes les **capacités d'initiative des personnes** elles-mêmes. **Experts de leurs besoins** dont ils sont non les savants mais les

"sachants", ils peuvent contribuer à des **guides de médicaments** ou soutenir les personnes en **sevrage pharmacologique ou entendeurs de voix**. Les **GEM** favorisent la "**pair-émulation**", le développement du savoir-faire, quand la "**pairadvocacy**" est une entraide au niveau de la **défense des droits**. Les **témoignages de vie** jouent un rôle essentiel dans les "disability studies" en santé mentale. Dans les actions collectives, telles que la **Mad-Pride** ou la **recherche-Action** où l'utilisateur est lui-même un chercheur, **la personne s'approprie son pouvoir d'être, vit son sentiment d'exister** en même temps qu'il assume sa situation en devenant acteur et non plus en subissant la situation. Il la modifie et se sent exister. Ce serait commettre un **contresens** fondamental que de **considérer** que la **reconnaissance** passe par la **négation** de la souffrance psychique, du fait de **folie**, et de la spécificité du type de reconnaissance que cela entraîne.

Conclusion: C'est vrai que la folie existe comme phénomène, comme phénomène invalidant. Avant même le diagnostic médical, c'est parce qu'elle est insupportable, incompréhensible, que la personne se trouve disqualifiée par l'entourage et qualifiée de folle. Mais faut-il lui imputer, et à elle seule, le fait d'être insupportable et incompréhensible? Ne peut-on considérer que ce qui nous est insupportable, c'est son angoisse, parce qu'elle nous renvoie à notre propre angoisse ? Ne peut-on se demander si cette incompréhension n'est pas le fait d'une cécité de notre part, d'une incapacité à recevoir l'autre ? Dans ce contexte la médicalisation, qui entend secourir l'autre, ne risque-t-elle pas de majorer l'exclusion en cherchant l'objet plutôt qu'en prenant en compte le sujet ?

L'enjeu n'est donc pas de reconnaître la personne en souffrance psychique comme folle mais de la reconnaître comme personne. L'enjeu est de récuser la substantialisation de la folie, l'enjeu est de reconnaître que la folie fait partie de la condition humaine. Ce qui est disqualifiant, ce n'est pas de reconnaître la folie mais d'enfermer la personne "folle" dans un statut. C'est de nier le

processus et ne penser que la chronicité. C'est pourquoi nous soutenons qu'"aussi vrai que la folie existe, "le-fou" n'existe pas". **Substantialiser la folie, c'est rendre la personne invisible.**

La reconnaissance sociale n'est pas une donnée d'emblée. Pour que la reconnaissance soit possible, il faut un locuteur et un récepteur. Pour que la reconnaissance soit possible, il faut des reconnaissants prêts à le faire, il faut une disposition d'accueil.

Prendre à témoin la "parole de l'utilisateur", pire encore vouloir la sacraliser pour mieux l'instrumentaliser ne veut strictement rien dire. Les organisations représentatives sont nécessaires au jeu démocratique mais elles n'ont de sens que si elles défendent une cause. **La fonction de représentation ne veut rien dire si elle n'est pas portée par un combat, par une lutte pour la reconnaissance.**

Ce n'est pas parce que Golda Meir et Indira Gandhi étaient des femmes qu'elles ont fait des politiques féministes. Ce n'est pas parce que Barak Obama est noir qu'il est plus progressiste que Bill Clinton. Ceci ne retire rien à la valeur du mouvement féministe ou celui des noirs américains qui ont *pris la parole* pour faire valoir l'égalité des droits sociaux. C'est cette notion de *prise de parole* qui est essentielle. C'est parce qu'elle repose sur *la revendication des **droits*** d'un groupe minoritaire qu'elle est porteuse de valeurs. C'est sur cette revendication à l'accès aux droits reconnus, à priori pour tous, mais jusque là excluant certaines catégories de personnes, que se pose la question de la dignité et du respect, la question d'être fier. Il ne s'agit évidemment pas du droit d'être fou, ni de la fierté d'être fou, ce qui ne voudrait strictement rien dire, mais du **droit et de la fierté d'être reconnu comme une personne à part entière, un homme ET un citoyen.** C'est pourquoi l'empowerment en santé mentale est fondamentalement adossé aux principes des Droits de l'Homme.

La lutte pour la pleine citoyenneté des personnes en souffrance psychique, la lutte pour le respect des droits sociaux, bref la lutte pour la reconnaissance

juridique n'est rien moins qu'une lutte pour la dignité. C'est essentiel pour le sentiment d'exister. Ce changement de perspective, le fait que le changement d'attribution de la responsabilité entraîne le changement réciproque du regard, comme première condition de réappropriation des capacités, a bien été mis en avant par A. Honneth lorsqu'il évoque le lien entre capacité et identité ¹.

Mais ce n'est pas simple d'avoir une voix quand on se trouve face à une structure de domination qui vous récuse et que l'on récuse. La négativité apparente des propos ne doit pas empêcher de voir la positivité du vécu qu'ils expriment. La dimension personnelle ne doit pas être prise pour de la subjectivité mais pour leur valeur d'exemplarité.

La prise de parole par les usagers en santé mentale **est une lutte**, et l'empowerment, dans sa dimension radicale en est le geste de la réappropriation d'exister. Sans compromis avec le respect des droits, l'empowerment ne peut être confondu avec le rétablissement ou tout autre dispositif médico-pédagogique. **L'empowerment est un mouvement d'émancipation.** Par le passage à la position d'acteur, le sujet de l'empowerment transforme la relation dissymétrique en relation de réciprocité. Par la revendication d'appartenance au genre humain, les personnes en souffrance psychique "prennent position". Cette position, c'est la fierté d'être soi (du point de vue personnel), c'est la reconnaissance (du point du social). **L'empowerment, en santé mentale, est à la fois lutte pour la reconnaissance de la différence et lutte pour la reconnaissance de l'appartenance au genre humain.** La prise de parole est essentielle pour les personnes en souffrance psychique. Elle l'est pour tous et c'est pourquoi nous pouvons affirmer que **"le jour où des personnes peu habituées à parler seront entendues par des personnes peu habituées à écouter, de grandes choses pourront arriver"**

¹ Honneth, A. (2002), *op. cit.*, p. 161.