Document généré le 20 avr. 2024 04:20

**Canadian Journal of Bioethics**
**Revue canadienne de bioéthique**

# Repérer et combattre le capacitisme, le sanisme et le suicidisme en santé

Marie-Josée Drolet

Volume 5, numéro 4, 2022

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1094701ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1094701ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Drolet, M.-J. (2022). Repérer et combattre le capacitisme, le sanisme et le suicidisme en santé. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, *5*(4), 89–93. https://doi.org/10.7202/1094701ar

Résumé de l'article

Ce commentaire critique a pour objectif de définir, d'expliquer et d'illustrer trois systèmes de croyances et d'oppression généralement peu connus en santé, mais susceptibles d'influencer négativement les pratiques de professionnels de la santé et de services sociaux ainsi que celles d'organisations publiques ou privées de santé, à savoir : le capacitisme, le sanisme et le suicidisme. Il a aussi pour objectif d'identifier certaines pistes d'action pouvant contribuer à combattre ces systèmes largement répandus au sein des institutions et organisations de nos sociétés occidentales contemporaines.

© Marie-Josée Drolet, 2022

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Canadian Journal of Bioethics
Revue Canadienne de Bioéthique

M-J Drolet. *Can J Bioeth / Rev Can Bioeth.* 2022;5(4):89-93

COMMENTAIRE CRITIQUE / CRITICAL COMMENTARY (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

# Repérer et combattre le capacitisme, le sanisme et le suicidisme en santé

Marie-Josée Drolet[a]

**Résumé**
Ce commentaire critique a pour objectif de définir, d'expliquer et d'illustrer trois systèmes de croyances et d'oppression généralement peu connus en santé, mais susceptibles d'influencer négativement les pratiques de professionnels de la santé et de services sociaux ainsi que celles d'organisations publiques ou privées de santé, à savoir : le capacitisme, le sanisme et le suicidisme. Il a aussi pour objectif d'identifier certaines pistes d'action pouvant contribuer à combattre ces systèmes largement répandus au sein des institutions et organisations de nos sociétés occidentales contemporaines.

**Mots-clés**
capacitisme, sanisme, suicidisme, santé, injustice, handicap

**Abstract**
The purpose of this critical commentary is to define, explain and illustrate three systems of belief and oppression that are generally not well known in the health field, but that are likely to have a negative influence on the practices of health and social service professionals as well as those of public or private health organizations, namely: ableism, sanism and suicidism. It also aims to identify certain courses of action that could help combat these systems, which are widespread in the institutions and organizations of our contemporary Western societies.

**Keywords**
ableism, sanism, suicidism, health, injustice, disability

**Affiliations**
[a] Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Québec, Canada
**Correspondance / Correspondence:** Marie-Josée Drolet, marie-josee.drolet@uqtr.ca

## INTRODUCTION

Ce n'est que récemment que j'ai commencé à prendre conscience du *capacitisme* (discrimination liée aux capacités et aux (in)capacités), du *sanisme* (discrimination liée à une différence de santé mentale) et du *suicidisme* (discrimination liée aux idées suicidaires) au fondement de ma profession, l'ergothérapie, comme c'est aussi le cas pour les autres professions de la santé et des services sociaux et, plus largement, au sein de nos sociétés du Nord globalisé. Avec l'aide d'une co-chercheuse avec laquelle je collabore depuis un moment qui a une expérience du handicap, et de lectures qu'elle m'a recommandées (1,2), j'ai été en mesure de prendre conscience des lunettes capacitiste, saniste et suicidiste au travers desquelles j'ai longtemps perçu les personnes qui sont différentes dans leur corps et leur fonctionnement. Ce commentaire critique vise à rendre compte de ma compréhension de ces notions, de quelques-unes de leurs conséquences sur les personnes concernées et de lister certaines manières de les combattre ou, à tout le moins, d'en minimiser les conséquences. Comme le lecteur sera à même de le constater, les réflexions de ce commentaire critique prennent appui sur un corpus de textes qui émanent des études critiques sur le handicap (1,2).

Contrairement à l'âgisme, au sexisme et au racisme qui sont en général connus des professionnels de la santé et des services sociaux, tel est rarement le cas pour le capacitisme, le sanisme et le suicidisme. Pourtant, ces systèmes de croyances et d'oppression influencent de manière importante et insidieuse les pratiques professionnelles et celles des organisations de santé et de services sociaux, voire plus largement celle des institutions sociales occidentales (1,2). En définissant, expliquant et illustrant chacun de ces systèmes, il est ici souhaité que le professionnel de la santé ou des services sociaux puisse repérer ces systèmes et les combattre, car ceux-ci nuisent de manière importante au respect des droits des clients qui les subissent, et à la qualité des soins et des services qui leur sont prodigués. Cela dit, pour parvenir à repérer ces systèmes de croyances et d'oppression, il importe, dans un premier temps, de cerner les trois principaux paradigmes qui ont traditionnellement permis de comprendre et d'expliquer le handicap au sein des cultures occidentales, soit : le *modèle médical*, le *modèle social* et celui que proposent les *études critiques sur le handicap*.

## TROIS PARADIGMES POUR COMPRENDRE ET EXPLIQUER LE HANDICAP EN OCCIDENT

Comme l'indiquent Dunn et Langdon (3), préalablement à l'influence occidentale, les peuples autochtones étaient réputés pour respecter les personnes ayant une expérience du handicap, car ils estimaient que ces personnes étaient munies de pouvoirs spéciaux, tels que des pouvoirs de guérison ou de voyance. Suivant cette vision des choses, ces personnes n'étaient pas considérées comme des fardeaux par la communauté, bien au contraire. Elles étaient considérées comme des cadeaux ou des bienfaits qui leur étaient prodigués par le Créateur. Ce faisant, il était tout naturel de soutenir collectivement ces personnes, de les estimer, de les valoriser ainsi que de contribuer à leur santé, leur épanouissement et à leur bien-être.

Au sein des cultures occidentales, le handicap était et est encore de nos jours perçu différemment, et ce, sous différents angles théoriques. Trois paradigmes sont généralement distingués dans les écrits (1,2), lesquels se fondent sur des

2022 M-J Drolet. Creative Commons Attribution 4.0 International License
ISSN 2561-4665

présupposés normatifs distincts pour penser le handicap et, plus largement, la normalité. Toujours dominant dans certaines disciplines, le modèle médical du handicap considère le handicap et les personnes dites « handicapées » comme des problèmes (1,2). Ces problèmes sont de nature individuelle, en ceci qu'ils résultent d'un défaut présent chez la personne qui requiert une intervention médicale ou de réadaptation pour être corrigé. La personne estimée handicapée est donc contrainte de s'engager dans cette intervention pour que le défaut, le trouble, l'anomalie, la déficience ou l'incapacité soit corrigé afin de pouvoir participer à la vie collective, d'être un membre actif et contributif de la société. Suivant cette vision du handicap, la personne handicapée est qualifiée de déficiente, car elle est incapable de fonctionner « normalement », c'est-à-dire comme les personnes soi-disant sans défaut, trouble, anomalie, déficience ou incapacité. La réponse sociale qui découle de ce paradigme se fonde sur la pitié et la charité pour mettre en place des pratiques médicales ou de réadaptation visant à normaliser les personnes handicapées, à les dépathologiser.

À la suite des mouvements locaux et internationaux de défense des droits des personnes dites handicapées dans les années 1970, un second paradigme émerge, soit le modèle social du handicap (1,2). Suivant celui-ci, le handicap est la conséquence d'obstacles socialement et politiquement construits qui empêchent ou limitent la pleine participation sociale des personnes dites handicapées. Il résulte, d'une part, des attitudes, des croyances et des valeurs entretenues par la société à l'endroit des personnes ayant un corps et un fonctionnement différent de la majorité et, d'autre part, des manques d'opportunités sociales et de soutien offerts aux personnes dites handicapées. Autrement dit, si le handicap est un problème, c'est parce que la société le considère comme tel et non pas parce qu'il est un problème en lui-même. Il revient donc à la société de mettre en place un ensemble de pratiques pour soutenir la participation, le respect et l'inclusion des personnes estimées handicapées ainsi que de combattre les pratiques qui, au sein de nos sociétés capitalistes, valorisent la vitesse et la performance et ont tendance à exclure et dévaluer les personnes différentes dans leur corps et leur fonctionnement. La réponse sociale qui découle de ce paradigme se fonde sur l'égalité fondamentale des êtres humains et de leurs droits afin de mettre en place des pratiques sociales inclusives.

Enfin, le troisième paradigme est celui mis de l'avant par les études critiques sur le handicap, lequel porte un regard critique sur le modèle social du handicap afin de le bonifier par le savoir expérientiel de personnes ayant une expérience du handicap. Bien que le modèle social du handicap soit généralement perçu de manière positive par les personnes dites handicapées et les groupes de défense des droits des personnes ayant une expérience du handicap, ce paradigme rencontre certaines critiques (1,2). Plusieurs personnes différentes dans leur corps et leur fonctionnement estiment que l'emphase mise sur les causes sociales et politiques du handicap sous-entend que le trouble ou la déficience ne serait pas une cause de handicap, ce qui ne représente pas la réalité de plusieurs personnes dites handicapées. C'est pourquoi les études critiques sur le handicap se fondent sur les narrations des personnes qui ont une expérience incarnée de la déficience et du handicap pour penser le concept de handicap, celui de normalité et les normes relativement persistantes qui en définissent les aspects, de même qu'elles offrent un ensemble varié et riche de réflexions critiques sur ces questions.

Qu'en est-il maintenant du capacitisme, du sanisme et du suicidisme? Les paragraphes suivants proposent des définitions, explications et illustrations de ces concepts. Ces systèmes de croyances et d'oppression découlent de la vision médicale du handicap, suivant laquelle les personnes différentes dans leur corps et leur fonctionnement sont structurellement dévaluées et défavorisées comparativement aux personnes soi-disant sans défaut, trouble, anomalie, déficience ou incapacité.

## CAPACITISME : SYSTÈME DE DISCRIMINATION LIÉ AUX CAPACITÉS ET AUX (IN)CAPACITÉS

Tandis que l'âgisme, le racisme et le sexisme sont des systèmes de croyances et d'oppression reliés respectivement à l'âge, à la « race » et au sexe des individus, le capacitisme est une forme de discrimination basée sur les capacités et (in)capacités des personnes qui se fonde sur des normes restreintes de capacité, lesquelles sont définies par une majorité autodéfinie comme capacitaire (4). Plus précisément, le capacitisme correspond au système de croyances et d'oppression d'après lequel les personnes dont le corps (incluant le cerveau) fonctionne différemment de la majorité sont en raison de cette différence négativement jugées, stéréotypées et injustement discriminées (1-4). Autrement dit, ce système discriminatoire est lié à des injustices pour les personnes qui sont jugées moins capables que d'autres, en raison de leur expérience du handicap (5). C'est que le capacitisme présuppose que les personnes dont le corps fonctionne comme la majorité des êtres humains sont sans incapacités et correspondent à la norme sociale désirable, tandis que les personnes dont le corps fonctionne différemment seraient déficientes, anormales (1-4). Suivant cette vision des choses, les personnes différentes dans leur corps et leur fonctionnalité sont considérées comme inférieures aux personnes soi-disant sans incapacités, en ceci que le fonctionnement majoritaire est associé à des valeurs sociales positives (1).

Le capacitisme traverse nos organisations sociales et sanitaires. Par exemple, le dépistage génétique prénatal des déficiences ainsi que la contraception, l'avortement et la stérilisation forcée des personnes ayant une déficience intellectuelle constituent des exemples d'actions capacitistes. Plus encore, l'un des objectifs du système de santé et de services sociaux est de diminuer les incapacités individuelles, présumant ainsi que le fait de fonctionner comme les personnes soi-disant sans incapacités est une visée sociale souhaitable. En ce sens, les bases mêmes du système de santé et de services sociaux, voire celles des professions de la santé et des services sociaux ne sont pas étrangères au capacitisme, lequel présente d'importantes affinités avec la vision néolibérale qui glorifie l'indépendance individuelle, le rendement occupationnel, la productivité et la performance (6).

Or plusieurs penseurs des études critiques sur le handicap, dont Fougeyrollas (7) fait partie, revendiquent le droit à la différence corporelle et à la neurodiversité, et estiment que les expériences de handicap vécues par les personnes différentes dans leur corps et leur fonctionnalité sont notamment dues à des environnements sociaux et politiques non inclusifs, non adaptés, stigmatisants et non capacitants. Comme mentionné plus haut, rappelons que la dénonciation du capacitisme a son origine dans les mouvements des droits civiques menés par des personnes ayant une expérience du handicap (étant donné leur fonctionnement différent dans des environnements non adaptés) qui revendiquent le respect de leurs droits, l'égalité des chances et la valorisation de leurs forces et de leurs différences (8). Dans cette lignée, la *Convention relative aux droits des personnes handicapées* (9) soutient que l'absence d'accommodements sociaux et politiques pour les personnes différentes dans leur corps et leur fonctionnalité constitue une discrimination injuste fondée sur le handicap. La Convention (9) affirme aussi qu'il importe de reconnaître et d'attribuer une même valeur à toute personne, indépendamment de sa différence, de ses capacités et de son fonctionnement. Ainsi, le fait dans notre système de santé et de services sociaux de valoriser de manière importante l'autonomie fonctionnelle comme indépendance individuelle, sans prendre en considération les causes sociales et politiques des expériences de handicap vécues par les personnes différentes dans leur corps et leur fonctionnalité, constitue une forme de capacitisme.

Il importe comme professionnel de la santé et des services sociaux de repérer et de dénoncer le capacitisme, car ce système de croyances et d'oppression dévalue injustement les personnes différentes dans leur corps et leur fonctionnalité, de même qu'il empêche de combattre les causes sociales et politiques des expériences de handicap. Comme l'affirme Hammell (6), ce n'est pas tant l'incapacité en elle-même qui nuit à la qualité de la vie de maintes personnes différentes, mais bien la façon dont elles sont perçues et entravées socialement, découlant du manque d'efforts collectifs pour créer des environnements au sein desquels elles puissent être valorisées, incluses et fonctionnelles au même titre que toute autre.

## SANISME : SYSTÈME DE DISCRIMINATION LIÉ À UNE DIFFÉRENCE DE SANTÉ MENTALE

Forme de capacitisme, le sanisme est un système de croyances et d'oppression par lequel les personnes ayant un fonctionnement mental ou psychique différent sont injustement stigmatisées et discriminées (10). À l'instar du capacitisme, le sanisme suppose que les personnes soi-disant sans trouble de santé mentale sont normales (parce que majoritaires) et ont un fonctionnement social désirable, tandis que les personnes ayant un fonctionnement mental ou psychique différent de la majorité seraient anormales, déficientes et auraient un fonctionnement social condamnable (1,2,10). Suivant cette vision des choses, les personnes considérées comme n'étant pas saines d'esprit (d'où le mot sanisme) sont jugées négativement et estimées inférieures aux personnes considérées comme saines d'esprit, en ceci que l'absence d'un diagnostic de santé mentale est liée à des valeurs sociales positives, tandis que la présence d'un diagnostic de santé mentale est mal vue, dévaluée, stigmatisée. Dans ce contexte, l'un des buts de la psychiatrie est de catégoriser les personnes différentes par le diagnostic, en circonscrivant le trouble, en tentant de l'éradiquer ou afin d'en minimiser ses manifestations sociales indésirables et la souffrance qui y est associée (11).

Or depuis les réflexions du philosophe Foucault en 1961 (12) et celle du médecin-philosophe Canguilmen en 1966 (13), cette vision binaire et dichotomique de la normalité, d'une part, et du pathologique psychiatrique, d'autre part, est sérieusement mise en doute (1,2). Notamment, selon Canguilmen (13), la différence statistique qui se présente de fait entre les personnes quant à leur santé mentale ne doit pas pour autant mener à une vision saniste des individus, suivant laquelle certaines personnes seraient supérieures aux autres parce qu'elles fonctionnent comme la majorité ou comme la norme sociale l'exige. Cette vision de la psychiatrie amène à adopter une vision critique du diagnostic, lequel est perçu comme un instrument puissant de contrôle social et de pathologisation des personnes (1,2). Cette vision enjoint aussi la société à créer des environnements tolérants aux différences et capacitants pour toute personne, peu importe son fonctionnement mental ou psychique.

Cette posture critique de la psychiatrie s'inscrit, elle aussi, dans les mouvements de revendication des droits civiques menés par les personnes présentant des fonctionnements mentaux ou psychiques différents de la majorité (11). Suivant celle-ci, le sanisme doit être condamné parce qu'il engendre des discriminations iniques et permet l'occurrence quasi quotidienne de microagressions, voire d'agressions (ex. : insultes, propos dénigrants et humiliants) à l'endroit des personnes ayant un fonctionnement mental ou psychique différent (10). Aussi, le fait que des clients soient presque systématiquement exclus des réunions interdisciplinaires, qu'ils ne soient souvent pas crus lorsqu'ils rapportent des difficultés ou que des professionnels s'adressent à leurs proches comme si ceux-ci étaient absents sont des exemples d'actions sanistes qui perpétuent des injustices épistémiques (14). À l'instar du capacitisme, le sanisme est insidieux parce qu'il demeure pour une large part invisible et est alimenté par les nombreux préjugés négatifs à l'endroit des personnes ayant un diagnostic de santé mentale ou un fonctionnement mental ou psychique différent (ex. : ces personnes sont souvent estimées menteuses, violentes) (15). Considérant que la pandémie de la COVID-19 a exacerbé les problèmes de santé mentale au sein de nos sociétés, cette prise de conscience collective a le potentiel d'aider un grand nombre de personnes différentes dans leur fonctionnement mental ou psychique à se sentir soutenues, acceptées dans leur différence.

## SUICIDISME : SYSTÈME DE DISCRIMINATION LIÉ AUX IDÉES SUICIDAIRES

Parmi les personnes ayant un fonctionnement mental ou psychique différent de la majorité se trouvent les personnes ayant des idées suicidaires. Néologisme créé par Baril (16), le suicidisme correspond à un système de croyances et d'oppression suivant lequel les personnes ayant des idées suicidaires sont jugées négativement et pathologisées, de même que confrontées à des injonctions à la vie et à la futurité. Il est nécessairement anormal d'avoir de telles idées. Celles-ci doivent être éliminées,

car elles révèlent un fonctionnement mental ou psychique déficient, pathologique. Le suicidisme, qui domine en santé et services sociaux, manifeste une perception foncièrement négative des personnes suicidaires, de leur discours et de leur vision de la mort, lesquels sont d'emblée jugés irrecevables, irrationnels et infondés (16). En tant que système qui dévalue les perceptions, les actions et les discours des personnes ayant des idées suicidaires, le suicidisme invalide les paroles et les expériences de ces personnes, nuisant paradoxalement et fort probablement comme le note Baril (16) à la prévention du suicide, à l'accueil de leur souffrance et à la crédibilité accordée à leur vécu expérientiel.

À l'exception des situations d'aide médicale à mourir, le fait que des personnes suicidaires ne soient pas en mesure de trouver au sein de nos organisations de santé et de services sociaux un espace sécuritaire pour parler de leurs idées suicidaires avec un professionnel de santé ou de services sociaux, sans être systématiquement confrontées à des injonctions à la vie ou à la futurité, est un exemple de pratiques suicidistes. Pour mieux prévenir le suicide, Baril (16) estime que le suicidisme doit être dénoncé et combattu. De fait, les personnes ayant des idées suicidaires sont confrontées de nos jours à des injustices épistémiques (14), en ceci que leur discours n'est généralement pas écouté ni entendu, étant invalidé, jugé comme déficient, pathologique, comme si ces personnes étaient incapables d'être raisonnables et de réfléchir de manière rationnelle (17).

## COMBATTRE CES SYSTÈMES DE DISCRIMINATION INJUSTES ET INJUSTIFIABLES

Avoir une pratique professionnelle éthique et socialement responsable requiert de combattre les systèmes de croyances et d'oppression que sont le capacitisme, le sanisme et le suicidisme. Le Tableau 1 propose certaines pistes d'action de nature micro, méso et macro environnementales (18) pour y parvenir. Celles-ci émergent des lectures qui ont été effectuées pour écrire ce commentaire critique, de l'expérience comme clinicienne de l'autrice et de discussions réalisées avec des professionnels ayant une expérience incarnée du handicap. Mentionnons que cette liste n'est pas exhaustive.

**Tableau 1: Pistes d'action pouvant guider les professionnels de la santé et des services sociaux pour combattre le capacitisme, le sanisme et le suicidisme**

| | |
|---|---|
| **micro** | Valoriser les forces des personnes, leurs capacités, leurs compétences et leurs différences et miser sur celles-ci, plutôt que sur les difficultés des personnes |
| | Intervenir sur les environnements qui nuisent ou limitent le fonctionnement des personnes |
| | Porter un regard critique sur le vocabulaire utilisé qui est dégradant pour les personnes différentes dans leur corps et leur fonctionnement corporel, mental ou psychique (ex. : anomalie, déficience, trouble) et éviter de l'utiliser, de même que vérifier auprès des personnes différentes la manière dont elles souhaitent être désignées |
| | Valoriser et considérer la parole et le savoir expérientiel des professionnels qui sont différents dans leur corps et leur fonctionnement corporel, mental ou psychique (ex. : professionnels autistes ou aveugles) |
| **méso** | Engager des professionnels qui ont une expérience du handicap |
| | Avoir accès comme professionnels à des formations sur les biais implicites préjudiciables, tels les biais capacitistes, sanistes ou suicidistes |
| | Co-créer avec des clients un comité ayant pour mandat de repérer et de dénoncer les pratiques professionnelles ou organisationnelles capacitistes, sanistes ou suicidistes au sein de son établissement |
| | Former une communauté de pratique ou comité pour combattre le capacitisme, le sanisme ou le suicidisme au sein de sa profession ou de son établissement |
| **macro** | Dénoncer les préjugés capacitistes, sanistes et suicidistes au sein de sa profession via des communications orales (ex. conférences, ateliers, formations) ou écrites (ex. articles, chapitres, livres, sites web) |
| | Porter un regard critique sur le capacitisme, le sanisme ou le suicidisme au fondement de plusieurs modèles conceptuels ou théoriques utilisés en santé et services sociaux |
| | Inclure l'éducation au capacitisme, au sanisme et au suicidisme dans la formation universitaire et continue destinée aux différents professionnels de la santé et des services sociaux |
| | Créer des forums grand public pour susciter une prise de conscience collective des biais capacitistes, sanistes et suicidistes à la base de ces systèmes de croyances et d'oppression |
| | Combattre les causes sociales et politiques des expériences de handicap, en s'impliquant au sein de groupes qui font de l'*advocacy* pour transformer les règlements, les politiques et les lois |
| | S'impliquer dans des mouvements sociaux qui dénoncent le capacitisme, le sanisme ou le suicidisme (ex. *Mad Pride*) |

## CONCLUSION

Ce commentaire critique avait pour objectif de définir, d'expliquer et d'illustrer trois systèmes de croyances et d'oppression généralement peu connus en santé et services sociaux, mais susceptibles d'influencer négativement les pratiques professionnelles et organisationnelles, soit : le capacitisme, le sanisme et le suicidisme. Pour mieux comprendre ces systèmes, trois paradigmes au fondement du concept de handicap ont été brièvement présentés, soit le modèle médical du handicap, le modèle social du handicap et la perspective contemporaine des études critiques du handicap. Ce faisant, nous avons vu que le concept de handicap et celui de normalité émergent de constructions sociales historiquement et culturellement situées qui sont liés à des ontologiques particulières, suivant lesquelles les êtres humains sont hiérarchisés les uns par rapport aux autres suivant des critères non pertinents d'un point de vue éthique (1,2,4,5,10,11,15,16). Compte tenu des nombreuses conséquences négatives que ces systèmes ont sur les personnes qu'ils touchent (ex. : identité dévaluée, micro-agressions,

stigmatisations, discriminations iniques, exclusion sociale), certaines pistes d'action, de nature micro, méso et macro environnementales, pour combattre ces systèmes ont été identifiées. Au final, il est souhaité que les professionnels de la santé et des services sociaux puissent être dans alliés et collaborer avec les personnes qui sont différentes dans leur corps et leur fonctionnement à la mise en place d'une société plus juste, plus égalitaire et plus ouverte à la diversité inhérente au fait d'être un humain.

**Reçu/Received:** 16/02/2022

**Publié/Published:** 9/12/2022

**Remerciements**
L'autrice remercie les ergothérapeutes ayant une expérience de handicap qui l'ont aidée à lever le voile sur ces trois systèmes d'oppression au sein de sa profession. Elle remercie aussi la réviseure externe et les éditeurs de la revue pour leurs pertinents commentaires et suggestions.

**Acknowledgements**
The author thanks the occupational therapists with experience of disability who helped her to uncover these three systems of oppression within her profession. She also thanks the external reviewer and the journal editors for their insightful comments and suggestions.

**Conflits d'intérêts**
Aucun à déclarer

**Conflicts of Interest**
None to declare

**Édition/Editors:** Vanessa Chenel & Aliya Affdal

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors. Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

**Évaluation/Peer-Review:** Elena Pont

Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la *Revue canadienne de bioéthique* assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of *Canadian Journal of Bioethics* take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

## RÉFÉRENCES

1. Tabin J-P, Piecek M, Perrin C, Probst I. Repenser la normalité. Perspectives critiques sur le handicap. Éditions Le bord de l'eau; 2019.
2. Robertson J, Larson G. Disability and Social Change: A Progressive Canadian Approach. Fernwood Publishing; 2016.
3. Dunn P, Langdon T-L. Looking back, rethinking historical perspectives and reflecting upon emerging trends. In Robertson J, Larson G. Disability and Social Change. A Progressive Canadian Approach. Fernwood Publishing; 2016. p. 27-44.
4. Davis LJ. The Disability Studies Reader. Routledge; 2010.
5. Désormeaux-Moreau M, Drolet MJ. Le piège des biais implicites préjudiciables : comment les éviter pour assurer la pertinence de l'évaluation ergothérapique. Dans : Criquillon-Ruiz J, Soum-Pouyalet F, éditeurs. La démarche d'évaluation en ergothérapie et sa méthodologie. sous presse.
6. Hammell KW. Engagement in Living: Critical Perspectives on Occupation, Rights, and Wellbeing. CAOT Publications ACE; 2020.
7. Fougeyrollas P. La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap. Presses de l'Université Laval; 2010.
8. Newnham N, Lebrecht J. Crip Camp: A Disability Revolution; 2020.
9. Nations unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées; 2006.
10. Leblanc S, Kinsella EA. Toward epistemic justice: A critically reflexive examination of 'sanism' and implications for knowledge generation. Studies in Social Justice. 2016;10(1):59-78.
11. LeFrançois BA, Menzies R, Reaume G. Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies. Canadian Scholars' Press; 2013.
12. Foucault M. Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique. Librairie Plon; 1961.
13. Canguilmen G. Le normal et le pathologique. Presses universitaires de France; 1999.
14. Fricker M. Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing. Oxford University Press; 2007.
15. Perlin M. The Hidden Prejudice: Mental Disability on Trial. American Psychology Association; 2013.
16. Baril A. Les personnes suicidaires peuvent-elles parler ? 2018; Criminologie, 51(2), 189-212.
17. Drolet MJ, Brière C, Clavet L, Guay M. Percevoir et combattre le suicidisme pour promouvoir la justice occupationnelle. Actualités ergothérapiques. sous presse.
18. Glaser JW. Three Realms of Ethics: Individual, Institutional, Societal. Theoretical Model and Case Studies. Kansas Cuty, Sheed & Ward; 1994.