# *Mental health justice* : vers un paradigme de la justice sociale en santé mentale

**Édouard Leaune**[1,2]
[1] Hospices Civils de Lyon, Service des Urgences Psychiatriques, Pôle URMARS,
[2] Research on Healthcare Performance, RESHAPE, INSERM U1290, Université Claude Bernard Lyon 1

**RÉSUMÉ**

L'épidémiologie retrouve un gradient socio-économique de santé mentale, démontrant que les populations socialement les plus défavorisées présentent des taux plus élevés de troubles mentaux que les plus favorisées. La stigmatisation constitue également une réalité quotidienne pour de nombreuses personnes atteintes de troubles mentaux et entraîne des retards d'accès aux soins psychiatriques et somatiques qui s'associent à une espérance de vie diminuée. Pour autant, peu d'approches théoriques ou pratiques se sont intéressées à la santé mentale sous l'angle de la justice sociale. Les théories récentes de la justice sociale en santé (health justice) offrent une approche renouvelée de la philosophie de la santé qui vise à répondre aux enjeux de santé liés aux inégalités sociales. Nous proposons dans cet article un tour d'horizon de trois types approches existantes de la justice sociale en santé : un paradigme porté sur la reconnaissance à partir des travaux d'Axel Honneth, un second sur les capabilités humaines de base développées par Amartya Sen et Martha Nussbaum, et enfin le dernier orienté vers la notion rawlsienne d'égalité des chances. Nous faisons l'hypothèse que la théorie de la justice sociale en santé développée par Norman Daniels à partir des théories rawlsiennes peut constituer une approche pertinente et cohérente pour une théorie de la justice sociale en santé mentale (*mental health justice*). En effet, cette approche permet d'envisager une approche de la santé mentale centrée sur la démocratie sanitaire, luttant contre la stigmatisation et les injustices sociales, en permettant notamment une allocation juste des moyens au regard des besoins de santé des personnes atteintes de troubles mentaux.

**MOTS-CLÉS** : justice sociale, inégalités sociales, santé mentale, opportunités, capabilités, reconnaissance.
*DOI : 10.51328/250604*

## Introduction

Les travaux récents s'accordent pour conclure que les inégalités sociales de santé identifiées pour les pathologies physiques sont retrouvées de la même manière pour les pathologies mentales. Tout comme il existe des disparités dramatiques d'espérance de vie en fonction des classes sociales, l'épidémiologie retrouve un gradient socio-économique de santé mentale, montrant que les populations les plus défavorisées présentent des taux plus élevés pour l'ensemble des pathologies mentales. Une étude danoise réalisée auprès de plus de 9000 personnes âgées de 35 à 56 ans a par exemple démontré l'existence d'un gradient social de prévalence de la dépression, plus fréquente chez les populations présentant un plus faible niveau d'éducation, les revenus les plus faibles et chez les personnes sans emploi (Andersen et al., 2009). De même, une équipe de recherche anglaise a démontré l'existence d'une association entre le niveau socioéconomique à la naissance, mesuré selon le niveau socioéconomique du père et le lieu de naissance, et le risque de développer une schizophrénie à l'âge adulte (Harrison et al., 2001). Des facteurs sociaux tels que le niveau socio-économique, le niveau d'éducation ou le revenu du ménage apparaissent ainsi comme de puissants déterminants de la santé mentale des individus. En Suède, une étude portant sur plus de 40 000 personnes a par exemple démontré le rôle majeur de l'emploi précaire, de l'absence d'emploi et des difficultés financières dans la survenue de symptômes

anxieux et dépressifs (Molarius et al., 2009). De même, notre équipe a récemment démontré dans une revue systématique de la littérature portant sur 49 études réalisées dans une trentaine de pays l'augmentation des inégalités sociales de mortalité par suicide au cours des 60 dernières années (Leaune et al., 2025).

Le gradient socioéconomique de santé mentale souligne donc l'existence d'un risque plus élevé de présenter des troubles mentaux chez les populations les plus précarisées de la population. Ainsi, les personnes sans-abris, les personnes en recherche d'emploi ou occupant des emplois à faible revenu, les personnes vivant dans des zones urbaines ou rurales défavorisées ou des personnes migrantes précaires présentent une morbidité psychiatrique largement supérieure au reste de la population. Les inégalités sociales elles-mêmes constituent un facteur influant sur la santé mentale, les taux de suicide ou de schizophrénie étant par exemple plus élevés dans les régions et les pays présentant les plus hauts taux d'inégalités sociales (Machado, Rasella & Dos Santos, 2015). Une revue de la littérature portant sur un total de cent-dix études réalisées dans vingt-six pays différents a par exemple démontré que le taux de schizophrénie était d'autant plus élevé dans un pays donné que le taux d'inégalité sociale y est élevé (Burns, Tomita & Kapadia, 2014). L'épidémiologiste britannique Richard Wilkinson fait l'hypothèse que les inégalités sociales ont un impact négatif sur la cohésion sociale au sein des sociétés (Wilkinson, 2005). Or, le lien social étant reconnu comme un puissant déterminant de la santé mentale, les inégalités sociales pourraient altérer la santé mentale par cet effet de dégradation du lien social et du soutien social. Il apparaît ainsi que les phénomènes de déclassement, de disqualification, d'échec social constituent des facteurs de risque de développer des pathologies psychiatriques. Par ailleurs, la stigmatisation constitue également une réalité quotidienne pour de nombreuses personnes atteintes de troubles mentaux. Fréquemment relayés par les médias, les stéréotypes et préjugés portés à l'égard de cette population entraînent des retards d'accès aux soins psychiatriques et des difficultés d'accès aux soins somatiques qui s'associent à une moindre espérance de vie que la population générale (Clement et al., 2015). Pour autant, peu d'approches théoriques ou pratiques développées en santé mentale se sont profondément intéressées à ces enjeux. Or, les théories récentes de la justice sociale en santé (health justice) offrent une approche renouvelée de la philosophie de la santé qui vise à répondre aux enjeux de santé liés aux inégalités sociales. Nous proposons dans cet article un tour d'horizon de trois approches existantes de la justice sociale en santé, avant de discuter leur pertinence pour la santé mentale : un paradigme porté sur la reconnaissance à partir des travaux d'Axel Honneth, un second sur les capabilités développé à partir des travaux d'Amartya Sen et Martha Nussbaum, et enfin le dernier orienté vers la notion rawlsienne d'égalité des chances. Le choix de se focaliser sur ces 3 approches répond à deux dimensions distinctes. Tout d'abord, dans le champ de la juste sociale, les approches par la reconnaissance, l'égalité des chances et la reconnaissance constituent les approches les plus citées et discutées. Ensuite, à la différence d'autres approches, leur extension respective à la santé ou la santé mentale a été proposée et discutée.

## Le paradigme de la reconnaissance

Le « primat de la reconnaissance » s'est inscrit dans la philosophie contemporaine comme une manière de penser les relations sociales et les enjeux de justice sociale, qu'il s'agisse des questions de genre, d'orientation sexuelle, de statut socio-économique, de hiérarchie au travail ou encore de statut ethnique ou racial. La philosophe américaine Nancy Fraser écrit ainsi que « la 'lutte pour la reconnaissance' est en peu de temps devenu la forme paradigmatique du conflit politique du XXème siècle » (Fraser, 2011). Axel Honneth est celui qui a porté la notion de reconnaissance à sa théorisation la plus aboutie, à partir de la notion d'*Anerkenung* théorisée par Hegel à partir de la dialectique du maitre et de l'esclave (Honneth, 2013). L'intérêt potentiel de cette approche dans le cadre de la santé mentale repose notamment sur le fait que les théories de la reconnaissance ont gagné en importance dans le champ de la psychiatrie au cours des dernières décennies, au travers notamment des travaux du psychiatre Christophe Dejours (2009) et du philosophe Emmanuel Renault (2017).

L'ambition d'Honneth est de proposer un modèle de compréhension du monde social permettant de rendre compte des différentes interactions sociales en désignant les situations permettant ou non de résoudre positivement la lutte pour la reconnaissance (Honneth, 2013). L'originalité de la démarche honnethienne repose sur l'articulation de l'idée hégélienne de la « lutte pour la reconnaissance » avec les travaux de la sociologie, de la psychologie sociale et de la psychanalyse. Honneth s'appuie ainsi sur le concept de « genèse intersubjective de l'individu » de George Herbert Mead et sur les travaux de Donald Winnicott sur la construction du psychisme de l'enfant en interaction avec son environnement familial. Partant de l'idée hégélienne de lutte pour la reconnaissance et de sa « transformation naturaliste » par la psychologie sociale et la psychanalyse, il distingue trois modes de reconnaissance que sont la sollicitude personnelle, la considération cognitive et l'estime sociale et qui renvoient respectivement à un type spécifique de rapport pratique à soi (confiance en soi, respect de soi et estime de soi) et à la possibilité d'une forme particulière de mépris ou « déni de reconnaissance » (sévices et violences, privation de droits et exclusion, et humiliation et offense). Différentes sphères de reconnaissance vont ainsi répondre à ces trois modes d'expression possibles : la sphère privée pour l'amour et la sollicitude (famille, amis), la sphère juridique pour la considération cognitive (droit, institutions) et le travail pour l'estime sociale. Au-delà de la confiance en soi apportée par la reconnaissance reçue dans le cadre des relations affectives, Honneth s'attache également à décrire l'importance de la reconnaissance issue de la relation juridique entre l'individu et un « autrui généralisé » devant s'appuyer sur une reconnaissance mutuelle des droits juridiques. Cette reconnaissance dans le champ juridique apporte ainsi à l'individu le sentiment du respect de soi. Enfin, l'estime de soi apportée par la considération sociale offerte par une société dont les membres partagent des valeurs communes constitue le troisième cadre de reconnaissance. La notion de « mépris », centrale dans la théorie honnethienne de la reconnaissance, constitue autant d'échecs potentiels dans la lutte individuelle et collective pour la reconnaissance. Les sévices corporels et psychologiques subis dans la sphère affective,

le non-accès aux droits dans la sphère juridique ou le dénigrement de la valeur sociale d'un individu vont constituer des atteintes fondamentales au sentiment de reconnaissance de soi, en altérant respectivement la confiance en soi, le respect de soi ou l'estime de soi. Les théories de la reconnaissances ont ainsi été récemment utilisées dans luttes pour les droits des minorités (femmes, LGBTQIA+, personnes racisées). Ces groupes réclament non seulement des droits égaux (reconnaissance juridique) mais aussi la reconnaissance de leur identité, leur culture et et leur dignité (reconnaissance sociale).

Des nombreuses critiques ont été formulées à l'encontre des théories de la reconnaissance. Une première critique porte notamment sur le risque d'essentialisation porté par les politiques de la reconnaissance. Nancy Fraser écrit en effet que l'effet de la reconnaissance est « d'imposer une identité de groupe unique, considérablement simplifiée » en niant « la complexité des existences », la « multiplication des identifications » et « la dynamique croisée de leurs différentes affiliations » (Fraser, 2011). Pour Fraser, les théories de la reconnaissance constituent même un vecteur de déni de reconnaissance en dissimulant la politique d'identification qui se concrétise par des phénomènes complexes d'identifications, marqués par des « luttes à l'intérieur du groupe pour l'autorité et le pouvoir de le représenter ». De plus, cette vision réifiée et figée serait contraire à l'approche hégélienne dialogique de l'identité en faisant de l'identité culturelle une « description auto-engendrée, que l'on présente aux autres comme une prescription » sans réelle possibilité de remise en cause ou de discussion par des personnes extérieures au groupe de cette identité construite par les seuls membres du groupe. Dans un essai intitulé Peau rouge, masques blancs (Coulthard, 2021), en référence au célèbre Peau noire, masques blancs de Frantz Fanon, le philosophe canadien Glen Sean Coulthard apporte une critique des théories de la reconnaissance au travers des revendications des populations autochtones natives du Canada. Coulthard dénonce notamment le caractère essentialiste des politiques de la reconnaissance qui fonctionnent selon lui « non pas comme des libérateurs culturels, mais comme des camisoles de force culturelles » en s'appuyant sur l'exemple de la Nation Dénée, population autochtone du Nord-Ouest du Canada dont il est lui-même originaire.

Ensuite, une seconde critique repose sur la tendance à insuffisamment prendre en compte, voire à invisibiliser, les enjeux de justice sociale liés aux inégalités distributives. L'idée que la lutte contre le déni de reconnaissance suffirait à corriger la distribution inique des biens sociaux revient à considérer que seules les hiérarchies identitaires expliqueraient les inégalités. De plus, clamer l'importance du respect des différences tend à s'associer à un silence problématique sur les questions de racisme ou de précarité sociale. Comme l'écrit par exemple la philosophe française Magali Bessone, penser l'adversité vécue par les groupes ethniques minoritaires ou racialisés sous l'angle de la justice sociale devrait « reposer sur un discours de justification formulé en termes de discriminations à combattre plutôt qu'en termes de cultures à respecter » (Bessone, 2013). En ce sens, pour Fraser, « se voir dénier la reconnaissance [...] ce n'est pas simplement être victime des attitudes, des croyances, et des représentations méprisantes, dépréciatives ou hostiles des autres ; c'est être empêché de participer en tant que pair à la vie sociale » (Fraser, 2011). Les difficultés d'accès à l'éducation, l'emploi ou au logement qu'entraînent les discriminations vécues sont autant de freins à la participation sociale, autant de réalités institutionnalisées qui s'associent aux inégalités distributives.

Une dernière critique repose sur le risque de maintien des relations de pouvoir engendrées par les politiques de la reconnaissance. On pourrait résumer la thèse de Coulthard par cette phrase dans laquelle il écrit que « Fanon perçoit la reconnaissance non pas comme une source de liberté et de dignité pour le colonisé, mais bien comme le lieu où les relations coloniales se produisent et se maintiennent » (Coulthard, 2021). Pour Coulthard, « la logique selon laquelle « la reconnaissance » est conçue comme quelque chose qui est « accordé » ou « offert » à un groupe ou une entité subalterne par un groupe ou une entité dominante [...] est vouée à l'échec », car elle ne peut parvenir justement à modifier ou transcender les relations de pouvoir ou de domination qui sont en jeu. Les sujets soumis à la reconnaissance se trouvent en effet toujours interpellés par les mécanismes de reconnaissance construits par les groupes dominants. Fanon écrit en ce sens que « le maître se moque de la conscience de l'esclave. Il ne réclame pas la reconnaissance de ce dernier, mais son travail » (Fanon, 2015), soulignant combien le paradigme de la reconnaissance semble peu à même de transformer les relations de pouvoir et de domination.

Ainsi, les politiques de reconnaissance ne semblent pas suffisamment à même de transformer les approches de la santé mentale en prenant en compte de manière adéquate l'ensemble des enjeux de justice sociale. Ce constat fait écho aux travaux de Nancy Fraser (2011) qui s'attache à dépasser le débat entre théories de la justice distributive et théories de la reconnaissance pour proposer une théorie de la justice sociale qui puisse répondre adéquatement aux enjeux sociaux actuels. Ainsi, il semble important de discuter l'intérêt d'autres approches de la justice sociale en santé, portées notamment sur les approches distributives. Nous allons évoquer dans le chapitre suivant les approches distributives de la justice sociale en santé, développées notamment par Sridhar Venkatapuram à partir de la théorie des capabilités ou par Norman Daniels en s'appuyant sur les théories rawlsiennes de la justice.

### La santé comme méta-capabilité

Dans l'ouvrage *Health Justice* le philosophe britannique Sridhar Venkatapuram propose une approche des enjeux de justice sociale en santé à partir de la théorie des capabilités décrites par Amartya Sen et Martha Nussbaum (Venkatapuram, 2013). Venkatapuram souscrit en partie à la théorie holistique de la santé proposée par Lennart Nordenfelt qui vise à proposer une définition de la santé comme capacité d'un sujet à « réaliser ses buts vitaux » (Nordenfelt, 1995). Les buts vitaux (vital goals) décrits par Nordenfelt s'inscrivent dans une visée welfariste[1] de la santé, orientée vers les notions de bien-être et de bonheur. En effet, il les entend comme les buts dont l'accomplissement est à la fois nécessaire et suffisant pour

[1] Le welfarisme est une théorie éthique et économique qui considère que le bien-être (ou le bonheur) des individus est la mesure principale de la valeur morale ou sociale. En philosophie morale, le welfarisme soutient que le bien-être des individus est ce qui importe moralement, souvent lié au plaisir, à la satisfaction des préférences ou à l'absence de souffrance.

le bonheur minimal et durable d'un individu. Le bonheur est ici entendu sous sa forme subjective, relevant plus du ressenti et d'une norme de bien-être définie par l'individu lui-même. Nordenfelt définit ainsi la santé comme « la capacité qu'a une personne, dans des circonstances acceptées, de réaliser ses buts vitaux, c'est-à-dire ceux nécessaires et suffisants pour vivre un bien-être minimal et durable » (Nordenfelt, 1995). Un individu sain est alors décrit comme un individu se trouvant dans un état physique et mental tel qu'il a la capacité, dans des circonstances standards, de réaliser le genre de choses qui sont nécessaires et suffisantes à son bonheur minimal et durable. Selon Venkatapuram, le rapprochement conceptuel entre la capacité de la théorie holistique et la capabilité semble pertinent.

Pour Venkatapuram, le concept de *buts vitaux* demeure relativement peu explicité puisque Nordenfelt n'en donne ni une définition très précise, ni ne fournit de liste des potentiels buts vitaux à viser pour un individu donné. Cet « ensemble vide » (*empty set*) de buts vitaux n'indique pas non plus en quoi certains objectifs de vie seraient vitaux tandis que d'autres ne le seraient pas, ni quels seraient les critères qui permettraient de considérer un but comme vital ou non. De plus, la notion de circonstances standards évoqué par Nordenfelt induit selon lui un risque de relativisme important concernant la manière de définir la santé et d'évaluer la santé des individus. L'existence des inégalités de santé pourrait en effet se trouver ainsi légitimée puisqu'il ne serait pas question de modifier les circonstances standards d'un contexte donné si elles s'avéraient délétères pour la santé physique ou mentale de certains individus. Pour Venkatapuram, une théorie de la santé doit en effet prendre en compte les conditions culturelles et sociales d'existence des individus, sans être pour autant totalement conditionnée par celles-ci. Afin de dépasser les limites de la théorie holistique, Venkatapuram propose de la coupler avec l'approche par les capabilités développée par Nussbaum (Nussbaum, 2012). Il considère notamment que la notion de « capabilités humaines de base » décrite par Nussbaum peut parfaitement s'intégrer à la théorie de la santé de Nordenfelt. Cette dernière a notamment proposé une liste des dix capabilités de base qu'elle envisage comme ce qui constitue le minimum pour une vie digne d'être vécue, dont les deux premières occurrences sont la santé et l'intégrité du corps. L'approche par les capabilités inscrit ainsi au cœur de sa théorie les questions de santé ce qui rend d'autant plus aisé de coupler l'approche holistique et l'approche par les capabilités de Nussbaum puisque les capabilités humaines de base pourraient constituer une liste pertinente de buts vitaux.

Venkatapuram propose alors le concept de « capabilité d'être en bonne santé » (*capability to be healthy*) qu'il définit comme « la capacité d'un individu à accomplir ou exercer un certain nombre de capabilités et fonctionnements de base, chacun à un niveau qui constitue une vie valable en termes de dignité humaine (*a life worthy of equal human dignity*) dans le monde moderne » (Venkatapuram, 2013). Il décrit la capabilité d'être en bonne santé comme un droit humain fondamental, au sens d'une vie pleinement humaine comme vie possédant un niveau suffisant d'opportunités et d'activités pour accomplir des conceptions différentes et raisonnables d'une vie bonne. La capabilité d'être en bonne santé est considérée comme une « méta-capabilité » (*meta-capability*) d'accomplir les dix capabilités humaines de bases et ainsi d'assurer une vie digne d'être vécue en remplissant les buts vitaux de l'individu. Venkatapuram entend dès lors cette définition de la santé comme base à une approche en termes de justice sociale distributive, puisqu'il s'agit d'informer et d'assurer la distribution équitable des biens sociaux pour permettre d'assurer une répartition équitable de la capabilité d'être en bonne santé.

L'objectif de maintenir une répartition équitable de la méta-capabilité d'être en bonne santé nous enjoint à préserver les capabilités humaines de base et donc à favoriser des interactions sociales épanouissantes. De même, la capabilité d'être en bonne santé comprend selon Venkatapuram à la fois la santé physique et la santé mentale puisque les capabilités de base s'intéressent à la raison, aux émotions, à l'imagination ou aux interactions sociales, autant de processus qui sont en interaction directe avec l'état de santé mentale d'un individu, sans être pour autant agrégée derrière la notion trop large de bien-être. Cependant, de nombreuses critiques ont été émises par des spécialistes de la philosophie de la santé et de la justice sociale (Nordenfelt, 2013 ; Selgelid, 2016 ; Tengland, 2016). Nordenfelt, en premier lieu, a défendu l'importance de maintenir l'universalité des buts vitaux en évitant de proposer une liste précise. Selon lui, les buts vitaux doivent s'évaluer en effet à une échelle individuelle et permettre de conserver un degré de relativisme minimal dans la définition de la santé. Nordenfelt souligne également que les buts vitaux et les capabilités humaines de base répondent à deux objectif distincts et non superposables : définir la santé d'un côté, définir une vie digne et juste de l'autre. Une seconde critique repose sur le fait d'inclure l'environnement social dans la définition de la santé et de la capabilité d'être en bonne santé. En effet, cela entraîne la possibilité de considérer le fait de vivre dans de mauvaises conditions sociales comme un état de mauvaise santé, ce qui s'avère évidemment n'être en rien synonyme. Pour plusieurs auteurs, il est par ailleurs problématique de proposer une définition de la santé comme capabilité et, davantage encore, en tant « méta-capabilité » qui serait une condition de base pour les autres capabilités. Un risque serait notamment de considérer que les autres capabilités ne pourraient pas être atteintes par une personne en mauvaise santé, ce alors que la maladie n'empêche pas forcément de jouir de ses sens ou d'accéder à la raison pratique. Ensuite, le caractère non contraignant de sa théorie de la santé comme méta-capabilité constitue une limite importante du modèle qu'il propose. En effet, la discussion que mène Venkatapuram sur la pertinence de considérer ou non la santé comme un droit fondamental n'indique nullement comment sa théorie doit s'appliquer concrètement dans l'organisation des systèmes de santé ou dans la relation de soin. Si Venkatapuram énonce clairement sa volonté que sa théorie puisse informer les politiques de santé, force est de constater que son approche a comme limite principale de ne pouvoir apporter des réponses concrètes aux décideurs ou aux professionnels de santé. De plus, plusieurs auteurs ont souligné le risque inhérent à la définition de la santé comme méta-capabilité de rendre la frontière entre le normal et le pathologique plus floue que ne l'envisage initialement Venkatapuram. Plusieurs auteurs ont effet souligné la difficulté à identifier si l'objet

principal de la justice sociale repose chez Venkatapuram sur la bonne santé ou sur la capabilité d'être en bonne santé, voire sur « la capabilité d'avoir la capabilité d'être en bonne santé » puisque la santé est considérée comme un méta-capabilité qui englobe et subsume les autres capabilités de base (Selgelid, 2016). Per-Anders Tengland souligne notamment qu'en matière de justice sociale en santé on ne peut se contenter de viser à offrir aux plus démunis la *possibilité* d'être en bonne santé, mais bien le *fait* d'être en bonne santé (Tengland, 2016). Distinguer ainsi ce qui relève de la lutte contre les effets délétères des déterminants sociaux de santé et de l'amélioration effective de la santé des populations est primordial car une politique de santé ne saurait se satisfaire de ses résultats si elle n'entraîne aucun impact réel sur l'état de santé des populations. Ainsi, le fait de mettre la capabilité d'être en bonne santé au cœur de la justice sociale en santé s'avère discutable et plus limité que la mise en avant des besoins de santé concrets des populations comme le fait Norman Daniels.

### La santé comme préservation des opportunités

Afin de déterminer les principes justes d'organisation d'une société, le philosophe John Rawls propose une expérience de pensée basée sur le voile d'ignorance. L'idée est d'imaginer que des individus doivent choisir les règles de la société dans laquelle ils vivront, sans connaître leur place ou leur situation personnelle dans cette société (leur niveau de richesse, leur statut social, leur genre, leur origine, leurs talents, etc.). Le philosophe américain Norman Daniels rappelle que la position originelle imaginée par John Rawls envisage que les principes d'une société juste soient établis par des agents contractuels « raisonnables et égaux » dans leur possibilité de participer à l'établissement des principes de base de cette société (Daniels, 2008). Sous le concept du voile d'ignorance, les personnes participant à la délibération n'ont pas connaissance de leur future position au sein de la société et des attributs socioéconomiques qui seront les leurs, ce qui exclue la maladie et le handicap de la situation originelle. Dès lors, envisager la place de la santé dans la théorie rawlsienne nécessite de discuter l'opérabilité pratique des principes de justice, afin de déterminer si les questions de santé peuvent être prises en compte dans la théorie rawlsienne de la justice. Daniels postule tout d'abord que la santé est d'une importance morale particulière en l'abordant sous l'angle de « l'équitable égalité des chances » (*fair equality of opportunities*). En effet pour Daniels, dès lors que l'importance morale de la santé est démontrée, l'abord des besoins et enjeux de santé apparaît importante au regard des théories de la justice et constitue un point majeur pour la justice sociale, et réciproquement. La réponse aux besoins de santé (*meeting health needs*) est notamment centrale dans la pensée de Daniels car elle constitue une manière de préserver les opportunités auxquelles les individus peuvent prétendre. C'est à partir de ce postulat que Daniels mène le raisonnement suivant:

1) puisque répondre aux besoins de santé promeut la santé (ou le fonctionnement normal) et puisque la santé aide à préserver les opportunités, alors répondre aux besoins de santé préserve les opportunités ;

2) puisque la théorie de la justice comme équité de Rawls requiert de protéger les opportunités, comme le font d'autres approches importantes de la justice distributive, alors plusieurs approches récentes de la justice donne une importance morale particulière au fait de répondre aux besoins de santé.

Ainsi, Daniels défend l'idée que la santé est d'une importance morale particulière puisque la bonne santé, qui constitue le niveau de fonctionnement normal d'un individu, permet de maintenir sa gamme d'opportunités. Daniels définit les besoins de santé comme « ce dont nous avons besoin pour maintenir, restaurer ou fournir des équivalents fonctionnels (si possible) au fonctionnement normal de l'espèce (en référence à l'âge et au sexe) » (Daniels 2009). Il cherche à démontrer qu'il existe une obligation à protéger les besoins de santé car ils maintiennent les opportunités de chacun. Pour ce faire, il définit la notion de « gamme normale d'opportunités » (*normal opportunity range*) en tant « qu'ensemble des plans de vie que des personnes raisonnables sont susceptibles de développer pour elles-mêmes ». La gamme normale d'opportunités, et la manière dont elle est distribuée au sein de la population, dépend fortement du contexte social et culturel. Le principe d'égalité équitable des chances implique que, si nous voulons que les individus jouissent d'un juste partage de la gamme normale d'opportunités, alors nous chercherons à corriger les désavantages sociaux qui ont entravé le développement des talents et des aptitudes.

La théorie de Norman Daniels propose donc un abord de la justice sociale en santé reposant sur le concept central de *besoins de santé* des populations. Cette notion de besoin de santé constitue un paradigme théorique et pratique pertinent pour envisager des actions de lutte contre les inégalités sociales de santé à différentes échelles, internationales, nationales et locales. L'identification des besoins de santé d'une population donnée, dépendant à la fois de ses caractéristiques socioéconomiques et culturelles, de son histoire sociale et politique, des conditions géographiques ou environnementales du territoire dans lequel elle vit, inscrit en effet au cœur de l'approche par la justice sociale la nécessité de proposer différents niveaux d'actions qui seront adaptés en fonction de ces différents facteurs.

Le concept de *responsabilité publique* décrit par Daniels à partir de l'idée rawlsienne de raison publique (Rawls, 2009) se rapproche de la notion empirique de responsabilité sociale en santé qui se définit comme une « approche complexe et globale qui implique une analyse des besoins et déterminants de santé des patients et des populations, une stratégie cohérente pour y répondre et la mesure des impacts résultant des actions menées » (Cauli et al., 2021). Développée depuis les années 1990, la responsabilité sociale en santé vise une transformation globale de la formation en santé et des systèmes de santé à partir d'une « mobilisation effective des différents partenaires dans la variété des domaines associés à la santé [...], vise des actions transformatives susceptibles d'engager l'ensemble des professionnels de santé » (Cauli et al., 2021). Elle comprend des actions de formation, des actions dans la communauté qui engage les professionnels dans une démarche orientée vers les besoins de santé des populations et la compréhension des inégalités sociales de santé. En inscrivant l'importance morale particulière de la santé en termes de justice sociale, l'approche de Daniels intègre la réponse aux besoins de santé comme un impératif auxquels les pouvoirs publics, mais également les ser-

vices et les professionnels de santé, ne peuvent se soustraire. Le caractère délibératif du processus décisionnel et la transparence attendue concernant les décisions dans le champ sanitaire soulignent en effet la responsabilité sociale de l'ensemble des intervenants concernés. Cet aspect pratique d'action de lutte pour la justice sociale en santé et contre les inégalités sociales de santé doit en effet pouvoir être rendu effectif par un cadre normatif pour la puissance publique, mais aussi pour les professionnels de santé. Au-delà des politiques publiques d'action contre les inégalités sociales, le rôle quotidien de celles et ceux qui font le soin dans la lutte contre les inégalités sociales de santé est ainsi primordial. Ainsi, l'extension des théories rawlsienne de la justice à la santé qu'opère Daniels, lui permet de soutenir que « la justice sociale en général est bonne pour la santé de la population et pour sa distribution équitable » (Daniels, 2009).

### Quelle approche de la justice sociale en santé mentale ?

Nous avons souligné en introduction l'existence d'inégalités sociales de santé mentale, en partie superposables aux inégalités sociales de santé connues pour les maladies physiques. La question de la stigmatisation à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux et celle du manque de moyens alloués aux dispositifs de soin psychiatrique ou de prévention de la santé mentale constituent par ailleurs des dimensions particulières de la justice sociale en santé mentale. Envisager la santé mentale sous l'angle de la justice sociale implique donc de prendre en compte l'ensemble des enjeux de justice sociale en termes de reconnaissance et de redistribution. De plus, l'appui sur les notions d'inégalités sociales de santé et de déterminants sociaux de la santé s'avère également nécessaire. Par ailleurs, le cadre théorique doit avoir une efficience opérationnelle en termes de modifications effectives du système de santé et d'impact sur les compétences attendues des professionnels de la santé. En effet, la question de la justice sociale en santé mentale implique, au-delà des dimensions théoriques, des enjeux pratiques et cliniques majeurs. Les enjeux de justice sociale en santé mentale doivent être pris en compte à l'échelle de la relation de soin et de l'organisation du système de santé. Les enjeux de justice peuvent en effet différer entre la volonté de préserver l'autonomie, les droits et les libertés d'un patient d'un côté et le souhait de prendre en compte les dimensions de santé publique et d'équité d'accès aux soins de l'autre. Enfin, une théorie de la justice sociale en santé mentale doit reposer sur la délibération, la participation sociale et la responsabilité sociale au sein du système de santé et des pratiques professionnelles.

A première vue, les théories de la reconnaissance ou des capabilités apparaissent plus à même de proposer une théorie cohérente et pertinente de la justice sociale en santé mentale. En effet, la théorie honnethienne s'appuie sur des travaux issus de la psychologie du développement et de la psychanalyse et a récemment fait l'objet de travaux sur le défaut de reconnaissance comme cause de troubles psychiques au travail, la reconnaissance des personnes atteintes de troubles mentaux ou les liens entre troubles psychiques et précarité. Christophe Dejours a par exemple développé, à partir des années 1990, une critique du monde du travail reposant sur le constat d'une souffrance croissante au travail, causée selon lui par l'expansion du néolibéralisme (Dejours, 2009). Sa théorie, qu'il décrit comme une « psychodynamique de la reconnaissance », en référence à la lecture psychanalytique des souffrances au travail s'articule avec la théorie de la reconnaissance. Dejours définit ainsi trois types principaux de souffrance au travail que sont la crainte de l'incompétence, la contrainte à mal travailler et l'absence de reconnaissance du travail fourni. Un exemple de cette transposition de la théorie philosophique dans le champ de la psychopathologie est donné par les travaux du philosophe Emmanuel Renault sur l'expérience de l'injustice sociale. A partir d'une critique portée sur l'incapacité de la théorie honnethienne à rendre compte des situations, finalement les plus fréquentes, dans lesquelles l'expérience du mépris et du déni de reconnaissance ne mène pas à une lutte individuelle pour la reconnaissance, Renault propose un paradigme renouvelé de la reconnaissance décrivant l'ensemble des situations et réponses au déni de reconnaissance. Renault cherche en effet à rendre compte des impacts de l'injustice sociale, qu'elle concerne l'exclusion sociale ou la précarité économique, sur le fonctionnement psychique des individus soumis à cette expérience sociale en « intégrant la souffrance sociale dans la définition de la justice sociale » et en rapportant l'injustice aux attentes normatives des individus en matière de justice sociale. De plus, les phénomènes de stigmatisation en santé mentale pourraient répondre à une approche par la reconnaissance. Le philosophe britannique Mohammed Abouelleil Rashed a ainsi récemment proposé une approche de la santé mentale par la théorie de la reconnaissance en s'appuyant sur les mouvements d'usagers de la psychiatrie, tels que le « mouvement des entendeurs de voix » ou la « Mad Pride » qui militent en faveur de la participation sociale des personnes atteintes de troubles mentaux et de la lutte contre la stigmatisation (Rashed, 2019). Rashed soutient en effet que ces mouvements s'inscrivent dans la catégorie de la reconnaissance décrite par Axel Honneth en permettant aux individus concernés de revendiquer une identité de groupe en tant que « fous » (mad). Cependant, l'auteur retient le rejet de la médicalisation des troubles mentaux et de la notion de maladie mentale, dans une approche résolument antipsychiatrique et relativiste, comme possibilité d'émergence d'une identité positive partagée à partir de laquelle les personnes peuvent entrer dans une forme spécifique de lutte pour la reconnaissance. Pour autant, les limites précédemment évoquées des théories de la reconnaissance la rendent peu à même de répondre à l'ensemble des enjeux de justice propres à la santé mentale, notamment par le risque d'essentialisation, de maintien des relations de pouvoir et d'invisibilisation des enjeux de redistribution. Les enjeux de redistribution, a minima en termes d'allocation de ressources aux dispositifs de psychiatrie et de santé mentale, constituent en effet une dimension indispensable qui doivent être prise en compte dans une théorie de la justice sociale en santé mentale.

Ensuite, l'approche par les capabilités proposées par Venkatapuram, en incluant les capabilités humaines de base telles que les émotions, la raison pratique, l'imagination ou la pensée ouvre également le champ d'une extension de cette théorie à la santé mentale. La méta-capabilité évoquée par Venkatapuram pourrait en

effet comprendre autant la santé physique que mentale, étant entendu par l'auteur lui-même que la santé se définit au sens donné par l'OMS, non pas comme l'absence de maladie mais comme un état de complet bien-être. Cependant, les nombreuses critiques faites à cette approche limitent également sa capacité à proposer une théorie pertinente pour la justice sociale en santé mentale. Les travaux sur le rétablissement en santé mentale menés depuis plusieurs décennies ont par exemple démontré que le fait d'être atteint d'une maladie mentale n'altère pas nécessairement la capacité à ressentir des émotions adaptées, à utiliser sa raison pratique ou son imagination. Comme la santé physique, la santé mentale ne constitue pas une condition sine qua none à l'expression d'autres capabilités humaines de base. De plus, les critiques de plusieurs philosophes soulignent l'imprécision de la théorie de la santé comme méta-capabilité à offrir un cadre normatif précis sur les réponses à apporter pour satisfaire les besoins de santé des populations et limiter l'impact des déterminants sociaux de la santé (Nordenfelt, 2013; Selgelid, 2016; Tengland, 2016). Le rôle que peut jouer la notion de capabilité dans la pratique quotidienne des professionnels de la santé mentale ou l'organisation du système de santé mentale s'avère, en l'état actuel de l'approche proposée par Venkatapuram, insuffisamment précis. En effet, cette approche ne permet pas de donner un cadre cohérent quant à la manière de répondre aux besoins spécifiques de l'organisation des soins psychiatriques. Ainsi, envisager la justice sociale en santé mentale sous l'angle des capabilités et définir la santé mentale comme un aspect de la méta-capabilité ne permet pas de décrire précisément la manière d'implémenter des pratiques socialement responsables, participatives et délibératives dans l'organisation du système de santé mentale ou dans les pratiques professionnelles en psychiatrie.

Nous faisons alors l'hypothèse que la théorie de Norman Daniels, même si elle n'aborde pas directement la santé mentale, semble pouvoir répondre au mieux aux enjeux de justice sociale en santé mentale. En effet, l'approche de Daniels met au cœur de son approche les déterminants sociaux de santé, offre un cadre normatif à la pratique professionnelle et à l'organisation du système de soin et inscrit la démarche délibérative et participative comme méthode de développement des cadres pratiques d'actions des professionnels de santé ainsi que des décideurs politiques. Les dimensions individuelles et collectives de la justice sociale en santé mentale, propres à la relation de soin et aux problématiques de santé publique, peuvent ainsi être prises en compte. Par ailleurs, il a récemment été fait l'hypothèse que l'approche de Norman Daniels pourrait s'articuler avec la définition donnée par Jérôme Wakefield du trouble mental comme « dysfonction préjudiciable » (Wakefield, 1992). Une des critiques principales faite à Wakefield porte sur le manque de précision qu'il apporte sur la notion de préjudice (Cooper, 2021). Certains auteurs s'interrogent notamment sur qui peut, ou doit, évaluer la nature de ce préjudice. S'agit-il en effet d'un préjudice subjectif, ressenti par la personne porteuse d'une dysfonction ? Dans ce cas, faut-il considérer comme une maladie une dysfonction qui n'est pas ressentie comme préjudiciable par un patient ? Doit-on plutôt considérer le fait que cette dysfonction est habituellement considérée comme préjudiciable par les personnes en étant porteuses ? Au contraire, s'agit-il d'un préjudice ressenti par la société plutôt que par la personne concernée ? Dans ce cas de figure, si ce patient ne se considère pas préjudicié mais que ses proches, ou la société, observent un préjudice dû à sa dysfonction, alors il peut être considéré comme malade. Pour Wakefield, la question du préjudice doit avant tout être évaluée selon des valeurs sociales qui dépendent de standards socioculturels. A ce titre, il peut être proposé la notion de « dysfonction préjudiciable en termes d'opportunité » comme définition du trouble mental. Il s'agit alors de considérer la gamme normale d'opportunités comme étalon socialement évaluable permettant de distinguer le préjudice associé à une dysfonction. Ce préjudice peut être évalué à l'échelle individuelle (ressenti pour un patient donné), générale (atteinte de la gamme normale d'opportunités habituelle pour une dysfonction donnée) mais aussi à l'échelle de la société (l'absence de ressenti subjectif d'atteinte de sa gamme normale d'opportunités par une personne donnée peut être pondérée par le ressenti de la société concernant son préjudice réel). Ainsi, il ne s'agit pas que la société considère qu'une personne constitue un problème ou un danger en son sein, mais bien que la gamme normale d'opportunités de cette personne soit diminuée par la dysfonction qu'elle présente. Le jugement qui peut être porté par d'autres membres de la société sur une personne ne repose pas sur des questions de dangerosité ou de troubles à l'ordre public, mais bien sur le préjudice en termes de justice sociale pour l'individu. Cette approche offre ainsi un cadre de lutte contre la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux en remettant au centre les opportunités sociales des personnes concernées. Dans le même temps, une personne ne présentant qu'une altération de sa gamme normale d'opportunités ne sera pas considérée comme malade mentalement si elle ne présente aucune dysfonction, ce qui permet de faire la distinction entre la maladie et un certain nombre de conditions sociales altérant les opportunités (pauvreté, statut minoritaire…). Ensuite, le concept de la dysfonction préjudiciable en termes d'opportunités fixe également un modèle pour un processus de démocratie sanitaire, puisque l'approche rawlsienne de Daniels informe les processus délibératifs qui doivent être mis en place dans le cadre de la justice sociale en santé. Ainsi, le jugement concernant ce qui constitue un préjudice au regard d'une altération de la gamme normale d'opportunités pourra être évalué socialement selon un processus délibératif établi. Daniels insiste notamment sur l'importance d'appuyer les décisions de santé sur les données de la science biomédicale, ce qui s'avère tout à fait compatible avec un processus délibératif plus global incluant d'autres membres de la société que les médecins et les chercheurs. La responsabilité pour le caractère raisonnable des décisions politiques en matière de santé définie par Daniels soutient en effet le caractère public des décisions de santé et l'implication des personnes concernées au cœur des délibérations ayant trait à la santé. Cette approche originale propose ainsi de repenser la définition même du trouble mental à partir de la notion d'opportunités, et non pas uniquement de situer la souffrance psychique dans un contexte global de facteurs de risques sociaux (précarité, exclusion, discriminations…) ou de potentielles conséquences des troubles mentaux en termes d'opportunités (accès à l'emploi, au

logement, à des ressources socio-économiques).

## Conclusion

Les inégalités sociales de santé mentale constituent un enjeu majeur qui nécessite de repenser les cadres théoriques et pratiques d'action et de prévention en psychiatrie et santé mentale. Pour autant, il est rare que les approches développées dans le champ clinique ou scientifique permettent de réellement prendre en compte cette dimension essentielle qui s'inscrit autant dans l'épidémiologie des troubles mentaux que dans le quotidien des personnes qui en sont atteintes. Le développement de différentes théories de la justice par la philosophie contemporaine ouvre cependant la voie de leur extension à la santé, et à la santé mentale. Nous avons décrit dans cet article trois approches récentes de la justice en santé en vue de discuter leur pertinence pour la santé mentale. Nous faisons l'hypothèse que la théorie de la justice sociale en santé développée par Norman Daniels à partir des théories rawlsiennes peut constituer une approche pertinente et cohérente pour une théorie de la justice sociale en santé (*mental health justice*). En effet, la théorie de Daniels met au cœur de son approche les déterminants sociaux de santé, offre un cadre normatif à la pratique professionnelle et à l'organisation du système de soin et inscrit la démarche délibérative et participative comme méthode de développement des cadres pratiques d'actions des professionnels de santé ainsi que des décideurs politiques. Elle permet d'envisager une approche de la santé mentale centrée sur une démocratie sanitaire, luttant contre la stigmatisation et les injustices sociales, en permettant notamment une allocation juste des moyens au regard des besoins de santé des personnes atteintes de troubles mentaux.

## Références


Andersen I., Thielen K., Nygaard E. Diderichsen F. (2009). Social inequality in the prevalence of depressive disorders. Journal of Epidemiology and Community Health, 63(7), 575–581.

Bessone M. (2013). Réaliser la justice raciale : multiculturalisme ou théorie critique des races ? In : Guerard de Latour S. (dir.), Le multiculturalisme a-t-il un avenir ? Hermann.

Burns J.K., Tomita A. Kapadia A.S. (2014). Income inequality and schizophrenia: increased schizophrenia incidence in countries with high levels of income inequality. The International Journal of Social Psychiatry, 60(2), 185–196.

Cauli M., Pestiaux D., Denef J.-F. Millette B. (2021). De l'implication individuelle aux enjeux de développement durable. Pédagogie Médicale, 22, 33–42.

Clement S., Schauman O., Graham T., Maggioni F., Evans-Lacko S., Bezborodovs N., Morgan C., Rüsch N., Brown J.S. Thornicroft G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychological Medicine, 45(1), 11–27.

Cooper R. (2021). On harm. In : Faucher L. Forest D. (dir.), Defining mental disorder: Jerome Wakefield and his critics. MIT Press.

Coulthard G.S. (2021). Peau rouge, masques blancs. Contre la politique coloniale de la reconnaissance. Lux éditeur.

Daniels N. (2008). Just health: meeting health needs fairly. Cambridge University Press.

Dejours C. (2009). Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale. Éditions du Seuil.

Fanon F. (2015). Peau noire, masques blancs. Éditions Points.

Fraser N. (2011). Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution. La Découverte.

Harrison G., Gunnell D., Glazebrook C., Page K. Kwiecinski R. (2001). Association between schizophrenia and social inequality at birth: case-control study. The British Journal of Psychiatry, 179, 346–350.

Honneth A. (2013). La lutte pour la reconnaissance. Gallimard.

Machado D.B., Rasella D. Dos Santos D.N. (2015). Impact of income inequality and other social determinants on suicide rate in Brazil. PLoS One, 10(4), e0124934.

Molarius A., Berglund K., Eriksson C., Eriksson H.G., Lindén-Boström M., Nordström E., Persson C., Sahlqvist L., Starrin B. Ydreborg B. (2009). Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors: a population-based study in Sweden. BMC Public Health, 9, 302.

Nordenfelt L. (1995). On the nature of health: an action-theoretic approach. Springer Netherlands.

Nordenfelt L. (2013). Standard circumstances and vital goals: comments on Venkatapuram critiques. Bioethics, 27(5), 280–284.

Nussbaum M. (2012). Capabilités : comment créer les conditions d'un monde plus juste ? Climats.

Rashed M.A. (2019). Madness and the demand for recognition: a philosophical inquiry into identity and mental health activism. Oxford University Press.

Rawls J. (2009). Théorie de la justice (nouv. éd.). Points.

Renault E. (2017). L'expérience de l'injustice. Essai sur la théorie de la reconnaissance (édition revue et augmentée). La Découverte.

Selgelid M.J. (2016). Capabilities and incapabilities of the capabilities approach to health justice. Bioethics, 30(1), 25–33.

Tengland P.-A. (2016). Venkatapuram's capability theory of health: a critical discussion. Bioethics, 30(1), 8–18.

Venkatapuram S. (2013). Health justice: an argument from the capabilities approach. Wiley.

Wakefield J. (1992). The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. The American Psychologist, 47(3), 373–388.

Wilkinson R.G. (2005). Unhealthy societies: the afflictions of inequality (reprint). Routledge.