



# **PHARES**

Vol. XVI

Hiver 2016

Revue philosophique étudiante

*Nous remercions nos partenaires :*

- La Faculté de philosophie de l'Université Laval
- La Confédération des associations d'étudiantes et d'étudiants de l'Université Laval (CADEUL)
- L'Association des étudiantes et des étudiants de Laval inscrits aux études supérieures (AELIÉS)
- L'Association des chercheurs étudiants en philosophie de l'Université Laval (ACEP)
- L'Association générale des étudiantes et étudiants prégradués en philosophie de l'Université Laval (AGEEPP)

Revue *Phares*  
Bureau 514  
Pavillon Félix-Antoine-Savard  
Université Laval, Québec  
G1K 7P4

[revue.phares@fp.ulaval.ca](mailto:revue.phares@fp.ulaval.ca)  
[www.revuephares.com](http://www.revuephares.com)

ISSN 1496-8533



## **PHARES**

### **DIRECTION ET RÉDACTION**

Daphnée Savoie  
Jean-François Perrier  
Simon Pelletier

### **ÉLABORATION DU DOSSIER «Philosophie de la médecine»**

Daphnée Savoie  
Élodie Giroux  
Jean-François Perrier  
Pierre-Olivier Méthot  
Simon Pelletier

### **INFOGRAPHE ET ÉDIMESTRE**

Pierre Moreau

### **COMITÉ DE RÉDACTION**

Andrée-Anne Bergeron  
David Prévost-Gagnon  
Delphine Gingras  
Félix Aubé Beaudoin  
Jean-Christophe Anderson  
Jeffrey Elawani  
Jérôme Brousseau  
Kate Blais  
Mathieu Gagnon  
Mathilde Bois  
Olivier St-Pierre Provencher  
Philippe Bettez Quessy  
Pier-Alexandre Tardif  
Sébastien Lacroix  
Simon Jomphe

Comme son nom l'indique, la revue *Phares* essaie de porter quelques lumières sur l'obscur et redoutable océan philosophique. Sans prétendre offrir des réponses aptes à guider ou à éclaircir la navigation en philosophie, cette revue vise, en soulevant des questions et des problèmes, à signaler certaines voies fécondes à l'exploration et à mettre en garde contre les récifs susceptibles de conduire à un naufrage. En outre, le pluriel de *Phares* montre que cette revue entend évoluer dans un cadre aussi varié et contrasté que possible. D'une part, le contenu de la revue est formé d'approches et d'éclaircissements multiples : chaque numéro comporte d'abord un ou plusieurs DOSSIERS, dans lesquels une question philosophique est abordée sous différents angles ; puis, une section COMMENTAIRES, qui regroupe des textes d'analyse, des comptes rendus, des essais, etc. ; et, enfin, une section RÉPLIQUES, par laquelle il est possible de répondre à un texte précédemment publié ou d'en approfondir la problématique. D'autre part, la revue *Phares* se veut un espace d'échanges, de débats et de discussions ouvert à tous les étudiants intéressés par la philosophie. Pour participer aux prochains numéros, voir la politique éditoriale publiée à la fin du présent numéro.

Nous vous invitons à consulter notre site Internet ([www.revuephares.com](http://www.revuephares.com)), où vous aurez accès à tous les articles parus dans *Phares*.

# Table des matières

## **Dossier :** Philosophie de la médecine

- 1 Introduction : Les concepts de santé et de maladie en histoire et en philosophie de la médecine  
PIERRE-OLIVIER MÉTHOT
- 2 Définir la santé et la maladie : le naturalisme de Boorse et l'analyse conceptuelle  
OLIVIER PROVENCHER
- 3 Le concept de fonction dans la théorie biostatistique de Christopher Boorse  
DAVID PRÉVOST-GAGNON
- 4 Sexes et reproduction : Boorse face à la critique féministe  
SOPHIE SAVARD-LAROCHE
- 5 Régler le vide définitionnel du DSM : la tentative de Wakefield  
CHARLES OUELLET
- 6 Le normal et le pathologique : étude comparative de l'approche de Boorse et de Canguilhem à propos de la définition de la maladie et de la santé  
KEBA COLOMA CAMARA
- 7 L'approche phénoménologique en médecine  
JEAN-FRANÇOIS PERRIER
- 8 Note de fin  
ÉLODIE GIROUX

## **Commentaires**

- 9 Définition et explication dans *Two Dogmas of Empiricism* : une relecture de la critique de la notion d'analyticité  
PIER-ALEXANDRE TARDIF
- 10 Hegel, la propriété et le libéralisme  
EMMANUEL CHAPUT
- 11 Amenuisement du temps : l'événement au temps de la crise  
MAXIME PLANTE
- 12 Addiction et procrastination  
GABRIEL MONETTE



***Dossier :***

*Philosophie de la médecine*





## Introduction :

# Les concepts de santé et de maladie en histoire et en philosophie de la médecine

PIERRE-OLIVIER MÉTHOT, *Professeur à l'Université Laval, membre du Centre interuniversitaire de recherche sur la science et la technologie (CIRST)*

### 1. Introduction

La philosophie et l'art médical ont noué à maintes reprises dans l'histoire des rapports complexes<sup>1</sup>, donnant lieu à un foisonnement de questions portant sur la nature des objets de la médecine (la santé et la maladie) de même que sur son statut épistémologique. La médecine est-elle un art ou une science ? Les maladies existent-elles, ou n'y a-t-il que des individus malades ? La santé est-elle plus que l'absence de maladie ? Quelles sont alors ses limites et comment la distinguer du bonheur ? Ce qu'on désigne communément depuis le milieu des années 1970 par « philosophie de la médecine » constitue l'un des plus récents aboutissements de ce dialogue vieux de plusieurs siècles<sup>2</sup>.

Longtemps indissociable de la bioéthique et de l'éthique médicale, la philosophie de la médecine contemporaine s'est progressivement émancipée de ces domaines pour se consacrer principalement (mais non exclusivement) à l'étude des dimensions épistémologique et méthodologique des sciences médicales et biomédicales. Contrairement à la « philosophie de la biologie » qui connut rapidement un succès international<sup>3</sup>, la philosophie de la médecine dans son acception anglo-américaine a traversé plusieurs débats internes avant de s'imposer comme sous-discipline autonome au sein de la philosophie analytique des sciences. Cette situation s'explique, en partie, en raison des origines diverses de la philosophie de la médecine (européennes, nord-américaines), qui se sont traduites par l'absence d'une unité de style et de problématique

(contrairement à la philosophie de la biologie), et par le fait que le statut épistémologique de la médecine place celle-ci du côté des « arts » et non des « sciences »<sup>4</sup>. Du côté de la philosophie dite continentale des sciences, en revanche, l'œuvre historico-épistémologique de Georges Canguilhem (1904-1995), celle du psychiatre et philosophe Karl Jaspers (1883-1969) et celle du bactériologiste Ludwik Fleck (1896-1961) avaient déjà fortement contribué à la réflexion épistémologique sur les concepts de santé et de maladie dans les sciences biologiques et médicales durant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Même s'il n'eut qu'une influence indirecte sur les débats contemporains, *L'Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* demeure encore aujourd'hui l'un des textes classiques en philosophie de la médecine<sup>5</sup>.

On distingue habituellement deux grandes orientations au sein des réflexions portant sur les concepts de santé et de maladie<sup>6</sup>. La première s'intéresse à la nature de ces phénomènes et cherche à les représenter au moyen de différents modèles (ex. : entité séparée, équilibre). On se demande alors à quoi les concepts de santé et de maladie renvoient dans le monde. La maladie n'est-elle qu'un concept (nominalisme) ou bien fait-elle référence à un objet concret (réalisme) ? Est-ce une « entité » séparée ou un « processus temporel » immanent à l'individu ? Ces questions ont principalement intéressé les historiens de la médecine<sup>7</sup>. L'autre grande orientation prend pour objet le statut épistémique de ces concepts : le terme « maladie », par exemple, renvoie-t-il d'abord à un état indésirable chez un individu ou peut-on en donner une description objective ? Est-il possible de définir les concepts de santé et de maladie de manière scientifique sans faire référence à des valeurs sociales et culturelles ou ces derniers sont-ils intrinsèquement normatifs ? Cette controverse que nous présenterons plus loin a largement dominé le débat anglo-saxon en philosophie de la médecine depuis près d'un demi-siècle. Bien loin d'épuiser le champ d'investigation de la philosophie de la médecine<sup>8</sup>, ce débat l'a toutefois structuré en profondeur et continue encore aujourd'hui d'alimenter la discussion<sup>9</sup>.

## *2. Les conceptions ontologiques et physiologiques de la santé et de la maladie*

Les historiens ont fréquemment souligné le fait que la médecine occidentale a oscillé à plusieurs reprises entre deux grandes conceptions de la santé et de la maladie, à savoir la conception «ontologique» et la conception «physiologique». Chacune d'elles était susceptible d'être corroborée par l'expérience empirique en fonction du type de maladie prévalent lors d'une période historique donnée: tandis que les maladies infectieuses et parasitaires soutenaient naturellement la conception ontologique, les troubles endocriniens et autres types de dérèglements organiques plaidaient en faveur d'un concept dynamique ou fonctionnel de la maladie<sup>10</sup>.

Tirant ses origines de la médecine primitive ou archaïque, la conception ontologique conçoit la maladie comme un être extérieur (tels un esprit, un poison, un parasite ou un germe) qui pénètre le corps de l'individu provoquant un état pathologique auquel cet être s'identifie. La maladie, comprise comme une entité concrète et séparée, existe ici au sens fort du terme. Selon la formule du médecin et historien britannique Sir Henry Cohen (1900-1977): «Lorsqu'un homme sain A tombe malade, il devient A *plus* B, où B est "une maladie"<sup>11</sup>». Dans cette perspective, recouvrer la santé consiste alors à expulser, voire à éliminer cette entité étrangère, soit par des moyens magiques ou scientifiques. «Rejeter des vers c'est récupérer la santé». Suivant cette conception, «la maladie entre et sort de l'homme comme par la porte», pour reprendre les mots de Canguilhem<sup>12</sup>.

Durant la «Révolution scientifique» du XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècle, la médecine classificatrice permit l'émergence d'une autre dimension de la conception ontologique. Plutôt que de réifier la maladie en l'identifiant à un être extérieur (*ens morbi*), elle en fit un type naturel, c'est-à-dire une catégorie nosologique appartenant à un système médical dont l'objectif était de classer les maladies en genres et en espèces sur le modèle des naturalistes<sup>13</sup>. Le médecin anglais Thomas Sydenham (1624-1689) fut ainsi l'un des premiers à défendre l'idée selon laquelle les maladies constituent des «entités spécifiques»,

uniformes dans le temps et dans l'espace, et devant être rangées selon un ordre taxinomique précis<sup>14</sup>.

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, la naissance de la médecine clinique et hospitalière, caractérisée par la distinction opératoire entre « signes » et « symptômes », est également venue soutenir le projet de délimiter et de classer les maladies comprises au sens d'entités discrètes et séparées<sup>15</sup>. Fortement critiquée au siècle suivant par le médecin François Broussais (1772-1838), pour qui « ces entités sont fausses<sup>16</sup> », la conception ontologique a également été contrainte de rivaliser à cette époque avec la physiologie, alors en émergence, et qui affirmait que les maladies ne renvoyaient pas à des entités naturelles. L'essor de la microbiologie médicale vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle aura toutefois contribué au retour de la conception ontologique, en fondant la notion « d'entité spécifique » sur les microorganismes dont on découvre alors l'existence grâce aux travaux de Louis Pasteur (1822-1895) et de Robert Koch (1843-1910)<sup>17</sup>.

Selon la conception dynamique ou physiologique, d'origine hippocratique, la maladie n'est pas un être doté d'une existence indépendante et localisable à l'intérieur du corps (ou dans un schéma classificatoire), mais reflète plutôt un déséquilibre général de l'organisme (humoral, physiologique, etc.) qui afflige le malade pris dans sa totalité et sa singularité. À strictement parler, il n'y a alors pas de maladie, mais seulement des malades, la maladie étant perçue comme l'expression individuelle d'une déviation vis-à-vis d'une norme plus générale, et non comme l'actualisation d'un type pathologique<sup>18</sup>. Comme l'épidémiologiste Alfredo Morabia l'a indiqué, cette approche considérait que chaque cas de maladie était « potentiellement distinct dans ses causes et son traitement<sup>19</sup> ». À l'opposée d'une conception localisatrice du mal, cette vision « totalisante » de la maladie signifiait que la maladie « est en tout l'homme » et qu'elle « est toute entière de lui »<sup>20</sup>.

Dans un texte attribué à Hippocrate (460-370, av. J.-C.), ce dernier soulignait que la maladie résulte d'une perturbation des rapports harmonieux entre les différentes humeurs constituant le corps humain : « il y a santé parfaite quand ces humeurs [sang, flegme, bile jaune, bile noire] sont dans une juste proportion entre elles [...]

Il y a maladie quand l'une de ces humeurs, en trop petite ou trop grande quantité, s'isole dans le corps au lieu de rester mêlée à toutes les autres<sup>21</sup>». L'action thérapeutique envisagée par la perspective dynamique allait donc être différente de celle prise par l'approche ontologique, car c'est en purgeant l'organisme des humeurs excédentaires que le médecin pouvait espérer rétablir l'équilibre entre celles-ci et le corps, notamment au moyen d'émétiques, de saignées ou encore de régimes particuliers.

Soutenue durant l'Antiquité par Galien (129-216) puis par de nombreux auteurs médicaux arabes du Moyen Âge, la théorie hippocratique des quatre humeurs a historiquement favorisé une conception de la maladie faisant de celle-ci un processus temporel individualisé et non une entité distincte séparée<sup>22</sup>. Or, à la Renaissance, alors que la médecine classificatrice faisait triompher la vision ontologique de la maladie dans sa dimension logique, les travaux d'alchimie et d'embryologie de Paracelse (1493-1541), Van Helmont (1579-1644) et William Harvey (1578-1657), eux, réactivaient progressivement le concept de maladie au sens d'entité séparée parasitant ou envahissant le corps du malade<sup>23</sup>. Vers le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, la polémique entre Broussais et la médecine clinique de même que l'essor de la physiologie représentée par les travaux de Claude Bernard (1813-1878), de Karl Wunderlich (1815-1877) et de Rudolph Virchow (1821-1902) contribuèrent quant à elles au «grand retour» de la conception physiologique en France comme en Allemagne<sup>24</sup>.

Les concepts de «milieu intérieur» et plus tard «d'homéostasie» ont en effet favorisé un recentrage de la maladie sur l'individualité du patient et son milieu. Ceux qui optèrent pour un concept physiologique de la maladie à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle entendaient souligner que les maladies découlent des lois physiologiques, comme tout phénomène biologique, et non de lois pathologiques spéciales. Ainsi, le concept physiologique permettait-il de clarifier la confusion au sein des concepts ontologiques : «les maladies ne sont pas des choses, ni des types pathologiques immuables»; elles sont au contraire «la résultante des constitutions individuelles, des lois de la physiologie et des particularités de l'environnement<sup>25</sup>».

Néanmoins, en proposant une nouvelle conceptualisation de la notion de «maladie spécifique» reliant d'un point de vue causal un état pathologique donné à la présence d'un microorganisme (ex. : la tuberculose n'est causée que par le bacille de Koch), la microbiologie médicale vint à son tour récupérer la dimension ontologique de la maladie<sup>26</sup> qui s'essouffait alors, faisant en sorte que le XX<sup>e</sup> siècle hérita lui aussi des deux grandes conceptions de la santé et de la maladie<sup>27</sup>. Si ces deux approches que nous avons présentées de manière schématique, après tant d'autres, ont effectivement existé, nous pensons qu'elles étaient sans doute moins tranchées que ce que les historiens des sciences médicales et biologiques ont habituellement rapporté à leur propos. Même les bactériologistes de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, séduits par la possibilité d'associer un germe pathogène à une maladie spécifique, durent en effet composer avec le problème du «terrain», qui individualise la maladie, ainsi qu'avec le fait que le pathogène n'est pas lui-même la maladie – l'état pathologique résultant de l'interférence de ce dernier avec les fonctions normales de l'organisme dans un contexte écologique donné<sup>28</sup>.

Les historiens des sciences et de la médecine sont demeurés étonnamment silencieux quant aux origines de cette distinction<sup>29</sup> et à son rôle structurant dans le développement de l'historiographie médicale au siècle dernier. Dans un essai retraçant l'évolution de ces deux modèles de la santé et de la maladie, l'historien de la médecine d'origine russe Owsei Temkin (1902-2002) précisait d'emblée que le sujet qu'il avait choisi de traiter ne relevait pas de l'histoire de la médecine et, par conséquent, qu'il «n'allait pas s'intéresser à l'émergence de ces deux idées» [c.-à-d. à la conception ontologique et physiologique]<sup>30</sup>. De même, Tristram Engelhardt annonçait ouvertement son intention d'introduire «les concepts physiologiques et ontologiques de la maladie d'un point de vue essentiellement *typologique* et non *historique*<sup>31</sup>». Rarement critiquée et souvent employée de manière rétrospective<sup>32</sup>, cette «soi-disant éternelle dichotomie<sup>33</sup>» a acquis, selon l'historien américain Charles E. Rosenberg, «une existence autonome<sup>34</sup>» et continue d'informer la recherche. Elle est autrement dit devenue une catégorie transhistorique, dont l'histoire devra pourtant un jour être restituée<sup>35</sup>.

### *3. Pourquoi définir les concepts de santé et la maladie ?*

Le débat entre les partisans d'une approche « naturaliste » et ceux d'une approche « normativiste »<sup>36</sup> en philosophie de la médecine doit être distingué de celui opposant la conception ontologique à la conception physiologique, même si certains auteurs les recourent parfois<sup>37</sup>. Dans la philosophie de la médecine anglo-saxonne, le premier concerne principalement la place des valeurs et des normes dans les concepts de santé et de maladie : est-il possible de définir ces concepts sans faire référence à des normes ou des valeurs sociales ? Avant d'aborder cette question, précisons d'abord les enjeux sous-jacents. Autrement dit, pourquoi chercher à définir les concepts de santé et de maladie ? Parmi les raisons avancées pour justifier une définition de la maladie en termes objectifs et scientifiques (ou naturalistes), Maël Lemoine rappelle que plusieurs auteurs ont évoqué le souci d'éviter « que n'importe quoi soit appelé une maladie »<sup>38</sup>. L'identification de limites précises quant à ce qui constitue un état de santé ou un état pathologique, croit-on, pourrait ainsi contribuer à prévenir la médicalisation de la vie humaine<sup>39</sup>. De fait, on a souvent reproché à la médecine de « pathologiser » des problèmes de vie et d'exercer un contrôle (un « biopouvoir ») toujours plus grand sur la vie des individus, souvent à leur insu. Contre cette tendance, les mouvements antipsychiatriques des années 1960 ont remis en question les prétentions à l'objectivité du concept de maladie mentale, lui-même parfois qualifié de « mythe »<sup>40</sup>. Le système de classification des troubles mentaux états-unis (*Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* ou *DSM*) fut quant à lui sujet à de vives controverses depuis ses débuts dans les années 1970 et fut fortement critiqué pour ses aspects idéologiques<sup>41</sup>.

Malgré ces problèmes relayés par le courant sceptique en philosophie de la médecine<sup>42</sup>, certains aspects du fonctionnement de nos systèmes de santé occidentaux semblent inévitablement reposer sur une conceptualisation adéquate de la santé et de la maladie. La prise en charge thérapeutique du patient et les remboursements effectués par les compagnies d'assurances, par exemple, n'ont-ils pas besoin de s'appuyer sur une définition claire des concepts<sup>43</sup> ? Développer une théorie de la justice en matière de santé, à l'instar

du philosophe Norman Daniels<sup>44</sup> aux États-Unis, ne nécessite-t-il pas au préalable de définir les termes «santé» et «maladie» le plus clairement possible afin d'établir les droits de tout un chacun? Or une telle démarcation «naturelle» entre le normal et le pathologique semble présupposer ce qui est à démontrer, à savoir que le concept de maladie (et celui de santé) peut être défini de manière objective, c'est-à-dire sans référence à des normes et des valeurs présentes dans une société et une culture donnée<sup>45</sup>.

Dans son *Essai*, Canguilhem prenait congé de la perspective ontologique et de la perspective physiologique qui, toutes deux, suggèrent une conception entièrement *quantitative* de la maladie – que celle-ci soit conçue comme l'intrusion d'une entité ou comme l'augmentation ou la diminution d'un paramètre physiologique provoquant un déséquilibre organique (ex.: l'élévation ou la diminution du taux de sucre dans le sang). Soucieux de redonner voix à l'individu malade qui voit ses normes vitales rétrécies, Canguilhem proposa le concept de «normativité biologique» afin de repenser les rapports entre le normal et le pathologique<sup>46</sup>. Il définira ainsi la santé comme «le luxe de pouvoir tomber malade et de s'en relever» et la maladie comme une diminution de ce pouvoir normatif permettant de surmonter des «crises organiques pour instaurer un nouvel ordre physiologique<sup>47</sup>». Sans forcer un rapprochement entre Canguilhem et la philosophie de la médecine contemporaine<sup>48</sup>, ce dernier a longuement insisté sur la nécessité de clarifier les concepts de santé, de maladie, de norme, de moyenne, de normal et de pathologique en médecine. En effet, selon le philosophe-médecin, «sans les concepts de normal et de pathologique la pensée et l'activité du médecin sont incompréhensibles». Or, dira-t-il, «il s'en faut pourtant de beaucoup que ces concepts soient aussi clairs au jugement médical qu'ils lui sont indispensables. Pathologique est-il un concept identique à celui d'anormal? Est-il le contraire ou le contradictoire du normal? Et normal est-il identique à sain? Et l'anomalie est-elle même chose que l'anormalité?<sup>49</sup>».

L'historien et philosophe des sciences biologiques et médicales Mirko D. Grmek (1924-2000) a quant à lui fait remarquer que «très souvent, les définitions de la maladie restent prisonnières du cercle



vicieux qui consiste à affirmer qu'elle est le contraire de la santé<sup>50</sup>». La notion de santé semble en effet incompatible avec celle de maladie, car être malade, n'est-ce pas avoir perdu la santé? Or, souligne-t-il, définir la santé n'est pas chose plus aisée<sup>51</sup>! Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) proposait la définition suivante: «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité<sup>52</sup>». Prenant le contrepied de l'approche dominante depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle selon laquelle la maladie est «un phénomène naturel dont on peut reconnaître les caractéristiques empiriques par une étude "objective" de l'organisme humain», l'OMS soutenait que la santé va au-delà de l'absence de maladie et, par conséquent, qu'elle échappe aux critères strictement biologiques<sup>53</sup>. Souvent critiquée pour son extension du domaine de la santé au bonheur de l'existence humaine<sup>54</sup>, la définition «positive» de l'OMS, quoiqu'elle échoue sans doute à satisfaire les standards de l'épistémologie médicale, eu le mérite de promouvoir la réflexion sur la nature de la santé et de montrer que la conceptualisation «sert pour susciter l'action<sup>55</sup>».

Alors que les réflexions de Canguilhem sur la santé et la maladie et sur le normal et le pathologique ont précédé la définition de l'OMS de quelques années, le travail des philosophes de la médecine s'est quant à lui structuré en réponse à cette définition dans un climat où la médecine, notamment la psychiatrie, a dû faire face à de nombreuses critiques. C'est entre autres pour circonscrire le domaine d'action légitime de la médecine que le philosophe américain Christopher Boorse, professeur à l'Université du Delaware, a proposé au milieu des années 1970 un concept «théorique» de santé. En plus de clarifier les débats autour des états souvent controversés (ex.: le vitiligo, l'obésité morbide, l'alcoolisme, etc.) la théorie de Boorse visait en effet à (dé)limiter l'extension du domaine de la médecine afin d'éviter «la subversion de la médecine par la rhétorique politique ou une excentricité normative<sup>56</sup>». Réactualisant l'idée selon laquelle «le normal est le naturel», ce dernier a cherché par-delà la définition de l'OMS à fonder à nouveaux frais l'axiome de la médecine occidentale faisant de la santé l'absence de maladie<sup>57</sup>.

Pour ce faire, il entreprit de démontrer le rôle du concept théorique de santé dans la détermination objective d'un état comme étant sain ou pathologique, et ce, tout en répondant à ses adversaires aux yeux de qui la maladie (et la santé) est irréductible à un fait naturel découvert par les sciences empiriques.

#### 4. Le débat « naturaliste » versus « normativiste »

De manière très générale, nous pourrions résumer les deux positions adverses comme suit : les « naturalistes » affirment que la santé et la maladie sont des concepts purement descriptifs susceptibles d'être décrits et caractérisés par les sciences naturelles, à l'instar d'autres faits de la nature. La théorie biostatistique (BST) de Boorse constitue encore aujourd'hui l'approche dominante de ce camp<sup>58</sup>. Pour les « normativistes »<sup>59</sup>, à l'inverse, les concepts de santé et de maladie sont irréductibles à de tels faits naturels : ils représentent avant tout des états indésirables qui enjoignent l'action et qu'on cherche habituellement à éviter ; autrement dit, ces concepts reflètent un certain nombre de valeurs culturelles et sociales qui ont évolué au fil du temps, et non une réalité biologique ou pathologique objective sous-jacente. Comme l'écrit Engelhardt : « Ce que les êtres humains considèrent comme santé et pathologie dépend de jugements très complexes sur la souffrance, les buts qui sont propres aux hommes et, en lien avec ces buts, la forme et l'apparence qui sont propres aux hommes<sup>60</sup> ». Des approches dites « hybrides » ont plus récemment cherché à réconcilier l'opposition entre naturalistes et normativistes<sup>61</sup>. Nous y reviendrons.

##### 4.1 Le naturalisme et la théorie biostatistique de Boorse

L'entreprise de clarification conceptuelle chez Boorse consiste à éviter le relativisme auquel pourrait conduire ce qu'il qualifie de « normativisme fort » (*strong normativism*)<sup>62</sup>. Selon Boorse, l'erreur des normativistes serait d'avoir confondu deux concepts distincts : un concept « théorique » et un concept « pratique » de santé. Tandis que ce dernier serait axiologique ou normatif, le premier serait objectif et dénué de valeur sociale ou culturelle ; c'est en outre sur celui-ci que viendrait se greffer le concept pratique de santé (et non l'inverse).

Boorse reconnaît ainsi la justesse des arguments normativistes, dont il limite la portée au seul concept pratique de santé. Contrairement à la théorie médicale (fondée sur la physiologie), la pratique (clinique, etc.), elle, implique nécessairement de formuler des jugements de valeur.

Dans le but de dégager un concept théorique de santé qui serait neutre sur le plan des valeurs, Boorse va s'appuyer sur la physiologie qu'il placera au fondement des sciences médicales contemporaines. Selon lui, la physiologie serait en mesure de fournir des descriptions empiriques de l'état naturel (et normal) et du fonctionnement des organismes aussi différents que la grenouille, l'étoile de mer ou le crocodile, pour reprendre ses exemples. Un manuel de physiologie, dit-il, présente un portrait « statistiquement normal » des différents systèmes fonctionnels présents chez telle ou telle espèce qu'il nomme le « *design* de l'espèce ». Tout en admettant que ces descriptions soient des « idéalisations » ne correspondant que de manière imparfaite aux êtres vivants en situation normale ou pathologique, il soutient que le *design* de l'espèce représente un « idéal empirique » suffisamment uniforme pour constituer « la base des jugements de santé<sup>63</sup> ». Boorse va donc définir les maladies (*diseases*) comme étant « des états internes qui interfèrent avec les fonctions du *design* de l'espèce<sup>64</sup> ». Afin de rendre sa théorie opératoire, il doit inclure des divisions en termes de classes de références au sein de l'espèce concernée par les jugements de santé et de maladie et faire appel à la notion de « fonction biologique<sup>65</sup> ».

Boorse applique le concept de « fonctionnement normal »<sup>66</sup> à des catégories plus fines que l'espèce prise dans son ensemble, car des individus de sexe et d'âge différents vont inmanquablement correspondre à différentes descriptions empiriques données par la physiologie. Selon qu'on est homme ou femme, adulte ou enfant, etc., le *design* fonctionnel normal sera différent. S'appuyant sur la biologie de l'évolution, Boorse va par la suite définir la notion de fonction biologique normale comme la contribution statistiquement attendue d'un organe (ou d'un système) à la *fitness* de l'individu, c'est-à-dire à la survie et à la reproduction, qu'il considère alors comme les buts ultimes (les plus élevés) des organismes vivants<sup>67</sup>.

Tout phénomène biologique n'est cependant pas une fonction au sens strict ; est considéré comme une fonction par la théorie de Boorse seulement ce qui contribue aux deux buts susmentionnés de manière typique. Pour reprendre l'exemple de ce dernier, le fait qu'un écureuil évite une voiture parce que sa queue s'est coincée dans la route n'octroie pas pour autant à la queue de l'animal la fonction d'éviter les véhicules routiers, car ce n'est pas ce que ce trait réalise typiquement chez les membres de l'espèce en question<sup>68</sup>.

Être statistiquement normal n'est pas non plus suffisant (ex. : la carie dentaire est statistiquement normale) pour effectuer un jugement sur la santé d'un individu ; selon la théorie de Boorse, l'effet biologique en question doit aussi conduire à une « réduction d'une ou de plusieurs capacités fonctionnelles en dessous du niveau d'efficacité typique » ; c'est donc l'efficacité fonctionnelle et non la distribution statistique qui s'avère déterminante pour démarquer les états de santé des états de maladie. Le philosophe américain accorde néanmoins une importance significative à la notion de normalité statistique qui procure, selon lui, « un niveau raisonnable pour le niveau minimal d'un fonctionnement normal<sup>69</sup> ». Les quatre points suivants rassemblent de manière synthétique les principaux éléments de la théorie biostatistique de Boorse :

1. La *classe de référence* est une classe naturelle d'organismes ayant un *design* fonctionnel uniforme ; c'est-à-dire un groupe d'individus d'âge et de sexe identiques au sein d'une espèce.
2. La *fonction normale* d'une partie ou d'un processus, pour les membres de la classe de référence, est sa contribution statistiquement typique à la survie et à la reproduction individuelles.
3. Une *maladie* est un type d'état interne qui est soit une altération d'une capacité fonctionnelle normale, c'est-à-dire une réduction d'une ou de plusieurs capacités fonctionnelles en dessous du niveau d'efficacité typique, soit une limitation d'une capacité fonctionnelle due à des agents environnementaux.
4. La *santé* est l'absence de maladie<sup>70</sup>.

#### *4.2 Le normativisme et la critique du naturalisme*

Les défenseurs d'une approche normativiste des concepts de santé et de maladie, en revanche, ont fait valoir que la description des mécanismes physiopathologiques par lesquels les maladies adviennent ne saurait suffire pour déterminer objectivement ce qui compte comme un état sain ou malade. Ce qui est considéré comme «maladie» ne relève pas (uniquement) des faits naturels révélés par les sciences naturelles, mais implique un ensemble de jugements normatifs renvoyant, *in fine*, à ce que les êtres humains valorisent et dévalorisent, aux buts qu'ils se fixent, à ce qu'ils désirent, etc. Comme l'écrivit Peter Sedgwick : «La maladie est essentiellement une déviation [*deviancy*] à partir d'un état jugé plus désirable<sup>71</sup>». Selon cette perspective, les jugements sur la santé et la maladie seraient d'abord les produits socioculturels d'une époque particulière reflétant non pas une réalité objective sous-jacente, mais plutôt notre usage courant de ces concepts et nos valeurs.

Tristram Engelhardt a offert un exemple particulièrement éclairant avec le cas de la masturbation<sup>72</sup>. Considérée comme une pratique dangereuse jugée indésirable et condamnable au XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècle, les scientifiques ont cherché à «guérir» ceux qui s'y adonnaient en usant de différentes techniques médicales et même dans certains cas, de techniques chirurgicales. L'onanisme et ses effets étaient alors régulièrement discutés dans la littérature scientifique, donnant lieu à la définition d'une véritable entité nosologique. Or, disent les normativistes, ce n'est pas une meilleure compréhension des faits de la nature entourant cette pratique qui, au XX<sup>e</sup> siècle, a motivé l'émergence d'une vision positive (voire curatrice) à son endroit ; ce qui a changé relève plus fondamentalement de l'ordre des valeurs (dans ce cas-ci de valeurs morales). D'autres exemples souvent discutés, comme la «drapétomanie», à savoir un «trouble mental» diagnostiqué chez les esclaves noirs du XIX<sup>e</sup> siècle et dont la caractéristique symptomatique principale est la tendance à s'enfuir, ou encore l'homosexualité<sup>73</sup>, montrent que ce qui est jugé comme sain ou pathologique ne dépend pas uniquement de notre connaissance du monde naturel, mais renvoie aussi aux valeurs dominantes dans une société donnée<sup>74</sup>. La communauté médicale et scientifique serait donc

en partie responsable de définir selon certaines normes (sociales, culturelles, esthétiques, morales) en vigueur ce qui constitue un état pathologique<sup>75</sup>.

Là où le bât blesse pour le normativisme, c'est qu'il ne peut expliquer pourquoi des états jugés indésirables (comme l'obésité morbide ou l'alcoolisme) ne sont pas *ipso facto* considérés comme étant des maladies par la communauté médicale malgré le jugement souvent défavorable à leur endroit; le normativisme échoue à rendre compte de ce type de situation alors même qu'il ambitionne d'expliquer nos usages des concepts de santé et de maladie qui sont censés désigner avant tout des états jugés indésirables. Plus grave encore, un normativiste sera dans l'impossibilité d'établir de manière rétrospective que la masturbation et la drapétomanie n'étaient *pas* des maladies. Sur quelle base pourrait-il s'appuyer pour fonder son jugement, lui qui rejette l'idée que les sciences naturelles puissent nous aider à tracer la ligne entre le normal et la pathologique? Le seul geste que le normativiste semble autorisé à faire consiste à reconnaître que nos valeurs vis-à-vis de ces états ont changé au cours de l'histoire et que, désormais, nous ne tenons plus ces derniers pour pathologiques<sup>76</sup>. Le normativisme (principalement dans sa version forte) doit de surcroît composer avec l'objection suivante: comment expliquer que d'un point de vue interculturel, les individus s'accordent généralement sur ce qui constitue une maladie? Les cas comme l'alcoolisme ou l'obésité morbide ne constitueraient alors en fait que des exceptions d'une vision consensuelle plus générale et plus profonde sur la nature du pathologique et de ses causes<sup>77</sup>.

Quoi qu'il en soit des problèmes liés au normativisme, la *BST* fait également face à de sévères critiques qui ont conduit certains à remettre en question sa prétention scientifique (et naturaliste)<sup>78</sup>. Boorse se targue en effet d'avoir proposé une analyse des concepts de santé et de maladie compatible non seulement avec la physiologie, mais aussi avec la biologie de l'évolution: pour lui «en dehors des échelles de temps évolutives, les *designs* biologiques manifestent une grande stabilité qui est vigoureusement maintenue grâce à l'action de la sélection normalisante<sup>79</sup>». La notion de «*design* de l'espèce» a toutefois suscité plusieurs critiques de la part des

philosophes de la biologie, qui ont relevé l'impossibilité d'identifier des traits qui seraient « naturels » pour une espèce donnée, et ce tant du point de vue taxonomique que génétique<sup>80</sup>. La « fonction normale » non normative que Boorse évoque à propos du *design* biologique serait quant à elle doublement problématique : incompatible d'une part avec les données provenant des recherches dans le domaine de la plasticité développementale, la notion de « dysfonction » qui la sous-tend serait, d'autre part, elle-même une notion intrinsèquement normative<sup>81</sup>. Pour être opératoire, la théorie de Boorse doit également être en mesure d'établir « les limites de la variation normale » et l'on peut douter, à la suite d'Élodie Giroux, qu'il y parvienne totalement<sup>82</sup>. Le philosophe Mark Ereshefsky a quant à lui souligné que la connaissance tirée de la physiologie – la science sur laquelle Boorse s'appuie – est incapable d'identifier les états jugés normaux ou naturels des organismes, car « les ouvrages de physiologie offrent des descriptions idéalisées et simplifiées des organes, et non une description de leur nature<sup>83</sup> ». Plus encore, la décision de considérer uniquement la physiologie comme fondement de la médecine et des sciences médicales serait elle-même une prétention demandant à être justifiée par Boorse<sup>84</sup>. Enfin, l'identification des « buts ultimes » des organismes (liés à la fonction normale) à la survie et la reproduction demeure en tension, voire en contradiction avec la variété et l'hétérogénéité des désirs, souhaits et autres finalités propres à la vie humaine<sup>85</sup>.

#### *4.3 Une approche hybride : « l'analyse du dysfonctionnement préjudiciable » (HDA)*

Combinant faits et valeurs dans la définition de la santé et de la maladie, d'autres ont cherché à articuler une approche « hybride » afin de dépasser l'opposition entre naturalisme et normativisme. « L'analyse du dysfonctionnement préjudiciable » (« *Harmful distinction analysis* » ou HDA) proposée par le philosophe américain Jerome Wakefield défend ainsi l'idée qu'un état pathologique doit non seulement entraîner un préjudice à l'individu, mais doit en plus faire intervenir un dysfonctionnement biologique<sup>86</sup>. Reconnaisant qu'un dysfonctionnement biologique est nécessaire, mais non suffisant pour

conclure à la présence d'un état pathologique, Wakefield soutient que le tort ou le préjudice causé à l'individu sera déterminant pour conclure à un état de santé ou de maladie. Ce faisant, les valeurs jouent un rôle indéniable dans ce processus.

En adoptant une position mitoyenne, Wakefield semble mieux placé que les deux autres approches concurrentes pour faire sens d'un certain nombre de cas problématiques comme l'exemple du gourmet discuté par Murphy<sup>87</sup> (quoiqu'il s'expose alors également aux critiques soulevées contre les naturalistes *et* les normativistes). L'exemple est le suivant: considérons un individu atteint d'une lésion au cerveau qui a pour conséquence de transformer l'individu en gourmet. Pour les naturalistes, la présence d'une dysfonction au niveau cérébral annonce la présence d'un état pathologique. Or, le dysfonctionnement organique en question n'engendre pas de tort à l'individu et lui permet, au contraire, d'apprécier davantage les mets raffinés. Selon la théorie de Wakefield, l'individu en question est sain, car les deux conditions qu'il pose ne sont pas satisfaites: il y a bien lésion (critère *naturaliste*), mais il y a absence de préjudice (critère *normativiste*). Fréquemment discutée et même largement acceptée dans la psychiatrie contemporaine, la théorie de la HDA de Wakefield a pour but de caractériser le trouble mental sans pour autant en donner une définition analytique<sup>88</sup>.

Malgré sa simplicité apparente, la théorie hybride n'est pas non plus exempte de problèmes qui concernent tant l'aspect naturaliste qu'évaluatif. Commençons par l'aspect naturaliste ou factuel. Comme chez Boorse, la notion de fonction biologique occupe une place centrale dans la théorie de Wakefield. À la différence de Boorse (qui propose un concept «téléologique»), Wakefield adopte un concept de fonction dit «étiologique» fondé sur la théorie de l'évolution par sélection naturelle<sup>89</sup>. Plutôt que de concevoir la fonction d'un trait comme un but à remplir au sein d'un système biologique donné, la théorie étiologique infère la fonction du trait qui a été «naturellement sélectionnée» durant l'histoire évolutive de l'espèce. Wakefield dira ainsi que «le fait que l'œil produise la vue doit d'une manière ou d'une autre être un élément qui explique pourquoi nous avons des yeux<sup>90</sup>». Autrement dit, les organismes dotés de cellules photoniques auraient



été favorisés du point de vue du succès reproductif et auraient par la suite transmis ce trait à leur descendance, ce qui viendrait en retour expliquer la présence des yeux aujourd'hui.

À l'instar de la psychologie évolutionniste, Wakefield appliquera ce raisonnement aux mécanismes mentaux localisés dans le cerveau, espérant ainsi caractériser le trouble mental en spécifiant une composante factuelle (un dysfonctionnement) et une composante évaluative (le préjudice). Il fera le pari que la recherche en psychologie parviendra un jour à donner un contenu empirique à la notion de module mental capable de fonctionner et de dysfonctionner, et ce même s'il reconnaît d'emblée que dans ce domaine « nous sommes encore à un stade de grande ignorance<sup>91</sup> ». En plus de la difficulté d'identifier les mécanismes mentaux défaillants, la notion de fonction biologique proposée par Wakefield est étrangère, voire contraire à celle utilisée par la plupart des travailleurs du secteur de la santé, qui ont habituellement recouru à une notion « systémique » de la fonction<sup>92</sup>. Une notion systémique envisage la fonction non pas d'un point de vue historique (à l'instar de la conception étiologique), mais comme étant une classe particulière d'effets ou de « dispositions » produits par un trait et qui contribuent à une ou plusieurs capacités distinctives de l'organisme. Les professionnels de la santé travaillent fort probablement avec une notion de fonction comme celle-ci, et non au sens « d'effet sélectionné »<sup>93</sup>.

Du point de vue de la philosophie des sciences cognitives, Murphy et Woolfolk ont également fait valoir qu'il existe d'une part, des cas de troubles mentaux pour lesquels aucun mécanisme ne dysfonctionne (au sens de Wakefield) et d'autre part, des cas dans lesquels les mécanismes font précisément ce qu'ils sont censés faire, tout en constituant des causes prochaines de maladies. Nous pourrions ranger dans cette dernière catégorie certaines formes du trouble panique. Si la crise qui se déclenche aujourd'hui sans raison apparente (faux positif) est handicapante, ce comportement pourrait néanmoins constituer une stratégie adaptative sélectionnée par l'évolution, car un tel comportement de fuite aurait pu conférer un avantage à nos ancêtres de l'époque du Pléistocène en permettant aux individus de se sauver plus rapidement et d'éviter les prédateurs<sup>94</sup>.

L'autre composante de la théorie HDA, le caractère préjudiciable du trouble, fut elle aussi la cible de critiques. Il semble *a priori* louable de rattacher la notion de trouble mental non seulement à un dysfonctionnement organique quelconque, mais aussi à un préjudice causé à l'individu, une notion d'ailleurs fréquemment rencontrée en psychiatrie. Ainsi, la tristesse faisant suite à un deuil n'est pas pathologique (contrairement à la dépression), selon la théorie de Wakefield, car quoiqu'il y ait préjudice, il n'y a pas de dysfonctionnement au niveau organique<sup>95</sup>. Ce faisant, la HDA parviendrait mieux que d'autres approches concurrentes à ne pas «médicaliser» ou «pathologiser» l'existence humaine. Le problème est que Wakefield va limiter la notion de préjudice à l'individu malade. Si cela pose relativement peu de problèmes pour les maladies somatiques, le concept s'applique en revanche plus difficilement dans le cas des maladies mentales, qui sont pourtant l'objet principal du travail théorique et empirique de Wakefield. On sait, en effet, que certaines pathologies comme la perversion apportent du plaisir à l'individu souffrant (et non un préjudice) tandis que ses proches vont, eux, subir le préjudice en question. Comme le rappelle Lemoine, le psychiatre britannique Derek Bolton a cherché à pallier à ce problème en étendant la notion de trouble à la situation partagée par la famille du malade, au thérapeute et même la société dans laquelle vit la personne concernée<sup>96</sup>.

##### 5. Nouvelles directions et présentation des textes

À la suite de la publication de ses quatre textes fondateurs durant les années 1970, Christopher Boorse s'attacha principalement à répondre aux multiples critiques, toujours plus nombreuses, qu'on lui fit<sup>97</sup>. Tout en admettant l'existence de différentes dimensions des concepts de santé et de maladie (ex. : *disease*, *illness*, *sickness*), il précise être toujours un «naturaliste non-repentant»<sup>98</sup>; d'autres ont depuis lors entrepris de défendre différentes versions de l'approche naturaliste en philosophie de la médecine, toujours en s'appuyant sur la théorie biostatistique dans l'une ou l'autre de ses versions successives<sup>99</sup>.

Des approches concurrentes se sont également développées parallèlement à celle de Boorse, inspirées parfois de la philosophie biologique de Canguilhem et de son concept de «normativité vitale»<sup>100</sup>. Le philosophe suédois Lennart Nordenfelt proposa pour sa part un concept de santé «positive» qui se fonde sur la notion de «buts vitaux». Sa théorie, qu'il qualifie de «holiste», vise à répondre à la question : «de quoi une personne en bonne santé doit-elle être capable?»<sup>101</sup>. L'analyse de Nordenfelt met ainsi en relation le concept de santé avec la capacité de réaliser un certain nombre de buts vitaux dont ce dernier cherche à identifier les conditions minimales généralement partagées entre les individus<sup>102</sup>. Contrairement à celle de Boorse, l'approche de Nordenfelt s'efforce d'intégrer la notion d'environnement au sens de «circonstances acceptables» dans le débat sur les concepts de santé et de maladie. L'approche de Nordenfelt a le mérite de permettre d'appréhender certains processus comme le vieillissement, lors duquel l'individu vieillissant ajuste de manière récurrente ses ambitions et ses buts vitaux à son état actuel comme étant normal et non pathologique. Or il demeure difficile d'ignorer la proximité entre la conception de la santé proposée par le philosophe suédois et la notion de bonheur<sup>103</sup>.

Devant l'impasse dans laquelle se trouve le débat entre normativistes et les naturalistes, d'autres ont remis en question la valeur de l'analyse conceptuelle comme méthode de travail en philosophie de la médecine<sup>104</sup>. Dans le texte qu'il nous propose ici, Olivier Provencher s'inscrit dans cette réflexion et se demande si la *BST* est un exemple «d'analyse conceptuelle» ou «d'explication philosophique». S'appuyant sur les travaux du philosophe Peter Schwartz<sup>105</sup>, il souligne l'existence d'une tension entre la prétention naturaliste de la théorie biostatistique et la méthode d'analyse conceptuelle dont semble se réclamer Boorse. Il suggère donc à son tour de redéfinir la méthode boorséenne d'analyse comme une forme d'explication philosophique et montre que cela permet non seulement de renforcer et de clarifier la méthodologie à l'œuvre chez Boorse, mais aussi d'éviter à ce dernier un certain nombre de critiques persistantes.

Dans son article, David Prévost-Gagnon analyse la notion de fonction biologique à l'œuvre dans la théorie biostatistique. Dans ses textes, Boorse défend un concept non normatif et *téléologique*

de la fonction qui, malgré une certaine parenté avec la conception systémique (ou dispositionnelle), s'en distingue en ce que le concept de Boorse fait précisément appel à des « buts », ce que la théorie systémique se refuse à faire. Qui plus est, Boorse se montre critique envers la théorie « étiologique » de la fonction défendue par Larry Wright, alors même qu'il insiste à plusieurs reprises sur la compatibilité de son approche avec les différentes théories de la fonction proposées<sup>106</sup>. Un travail de clarification était donc nécessaire afin de mieux comprendre la nature du concept de fonction à l'œuvre dans la *BST*. En s'appuyant sur la distinction entre énoncés fonctionnels « typiques » (appliqués à des *classes* d'individus), qui renvoient à la conception étiologique, et énoncés fonctionnels « individuels » (appliqués à tel être *singulier*), qui renvoient à la conception dispositionnelle, Prévost-Gagnon montre que « la théorie de Boorse intègre une double conception de la fonction biologique ».

S'inspirant des travaux en épistémologie féministe et en histoire des sciences biologiques et médicales, Sophie Savard-Laroche oppose frontalement la théorie biostatistique à la critique féministe. Les nombreux travaux qu'elle mobilise et analyse lui permettent en particulier d'attaquer la « bicatégorisation sexuelle » (c'est-à-dire le fait de compter deux, et seulement deux, sexes) et de remettre en question le caractère soi-disant objectif et naturel des classes de références selon le sexe (homme ou femme) identifiées par la théorie de Boorse. À la suite de la philosophe de la médecine Elselijn Kingma<sup>107</sup>, elle conclut que Boorse devrait être plus modeste : « ses classes de référence doivent être d'abord fixées normativement, et ensuite sa théorie peut distinguer la maladie de la santé sans jugements de valeur ». Prenant appui sur les travaux de la philosophe américaine Judith Butler sur la construction du genre et de l'identité sexuelle, Savard-Laroche rejette également l'idée que la survie et la reproduction soient des buts naturels pour les individus et procède, dans un même mouvement, à la critique de l'hétéronormativité inhérente à la *BST*.

Dans son article, Charles Ouellet propose une critique de l'approche hybride défendue par Wakefield et soutient que ce dernier ne parvient pas à doter le DSM d'une définition opérationnelle à même de circonscrire le domaine du psychopathologique. Dans

la foulée des travaux de Steeves Demazeux<sup>108</sup>, Ouellet montre que Wakefield ouvre la porte à deux interprétations différentes de la HDA, qui sont toutes deux problématiques lorsqu'on tente d'utiliser la HDA pour poser un diagnostic. Selon l'interprétation faible, la plupart des diagnostics effectués en vertu du DSM seraient sous-déterminés par le manque de données fiables concernant l'histoire évolutive des mécanismes mentaux. Selon une interprétation forte, d'après laquelle la HDA serait en mesure de valider le classement des troubles pathologiques en procédant à une « inférence essentialiste », il serait toujours possible de douter que les traits de surfaces observés puissent permettre d'inférer un mécanisme biologique commun à l'origine de l'occurrence des observations réalisées.

Adoptant une perspective ouvertement comparative, l'article de Keba Coloma Camara cherche à mettre en rapport l'approche des concepts de santé et de maladie défendue par Boorse et celle défendue par Canguilhem. Alors que tous deux sont désormais des auteurs incontournables en philosophie de la médecine, Coloma Camara relève que peu d'études comparatives ont à ce jour été proposées. En continuité avec les travaux d'Élodie Giroux, de Pierre-Olivier Méthot<sup>109</sup> et de Jonathan Sholl<sup>110</sup>, il « engage le dialogue entre ces deux philosophes qui ne se sont jamais rencontrés » autour des concepts de normal et de pathologique. Précisant les différences au niveau des contextes, des méthodes et des orientations philosophiques de chacun d'eux, il montre que si Canguilhem « dissout la frontière entre les concepts de normalité et de pathologie » Boorse, selon lui, « rétablit la frontière entre ces concepts ».

Le texte de Jean-François Perrier vient pour sa part renouer avec l'approche continentale en philosophie de la médecine, en particulier avec la phénoménologie. Accusant la médecine contemporaine de « déshumaniser la maladie en se concentrant uniquement sur des données factuelles, parfois abstraites et quantitatives », Perrier (suivant ici la philosophe Havi Carel<sup>111</sup>) soutient que la phénoménologie possède les ressources théoriques nécessaires pour non pas réfuter le naturalisme, mais au contraire « l'augmenter ». Dans ce contexte, une telle « augmentation » du naturalisme devrait se traduire, selon Perrier, par une étude rigoureuse de la subjectivité

du patient dans son «expérience vécue charnelle». Partant de la distinction entre corps et chair, ce dernier fait valoir que la prise en compte de la subjectivité du patient n'équivaut pas à sa réduction à une expérience contingente et relative, mais qu'au contraire, l'approche phénoménologique de la santé et de la maladie vient mettre en lumière des constantes (des «traits eidétiques») qui sont caractéristiques de l'expérience de la maladie en général.

Dans sa note qui vient clore ce numéro, Élodie Giroux propose de nouvelles pistes de réflexion sur le débat opposant les naturalistes aux normativistes en effectuant un retour sur la diversité des approches méthodologiques (historique, analyse conceptuelle, explication philosophique) à l'œuvre ainsi que sur les motifs, pratiques et théoriques, qui ont présidé au développement de l'entreprise définitionnelle des concepts de santé et de maladie. Réfléchissant aux rapports entre philosophie de la médecine et philosophie de la biologie, elle montre ce qui rapproche et ce qui sépare encore ces deux domaines. Contrairement au concept de gène, par exemple, les concepts de santé et de maladie entraînent d'emblée «une triple dimensionnalité» : biologique, individuelle et collective, «qui croise le politique, le culturel, le social et l'économique». Giroux vient ainsi éclairer la pérennité et la fécondité du débat entre naturalistes et normativistes en soulignant la complexité inhérente aux concepts qui sont en jeu en philosophie de la médecine, un domaine auquel elle a consacré de nombreux travaux de recherche et qu'elle s'est attachée à faire découvrir au lectorat francophone<sup>112</sup>.

- 
1. Sur l'histoire des rapports entre médecine, philosophie et littérature, voir Jackie Pigeaud, *Poétique du corps. Aux origines de la médecine*, Les Belles Lettres, 2008.
  2. En Europe, on aura plutôt tendance à utiliser l'expression «épistémologie de la médecine». Voir Jean Gayon, «Épistémologie de la médecine», dans *Dictionnaire de la pensée médicale*, sous la dir. de Dominique Lecourt, Paris, Presses universitaires de France, 2004, pp. 39-64.
  3. Jean Gayon, «De la biologie à la philosophie de la biologie», dans *Questions vitales. Vie biologique, vie psychique*, sous la dir. de François Monnoyeur, Paris, Kimé, 2009, pp. 83-95 ; Thomas Pradeu, «Philosophie

- de la biologie», dans dans *Précis de philosophie des sciences*, sous la dir. de Anouk Barberousse, Denis Bonnay, Mikaël Cozic, Paris, Vuibert, 2011, pp. 378-403.
4. Gayon, «Épistémologie de la médecine», *op. cit.* Pour les différentes façons de concevoir les rapports entre philosophie et médecine dans le contexte de la philosophie de la médecine, voir Arthur Caplan, «Does the philosophy of medicine exist?», *Theoretical Medicine and Bioethics*, 13 (1992), pp. 67-77; Edmund Pellegrino, «What the philosophy of medicine is», *Theoretical Medicine and Bioethics* 19 (1998), pp. 315-336. Ces deux textes sont analysés dans : Élodie Giroux, «Philosophie de la médecine», dans *Précis de philosophie des sciences*, sous la dir. de Anouk Barberousse, Denis Bonnay, Mikaël Cozic, Paris, Vuibert, 2011, pp. 404-441. La création de la «International Philosophy of Medicine Roundtable» en 2005 a contribué de manière significative à diffuser les résultats de recherche en philosophie de la médecine à l'échelle internationale et à donner à ce champ de recherche une certaine unité, quoique les problématiques abordées demeurent très hétérogènes à l'exception de quelques grands débats comme celui opposant les naturalistes aux normativistes.
  5. Georges Canguilhem, *Le Normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, 2005 [1966 ; première édition, 1943]. Malgré les différences entre le style de l'épistémologie historique et celui de l'analyse conceptuelle qui caractérise la philosophie anglo-américaine de la médecine, il existe des continuités importantes entre les deux traditions. Pour une analyse comparative éclairante, voir Élodie Giroux, «Philosopher sur les concepts de santé et de maladie : de l'Essai de Georges Canguilhem au débat anglo-américain», *Dialogue* 52 (2013), pp. 673-693 ; Élodie Giroux, *Après Canguilhem. Définir la santé et la maladie*, Paris, Presses universitaires de France, 2010.
  6. Élodie Giroux, «Philosophie de la médecine», *op. cit.*, 2011. Pour un aperçu de la complexité du concept de maladie en histoire et philosophie de la médecine, voir Bjorn Hofmann, «Complexity of the concept of disease as shown through rival theoretical frameworks», *Theoretical Medicine* 22 (2001), pp. 211-236.
  7. Voir Jacalyn Duffin, *History of Medicine. A Scandalously Short Introduction*, University of Toronto Press, 2e ed., 2010 ; Robert A. Aronowitz, *Making Sense of Illness : Science, Society, and Disease*, Cambridge, New York, Cambridge University Press, 1998 ; Mirko D. Grmek, «Le concept de maladie», dans *Histoire de la pensée médicale en occident. Antiquité et Moyen-Âge*, sous la dir. de Mirko. D. Grmek,

- Paris, Seuil, 1995, pp.211-226 ; *Framing Disease: Studies in Cultural History*, sous la dir. de Charles E. Rosenberg et Janet Golden, New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press, 1993 ; Robert Hudson, *Disease and its Control: the Shaping of Modern Thought*, Westport, CT, Greenwood, 1980 ; Guenter B. Risse, «Health and disease: History of the concepts», dans *Encyclopedia of Bioethics*, sous la dir. de Warren T. Reich, New York, Free Press, 1978, pp.579-585 ; Owsei Temkin, «The scientific approach to disease: Specific entity and individual sickness», dans *The Double Face of Janus and Other Essays in the History of Medicine*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1977, pp.441-455.
8. La philosophie de la médecine recouvre d'autres questionnements portant entre autres sur les schémas explicatifs mobilisés en médecine, le rôle respectif de l'expérimentation et des preuves (*evidence*) dans la construction des savoirs médicaux, la nature de la causalité, le raisonnement clinique, etc. Pour une vue d'ensemble détaillée des problématiques centrales en philosophie de la médecine en langue française, voir *Philosophie de la médecine. Santé, maladie, pathologie*, textes réunis par Élodie Giroux et Maël Lemoine, Paris, Vrin, 2012. Pour des études spécialisées, voir Steeves Demazeux, *Qu'est-ce que le DSM? Genèse et transformation de la bible américaine*, Paris, Ithaque, 2013 ; Maël Lemoine, *La désunité de la médecine. Essai sur les valeurs explicatives de la science médicale*, Paris, Hermann, 2011 ; Épistémologie de la médecine et de la santé, sous la dir. de Gérard Lambert et Marc Silberstein, *Matière Première, Revue d'épistémologie* 1 (2010). En plus des périodiques, il existe désormais une vaste littérature en langue anglaise sur la philosophie de la médecine. Pour des travaux récents, voir Benjamin Smart, *Concepts and Causes in the Philosophy of Disease*, Palgrave Macmillan, 2016 ; *Classification, Disease and Evidence: New Essays in the Philosophy of Medicine*, sous la dir. de Philippe Huneman, Gérard Lambert et Marc Silberstein, Dordrecht, Springer, 2015 ; Alex Broadbent, *Philosophy of Epidemiology*, Palgrave Macmillan, 2013 ; Jeremy Howick, *The Philosophy of Evidence-Based Medicine*, Wiley, 2011 ; *Philosophy of Medicine*, sous la dir. de Fred Gifford, Elsevier, 2011 ; Havi Carel, *Illness. The Art of Living*, Routledge, 2008 ; Mahesh Ananth, *In Defence of an Evolutionary Concept of Health*, Ashgate, 2008 ; Dominic Murphy, *Psychiatry in the Scientific Image*, MIT Press, 2006.
9. Pour des contributions récentes sur ce thème, voir *Naturalism in the Philosophy of Health*, sous la dir. d'Élodie Giroux, Dordrecht, Springer,



- 2016; Antoine C. Dussault et Anne-Marie Gagné-Julien, «Health, homeostasis, and the situation-specificity of normality», *Theoretical Medicine and Bioethics* 36 (2015), pp. 61-81.
10. Georges Canguilhem, *Le Normal et le pathologique*, *op. cit.*, p. 13. À ces deux conceptions s'ajoute au XX<sup>e</sup> siècle un concept «écologique» de la maladie. Voir René Dubos, *Mirage of Health: Utopias, Progress, and Biological Change*, Garden City, Anchor Press, 1961. Sur la conception écologique de la maladie, voir Pierre-Olivier Méthot et Bernardino Fantini, «Medicine and ecology: Historical and critical perspectives on the concept of 'emerging disease'», *Archives Internationales d'histoire des sciences* 64 (2014), pp. 213-230.
11. Henry Cohen, «The evolution of the concept of disease», *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 48 (1955), 155-160, p. 155.
12. Georges Canguilhem, *Le Normal et le pathologique*, *op. cit.*, p. 11. Voir aussi le texte de Caroline Whitbeck, «Causation in medicine: The disease entity model», *Philosophy of Science* 44 (1977), pp. 619-637.
13. Tristram Engelhardt, «Les concepts de santé et de maladie», dans *Philosophie de la médecine. Santé, maladie, pathologie*, textes réunis par Élodie Giroux et Maël Lemoine, Paris, Vrin, 2012, pp. 231-258 [1981].
14. «La Nature, lorsqu'elle produit la maladie, agit avec uniformité et constance, à tel point que, pour la même maladie chez des personnes différentes, les symptômes sont pour la plupart les mêmes, et que vous pouvez observer des phénomènes identiques dans le mal qui frappe un Socrate et dans celui qui frappe un sot. [...] De la même manière précisément, les caractères universels d'une plante sont attribués par extension à tout individu de l'espèce concernée» (Sydenham 1848, cité dans Yves Gingras, Peter Keating et Camille Limoges, *Du Scribe au savant: les porteurs du savoir de l'Antiquité à la révolution industrielle*, Montréal, Boréal, 1998, p. 303.
15. On doit principalement cette distinction au médecin français René Théophile Laennec (1781-1826), l'inventeur du stéthoscope. Sur Laennec, voir Jacalyn Duffin, *To see with a Bette Eye: A Life of R.T.H. Laennec*, Princeton, Princeton University Press, 1998.
16. Cité dans Engelhardt, «Les concepts de santé et de maladie», *op. cit.*, p. 239.
17. Sur Pasteur et Koch, voir J. Andrew Mendelsohn, «'Like all that lives': Biology, medicine and bacteria in the age of Pasteur and Koch», *History and Philosophy of the Life Sciences* 24 (2002), pp. 3-36.

18. Lester S. King, «What is disease?», *Philosophy of Science* 21 (1954), pp. 193-203.
19. Alfredo Morabia, «La dimension populationnelle de la médecine», dans *Histoire de la pensée médicale contemporaine. Évolutions, découvertes, controverses*, sous la dir. de Bernardino Fantini et Louise L. Lambrichs, Paris, Seuil, 2014, pp. 237-257, p. 238.
20. Georges Canguilhem, *Le Normal et le pathologique*, *op. cit.*, p. 12.
21. Cité dans M. D. Grmek, «Le concept de maladie», *op. cit.*, p. 218.
22. *Ibid.*
23. Alors que Paracelse décrivit les germes de la maladie comme les «*ens morbi* semés par Dieu» à même de provoquer une maladie chez l'homme ou chez l'animal, Van Helmont proposa de voir les maladies comme des entités spécifiques rendues visibles durant leur «bataille» avec l'organisme hôte et son principe vital (l'arché). Sur la base de ses études d'embryologie, Harvey déclara pour sa part que «les maladies sont des parasites dotés d'un principal vital propre». Sur ces différentes conceptions ontologiques de la maladie, voir Guenter Risse «Health and disease», *op. cit.*, p. 583.
24. Lelland J. Rather, «Harvey, Virchow, Bernard and the methodology of science», dans *Disease, Life, and Man. Selected Essays by Rudolph Virchow*, traductions et introduction par Lelland J. Rather, Stanford, Stanford University Press, 1958, pp. 1-25, p. 18.
25. Engelhardt, «Les concepts de santé et de maladie», *op. cit.*, p. 241.
26. Comme l'a souligné Temkin, «ontologists have [...] been suspected of clinging to a demoniac aetiology, even if the demon was replaced by a bacterium». Dans «The scientific approach to disease», *op. cit.*, p. 443.
27. Pour une interprétation des maladies génétiques, des maladies coronariennes et des maladies auto-immunes au prisme de ces deux conceptions, voir Bruno Strasser et Bernardino Fantini, «Molecular diseases and diseased molecules: ontological and epistemological dimensions», *History and Philosophy of the Life Sciences* 20 (1998), pp. 189-215 ; Robert A. Aronowitz, *Making Sense of Illness*, *op. cit.* ; Warwick Anderson et Ian R. MacKay, *Intolerant Bodies. A Short History of Immunology*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2014.
28. Pierre-Olivier Méthot et Samuel Alizon, «What is a pathogen? Toward a process-view of host-parasite interactions», *Virulence* 5 (2014), pp. 775-785.
29. Dans un article en préparation, nous montrons que la distinction (ontologique/physiologique) tire ses origines d'un texte de Henry E. Sigerist (1891-1957) du début des années 1930 et nous analysons son

- influence structurante sur l'historiographie de la médecine au XX<sup>e</sup> siècle. Voir Pierre-Olivier Méthot, «Are diseases 'things' or 'processes'? : Narratives and disease concepts in twentieth century medical history».
30. Temkin, «The scientific approach to disease», *op. cit.*, p. 441-442.
  31. Engelhardt, «Les concepts de santé et de maladie», *op. cit.*, p. 235.
  32. Tenant pour acquis ce cadre théorique, les historiens ont souvent tenté de déterminer si le concept de maladie chez tel ou tel auteur était ontologique ou physiologique. Peter Niebyl, par exemple, se demande si le concept de maladie chez Van Helmont est ontologique ou physiologique. Voir Peter H. Niebyl, «Sennert, Van Helmont, and medical ontology», *Bulletin of Medical History* 45 (1971), pp. 115-137.
  33. Andrew Cunningham, «Transforming plague. The laboratory and the identity of infectious disease», dans *The Laboratory Revolution in Medicine*, sous la dir. de Andrew Cunningham et Perry Williams, Cambridge, Cambridge University Press, 2002, pp. 209-244, p. 211.
  34. Charles E. Rosenberg, «What is disease? In memory of Owsei Temkin», *Bulletin of the History of Medicine* 77 (2003), pp. 491-505, p. 494.
  35. Méthot, «Are diseases 'things' or 'processes'? », *op. cit.*
  36. Certains préfèrent parler «d'objectivisme» et de «constructivisme» plutôt que de «naturalisme» et de «normativisme». Pour une analyse générale du débat et une présentation de la terminologie, voir Dominic Murphy, «Concepts of disease and health», *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 2015.
  37. Voir David Magnus, «Le concept de maladie génétique», trad. P.-O. Méthot, dans *Philosophie de la médecine. Santé, maladie, pathologie*, textes réunis par Élodie Giroux et Maël Lemoine, Paris, Vrin, 2012, pp. 337-360 [1992].
  38. Maël Lemoine, «Les concepts de santé et de maladie», *Médecine*, juin 2013, pp. 273-278.
  39. Les exemples typiques incluent l'hyperactivité, le syndrome prémenstruel, l'anxiété sociale, la drapétomanie et la masturbation. Pour les études critiques sur ces différents «troubles», voir les références dans Maël Lemoine, «Les concepts de santé et de maladie», *op. cit.*
  40. Thomas Szasz, *The Myth of Mental Illness : Foundations of a Theory of Personal Conduct*, New York, Hoeber-Harper, 1961.
  41. Pour les critiques du DSM, voir Rachel Cooper, *Classifying Madness : A Philosophical Examination of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Dordrecht, Springer, 2005.
  42. Pour une critique de l'entreprise définitionnelle des concepts de santé et de maladie, voir Germund Hesslow, «Avons-nous besoin d'un concept

- de maladie?», dans *Philosophie de la médecine. Santé, maladie, pathologie*, textes réunis par Élodie Giroux et Maël Lemoine, Paris, Vrin, 2012, pp.305-329 [1993]; Jennifer Worrall et John Worrall, «Defining disease: Much ado about nothing?», dans *Life Interpretation and the Sense of Illness Within the Human Condition*, sous la dir. de Anna-Teresa Tymieniecka & Evandro Agazzi, Kluwer Academic Press, 2001, pp.33-55; Mark Ereshefsky, «Defining 'health' and 'disease'», *Studies in History and Philosophy of the Biological and Biomedical Sciences* 40 (2009), pp.221-227.
43. Thomas Schramme, «The significance of the concept of disease for justice in health care», *Theoretical Medicine and Bioethics* 28 (2007), pp.121-135.
44. Norman Daniels, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge, Cambridge University Press, 2008.
45. Giroux, *Après Canguilhem*, *op. cit.*, p. 7.
46. Pour une analyse de la notion de normativité biologique chez Canguilhem, voir Jonathan Sholl, «Conceptual analysis, pathological mechanisms, and Canguilhem's biological theory of disease», *Perspectives in Biology and Medicine* (à paraître); Élodie Giroux, *Après Canguilhem*, *op. cit.*, et Jean Gayon, «The concept of individuality in Canguilhem's philosophy of biology», *Journal of the History of Biology* 31 (1998), pp.305-325.
47. Georges Canguilhem, «Le normal et le pathologique», dans *Philosophie de la médecine. Santé, maladie, pathologie*, textes réunis par Élodie Giroux et Maël Lemoine, Paris, Vrin, 2012, pp.29-49, p.47 [1965].
48. Pour une analyse comparative de Boorse et de Canguilhem, voir le texte de Keba Coloma Camara dans ce numéro.
49. *Ibid.*, p. 29.
50. Mirko D. Grmek, «La révolution biomédicale du XX<sup>e</sup> siècle», dans *Histoire de la pensée médicale en occident. Du romantisme à la science moderne*, Paris, Seuil, 1999, pp.319-336, p.332.
51. Sur d'autres difficultés liées à la définition de la santé, voir Pierre-Olivier Méthot, «Health: individual and planetary», *Archives Internationales d'histoire des sciences* 64 (2014), pp.205-211.
52. Cette définition se trouve dans le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, entrée en vigueur le 7 avril 1948.
53. Grmek, «La révolution biomédicale», *op. cit.*
54. Daniel Callahan, «The WHO definition of 'health'», *The Hasting Center Studies* 1 (1973), pp.77-87.
55. Grmek, «La révolution biomédicale», *op. cit.*, p.332.

56. Christopher Boorse, «A rebuttal on health», dans *Health Care Ethics : An Introduction*, sous la dir. de D. Van De Veer et T. Regan, Philadelphie, Temple University Press, 1987, p.100. Comme l'indique Élodie Giroux dans sa note de fin, les récents travaux de Boorse montrent que l'analyse des concepts de santé et de maladie ne vise pas seulement une délimitation du champ d'action de la médecine, mais aussi une «meilleure régulation» ainsi qu'une «reconstruction rationnelle» de ces derniers dans le contexte de la physiologie.
57. Christopher Boorse, «Le concept théorique de santé», dans *Philosophie de la médecine. Santé, maladie, pathologie*, textes réunis par Élodie Giroux et Maël Lemoine, Paris, Vrin, 2012, pp.61-119, p. 83 [1977]. Pour une critique de cet axiome, voir le texte de Sophie Savard-Laroche dans ce numéro.
58. En plus de l'article présentant le concept théorique de santé publié en 1977, la BST est défendue par Christopher Boorse dans deux autres articles principaux, à savoir: «What a theory of mental health should be», *Journal for the Theory of Social Behavior* 6 (1976), pp.61-84 et «On the distinction between disease and illness», *Philosophy and Public Affairs* 5 (1975), pp.49-68. Pour d'autres travaux défendant l'approche naturaliste, voir Elselijn Kingma, «Naturalism about health and disease: adding nuances for progress», *Journal of Medicine and Philosophy* 39 (2014), pp.590-608; Thomas Schramme, «A qualified defence of a naturalist theory of health», *Theoretical Medicine and Bioethics* 10 (2007), pp.11-17; Robert Wachbroit, «Normality as a biological concept», *Philosophy of Science* 61 (1994), pp.579-591.
59. Peter Sedgwick, *Psychopolitics*, New York, Harper and Row, 1982; W. Goosens, «Values, health, and medicine», *Philosophy of Science* 47 (1980), pp.100-115; Joseph Margolis, «The concept of disease», *The Journal of Medicine and Philosophy* 1 (1976), pp.238-255; Tristram Engelhardt, «Ideology and etiology», *Journal of Medicine and Philosophy* 1 (1976), pp.256-268; Peter Sedgwick, «Illness: mental and otherwise», *The Hastings Center Studies* 1 (1973), pp.19-40.
60. Cité dans Boorse, «Le concept théorique de santé», *op. cit.*, p.95.
61. Pour une analyse de l'approche de Wakefield, voir le texte de Charles Ouellet dans ce numéro.
62. Dans son article de 1975 cité ci-haut, Boorse introduit également une distinction entre pathologie (*disease*) et maladie (*illness*), qui recoupe la distinction entre un concept théorique (objectif) et un concept pratique de santé (axiologique).
63. Christopher Boorse, «Le concept théorique de santé», *op. cit.*, p.89.

64. *Ibid.*, p. 92.
65. Il existe une vaste littérature sur le problème des énoncés fonctionnels dans les sciences de la vie. La contribution de Boorse se trouve dans «Wright on function», *The Philosophical Review* 85 (1974), pp. 70-86 et dans «A rebuttal on function», dans *Functions: New Essays in the Philosophy of Psychology and Biology*, sous la dir. de Andre Ariew, Robert C. Cummins & Mark Perlman, Oxford, Oxford University Press, 2002, pp. 63-112. Pour un survol en français des enjeux soulevés par la notion de fonction dans les sciences biologiques et médicales on consultera avec profit *Les fonctions : des organismes aux artefacts*, sous la dir. de Jean Gayon et Armand de Ricqlès, Paris, Presses Universitaires de France, 2010.
66. Dans l'article discuté ici, Boorse donne la définition suivante du fonctionnement normal : «Pour un membre de la classe de référence, le *fonctionnement normal* est l'accomplissement par chaque partie interne de toutes ses fonctions statistiquement typiques avec, au minimum, un niveau d'efficacité statistiquement typique, c'est-à-dire à des niveaux à l'intérieur ou au-dessus d'une région centrale de leur distribution dans la population», p. 92 (italiques dans l'original).
67. Dans «Le concept théorique de santé», Boorse précise que «dire que les fonctions physiologiques sont des contributions à la survie et à la reproduction de l'individu, ce n'est pas dire que leur défaillance sera fatale dans tous les cas», p. 97. Pour une analyse du concept de fonction chez Boorse, voir le texte de David Prévost-Gagnon dans ce numéro.
68. Boorse, «Le concept théorique de santé», *op. cit.*, p. 88.
69. *Loc. cit.*, p. 102.
70. Il s'agit de la théorie de Boorse telle que présentée dans son premier «Rebuttal on health» en 1997 et traduite par Élodie Giroux dans «Philosophie de la médecine», *op. cit.*, p. 413.
71. Sedgwick, *Psychopolitics*, *op. cit.*, p. 32.
72. Tristram Engelhardt, «The disease of masturbation: values and the concept of disease», *Bulletin of the History of Medicine* 48 (1974), pp. 234-248.
73. En 1851, Cartwright a classifié la drapétomanie comme trouble mental. Plus d'un siècle plus tard, en 1967, le DSM incluait l'homosexualité avant de l'en retirer en 1973.
74. Pour une analyse du rôle des valeurs dans la BST, voir le texte d'Olivier Provencher et celui de Sophie Savard-Laroche dans ce numéro.

75. *The Social Construction of Illness: Illness and Medical Knowledge in Past and Present*, sous la dir. de Jens Lachmund et Gunnar Stollberg, Stuttgart, Franz Steiner, 1992.
76. Ereshefsky, «Defining ‘health’ and ‘disease’», *op. cit.*,
77. K. Danner Clouser, Charles M. Culver et Bernard Gert, «Malady: a new treatment of disease», *The Hastings Center Reports* 11 (1981), pp. 29-37.
78. Pour une critique récente du caractère naturaliste de la BST, voir Maël Lemoine et Élodie Giroux, «Is Boorse’s biostatistical theory of health naturalistic?», dans *Naturalism in the Philosophy of Health*, sous la dir. d’Élodie Giroux, Dordrecht, Springer, 2016, pp. 19-38.
79. Boorse, «Le concept théorique de santé», *op. cit.*, p. 89-90.
80. Elliott Sober, «Evolution, population thinking, and essentialism», *Philosophy of Science* 47 (1980), pp. 350-383; David L. Hull, «On human nature», *Philosophy of Science* supp., vol. 2, (1986), pp. 3-13.
81. Ron Amundson, «Against normal function», *Studies in History and Philosophy of the Biological and Biomedical Sciences* 31 (2003), pp. 33-53.
82. Élodie Giroux, «Définir objectivement la santé: une évaluation du concept bio-statistique de Boorse à partir de l’épidémiologie moderne», *Revue Philosophique de la France et de l’étranger* 1 (2009), pp. 33-77.
83. Ereshefsky, «Defining ‘health’ and ‘disease’», *op. cit.*, p. 223.
84. Scott DeVito, «On the value-neutrality of the concepts of health and disease: Unto the breach again», *Journal of Medicine and Philosophy* 25 (2000), pp. 539-567.
85. Dans «Le concept théorique de santé», Boorse reconnaît que «ces buts les plus élevés des organismes sont indéterminés et doivent être déterminés par les intérêts du biologiste», p. 97.
86. Jerome Wakefield, «Le concept de trouble mental: à la frontière entre faits biologiques et valeurs sociales», dans *Philosophie de la médecine. Santé, maladie, pathologie*, textes réunis par Élodie Giroux et Maël Lemoine, Paris, Vrin, 2012, pp. 127-176 [1992].
87. Murphy, *Psychiatry in the Scientific Image*, *op. cit.*
88. Dans le texte discuté ici, Wakefield définit le trouble mental comme étant un «dysfonctionnement préjudiciable, où “préjudiciable” est un terme évaluatif qui repose sur des normes sociales, et “dysfonctionnement” un terme scientifique renvoyant à l’échec d’un mécanisme mental à réaliser la fonction pour laquelle il a été façonné par l’évolution», p. 127.



89. Sur le concept de fonction étiologique, voir le texte de Karen Nender, «Les explications fonctionnelles», *Revue Philosophique de la France et de l'étranger* 1 (2009), pp. 5-34.
90. Wakefield, «Le concept de trouble mental», *op. cit.*, p. 163.
91. *Ibid.*, p. 165.
92. Sur ce point, voir le texte de Charles Ouellet dans ce numéro.
93. Dominic Murphy et Robert L. Woolfolk, «The harmful dysfunction analysis of mental disorder», *Philosophy, Psychiatry, and Psychology* 7 (2000), pp. 241-252. Voir aussi la réponse de Wakefield dans le même numéro.
94. *Ibid.* Sur les promesses et les limites des approches évolutionnistes en médecine, voir Pierre-Olivier Méthot, «Darwin, medicine, and evolution: Historical and contemporary perspectives», dans *Handbook of Evolutionary Thinking in the Sciences*, sous la dir. de Thomas Heams, Philippe Huneman, Guillaume Lecointre et Marc Silberstein, Dordrecht, Springer (2015), pp. 587-617.
95. Sur la différence entre la tristesse et la dépression, voir Alan V. Horwitz et Jerome Wakefield, *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*, Oxford, Oxford University Press, 2007 ; *Sadness or Depression? International Perspectives on the Depression Epidemic and its Meaning*, sous la dir. de Jerome Wakefield et Steeves Demazeux, Dordrecht, Springer, 2015.
96. Maël Lemoine, «Les concepts de santé et de maladie», *op. cit.*, p. 277.
97. Voir sa plus récente réponse aux critiques. Christopher Boorse, «A second rebuttal on health», *Journal of Medicine and Philosophy* 39 (2014), pp. 683-724.
98. Boorse, «A rebuttal on health», *op. cit.*, p. 5.
99. Voir en particulier Peter Schwartz, «Reframing the debate and defending the biostatistical theory», *Journal of Medicine and Philosophy* 39 (2014), pp. 572-589 ; Annanth, *In Defence of an Evolutionary Concept of Health*, *op. cit.* et Schramme, «A qualified defence», *op. cit.*
100. Voir par exemple, Cristian Saborido et Alvaro Moreno, «Biological pathology from an organizational perspective», *Theoretical Medicine and Bioethics* 36 (2015), pp. 83-95.
101. Lennart Nordenfelt, «Capacité et incapacité : vers une théorie», dans *Philosophie de la médecine. Santé, maladie, pathologie*, textes réunis par Élodie Giroux et Maël Lemoine, Paris, Vrin, 2012, pp. 265-296, p. 276 [2000].
102. Selon Nordenfelt, «A est complètement sain, si et seulement si A est dans un état mental et physique qui est tel que A a la capacité de



- second-ordre, dans des circonstances acceptées, de réaliser le genre de choses qui sont nécessaires et suffisantes au bonheur minimal et durable de A», cité dans Giroux, *Après Canguilhem*, *op. cit.*, p. 124.
103. Sur les mérites et les problèmes de l'approche de Nordenfelt, voir Giroux, *Après Canguilhem*, *op. cit.*, pp. 136-144.
104. Voir notamment Maël Lemoine, «Defining disease beyond conceptual analysis : An analysis of conceptual analysis in medicine», *Theoretical Medicine and Bioethics* 34 (2013), pp. 309-325.
105. Schwartz, «Reframing the debate», *op. cit.*
106. Voir notamment, Boorse, «A rebuttal on health», *op. cit.*, p. 10-11.
107. Elselijn Kingma, «What is it to be healthy?», *Analysis* 67 (2007), pp. 128-133.
108. Steeves Demazeux, «The function debate and the concept of mental disorder», dans *Classification, Disease and Evidence : New Essays in the Philosophy of Medicine*, sous la dir. de Philippe Huneman, Gérard Lambert et Marc Silberstein, Dordrecht, Springer, 2015, pp. 63-91.
109. Pierre-Olivier Méthot, «French epistemology overseas: Analyzing the influence of Georges Canguilhem in Quebec», *Humana.mente* 9 (2009), pp. 39-58.
110. Jonathan Sholl et Andreas de Block, «Towards a critique of normalization : Canguilhem and Boorse», dans *Medicine and Society : New Continental Perspectives*, sous la dir. de Darian Meacham, Dordrecht, Springer, 2015, pp. 141-158.
111. Havi Carel, *Illness. The Art of Living*, *op. cit.*
112. Je souhaiterais vivement remercier tous ceux et celles qui ont rendu possible la réalisation de ce numéro thématique en philosophie de la médecine. Merci tout d'abord aux auteurs pour leurs textes stimulants et originaux. Merci également aux membres du comité de rédaction de la revue *Phares* et en particulier à Jean-François Perrier pour le suivi du dossier. Je tiens également à remercier tous les étudiants du séminaire «Philosophie de la médecine» de l'hiver 2015 pour leurs réflexions sur les concepts de santé et de maladie dont le présent essai a bénéficié, et notamment Jérôme Brousseau pour ses commentaires sur une première version de ce texte. En terminant, je remercie chaleureusement Élodie Giroux pour sa participation au séminaire à titre de conférencière invitée et pour sa note de fin qui vient clore ce numéro en proposant de nouvelles pistes de réflexion sur les concepts de santé et de maladie.



# Définir la santé et la maladie : le naturalisme de Boorse et l'analyse conceptuelle

OLIVIER PROVENCHER, *Université Laval*

## *Résumé*

Dans le présent article, je discute de la théorie biostatistique de Christopher Boorse (1975, 1976, 1977) et montre en quoi, eu égard à sa prétention naturaliste, celle-ci ne peut pas être considérée comme une véritable instance d'analyse conceptuelle. En effet, le caractère *a priori* de l'analyse conceptuelle semble peu conciliable avec le caractère plus empirique de l'approche naturaliste. Je propose par conséquent, suivant Schwartz (2014), de redéfinir l'entreprise de Boorse dans les termes de l'explication philosophique. J'affirme qu'une telle redéfinition permet de clarifier la méthode boorséenne d'analyse en plus de répondre à certaines critiques pressantes dirigées à l'endroit de sa définition de la santé.

## *Introduction*

L'analyse conceptuelle constitue l'une des méthodes privilégiées en philosophie analytique contemporaine<sup>1</sup>. Elle s'inscrit dans le sillage d'une certaine conception de la pratique philosophique selon laquelle la philosophie consisterait essentiellement en une entreprise *a priori* d'éclaircissement et d'analyse de l'usage et du sens de nos concepts (cf. Wittgenstein). De fait, l'analyse conceptuelle s'affaire à fournir une *définition* pour un concept donné, à «spécifier un ensemble de conditions qui sont individuellement nécessaires et conjointement suffisantes pour l'application d'un concept<sup>2</sup>».

Dans le cadre du débat entre normativisme et naturalisme en philosophie de la médecine contemporaine, l'entreprise de définition des concepts de santé et de maladie se veut une tentative de réponse aux controverses et aux incertitudes concernant l'application de ces

concepts dans les domaines de la pratique médicale, de l'assurance maladie, de l'éthique médicale<sup>3</sup> ou encore de la bioéthique. À ce titre, le philosophe américain Christopher Boorse<sup>4</sup> affirme que l'analyse des concepts de santé et de maladie peut servir à clarifier plusieurs enjeux autant dans un contexte médical qu'extramédical. La médecine et la psychiatrie, par exemple, ont toutes deux besoin d'une idée claire de ce en quoi consiste le « normal » afin de fixer les limites et la portée du diagnostic<sup>5</sup>. Les questions concernant le vieillissement sont un autre cas parlant : à quel titre, par exemple, les maladies causées par un vieillissement normal doivent-elles faire l'objet de l'intervention médicale<sup>6</sup> ? Quant à la chirurgie esthétique, est-elle ou non l'affaire du médecin ? Pour chacun de ces cas, il s'agit de tracer les limites des concepts de santé et de maladie, d'en fixer la signification pour mieux déterminer quel cas est ou non objet de préoccupation médicale. L'analyse philosophique doit ainsi chercher à proposer des critères définitionnels pour délimiter et identifier les cas qui correspondent ou non à des cas de maladie<sup>7</sup>. Ces critères doivent être testés sur des cas réels et permettre de fournir des contre-exemples allant à l'encontre de définitions adverses<sup>8</sup>. Au fin mot de l'analyse, la meilleure définition serait celle qui correspond le mieux à nos intuitions<sup>9</sup> concernant la santé et la maladie et devrait permettre la plus grande inclusivité possible de cas non controversés de pathologies.

Selon plusieurs, la théorie biostatistique (*BST*) de Boorse s'inscrit précisément dans le sillage de l'analyse conceptuelle. C'est cette affirmation que j'entends questionner dans le présent article. Après avoir exposé les grandes lignes de la théorie, je mettrai en lumière certaines difficultés liées au fait de caractériser l'entreprise de Boorse comme une instance d'analyse conceptuelle. Je montrerai notamment qu'il y a une incompatibilité entre le naturalisme – école à laquelle appartient Boorse – et la méthode d'analyse conceptuelle, ce qui fait en sorte que la théorie de Boorse ne peut pas être tenue pour une analyse conceptuelle. Je proposerai ensuite, suivant P. H. Schwartz<sup>10</sup> de redéfinir la méthode boorséenne d'analyse comme une forme « d'explication philosophique » (*philosophical explication*). Une telle redéfinition permettra d'une part, de renforcer et de clarifier la

méthode boorséenne et d'autre part, d'éviter à Boorse certaines des principales critiques qui lui sont fréquemment adressées.

### *La théorie biostatistique de Boorse*

La théorie biostatistique élaborée par C. Boorse<sup>11</sup> est peut-être la tentative la plus aboutie pour parvenir à une définition objective des concepts de santé et de maladie. En effet, Boorse a tenté d'élaborer un concept théorique de santé en fondant celui-ci sur les notions de fonction biologique, de normalité statistique et de design de l'espèce. La santé, dans cette perspective, correspond au fonctionnement normal – *normal* étant un synonyme de *naturel*<sup>12</sup> – d'un organisme par rapport à la norme qui est celle de son espèce selon la classe de référence – la tranche d'âge et le sexe<sup>13</sup> – dans laquelle cet organisme se situe. Elle est ainsi comprise comme la conformité à un design fonctionnel qui se révèle être empiriquement typique à l'espèce en question<sup>14</sup>. Un tel design correspond à «la hiérarchie typique des systèmes fonctionnels imbriqués qui rendent possible la vie d'un organisme [d'un certain] type<sup>15</sup> ». C'est dire que la notion de *fonction biologique* est centrale dans la théorie boorséenne. Selon Boorse, celle-ci revêt un caractère téléologique<sup>16</sup> en cela qu'une fonction est définie dans les termes de sa contribution à un but<sup>17</sup>. Cette conception de la fonction s'oppose à une conception étiologique<sup>18</sup> qui stipule que la fonction d'un trait correspond à celui parmi ses effets qui en explique causalement la présence<sup>19</sup>. Pour les défenseurs d'une approche étiologique, c'est bien parce qu'un trait remplit la fonction qui lui est spécifique qu'il a persisté du point de vue de la sélection naturelle – parce qu'il fournit un avantage adaptatif significatif – alors que pour Boorse, un trait persiste dès lors que son fonctionnement normal contribue ultimement, ici et maintenant, au maintien et à la perpétuation de la vie de l'organisme<sup>20</sup> – c'est en ce sens que l'on peut parler d'«orientation vers un but». La fonction est «la contribution causale d'une partie d'un système aux buts de ce même système<sup>21,22</sup> ». Boorse explique la chose ainsi : chaque partie, processus ou mécanisme biologique a une fonction qui lui est propre. Lorsque cette fonction est remplie, elle contribue causalement à un but ou une fin à un «niveau» plus élevé :

Les cellules individuelles [par exemple,] sont orientées vers le but de produire certains composants ; en faisant cela, elles contribuent à des buts de niveaux supérieurs comme la contraction musculaire ; ces buts contribuent à leur tour à un comportement observable comme tisser une toile, construire un nid ou attraper une proie ; ces comportements observables contribuent à des buts tels que la survie et la reproduction de l'individu et de l'espèce<sup>23</sup>.

Boorse spécifie bien, cependant, que les fins, du point de vue de l'organisme, demeurent multiples et diversifiées, voire indéterminées – « la plupart des comportements des organismes contribuent à la fois à la survie de l'individu, à la compétence reproductive individuelle, à la survie de l'espèce, à la survie des gènes, à l'équilibre écologique, et ainsi de suite<sup>24</sup> » – ou déterminées en fonction des buts des biologistes eux-mêmes. Il propose toutefois de définir plus spécifiquement la fonction comme ce qui contribue ultimement à la survie ou<sup>25</sup> à la reproduction individuelle d'un organisme : « les fonctions physiologiques d'un trait sont ses contributions causales à la survie et à la reproduction de l'individu porteur de ce trait<sup>26</sup> ». Ce choix de critères délimitant l'intension du concept de santé est motivé par le cadre physiologique de la théorie boorséenne puisque, selon Boorse, « ce sont seulement les fonctions du sous-domaine de la physiologie qui sont pertinentes pour la santé ». Ce dernier fait remarquer, par ailleurs, que certaines fonctions biologiques associées à la survie ne sont effectives que dans certains contextes<sup>27</sup> – la transpiration, la digestion, la sécrétion d'adrénaline, la coagulation du sang, etc. – en conséquence de quoi la santé doit être comprise en termes de « disponibilité fonctionnelle » [*functional readiness*] de chaque partie, processus ou mécanisme à accomplir sa fonction normale<sup>28</sup>.

La pathologie, quant à elle, est identifiée à un fonctionnement sous-optimal de l'organisme par rapport au *design* (fonctionnel) typique de son espèce, elle est « un type d'état interne qui altère la santé, c'est-à-dire réduit une ou plusieurs des capacités fonctionnelles en dessous du niveau d'efficacité typique<sup>29</sup> ». La plupart des états pathologiques sont ainsi réunis sous la catégorie de la dysfonction : « What unifies all pathological conditions, is (potential) biological

dysfunction of some part or process in an organism. In most disease states, parts at some organizational level – organs, tissues, cells, organelles, genes – totally fail to perform at least one of their species-typical biological functions<sup>30</sup>». Boorse fait cependant une distinction claire entre pathologie [*disease*] et maladie [*illness*]<sup>31</sup> : la pathologie renvoie ainsi à «un état de l'organisme qui compromet une fonction physiologique donnée, alors qu'une maladie est une pathologie qui est a) indésirable pour celui qui la subit, b) un droit à un traitement spécial, et c) une excuse valide pour un comportement normalement critiquable<sup>32</sup>». Ainsi, la santé, comprise dans sa relation avec la pathologie, s'avère un concept essentiellement négatif : la santé est l'absence de pathologie. Il y a donc «exclusion réciproque du normal et du pathologique<sup>33</sup>». Selon Boorse, c'est précisément sur ce couple de catégories, normal/pathologique, qu'est érigé l'édifice de la médecine occidentale<sup>34</sup>.

Boorse affirme de surcroît que cette conception de la santé et de la maladie est totalement neutre du point de vue des valeurs. Elle est neutre en cela que la détermination de ce qui est ou non pathologique relève de considérations empiriques à propos de la physiologie de l'organisme. «Si les pathologies sont des déviations par rapport au *design* biologique de l'espèce, dit Boorse, leur identification relève des sciences naturelles, et non pas d'une décision évaluative<sup>35</sup>». C'est en ce sens que l'on peut dire de la théorie boorséenne qu'elle est «objectiviste» – dire qu'un concept est neutre du point de vue des valeurs revient à dire qu'il est objectif – ou encore «naturaliste» – l'objectivité du concept de santé est ou doit être analogue à celle des concepts scientifiques. Comme l'affirme Boorse : «If health and disease are only as value-laden as astrophysics and inorganic chemistry, I am content<sup>36</sup>».

Typiquement parlant, les perspectives naturalistes en philosophie de la médecine s'opposent aux perspectives dites «normativistes». Pour les normativistes – dont les principaux tenants sont P. Sedgwick<sup>37</sup>, L. Nordenfelt<sup>38</sup>, H. T. Engelhardt<sup>39</sup> – les concepts de santé et de maladie sont des concepts essentiellement normatifs, c'est-à-dire qu'ils sont plus ou moins le produit de divers jugements subjectifs ou évaluatifs ou encore l'expression de diverses normes

morales ou sociales. En ce sens, le normativisme peut parfois se confondre avec un relativisme voire même avec un scepticisme. La perspective normativiste s'oppose donc à la perspective naturaliste en cela que cette dernière tient les concepts de santé et de maladie pour des concepts purement et simplement objectifs. La plupart des critiques adressées au naturalisme par le normativisme ont d'ailleurs pour cible l'objectivité des concepts de santé et de maladie. Elles tentent de montrer que ceux-ci, pour une raison ou pour une autre, ne peuvent pas être en tous points objectifs. Démontrer cette objectivité est donc un réel enjeu pour les tenants du naturalisme.

Le sens selon lequel la théorie biostatistique de Boorse peut être dite «naturaliste» sera l'objet de plus amples discussions un peu plus loin. Relevons seulement, pour l'instant, deux sens distincts du naturalisme chez Boorse :

En un premier sens, la distinction entre le normal et le pathologique ne relève pas d'une distinction arbitraire, mais est bel et bien *naturelle* en cela que les états sains ou pathologiques sont des états des organismes existant dans la nature de manière indépendante de l'activité humaine<sup>40</sup>. En un second sens, c'est bien parce que cette différence entre normal et pathologique existe dans la nature qu'il appartient aux sciences naturelles de déterminer ce qui relève de la santé et ce qui relève de la maladie. Aussi, la théorie biostatistique aura-t-elle l'ambition de fournir une définition de la santé qui prétendra au même degré d'objectivité que les concepts issus des sciences. Cette objectivité sera garantie par le recours au fonctionnalisme biologique puisque la détermination de ce qu'est un organisme sain ou malade dépend de l'identification des fonctions normales des organismes par la physiologie.

D'innombrables critiques ont déjà été adressées à Boorse et il m'est évidemment impossible de toutes les traiter ici. Je laisserai donc de côté la question de savoir si le concept de santé que l'auteur développe est adéquat ou non pour me concentrer de manière plus spécifique sur les critiques soulevées à l'encontre de la notion d'objectivité que mobilise la théorie biostatistique. Un tel examen me permettra ensuite de souligner certains aspects de la méthode d'analyse employée par Boorse.



Le lecteur remarquera par ailleurs que Boorse fait ici figure d'opposant principal à la conception normativiste des concepts de santé et de maladie. Il faut toutefois noter que la théorie biostatistique est loin de faire l'unanimité même parmi les tenants d'un naturalisme ou du moins, parmi les détracteurs du normativisme en philosophie de la médecine<sup>41</sup>.

### *Quelques critiques adressées à Boorse*

Plusieurs critiques ont été adressées à l'objectivité du concept de santé chez Boorse<sup>42</sup>. Selon ces critiques, la *BST* échouerait à être véritablement objective puisque plusieurs jugements de valeur implicites seraient de facto impliqués dans les choix théoriques émis par Boorse, ce qui rendrait son concept de santé chargé de valeur ou normatif (*value-laden*). Selon Scott DeVito<sup>43</sup>, les éléments évaluatifs interviennent au sein de la théorie boorséenne de deux façons : d'une part, au niveau du choix du cadre conceptuel qui doit sous-tendre la théorie – la physiologie – et d'autre part, au niveau du choix des critères qui servent à délimiter l'intension du concept boorséen de santé :

A concept is a structured way of thinking about the world that divides aspects of the world into those bits to which the concept applies and those bits to which the concept does not. This structuring requires that the concept be associated with a set of criteria that specify to what the concept applies. There are two levels at which values can 'infect' a concept. First, when there are multiple sets of criteria that adequately divide the world into things to which the concept applies and things to which it does not (in essence, when there are multiple conceptions of the same thing), we can choose one of these concepts as the 'correct' or accepted concept. Values can enter at this choice-level. The second place where values can gain entry is at the level of the criteria themselves. Boorse's concepts of health and disease are value-laden at both levels<sup>44</sup>.

En effet, Boorse choisit des critères physiologiques pour définir la santé et la maladie sous prétexte que la physiologie est le

champ théorique à la base de la médecine somatique. Cela a pour conséquence, selon DeVito, de rendre la théorie boorséene normative puisque le choix de Boorse de privilégier un cadre physiologiste est un choix subjectif qui ne repose, en dernière instance, sur rien d'objectif. De plus, nous dit DeVito, les physiologistes, en tant qu'ils pratiquent une discipline théorique particulière, ont des intérêts qui leur sont propres et choisissent de définir leurs concepts en fonction de ces intérêts. Or, toujours selon lui, si tant est qu'il s'agisse pour Boorse d'élaborer un concept de santé qui soit opérationnel pour la médecine, celui-ci omet de justifier pourquoi cette dernière devrait adopter les critères définitionnels propres à la physiologie. Cela reviendrait, selon lui, à affirmer que les intérêts théoriques de la médecine sont les mêmes que ceux de la physiologie, ce qui ne va pas de soi.

Par ailleurs, le choix que fait Boorse de faire de la *survie* et de la *reproduction* les critères qui délimitent l'intension de son concept de santé est aussi un choix arbitraire. Comme le souligne DeVito, non seulement la survie et la reproduction ont une valeur – ne sont-ils pas considérés comme des biens ? – mais c'est précisément *parce qu'elles ont une valeur* qu'elles constituent les critères à partir desquels Boorse délimite son concept<sup>45</sup>. DeVito se sert d'une analogie avec les sciences naturelles, dans ce cas-ci, la physique, pour illustrer sa critique :

The concepts of science, by themselves, are generally not value-laden. For example, the electron can be conceived of in terms of its charge, its spin, its relation to atoms, its mass, etc. An electron is something that has *x* charge, *y* spin, *z* mass, etc. These criteria for being an electron are themselves not value-laden. While we may like the features of the electron (after all electricity runs the world), the criteria for being an electron have nothing to do with our values or whether we value an object that carries a particular charge<sup>46</sup>.

Autrement dit, les concepts qui sont ceux de la physique ne font pas référence ou ne contiennent pas d'élément qui fasse référence à des « biens ». Il en va cependant autrement, selon DeVito, pour les

concepts de santé et de maladie : contrairement aux caractéristiques qui font d'un électron un électron, les caractéristiques qui, selon Boorse, définissent la santé – la survie et la reproduction – ont une valeur non seulement pour les êtres humains – nous désirons tous (à quelques exceptions près) vivre longtemps et nous reproduire –, mais aussi pour le physiologiste et pour le médecin qui cherchent à tirer de l'étude des états de santé et de maladie des « connaissances pratiques<sup>47</sup> ». En d'autres termes, ce qui, selon DeVito, pousserait Boorse à faire de la survie et de la reproduction les buts vers lesquels tendent les organismes, buts qui servent de critères pour définir la santé, seraient des considérations d'ordre extrathéorique. Le choix que fait Boorse ne reposerait donc pas sur des considérations qui sont inhérentes au cadre scientifique auquel se réfère la théorie biostatistique – en l'occurrence la biologie –, mais sur des considérations « typiquement » humaines, subjectives, reflétant des jugements de valeur, etc.

Dans le même ordre d'idée, Kingma<sup>48</sup> a proposé une critique de la notion de classe de référence chez Boorse. Celle-ci affirme en effet que si Boorse avait choisi de définir la classe de référence autrement qu'en termes d'âge, de sexe et de race, il en aurait résulté une tout autre conception de la santé et de la maladie. Par exemple, une classe de référence pourrait comprendre la catégorie « individus atteints de leucémie » ce qui ferait en sorte que les individus atteints de leucémie ne seraient pas considérés comme des individus malades. Ce que Kingma tente de montrer c'est que la théorie de Boorse, avant même de fournir une définition adéquate de la santé, *présuppose* une certaine conception de la santé, une certaine idée préalable (et implicite) de ce en quoi consiste, pour un organisme, le fait d'être malade ou sain. Kingma ouvre donc la porte à ce que la théorie de Boorse repose, dès le départ, sur une ou plusieurs prémisses évaluatives, soit sur des éléments qui ne sont pas le fait d'une conception véritablement naturaliste de la santé.

Dans la section suivante, je commencerai par présenter la réponse que Boorse adresse à ses critiques<sup>49</sup>. Ce faisant, je mettrai en évidence le caractère *descriptif* des définitions que Boorse entend fournir dans le cadre de ses analyses, ce qui nous permettra de rapprocher

hypothétiquement la méthode d'analyse boorséenne d'une analyse conceptuelle au sens classique du terme<sup>50</sup>. J'exposerai ensuite une certaine tension dans la théorie de Boorse, tension entre le caractère *a priori* de son entreprise et sa prétention naturaliste afin de montrer qu'un tel rapprochement est problématique.

*La BST comme analyse conceptuelle et le sens du naturalisme boorséen*

La réponse que Boorse propose aux deux critiques susmentionnées<sup>51</sup> peut être résumée ainsi : à la fois DeVito et Kingma affirment que le concept de santé issu de la théorie biostatistique est normatif (ou chargé de valeurs) parce que le choix des critères qui définissent l'intension du concept boorséen de santé est arbitraire. À tous le moins, intervient à un moment ou à un autre, lors de l'élaboration par Boorse de son concept de santé, un choix théorique qui contrevient à l'objectivité de son concept de santé.

Or, répond Boorse, un concept S est normativement chargé si et seulement si l'un des concepts  $C_1, C_2, \dots, C_n$  qui le composent est lui-même chargé de valeurs, en d'autres termes si la définition du concept contient un jugement tel que «  $x$  est  $C_1$  » et que ce jugement est un jugement de valeur<sup>52</sup>. Autrement dit, la question de savoir *comment* l'un des éléments définitionnels a été sélectionné, selon l'argument de Boorse, importe peu. Pour montrer que la définition d'un concept est objective, il suffit, selon lui, de s'arrêter à la nature des énoncés qui la composent : si ces énoncés sont purement descriptifs – à l'opposé d'évaluatifs – alors la définition est objective. La question de savoir si des jugements de valeur interviennent dans un contexte extrathéorique est donc sans importance puisque se sont bien les jugements de valeur intrathéoriques qui importent.

Remarquons, dans ce qui vient d'être dit, que sont déjà explicités certains aspects méthodologiques propres à la démarche que paraît privilégier Boorse : notamment, l'idée qu'une « description » intervient dans ce en quoi semble devoir consister une définition. Comme Boorse l'explique lui-même, le concept visé par l'analyse conceptuelle est une « cible réelle », il s'agit du concept physiologique de santé tel que l'admet l'*usage* médical. Il s'agit de fournir « a lexical definition of 'pathological condition' in physiological medicine<sup>53</sup> ».

La définition que Boorse cherche à fournir est ainsi censée nous informer sur une certaine signification *déjà existante* des termes «santé» et «maladie», elle doit en décrire l'usage et expliciter leur sens. Nous pouvons donc dire qu'il s'agit pour Boorse de parvenir, par le biais de son analyse, à une «définition descriptive» de ces concepts en cela qu'une définition descriptive (ou reportive) – à l'opposé d'une définition stipulative qui tend à imposer une certaine signification à un terme – vise à expliciter la signification d'un concept et à décrire adéquatement son usage<sup>54</sup>.

Posons donc, à ce titre, l'hypothèse selon laquelle Boorse s'adonnerait à une forme classique d'analyse conceptuelle. L'analyse conceptuelle a en effet pour but de fournir une *définition* pour un concept donné, à «spécifier un ensemble de conditions qui sont individuellement nécessaires et conjointement suffisantes pour l'application d'un concept<sup>55</sup>». Elle doit fournir à la fois l'extension et l'intension d'un concept, l'intension correspondant à un ensemble de critères délimitant la signification du concept et l'extension correspondant à l'ensemble des objets qui tombent, pour ainsi dire, «sous» le concept.

Comme le fait remarquer P. H. Schwartz (bien qu'il rejette cette hypothèse), «Boorse's writings fit this model well. He characterizes his project as “trying to sort out various notions of health”. He refers to his theory as being “an analysis of disease” and asserts that it captures the “underlying concept of health”. Later, he writes that his theory, now titled the BST, aims at providing “a clear analysis” of concepts of health and disease». É. Giroux affirme également que «Boorse étend la méthode de l'analyse conceptuelle, jusque là confinée aux concepts fondamentaux de la physique et de la biologie, aux concepts de santé et de maladie<sup>56</sup>».

Ainsi, l'analyse conceptuelle en philosophie de la médecine consisterait à «proposer des critères pour identifier et délimiter les concepts de santé et de maladie, à fournir une caractérisation de leur signification ou de leurs critères d'application<sup>57</sup>». Une fois la définition du concept proposée, celle-ci devra être testée contre des contre-cas factuels et/ou possibles provenant généralement d'expériences de pensée formulées à partir de nos intuitions communes à propos

du concept à décrire. C'est en ce sens que l'on peut dire de l'analyse conceptuelle qu'elle est une entreprise *a priori* et non pas empirique.

De surcroît, puisque c'est bien d'une *analyse* dont il est question, il va de soi que le concept pour lequel il s'agit de fournir une définition est un concept déjà existant. Or, c'est bien ce que paraît faire Boorse puisqu'il s'emploie à décrire l'usage *effectif* par les spécialistes du domaine médical des concepts de santé et de maladie. Par ailleurs, comme l'explique Karen Neander dans son article sur l'analyse conceptuelle dans le cadre du débat sur le concept de fonction en philosophie de la biologie,

conceptual analysis is an attempt to describe certain features of the relationship between utterances of the term under analysis, and the beliefs, ideas, and perceptions of those who do the uttering. It involves trying to describe the criteria of application that the members of the linguistic community generally have (implicitly or explicitly) in mind when they use the term<sup>58</sup>.

En d'autres termes, l'analyse conceptuelle procède, d'une part, en tentant de mettre à jour la signification présente à l'esprit de locuteurs lorsque ceux-ci font usage des termes analysés – dans le cadre du débat qui nous intéresse, les termes « santé » et « maladie » – et d'autre part, en tentant de fournir une analyse des critères d'application de ces mêmes termes par ces mêmes locuteurs. C'est donc bien l'*usage*, par une communauté linguistique, de termes ou concepts que vise à décrire l'analyse conceptuelle. Sur ce point précis, la *BST* semble donc bien correspondre à une analyse conceptuelle.

Boorse spécifie bien cependant que, dans le cas de sa théorie biostatistique, ce ne sont pas nos intuitions communes (*lay intuitions*) qui font figure d'autorité en ce qui a trait à la définition des concepts de santé et de maladie, mais bien le jugement médical : « the BST [...] aims to analyse a theoretical medical concept of disease in the sense of “pathological conditions” and for this task lay ideas of disease are of little interest<sup>59</sup> ». Aussi, si nous voulons identifier l'entreprise de Boorse à la méthode de l'analyse conceptuelle, le domaine d'application de celle-ci devra être restreint à l'usage des concepts de

santé et de maladie que fait une communauté linguistique composée de spécialistes dans le domaine médical<sup>60</sup>.

Caractériser la *BST* comme une forme d'analyse conceptuelle n'est toutefois pas sans soulever quelques problèmes : d'abord, quel sens faut-il octroyer au naturalisme de Boorse si la *BST* est une analyse conceptuelle ? La question se pose puisque, typiquement parlant, dans la littérature philosophique contemporaine, le naturalisme constitue une *objection* à l'encontre de l'analyse conceptuelle<sup>61</sup>. Cette question soulève à son tour cette autre question : la *BST* est-elle bien assimilable à une méthode d'analyse conceptuelle ?

Plusieurs philosophes, opposés à l'usage de l'analyse conceptuelle en philosophie, dépeignent leur démarche comme étant naturaliste<sup>62</sup>. Cette démarche, qui définit essentiellement une certaine « conception » de l'activité philosophique, consiste à dire que la philosophie est, pour ainsi dire, en *continuité* avec la science<sup>63</sup> et ne peut constituer une entreprise purement et simplement *a priori*<sup>64</sup>. Certains, comme David Papineau par exemple, vont même jusqu'à dire que l'investigation philosophique est à rapprocher de manière radicale de la science en cela que 1) les propositions philosophiques *ne sont pas* analytiques, mais bien synthétiques, c'est-à-dire qu'au même titre que les propositions scientifiques, leur vérité n'est pas garantie par la seule structure des concepts qu'elles impliquent, que 2) le savoir philosophique est *a posteriori* et non pas *a priori*, c'est-à-dire que les propositions philosophiques dépendent du même genre de support empirique que les propositions scientifiques et que 3) la philosophie concerne ce qui est actuel et non ce qui est nécessaire, c'est-à-dire qu'elle vise à étudier *le même monde* que celui qu'étudie la science à l'inverse d'un monde de pure nécessité logique ou métaphysique<sup>65</sup>.

Il faut noter que l'emphasis mise sur le fait que la philosophie doit être en continuité avec les sciences naturelles caractérisant le naturalisme s'accorde bien avec l'*objectivisme* boorséen tel que dépeint plus avant, c'est-à-dire avec l'idée selon laquelle l'objectivité du concept de santé doit être analogue à l'objectivité des concepts issus des sciences naturelles. Cette conception de l'objectivité n'est pas non plus incompatible avec celle que mobilise Boorse pour répondre

à ses critiques, c'est-à-dire avec l'idée selon laquelle un concept *x* est objectif si aucun des énoncés qui constituent sa définition n'est évaluatif. J'ai dit, par ailleurs, que le naturalisme s'opposait à l'analyse conceptuelle en cela que les tenants du naturalisme s'opposent à l'idée d'une philosophie qui consisterait en une discipline purement et simplement *a priori*. Or, nous avons affirmé plus haut que c'est bel et bien sur des considérations *empiriques* que Boorse s'appuie pour élaborer son concept de santé : c'est la physiologie qui doit nous dire ce en quoi consiste la fonction normale des systèmes et mécanismes organiques. En cela, l'approche de Boorse s'accorde avec le naturalisme : il y a, chez Boorse, une certaine continuité entre science et philosophie. Ainsi, il semble que l'entreprise boorséenne de définition des concepts de santé et de maladie, de par sa posture naturaliste, soit difficilement réductible à une méthode d'analyse conceptuelle au sens classique du terme.

Dans la section qui suivra, je proposerai que la théorie biostatistique soit redéfinie non pas comme une analyse conceptuelle, mais bien, selon les termes de P. H. Schwartz, comme une *explication philosophique*. À mon sens, une telle redéfinition permettrait à Boorse d'éviter, d'une part, certains problèmes liés à sa posture épistémologique et d'autre part, certaines critiques qui lui sont fréquemment adressées.

### *L'explication philosophique comme alternative à l'analyse conceptuelle*

Certains interlocuteurs de Boorse se sont aussi penchés sur la question de sa méthode. C'est ainsi que Peter H. Schwartz propose de voir la *BST* non pas comme une analyse conceptuelle au sens strict, mais bel et bien comme ce qu'il appelle une « explication philosophique » (*philosophical explication*)<sup>66</sup> du même genre que celles proposées par les logiciens W. V. O. Quine ou encore R. Carnap.

Un autre problème avec le fait de considérer l'entreprise de Boorse comme une analyse conceptuelle, affirme Schwartz, tient au fait que la définition de la maladie fournie par la théorie biostatistique dévie parfois de celle fournie par l'usage actuel du terme par la médecine et ce, malgré l'insistance de Boorse sur le fait que la *BST* doit décrire



l'usage réel des concepts par les spécialistes des sciences médicales. À titre d'exemple, plusieurs manuels de référence de base en médecine qualifient de maladies certaines rares anomalies qui ne semblent présenter aucun signe de dysfonction. Du point de vue de la théorie biostatistique, il s'agirait tout simplement d'une erreur. Faut-il en conclure, comme le fait M. Lemoine<sup>67</sup> qu'une analyse conceptuelle peut s'accommoder de quelques rares et minimales stipulations, c.-à-d. se permettre de corriger la définition qu'elle s'efforce de découvrir ? Je suis d'avis, tout comme Schwartz<sup>68</sup>, que tout changement, du point de vue des critères définissant l'intension ou l'extension d'un concept, aussi marginal soit-il, demeure tout de même un changement de la signification du concept et qu'à cet égard, Boorse ne peut pas à juste titre se réclamer de la pure et simple analyse conceptuelle – c.-à-d. d'une analyse conceptuelle qui prétend *décrire* l'usage effectif, *par* les médecins et autres spécialistes de la santé – des concepts de santé et de maladie. C'est pourquoi il convient, si l'on tient à défendre la théorie biostatistique, de redéfinir ce en quoi celle-ci consiste, du point de vue de sa méthode.

L'explication philosophique, contrairement à l'analyse conceptuelle, ne prétend pas *découvrir* quoi que ce soit à propos de la signification d'un terme déjà existant. Au contraire, dans le sillage d'une telle forme d'analyse, une définition doit être considérée comme une *proposition* concernant la manière dont certains termes ou concepts devraient être utilisés à l'avenir. Une telle conception de la définition présente, selon Schwartz, trois différences significatives par rapport à l'analyse conceptuelle :

1. Elle permet la déviation, du point de vue de la signification, de l'usage actuel effectif<sup>69</sup>.

En effet, l'analyse conceptuelle s'affaire à *décrire* l'usage réel, fait dans le domaine médical, des concepts de santé et de maladie. Si tant est qu'il s'agisse de *décrire*, l'analyse doit admettre le moins possible de déviations (sinon aucune) du point de la signification de la définition des concepts. Il s'agit, rappelons-le, de fournir une définition *descriptive* des concepts de santé et de maladie. En ce qui a trait à l'explication philosophique cependant : « deviations are not just acceptable but actually expected<sup>70</sup> ». C'est donc dire que

les concepts analysés peuvent et doivent être modifiés, améliorés, clarifiés, etc., et c'est d'ailleurs ce qui rend pertinente l'explication philosophique : « the currently used concept is not clearly defined or it is defined in ways that are problematic, and thus a new definition is desirable<sup>71</sup> ». Pour reprendre les mots de Quine, cités par Schwartz, l'analyse philosophique « palie à un manque » :

We do not claim synonymy. We do not claim to make clear and explicit what the users of the unclear expression had unconsciously in mind all along. We do not expose hidden meanings, as the words « analysis » and « explication » would suggest; we supply lacks. We fix on the particular functions of the unclear expression that make it worth troubling about, and the device a substitute, clear and couched in terms to our liking, that fills those functions<sup>72</sup>.

Ainsi, l'explication philosophique ne vise pas à proprement parler à décrire la science, mais bien à faire en sorte que le travail du philosophe soit profitable au travail des médecins et des scientifiques. Pour le dire autrement, le philosophe travaille de concert avec le scientifique et palie à certains manques, d'un point de vue conceptuel, des théories scientifiques examinées<sup>73</sup>. L'explication philosophique admet donc certains types de définitions, notamment les définitions *stipulatives*, qui ont une teneur prescriptive quant à la signification d'un concept.

2. Elle n'exclut pas l'acceptabilité ou la vérité d'autres définitions dans des contextes d'usage différents.
3. Elle permet de poser plus avant la question du rôle des concepts ainsi définis<sup>74</sup>.

Comme je l'ai dit plus tôt, l'analyse conceptuelle s'affaire à fournir une définition descriptive de la signification d'un terme ou d'un concept. Puisque c'est bien de *décrire* dont il s'agit, la définition attendue devra prétendre à un certain degré de précision, d'exactitude, de justesse, etc. C'est pourquoi l'on peut dire de l'analyse conceptuelle qu'elle est « the search for an exact, that is, descriptive, definition of terms<sup>75</sup> ». C'est aussi pourquoi deux définitions distinctes, deux conceptions différentes et incompatibles (*competitive accounts*) du même terme ou

du même concept ne peuvent être tenues simultanément pour vraies. Par conséquent, si tant est que nous soyons justifiés d'accepter l'une comme l'autre des deux définitions fournies, le débat s'avèrera, du point de vue de l'analyse conceptuelle, absolument insoluble. C'est ce qui fait dire à M. Lemoine qu'il nous est impossible de décider entre une conception naturaliste et une conception normativiste de la santé et de la maladie, puisque chacun des deux camps semble rationnellement justifié d'avancer sa définition et ses objections en face du camp adverse. Lemoine insiste en effet sur le caractère insolvable du débat entre naturalisme et normativisme dans la mesure où, selon lui, le débat concerne bien deux approches *descriptives* des concepts de santé et de maladie<sup>76</sup>.

Du point de vue de l'explication philosophique cependant, la question n'est pas tant de savoir laquelle des définitions fournies décrit le mieux l'usage réel des concepts fait par une communauté linguistique *x* que de savoir quelle définition *devrait* être adoptée à l'avenir. Des définitions différentes peuvent ainsi être simultanément correctes tant qu'elles se voient octroyer des rôles théoriques distincts en répondant, par exemple, aux exigences de contextes différents. Schwartz offre ainsi une solution élégante au problème soulevé par M. Lemoine :

Shifting from conceptual analysis to philosophical explication also reframes the nature of debates between competing accounts. As described above, philosophers often propose incompatible accounts, each of which has advantages and disadvantages. According to conceptual analysis, only one of these accounts correctly captures the true meaning or correct criteria of application. In philosophical explication, in contrast, the two definitions may each have a reasonable claim to being the one that should be adopted in the future. For instance, one account may be somewhat better suited for one theoretical role while the other may be better suited for other roles. One definition may be easier to apply and the other may require fewer changes from current usage. There may still be debate between accounts, but that debate is over which should be adopted, not which is correct<sup>77</sup>.

Comme le fait remarquer Schwartz, dans le sillage de l'explication philosophique, le débat porte essentiellement sur des questions *normatives* : quel rôle devrait jouer un concept  $x$  – un concept de santé par exemple ? Quelle place doit-il occuper ? Qu'est-ce qu'un concept adéquat dans tel contexte ? – etc., etc. À cet égard, Boorse<sup>78</sup> identifie un certain nombre de problèmes conceptuels (*conceptual issues*) qu'un concept adéquat de santé devrait permettre de résoudre. De considérer l'entreprise de Boorse comme une explication philosophique plutôt que comme une analyse conceptuelle permet donc d'inclure ce que Lemoine appelle les « buts et les règles additionnels de l'analyse conceptuelle<sup>79</sup> » que Boorse propose et dont la visée dépasse celles attendues d'une simple analyse conceptuelle. Ces critères n'ont pas à être considérés comme des règles *ad hoc* surajoutées aux règles de l'analyse<sup>80</sup>. Bien plutôt, la formulation de telles règles est le propre du type d'explication philosophique auquel semble finalement s'adonner Boorse.

### *Quelques remarques/réflexions*

Il m'apparaît donc que de caractériser l'entreprise boorséenne comme une explication philosophique plutôt que comme une analyse conceptuelle permettrait à Boorse d'éviter un certain nombre de critiques lui étaient communément adressées et dont font partie les critiques de DeVito et Kingma que j'ai exposées plus haut. À tout le moins, une telle caractérisation permettrait de préciser sur quel point il s'avère pertinent ou non d'attaquer la théorie biostatistique. À titre d'exemple, une critique telle que celle émise par DeVito, critique qui consiste à pointer du doigt les différents endroits où interviennent des jugements de valeur dans le discours scientifique sur lequel est assise la définition de Boorse s'avèrerait nulle et non avenue. En effet, puisqu'une explication philosophique s'emploie à fournir une définition d'un concept tel que celui-ci devrait être compris dans le futur, il n'en tient qu'à cette définition d'exclure les aspects problématiques – normatifs, évaluatifs, prescriptifs, etc. – des concepts tels qu'ils sont présentement en usage. Comme Schwartz le fait très bien remarquer,

Boorse and others can admit that the current concepts of «disease» and «health» are vague and problematic, and possibly infected by metaphorical ideas about how things should be. But this does not undermine their accounts of «disease». Rather, these are exactly the sort of «kinks in a theory» that Quine wrote about which make a currently useful concept troublesome and mandate replacement with a well-drawn term<sup>81</sup>.

Par ailleurs, comme l'explication philosophique consiste à *proposer* une nouvelle définition, elle peut admettre différents types d'énoncés normatifs, tels que des énoncés prescriptifs, des définitions stipulatives, etc. Comme nous l'enseigne la réponse de Boorse présentée plus haut, il n'est pas clair que l'occurrence de tels énoncés suffit à compromettre l'objectivité des concepts qu'ils définissent. En effet, si tant est que des jugements de valeur doivent intervenir au sein d'une explication philosophique, ceux-ci interviennent non pas au niveau de la définition du concept lui-même, mais au niveau de la *théorie* elle-même. Pour le dire ainsi, ces jugements évaluatifs concernent ce en quoi consiste une bonne théorie – il y a donc lieu de parler de «valeurs épistémiques» – et ne concernent pas l'objet «santé» ou l'objet «maladie» à proprement parler. Boorse ne contrevient donc pas à ce qu'il conçoit comme l'objectivité du concept de santé lorsqu'il prétend proposer une «bonne» définition du concept en question ou lorsqu'il propose certains critères concernant ce que devrait comprendre un bon concept de santé ou de maladie.

Enfin, si tant est qu'il faille émettre une critique à l'encontre de la théorie de Boorse, celle-ci devrait se concentrer plus spécifiquement sur le contenu théorique/scientifique de son concept de santé plutôt que sur les choix qui le poussent à émettre telle ou telle définition. Comme le dit encore Schwartz :

the BST or any account of health should be tested for whether it involves only acceptable biological notions and whether it can play the theoretical role of determining the range of application for generalizations about the healthy state of organism<sup>82</sup>.

En ce sens, des critiques telles que celles émises par Ereshefsky<sup>83</sup>, Kingma<sup>84</sup> ou encore Hamilton<sup>85</sup>, pour ne mentionner qu'eux, critiques qui concernent plus spécifiquement la (mauvaise) biologie qui sous-tend la théorie biostatistique s'avèrerait, il me semble, plus pertinentes<sup>86</sup>.

Notons pour finir que le présupposé principal de mon analyse réside dans la foi dans le naturalisme de Boorse. La solidité de cette posture naturaliste demeure toutefois questionnable. Comme le montre encore Maël Lemoine, le naturalisme de Boorse n'est peut-être pas, au bout du compte, *assez* naturaliste : le fait que celui-ci préconise une approche déductive en partant de la nosographie médicale et en cherchant à élaborer un concept de pathologie à partir de descriptions fixes de maladies plutôt qu'une approche inductive qui consisterait à faire des généralisations à partir de données empiriques réelles – c'est-à-dire depuis le laboratoire – jette en effet des doutes sur la force de son prétendu naturalisme. Comme le dit Lemoine, «a philosopher looking for a naturalized definition of a particular disease would try to encompass all we know about the inner mechanisms of this disease in order to define it, rather than analyse orthodox usage of the term as it is defined is semiology<sup>87</sup>». Lemoine prêche ainsi pour une *naturalisation* des concepts de santé et de maladie et s'inscrit, à cet égard, dans le sillage de Quine pour lequel «it is within science itself, and not in some prior philosophy, that reality is to be identified and described<sup>88</sup>». Lemoine part cependant lui aussi avec le présupposé selon lequel l'approche de Boorse correspond bien à une instance d'analyse conceptuelle, ce qui, comme je l'ai montré plus avant, ne semble pas conforme à la méthode qu'emploie Boorse.

## Conclusion

Je crois être parvenu à montrer, dans cet article, que la posture résolument naturaliste de Boorse interdit que la théorie biostatistique puisse être proprement définie comme une analyse conceptuelle. J'ai donné par ailleurs plusieurs raisons pour lesquelles la *BST* devrait être redéfinie dans les termes de l'explication philosophique. Il conviendrait toutefois de s'interroger davantage sur les liens existant entre le naturalisme et l'explication philosophique. Il faudrait tâcher de voir, notamment, quelle place occupe ce genre d'explication dans

la philosophie naturaliste de Quine – avec lequel Boorse a fait ses premières armes<sup>89</sup> – et se demander s'il y a bien lieu d'y trouver un cadre d'analyse adéquat pour la philosophie de la médecine<sup>90</sup>.

- 
1. Eric Margolis et Stephen Laurence, «Concepts», in *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, éd. Edward N. Zalta, 2014; Peter H. Schwartz, «Reframing the Disease Debate and Defending the Biostatistical Theory», *Journal of Medicine and Philosophy* 39, no 6, 2014, pp. 572-589.
  2. *Ibid.*
  3. Peter H. Schwartz, «Reframing the Disease Debate and Defending the Biostatistical Theory», *Journal of Medicine and Philosophy* 39, no 6, 2014, pp. 572-589.
  4. Christopher Boorse, «Concepts of Health and Disease», in *Philosophy of Medicine*, éd. Fred Gifford, Elsevier, 2011, pp. 16-13.
  5. *Ibid.*, p. 13.
  6. *Ibid.*, p. 14.
  7. Peter H. Schwartz, *loc. cit.*
  8. Maël Lemoine, «Defining Disease beyond Conceptual Analysis: An Analysis of Conceptual Analysis in Philosophy of Medicine», *Theoretical Medicine and Bioethics* 34, no 4, pp. 309-325.
  9. Margolis et Laurence, *loc. cit.*
  10. Schwartz, *loc. cit.*
  11. Christopher Boorse, 1977, *loc. cit.*; Boorse, 2011, *loc. cit.*; Boorse, «A Second Rebuttal On Health», *Journal of Medicine and Philosophy* 39, no 6, 2014, p. 683-724.
  12. *Ibid.*, p. 83.
  13. Bien qu'hésitant, Boorse semble suggérer à certains endroits que la «race» devrait être comprise dans la classe de référence.
  14. *Ibid.*, p. 85.
  15. *Ibid.*, p. 89.
  16. *Ibid.*, p. 84-85.
  17. *Ibid.*, p. 86.
  18. Notamment Larry Wright, «Functions», *Philosophical Review* 82, no 2, 1973, pp. 139-168.
  19. Christopher Boorse, «Wright on Functions», *The Philosophical Review* 85, no 1, pp. 70-86; J. C. Wakefield, «The Concept of Mental Disorder. On the Boundary between Biological Facts and Social Values»,

- The American Psychologist* 47, no3, 2007, pp.373- 88; Jerome C. Wakefield, «Spandrels, vestigial organs, and such: reply to Murphy and Woolfolk's "The harmful dysfunction analysis of mental disorder"», *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 7, no4, 2000, pp.253-269.
20. Boorse (Christopher Boorse, «A Second Rebuttal On Health», *Journal of Medicine and Philosophy*, 39, no6, pp.688-689) mentionne bien cependant qu'une telle idée ne fait pas de son concept de fonction un concept «évolutionniste» comme le prétend Dominic Murphy, «Concepts of Disease and Health», *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, éd. par Edward N. Zalta, 2015.
  21. Élodie Giroux et Maël Lemoine, *Textes clés de philosophie de la médecine, Vol. II : Santé, maladie, pathologie*, Vrin, Paris, 2012.
  22. Boorse n'est pas non plus un défenseur de l'approche systémique. Voir David Prévost-Gagnon, «Le concept de fonction dans la théorie biostatistique de Boorse» dans le présent numéro.
  23. Boorse, 1977, *loc. cit.*, p.87.
  24. *Ibid.*, p. 23.
  25. Boorse (2014, *loc. cit.*, p.685) corrige le tir quant à sa première formulation de critères qui stipulait que la survie «et» la reproduction étaient les buts vers lesquels tendent les organismes. Sa formulation donnait à penser que ces deux aspects viennent toujours conjointement. Or, «*reproductive functions, such as pregnancy, need not help survival and might hurt it and people can have diseases beyond their reproductive years*». C'est pourquoi il convient mieux, selon Boorse, de mettre un «ou» à la place du «et».
  26. Christopher Boorse, 1977, *loc. cit.*, p. 88.
  27. «les fonctions biologiques ne s'accomplissent pas de façon continue, mais à des occasions appropriées. La question de savoir quelles sont ces occasions appropriées est un fait empirique lié à la classe de référence [...]. [À] tout moment un organisme peut fonctionner normalement dans son contexte présent, mais être dans l'incapacité de le faire à d'autres occasions, pourtant susceptibles de se présenter [...]. [L]'incapacité d'accomplir une fonction reste une pathologie même si l'occasion de l'accomplir ne se présente jamais.» Boorse, 1977, *loc. cit.*, p.98.
  28. Christopher Boorse, 1977, *loc. cit.*, p.98; 2011, *loc. cit.*, p.7; 2014, *loc. cit.*, p.685.
  29. *Ibid.*, p. 86.
  30. Christopher Boorse, 2011, *loc. cit.*, p. 27.
  31. Christopher Boorse, «On the distinction between disease and illness», *Philosophy & public affairs*, 1975, pp.49-68.



32. Christopher Boorse, «What a theory of mental health should be», *Journal for the Theory of Social Behavior*, no 6, 1976, p. 61 ; Germund Hesslow, «Avons-nous besoin d'un concept de maladie?», dans *É. Giroux et M. Lemoine, loc. cit.*, p. 315.
33. Élodie Giroux et Mael Lemoine, *loc. cit.*
34. Christopher Boorse, 2011, *loc. cit.*
35. Christopher Boorse, 1977, *loc. cit.*, p. 62.
36. Christopher Boorse, cité par Scott DeVito, «On the Value-Neutrality of the Concepts of Health and Disease», *Journal of Medicine and Philosophy* 25, no 5, 2000), pp. 539-567.
37. Peter Sedgwick, «Illness-mental or otherwise *The Hasting Center Studies* 1, no 3, 1973, pp. 19-40.
38. Lennart Nordenfelt, «Health and Disease: Two Philosophical Perspectives», *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979-) 40, no 4, pp. 281-284.
39. Tristram Engelhardt, «The Disease of masturbation: value and the concepts of disease», In James Lindemann Nelson & J. Hilde Lindemann Nelson (eds.), *Meaning and Medicine: A Reader in the Philosophy of Health Care*. Routledge, 5, no 15, 1999.
40. À l'opposé de cette idée, voir Peter Sedgwick, *loc. cit.*
41. Voir entre autres : James G. Lennox, «Health as an Objective Value», *Journal of Medicine and Philosophy* 20, no 5, 1995, pp. 499-511 ; Randolph Nesse, «On the difficulty of defining disease: A Darwinian perspective», *Medicine, Health Care, and Philosophy*, Research Library, 4, no 1, 2001, pp. 37-46 ; Lennart Nordenfelt, «Health and Disease: Two Philosophical Perspectives», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1979, 40, no 4, 1986, pp. 281-84 ; J. Wakefield, 2007, *loc. cit.*
42. Scott DeVito, «On the Value-Neutrality of the Concepts of Health and Disease : Unto the Breach Again», *Journal of Medicine and Philosophy*, 25, no 5, pp. 539-567.
43. Scott DeVito, *loc. cit.*
44. Scott DeVito, *loc. cit.* pp. 541-542. Bien que DeVito ne le formule pas ainsi, il semble que le «second niveau» dont il est question corresponde bel et bien à l'intension du concept, c'est-à-dire à un ensemble de critères qui permettent de spécifier ce à quoi le concept s'applique.
45. *Ibid.*, p. 544.
46. *Ibid.*, p. 543.
47. *Ibid.*, pp. 543-544.

48. Elselijn Kingma, «What Is It to Be Healthy?», *Analysis* 67, no 294, 2007: pp. 128-133.
49. Christopher Boorse, 2014, *loc. cit.*
50. Maël Lemoine, «Defining Disease beyond Conceptual Analysis », *Theoretical Medicine and Bioethics* 34, no 4, 2013, pp. 309-325; Margolis et Laurence, *loc. cit.*; Schwartz, *loc. cit.*
51. Christopher Boorse, 2014, *loc. cit.*
52. *Ibid.*, p. 695.
53. Christopher Boorse in Fred Gifford, éd., *Philosophy of medicine*, 1<sup>st</sup> ed, Handbook of the philosophy of science, vol. 16, Amsterdam; Boston: Elsevier/North Holland, 2011, p. 20.
54. Anil Gupta, «Definitions », in *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, éd. Edward N. Zalta, 2015; voir aussi Lemoine, *loc. cit.*
55. Eric Margolis et Stephen Laurence, *loc. cit.*
56. Élodie Giroux et Maël Lemoine, *op. cit.*
57. Peter H. Schwartz, *loc. cit.*
58. Karen Neander, «Functions as Selected Effects: The Conceptual Analyst's Defense», *Philosophy of Science* 58, no 2, 1991, p. 170.
59. Christopher Boorse, *loc. cit.*, p. 688.
60. En ce sens, l'analyse conceptuelle de Boorse pourrait peut-être être définie comme une analyse conceptuelle non classique telle que celle proposée par Neander dans son article.
61. Eric Margolis et Stephen Laurence, *loc. cit.*
62. David Papineau, «Naturalism», in *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, éd. par Edward N. Zalta, 2009.
63. Eric Margolis et Stephen Laurence, *loc. cit.*
64. Cette forme de naturalisme évoque la distinction entre énoncés analytiques et énoncés synthétiques rejetée par W. V. O. Quine dans le très célèbre article *Two dogmas of empiricism* (1951). Voir à cet égard Halvor Nordby, «The Analytic-synthetic Distinction and Conceptual Analyses of Basic Health Concepts», *Medicine, Health Care and Philosophy* 9, no 2, 2006, pp. 169-180.
65. David Papineau, «The Poverty of Analysis», *Aristotelian Society Supplementary Volume* 83, no 1, 2009, pp. 1-30.
66. Boorse (dans Gifford, 2011, *op. cit.*, p. 20) souligne que son approche a déjà été rapprochée par L. Nordenfelt (Lennart Nordenfelt, George Khushf, et K. W. M. Fulford, *Health, Science and Ordinary Language*, Amsterdam; New York: Editions Rodopi B.V., 2001, p. 26) d'une «rational reconstruction of a scientific concept in the style of Carnap, Hempel or Quine, with stipulative precisification and exclusions».

67. Maël Lemoine, *loc. cit.*
68. Peter H. Schwartz, *loc. cit.*, p. 577.
69. *Ibid.*, p. 578.
70. *Id.*
71. *Ibid.*, p. 573.
72. *Id.*
73. L'explication philosophique répond ainsi mieux aux visées du travail de l'analyste qu'identifie Maël Lemoine, («The Naturalization of the Concept of Disease», in *Classification, Disease and Evidence*, éd. par Philippe Huneman, Gérard Lambert, et Marc Silberstein, vol. 7, Dordrecht, Springer Netherlands, 2015, pp.19-41) que ne le fait l'analyse conceptuelle.
74. *Ibid.*, p. 579.
75. Maël Lemoine, 2013, *loc. cit.*, p. 310.
76. Lemoine, 2015, *loc. cit.*
77. P. H. Schwartz, *loc. cit.*, p. 579.
78. Christopher Boorse, 2011, *loc. cit.*
79. Lemoine, 2015, *loc. cit.*
80. Maël Lemoine, 2013, *loc. cit.*, p. 313.
81. Schwartz, *loc. cit.*, p. 581.
82. *Ibid.*
83. Mark Ereshefsky, *loc. cit.*
84. Elselijn Kingma, «Paracetamol, Poison, and Polio: Why Boorse's Account of Function Fails to Distinguish Health and Disease», *The British Journal for the Philosophy of Science* 61, no 2, 2010, pp. 241-264.
85. Richard P. Hamilton, «The Concept of Health: Beyond Normativism and Naturalism», *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16, no 2, pp. 323-329.
86. Il n'est pas certain cependant que les critiques d'Ereshefsky touchent la cible. Voir encore Boorse, 2014, *loc. cit.*
87. Lemoine, 2015, *loc. cit.*, p. 30.
88. W. V. O. Quine, 1981, *Theories and things*, Harvard University Press, Cambridge, MA, p. 21.
89. Christopher Boorse, «The Origins of the Indeterminacy Thesis», *The Journal of Philosophy* 72, no 13.
90. Remerciements sincères à Andrée-Anne Bergeron pour la relecture et le support moral, à Anne-Marie Gagné-Julien, Pierre-Olivier Méthot et à Élodie Giroux pour les commentaires et les suggestions, ainsi qu'à Jérôme Y. Brousseau pour les discussions.



# Le concept de fonction dans la théorie biostatistique de Christopher Boorse

DAVID PRÉVOST-GAGNON, *Université Laval*

## *Résumé*

Cette recherche s'intéresse à la nature du concept de fonction impliqué dans le contexte de la théorie biostatistique de Christopher Boorse. On distingue communément deux grandes conceptions de la fonction : la théorie du rôle causal (ou approche dispositionnelle) développée par Robert Cummins et la théorie étiologique défendue par Larry Wright (1973). Alors que la théorie du rôle causal associe le concept de fonction à une contribution dans la performance d'une certaine capacité d'un système donné, la théorie étiologique, quant à elle, l'assimile à une explication causale de type historique. L'objectif principal de la présente étude consiste à évaluer comment, entre ces deux grandes théories fonctionnelles, se positionne la notion de fonction impliquée dans la théorie biostatistique de Christopher Boorse. En regard des caractéristiques propres à chacune des théories fonctionnelles, est considérée d'abord une certaine affinité du concept de fonction proposé par Boorse pour la théorie du rôle causal. Une conception pluraliste, intégrant à la fois fonction dispositionnelle et fonction étiologique est par la suite défendue. L'imputation d'une dimension étiologique au concept de fonction impliqué dans la théorie biostatistique est principalement soutenue par la distinction entre énoncés fonctionnels typiques (appliqués à des classes d'individus), et énoncés fonctionnels individuels (appliqués à tel ou tel être singulier). Sont associés, respectivement aux conceptions étiologique et dispositionnelle, énoncés fonctionnels typiques et énoncés fonctionnels individuels. En relevant cette distinction entre énoncés fonctionnels typiques et individuels au sein même de la théorie biostatistique, cette étude permet de conclure que la théorie de Boorse intègre une double conception de la fonction biologique.

## 1. Introduction

Les théories fonctionnalistes des concepts de santé et de maladie ont été source d'une littérature foisonnante en philosophie de la médecine. Parmi les plus connues et les plus étudiées, on peut citer entre autres la théorie du dysfonctionnement préjudiciable de Jerome Wakefield<sup>1</sup> et la théorie biostatistique (*BST*) de Christopher Boorse<sup>2</sup>. Ces deux théories semblent, *a priori*, intégrer des conceptions distinctes et opposées de la notion de fonction : une conception étiologique des effets sélectionnés dans le cas de la théorie proposée par Wakefield, et une conception dispositionnelle axée sur la contribution à la réalisation de certains buts pour ce qui est de la *BST*.

À travers la présente étude, je défendrai la thèse que la *BST* intègre une double conception de la fonction biologique, alliant à la fois dimensions étiologique et dispositionnelle. Dans une première section, j'effectuerai un bref survol des conceptions étiologique et dispositionnelle de la fonction tout en retraçant sommairement l'histoire du débat philosophique sur les énoncés fonctionnels. Dans une deuxième section, j'analyserai la théorie fonctionnelle défendue par Boorse et discuterai de la position qu'elle occupe dans la dichotomie entre fonction étiologique et fonction dispositionnelle. Enfin, dans une troisième section, je présenterai dans quelle mesure il est possible d'attribuer une conception étiologique à la notion de fonction impliquée dans le contexte de la théorie biostatistique. J'invoquerai pour ce faire deux arguments : l'un misant sur la distinction entre fonction individuelle et fonction typique et, l'autre, plus général, reposant sur la normativité des énoncés physiologiques.

## 2. Les théories fonctionnelles

Que ce soit en botanique, en physiologie, en zoologie ou encore en biologie évolutive, les énoncés fonctionnels sont omniprésents dans les sciences biologiques<sup>3</sup>. En dépit du fait qu'ils soient si couramment utilisés, ce genre d'énoncés continue de poser problème pour bon nombre de philosophes des sciences. L'origine de ce débat plutôt fertile se situe essentiellement autour de la nature téléologique qu'exhibent les énoncés fonctionnels. Si l'on

attribue traditionnellement une dimension téléologique aux énoncés fonctionnels, c'est principalement en raison du fait qu'ils *semblent*, dans leur structure grammaticale, expliquer les causes à partir de leurs effets. Or, dans les sciences de la nature, c'est, de manière générale, tout à fait l'inverse qui se produit. Les causes précèdent les effets dans la formulation de nos explications causales et celles-ci respectent essentiellement une forme nomologique-déductive. Puisque le caractère téléologique des explications fonctionnelles entre en opposition directe avec les explications causales traditionnelles des sciences de la nature, de nombreux philosophes des sciences en vinrent, devant cette situation paradoxale, à remettre sérieusement en question la valeur scientifique même des énoncés fonctionnels en biologie.

Comme le relève Karen Neander dans son article « Les explications fonctionnelles<sup>4</sup> », dans les années 1960 et 1970, alors que s'amorçait le débat autour du concept de fonction, deux positions principales dominaient le paysage de l'analyse fonctionnelle en philosophie. L'une, plutôt radicale, consistait à tout simplement éliminer de la biologie tout discours fonctionnel, et l'autre plus tolérante, consistait à conserver le concept de fonction en le dépouillant toutefois de tout contenu téléologique<sup>5</sup>. Suivant la deuxième position, diverses théories de la fonction furent proposées afin de réhabiliter la valeur scientifique des énoncés fonctionnels. Dans la présente section, afin de bien caractériser comment s'insèrent les conceptions de Christopher Boorse dans le débat sur les fonctions, j'effectuerai un bref survol des principales théories de la fonction. Pour chacune des théories considérées, j'exposerai le type d'explication privilégié et énoncerai les principales objections qui en découlent.

### *2.1 Nagel, Hempel et le modèle déductif-nomologique*

Le débat philosophique autour des explications fonctionnelles s'est amorcé avec la parution de deux importants ouvrages : « *The Logic of Functional Analysis*<sup>6</sup> » publié par Carl Gustav Hempel en 1959 et *The Structure of Science : Problems in the Logic of Scientific Explanation*<sup>7</sup> publié par Ernest Nagel en 1961. Hempel et Nagel, deux éminents représentants du positivisme logique, croyaient, d'une part,

en une certaine unité méthodologique de la science et, d'autre part, en la possibilité de la révéler par l'élucidation de sa structure logique. Suivant ces conceptions, ils voyaient, dans le modèle nomologique-déductif, la seule explication causale scientifiquement valable. Ce faisant, voulaient rétablir la valeur scientifique des énoncés fonctionnels se résumait alors à dissiper leur apparente forme téléologique en les traduisant en explication causale ordinaire.

Une explication causale, selon le modèle nomologique-déductif, constitue un raisonnement logique à travers lequel l'*explanandum* (ce qui est expliqué) est déduit logiquement par subsomption de l'*explanans* (ce qui sert à expliquer ou ce qui explique). L'*explanans* est constitué d'un ensemble de prémisses de deux types distincts : des lois générales ( $L_1, L_2, L_3, \dots, L_m$ ) et des faits particuliers ou conditions initiales ( $C_1, C_2, C_3, \dots, C_n$ )<sup>8</sup>. S'inscrivant dans cette perspective nomologique-déductive, Nagel proposa d'analyser le concept de fonction comme suit : tout énoncé fonctionnel ayant la forme suivante, c'est-à-dire « la fonction d'un item X dans une classe d'organismes O est Y », peut se traduire en un énoncé causal ordinaire ayant la forme « l'item X est une condition nécessaire (ou une cause) du caractère Y dans la classe d'organismes O<sup>9</sup> ».

Suivant cette analyse, un énoncé fonctionnel tel que « la fonction du cœur (X) chez les vertébrés (O) est de pomper le sang (Y) » est équivalent à l'énoncé causal « Le cœur est une condition nécessaire (ou une cause) du pompage du sang chez les vertébrés ». Selon Nagel, la dimension téléologique des énoncés fonctionnels ne serait qu'affaire de langage. Elle se dissipe pour peu que l'on applique une reformulation respectant les préceptes du modèle nomologique-déductif. L'élégante solution de Nagel souffre toutefois d'une lacune majeure en ce qu'elle ne parvient pas à distinguer effets fonctionnels et effets accidentels<sup>10</sup>. Si l'on reprend l'exemple du cœur, il serait tout à fait juste, suivant l'analyse de Nagel, d'affirmer que le cœur est une condition nécessaire (une cause) à l'émission de sons liés au pompage du sang (pulsations cardiaques). Cependant, personne ne serait prêt à affirmer que la fonction du cœur est d'émettre des sons. L'émission de sons liés au pompage du sang est certes un effet dont la cause est le cœur, mais la simple association d'une cause à son ou ses



effets est insuffisante pour rendre compte de ce que les biologistes entendent par le terme « fonction ». Lorsque les biologistes formulent des énoncés du type : « la fonction de X est Y » ils ne disent pas simplement que Y est un effet dont la cause est X (ce que X *fait*); ils affirment également ce que X *devrait* ou est *censé* produire. Ainsi, de par cet échec, la solution de Nagel aura eu le mérite d'exhiber un autre aspect essentiel des attributions fonctionnelles : leur dimension normative<sup>11</sup>.

## *2.2 Wright et la théorie étiologique*

Dans son article « Functions<sup>12</sup> », Larry Wright se distance des conceptions positivistes d'une science unifiée et cherche à rendre compte, avec sa théorie étiologique du concept de fonction, qu'une explication fonctionnelle a une spécificité propre et distincte de l'explication causale traditionnelle du modèle nomologique-déductif. Loin de concevoir la dimension téléologique des énoncés fonctionnels comme un obstacle à leur validité scientifique, Wright y reconnaît plutôt la nécessité d'élaborer un nouveau type d'explication causale. Il poursuit, dans l'élaboration de sa théorie fonctionnelle, essentiellement deux objectifs principaux : 1) unifier, sous un seul et même concept, artefacts et structures biologiques et, 2) distinguer effets fonctionnels et effets accidentels<sup>13</sup>. Afin de rendre compte de ces aspects qui, comme le note Wright, font défaut<sup>14</sup> chez la majorité des théoriciens de la fonction des années 60, ce dernier procède à une analyse du concept de fonction fondée sur une explication causale étiologique visant à en naturaliser les dimensions téléologique et normative. Dans cette perspective, affirmer par exemple que les piquants d'un porc-épic ont pour fonction de le protéger contre les prédateurs revient à tenter d'expliquer *pourquoi* le porc-épic a des piquants. Wright se défend toutefois de proposer une simple étiologie du *pourquoi* (étiologie causale). Les fonctions, soutient-il, ont une étiologie spécifique combinant, dans un étroit rapport, étiologie causale et analyse des conséquences<sup>15</sup>. Le passage suivant illustre bien son point de vue : « when we say that Z is the function of X, we are not only saying that X is there because it does Z, we are also saying that Z is there (or happens as a consequence) of X's being there<sup>16</sup> ».

L'ajout de la dimension *conséquentielle* rend manifeste le type d'explication causale impliquée dans la théorie étiologique. Celle-ci repose, non pas sur un concept déductif-nomologique de la causalité, mais plutôt sur un concept historique de la causalité. Ainsi, comme le souligne Gayon, du point de vue de la théorie étiologique, « attribuer une fonction à un item donné n'a de signification qu'en relation avec l'histoire causale passée qui a conduit l'item en question à exister<sup>17</sup> ».

Malgré ses nombreux attraits en termes, notamment, de pouvoir explicatif, d'affinité avec la biologie évolutive ou de capacité à rendre compte de la dimension normative des énoncés fonctionnels par la distinction entre effets fonctionnels et effets accidentels, assimiler les énoncés fonctionnels à des explications causales historiques entraîne certaines difficultés. La principale difficulté réside dans le fait qu'un tel type d'explication ne s'applique non pas à telle ou telle entité singulière, mais plutôt à des types d'entités ou, plus précisément, à des collections d'entités partageant, pour un ou plusieurs traits donnés, la même histoire causale<sup>18</sup>. De ce fait, la théorie étiologique ne peut, par exemple, attribuer de fonction à l'apparition (considérons ici la possibilité d'une mutation génétique) d'un trait nouveau et avantageux chez un individu donné<sup>19</sup>. Elle ne le pourrait qu'à partir de sa descendance. La question de déterminer à partir de combien de générations l'on peut affirmer qu'un trait se « fixe » demeure, à tout le moins, purement spéculative. Afin de pallier cette difficulté, diverses modifications, provenant à la fois de philosophes de la biologie et de biologistes de l'évolution, ont été apportées à la théorie étiologique. Notons, à cet effet, les apports de la théorie des effets sélectionnés<sup>20</sup> et de la théorie des *exaptations*<sup>21</sup>.

### 2.3 Cummins et la théorie du rôle causal

À l'inverse de la théorie étiologique qui cherche à rendre compte des dimensions normative et téléologique du concept de fonction, la théorie du rôle causal, introduite par Robert Cummins dans son article «Functional Analysis<sup>22</sup>», cherche à dépouiller complètement les fonctions de leur contenu téléologique. Reprenant une démarche axée sur l'explication causale nomologique-déductive, Cummins se distance toutefois des analyses fonctionnelles proposées par

Hempel et Nagel en assimilant les énoncés fonctionnels non pas à des explications causales ordinaires, mais plutôt à des explications dispositionnelles<sup>23</sup>. Afin d'établir la pertinence de l'approche dispositionnelle au discours fonctionnaliste, Cummins procède d'abord par une critique de la conception traditionnelle de la notion de fonction en philosophie de la biologie.

La principale faiblesse que Cummins relève des analyses de Hempel, Nagel et de leurs successeurs, réside dans l'adhésion presque systématique à la présupposition suivante : « attribuer une fonction c'est expliquer la présence d'un item caractérisé par cette fonction<sup>24</sup> ». Selon Cummins, cette présupposition recèle un important problème épistémologique : elle impute systématiquement une explication téléologique aux énoncés fonctionnels. Or, pour Cummins, l'usage conventionnel du concept de fonction en science, notamment en physiologie et en psychologie, loin de révéler ce caractère téléologique, encourage plutôt à concevoir les énoncés fonctionnels comme des explications dispositionnelles.

Conçue en tant qu'explication dispositionnelle, l'attribution d'une fonction à un item donné n'explique pas *pourquoi* l'item en question est présent, elle explique plutôt *comment* l'item en question, par « l'émergence d'une certaine capacité dans un système le contenant, contribue au fonctionnement de ce système<sup>25</sup> ». Le concept de causalité ici en question se fonde, comme chez Nagel, sur le modèle nomologique-déductif. Suivant un système plus ou moins complexe décomposé en ses parties les plus élémentaires, la fonction d'un élément de ce système (au temps  $t$  et soumis aux conditions initiales  $C_1, C_2, C_3, \dots, C_n$ ), est déduite en vertu de son *rôle* causal dans la contribution à une certaine capacité de ce système. Dans cette perspective, affirmer que le cœur a pour fonction de pomper le sang revient alors à dire que le cœur a le rôle d'une pompe dans le système cardio-vasculaire. C'est précisément le type d'énoncé fonctionnel, souligne Cummins, que formulent ordinairement les physiologistes, et ce, sans recours à aucune étiologie fonctionnelle ou histoire évolutive<sup>26</sup>.

La principale difficulté de la théorie du rôle causal réside dans sa trop grande généralité. Elle admet une classe de fonctions

beaucoup trop extensive. En principe, puisque n'importe quel effet de n'importe quel item peut-être analysé suivant son rôle causal dans l'émergence d'une certaine capacité propre à un système donné, l'approche dispositionnelle parvient difficilement à distinguer les effets fonctionnels des effets accidentels et ne peut, par conséquent, rendre compte de la dimension normative des énoncés fonctionnels. Pour les mêmes raisons, elle admet également la formulation d'énoncés fonctionnels dans des disciplines non biologiques où le langage fonctionnel téléologique n'est ni présent ni pertinent. Dans un système complexe comme le cycle de l'eau par exemple, la théorie du rôle causal nous autoriserait à affirmer que les nuages ont pour fonction de faire pleuvoir<sup>27</sup>. En revanche cependant, l'approche dispositionnelle, contrairement à la conception étiologique, parvient à mieux rendre compte de l'émergence de fonctions nouvelles. Puisqu'elle s'intéresse au fonctionnement d'un système d'une entité particulière au moment présent, la théorie du rôle causal est dite anhistorique et peut admettre des attributions fonctionnelles sans avoir à se référer à une histoire causale.

### *3. La théorie fonctionnelle de Christopher Boorse*

À la section précédente, j'ai effectué un bref survol mettant en évidence deux conceptions dominantes dans le débat sur la notion de fonction : la conception étiologique qui mise sur une explication causale historique et la théorie du rôle causal qui mise, quant à elle, sur une explication dispositionnelle. En vertu de leurs modes d'explications respectifs, il est communément admis que la conception étiologique reflète l'usage de la fonction en biologie évolutive, tandis que l'approche dispositionnelle s'attache à révéler la nature du concept de fonction dans la pratique de la physiologie.

En regard de ces deux théories fonctionnelles, j'examinerai, dans ce qui suit, comment la notion de fonction développée par Boorse s'introduit dans cette dichotomie. Pour ce faire, j'insisterai sur deux caractéristiques principales propres à la théorie fonctionnelle proposée par Boorse : son univocité et son pluralisme. Cette première analyse se veut préparatoire des thèses que j'avancerai subséquemment (section 4) sur la nature du concept de fonction

impliqué dans la formulation du concept théorique de santé proposé par Boorse.

### *3.1. Vers une unification des différents concepts de fonction*

Boorse développe sa théorie de la fonction à travers, essentiellement, deux articles : « Wright on Functions<sup>28</sup> » et « A Rebuttal on Functions<sup>29</sup> ». Le premier consiste en une critique de la théorie étiologique de Larry Wright par le biais de laquelle Boorse introduit la pertinence de son concept de fonction centré sur une analyse de la contribution aux buts dans les systèmes dirigés vers des buts (*general goal-contribution analysis* ou GGC<sup>30</sup>). Le second constitue une réponse étoffée aux différentes critiques adressées à l'endroit de son analyse GGC et de la notion de fonction impliquée dans sa théorie biostatistique. Par les contre-arguments évoqués, il précise et développe certains points essentiels à la compréhension de sa théorie fonctionnelle.

Dans son article « Wright on Functions », Boorse soutient que la théorie étiologique de Wright, malgré ses aspirations à le faire, ne parvient pas sans équivoque à unifier sous un seul et même concept de fonction artefacts et structures biologiques. Le raisonnement menant à cette conclusion s'articule autour de deux contre-exemples à travers lesquels Boorse cherche à rendre manifeste la manière dont artefacts et structures biologiques ne peuvent, dans la théorie de Wright, impliquer une seule et même espèce d'étiologie fonctionnelle. À cet effet, Boorse suggère que les artefacts impliqueraient une étiologie intentionnelle<sup>31</sup> tandis les structures biologiques impliqueraient une étiologie évolutive<sup>32</sup>. Les contre-exemples proposés pour soutenir cette position sont assez intuitifs : ils impliquent 1) l'application d'une étiologie évolutive à un artefact et, 2) l'application d'une étiologie intentionnelle à une structure biologique. Examinons chacun des contre-exemples :

1. « Imaginons un scientifique construisant un laser relié par un tube en caoutchouc à une source gazeuse de chlore. Après avoir mis l'appareil en marche, il remarque un bris dans le tube, mais avant qu'il ne puisse corriger la situation, il inhale le gaz s'échappant du tube et s'évanouit<sup>33</sup> ».

Selon une étiologie évolutive, sans référer aux intentions du scientifique, il faut alors admettre, soutient Boorse, que la fonction du bris dans le tube est de laisser s'échapper le gaz. En d'autres termes, suivant l'étiologie de Wright, la conséquence du bris dans le tube est l'échappement du gaz, le bris dans le tube est là et persiste dans le temps (analogie avec la sélection naturelle) parce qu'il permet l'échappement du gaz.

2. « Imaginons un homme qui, irrité par un chien aboyant, lui donne un coup de pied avec l'intention de le faire souffrir et que ce coup de pied a pour conséquence la fracture d'une patte de l'animal<sup>34</sup> ».

Dans une étiologie intentionnelle, considérant que l'intention du « créateur de la fracture » est de faire souffrir le chien, il faut alors, remarque Boorse, reconnaître que la fracture de la patte a pour fonction de faire souffrir le chien. À la lumière de l'invraisemblance de ces deux contre-exemples, Boorse conclut que la théorie étiologique ne peut rendre compte, sans équivoque, à la fois des fonctions attribuées aux artefacts et des fonctions attribuées aux structures biologiques.

Dans une seconde critique, Boorse insiste sur l'invraisemblance historique des prétentions de la théorie étiologique à l'unification fonctionnelle des artefacts et des structures biologiques. Dans l'histoire de la biologie, relève ce dernier, l'usage premier du concept de fonction n'est pas étiologique, mais plutôt dispositionnel. Historiquement parlant, la physiologie est antérieure à la biologie évolutive et celle-ci, soutient-il, à l'instar de Cummins d'ailleurs, n'a aucun besoin d'une conception étiologique. Le passage suivant illustre bien l'argument qu'il avance : « The modern theory of evolution is of recent vintage ; talk about functions had been going on for a long time before it appeared. When Harvey (1628) said that the function of the heart is to circulate the blood, he did not have natural selection in mind<sup>35</sup> ».

À la lumière de ces deux objections, il semble peu plausible que la théorie étiologique puisse constituer la meilleure avenue pour une unification des artefacts et des structures biologiques sous un seul et même concept de fonction. En solution à ces difficultés, Boorse

développe une conception unificatrice de la notion de fonction fondée sur une analyse en termes de contribution à des buts. Artefacts et organismes vivants peuvent, soutient-il, être considérés comme des systèmes orientés vers la réalisation de certains buts<sup>36</sup>. Pour les artefacts, les buts sont définis selon les intentions humaines derrière leur *design* ou, plus faiblement, selon les intentions derrière l'usage que l'on en fait. Pour ce qui est des organismes vivants, bien qu'ils comprennent une multiplicité d'orientations téléologiques interagissant, la résultante de leurs contributions respectives converge vers deux buts ultimes : la survie et la reproduction. L'explication sous-entendue dans la conception fonctionnelle de Boorse semble alors plutôt embrasser une explication dispositionnelle, où la solution visée cherche à répondre à la question suivante : « comment un système donné, en tant qu'il constitue un système orienté vers des buts, opère-t-il ? ».

Examinons maintenant la formulation explicite du concept de fonction, conçu en tant qu'analyse GGC, proposé par Boorse : « X is performing the function Z of the G-ing of S at t, means at t, X is Z-ing and the Z-ing of X is making a causal contribution to the G of a goal-directed system S<sup>37</sup> ». Nous obtenons, sous cette forme, un concept de fonction très général intégrant sous son extension, à la fois énoncés fonctionnels se rapportant aux structures biologiques, énoncés fonctionnels se rapportant aux artefacts, fonctions accidentelles (d'où l'utilisation du « *progressive tense* ») et fonctions propres. Il s'agit, souligne Boorse, de l'énoncé fonctionnel le plus *faible* qu'admet sa théorie du concept de fonction<sup>38</sup>. On parle ici d'énoncé fonctionnel faible, car cette formulation, de par sa grande généralité, n'est pourvue 1) que d'un pouvoir explicatif assez limité et 2) d'aucun critère de démarcation entre effets fonctionnels et effets accidentels. Nous verrons, subséquemment, comment, selon le contexte théorique ciblé, l'analyse GGC peut aussi admettre la formulation d'énoncés fonctionnels forts.

### *3.2 Stratégie adjectivale et pluralisme du concept de fonction*

Si l'on s'en tient à sa seule forme logique, l'analyse GGC semble grandement similaire à l'approche dispositionnelle de la fonction

développée par Cummins. Rappelons toutefois que le concept de fonction introduit par Boorse se démarque considérablement de la théorie de Cummins en ce qu'il réfère explicitement à la dimension téléologique des énoncés fonctionnels en centrant son analyse sur la contribution des traits des organismes (ou des artefacts) à la réalisation de certains buts<sup>39</sup>. Néanmoins, en tant qu'elle privilégie également une explication dispositionnelle de la fonction, l'analyse GGC paraît tout aussi générale que la théorie du rôle causal de Cummins. Toutefois, étant donné la nature contextuelle<sup>40</sup> que revêt l'analyse GGC, le concept de fonction alors impliqué n'est pas systématiquement confiné à une conception purement dispositionnelle, mais bien à une conception pluraliste. Ce pluralisme est rendu manifeste dans le recours à ce que Boorse nomme «stratégie adjectivale».

La notion de stratégie adjectivale apparaît implicitement dans l'article «Wright on Functions» et plus explicitement dans le texte «A Rebuttal on Functions». C'est d'ailleurs, justement par le biais de celle-ci, que Boorse parvient à répondre à la plupart des objections soulevées à l'endroit de son analyse fonctionnelle. Dans les faits, la stratégie adjectivale se veut une méthodologie prescriptive, c'est-à-dire un ensemble de règles directrices prescrivant la bonne façon d'introduire un concept. L'idée centrale derrière cette méthode est de formuler un concept dans son extension la plus large (comme c'est le cas pour l'analyse GGC présentée formellement à la section 3.1) de façon à recouvrir tous les usages non dépourvus de signification du concept en question. L'extension du concept en question peut par la suite être précisée, élargie, ou réduite, selon les recommandations du contexte théorique ciblé, au moyen d'une paraphrase ou d'une prédication adjectivale adéquate. Dans cette perspective, l'analyse GGC peut tout aussi bien parler, dépendamment du contexte théorique ciblé (artefacts, biologie évolutive, physiologie, santé, pathologie, etc.), de fonction évolutive, de fonction passée, de fonction actuelle, de fonction normale, que de fonction portant sur des types ou portant sur des individus<sup>41</sup>.

Par le recours à la stratégie adjectivale, l'analyse GGC peut alors admettre aussi bien des énoncés fonctionnels forts typiquement étologiques ou typiquement dispositionnels. À cet effet, en dépit



des critiques qu'il lui adresse, Boorse reconnaît certains avantages indéniables à la théorie étiologique, notamment en ce qui a trait à son pouvoir explicatif<sup>42</sup>. Celle-ci, considère-t-il, pour les raisons évoquées ci-haut, ne permet pas de capturer le concept de fonction dans son extensivité la plus complète, mais cela n'empêche toutefois pas, quand le contexte théorique se veut pertinent et que le recours aux paraphrases est fait adéquatement, d'incorporer à l'analyse GGC certains éléments de la théorie étiologique.

À la lumière des considérations évoquées aux sous-sections 3.1 et 3.2, la théorie fonctionnelle développée par Boorse se voudrait alors à la fois unificatrice et pluraliste. Unificatrice puisque, dans sa généralité, elle parvient à unir sous un seul et même concept de fonction artefacts et structures biologiques. Pluraliste, puisque, par le recours à la stratégie adjectivale, elle manifeste une certaine adaptabilité de l'extension de son concept général de fonction qui autorise l'inclusion d'éléments propres à la fois aux approches étiologiques et dispositionnelles.

#### *4. Le concept de fonction dans la théorie biostatistique*

J'ai souligné, à la section précédente, comment l'analyse GGC du concept de fonction proposé par Boorse permettait d'intégrer, par le biais de la stratégie adjectivale, certains éléments à la fois propres aux conceptions étiologique et systémique du concept de fonction. J'ai aussi relevé que le recours à la stratégie adjectivale était essentiellement dépendant du contexte théorique ciblé. J'examinerai maintenant comment s'articule, à travers la dichotomie entre fonction systémique et fonction étiologique, la notion de fonction impliquée dans le contexte de la théorie biostatistique<sup>43</sup>.

Dans son article «On the Distinction Between Disease and Illness<sup>44</sup>», Boorse établit une démarcation entre deux concepts de santé : un concept purement naturaliste, soit le concept théorique de santé (*BST*), et un autre, essentiellement normatif, soit le concept pratique de santé. Boorse justifie ses prétentions à un concept théorique de santé purement naturaliste en invoquant le caractère purement empirique des connaissances impliquées dans son élaboration. À cet effet, la science par excellence sur laquelle

Boorse entend fonder ce concept est la physiologie. Cette position est réitérée à plusieurs reprises<sup>45</sup>. Or, si la physiologie est au fondement du concept théorique de santé développé à travers la *BST*, il semble alors, à première vue, que le concept de fonction impliqué dans la *BST* soit inscrit dans une approche essentiellement dispositionnelle (sous-sections 2.3 et 3.1). Dans ce qui suit, je soutiendrai qu'en dépit des apparences, le concept de fonction invoqué dans la *BST* intègre aussi une dimension étiologique. Afin de soutenir cette thèse, j'invoquerai deux arguments. Un premier, spécifique au contexte de la *BST*, s'articulera autour des notions de fonction individuelle et de fonction typique. Un second, plus général, s'appuiera sur la dimension normative des énoncés fonctionnels en physiologie.

#### *4.1. Fonctions individuelles et fonctions typiques*

Dans sa mouture la plus récente, la *BST* initialement développée dans l'article «Health as a Theoretical Concept<sup>46</sup>», s'énonce comme suit :

1. « The reference class is a natural class of organisms of uniform functional design; specifically, an age group of a sex of a species.
2. A normal function of a part or process within members of the reference class is a statistically typical contribution by it to their individual survival or reproduction,
3. Health in a member of the reference class is normal functional ability: the readiness of each internal part to perform all its normal functions on typical occasions with at least typical efficiency.
4. A pathological condition is a type of internal state which impairs the health, i.e. reduces one or more functional abilities below typical efficiency »<sup>47</sup>.

Le terme « fonction » apparaissant dans cette formulation du concept théorique de santé suppose, comme le souligne Boorse dans sa réplique à l'objection de Neander au sujet de la circularité de la classe de référence, non pas un seul, mais au moins trois concepts de fonction distincts. Il justifie cette dernière affirmation comme suit : « Neander misses the fact that, on my account, three or four distinct

function concepts are available:  $x$  is performing the function  $z$  in person  $p$ ,  $Z$  is the function (or, the normal function) of  $x$  in  $p$ , and  $Z$  is the function of  $X$  in the reference class<sup>48</sup> ».

Ces trois concepts de fonction impliqués dans la *BST* peuvent, de surcroît, être divisés en deux grandes classes d'énoncés fonctionnels. On trouve d'abord, comme le montre les expressions suivantes, a «individual survival or reproduction» et «a member of the reference class», un concept de fonction attribué à un individu (fonction individuelle). On note ensuite, comme le montre les expressions suivantes, «uniform functional design», «statistically typical contribution», «normal functional ability» et «typical efficiency», un concept de fonction attribué à des types (fonction typique). Ce concept de fonction typique est, dans un cas, explicitement attribué à la classe de référence et, dans l'autre, implicitement attribué au design de l'espèce. En tant qu'il est attribué à une entité unique en un temps  $t$  (d'où l'expression «functional readiness») et sous certaines conditions initiales données (d'où l'expression «typical occasions»), le concept de fonction individuelle sous-entend une explication dispositionnelle (voir section 2), et paraît alors se situer très près d'une conception systémique de la fonction. En ce qui concerne le concept de fonction typique, puisque les notions de classe de référence et de *design* de l'espèce connotent une histoire évolutive, je serais plutôt tenté de lui imputer une dimension étiologique. Examinons pourquoi.

La notion de *design* de l'espèce réfère à une certaine uniformité structurale et fonctionnelle intraspécifique. Cette uniformité, selon toute vraisemblance, est en grande partie expliquée causalement et historiquement par l'effet d'une sélection naturelle stabilisante<sup>49</sup>. En bon naturaliste, Boorse cherche à justifier et à clarifier scientifiquement l'usage qu'il fait de ce terme. Il évoque lui-même, pour ce faire, et comme le montre l'extrait suivant, des arguments évolutionnistes, et donc, une histoire causale : «en dehors des échelles de temps évolutionnaire, les *designs* biologiques manifestent une grande stabilité qui est vigoureusement maintenue grâce à l'action de la sélection normalisante<sup>50</sup>».

La notion de classe de référence, en tant qu'elle constitue un type dérivé du *design* de l'espèce connote également une explication causale historique. Le fait que la classe de référence est, en quelque sorte, tributaire du *design* de l'espèce auquel elle s'applique le montre bien. On n'a ici qu'à postuler la possibilité d'une *BST* portant sur des espèces animales ou végétales se reproduisant de manière asexuée pour voir à quel point classe de référence et *design* de l'espèce sont liés au sein d'une même histoire évolutive, car, dans un tel contexte théorique, ce serait un non-sens d'inclure l'expression « groupe de même sexe » dans la notion de classe de référence.

À la lumière de ces considérations, la *BST* intègre également, à travers les énoncés fonctionnels typiques qu'elle formule, une conception étiologique de la fonction. Le pluralisme de l'analyse GGC que nous avons invoqué plus haut (voir section 3.2) est donc manifeste dans le contexte de la *BST*. Ce dernier constat, par ailleurs, permet de relativiser ce que Boorse entend lorsqu'il souligne que la *BST* pourrait très bien être adaptée à d'autres théories fonctionnelles que l'analyse GGC. En effet, lorsque ce dernier écrit : « the analyses of health and of function are separable [...]. Other accounts of biological function could be substituted for my goal-contribution view if they gave better results, e.g., a selectionist one like Neander's or Wakefield's<sup>d51</sup> », il indique, dans une certaine mesure, que la *BST* ne privilégie, *a priori*, aucune théorie fonctionnelle en particulier. Bien que mon analyse demeure tout à fait compatible avec cette idée, elle vient toutefois en restreindre considérablement la portée. Si la *BST* peut effectivement être adaptée à différents concepts de fonction, je soutiens qu'elle ne peut, en revanche, se passer d'intégrer à la fois des conceptions étiologiques et dispositionnelles de la fonction puisqu'elle implique, dans sa formulation, deux classes des énoncés fonctionnels distincts : des énoncés fonctionnels typiques et des énoncés fonctionnels individuels.

#### 4.2. *Physiologie et normativité*

Un second argument, assez similaire à celui développé ci-haut, nous permet encore d'apprécier la pertinence d'imputer une dimension étiologique au concept de fonction impliqué dans la

*BST*. Cet argument, emprunté à Neander<sup>52</sup>, est plus général en ce qu'il ne cible pas spécifiquement la notion de fonction impliquée dans la *BST*. Il se fonde plutôt sur la dimension normative de certaines propositions de la physiologie. Par propositions physiologiques normatives, Neander entend des énoncés du type «fréquence cardiaque normale», «insuffisance respiratoire», «dysfonctionnement érectile» ou encore «dérèglement hormonal». L'emploi d'un langage aussi foncièrement normatif (normal, dysfonctionnement, dérèglement, insuffisance) ne peut se justifier dans le cadre d'une conception systémique de la fonction, car les explications dispositionnelles s'attachent essentiellement à décrire les propriétés *individualistes*<sup>53</sup> qui, en un moment donné, rendent compte de l'opération (fonctionnement) des systèmes qu'elles cherchent à expliquer<sup>54</sup>. Or, les termes normatifs tels que «normal», «dysfonctionnement», «insuffisance» ou «dérèglement» ne font tout simplement pas de sens lorsqu'attribués à des propriétés singulières; ils renvoient implicitement à des propriétés typiques (c'est-à-dire propres à un embranchement, à une espèce, ou encore à une classe de référence). Ceci suggère qu'une conception étiologique de la fonction serait, selon toute vraisemblance, plus à même de justifier l'emploi du langage normatif en physiologie. Puisque la *BST* admet, dans sa formulation, certains énoncés normatifs («normal function», «normal functional ability»), je conçois, dans l'argument proposé par Neander, une autre raison justifiant la reconnaissance d'une perspective étiologique dans le concept de fonction qu'elle implique.

## *5. Conclusion*

Mon analyse fondée sur la distinction entre énoncés fonctionnels typiques et énoncés fonctionnels individuels a permis de montrer que le concept théorique de santé formulé par Boorse intègre une double conception de la fonction biologique alliant à la fois dimensions étiologique et dispositionnelle. Cette analyse souligne, de surcroît, que la *BST* formule des énoncés fonctionnels à au moins trois niveaux d'organisation: l'individu, la classe de référence ainsi que l'espèce. Je considère que c'est à travers l'articulation de ces trois

niveaux d'organisation que se justifie, d'un point de vue naturaliste, la normativité impliquée dans la *BST*. Cette normativité naturalisée, selon mon analyse, reposerait à la fois sur des approches étiologique et dispositionnelle de la fonction.

J'aimerais, en conclusion, revenir brièvement sur la notion de stratégie adjectivale que j'ai introduite à la section 3.2. Bien que Boorse, dans son article « *A Rebuttal on Functions* » présente quelques éclaircissements à propos de cette notion, j'estime néanmoins qu'elle constitue le point le plus nébuleux de sa théorie fonctionnelle. À cet effet, il n'est pas clair du tout en quoi le recours à la stratégie adjectivale est si bien adapté à l'analyse GGC du concept de fonction. Serait-ce en raison du fait que l'analyse GGC permettrait de couvrir un plus large éventail de contexte ? La stratégie adjectivale pourrait-elle aussi être invoquée dans le cadre de la théorie systémique ou de la théorie étiologique ? Sur ces questions, Boorse se fait plutôt avare de commentaires. On décèle toutefois, selon l'usage que Boorse fait de la stratégie adjectivale, qu'elle constitue un moyen d'intégrer certaines conceptions purement étiologiques ou purement dispositionnelles à l'analyse GGC, tout en préservant la spécificité de l'orientation de son analyse fonctionnelle en termes de contribution à des buts.

Je ne puis, ici, m'empêcher de relever une certaine familiarité entre la stratégie adjectivale de Boorse et la notion d'engagement ontologique introduite par Willard Van Orman Quine dans son essai « *On What There Is*<sup>55</sup> ». L'étude de ce lien de filiation m'apparaît des plus intéressante, et ce, selon deux angles d'approches. D'abord, d'un point de vue purement conceptuel, la méthode impliquée dans ces deux notions me semble grandement similaire. En effet, chacune procède d'une paraphrase en contexte permettant d'affirmer des choses sur lesquelles on ne voudrait pas nécessairement être engagé ontologiquement. Enfin, dans une perspective historico-philosophique, compte tenu du fait que la thèse doctorale<sup>56</sup> de Boorse portait sur la philosophie de Quine, il serait tout à fait pertinent, à la lumière de ce rapprochement, d'évaluer la possibilité de mesurer l'influence que pourrait avoir reçue Boorse de la pensée de Quine.

1. Jerome Wakefield, «The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values». *American Psychologist*, vol.47, no 3, 1992, pp.373-388.
2. Christopher Boorse, «Le concept théorique de santé», dans E. Giroux et M. Lemoine (dir), *Philosophie de la médecine*, Paris, Vrin, 2012, pp.61-125.
3. Jean Gayon (2005), «Les biologistes ont-ils besoin du concept de fonction? Perspective philosophique», *C. R. Palevol*, 5, 2005, pp.479-487.
4. Neander, K. (2009), «Les explications fonctionnelles», *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 2009/1 Tome 134, pp.5-34.
5. *Ibid.*, p. 13.
6. Carl Gustav Hempel, «The Logic of Functional Analysis» (1959), dans *Aspects of Scientific Explanation*, New York, Free Press, 1965, pp.297-330.
7. Ernest Nagel, *The Structure of Science: Problems in the Logic of Scientific Explanation*, New York, Harcourt, Brace & World, 1961.
8. Carl Gustav Hempel, 1965, *op. cit.*, p.299.
9. Adapté de Ernest Nagel, *The Structure of Science: Problems in the Logic of Scientific Explanation*. New York, Harcourt, Brace & World, 1961, p.403.
10. Jean Gayon, *loc. cit.*, p.482.
11. *Ibid.*
12. Larry Wright, «Functions», *The Philosophical Review*, vol.82, no2, 1973, pp.139-168.
13. *Ibid.*, pp.164-165.
14. Voir, notamment, sa critique de Morton Beckner, «Functions and Teleology», *Journal of the History of Biology*, vol.2, 1969, pp.151-164. Et, également, sa critique de John Canfield, «Teleological Explanations in Biology», *The British Journal for the Philosophy of Science*, vol. 14, 1965, pp.285-295.
15. Larry Wright, *loc. cit.*, p.160.
16. *Ibid.*
17. Jean Gayon, *loc. cit.*, p.483.
18. Jean Gayon, *loc. cit.*, p.484.
19. Christopher Boorse, «Wright on Functions», *Philosophical Review*, vol.85, no 1, 1976, p. 76.

20. Voir, notamment, Karen Neander, «Functions as Selected Effects: The Conceptual Analyst's Defence», *Philosophy of Science*, vol. 58, pp. 168-184.
21. Voir notamment, Stephen J. Gould et Elizabeth Vrba, «Exaptation: A Missing Link in the Science of Form», *Paleobiology*, 1982, vol. 8, pp. 4-15.
22. Robert Cummins, «Functional analysis», *The Journal of Philosophy*, vol. 72, no 20, 1975, pp. 741-765.
23. On trouve également dans la littérature l'expression «explications opérationnelles».
24. Adapté de Robert Cummins, «Functional Analysis», *The Journal of Philosophy*, vol. 72, no 20, 1975, p. 741.
25. Jean Gayon, *loc. cit.*, p. 485.
26. Robert Cummins, *loc. cit.*, p. 760-761.
27. Ruth Gareth Millikan, «In Defence of Proper Functions», *Philosophy of Science*, vol. 52, no 2, 1989, p. 294.
28. Boorse, 1976, *loc. cit.*, pp. 70-86.
29. Paru dans Andre Ariew, Robert C. Cummins & Mark Perlman (eds.), *Functions: New Essays in the Philosophy of Psychology and Biology*, Oxford University Press, pp. 63-112.
30. Pour le reste de la discussion, par souci de simplicité, je référerai à la théorie fonctionnelle de Christopher Boorse par son abréviation: analyse GGC.
31. C'est-à-dire une explication causale historique fondée sur les intentions du «designer» en question.
32. C'est-à-dire une explication causale historique fondée sur la sélection naturelle.
33. Adapté de Christopher Boorse, «Wright on Functions», *Philosophical Review*, vol. 85, no 1, 1976, p. 72.
34. *Ibid.*
35. *Ibid.*, p. 74.
36. *Ibid.*, pp. 74-73.
37. *Ibid.*, p. 80.
38. *Ibid.*
39. Il est bon de relever ici que Boorse, dans ses conceptions sur la notion de fonction, se réclame davantage de Nagel que de Cummins. Boorse mentionne d'ailleurs Nagel, qu'il considère comme le premier théoricien GGC, comme une influence déterminante dans l'élaboration de sa théorie fonctionnelle. Voir, Christopher Boorse, «A Rebuttal on Functions», dans Andre Ariew, Robert Cummins et Mark Perlman (éd.),



- Functions: New essays in the Philosophy of Psychology and Biology*, Oxford University Press, 2002, p. 70 (note infrapaginale 9).
40. Par «nature contextuelle», j'entends une certaine capacité de l'analyse GGC à «adapter» la signification du mot «fonction» selon l'usage du mot «fonction» que recommande le contexte théorique ciblé.
  41. Christopher Boorse, 2002, *loc. cit.*, p. 91.
  42. Christopher Boorse, 1976, *loc. cit.*, p. 77.
  43. Rappelons ici que l'expression «théorie biostatistique» fut introduite par Lennart Nordenfelt dans son article «On the Nature of Health an Action-Theoretic Approach» (1987). Ce terme, par commodité, fut ensuite repris par Boorse.
  44. Christopher Boorse, «On the Distinction Between Disease and Illness», *Philosophy and Public Affairs*, vol. 5, no 1, 1975, pp. 49-68.
  45. Voir, Christopher Boorse, 1975, 1976, 1977, 1997, 2002 et 2014.
  46. Christopher Boorse, «Health as a theoretical concept», *Philosophy of Science*, vol. 44, no 4, 1977, pp. 542-573.
  47. Christopher Boorse, «A Second Rebuttal On Health», *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 39, no 6, 2014, p. 684.
  48. Christopher Boorse, 2002, *loc. cit.*, p. 91.
  49. Il s'agit d'un mode de sélection naturelle marqué par une tendance à l'élimination des phénotypes extrêmes qui a pour effet de diminuer l'importance de la variance entre les individus d'une même population et de maintenir un certain *statu quo* relativement à certains phénotypes.
  50. Christopher Boorse, «Le concept théorique de santé», 1977, dans E. Giroux et M. Lemoine (dir), *Philosophie de la médecine*, Paris, Vrin, 2012, p. 90.
  51. Christopher Boorse, 2014, *loc. cit.*, p. 684.
  52. Neander, 2009, *loc. cit.*, pp. 5-34.
  53. Une propriété est dite «individualiste» si celle-ci survient, à un moment *t*, sur les propriétés physiques intrinsèques d'un individu qui la possède au même moment *t*. Voir, Neander, 2009, *loc. cit.*, p. 18.
  54. *Ibid.*, pp. 17-18
  55. Willard Van Orman Quine, «On What There Is», *Review of Metaphysics*, vol. 2, no 5, 1948, pp. 21-36.
  56. Voir, Christopher Boorse, «The Origins of the Indeterminacy Thesis», *The Journal of Philosophy*, vol. 72, no 13, 1975, pp. 369-387.



# Sexes et reproduction : Boorse face à la critique féministe

SOPHIE SAVARD-LAROCHE, *Université Laval*

## *Résumé*

Le philosophe Christophe Boorse défend une théorie naturaliste de la santé en définissant la maladie comme une déviation de la norme statistique qui nuit à la survie et la reproduction de l'organisme. Il prétend proposer une théorie descriptive de la santé, alors qu'en fait il incorpore dans celle-ci les valeurs sociales qui imprègnent la biologie et la médecine. En effet, la critique féministe qui a mis en lumière les normes de genre et de sexualité qui imprègnent les sciences, particulièrement la biologie, s'applique au travail de Boorse. L'étude de son point de vue sur la normalité statistique, plus particulièrement sa création d'une classe de référence selon le sexe, et de sa fonction biologique, plus précisément celle de la reproduction, mettra en lumière le caractère normatif de sa théorie. Une prise de position pour une diversité non normative sera ensuite présentée.

## *Introduction*

Épistémologues et biologistes féministes<sup>1</sup> ont uni leurs efforts pour tenter de montrer le caractère sexiste et hétéronormatif des sciences naturelles. Le travail du philosophe Christopher Boorse, puisqu'il s'inscrit dans cette tradition scientifique, tombe sous leurs critiques. Il est à situer dans l'approche naturaliste, courant philosophique qui domine dans l'entreprise définitionnelle de la santé et de la maladie<sup>2</sup>, et sa proposition conceptuelle est la plus influente dans le domaine. La thèse que je défends consiste à dire que la théorie de Boorse, en particulier ses classes de références selon le sexe et sa fonction biologique de reproduction, n'est pas neutre et empiriquement fondée. Sa théorie n'est donc pas totalement descriptive, il doit expliquer en quoi elle est en partie normative.

Je présenterai brièvement les aspects de la théorie de Boorse qui nous intéressent ici, soit ses classes de référence homme et femme, composante de son *design* de l'espèce, et sa notion de buts ultimes (survie et reproduction) qui découle de sa théorie de la fonction biologique. Cette première partie permettra de mettre en lumière que pour Boorse il n'y a que deux sexes, mâle et femelle, et qu'ils sont naturellement faits pour se reproduire.

Nous verrons ensuite comment les critiques, féministes surtout, s'attaquent à la bicatégorisation sexuelle, c'est-à-dire le fait de compter deux, et seulement deux, sexes. Puisque les sciences ont un biais sexiste, comme les analyses critiques des épistémologues l'ont démontré depuis les années 1980, il est légitime de douter de l'objectivité des catégories sexuelles de la biologie. Un des points de vue qui ébranle la bicatégorisation et que nous survolerons consiste à montrer comment le genre précède le sexe. Nous entrerons ensuite au cœur de la biologie pour y examiner les faits qui invalident la thèse de la bicatégorisation, à savoir : les différents niveaux de sexes et parfois la non-concordance entre eux, les personnes naturellement intersexuées et les mécanismes de différenciation des sexes encore mal élucidés. Il apparaîtra que tous ces arguments plaident en faveur d'une diversité des sexes plutôt que de la bicatégorisation qu'emploie Boorse.

Pour compléter cette critique du modèle binaire homme/femme, nous devons aussi aborder, sur les traces des études queer, la remise en question de l'hétéronormativité, soit la construction culturelle de l'hétérosexualité comme seule manière naturelle et saine de vivre. En effet, Boorse reprend à son compte non seulement la conception «que deux-sexes», mais aussi celle qui lui est intimement liée, à savoir que ces deux sexes sont «fait pour se reproduire». Le principal argument contre cette idée tient au fait que la reproduction n'est pas une fonction vitale pour l'individu, mais seulement pour l'espèce. Il apparaîtra donc que, contrairement à ce que soutient Boorse, la reproduction n'est pas une fin pour l'individu et qu'ainsi l'infertilité n'est pas une maladie.

Si la classe de référence selon le sexe est normative et que l'individu peut vivre sainement sans pourtant vouloir ou pouvoir se reproduire,

alors Boorse doit reconnaître que sa théorie n'est pas uniquement descriptive. Il peut soit admettre qu'il établit normativement ses classes de références et les buts des individus, soit modifier sa théorie pour rendre compte de la diversité naturelle qui sera toujours malmenée s'il est question d'un seul *design* jugé sain. Pour ma part, je plaiderai pour une conception de la santé qui valorise la diversité plutôt que de la considérer comme pathologique.

### *1. Boorse*

Boorse considère la maladie (au sens théorique) comme une déviation du «projet de l'espèce» qui nuit aux deux fonctions essentielles que sont la survie et la reproduction<sup>3</sup>. Ce qu'on a nommé la «théorie biostatistique<sup>4</sup>» de Boorse est ainsi basé sur deux principes : la normalité statistique (le *design* de l'espèce) et la fonction biologique.

#### *1.1 Le design de l'espèce*

Selon Boorse il doit y avoir un minimum de ressemblance entre tous les membres de l'espèce, sans quoi la médecine serait impossible<sup>5</sup>. Cette uniformité, il la nomme le *design* de l'espèce (*species design*). Il écrit : «Dans notre conception, la nature de l'espèce est le *design* fonctionnel qui se révèle empiriquement lui être typique<sup>6</sup>». Des variables cliniques (taille, pression artérielle, etc.) permettent de décrire un individu typique comme on en retrouve dans les manuels scientifiques. Un tel individu est cependant un idéal physiologique. «L'objet de la physiologie comparative est une série de types idéaux d'organismes [...]. L'idéalisation est évidemment statistique, et non pas morale ou esthétique, ou de tout autre forme de normativité<sup>7</sup>». Le fondement de cette régularité se trouve dans le mécanisme biologique qu'est la sélection naturelle<sup>8</sup>. Boorse parle d'une «constance massive» et «vigoureusement maintenue par la sélection normalisante<sup>9</sup>». Mais, cette «normalité naturelle» doit être efficiente, c'est-à-dire qu'elle doit remplir les buts de l'organisme.

#### *1.2 La fonction biologique*

Boorse introduit la notion de fonction biologique, fondée sur la conviction que «les organismes sont des systèmes orientés vers un but<sup>10</sup>».

Ainsi, il importe de la théorie de l'évolution les buts les plus élevés des organismes, soit la survie et la reproduction. « Une *fonction normale* d'une partie ou d'un processus [...] est sa contribution statistiquement typique à la survie et à la reproduction individuelles<sup>11</sup> ». La normalité statistique concerne donc la distribution de l'efficacité fonctionnelle. Dans cette normalité s'observe ce qui est sain, parce que façonné par la nature pour garantir la survie et la reproduction. Boorse affirme que « l'intuition sous-jacente à notre conception de la santé et de la pathologie sera simple [...]. Cette intuition est que le normal est le naturel<sup>12</sup> ».

En introduisant la notion de fonction biologique, Boorse pallie l'insuffisance de la normalité statistique qui seule ne pourrait pas trancher entre un état sain et un état malade, puisque certaines normes ne sont pas saines (par exemple la carie dentaire), certains états exceptionnels (comme ceux d'une athlète olympique) sont sains et des états rares (par exemple le groupe sanguin B) peuvent être sains. Par contre, un autre problème doit être résolu, à savoir que certaines fonctions peuvent être normales pour un individu d'un âge et d'un sexe particulier, mais être anormal pour un autre avec qui il partage pourtant le même *design* d'espèce.

### 1.3 Classes de référence

Boorse introduit ensuite la notion de classe de référence pour limiter l'application de la fonction normale à des sous-groupes de l'espèce. En effet, certaines variations fonctionnelles à l'intérieur d'une espèce justifient la création de classe de référence distincte. Il explique : « La *classe de référence* est une classe naturelle d'organismes ayant un *design* fonctionnel uniforme ; c'est-à-dire un groupe d'individus d'âge et de sexe identiques au sein d'une espèce<sup>13</sup> ». Boorse justifie une classe par le caractère « suffisamment surprenant » de ces différences intraspécifiques, tels le sexe et l'âge<sup>14</sup>. À propos de la classe sur le sexe, il écrit :

Il faudrait être un piètre observateur pour se satisfaire du constat selon lequel les êtres humains ont de manière typique des ovaires ou des testicules, des utérus ou des pénis, des

poitrines larges ou étroites, etc. Les caractéristiques du sexe féminin apparaissent ensemble et constituent un *design* fonctionnel unique qui a sa cohérence, tout comme celles du sexe masculin. Dès lors, un traitement disjonctif de la différence sexuelle ne convient pas<sup>15</sup>.

Ainsi, d'une part on observe des traits polymorphiques qui ne sont pas encore fixés dans la population, tels le groupe sanguin et la couleur de l'iris, et ceux-ci peuvent être inclus de manière disjonctive dans le *design* de l'espèce. Par contre, certains traits, tels le sexe et l'âge, fondent des sous-classes dans une même espèce.

Boorse propose que «les maladies sont des états internes qui réduisent une capacité fonctionnelle en dessous des niveaux typiques de l'espèce [...] la santé est donc la normalité statistique du dysfonctionnement<sup>16</sup>». Cette normalité se comprend en sous-classe, notamment de sexe, et la capacité fonctionnelle fait référence à la survie et la reproduction. La théorie de Boorse implique donc que l'espèce se divise en deux sexes, mâle et femelle, et qu'il et elle ont naturellement comme but de se reproduire. Voyons maintenant comment ces deux croyances sont critiquées par différentes approches féministes, en nous plaçant d'abord sur le terrain de l'épistémologie.

## *2. Critiques féministes de la bicatégorisation*

### *2.1 Valeurs et science*

Les travaux d'épistémologues féministes, sur les traces d'épistémologues comme Ludwik Fleck<sup>17</sup>, ont mis en lumière le caractère social des sciences et de l'objectivité et ont ainsi montré que «les fondements de la science sont saturés d'histoire et de valeurs<sup>18</sup>». À partir du moment où l'on admet que les croyances présentes dans la société se retrouvent dans les sciences, sachant que des opinions sur les sexes et les genres sont inhérentes à toute société, il est légitime de prétendre que celles-ci se reflètent dans les sciences. Impossible donc «d'isoler la production de savoir de son contexte social et culturel, et de le séparer radicalement des convictions partagées par des individus qui vivent dans un temps et un lieu donné<sup>19</sup>».

La biologie et la notion de sexe biologique sont particulièrement perméables aux valeurs sociales. Il s'agit d'un double mouvement : le savoir des experts reflète des idées en vigueur dans la société en même temps qu'il façonne la manière de penser la différence des sexes<sup>20</sup>. Comme l'écrit Thomas Laqueur, historien et sexologue, «à l'exemption des plus circonscrites, toutes les affirmations sur le sexe sont, dès l'origine, chargées de l'œuvre culturelle accomplie par ces propositions<sup>21</sup>».

En effet, plusieurs études ont montré comment «le corps est une notion historique<sup>22</sup>». Historique, en effet, est la détermination par les sciences médicales et biologiques des sites de la différence sexuelle et du lieu pertinent pour la signifier : le squelette ou les crânes pour les anthropologues du 19<sup>e</sup> siècle, les organes sexuels externes, les hormones, puis les gènes plus récemment. Plusieurs épistémologues ont tenté de mettre en lumière les interactions complexes entre la production des connaissances scientifiques et les croyances partagées sur ce qu'est le masculin et le féminin. Ces chercheur·euse·s ont, par exemple, montré comment les études sur les mécanismes de la détermination du sexe ont adopté un biais sexiste. On a d'abord étudié le gène TDF (Facteur de Détermination des Testicules) avant de s'intéresser, vingt ans plus tard, au facteur sur la détermination du sexe féminin, suivant ainsi la croyance que le masculin est actif et le féminin est passif<sup>23</sup>. Comme le souligne Evelyn Fox Keller, physicienne et philosophe des sciences, «certaines catégories plutôt fondamentales de la science ont été historiquement esquissées par un recourt, parfois implicite et souvent explicite, au genre<sup>24</sup>». Le défi est de montrer comment les éléments précédents la démarche scientifique, quels qu'ils soient, ont compté pour faire de la science.

Si l'ordre divin a déjà servi de fondement à la différence de statut entre les hommes et les femmes, avec les changements apportés par les Lumières et la Révolution française, il fallait trouver une autre explication aux inégalités. C'est alors que, comme le souligne ici Jean-Paul Gaudillière, historien des sciences, «la biologie vint au secours de la distinction de genre<sup>25</sup>». Ainsi, à partir du 18<sup>e</sup> siècle, toutes les structures anatomiques se sexualisèrent et «les corps féminins devinrent les dépositaires des fonctions de reproduction<sup>26</sup>».



Une des conséquences de ce renvoi du masculin et du féminin au biologique est de renforcer les frontières du genre et ainsi tracer la ligne du normal. En effet, «les individus qui par leur constitution corporelle, leur sexualité ou leurs comportements entraient mal dans les cadres de la polarité des sexes devinrent des anormaux<sup>27</sup>».

## *2.2 Le genre précède le sexe*

Depuis les années 1980, c'est tout un mouvement, composé de plusieurs courants féministes, qui remettent en question notre perception du sexe biologique. Plusieurs tentent de montrer que «le genre précède le sexe», donc mettent en évidence les limites de la distinction et déconstruisent le socle biologique de multiples façons<sup>28</sup>. L'historienne Ilana Löwy et la biologiste Hélène Rouch écrivent : «Notre compréhension des différences biologiques entre hommes et femmes n'est ni éternelle ni immuable, elle dépend des concepts et des pratiques scientifiques en vigueur, elle est influencée par le développement des technologies de la médecine<sup>29</sup>». Quant à la philosophe Elsa Dorlin, elle définit le sexe comme «l'expression naturalisée d'un rapport de pouvoir, l'expression biologisée du genre<sup>30</sup>».

La philosophe américaine Judith Butler, associée aux études queer, est emblématique du débat sur la remise en question du sexe comme fait biologique. Le sexe est toujours déjà construit, produit par des relations de pouvoir, et le corps est conçu comme l'effet réel des régulations sociales et des assignations normatives<sup>31</sup>. On a inventé le concept de la «sexuation des corps» pour parler des diverses modalités d'effectuation, tant discursives que matérielles, qui consistent à intervenir pour créer des corps masculins ou féminins<sup>32</sup>. Les théoriciens et théoriciennes queer ne nient pas la réalité du sexe ni du dimorphisme sexuel en tant que résultat du processus évolutif, mais tentent de montrer que tout ce qu'on peut dire sur le sexe contient déjà une affirmation sur le genre<sup>33</sup>. Des différences sexuelles de la biologie se révèlent être des différences de genre et la nature se fond alors dans la culture.

Ainsi, la science n'est jamais totalement neutre, elle s'inscrit dans les discours sur le genre. La biologiste Anne Fausto-Sterling

affirme : « Apposer sur quelqu'un l'étiquette "homme" ou "femme" est une décision sociale. Le savoir scientifique peut nous aider à prendre cette décision, mais seules nos croyances sur le genre – et non la science – définissent le sexe. En outre, les connaissances que les scientifiques produisent sur le sexe sont influencées dès le départ par nos croyances sur le genre<sup>34</sup> ». C'est ce qui fait même douter qu'il y ait vraiment une objectivité sur le sexe, comme la philosophe Cynthia Kraus le propose :

C'est désormais la substance de la différence sexuelle – typiquement les gènes qui déterminent le sexe – qui est rangée dans le coffre-fort biologique de la matière, dans ce lieu réaliste où le système sexe/genre des années 1970 situait la notion de sexe. Ce déplacement peut être interprété comme la colonisation partielle du sexe par le genre, l'attention critique se déplaçant d'une analyse du genre comme construction sociale à une recherche sur le sexe comme construction genrée de la biologie<sup>35</sup>.

Voyons maintenant les recherches scientifiques qui tendent à montrer que la bicatégorisation sexuelle est en effet culturelle plus que naturelle.

### *2.3 Niveaux de sexes et concordance*

Comme nous venons de le voir, les historiennes et historiens de la science ont mis en évidence que les différences « naturelles » entre les sexes se sont transformées au cours des siècles. Löwy explique que « des éléments toujours plus nombreux du corps humain ont progressivement été sexualisés<sup>36</sup> ». Mais, toutes les tentatives de bicatégorisation se sont heurtées à l'impossibilité de trouver des catégories exclusives qui ne se recouvrent pas (pour avoir un aperçu des différents cas de non-concordance, voir le tableau 1 à propos de cas de chromosomes sexuels non-standards). Les recherches visant à déterminer un élément unique qui définit le sexe biologique ont systématiquement échoué. « Le passage à un niveau toujours plus élémentaire de l'organisation – de l'anatomie, aux différences hormonales, puis aux différences chromosomales, et finalement

les gènes – n’a pas éliminé l’ambiguïté, mais l’a plutôt augmentée, puisque les différents niveaux d’analyse proposés ne s’accordent pas entre eux<sup>37</sup>». Cette ambiguïté remet en question de manière radicale la notion même de « sexe biologique » et de bicatégorisation des sexes. « Le sexe biologique, comme d’ailleurs presque tous les traits biologiques complexes, se présente en effet en continuum avec, sur ces extrêmes, les “sexes biologiques” bien définis, et au milieu des très nombreuses formes intermédiaires<sup>38</sup> ».

Le seul binarisme qu’on peut admettre se situe au niveau des gamètes ; petites gamètes, les spermatozoïdes, et gros gamètes, les ovules ou les œufs. Par contre, la différence entre les individus qui produisent ces gamètes est impossible à généraliser. Lorsqu’il n’y a pas de concordance entre les différents niveaux de la différence sexuelle<sup>39</sup>, on parle alors d’intersexualité. « Face au binarisme sexuel, ces individus font exception : dire qu’il n’y a que “deux” sexes dans l’espèce humaine, c’est considérer ces individus comme des cas pathologiques, ouvrant le problème philosophique de la définition du normal et du pathologique<sup>40</sup> ». C’est en effet ce problème qu’il faut avoir en tête lorsqu’on aborde le sujet des personnes intersexuées.

#### *2.4 Personnes intersexuées*

On appelle les personnes qui naissent avec une ambiguïté sexuelle, c’est-à-dire avec des organes génitaux qui ne sont pas définis ou identifiables selon les critères habituels (mâle ou femelle), des personnes intersexuées. Les causes du développement sexuel non dimorphique sont multiples et touchent environ 1,7 % des naissances (voir le tableau 2 pour quelques types courants d’intersexualité). Les personnes intersexuées sont considérées comme des monstres. En effet, la société tolère mal cette ambiguïté, comme en témoigne le sort réservé aux enfants « pseudo-hermaphrodites » (dont l’appareil génital n’est pas en accord avec leurs gonades et leur sexe chromosomique) que l’on traite (chirurgie réparatrice, traitement hormonal) afin de les transformer en « fille » ou « garçon » sans ambiguïtés. Les « vrais » hermaphrodites, très rares, ont un double appareil sexuel, mâle et femelle. Un enfant qui a toutes les caractéristiques sexuelles d’un garçon (formule chromosomique

XY, présence des testicules), mais qui possède un pénis «trop» petit sera transformé en fille. L'essence de la masculinité est en effet définie comme la capacité de pénétrer une femme, et il est plus facile d'enlever un organe imparfait que d'en créer un autre. Ainsi, les médecins qui prennent en charge le cas des enfants intersexués considèrent des facteurs autres que biologiques pour assigner un genre à un enfant. Comme le dénonce la psychologue Suzanne J. Kessler, «biologicals factors are often preempted in their deliberations by such cultural factors as the “correct” length of the penis and capacity of the vagina<sup>41</sup>».

Il faut dire que depuis les années 1950, la chirurgie est techniquement plus facile. Mais, aujourd'hui encore, aucun critère, national ou international, ne gouverne les interventions possibles sur les enfants intersexués. Et comme le fait remarquer Fausto-Sterling, «au lieu de nous pousser à reconnaître la nature sociale de nos idées sur la différence sexuelle, la sophistication de notre chirurgie nous a permis de marteler l'idée que les gens sont naturellement mâles ou femelles<sup>42</sup>». Les médecins disent aux parents qu'ils peuvent «identifier le véritable sexe dissimulé sous la confusion de surface. Bien suivi, les traitements hormonaux et médicaux peuvent compléter l'intention de la nature<sup>43</sup>».

Déjà, à la fin du 19<sup>e</sup> siècle, la science constate que les caractères sexuels sont si imbriqués, extérieurement et intérieurement, qu'on ne peut réduire le sexe aux organes génitaux externes ou aux gonades (ovaires et testicules). Quand, au début du 20<sup>e</sup> siècle, on découvre que «les ovaires et testicules ne peuvent constituer un critère infaillible en matière d'identité sexuée, s'ouvre alors une véritable quête de la Nature<sup>44</sup>». Ce sont les hormones qui apparaissent ensuite comme ce fondement naturel tant recherché, avant que l'on s'aperçoive que leurs rôles est bien plus complexes qu'uniquement sexuer les corps, qu'autant celles dites féminines que masculines sont présente chez les femmes et chez les hommes, et que les hormones «masculines» peuvent produire des effets féminisants dans certaines circonstances, et inversement. Au 20<sup>e</sup> siècle, les chromosomes arrivent à la rescousse pour résoudre la crise du sexe, mais déjà des contradictions et des exceptions mettent

en péril la démarche fondationnaliste (comme en témoigne les cas de chromosomes non standards – voir tableau 1), démarche elle-même remise en question.

L'intersexualité perturbe assurément toute distinction nette entre deux – et seulement deux – sexes. De surcroît, le sexe biologique est lui-même une catégorie hétérogène et instable. Non seulement les diverses caractéristiques biologiques du mâle et de la femelle peuvent s'exprimer conjointement dans un seul individu, mais elles sont aussi susceptibles de variations quantitatives infinies allant du plus mâle au plus femelle, tous les intermédiaires étant possibles.

Pourquoi alors la médecine s'obstine-t-elle à ne considérer que deux sexes? Il semble qu'en pratique la dichotomie soit plus facile à gérer qu'un continuum<sup>45</sup>. L'enjeu est aussi idéologique, comme le soutiennent de nombreuses auteures. Dorlin écrit : « Le pouvoir médical s'est historiquement employé à pallier des tensions et des contradictions théoriques, à résorber des cas exceptionnels, des cas limites, susceptibles de miner les modèles explicatifs de la bisexualisation<sup>46</sup> ». Elle analyse les traitements hormonaux et leur rôle dans le maintien de deux corps sexués typiques distincts et en conclut que « l'histoire de la fabrique médicale des corps sexués montre que les normes de genre président à un type d'interventions savantes sur les corps, dont la finalité est littéralement l'incorporation du sexe biologique (mâle ou femelle)<sup>47</sup> ». Fausto-Sterling va dans le même sens : « Aux yeux des praticiens, les progrès dans les traitements de l'intersexualité passent par le maintien du normal<sup>48</sup> ». On doit aussi à Michel Foucault, un précurseur qui s'est lui aussi intéressé au sort des personnes intersexuées, un précieux travail de théorisation de ce qu'il nomme le « biopouvoir » et qui concerne l'influence et le pouvoir que prend la médecine dans les sociétés modernes. La société devient normalisatrice, alors que la loi s'efface, elle fonctionne toujours davantage comme une norme<sup>49</sup>. Le sexe est devenu une préoccupation centrale ; « le sexe est accès à la fois à la vie du corps et à la vie de l'espèce<sup>50</sup> ». Fausto-Sterling reprend d'ailleurs l'analyse de Foucault pour décrire les relations de pouvoir qui traversent la pratique médicale concernant les personnes intersexuées :

Si l'on accepte le postulat selon lequel, dans une culture où le sexe est dichotomique, seuls les individus qui sont assurés d'appartenir à l'un des deux sexes et seulement l'un d'eux seront susceptibles d'atteindre le plus haut niveau de bonheur et de productivité, alors on peut dire que la médecine moderne fut un grand succès. Mais, d'un autre côté, les mêmes réalisations de la médecine peuvent être lues non comme un progrès, mais comme un mode de « discipline », au sens de Foucault<sup>51</sup>.

Discipline d'autant difficile à justifier considérant que les besoins vitaux des personnes intersexuées ne sont pourtant pas compromis. Fausto-Sterling explique : « Bien que certaines pathologies accompagnent parfois des formes d'intersexualité et peuvent requérir une intervention médicale, les états intersexuels ne sont pas par eux-mêmes des maladies<sup>52</sup> ». Ce qui explique que, depuis les années 1990, des personnes intersexuées se sont mieux organisées<sup>53</sup> et luttent pour l'arrêt de la chirurgie génitale pédiatrique. La triste réalité est, qu'entre autres, la chirurgie laisse de grosses cicatrices, exige de multiples opérations et supprime souvent la possibilité d'orgasmes. Les rapports de cas de chirurgie du clitoris qui ont été étudiés par Fausto-Sterling montrent que le critère de réussite est davantage cosmétique que fonctionnel. Les effets psychologiques négatifs des chirurgies génitales sont graves et multiples, comme en font preuve les nombreux témoignages des personnes intersexuées. « Le désir de la médecine de créer de bons organes génitaux pour empêcher la souffrance psychologique ne fait en somme que contribuer à celle-ci<sup>54</sup> ». Puisque la médecine est intimement liée à la recherche, voyons maintenant comment elle est aussi soit orientée par les normes de genre.

### *2.5 Mécanismes de déterminations des sexes mal élucidés*

Kraus a étudié l'évolution des recherches sur la détermination du sexe, notamment celles sur le *testis-determining factor*, qui met en évidence la complexité encore mal élucidée des mécanismes en jeu. Elle a montré en détail comment, jusqu'à maintenant, chaque étape de la recherche d'un fondement naturel de la bicatégorisation par

sexe a échoué. Son étude montre elle aussi que, « loin de découvrir la différence sexuelle, la pratique scientifique la fabrique en sexuait le biologique de façon dichotomique et selon les oppositions traditionnelles du genre<sup>55</sup> ».

La biologiste évolutionniste Malin Ah-King propose pourtant une alternative crédible à la dichotomie traditionnelle, soit de considérer le sexe comme une norme de réaction. « Aucun organisme ne se développe qu'à partir des gènes ; il est aussi le produit d'un phénotype réactif (l'aspect physique de l'organisme) qui a déjà été influencé par des facteurs à la fois environnementaux et génétiques. L'interaction de cet organisme réactif avec différents environnements peut donner lieu à toute une gamme d'aspects ; c'est cette gamme qu'on appelle norme de réaction<sup>56</sup> ». Le sexe est alors lié à un environnement interne qui détermine l'expression des caractéristiques sexuelles. « Nous n'avons pas de raison de penser que les différences sexuelles sont innées et qu'elles se divisent en catégories discrètes. À partir du moment où l'on considère que le sexe est le résultat d'interactions entre les gènes et l'environnement sur les organismes réactifs, nous reconnaissons sa variabilité<sup>57</sup> ». Chez les humains, tous les individus portent des gènes pour les caractéristiques à la fois mâles et femelles. Des interactions complexes, qui impliquent des chromosomes sexuels, des gènes, des hormones et la réactivité à ces hormones, contribuent à façonner le corps sexué et la présence de testicules ou d'ovaires ne correspond pas toujours à la configuration chromosomique ou hormonale. « Ainsi, l'expression d'une caractéristique n'est jamais qu'une question de régulation de l'expression de ces gènes, ce qui explique que la variation soit dans la plupart des cas plus importante à l'intérieur des sexes qu'entre les sexes<sup>58</sup> ».

La complexité du phénomène de la sexualisation des corps amène plusieurs à douter du modèle binaire et fixe. Gaudillière écrit : « la plupart des biologistes considèrent aujourd'hui que le sexe biologique n'est pas une structure, mais un état plus ou moins réversible dans l'histoire de l'organisme, le résultat de processus développementaux très complexes, impliquant des interactions entre de nombreuses molécules et cellules<sup>59</sup> ». Laqueur a montré lui aussi comment l'idée de la fixité est en partie culturelle : « Le corps privé,

stable et fermé qui paraît être à la base des notions modernes de la différence sexuelle est aussi le produit de moments historiques et culturels particuliers<sup>60</sup> ».

Nous pouvons donc conclure cette deuxième partie en insistant sur le fait que ces arguments sur la dimension culturelle de la bicatégorisation, sur la complexité des processus de sexualisation des corps et qui engendrent à l'occasion des individus intersexués, penchent tous en faveur d'une diversité des sexes plutôt que pour une conception binaire.

### *3. Critique de l'hétéronormativité*

Comme l'ont montré les auteurEs queer, entre autres Butler, les normes de genre à l'œuvre dans la bicatégorisation sont inextricablement liées aux normes de sexualité, puisque de la même façon que mâles et femelles sont perçus comme deux catégories fixes et distinctes, l'hétérosexualité est décrite comme naturelle. Pourtant, lorsque l'hétérosexualité est naturalisée et conçue comme la seule relation viable, il s'agit bien de normes sociales, soit d'hétéronormativité.

#### *3.1 « Que deux-sexes » lié à « fait pour se reproduire »*

Il semble en fait, comme nous le verrons maintenant, que la norme hétérosexuelle soit masquée par sa naturalité présumée. Les sexualités autres que l'hétérosexualité sont en effet taxées d'anormales en se fondant sur l'argument que seule cette sexualité est naturelle, que mâles et femelles ont pour but de se reproduire, comme c'est le cas dans toutes les espèces dont la reproduction est sexuée.

Pourtant, la nature est plutôt caractérisée par une grande diversité sexuelle. Comme le démontre l'étude détaillée de plusieurs espèces animales par Ah-King, « en réalité, la nature ne connaît aucune limite, concernant les sexes et les sexualités<sup>61</sup> ». L'homosexualité est l'une de ces formes courantes dans la nature, que la science commence à mieux documenter, entre autres grâce au développement des techniques de sexage au moyen de l'ADN<sup>62</sup>. Joan Roughgarden, biologiste évolutionniste, va dans le même sens ; « en fait, le



processus sexuel qui maintient l'arc-en-ciel d'une espèce et facilite sa survie à long terme implique automatiquement une abondance de comportements sexuels hauts en couleur<sup>63</sup>». Roughgarden détruit plusieurs mythes concernant la naturalité du genre et du sexe par l'étude de plusieurs espèces animales. Par exemple, le fait que dans certaines espèces les mâles donnent naissance, que pour d'autres les femelles ont un pénis et les mâles allaitent, etc.

Foucault a montré comment la construction d'une espèce particulière, les «invertiEs», se fonde sur la conception de ce que devrait être les hommes et les femmes, considérés comme deux groupes «naturels» distincts des traits anatomiques, physiologiques et comportementaux fondamentalement différents et complémentaires. La sociologue Brigitte Lhomond va dans le même sens : «Objets d'une construction scientifique toujours à préciser, les catégories de sexe sont aussi le lieu d'une peur sociale, où l'indifférenciation est associée à la dégénérescence de la société : peur que se perdent des traits pourtant conçus comme naturels, volonté constante de renforcer ce qui est censé être donné d'emblée<sup>64</sup>». Foucault a d'ailleurs montré comment la sexualité comme on la connaît, avec son rôle central dans la société et ayant comme objet spécifique le sexe opposé, est en fait un produit culturel, dont il situe l'apparition au 18<sup>e</sup> siècle. Elle n'a rien de naturel.

### *3.2 La reproduction n'est pas une fonction vitale pour l'individu, seulement pour l'espèce*

La biologie considère que le processus de sexuation progressive des corps est polarisé, puisqu'il est impliqué dans la fonction physiologique qu'est la reproduction sexuée et que celle-ci requière des gamètes distincts. Mais, la reproduction n'est pas une fonction vitale pour l'individu, seulement pour l'espèce. Comme le souligne Dorlin :

Compte tenu du fait que cette fonction n'est pas vitale pour les individus, comme l'est par exemple la respiration, et qu'elle est très ponctuelle (les Hommes ne passent pas leur vie au coût reproducteur), on peut considérer que le sexe «biologique» n'est pas réductible à la reproduction sexuée.

Scientifiquement parlant, il y a des conformations sexuées, des sexes, et non pas deux «sexes» mâles ou femelles<sup>65</sup>.

La stérilité d'un individu ne devrait donc pas être considérée comme une maladie. Evelyne Peyre, paléanthropologue, et Joëlle Wiels, biologiste, affirment qu'il faut distinguer l'importance de la reproduction pour l'espèce des buts individuels de ses membres.

La stérilité, cette pathologie qui intéresse tant la médecine moderne, n'est-elle pas le meilleur exemple d'une maladie purement sociale ? La fonction de procréation est, sans aucun doute, une fonction vitale pour l'espèce, mais elle n'a aucune façon besoin d'être assurée par l'ensemble des individus et elle ne saurait être, en aucun cas, une fonction vitale pour l'individu lui-même<sup>66</sup>.

L'importance accordée à la reproduction individuelle n'est pas limitée à la biologie, qui en fait un des buts ultimes des organismes, elle est aussi une valeur sociale. La culpabilité des personnes stériles est un drame en grande partie nourri par les valeurs dominantes, d'ailleurs amplifiées par des politiques nationales pro-procréations assistées<sup>67</sup>.

#### *4. Boorse face à la critique féministe*

S'il est vrai qu'une conception de l'hétérosexualité comme seule sexualité saine est d'emblée chargée de valeurs sur les sexes et les genres, et que les individus n'ont pas comme but ultime la reproduction, alors la conception de la santé de Boorse, qui se fonde sur la fonction reproductive individuelle, est normative. Boorse prétend que sa conception de la santé «est tout autant indépendante des valeurs que les énoncés fonctionnels en biologie», alors que, justement, nous venons de voir que la biologie n'est pas exempte de valeurs. Boorse ne peut pas se contenter d'affirmer que c'est alors un problème pour la biologie, il doit être clair et transparent en explicitant les enjeux normatifs liés à son choix d'endosser les prémisses de la biologie.

Boorse admet aussi que les finalités que sont la survie et la reproduction ne sont pas neutres: « Dans une certaine mesure cependant, ces buts les plus élevés des organismes sont déterminés et doivent être déterminés par les intérêts du biologiste<sup>68</sup> ». En effet, la survie et la reproduction sont non seulement poursuivis parce qu'ils sont désirables et ne sont donc pas descriptifs, mais en plus, comme nous l'avons vu, la reproduction est désirable pour l'espèce et non pas nécessairement pour l'individu.

#### *4.1 La théorie biostatistique va à l'encontre de la diversité naturelle*

À la normalité statistique et au *design* de l'espèce de Boorse nous sommes maintenant en mesure d'opposer une conception non normative de la diversité. S'il est vrai que la diversité est naturelle, celle sexuelle entre autres, alors il n'est pas pertinent de fonder une théorie de la santé sur l'idée qu'être sain revient à être normal statistiquement. Peyre et Wiels écrivent :

Il aura fallu vingt-cinq siècles pour que les biologistes de notre fin de 20<sup>e</sup> siècle, des généticiens aux anthropologues, puissent penser le sexe dans sa complexité de détermination et sa variabilité d'expression phénotypique. À l'instar des savoirs scientifiques sur le sexe, d'autres connaissances, sur la race ou sur l'âge par exemple, nous conduisent aujourd'hui à repenser en termes de complexité et de variabilité, les fondements typologistes qui justifiaient les grandes catégories de l'humanité élaborées au 19<sup>e</sup> siècle<sup>69</sup>.

Résultat d'une innovation survenue à un certain moment de l'histoire des espèces, la reproduction sexuée a un rôle fondamental: le brassage des gènes. Vient avec l'unicité individuelle et son corollaire, la variabilité des populations.

On peut alors s'interroger sur bien-fondé des bénéfices que tire la société de restreindre en deux classes sociales cette surprenante créativité et souplesse du biologique qui produit de l'unicité et de la diversité. Cette bicatégorisation crée d'emblée une troisième classe, implicite celle-ci, composée

de ceux que le corps médical qualifie de pathologique au regard de quelque inadéquation au type préalablement établi comme normal<sup>70</sup>.

L'idéal statistique de Boorse joue ce rôle : créer une classe du normal et rejeter tout le reste du côté de l'anormal et du suboptimal. En effet, proposer un individu idéal et sain, par exemple « femme adulte », implique que tous les individus différents, les intersexués entre autres, sont catégorisés comme anormaux et malades. Et en effet, d'après les principes de la théorie de Boorse les individus intersexués ont une maladie puisqu'ils ne correspondent pas à la norme statistique et que leur capacité reproductive individuelle est souvent limitée.

La grande variété des gènes, rendue possible grâce à la reproduction sexuée et bénéfique pour la survie des espèces, est incompatible avec un *design* unique<sup>71</sup>. Aussi, les mutations génétiques, parfois en jeu dans ce qu'on nomme des maladies, sont en effet une déviance par rapport à la norme, mais peuvent être à la fois bénéfiques pour l'individu et pour l'espèce, cette dernière évoluant d'ailleurs grâce à elles<sup>72</sup>. Notre attitude à juger négativement ce qui est différent est aussi à examiner, alors que plusieurs configurations génétiques sont rapidement considérées comme une maladie sans qu'on examine plus attentivement les éléments positifs qu'une telle génétique peut impliquer. La grande diversité naturelle que la critique féministe met en lumière remet en question le projet de définir un *design* unique.

#### 4.2 La classe « naturelle » chez Boorse est basée sur des normes

Boorse est l'héritier de la pensée médicale qui, tout au long de l'histoire, a été un haut lieu de définition et de manipulation des corps. Son intuition selon laquelle le normal est naturel va à l'encontre de ce qui fut ici montré, à savoir que c'est plutôt la diversité qui est naturelle.

Elselijn Kingma, historienne des sciences et bioéthicienne, a d'ailleurs montré que rien empiriquement ou objectivement ne dicte les classes de références que Boorse utilise. D'abord, précisons que Boorse défend l'idée que l'homosexualité est une maladie au sens

théorique (*disease*)<sup>73</sup> puisqu'elle interfère avec le but essentiel qu'est la reproduction et qu'elle diffère de la norme statistique. Kingma montre que le jugement selon lequel l'homosexualité est une maladie précède le jugement que la bonne théorie est celle qui n'inclut pas l'orientation sexuelle comme classe de référence. L'argument de Boorse, qui dit que la théorie peut identifier que l'homosexualité est une maladie, est donc circulaire.

Tout comme Kingma, nous pouvons en conclure que Boorse devrait être plus modeste : ses classes de référence doivent être d'abord fixées normativement, et ensuite sa théorie peut distinguer la maladie de la santé sans jugements de valeur. « The fixing reference classes, however, is an evaluative choice which may reflect some deep underlying normative commitments to, for example, ideas about normal sexual attraction<sup>74</sup> ».

### *Conclusion*

Boorse doit donc reconnaître que son modèle se fonde sur les normes de genre et de sexualité dont sont imprégnées les sciences biologiques et médicales. Soutenir que le but des individus est de se reproduire est un énoncé normatif, tout comme l'est l'affirmation que l'homosexualité est une maladie. Puisque Boorse propose un seul *design* valable, fondé sur la normalité statistique, il crée une catégorie d'individus hors normes automatiquement qualifiés de « malades » alors que leurs différences ne leur causent peut-être aucun préjudice individuel. De plus, les variations génétiques sont inhérentes à la reproduction sexuée et à la base du processus de l'évolution des espèces. Valoriser socialement la différence individuelle soulève aussi un enjeu éthique. Les personnes différentes, comme celles intersexuées, sont victimes du jugement que pose sur elles la société en général et la médecine en particulier. C'est la souffrance que vivent ces personnes qui ont motivé la rédaction de cet article, qui se veut finalement un plaidoyer pour remettre en question la valeur qu'on accorde à la normalité au détriment des personnes différentes.

Tableau 1

Chromosomes sexuels « non standards »<sup>75</sup>

| Chromosomes sexuels                | Phénotype organes génitaux                        | Fréquence           |
|------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------|
| XO<br>(syndrome de Turner)         | Femelle. Développement incomplet des ovaires      | 1/ 2500 filles      |
| XXX, XXXX                          | Femelle. Généralement aucun symptôme              | 1/ 500 filles       |
| XYY                                | Mâle. Généralement aucun symptôme                 | 1/ 500 garçon       |
| XXY<br>(syndrome de Klinefelter)   | Mâle. Testicules réduits, développement des seins | 1/ 500 garçon       |
| XXYY, XXXY<br>(pseudo-Klinefelter) | Mâle. Testicules réduits, développement des seins | Rare                |
| XX                                 | Intersexué (ou hermaphrodite)                     | 1/ 5000 individus   |
| XX                                 | Mâle                                              | 1/ 20 000 individus |
| XY                                 | Femelle. Gonades non différenciées                | Rare (1/ 10 000?)   |

*Tableau 2*

*Quelques types courants d'intersexualité<sup>76</sup>*

| <b>Nom</b>                                    | <b>Cause</b>                                                                                                         | <b>Caractéristiques cliniques</b>                                                           |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hyperplasie congénitale des surrénales (HSC)  | Dysfonction héritée génétiquement d'une ou plus de six enzymes impliquées dans la fabrication des hormones stéroïdes | Chez les enfants XX, peut provoquer une masculisation légère à sévère des organes génitaux. |
| Syndrome d'insensibilité aux androgènes (SIA) | Modification génétiquement héritée du récepteur de testostérone à la surface des cellules                            | Enfants XY avec des organes génitaux fortement féminisée.                                   |
| Dysgénésie gonadique                          | Causes diverses, pas toutes génétiques ; catégorie fourre-tout                                                       | Réfère à des individus dont les gonades ne se développent pas correctement                  |
| Hypospadias                                   | Causes diverses, incluant des altérations du métabolisme de la testostérone                                          | L'urètre ne va pas jusqu'au bout du pénis                                                   |
| Syndrome de Turner                            | Filles dépourvues d'un second chromosome X                                                                           | Forme de dysgénésie gonadique chez les filles                                               |
| Syndrome de Klinefelter                       | Garçons dotés d'un chromosome X supplémentaire (XXY)                                                                 | Forme de dysgénésie gonadique provoquant l'infertilité                                      |

1. Voir entre autres les contributions importantes de Sandra Harding, épistémologue féministe et de Anne fausto-Sterling, biologiste féministe.
2. Voir sur ce point les articles d'Olivier Provencher et de David Prévost-Gagnon dans ce numéro.
3. Christopher Boorse, « La concept théorique de santé », dans eds. Élodie Giroux et Maël Lemoine, *Philosophie de la médecine*, Paris, Vrin, 2012 [1977], pp. 86-88.
4. Suivant la proposition du philosophe de la médecine Lennart Nordenfelt.
5. *Ibid.*, p. 90
6. *Ibid.*, p. 85
7. Christopher Boorse, *op.cit.*, p. 89.
8. Élodie Giroux, « Définir objectivement la santé : une évaluation du concept bio statistique de Boorse à partir de l'épidémiologie moderne », dans *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 2009/1 Tome 13, p. 46
9. *Ibid.*
10. *Ibid.*, p. 86
11. *Ibid.*, p. 85
12. Christopher Boorse, *op.cit.*, p. 83
13. *Ibid.* p. 85
14. Boorse mentionne aussi l'hypothèse de classes de références selon la « race ». Mais, comme le fait remarquer Giroux, il reste plutôt flou et ne semble pas très convaincu qu'elle soit nécessaire. Voir Élodie Giroux, *op.cit.* p. 48.
15. *Ibid.*, p. 91
16. *Ibid.*, p. 61
17. Ludwick Fleck, *Genèse et développement d'un fait scientifique*, Paris, Belles lettres, 2005 [1935], 280 pages.
18. Sandra Harding, « Rethinking standpoint epistemology: what is «strong objectivity»? », dans eds. Alcoff L. et Potter E.m, *Feminist Epistemologies*, New York, Routledge, pp. 352-384
19. Delphine Gardey et Ilana Löwy. « Pour en finir avec la nature », dans eds. Delphine Gardey et Ilana Löwy, *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000, p. 26
20. Ilana Löwy et Hélène Rouch, « Genèse et développement du genre : les sciences et les origines de la distinction entre sexe et genre », dans eds.



- Ilana Löwy et Hélène Rouch, *La distinction entre sexe et genre. Une histoire entre biologie et culture*, Paris, L'Harmattan, 2003, p. 9
21. Thomas Laqueur, *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, Paris, Gallimard, 1992 [1990], p. 250.
  22. Delphine Gardey et Ilana Löwy, *op.cit.*, p. 12.
  23. Joëlle Wiels, «LA différence des sexes : une chimère résistante», dans ed. Catherine Vidal, *Féminin et masculin. Mythes et idéologies*, Paris, Belin, 2006, p. 79.
  24. Evelyn Fox Keller, «Histoire d'une trajectoire de recherche. De la problématique "genre et science" au thème "langage et science"», dans eds. Delphine Gardey et Ilana Löwy, *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000, p. 47.
  25. Jean-Paul Gaudillière, «On ne naît pas homme... À propos de la construction biologique du masculin», dans *Mouvements*, vol.1, no.31, 2004, p. 16.
  26. *Ibid.*, p. 17.
  27. *Ibid.*, p. 18.
  28. Delphine Gardey et Ilana Löwy, *op.cit.*, p. 17.
  29. Par exemple, dans les années 1930-1960, la production industrielle des hormones sexuelles a affectée la division entre sexe et genre. Puis, entre 1970-2000, les techniques de reproductions assistées bouleversent de nouveau le «sexe biologique» et la distinction sexe/genre. Ilana Löwy et Hélène Rouch, *op.cit.*, p. 12
  30. *Ibid.*
  31. Judith Butler, *Trouble dans le genre, le féminisme et la subversion de l'identité*, Paris, La Découverte, 2005 (1990), p. 10.
  32. Elsa Dorlin, « Pour une épistémologie historique du sexe », dans *ARABEN*, vol. 3, revue électronique du GREPH, 2006, p. 8.
  33. Thomas Laqueur, *op.cit.* p. 43.
  34. Anne Fausto-Sterling, *Corps en tous genres. La dualité des sexes à l'épreuve de la science*, Paris, La Découverte, 2000, p. 19.
  35. Cynthia Kraus, «“Avarice épistémique” et économie de la connaissance : le pas rien du constructionnisme sociale», dans eds. Hélène Rouch, Dominique Fougeyrollas-Schweber et Elsa Dorlin, *Le corps, entre sexe et genre*, Paris, L'Harmattan, 2005, p. 52.
  36. Ilana Löwy, *L'emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité*, Paris, La dispute, p. 121.
  37. Delphine Gardey et Ilana Löwy, *op.cit.*, p. 25.
  38. *Ibid.*, p. 24.

39. Hoquet compte 10 niveaux; le sexe génétique (ou chromosomique), le sexe gonadique (lié aux glandes reproductives), le sexe des gamètes produites, le sexe gonophorique (lié à la tuyauterie interne), le sexe périnéal (l'aspect des génitoires dans l'aine), le sexe hormonal (quelles hormones prédominent dans l'organisme), le sexe somatique (ou corporel général), le sexe légal (celui enregistré par l'état civil), le sexe psychique (se sentir homme ou femme), le sexe libidinal (le type d'orientation sexuelle). Thierry Hoquet, « Les paradoxes du sexe », dans *Précis de philosophie de la biologie*, eds. Thierry Hoquet et Francesca Merlin, Paris, Vuibert, 2014, p.288.
40. *Ibid.*
41. Suzanne J. Kessler, «The Medical Construction of Gender. Case Management of Intersexed Infants», dans eds. Mary Wyer and all, *Women, Science, and Technology. A Reader in Feminist Science Studies*, New York, London, Routledge, 2001 (1990), p. 161.
42. Anne Fausto-Sterling, *op.cit.*, p. 76.
43. *Ibid.*, p. 74.
44. Elsa Dorlin, *op.cit.*, p. 11.
45. Élodie Giroux, *op.cit.*, p. 54.
46. Elsa Dorlin, *op.cit.*, p. 11.
47. *Ibid.*, p. 8.
48. Anne Fausto-Sterling, *op.cit.*, p. 25.
49. Michel Foucault, *Histoire de la sexualité I, la volonté de savoir*, Paris, Gallimard, Collection TEL, 1976, p. 190.
50. *Ibid.*, p. 193
51. Anne Fausto-Sterling, «Les cinq sexes: pourquoi mâle et femelle ne sont pas suffisants», dans ed. Thierry Hoquet, *Le sexe biologique. Anthologie historique et critique. Tome 1 : Femmes et Mâles? Histoire naturelle des (deux) sexes*, Paris, Hermann, 2013 (2000), p. 230.
52. *Ibid.*, p. 238
53. Par exemple, l'Intersex Society of North America (ISNA) fondé en 1993 et Hermaphroditic Education and Listening Post (HELP) en 1996.
54. *Ibid.*, p. 229.
55. Cynthia Kraus, «La bicatégorisation par sexe à l'«épreuve de la science». Le cas de recherches en biologie sur la détermination du sexe chez les humains», dans eds. Delphine Gardey et Ilana Löwy, *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000, p. 213.
56. Malin Ah-King, «La nature queer. Pour une conception non normative de la diversité biologique», dans ed. Thierry Hoquet, *Le sexe biologique*.

*Anthologie historique et critique. Tome 1 : Femmes et Mâles? Histoire naturelle des (deux) sexes*, Paris, Hermann, 2013 (2009), p. 60.

57. *Ibid.*, p. 61.

58. *Ibid.*, p. 62

59. Jean-Paul Gaudillière, *op.cit.*, p. 16.

60. Thomas Laqueur, *op.cit.*, p. 51. Laqueur montre qu'au moins 2 modèles du sexe ont existé dans l'histoire; le modèle unisexe, qui a prévalu jusqu'au 18<sup>e</sup> siècle, et le modèle de deux sexes incommensurables, qui prédomine encore aujourd'hui. Pourtant, maintenant que nous savons que pour la majorité des mammifères, dont les humains, la différenciation sexuelle durant l'embryogenèse comporte une période d'indifférenciation, ce fait scientifique plaide en faveur du modèle unisexe.

61. Malin Ah-King, *op.cit.*, p.62.

62. Cette technique a permis, par exemple, d'observer que 16% des mouettes à tête noire sont en couples homosexuels

63. Joan Roughgarden, *Evolution's Rainbow: Diversity, Gender, and Sexuality in Nature and People*, Berkely, Los Angeles, University of California Press, 2004, p. 35.

64. Brigitte Lhomond, «Nature et homosexualité. Du troisième sexe à l'hypothèse biologique», dans eds. Delphine Gardey et Ilana Löwy, *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000, p. 155.

65. Elsa Dorlin, *op.cit.*, p. 12.

66. Évelyne Peyre et Joëlle Wiels, «Le sexe produit "des individus à l'infini"», dans ed. Thierry Hoquet, *Le sexe biologique. Anthologie historique et critique. Tome 1 : Femmes et Mâles? Histoire naturelle des (deux) sexes*, Paris, Hermann, 2013, p. 254.

67. Plus une culture glorifie la maternité, comme c'est le cas en Israël par exemple, plus la culpabilité par rapport à la stérilité est grande. La question de la construction sociale « qu'être une femme se réduit à être mère » est aussi soulevée par le financement public, qui en quelque sorte cautionne une telle conception. Voir entre autres Vardit Ravitsky et Art Caplan, « Reproductive Freedom and Access to Assisted Reproductive Technologies » dans *The Endometrium: Molecular, Cellular & Clinical Perspectives*, eds. Aplin, Fazleabas, Glasser and Giudice, 2nd Edition, 2007, pp. 842-846.

68. Christopher Boorse, 2012 [1977], *op.cit.*, p. 89.

69. Évelyne Peyre et Joëlle Wiels, *op.cit.*, p. 253.

70. *Ibid.*, p. 254.

71. Voir Ron Amundson «Against Normal Function» dans *Studies in History and Philosophy of Science*, vol. 31, no. 1, 2000, pp. 33–53.
72. Canguilhem défend aussi cette idée, voir *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* (1943), réédité sous le titre *Le Normal et le Pathologique*, 9<sup>e</sup> rééd, Paris, PUF/Quadrige, 2005.
73. Christopher Boorse, «On the distinction between disease and illneee», dans *Philosophie of public Affairs*, vol. 5, no. 1 (automne, 1975) p. 63; Christopher Boorse, «A rebuttal on health», dans eds Humber JM, Almeder, *What is Disease?*, New Jersey, Humana Press, 1997, p. 99.
74. Elselijn Kingma, «What is to be healthy», dans *Analysis*, no. 284 (avril 2007), p. 132.
75. Joëlle Wiels, 2006. «LA différence des sexes : une chimère résistante», dans *Féminin et masculin. Mythes et idéologies*, ed. Catherine Vidal, Paris : Belin, p. 73
76. Anne Fausto-Sterling, 2000. *Corps en tous genres. La dualité des sexes à l'épreuve de la science*. Paris : La Découverte, p. 74





# Régler le vide définitionnel du DSM : la tentative de Wakefield

CHARLES OUELLET, *Université Laval*

## Résumé

Dans cet article seront analysées deux prétentions que Wakefield accorde à sa théorie, soit que (1) la *Harmful Dysfunction Analysis* (HDA) permet de générer une conception du trouble mental qui s'accorde avec les intuitions qu'ont les professionnels de la santé lorsqu'ils attribuent un trouble mental et que (2) sa théorie dote le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) d'une définition opérationnelle satisfaisante qui permet de circonscrire le domaine du psychopathologique. Je montrerai que Wakefield échoue à satisfaire ces deux prétentions. La première échoue principalement en raison de la notion de fonction naturelle utilisée par Wakefield. La deuxième échoue, car l'auteur est ambivalent et permet deux interprétations problématiques de la HDA. Bien que je crois que ces prétentions doivent être abandonnées, la HDA de Wakefield semble tout de même très intéressante pour l'élaboration d'une classification des maladies mentales différente de l'approche prisée par le DSM.

## Introduction

Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*<sup>1</sup> (DSM) n'offre pas de définition explicite du trouble mental, ce qui contribue à affaiblir la crédibilité des diagnostics faits en vertu du guide américain<sup>2</sup>. Il y a quelque chose d'embarrassant, en effet, dans le fait d'attribuer un trouble mental à un individu sans avoir préalablement défini ce qu'est un *trouble mental*. Une contribution particulièrement importante à ce problème fut apportée par le philosophe américain Jerome Wakefield. L'auteur de la *Harmful Dysfunction Analysis* (HDA) propose un cadre d'analyse qui permet, selon lui, de discriminer les individus atteints d'un trouble mental des individus qui ne le sont pas, et ce, sans se prononcer sur la

nature de ces états pathologiques. Wakefield prétend que la notion de trouble mental qu'il dégage correspond à celle des professionnels de la santé lorsqu'ils attribuent un trouble donné à un individu. De plus, la HDA permettrait de générer une définition du trouble mental qui pourrait, selon Wakefield, venir combler le manque définitionnel du DSM. Dans cet article, je montrerai que Wakefield échoue à satisfaire ces deux prétentions. Je commencerai par exposer le contexte dans lequel s'insère le projet de Wakefield avant de présenter en quoi consiste la *Harmful Disorder Analysis*. Il me sera ensuite possible de critiquer la prétention selon laquelle le cadre d'analyse permet de rendre compte des intuitions qui sous-tendent les jugements diagnostics faits par les professionnels de la santé, puis de défendre la thèse, dans un dernier temps, selon laquelle la HDA ne permet pas de combler le vide définitionnel du DSM.

### *Le projet de Wakefield*

Si vous rencontrez des psychologues ou des psychiatres dans le cadre de consultations, il est fort probable qu'ils utilisent des termes comme «trouble mental», «maladie mentale» ou «trouble pathologique». Cependant, cela n'implique pas que ces experts partagent une même notion théorique. Si vous consultez un tenant de l'approche psychodynamique, d'un cognitivo- comportementaliste ou d'un humaniste, ils vous parleront très différemment du trouble qu'ils vous auront trouvé. Cependant, même si ces spécialistes de l'esprit humain utilisent des conceptions différentes de la maladie mentale, il est fort probable qu'ils vous diagnostiquent avec le même livre, soit le DSM-4-R (ou le DSM-5)<sup>3</sup>. Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* est un ouvrage de référence publié par la Société Américaine de Psychiatrie qui propose une nosologie des troubles mentaux, c'est-à-dire une classification particulière des maladies mentales. Cette classification se veut athéorique, c'est-à-dire neutre quant au choix de l'approche théorique à adopter<sup>4</sup>. Bien que plusieurs critiques aient été faites contre le DSM, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une des classifications les plus utilisées par les cliniciens d'aujourd'hui<sup>5</sup>.



Cet article portera sur un problème particulier concernant la nosologie du DSM. Il convient ainsi de distinguer deux types d'exercice : c'est une chose que d'élaborer une *classification* des troubles mentaux et c'en est une autre que d'élaborer une *définition* du trouble mental qui permet de distinguer quels individus sont dignes ou non d'être placés dans cette classification. Force est d'admettre que les auteurs du DSM ont, en quelque sorte, réussi ce premier exercice (produire une classification). Or, il y a lieu de croire qu'ils n'ont pas réussi à accomplir le deuxième. Le DSM ne fournit pas de définition claire et consensuelle du trouble mental. Spitzer & Endicott, deux des auteurs de la 3e édition du DSM, proposèrent une définition (dans un article postérieur à la rédaction du DSM-3) en terme de détresse ou d'handicap non attendu (*unexpected distress or disability*)<sup>6</sup>. Sans être officielle, cette définition serait pour le moins sous-entendue dans le DSM-3. Elle chercherait, sans succès certain, à cerner l'idée de trouble mental :

These questions amount to asking whether there is a dysfunction ; roughly, a dysfunction occurs when something goes wrong with the internal functioning of the organism. *DSM-III-R*'s operational definition of disorder as 'statistically unexpected distress or disability' neither locates the problem within the person (unexpected distress can be caused by environmental stress) nor establishes that something has gone wrong with the person's functioning (unexpected distress can occur despite proper functioning ; Wakefield, 1992b), and thus fails to meet the dysfunction requirement<sup>7</sup>.

Wakefield juge que la définition proposée par Spitzer & Endicott est insatisfaisante dans son rôle de définition opérationnelle, notamment car elle ne permet pas d'établir la présence d'une dysfonction. Une définition opérationnelle, selon l'approche défendue par Hempel, devrait permettre de « fournir des critères objectifs au moyen desquels n'importe quel investigateur scientifique peut savoir, pour n'importe quel cas particulier, si le terme s'applique ou ne s'applique pas<sup>8</sup> ». Par exemple, il serait possible de définir opérationnellement l'eau comme étant une substance qui, sous une

pression de 101.3 kilopascals, gèle à 0 degré Celsius. Grâce à cette définition, n'importe quel individu peut tester si la substance qu'il a devant lui est de l'eau ou non. Une définition du trouble mental qui se prétendrait opérationnelle inclurait donc une procédure pour vérifier si l'étiquette «trouble mental» est légitime ou non<sup>9</sup>. Wakefield trouve la définition opérationnelle de Spitzer & Endicott insatisfaisante à cet égard, car un handicap ou une détresse inattendue peut survenir sans qu'il y ait présence d'une dysfonction (rappelons que la présence d'une dysfonction est un élément nécessaire, selon Wakefield, pour qualifier un individu de «troublé mentalement»). C'est d'ailleurs une des raisons qui le motivera à élaborer la HDA, dont il sera question dans cet article.

Derrière ce souci de trouver une définition opérationnelle du trouble mental se cache aussi une tentative de dissiper le scepticisme créé par le mouvement antipsychiatrique. Certains auteurs associés à ce courant soutiennent que le concept de trouble mental est essentiellement normatif et que la maladie mentale n'est en soi qu'un mythe<sup>10</sup>. Produire une définition du trouble mental pourrait servir à dissiper ces critiques, particulièrement si cette définition incluait une composante factuelle qui viendrait contrecarrer l'hypothèse d'un normativisme fort. Dans ces conditions, il semble tout à fait désirable de doter le DSM d'une définition claire, explicite et consensuelle du trouble mental.

Plusieurs tentatives ont été faites par des philosophes de la médecine pour définir la maladie mentale. Du côté normativiste, Peter Sedgwick définira la maladie comme un état jugé indésirable. Selon lui, tout état qualifié de «maladif» n'est essentiellement qu'un état considéré déviant par rapport à un autre jugé préférable<sup>11</sup>. En ce sens, lorsque l'on attribue une maladie à un individu, nous ne faisons qu'exprimer un jugement social. La théorie de Sedgwick est qualifiée de «normativisme fort», car il refuse d'attribuer une existence ontologique à la maladie. À noter que selon cette définition du trouble mental, l'élaboration du DSM peut facilement être vue comme une entreprise douteuse de contrôle social. De l'autre côté du spectre, Christopher Boorse défend une théorie naturaliste. Le concept théorique de maladie qu'il propose fait appel à la notion de

fonction, de normalité statistique et de *design* et serait, selon lui, purement factuel<sup>12</sup>. Une définition comme celle de Boorse pourrait intéresser les architectes du DSM car elle fournirait un concept scientifique sur lequel appuyer leur classification.

Certains auteurs tentèrent d'élaborer une conception de la maladie qui se positionne à mi-chemin entre normativisme et naturalisme. Une des plus remarquables d'entre elles a été proposée par Jerome Wakefield<sup>13</sup>. Le cadre d'analyse (la *Harmful Dysfunction Analysis*) qu'il propose permettrait, selon lui, de discriminer les états pathologiques des états non pathologiques tout en s'accordant avec les intuitions qui sous-tendent les diagnostics faits en vertu du DSM. Selon lui, l'analyse qu'il propose permettrait aussi de dégager une définition du trouble mental qui pourrait servir de critère pour déterminer si un état particulier mérite d'être placé dans la classification du DSM :

Fixer le concept du trouble pathologique n'est pas la même chose que d'en dégager une théorie. Les théories physiologiques, comportementales, psychanalytiques, etc., tentent d'expliquer les causes des troubles mentaux et de déterminer leurs mécanismes sous-jacents, tandis que le concept de trouble pathologique sert de critère pour identifier le domaine que toutes ces théories tentent d'expliquer. Ce concept est pratiquement le même chez les professionnels de la santé et dans le public profane (Campbell, Scadding, & Roberts, 1979), et il est à la base de la tentative dans le DSM-III-R de fournir des critères diagnostiques athéoriques et universellement acceptables (Spitzer Williams, 1983, 1988 ; Wakefield, 1992)<sup>14</sup>.

L'idée de Wakefield consiste à dire que lorsqu'un psychologue ou un psychiatre produit un jugement médical concernant la présence ou non d'un trouble mental, ce qu'ils veulent dire, c'est qu'il y a présence d'un dysfonctionnement préjudiciable<sup>15</sup>. Dans cet article, nous tenterons d'évaluer si Wakefield parvient à remplir ces deux prétentions, soit que (1) la *Harmful Dysfunction Analysis* permet de générer une conception du trouble mental qui s'accorde

avec les intuitions qu'ont les professionnels de la santé lorsqu'ils attribuent un trouble mental et que (2) sa théorie dote le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* d'une définition opérationnelle satisfaisante, qui permette de circonscrire le domaine du psychopathologique.

Avant d'aller plus loin, il convient de présenter quelques éléments essentiels à la compréhension de la théorie de Wakefield.

### *La Harmful Dysfunction Analysis de Wakefield*

Wakefield défend une théorie hybride de la maladie mentale qualifiée de « normativisme faible », car elle comporte une composante évaluative ainsi qu'une composante factuelle. Pour qu'un état soit qualifié de « trouble pathologique », deux critères doivent donc être remplis. (1) Cet état doit produire un certain préjudice pour l'individu et/ou le priver d'un bénéfice au regard de son environnement social et (2) ce préjudice doit être causé par un dysfonctionnement. Dans la section qui suit, j'examinerai chacune de ces deux composantes.

La première partie de sa définition du trouble pathologique est d'ordre évaluatif. Pour qu'un état soit jugé comme étant pathologique, il faut qu'il soit considéré comme néfaste par son porteur ou au sein de l'environnement social de cet individu. Wakefield inclut la notion de préjudice dans sa théorie, car il croit que celle de dysfonctionnement est insuffisante pour cerner ce que l'on entend par « pathologie ». S'il existait une telle chose qu'un état dysfonctionnel et non préjudiciable, cet état ne mériterait pas d'être considéré comme un état pathologique. Wakefield ne développe pas beaucoup sa notion de *préjudiciable*. Il faut cependant l'entendre dans le sens pratique et clinique de « causer un tort ». Dans la pratique, un patient ne viendra pas se plaindre à son médecin si rien ne lui cause un ennui de santé. Wakefield veut ainsi empêcher les états dysfonctionnels, mais non préjudiciables d'être considérés comme pathologiques.

La notion de dysfonctionnement, elle, est technique et demande d'être explicitée. Le terme « dysfonctionnement » doit être compris comme l'échec d'un (ou plusieurs) mécanisme à remplir la fonction naturelle pour laquelle il a été façonné par l'évolution<sup>16</sup>. Par exemple, il est possible de formuler l'hypothèse selon laquelle le mécanisme

responsable de la fièvre a eu comme fonction, à travers le temps, de réguler la température du corps et d'éliminer de potentiels virus ou bactéries pathogéniques<sup>17</sup>. Si ce mécanisme venait à ne pas fonctionner ou à fonctionner à outrance, il serait considéré comme dysfonctionnel. Les mécanismes dont il est question peuvent se trouver à divers niveaux (génétique, organique, neurologique, modulaire, etc.).

Le concept de dysfonctionnement chez Wakefield s'appuie sur la notion de fonction naturelle au sens étiologique<sup>18</sup>. Les fonctions naturelles sont conçues comme « des effets qui expliquent l'existence et la structure de mécanismes mentaux ou physiques se produisant naturellement<sup>19</sup> ». Ce type de théorie de la fonction considère que la fonction d'un trait est déterminée par l'effet pour lequel ce trait a été sélectionné<sup>20</sup>. Pour appuyer sa notion de fonction naturelle, Wakefield fait appel à ce qu'il nomme le « black box essentialism ». Wakefield veut ainsi déterminer le sens de la fonction naturelle de sorte qu'elle ne s'applique qu'aux processus biologiques, et ce, sans identifier les processus biologiques en question : « the notion of function is created to label the results of this unique biological process, whatever it is<sup>21</sup> ». Ainsi, lorsque Wakefield se prononce sur la définition du trouble mental, il ne se prononce pas sur l'identité du mécanisme dysfonctionnel :

So independent of any theory, *function* is defined to refer to any explanatory effect that is caused by the same process as the one that explains the base set of nonaccidental benefits : A natural function of a biological mechanism is an effect of the mechanism that explains the existence, maintenance, or nature of the mechanism via the same essential process (whatever it is) by which prototypical nonaccidental beneficial effects – such as eyes seeing, hands grasping, feet walking, teeth chewing, fearing danger, and thirsting for water – explain the mechanisms that cause them<sup>22</sup>.

Selon Wakefield, cette notion de fonction permet d'assurer la prétention factuelle et scientifique de la HDA, car elle assure que la notion de fonction réfèrera à un effet produit par ce mécanisme (effet

qui explique l'existence et la nature du mécanisme). Par exemple, il ne sera pas permis d'affirmer qu'un nez qui ne peut pas porter de lunettes est un état pathologique, principalement parce que «pouvoir tenir des lunettes» n'est pas un effet qui permet d'expliquer l'existence actuelle de nos nez (le pouvoir d'assurer la respiration pendant la mastication est déjà une hypothèse plus plausible<sup>23</sup>). Nous reviendrons bientôt sur cette notion de fonction naturelle.

La HDA s'inscrit dans une vision évolutive de l'esprit humain, vision selon laquelle l'architecture actuelle de l'esprit consiste en une foule de mécanismes ayant été, lentement mais sûrement, façonnés par la sélection naturelle : «Lorsqu'un individu rencontre un problème, il n'a pas à le résoudre à partir de rien. Il est déjà armé : l'histoire de notre espèce l'a doté d'un équipement cognitif, largement inconscient, qu'il hérite de ses ancêtres<sup>24</sup>». Ces mécanismes (qui font partie de l'équipement cognitif) ont été sélectionnés, car ils permettaient de résoudre certains problèmes adaptatifs chez nos ancêtres vivant à l'époque du Pléistocène. Pour en arriver à former un jugement correct concernant un état pathologique tout en respectant les exigences d'une définition opérationnelle, il faut être capable d'identifier quelle fonction naturelle un mécanisme a remplie dans son histoire évolutive, évaluer si ce mécanisme échoue présentement à remplir sa fonction naturelle (laquelle aura été déterminée par l'analyse de l'histoire évolutive du mécanisme) et déterminer si ce mécanisme produit un préjudice à l'individu. Dans ces conditions, produire un jugement correct sur un état pathologique est un défi de taille. Or, il n'est pas clair que Wakefield est aussi exigeant avec sa conception. Il sera question de ce point plus loin dans le texte.

Dans ce contexte, comment la HDA de Wakefield permet de venir en aide au DSM ? Tout d'abord, elle permet de formuler une définition du trouble mental :

un état est un trouble mental si et seulement si (a) cet état produit un certain préjudice ou prive la personne d'un bénéfice au regard des attentes de la culture à laquelle elle appartient (critère évaluatif), et (b) cet état résulte d'une incapacité d'un certain mécanisme mental à réaliser sa fonction naturelle, où par fonction naturelle nous entendons un effet qui fait partie

de l'explication évolutionniste de l'existence de la structure du mécanisme mental en question (critère explicatif)<sup>25</sup>.

Cette définition du trouble mental, comprise comme un dysfonctionnement préjudiciable, pourrait servir de critère pour déterminer qui mérite d'être placé dans la classification et qui ne le mérite pas. C'est-à-dire qu'avant même de chercher à classer un individu dans la nosologie du DSM, nous pourrions commencer par vérifier s'il y a bel et bien présence d'un dysfonctionnement préjudiciable. Cela permettrait de réduire le nombre de cas de faux positif (des cas où il y a eu, à tort, un jugement de maladie). Par ailleurs, la définition pourrait servir d'outil pour confirmer ou infirmer la validité d'un jugement diagnostique antérieur. Si, par exemple, un cas ambigu de personnalité schizoïde venait à être soulevé, un professionnel pourrait s'appuyer sur les critères diagnostics du DSM, vérifier si ceux-ci sont effectivement satisfaits et chercher à identifier à quel niveau se trouve le dysfonctionnement. Ainsi, il serait possible de dissiper le scepticisme autour de certains diagnostics aux allures douteuses et augmenter la crédibilité des diagnostics. Inversement, la définition faite en vertu de la HDA permettrait de discriminer les jugements frauduleux de trouble mental. Une fine analyse du DSM avec l'aide de la HDA permettrait donc de circonscrire le domaine du psychopathologique en fournissant une définition opérationnelle du trouble mental.

Un autre avantage de la conception du trouble mental de Wakefield est qu'elle permettrait de rendre compte des intuitions des professionnels de la santé mentale. Selon Robert Spitzer<sup>26</sup> (un des architectes du DSM), la notion de trouble dégagée par la HDA serait «en adéquation» avec les intuitions des cliniciens: «What was interesting was that the residents had no problem with the Harmful Dysfunction concept of disorder; it seemed to match well their intuitive concept<sup>27</sup>». Si Spitzer a raison et que les gens qui utilisent le DSM ont bel et bien une intuition concernant la présence d'un dysfonctionnement préjudiciable (au sens de Wakefield), alors il serait tout à fait désirable d'ajouter cette notion au DSM et ainsi combler ce manque définitionnel. Spitzer reconnaît l'utilité potentielle de la

HDA et semble ouvert à ce que le DSM adopte cette définition du trouble mental.

La HDA de Wakefield semble prometteuse à bien des égards, notamment lorsque l'on considère qu'elle semble avoir convaincu plusieurs personnes dans le milieu psychiatrique. Nous verrons cependant que la HDA comporte certains problèmes qui permettent de douter de la capacité de celle-ci à venir en aide au DSM.

*La HDA correspond-elle aux intuitions des professionnels de la santé ?*

Dans cette section je montrerai qu'il est improbable que (1) la HDA permette de générer une conception du trouble mental qui s'accorde avec les intuitions qu'ont les professionnels de la santé lorsqu'ils attribuent un trouble mental à des individus. Si vous demandez à des professionnels de la santé ce qu'ils veulent dire par «maladie mentale», «trouble pathologique» ou «trouble mental», il est improbable qu'une grande partie d'entre eux formule une réponse qui impliquera l'idée d'un dysfonctionnement préjudiciable de type wakefieldien. Rappelons que l'intention de la HDA n'est pas d'attacher une théorie particulière du trouble mental à la notion de trouble mental, mais bien d'offrir une notion qui puisse faire consensus parmi les professionnels de la santé mentale, malgré les divergences quant aux approches théoriques favorisées. Il s'agit d'offrir un cadre d'analyse qui permet de «réconcilier les intuitions cliniques traditionnelles avec les hypothèses évolutionnistes les plus récentes<sup>28</sup>». Cependant, on peut douter que Wakefield parvienne à remplir ce mandat. Il semble loin d'être certain que les cliniciens en santé mentale utilisent «trouble mental» dans le sens de «incapacité d'un mécanisme mental à remplir la fonction naturelle pour laquelle ce mécanisme a été sélectionné». Plus précisément, il semble improbable que les cliniciens «intuitionnent» une notion étiologique de fonction naturelle.

Une conception étiologique de la fonction naturelle postule que la fonction d'un mécanisme est fixée par rapport à l'apport évolutif de ce mécanisme à la survie de ses porteurs. Les individus ayant ces mécanismes ont été sélectionnés, car ils remplissaient ces fonctions naturelles. Or, bien que ce type de conception soit intéressant à bien



des égards, il semble qu'il ne soit pas particulièrement approprié pour caractériser la conception de la fonction qui est utilisée par les professionnels de la santé. Luc Faucher rapporte une position de Roe & Murphy selon laquelle une conception systémique de la fonction semble plus appropriée à cet égard :

Roe & Murphy (2011) have argued that “the *systemic capacity view* of biological function and dysfunction seems better suited than the *selectionist view* to capture what biomedical scientists take themselves to be doing” (217). In their view, when medicine (as well as disciplines interested in the functional organization of the mind, such as cognitive neurosciences) considers the function of a trait, it is usually not concerned with its evolutionary history, but rather with its contribution to the overall functioning of the organism<sup>29</sup>

Une conception systémique de la fonction considère qu'il faut fixer la fonction d'un mécanisme par rapport à son appart global à l'organisme. Or, il semble que ce soit précisément ce type de notion de fonction (et non une notion étiologique) qui soit utilisée par les cliniciens. Lorsqu'un médecin pose que le cœur d'un individu est dysfonctionnel, il semble entendre qu'il ne contribue plus (ou moindrement) au fonctionnement global de l'organisme qu'il a devant lui.

Si la conception systémique de la fonction est effectivement meilleure pour rendre compte des jugements faits par les professionnels de la santé alors cela vient directement mettre en doute la prétention de Wakefield. Considérant qu'un des objectifs de la HDA est de «décrire et non de réformer notre conception des phénomènes pathologiques<sup>30</sup>», il semble que la preuve soit à faire que la HDA permet de décrire l'usage du concept de trouble mental.

### *Deux interprétations possibles de la HDA*

Dans cette section, je défendrai l'idée que la HDA de Wakefield échoue à satisfaire la deuxième des prétentions identifiées au début de l'article soit que (2) la HDA dote le DSM d'une définition opérationnelle satisfaisante qui permettrait de circonscrire le domaine

du psychopathologique. La critique consistera à dire que Wakefield permet deux interprétations différentes de la HDA et que chacune de ces interprétations est problématique lorsqu'on tente d'utiliser la HDA (conjointement avec le DSM) pour poser un diagnostic. Une première interprétation dite « faible » fait en sorte que la HDA est inutilisable à ce stade-ci de nos connaissances scientifiques des phénomènes mentaux alors que la deuxième interprétation dite « forte » permet de justifier presque n'importe quelle inférence fonctionnelle et ainsi rendre légitime toutes les catégories actuelles et possibles du DSM. Steeve Demazeux formule l'ambivalence de la théorie de Wakefield en ces termes :

He [Wakefield] constantly switches between a weak version of his theory, which consists in recognizing the usefulness and even necessity of psychiatry having to make do with inferences that are only hypothetical, and a strong version that advocates definitively consecrating the validity of the inferences informing psychiatric labels, which he sees no need to call into question<sup>31</sup>.

Voyons maintenant ces deux interprétations afin de montrer qu'aucune d'entre elles n'offre de solution satisfaisante pour venir en aide au DSM.

Selon une interprétation faible, la force de la HDA demeure relativement limitée. Il faut être très prudent avec les jugements de trouble mental. La prudence est de mise, car les exigences devant être remplies pour attribuer un trouble mental sont difficiles à satisfaire. Rappelons que pour attribuer un trouble mental à un individu, en vertu de la HDA, il faut minimalement qu'il y ait présence d'un dysfonctionnement. Autrement dit, il faut qu'un certain mécanisme mental échoue à remplir la fonction naturelle pour laquelle il a été sélectionné. Pour satisfaire les exigences d'une définition opérationnelle, cela nécessiterait que l'on connaisse ce mécanisme mental dysfonctionnel et que l'on soit minimalement informé sur son histoire évolutive. Procéder ainsi permettrait d'assurer que n'importe quel investigateur scientifique puisse vérifier la validité de l'usage du concept de dysfonctionnement préjudiciable. Ce mécanisme défaillant

ayant été identifié, il doit également être en relation causale avec un état préjudiciable. Il ne suffit pas qu'il y ait présence accidentelle d'un dysfonctionnement et d'un état préjudiciable. Il faut que le mécanisme défaillant *cause* l'état préjudiciable. Or, considérant que nous sommes dans un état de relative ignorance concernant l'histoire évolutive des mécanismes mentaux et de leurs rapports causaux avec les effets qui leur sont typiquement attribués, il serait précipité de prétendre pouvoir identifier avec certitude la présence ou non d'un dysfonctionnement mental et plus généralement de porter un jugement d'état pathologique. Il faut donc être très prudent lorsque l'on attribue des troubles mentaux, car il s'agit d'une entreprise risquée et faillible<sup>32</sup>.

Néanmoins, l'une des prétentions de Wakefield est que la HDA puisse permettre de distinguer les états pathologiques des états non pathologiques. Or selon l'interprétation faible de la HDA, la plupart des diagnostics faits en vertu du DSM devraient être suspendus par manque de données fiables concernant l'histoire évolutive des mécanismes mentaux en question. Effectivement, il est probable que seulement très peu de diagnostics faits avec le DSM seraient corroborés par la HDA, selon cette interprétation faible.

Selon une interprétation forte, la HDA reconnaît le pouvoir qu'elle détient de valider le classement des troubles pathologiques. Demazeux formule dans ces termes la tendance qu'a Wakefield à utiliser la HDA pour légitimer les catégories actuelles du DSM : « the author [Wakefield] insists on the highly evident reality of the disorders he lists, and does not hesitate to assert that 'even a lay person would fully recognize' the apparent validity of the categories of the DSM-IV<sup>33</sup> ». Cette interprétation forte se distingue de l'interprétation précédente dans la mesure où il semble désormais beaucoup plus facile de confirmer la présence d'un trouble mental. Selon cette interprétation, il serait possible (et permis) d'inférer l'existence d'un dysfonctionnement sur la base de l'observation de traits de surface. Ces traits de surface sont, par exemple, les faits observables soulignés dans les critères diagnostiques du DSM. Demazeux exprime la logique permettant à Wakefield d'effectuer de telles inférences : « according that the surface properties are the clinical

symptoms of a mental disorder, it is logical to infer the existence of a dysfunction that provides an in-depth explanation of the reliability and validity of the clinical pattern, even when science does not yet know how to definitively identify this dysfunction<sup>34</sup> ». Or, procéder à un tel type d'« inférence essentialiste » pose plusieurs problèmes. Un de ces problèmes est l'absence de raisons probantes qu'à partir de traits de surfaces communs nous pouvons inférer une nature commune, c'est-à-dire un mécanisme biologique commun, qui serait à l'origine de l'occurrence des observations obtenues. Par exemple, la toux, la fatigue et l'écoulement nasal sont des états souvent réunis chez un même individu. Or, en fonction de l'observation seule de ces symptômes, il ne serait pas possible d'inférer qu'il s'agit d'un rhume ou d'une grippe, puisque ces deux types d'infection (dont les causes divergent) partagent sensiblement les mêmes symptômes.

Il s'agit d'autant plus d'un problème considérant la structure même du DSM. Le guide américain, pour remplir sa prétention athéorique, utilise presque exclusivement des critères diagnostiques pouvant être relevés par l'observation clinique. L'interprétation forte de la HDA permet, sur la base de l'idée selon laquelle les observations psychiatriques sont des manifestations cliniques d'un trouble mental sous-jacent, d'affirmer qu'un individu est atteint d'un trouble mental sans même avoir identifié de dysfonctionnement (au sens wakefieldien). Or, il semble relativement clair que plusieurs critères diagnostiques présents dans le DSM pourraient ne pas être le résultat d'un dysfonctionnement mental. Par exemple, un des critères diagnostiques d'un trouble de personnalité schizotypique est le fait d'avoir très peu d'amis ou de confidents autres que les parents du premier degré. Un tel état peut être le résultat d'un contexte environnemental particulier, sans avoir été causé par un dysfonctionnement. Autrement dit, un des problèmes avec l'interprétation forte de la HDA est qu'elle permet de spéculer sur la présence d'un mécanisme dysfonctionnel même sans avoir les connaissances suffisantes pour garantir qu'il y a bien présence d'un dysfonctionnement. Tous les diagnostics de trouble mental réalisés en vertu du DSM peuvent être légitimés par une inférence sur l'essence des mécanismes sous-jacents à nos observations.

C'est-à-dire que sur la base de l'intuition que «quelque chose cloche chez cet individu» il serait possible d'inférer la présence d'un dysfonctionnement (bien que ce dysfonctionnement n'ait pas été, à proprement parler, identifié). Il s'agit d'un problème dans la mesure où selon cette logique, il serait permis d'inférer la présence d'un dysfonctionnement dès qu'un comportement considéré comme indésirable est détecté chez un individu.

Par ailleurs, l'interprétation forte de la HDA rend possible un type d'inférence essentialiste qui ne permet pas d'établir avec suffisamment d'assurance que les individus placés dans une même catégorie de trouble mental partagent une structure biologique commune (qui serait dysfonctionnelle). C'est-à-dire qu'en venant légitimer les catégories du DSM, l'interprétation forte de la HDA permet à des individus qui ont des manifestations cliniques semblables d'être placés dans une même catégorie, et ce en dépit du fait que ce qui *cause* leurs manifestations cliniques puisse être potentiellement très différent. Inversement, des individus porteurs de mécanismes dysfonctionnels semblables pourraient recevoir des diagnostics très différents. Il s'agit d'un problème notamment parce que le DSM présuppose une telle nature commune<sup>35</sup> à chacune de ces catégories de trouble mental :

According to Poland et al., the assumption behind the DSM's categorization is that "it is possible to individuate psychopathological conditions on the basis of directly observable clinical manifestations [...] the operationally defined categories within the DSM system are supposed to be *natural kinds* with a characteristic causal structure [...]" (idem, p. 240-1). But as Kendell and Jablensky put it: "... the surface phenomena of psychiatric illness (i.e. the clustering of symptoms, signs, course and outcome) provide no secure basis for deciding whether a diagnostic class or rubric is valid in the sense of delineating a specific, necessary and sufficient biological mechanism"<sup>36</sup>.

En catégorisant les individus en fonction de manifestations cliniques et sans avoir à identifier le dysfonctionnement en jeu, le

DSM jette le doute sur la possibilité que ses catégories correspondent à des catégories naturelles et ouvre la porte aux critiques portant sur leurs caractères arbitraires.

L'interprétation forte semble donc insatisfaisante pour venir en aide à la nosologie du DSM, car (1) elle permet un type d'inférence problématique qui permet de justifier presque n'importe quel jugement diagnostique et parce (2) qu'elle ne permet pas de regrouper les troubles qui ont une nature commune dans la même catégorie. Ce deuxième point engendre des problèmes concrets, notamment parce que les individus ne sont pas indifférents à la place qu'on leur accorde dans une classification. Ian Hacking utilise le terme «*classificatory looping*» pour parler d'un phénomène bien connu selon lequel les individus ont tendance à témoigner de symptômes différents (en contexte clinique) dépendamment de leur place dans la classification<sup>37</sup>. L'interprétation forte de la HDA semble favoriser ce type de phénomène. En effet, il permet de classer certains individus dans la catégorie des gens «*troublés mentalement*» seulement sur la base que «*quelque chose ne va pas chez eux*». Procéder de la sorte conduit à une «*boucle rétroactive*» qui, dans certains cas, peut être très nuisible à l'individu ainsi classifié.

En résumé, il a été dit que Wakefield est ambivalent concernant sa HDA ; les deux façons d'interpréter la HDA mènent à des conclusions problématiques qui empêchent ce dernier de doter le DSM d'une définition opérationnelle satisfaisante qui permettrait de circonscrire le domaine du psychopathologique.

### *Conclusion*

Dans cet article, nous avons tenté d'évaluer si Wakefield parvient à remplir deux prétentions qu'il attribue à la HDA, soit que (1) la HDA permet de générer une conception du trouble mental qui s'accorde avec les intuitions qu'ont les professionnels de la santé lorsqu'ils attribuent un trouble mental et que (2) sa théorie dote le DSM d'une définition opérationnelle satisfaisante, qui permette de circonscrire le domaine du psychopathologique. Il a été défendu que Wakefield échoue à satisfaire ces deux prétentions. La prétention (1) a été jugée insatisfaite, car il est douteux que les professionnels

de la santé aient une conception étiologique de la fonction naturelle en tête lorsqu'ils posent des jugements de trouble mental. Par ailleurs, Wakefield échoue à satisfaire la prétention (2), car l'auteur permet deux interprétations différentes de la HDA et chacune de ces interprétations est problématique lorsqu'on tente d'utiliser sa théorie, conjointement avec le DSM, pour poser un diagnostic. Selon une première interprétation faible, la HDA est inutilisable à ce stade-ci de nos connaissances scientifiques des phénomènes mentaux. Une deuxième interprétation dite forte permet de justifier presque n'importe quelle inférence fonctionnelle et ainsi rendre légitimes toutes les catégories actuelles et possibles du DSM. La HDA de Wakefield est très intéressante et semble pertinente à plusieurs égards. Or, il a été défendu que celle-ci ne permet pas de venir combler le vide définitionnel du DSM. Dans le cadre de recherches futures, il serait pertinent d'analyser plus en profondeur d'autres types de classifications des troubles mentaux dans le but de trouver une nosologie alternative au DSM qui serait plus facilement conciliable avec les hypothèses évolutionnistes les plus récentes.

- 
1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5rd ed.)*, Washington, APA, 2013.
  2. L. Faucher, «Evolutionary Psychiatry And Nosology: Prospects and Limitations» dans *The Baltic International Yearbook of Cognition, Logic and Communication*, vol. 7 (2012), p. 5.
  3. Les éditions du DSM qui concerneront ce travail seront le DSM-3 et les suivantes. La troisième édition est considérée par plusieurs comme un changement de paradigme dans la classification psychiatrique et les éditions qui la suivirent (dont le DSM-4-R et le DSM-5) ne s'écarteraient pas de ce paradigme (Faucher, 2012, p. 4). Le terme «DSM» sera indifféremment utilisé dans cet article pour référer à la 3e version non révisée et les suivantes (DSM-3-R, DSM-4, DSM-4-R et le nouveau DSM-5). Ces éditions sont suffisamment semblables pour ne pas avoir à les distinguer ici.
  4. D'autres types de nosologie abandonne cette prétention athéorique et propose une nosologie causale. Sur ce type de nosologie, voir D. Murphy, *Psychiatry in the Scientific Image*, Cambridge, MIT PRESS, 2006.

5. Pour un portrait historique de l'élaboration du DSM et de son importance actuelle, voir S. Demazeux, *Qu'est-ce que le DSM ? : genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*, Paris, Ithaque, 2013.
6. J. Wakefield, «Limits of Operationalization: A Critique of Spitzer and Endicott's (1978)». dans *Journal of Abnormal Psychology*, vol.102 (1993), p. 160.
7. *Ibid.*, p. 169.
8. C. G. Hempel, *Aspects of Scientific Explanation*. New York: The Free Press, 1965, p. 141; la citation est de Hempel, mais il est intéressant de noter que c'est Williams Bridgman (physicien et prix Nobel) qui est considéré comme le père de l'opérationnalisme. Sur Bridgman, voir H. Chang, «Operationalism», *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* [En ligne], <http://plato.stanford.edu/archives/fall2009/entries/operationalism/> (2009)
9. Dans le cas qui nous concerne, les unités qui seront placées dans la classification sont des individus et les troubles mentaux particuliers font office de sous catégories à la catégorie générale de trouble mental.
10. T. Szasz, *The myth of mental illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, New York, 1974.
11. P. Sedgwick, «Illness-Mental and Otherwise», dans *The Hastings Center Studies*, vol. 1, no 3 (1973), pp. 19-40.
12. C. Boorse, «Health as a Theoretical Concept», dans *Philosophy of Science*, vol.44 (1977), pp.542-573. Voir aussi C. Boorse, «What a Theory of Mental Health should be», dans *Journal for the Theory of Social Behaviour*, vol. 6 (1976), pp.61-84.
13. Wakefield a été un acteur très important dans le débat sur la définition du trouble mental: «No one has done more in the last decade or so to clarify and analyse the concept of mental disorder than Jerome Wakefield» (D. Bolton, «The usefulness of Wakefield's definition for a diagnostic manuals», *World Psychiatry*, vol. 6 (Oct.,2007). p. 164).
14. J. Wakefield, «Le concept de trouble mental: à la frontière entre faits biologiques et valeurs sociales» (1992), dans É. Giroux & M. Lemoine (dir.), *Philosophie de la médecine: santé, maladie, pathologie*, Vrin, 2012, p. 128.
15. Wakefield défend que la conception qu'il élabore rende non seulement compte des intuitions derrière les jugements faits par professionnels de la santé, mais aussi des intuitions communes derrière les jugements populaires. Ces derniers ne concerneront pas ce présent article.
16. J. Wakefield, «Le concept de trouble mental: à la frontière entre faits biologiques et valeurs sociales» (1992), dans É. Giroux & M. Lemoine



- (dir.), *Philosophie de la médecine : santé, maladie, pathologie*, Vrin, 2012, p. 130.
17. R. M. Nesse, « À propos de la difficulté de définir la maladie : une perspective darwinienne », dans É. Giroux & M. Lemoine, *Philosophie de la médecine : santé, maladie, pathologie*, Vrin, 2012, p. 191.
  18. Voir le texte de David-Prévost Gagnon dans ce numéro.
  19. J. Wakefield, « Le concept de trouble mental : à la frontière entre faits biologiques et valeurs sociales » (1992), dans É. Giroux & M. Lemoine, *Philosophie de la médecine : santé, maladie, pathologie*, Vrin, 2012, p. 164.
  20. K. Neander, « The teleological notion of “function” », dans *Australasian journal of philosophy*, vol. 69, no. 4 (1991), p. 459.
  21. J. Wakefield, « Mental Disorder as a Black Box Essentialist Concept », dans *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 108 (1999), p. 471.
  22. *Ibid.*
  23. Sur le programme adaptationniste, voir Godfrey-Smith, « Three kinds of adaptationism », dans S. H. Orzack, et E. Sober, *Adaptationism and Optimality*, University Press, 2001, pp. 335–357.
  24. Voir Jean-Baptiste & H. Mercier, *Darwin en tête ! : l'évolution et les sciences cognitives*, Presses universitaires de Grenoble, 2009, p. 36.
  25. J. Wakefield, « Le concept de trouble mental : à la frontière entre faits biologiques et valeurs sociales » (1992), dans É. Giroux & M. Lemoine, *Philosophie de la médecine : santé, maladie, pathologie*, Vrin, 2012, p. 170.
  26. Robert Spitzer (1932-2015) est considéré comme un des principaux, sinon le principal, architecte du DSM-III : « Dès le départ, Spitzer s'investit dans toutes les étapes de l'élaboration du DSM-III. [...] Spitzer est de toutes les réunions, il intervient sur toutes les décisions. C'est lui qui veille à la cohérence des étiquettes les unes par rapport aux autres, à la hiérarchie des diagnostics, à la clarté des critères d'inclusion ou d'exclusion pour chaque catégorie, à l'absence de redondance ou de contradiction logique. Le DSM-III sera son œuvre ». (Qu'est-ce que le DSM ? Demazeux, p. 136)
  27. R. Spitzer, « Harmful Dysfunction and the DSM Definition of Mental Disorder », dans *Journal of Abnormal Psychology*, 1999, pp. 430-432.
  28. S. Demazeux, « The Function Debate and the Concept of Mental Disorder » dans P. Huneman, G. Lambert et M. Silbserstein (dir.) *Classification, Disease and Evidence : New Essays in the Philosophy of Medicine*, vol. 7 (2015), pp. 63-91, p. 78.

29. L. Faucher, «Evolutionary Psychiatry And Nosology: Prospects and Limitations», dans *The Baltic International Yearbook of Cognition, Logic and Communication*, vol.7 (2012), p. 15
30. S. Demazeux, «The Function Debate and the Concept of Mental Disorder» dans P. Huneman, G. Lambert et M. Silbsertein (dir.) *Classification, Disease and Evidence: New Essays in the Philosophy of Medicine*, vol.7 (2015), pp.63-91, p.80.
31. *Ibid.*, p. 85.
32. «But on the other hand, he [Wakefield] has insisted on several occasions in his work on the fact that the inference in question is only “hypothetical”, that it is “risky” in the sense that it can be falsified, and furthermore on the fact that it must be steered cautiously according to all the circumstantial evidence at hand» (Demazeux, 2015, p. 82).
33. S. Demazeux, «The Function Debate and the Concept of Mental Disorder» dans P. Huneman, G. Lambert et M. Silbsertein (dir.) *Classification, Disease and Evidence: New Essays in the Philosophy of Medicine*, vol.7 (2015), pp.63-91, p.82.
34. *Ibid.*, p. 83.
35. En ce sens, le DSM propose une nosologie et une taxonomie (classification naturelle).
36. L. Faucher, «Evolutionary Psychiatry And Nosology: Prospects and Limitations», dans *The Baltic International Yearbook of Cognition, Logic and Communication*, vol.7 (2012), p. 8.
37. I. Hacking, *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?*, Paris, La Découverte, 2008, p. 157.





# Le normal et le pathologique : étude comparative de l'approche de Boorse et de Canguilhem à propos de la définition de la maladie et de la santé.

KEBA COLOMA CAMARA, *Université Laval*

## *Résumé*

Peut-on délimiter le normal et le pathologique ? Les concepts de santé et de maladie sont-ils équivalents ou opposés aux concepts de normal et de pathologique ? Dans cet article, en comparant la théorie de la normativité biologique de Canguilhem et la théorie biostatistique de Boorse, j'examine les réponses de ces auteurs à ces questions, tout en les situant dans l'entreprise définitionnelle des concepts de maladie et de santé en philosophie de la médecine. Le problème du normal et du pathologique, c'est aussi la confrontation entre l'analyse quantitative de Boorse et l'analyse qualitative de Canguilhem, entre la préoccupation objectiviste du premier et la perspective holiste du second. C'est autour de ces éléments que j'engage le dialogue entre ces deux philosophes qui ne se sont jamais rencontrés.

## *Introduction*

Georges Canguilhem et Christopher Boorse sont bien connus dans le domaine de la philosophie de la médecine. Il est impressionnant de constater le nombre de fois que ces auteurs sont cités dans les publications sur les questions relatives à la maladie et à la santé. Cela témoigne d'un grand intérêt sur les travaux de ces auteurs qui, même avec l'avancée des connaissances aussi bien en médecine qu'en philosophie, sont toujours d'actualité. Ils sont devenus incontournables pour quiconque s'intéresse à l'étude des concepts de maladie et de santé : soit on s'oppose en critiquant leurs conceptions de la maladie et de la santé, soit on s'engage à proposer de nouvelles alternatives en prenant appui sur les prémisses de leurs théories.

Si Canguilhem et Boorse se sont bien illustrés en philosophie de la médecine, ils ne partagent pas, cependant, la même orientation et ils n'ont pas la même méthode de recherche. Leurs préoccupations demeurent néanmoins similaires sous certains aspects : définir et expliquer la relation des concepts de maladie et de santé.

Dans ce travail, je compare les thèses de Boorse et de Canguilhem à propos de la définition de la maladie et de la santé au prisme des concepts de normal et de pathologique. Pour ce faire, j'utilise une méthode historique et conceptuelle pour comparer ces deux auteurs en examinant le cadre conceptuel de leurs théories avant d'analyser les enjeux des concepts de normal et de pathologique dans leurs définitions de la maladie et de la santé. La question principale est la suivante : peut-on délimiter le normal et le pathologique ? Nous verrons comment ces deux auteurs répondent à cette question. Pour bien comprendre l'enjeu de cette question centrale, nous essayerons de voir si, chez nos deux auteurs, le normal et la santé, la maladie et le pathologique sont équivalents, d'une part, et, d'autre part, si ces concepts sont opposés. Chez Canguilhem, il semble qu'il soit difficile, voire impossible, de délimiter une frontière stricte entre ces concepts alors que chez Boorse la frontière entre ces concepts est bien définie. Tout en étant favorable à l'approche de Boorse qui me semble plus convaincante parce qu'elle délimite l'état normal de l'état pathologique et parce qu'elle permet, du coup, de définir la santé par l'absence de maladie et la maladie par l'absence de santé, j'essaierai, néanmoins, de montrer que Canguilhem nous rend bien service en exposant la complexité de la relation des concepts de normal et de pathologique. Mais en exposant la complexité de la relation du normal et du pathologique comme de la maladie et de la santé, ne crée-t-il pas une tension, pour ne pas dire une confusion, dans la définition de ces concepts ? S'il est vrai qu'un état normal peut devenir pathologique, il est alors tout à fait possible de dissocier ces deux états objectivement par des critères précis : c'est ce que Boorse essaie de faire dans sa théorie de la biostatistique alors que Canguilhem, dans sa théorie de la normativité biologique, refuse d'établir une frontière quantitative entre ces deux concepts, à moins d'envisager une distinction subjective et qualitative chez l'individu

malade. Le problème entre ces deux auteurs, c'est précisément le conflit entre l'analyse quantitative et l'analyse qualitative des concepts de normal et de pathologique dans la problématique de la définition de la maladie et de la santé.

Dans la première section, je situe Canguilhem et Boorse en philosophie de la médecine dans l'entreprise de définition des concepts de maladie et de santé en précisant leurs orientations. Ensuite, j'expose les grandes lignes de leurs théories pour saisir davantage ce qui les sépare et les unit. Dans la seconde section, j'analyse, d'une part, comment Canguilhem articule la relation dialectique entre le normal et le pathologique en établissant une relation complexe entre la maladie et la santé dans une orientation que l'on peut qualifier d'holiste et phénoménologique. D'autre part, je montre comment Boorse a su rétablir la frontière entre ces concepts en cherchant à rendre objectives et opérationnelles les significations des concepts de maladie et de santé à travers sa biostatistique.

## *1. La place de Boorse et de Canguilhem dans la philosophie de la médecine*

### *1.1 Les incontournables en philosophie de la médecine*

Il existe peu d'étude comparative sur Georges Canguilhem et Christopher Boorse en philosophie de la médecine. Que l'on se situe dans la littérature francophone ou anglophone, on se rend bien compte que, considérés individuellement, ces auteurs ont été l'objet de nombreuses études, mais il est rare que l'on compare leurs théories. Ils sont devenus, pour ainsi dire, des classiques pour quiconque veut entreprendre des réflexions sur les questions relatives à la philosophie de la médecine contemporaine et précisément à propos des concepts de maladie et de santé, du normal et du pathologique. Canguilhem est largement connu dans la philosophie continentale, notamment dans la tradition française. Boorse est d'actualité en philosophie de la médecine et depuis les années 70, il est la vedette dans la tradition anglo-américaine.

Il est devenu courant, en philosophie de la médecine, de s'opposer aux théories de ces philosophes ou de les approfondir. Cependant, ces deux auteurs ne se sont malheureusement jamais rencontrés.

Boorse a-t-il vraiment lu Canguilhem qui s'est bien illustré, avant lui, en philosophie de la médecine et en philosophie des sciences ? Pourtant, Canguilhem a publié *Le normal et le pathologique* en 1943 (traduit en anglais en 1978). D'ailleurs, lorsqu'on analyse les travaux de ces auteurs on se rend compte qu'ils traitent au fond des mêmes problèmes. Canguilhem se demande, par exemple, si une science de la pathologie est possible et Boorse se préoccupe à définir, à dissocier et à décrire les concepts de santé et de maladie, de normal et de pathologique. En dehors des études faites sur la théorie de l'un ou de l'autre, il est rare de trouver en philosophie de la médecine une analyse comparative sur ces deux auteurs.

Les rares analyses comparatives de ces deux auteurs sont faites par Pierre-Olivier Méthot<sup>1</sup>, Élodie Giroux<sup>2,3</sup>, et tout récemment par Jonathan Sholl et Andreas De Block<sup>4</sup>. Méthot, dans son analyse de l'influence de la philosophie de Canguilhem, a insisté sur les différentes conceptions de la maladie et de la santé défendues par Canguilhem et Boorse et il a souligné de quelle façon les critiques formulées dans *Le normal et le pathologique* pourrait aussi concerner la théorie de Boorse. Giroux, quant à elle, a réalisé une étude comparative entre Canguilhem, Boorse et Nordenfelt. Son objectif était de situer et de comparer la normativité biologique de Canguilhem dans le débat du naturalisme vs normativisme dans lequel Boorse et Nordenfelt se sont bien illustrés. Enfin, Sholl et De Block ont proposé une analyse rigoureuse du concept de «Normal» chez Canguilhem et Boorse. Sholl et De Block ont cherché tout aussi bien à démontrer les difficultés soulevées par Canguilhem lorsqu'il s'agit de définir et de dissocier les concepts de normal et pathologique qu'à montrer les enjeux, dans la théorie biostatistique de Boorse, de la mesure du normal et du pathologique.

Notre article ne se situe pas trop loin de ce qui a été effectué par ces auteurs et notamment par Sholl et De Block. Néanmoins, notre démarche s'en distingue là où elle consiste à faire dialoguer ces deux auteurs autour des concepts de normal et de pathologique. Il s'agira ici, en effet, d'analyser la définition des concepts de maladie et de santé à travers les concepts de normal et de pathologique, l'objectif général étant de proposer une étude comparative de l'analyse de ces



concepts chez Canguilhem et Boorse tout en situant leurs enjeux dans les définitions qu'ils proposent des concepts de maladie et de santé.

### *1.2 Canguilhem et Boorse : contextes, méthodes et orientations*

Georges Canguilhem est un philosophe et médecin français. Il fait partie, avec son maître Gaston Bachelard (1884-1962)<sup>5</sup>, des rares philosophes contemporains qui se sont illustrés dans différents domaines : Bachelard en physique, en poésie, en chimie, en alchimie et en psychanalyse ; Canguilhem en médecine, en biologie et en psychologie, dans laquelle il s'est manifesté par ses critiques à l'égard de cette discipline. Sa transdisciplinarité apparaît dans ses œuvres qui traitent aussi bien des sciences que différents domaines de la philosophie. Raison pour laquelle, il est important pour le lecteur de réinterpréter les textes de l'auteur de *l'Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*<sup>6</sup> dans l'orientation générale qu'il s'est lui-même fixé. Canguilhem, en effet, s'efforçait de saisir, dans ses textes, l'être vivant comme un tout qui ne peut pas être expliqué par une science particulière, mais qui doit être appréhendé dans le dialogue des disciplines et au carrefour des sciences. Influencé par des philosophes tels qu'Aristote, Galien, Kant, Goldstein et surtout Claude Bernard et Bachelard, Canguilhem restera toute sa vie durant à la fois un philosophe et quelquefois un médecin<sup>7</sup> qui tenta de faire dialoguer la médecine et la philosophie, de confronter l'art médical aux théories philosophiques, de substituer souvent la nécessité d'expliquer le fonctionnement de la vie humaine par les sciences biologiques à l'impératif philosophique de considérer la vie comme un phénomène irréductible aux sciences médicales.

Outre son orientation philosophique « continentale<sup>8</sup> » et contrairement au philosophe américain Boorse, la conception de Canguilhem des concepts de maladie et de santé, de pathologie et de normativité, était influencée par trois éléments contextuels<sup>9</sup>. D'abord, Canguilhem s'inscrit dans le prolongement des travaux du neurologue et psychiatre allemand Kurt Goldstein (1878-1965) qui défendait, dans la *Structure de l'organisme* (1934), « la nature irréductiblement individuelle des normes biologiques<sup>10</sup> ». Cela

signifie qu'il faut considérer le vivant comme un tout organisé; la vie n'est pas irréductible aux lois physico-chimiques parce que c'est dans le fonctionnement du tout, non la somme des parties, que son existence est possible. C'est alors dans le tout que la vie est possible et c'est dans le fonctionnement du tout que l'on peut donner du sens au normal et au pathologique: c'est l'approche holiste et vitaliste<sup>11</sup> de Canguilhem omniprésente dans son *Essai*. Charles T. Wolf écrit à ce propos:

The idea that vitalism is a fundamental existential attitude rather than simply a scientific theory is very Goldsteinian. That is, Canguilhem takes over Goldstein's chief holistic or organismic idea —it is the organism as a totality, not a cluster of functions or organs, that acts and reacts, as a unified approach to its environment and its challenges and strips it of some of its more overtly metaphysical trappings; yet the holistic dimension, the emphasis on the 'whole person' reappears now and then, with surprisingly existentialist and humanist overtones, when Canguilhem opposes Life to technology and the various forms of the "mechanization of life", and speaks of human biology and medicine as belonging to an "anthropology"; by extension, "medical vitalism" is the expression of an "instinctive suspicion toward the power of technology over life"<sup>12</sup>.

Contrairement à certains médecins qui expliquent une pathologie en se limitant à localiser les causes dans une zone de l'organisme, il est nécessaire de prendre en compte, selon la démarche de l'auteur du *Le Normal et le pathologique*, qui s'était déjà imprégnée de la conception du vivant de Goldstein – dont l'influence est discutable selon certains auteurs<sup>13</sup> –, le fonctionnement général de l'organisme qui détermine les états de santé et de maladie.

Ensuite, il a construit sa conception du normal et du pathologique en critiquant les fondements de la médecine expérimentale établis par Claude Bernard<sup>14</sup>. Canguilhem critique<sup>15</sup>, en effet, la vision bernardienne de la médecine scientifique ou expérimentale qui doit être fondée, selon Claude Bernard, sur la physiologie qui permettra au

médecin d'expliquer de façon quantitative et objective la pathologie considérée comme une déviation de la limite du normal, c'est-à-dire la moyenne des normes physiologiques obtenue expérimentalement. C'est justement contre cette vision quantitative de la pathologie et « l'idée d'une pathologie objective », qui consiste à appliquer dans le traitement les connaissances théoriques des pathologies en médecine clinique, que Canguilhem développe sa conception du normal et du pathologique dans une perspective qualitative où tout s'explique par rapport à l'individu et dans sa relation avec son environnement.

Le dernier élément contextuel est celui qu'on appelle le « style français<sup>16</sup> » en histoire des sciences. Ce style consiste à faire une approche historique et épistémologique des concepts. On le retrouve aussi bien chez Gaston Bachelard, le maître de Canguilhem, et chez Michel Foucault, un des disciples de Canguilhem. Mais précisons que Canguilhem ne fait pas la généalogie de l'histoire du normal et du pathologique dans la médecine à l'instar de Engelhardt<sup>17</sup>, qui s'est efforcé d'expliquer l'histoire du concept de masturbation dans la médecine, la culture et la société américaine dans la trajectoire des siècles. Canguilhem fait, en effet, une histoire plutôt critique que généalogique. En ce sens, il n'est pas éloigné des naturalistes, comme Boorse, que l'on retrouve dans la philosophie analytique.

Dans l'*Essai* de Canguilhem, écrit Giroux, il est question avant tout de l'histoire du concept prétendument scientifique et objectif de la maladie, et plus particulièrement, de la genèse du « dogme positiviste » : l'identification de l'état pathologique à une modification quantitative de l'état normal. Canguilhem montre la genèse d'un dogme pour en faciliter la critique et en révéler les aspects idéologiques, ou à tout le moins, les aspects pratiques et normatifs dont hérite la médecine de son époque<sup>18</sup>.

Ces trois éléments sont déterminants dans la théorie de Canguilhem : la normativité biologique. Mais avant de confronter cette théorie à celle de Boorse, précisons quelques aspects de l'approche de Boorse.

Christopher Boorse, professeur à l'université de Delaware n'a certainement pas la renommée<sup>19</sup> de Canguilhem d'une façon générale en philosophie des sciences, notamment dans la philosophie continentale. Mais il s'est bien illustré en philosophie de la médecine, précisément dans la littérature anglo-américaine. Il était, d'ailleurs, l'auteur central dans les années 1970 en philosophie de la médecine. Il est surtout connu pour quatre<sup>20</sup> articles qu'il avait publiés dans les années 70<sup>21</sup>. Ces articles vont déterminer le débat en philosophie de la médecine sur la définition des concepts de santé et de maladie pendant plus de 40 ans : Boorse fut à la fois la référence dans ce débat, la source des critiques et le point de départ des nouvelles approches sur l'analyse de la santé et de la maladie. Ce débat qui n'a pas encore fini d'occuper l'esprit des philosophes se jouait entre, d'une part, les *normativistes*, qui pensent que ce sont les valeurs qui orientent et recadrent les concepts de maladie et de santé, et, d'autre part, les *naturalistes*, qui défendent l'idée d'une définition objective et scientifique des concepts de maladie et de santé indépendamment des valeurs morales et sociales. C'est autour de ce débat, et surtout, en réponse aux critiques qui sont faites aux articles des années 70, que Boorse va poursuivre ses recherches en réactualisant ses textes pour répondre<sup>22</sup> à ses critiques et pour affiner sa théorie.

Si Boorse est si bien connu en philosophie de la médecine, c'est que le contexte des années 70 dans lequel il a publié ses principaux articles lui était favorable. Durant ces années, en effet, le conflit de la guerre froide avait une influence sur les conceptions de la maladie et de la santé. Les normativistes, généralement, étaient favorables aux idées communistes qui donnent la primauté aux valeurs sociales et à celles des communautés lorsqu'il s'agit de discuter les relations entre sciences et activités humaines. Durant ces années, le normativisme était le paradigme dominant. Les articles de Boorse, cependant, ont permis à la fois de critiquer les limites du normativisme et de développer une nouvelle approche, celle du naturalisme qui s'oppose au normativisme. Dans ce contexte, Boorse était la vedette, parce qu'il a sensiblement contribué à la qualité du débat entre normativistes et naturalistes. Par ailleurs, les théories psychosociales de la maladie défendaient des positions défavorables à une objectivation scientifique

du concept de maladie. En effet, Sedgwick, qui était marxiste, dans «*Mental and Otherwise*<sup>23</sup>», défendait un normativisme radical qui vise à expliquer la maladie à travers les valeurs et les normes sociales. Boorse a eu le mérite à cette époque de défendre une position naturaliste qui propose une définition objective des concepts de maladie et de santé tout en se détachant de l'influence des valeurs et des normes sociales, contrairement aux normativistes tels que Engelhardt, qui établissaient une interdépendance entre les concepts de santé et de maladie, d'une part, et les valeurs morales et sociales, d'autre part. Là où les normativistes proposent une explication de la santé et de la maladie relatives aux conceptions sociales, Boorse défend une conception objective et universelle de la maladie et de la santé valable pour tous les hommes.

Les travaux de Boorse s'inscrivent dans une perspective naturaliste<sup>24</sup>. Le concept de naturalisme mérite, par ailleurs, une brève précision. Le naturalisme est une approche qui consiste à rendre compte les faits humains et ceux de la nature par l'analyse et la description fidèle des faits, tout en se détachant des conceptions étrangères à la structure et au fonctionnement des faits. Il s'agit d'appliquer, dans les sciences humaines et sociales, les mêmes rigueurs que le physicien, par exemple, applique lorsqu'il étudie les faits de la nature. Il y a donc une volonté manifeste d'objectivité chez le naturaliste Boorse, qui considère que «le normal est naturel» et se préoccupe de l'analyser objectivement indépendamment des opinions subjectives et sociales. En ce sens le naturalisme de Boorse est non réductionniste.

On peut classer Boorse dans la tradition philosophique de Carnap. Dans son entreprise de définition des concepts de maladie et de santé, il s'agit pour lui d'expliquer et de préciser la signification de ces concepts dans le langage médical occidental. On peut qualifier sa position, en effet, de naturalisme méthodologique qui consiste à appliquer la méthode d'analyse des sciences physiques en philosophie. Cette méthode de recherche est, d'une part, quantitative et descriptive, et peut être considérée, d'autre part, de normative parce qu'elle permet une analyse conceptuelle. Selon Mahesh Ananth, il serait préférable de considérer la théorie de

Boorse de «normativisme descriptif» en ce sens que Boorse fait référence souvent aux normes non axiologiques, c'est-à-dire des «normes métriques et descriptives<sup>25</sup>». À la question de savoir si les normes déterminent notre conception de la maladie et de la santé, Boorse répond par la négative et donne ses justifications dans sa théorie biostatistique (TBS) qui séduisent certains et suscitent, cependant, des critiques chez d'autres philosophes. La méthode de Boorse consiste à décrire les concepts de santé et de maladie, de normal et de pathologique, en faisant la distinction des différents sens que l'on attribue à ces concepts et leurs enjeux dans la science médicale. Du concept de maladie, par exemple, il va distinguer trois concepts<sup>26</sup> : le concept pratique de maladie (*illness*), l'aspect social de la maladie (*sickness*) et, enfin, la maladie ou la pathologie (*disease*), qui représente le concept théorique et scientifique de la maladie. Boorse s'appuie sur la physiologie pour créditer les descriptions qu'il propose de ces concepts.

Pour résumer cette brève présentation de Canguilhem et de Boorse, nous remarquons qu'ils se distinguent sur différents points. Ils n'ont pas la même orientation philosophique : Canguilhem est héritier de la philosophie continentale, il a adopté un style historico-conceptuel tout en s'inscrivant dans une perspective holiste et vitaliste. Boorse, quant à lui, s'inscrit dans la tradition analytique. Il a une démarche descriptive et conceptuelle entièrement déterminée par la physiologie. Au-delà de ces différences, les préoccupations de ces auteurs sont similaires. Ils sont convaincus, en effet, de la nécessité de définir les concepts de maladie et de santé, de pathologie et de normativité qui sont déterminants aussi bien dans la pratique médicale que dans les politiques publiques et sociales de la santé. Canguilhem n'hésite pas à préciser l'importance de cette entreprise, dans *La connaissance de la vie* : «sans les concepts de normal et de pathologique la pensée et l'activité du médecin sont incompréhensibles. Il s'en faut pourtant de beaucoup que ces concepts soient aussi clairs au jugement médical qu'ils lui sont indispensables.<sup>27</sup>»

Ce qui suscite la curiosité lorsqu'on fait face à ces deux auteurs, c'est le fait que là où Canguilhem établit une relation d'interdépendance entre les concepts de normalité et de pathologie

(car le pathologique lui-même est porteur de normes, mais celles-ci sont inférieures), Boorse rétablit la frontière entre ces concepts qui entretiennent, dans sa conception, une relation de contradiction. Existe-t-il réellement une frontière entre le normal et la pathologie ? Peut-on les dissocier objectivement et quantitativement chez l'espèce humaine selon les attentes de la normalité statistique de Boorse ou ne peut-on les différencier que qualitativement chez l'individu, et non pas dans l'espèce humaine, selon la préoccupation de la normativité biologique de Canguilhem ? Avant de répondre à ces questions, examinons d'abord les grandes lignes de la normativité biologique et de la théorie de la biostatistique.

## *2. Boorse vs Canguilhem : peut-on définir la santé et la maladie par les concepts de normal et de pathologique ?*

### *2.1 Canguilhem : le normal et le pathologique, des concepts non délimitables*

Canguilhem définit comme suit le cadre conceptuel de sa *normativité biologique* :

C'est par référence à la polarité dynamique de la vie qu'on peut qualifier de normale des types ou des *fonctions*. S'il existe des *normes biologiques*, c'est parce que la vie, étant non pas soumission au milieu, mais institution de son milieu propre, pose par là même des valeurs non seulement dans le *milieu*, mais aussi dans *l'organisme* même. C'est ce que nous appelons la normativité biologique<sup>28</sup>.

Canguilhem considère, en effet, comme acquis le fait que « la vie » est normative au sens où elle établit ses propres normes. Cela signifie qu'il y a un ensemble de règles ou de valeurs propres à l'activité et à l'organisation de la vie. Pour assurer l'activité d'une vie, le fonctionnement physiologique normal d'un organisme ne suffit pas. Il faut une interaction entre l'organisme biologique, le milieu dans lequel il se trouve ainsi que les valeurs sociales et biologiques qui déterminent la vie de l'individu. La vie d'un organisme ne se résume pas au milieu intérieur<sup>29</sup> ou à son fonctionnement organique,

elle dépend également du milieu extérieur<sup>30</sup> ou l'environnement dans lequel l'individu se trouve.

La normativité biologique admet ainsi, en conséquence, la normalité de la vie. Pour être précis, la normalité de la vie dépend de la normativité du vivant. À ce propos, il convient de distinguer trois<sup>31</sup> orientations de cette théorie : la normativité au sens biologique, au sens social et au sens existentiel. Il s'agit, en effet, des normes physiologiques de la structure de l'organisme vivant, des normes individuelles et des valeurs sociales qui déterminent l'organisation du milieu de vie et, enfin, des normes subjectives auxquelles font référence les individus qui font l'expérience de la maladie et de la santé.

Dans sa théorie, Canguilhem soutient l'existence des normes aussi bien dans l'état normal que dans l'état pathologique. Le pathologique n'est alors pas absence de normes, il ne correspond pas nécessairement à l'anormalité. Aussi le normal n'implique-t-il pas forcément la santé. L'état pathologique est, pour reprendre l'expression aristotélicienne, en *puissance* de santé, et la santé est à la fois prévention et risque de maladie. Le normal et le pathologique se côtoient et sont confrontés dans une lutte où le bonheur de l'individu est, selon Canguilhem, d'obtenir la santé qui est précieuse, c'est le « luxe ». Pour bien examiner l'interaction des concepts de normal et de pathologique, nous replacerons la normativité biologique dans son contexte théorique.

Le problème consiste à comprendre, d'abord, les significations des concepts de normal et de pathologique. En effet, le concept de normal était généralement justifié à travers deux arguments qui sont rejetés par Canguilhem. D'une part, on parle logiquement de normal en l'opposant à l'anormal comme, par exemple, lorsqu'on considère que la maladie et la pathologie sont des états anormaux puisqu'ils ne relèvent pas de la norme physiologique qui correspond habituellement à l'état normal ou à la santé. D'autre part, en physiologie, il est établi une moyenne statistique chez l'espèce humaine qui fait référence à l'état normal. De même que cette science permet de connaître la moyenne normale à travers les données anatomiques et cliniques chez l'espèce humaine, elle permet également, selon la médecine expérimentale



de Claude Bernard, de déterminer expérimentalement les causes de la pathologie. La physiologie permet alors de dissocier l'état normal de l'état pathologique, puisque l'état pathologique est, chez Claude Bernard, une déviation<sup>32</sup> quantitative plus ou moins de l'état normal, par exemple le diabète. Canguilhem s'oppose, cependant, à cette approche qui consiste à considérer l'état pathologique comme un état dans lequel il y a absence de norme et de l'idée de considérer la moyenne statistique comme l'état normal. Il existe, selon Canguilhem, des normes tout aussi bien pour, et sans pour autant l'être de façon absolue, l'état normal et pour l'état pathologique. Du moment où la norme du normal physiologique s'explique quantitativement par une moyenne, la norme du pathologique peut être considérée comme une dépréciation qualitative. Cette dépréciation qualitative ne peut pas être quantifiée, c'est l'individu malade qui peut l'évaluer. C'est dans ce sens que Canguilhem définit la maladie, n'ont pas comme une simple pathologie localisable dans l'organisme, mais comme un « comportement de valeur négative pour un vivant individuel concret, en relation d'activité polarisée avec son milieu<sup>33</sup> ».

Chez Canguilhem les concepts de normal et de santé, de pathologie et de maladie sont distincts parce qu'ils ne sont pas des équivalents. D'abord, le normal considéré comme une moyenne physiologique quantitative est le résultat provisoire d'une adaptation de l'individu. Cela signifie que l'individu ajuste ou change ses aptitudes physiologiques pour mieux vivre. Au fond, il y a des variations importantes entre les individus qui s'adaptent dans des milieux différents. Alors ce qui apparaît comme une moyenne statistique chez l'espèce humaine n'est pas un élément absolu, mais il est provisoire. Ensuite, le normal n'est pas une équivalence du concept de santé. Car la santé ne s'évalue pas quantitativement ou statistiquement, selon les expressions de Canguilhem, c'est une « allure » un « comportement », un « volant régulateur des possibilités de réaction », un « pouvoir de tomber malade et de s'en relever ». Pierre Ancet<sup>34</sup> s'inscrit dans le même sens lorsqu'il considère que « la santé n'est pas un "état normal", car elle n'est pas état, mais une capacité d'adaptation individuelle aux variations du milieu. Cette capacité toujours ouverte de réadaptation est désignée par le concept

central de *normativité*. » On peut donc affirmer qu'il existe, entre la normalité physiologique et la santé, a *un saut qualitatif*. Le médecin peut s'appuyer sur les données cliniques dans ses analyses, mais il doit se référer au témoignage du malade qui peut ou non affirmer qu'il se sent malade ou sain.

En plus, pour comprendre la portée des concepts de pathologie et de maladie, il est nécessaire de les analyser au niveau individuel en se rapportant à l'individu qui en fait l'expérience. Il est, cependant, impossible de donner des critères objectifs pour réduire une maladie à une pathologie. Les concepts de pathologie et de maladie relèvent, d'une part, de l'expérience vécue, et, d'autre part, ce sont des concepts biologiques. Ils sont inhérents à l'activité de la vie qui ne se résume pas à des normes quantitatives, mais plutôt à des normes qualitatives, car l'organisme est considéré comme un tout et c'est dans le tout, et non la somme des parties, que ces concepts biologiques prennent sens. Mais du moment où les concepts de santé, de maladie, de pathologie et de normal sont normatifs puisqu'ils renvoient à des valeurs de la vie, Canguilhem ne délimite pas les frontières entre ces concepts pour au moins deux raisons. D'une part, du fait qu'ils sont des valeurs de la vie, au cours de la vie, ce qui est normal peut devenir pathologique et le pathologique obéit à des normes restreintes qui peuvent se normaliser. Aussi la maladie et la santé sont-elles des contraires utiles pour un équilibre de la vie en ce sens où la négativité de la maladie permet une meilleure appréciation de la vie par la santé. D'autre part, il est impossible de délimiter les frontières objectivement c'est-à-dire statistiquement entre le normal et le pathologique, entre la maladie et la santé. Il ne peut y avoir qu'une évaluation qualitative et subjective, puisque c'est l'individu, le sujet de l'expérience, qui peut apprécier et évaluer ces concepts. Chez Canguilhem, le normal et le pathologique sont pour ainsi dire dans une relation dialectique, car ils sont mêlés l'un à l'autre, mais ne se confondent pas ; ils sont dans un rapport de force et l'équilibre de la vie dépend de la bonne santé de l'individu, c'est-à-dire de la bonne harmonie entre l'organisme considéré comme une totalité et le milieu extérieur dans lequel il se trouve. En somme, voici les grandes lignes de la théorie de la normativité qui explique

la normalité de la maladie et de la santé. Michel Morange, dans son analyse des concepts de normal et pathologique chez Canguilhem, aborde dans le même sens :

C'est le vivant lui-même qui définit ses normes et le propre du vivant est de pouvoir dépasser les normes qu'il s'est ainsi fixées. La maladie est la prise de conscience par le vivant de la restriction de ce pouvoir d'aller au-delà de ses normes, et la définition par lui-même de nouvelles normes plus contraignantes, mais protectrices. La santé et la maladie sont deux manifestations du même pouvoir normatif de la vie, apparemment illimité dans le cas de la santé, ressentie comme borné dans celui de la maladie. La maladie est subjective parce qu'elle est une caractéristique de la totalité que représente l'individu biologique. Il ne peut y avoir d'organes ou de cellules malades : seul l'organisme peut être malade<sup>35</sup>.

Contrairement à Canguilhem, qui refuse de fixer les limites objectives en imposant des frontières entre les concepts de normal et de pathologique dans la définition de la maladie et de la santé, mais en opérationnalisant ces concepts au niveau individuel et biologique, Christopher Boorse opère une distinction radicale entre ces concepts autant dans le vocabulaire qu'il utilise pour discuter ces concepts que dans la méthode utilisée pour les décrire. À la place de l'appréciation biologique et individuelle de Canguilhem du normal et du pathologique, Boorse va substituer une appréciation objective sur l'espèce humaine. Toutefois, il y a une prétention universelle aussi bien dans la théorie de Boorse que celle de Canguilhem.

## *2.2 Boorse : délimiter et définir le normal et le pathologique*

La position de Boorse dans le débat naturalisme vs normativisme est claire : Boorse défend une théorie naturaliste<sup>36</sup>. Sa conception baptisée par Nordenfelt de théorie Biostatistique (TBS) offre sans doute la meilleure analyse naturaliste des concepts de maladie et de santé. D'ailleurs, Boorse est l'un des auteurs les plus cités en philosophie de la médecine sur les recherches relatives à la maladie et à la santé. Le mérite de la théorie de Boorse, contrairement à

celle de Canguilhem, est de se détacher des conceptions de valeurs biologiques et existentielles qui sont généralement individuelles et subjectives, tout en se préoccupant de rendre objective son analyse de ces concepts. Avant d'analyser l'enjeu des concepts de normal et de pathologique, nous présenterons les principaux axes de la théorie de Boorse. En quoi consiste au juste la théorie biostatistique de Boorse<sup>37</sup> ?

La théorie biostatistique s'articule autour de quatre<sup>38</sup> concepts : la normalité statistique, la fonction biologique, le design de l'espèce et la classe de référence. La normalité statistique est la pièce centrale de cette théorie. Elle renvoie, en effet, aux variables<sup>39</sup> cliniques telles que la taille, le poids, la pression artérielle... Aussi peut-on y ajouter des éléments physiologiques tels que l'homéostasie, l'adaptation et l'inadaptation et des variables subjectives telles que la douleur et la souffrance que le malade peut évaluer. La normalité statistique de Boorse est, à juste titre, une défense et une description de la physiologie. Là où Canguilhem récusait la primauté de la physiologie sur la pathologie en critiquant Claude Bernard, Boorse s'appuie sur la physiologie pour fonder sa théorie. Aussi faut-il le rappeler, c'est grâce à la physiologie que la médecine a atteint le statut de science. « L'objectif de Boorse, écrit E. Giroux, est de décrire et d'explicitier le concept utilisé en physiologie, discipline médicale dont il prend pour acquis le statut de science fondamentale de la médecine.<sup>40</sup> » En physiologie, le concept de normal renvoie à un certain état de l'organisme statistiquement identifiable au concept de santé. Et la pathologie, c'est la présence d'un état qui altère la santé et qui cause la maladie. Boorse est convaincu du statut scientifique de la physiologie et grâce à cette discipline il s'engage à dissocier les états de santé et de maladie. À ce propos, Boorse peut être considéré comme un Claude Bernard contemporain<sup>41</sup>. D'ailleurs ces deux auteurs, ont une conception similaire de la maladie et de la santé. Là où Boorse défend l'idée de maladie comme dysfonctionnement, d'altération de la fonction naturelle de l'organisme, Claude Bernard défend la même opinion :

La pathologie, écrit Bernard, n'ajoute rien à l'organisme. Elle ne fait que troubler. L'état pathologique ne crée aucune

propriété vitale nouvelle ; il ne fait qu'exalter, déprimer ou dévier celles qui existent. Autrefois, on croyait que l'état pathologique créait la faculté de faire du sucre. Aujourd'hui, j'ai prouvé que c'est une fonction normale qui est simplement troublée ou exagérée<sup>42</sup>.

Et dans un autre texte, il écrit : « La maladie est une exagération de la faculté physiologique ; d'autre fois, la maladie est une diminution de la faculté physiologique.<sup>43</sup> »

La normalité statistique à elle seule ne peut pas expliquer statistiquement certains problèmes complexes de santé et de maladie ; elle doit être articulée au concept de *fonction biologique*. Mais qu'est-ce qu'une fonction en biologie ? Il existe différentes significations du concept de fonction en biologie et en philosophie de la médecine. Deux grandes conceptions sont bien connues : l'approche étiologique et l'approche systémique<sup>44</sup>. La première est défendue par Larry Wright<sup>45</sup>, mais c'est Neander qui va faire de cette théorie la théorie du « selected effect ». Pour Wright, la fonction d'un organe s'explique par la sélection de cet organe, dans le passé, par l'effet obtenu. Dans l'exemple canonique du cœur, celui-ci pompe le sang parce que dans le passé cet organe a été sélectionné pour pomper le sang. La fonction principale du cœur ne doit pas être confondue à son effet accidentel, produire du bruit. La seconde approche défendue en premier par Robert Cummins<sup>46</sup> privilégie dans sa définition du concept de fonction le rôle, la disposition ou la capacité d'un organe dans un système. Si l'on considère l'organisme humain comme un système où tout est réglé, la fonction du cœur serait effectivement de pomper du sang. Un cœur qui ne pompe pas le sang est alors dans un état de dysfonctionnement. Cette conception se fonde sur l'état physiologique actuel de l'organisme et ne se préoccupe pas sur le rôle de la sélection passée ou celle qui pourrait advenir. Boorse utilise ces deux conceptions en valorisant dans sa conception de la fonction ce qui est essentiel dans les deux approches<sup>47</sup>. Pour lui, la fonction biologique d'un organe, c'est sa contribution à un but. Et c'est justement le problème avec Boorse : sa conception ne cadre pas de manière évidente avec l'une ou l'autre des grandes familles.

La conception systémique rejette la notion de but alors que Boorse l'adopte.

Là où Canguilhem considère que la santé est une valeur de la vie, Boorse limite le but de la santé aux seules fonctions de survie et de reproduction. Quant à la maladie, c'est une altération de ces deux fonctions de l'organisme. Les problèmes de santé et de maladie ne peuvent être expliqués avec pertinence, chez Boorse, que lorsqu'ils sont intégrés dans ces deux buts principaux. Tant qu'il n'est pas atteint de pathologie, l'organisme fonctionne normalement. Il y a, en effet, dysfonctionnement lorsqu'une altération se produit au sein de l'organisme. Le dysfonctionnement de l'organisme peut être causé par une pathologie qui, lorsqu'elle affecte le fonctionnement normal, peut compromettre les buts de la survie et de la reproduction. La notion de fonctionnement et de dysfonctionnement occupe une place importante dans l'argumentaire de Boorse. En explicitant le concept de fonction, Boorse évite ainsi de considérer certaines anomalies comme maladies.

Les deux derniers concepts à savoir le *design de l'espèce* et la *classe de référence* permettent à Boorse de donner à la fois plus d'objectivité et de crédibilité à sa théorie biostatistique qui s'applique non pas à l'individu, à l'instar de Canguilhem, mais à toute l'espèce humaine selon les catégories déterminées. Le design de l'espèce renvoie au prototype normal moyen de l'espèce humaine. Au-delà de la différence des couleurs et de l'âge, il existe une norme moyenne que l'on trouve chez l'espèce humaine. Les fonctions des différents organes seront ainsi les mêmes selon le fonctionnement normal moyen chez toute l'espèce humaine. Les anomalies et les cas particuliers ne sont pas pris en compte dans ce design de l'espèce. En plus, la classe de référence permet de dissocier les fonctions entre les hommes et les femmes, et selon les âges<sup>48</sup>. Aussi est-il possible de dissocier la fonction de certains organes par rapport au sexe et à l'âge des individus. Il est également possible, en effet, d'appliquer la théorie de Boorse aussi bien pour les animaux que les végétaux. À ce titre, elle revendique une conception inclusive et objective plus que celle de Canguilhem. Et s'il est vrai, comme l'affirmait Aristote, qu'il n'y a de science que de l'universel, alors la généralité de la théorie

de Boorse lui octroi un caractère qu'on pourrait dire scientifique, même si ce point reste sujet à controverse. Qu'en est-il de l'usage des concepts de normal et de pathologique, de maladie et de santé dans la théorie biostatistique ?

Chez Boorse, l'analyse des concepts de santé et de maladie est articulée autour des notions de normal et de pathologique suivant deux directions : l'une s'oppose à l'autre. Sa définition de la santé illustre assez bien la démarche qu'il emprunte pour délimiter les concepts de normal et de pathologique. Il définit, en effet, négativement la santé qui est une absence de maladie. Or, chez Canguilhem, la santé est une valeur, un « luxe », un idéal, une « allure » de la vie. En fait, là où Boorse opérationnalise le concept de santé, Canguilhem l'idéalise.

En outre, Boorse analyse les concepts de normal et de pathologique en les dissociant clairement dans une conception physiologique de la maladie. D'une part, le concept de pathologie est structuré à deux niveaux. D'abord, dans une situation concrète, il y a l'entité pathologique qui peut être localisée dans l'organisme. Ensuite, lorsque celle-ci devient très grave et affecte les fonctions principales de la survie ou de la reproduction, elle devient une maladie qui nécessite alors une thérapie. Par contre, on peut être atteint d'une entité pathologique sans pour autant être malade. L'exemple de la mycose des pieds est assez édifiant. On peut diagnostiquer la mycose sans pour autant recommander une thérapie si elle n'a aucun effet indésirable et si on ne se sent pas malade. En ce sens, la simple mycose peut être considérée comme anormale au niveau du diagnostic. Cette distinction rappelle celle faite dans l'article de 1975 entre la pathologie (« *disease* ») et la maladie (« *illness* »). Le concept théorique de maladie correspond au « *disease* » alors que le concept pratique à « *illness* » qui nécessite une thérapie.

D'autre part, le concept de normal au sens théorique s'oppose au pathologique. La normalité au sens théorique correspond à la santé ou l'absence de pathologie (« *disease* ») ; tandis que la normalité au sens pratique correspond à l'absence de maladie (« *illness* ») : ces niveaux correspondent respectivement à l'état de santé théorique et à l'état de santé pratique. De ces deux niveaux Boorse va développer deux autres : la santé intrinsèque et la santé instrumentale. La première est

un état de santé théorique, absence de pathologie, quant à la seconde elle est un état de santé qui nous permet d'avoir et de maintenir durablement une bonne santé. La santé instrumentale correspond, dans un certain sens, à la santé positive c'est-à-dire cet état de santé «qui tend à prévenir la pathologie<sup>49</sup>». La santé n'est pas qu'un idéal, c'est d'abord un état de fait que l'homme peut atteindre. Le problème reste toutefois de conserver durablement cet état.

### *Conclusion*

Les concepts de normal et de pathologique représentent un enjeu important dans la définition de la maladie et de la santé. Les conséquences de l'analyse de Canguilhem et de Boorse peuvent se résumer à deux niveaux. D'abord, lorsque Canguilhem tente de normaliser le pathologique, au premier constat, on peut penser qu'il ne délimite pas clairement la frontière entre le normal et le pathologique. Pourtant, ces deux concepts ne sont pas confondus chez l'individu vivant, mais il est impossible de les dissocier quantitativement alors que Christopher Boorse établit une opposition voire une contradiction entre ces concepts. Ensuite, l'analyse des concepts de normal et de pathologique est faite dans une perspective objective chez Boorse, qui, bien qu'étant l'objet de plusieurs critiques, permet d'opérationnaliser les concepts théoriques et pratiques du normal et du pathologique, de la maladie et de la santé. Or, chez Canguilhem ces concepts sont articulés au niveau individuel et subjectif en référence aux valeurs biologiques.

L'analyse de Canguilhem, même si elle rend compte de la complexité du normal et du pathologique en médecine, conduit sans doute à une perspective phénoménologique où l'expérience subjective de la maladie est plus valorisée que son état physiologique. Or, Boorse, qui n'est pas pourtant médecin, fournit des distinctions utiles autant pour l'étude en philosophie de la médecine que pour la pratique médicale des concepts de maladie et de santé, même s'il ne s'est vraiment pas intéressé au concept clinique de la maladie et de la santé, mais plutôt au concept théorique de celles-ci.



1. Pierre-Olivier Méthot, «French epistemology overseas: Analyzing the influence of Georges Canguilhem in Québec» dans *Humana-Mente. Journal of Philosophical Studies*, 9: 39-58, 2009.
2. Elodie Giroux, *Après Canguilhem, définir la santé et la maladie*, Paris, Presses universitaires de France, 2010.
3. Elodie Giroux, «Philosopher sur les concepts de santé: de l'Essai de Georges Canguilhem au débat anglo-américain» dans *Dialogue*, 52, 2013, pp. 673-693.
4. J. Sholl et A. De Block, «Towards a Critique of Normalization: Canguilhem and Boorse» dans *Medicine and Society: New Continental Perspectives*, D. Meacham (Ed.), Dordrecht, Springer, 2015, pp. XX-XX.
5. Bachelard a d'abord enseigné la physique et la chimie. Il a écrit sur les sciences de façon générale, mais aussi sur la poésie vers la fin de sa vie, V. *La Poétique de la rêverie* (1960) *La Flamme d'une chandelle* (1961).
6. Georges Canguilhem, *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*, Paris, Vrin, 1977.
7. Canguilhem est plus connu en philosophie. Mais il a également pratiqué la médecine durant la guerre. À ce sujet, voir l'introduction de Camilles Limoges, *Œuvres complètes tome IV. Résistance, philosophie biologique et histoire des sciences, 1940-1965*, Paris, Vrin, 2015, pp. 7-50.
8. Marjorie Grene, «The philosophy of science of Georges Canguilhem: A transatlantic view/ L'épistémologie de Georges Canguilhem vue de l'étranger» dans *Revue d'histoire des sciences*, 53, 2000, pp. 47-64, analyse les raisons pour lesquelles Canguilhem n'est pas compris par les philosophes anglo-américains tout en comparant l'empirisme logique à l'approche de Canguilhem pour bien montrer la richesse du style de Canguilhem.
9. Dans Gayon (1998), Pierre-Olivier Méthot (2009) et Giroux (2013) les différentes situations qui ont influencé l'œuvre de Canguilhem sont développées de façon appropriée. Pour la commodité de l'analyse, j'ai préféré retenir ces trois contextes.
10. Elodie Giroux, «Philosopher sur les concepts de santé et de maladie», *op. cit.*, p. 67.
11. Hee-Jin Han dans son texte «Canguilhem et le vitalisme français» dans *Philosophie et médecine: en hommage à Georges Canguilhem*, Paris, Vrin, 2008, p. 14, situe Canguilhem dans le courant vitaliste français tout en distinguant «les aspects» du vitalisme de Canguilhem: «Le

vitalisme représente pour Canguilhem, écrit-il, le foyer du concept de vie, qui est au cœur de sa pensée. La philosophie biomédicale de Canguilhem est autant caractérisée par sa perspective vitaliste sur la vie que par sa conception technique du vivant ou par son positionnement spécifique sur ces deux lignes de pensée.»

12. Charles T. Wolf, «The Return of Vitalism: Canguilhem and French Biophilosophy in the 1960s», 2009, p.6. Dernière consultation le 20/03/2015, disponible en ligne [https://www.academia.edu/228603/The\\_Return\\_of\\_Vitalism\\_Canguilhem\\_and\\_French\\_Biophilosophy\\_in\\_the\\_1960s](https://www.academia.edu/228603/The_Return_of_Vitalism_Canguilhem_and_French_Biophilosophy_in_the_1960s).
13. Contrairement à Camille Limoges qui pense que l'influence de Goldstein sur Canguilhem est limitée, Claude Debru, dans *Georges Canguilhem, Science et non-science*, Paris, Rue d'Ulm, 2004, III, constate quant à lui une influence directe de Goldstein sur Canguilhem.
14. Claude Bernard. *Principes de médecine expérimentale*, Paris, PUF, 1947.
15. Le fait que Claude Bernard ait fondé la médecine sur la physiologie sera au centre des critiques de Canguilhem.
16. Jean-François Braustein présente les particularités de ce style dans son article «Bachelard, Canguilhem, Foucault. Le 'style français' en épistémologie» dans «Bachelard, Canguilhem, Foucault. Le "style français" en épistémologie», dans Pierre Wagner (dir.), *Les philosophes et la science*, Paris, Gallimard, pp.920 – 963.
17. Hugh Tristram Engelhardt, «The Disease of Masturbation: Values and the Concept of Disease» dans *Bulletin of the History of Medicine* 48, 1974, pp.234-248.
18. *Op. cit.*, p.677
19. Il semble que Canguilhem est connu aussi bien en Europe que dans les pays anglo-américains. Cela s'explique par la dimension de ces travaux qui concernent aussi bien la philosophie de façon générale que la philosophie des sciences, la médecine et l'éthique. Les travaux de Boorse concernent généralement la philosophie de la médecine, la philosophie des sciences et la logique.
20. Christopher Boorse, «On the Distinction Between Disease and Illness» dans *Philosophy and Public Affairs*, 5, pp.49-68; «What a Theory of Mental Health Should Be», *Journal for the Theory of Social Behaviour*, vol.6, no.1, 1976, pp.61-84; «Wright on Functions», *The Philosophical Review*, vol85, 1: 70-86, 1976; «A Rebuttal on Health» dans *What is Disease?*, James M. Humber et Robert F. Almeder, dir., Totowa (NJ), Humana Press, 1977, pp.1-134. Boorse affine sa théorie dans ces

- articles suivants en répondant à ses critiques : «Rebuttal on Functions» dans *Functions: New Essays in the Philosophy of Psychology and Biology*, Andre Ariew, Robert C. Cummins & Mark Perlman (eds.), Oxford University Press 63, 2007 ; «Le concept théorique de santé» dans *Philosophie de la médecine. Santé, maladie, pathologie*, Élodie Giroux et Maël Lemoine (dir.), Paris, Vrin, 2012, pp.61-120 ; «A Second Rebuttal on Health», University Of Delaware, 2014, disponible en ligne : [https://www.buffalo.edu/content/cas/philosophy/news-events/events/\\_jcr\\_content/par/download\\_2/file.res/Boorse-a%20second%20rebuttal%20on%20health.pdf](https://www.buffalo.edu/content/cas/philosophy/news-events/events/_jcr_content/par/download_2/file.res/Boorse-a%20second%20rebuttal%20on%20health.pdf), consulté le 07/01/2016.
21. Voir l'Introduction de Pierre-Olivier Méthot dans ce numéro.
  22. Tout le travail de Boorse en philosophie de la médecine s'articule autour de ses thèses défendues dans les années 70. Aussi prend-t-il le soin de répondre, dans ses récents articles (Boorse, 1987, 1997, 2002 et Boorse, 2014) aux critiques qui lui sont adressées en réexpliquant les mêmes thèses.
  23. P. Sedgwick. «Illness-Mental and Otherwise» dans *Hasting Center Studies*», 1, 1973, pp. 19-40.
  24. La posture naturaliste de Boorse est sujet à discussion, Marc Eeshefsky, «Natural Kinds in Biology», *Routledge Encyclopedia of Philosophy*, 2009. Voir aussi : «Defining 'health' and 'disease'» dans *Studies in the History and Philosophy of Biology and Biomedical Sciences*, 2009, 40, pp. 221-227. Comme il le précise d'ailleurs, voir également la position de mes collègues dans ce volume.
  25. Elodie Giroux, *Après Canguilhem, définir la santé et la maladie*, p.42
  26. Christopher Boorse, «On the Distinction Between Disease and Illness» dans *Philosophy and Public Affairs*, vol. 5, no. 1, 1975, pp. 49-68
  27. Cité dans «Le concept théorique de santé», Élodie Giroux et Maël Lemoine (dir.) dans *Philosophie de la médecine. Santé, maladie, pathologie*, Paris, Vrin, p. 42
  28. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, 1966 [1943], p. 155.
  29. Claude Bernard a proposé une analyse riche du concept de milieu intérieur. Aussi bien que le milieu extérieur ou l'environnement physique et social qui influence la vie de l'individu, le milieu intérieur est également régi par des normes physico-chimiques qui déterminent la vie de l'individu.
  30. «[...] dans mes cours de Physiologie générale, j'ai toujours professé, écrit Claude Bernard, qu'il fallait admettre deux ordres de milieux pour les êtres vivants : 1° les *milieux cosmiques* ou *extérieurs*, appartenant

- à l'individu; 2° les *milieux organiques* ou *intérieurs*, appartenant aux éléments anatomiques qui composent l'être vivant» dans Mirko D. Grmek, «les notions de maladie et de santé» dans *le legs de Claude Bernard*, Paris, Fayard, 1997, p. 145
31. Dans l'introduction du *Normal et du pathologique* (E. Giroux et M. Lemoine, 2012, p. 155), il s'agit du résumé de sa thèse de publiée en 1943, Canguilhem note ces trois sens de la vie humaine auxquelles sa théorie de la normalité propose une explication.
  32. Canguilhem écrit à propos de sa critique de Claude Bernard : «L'état pathologique pouvait apparaître à un certain niveau d'étude des fonctions physiologiques comme une altération quantitative, en plus ou moins, de l'état normal. Claude Bernard n'apercevait pas et ne pouvait pas apercevoir [...] Claude Bernard pouvait penser que sur la physiologie se fondait une conception de la maladie qui autorisait une certaine forme de la médecine; mais le diabète n'est pas une maladie qui autorisait une certaine forme de médecine...» À ce sujet, voir Georfes Canguilhem, *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, p. 361.
  33. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, p. 150.
  34. Pierre Ancet (2008), «La santé dans la différence», *Philosophia Scientiae* [En ligne], 12-2, 2008, p.36 mis en ligne le 1 octobre 2011. URL: <http://philosophiascientiae.revues.org/103>.
  35. Michel Morange, «Retour sur le normal et le pathologique» dans *Philosophie et médecine en hommage à Georges Canguilhem*, Claude Debru et al. (dir.) et coll., Paris, Vrin, 2008, p. 157.
  36. Le concept de «naturaliste» est utilisé ici au sens méthodologique.
  37. La biostatistique est une approche qui applique les statistiques dans l'étude des phénomènes biologiques. Boorse s'en sert dans l'analyse des concepts de maladie, de santé, de pathologie, etc. en philosophie de la médecine.
  38. Nous cherchons à dégager les grands traits de la théorie biostatistique. Élodie Giroux explique cette théorie en faisant référence quatre énoncés mentionnés par Boorse dans son article de «concept théorique de santé». À ce sujet, voir Élodie Giroux, *Après Canguilhem, définir la santé et la maladie*, pp 70-71.
  39. Dans son article «Le concept théorique de santé» Boorse énumère et discute les différents éléments qui peuvent déterminer la santé et la maladie. Mais aucun de ces éléments n'est nécessaire ou suffisant pour définir la maladie et la santé. D'où la nécessité d'une théorie capable définir et de rendre compte la subtilité des concepts de maladie et de santé.

40. Elodie Giroux, «Philosopher sur les concepts de santé : de l'Essai de Georges Canguilhem au débat anglo-américain» dans *Dialogue*, 52, 2013, p. 678.
41. Bernard a une conception qui ne s'éloigne pas trop de celle de Boorse, pour une idée des notions de maladie et de santé de Cl. Bernard, voir Mirko D. Grmek, *Legs de Claude Bernard*, Paris, Fayard, 1997, pp 181-206.
42. Claude Bernard, *Cahier de notes 1850-1860*. Édition intégrale du «cahier rouge», Mirko D. Grmek (dir.), Paris, Gallimard, 1965, p. 102.
43. Claude Bernard, *Principes de médecine expérimentale*, Paris, PUF, 1947, p. 282.
44. Jean Gayon (dir.), *Les fonctions : des organismes aux artefacts*, Paris, PUF, 2010.
45. Larry Wright, «Functions», *Philosophical Review*, 82 : 139-168.
46. Robert Cummins, «Functionnal Analysis» dans *Journal of philosophy* 72, 1975, pp. 741-765.
47. Pour une étude de la notion de fonction, voir la contribution de David Prévost-Gagnon à ce numéro.
48. Elodie Giroux, «Définir objectivement la santé : une évaluation du concept bio statistique de Boorse à partir de l'épidémiologie moderne» dans *Revue philosophique de la France et de l'étranger* 134, 2009, pp. 35-58.
49. Christopher Boorse, «Le concept théorique de santé», p. 60



# L'approche phénoménologique en médecine

JEAN-FRANÇOIS PERRIER, *Université Laval*

## *Résumé*

La médecine, en tant que science, fait sien le dualisme cartésien qui sépare radicalement le corps et la conscience. Ce faisant, son objet est le corps au sens de l'anatomie ou de la physiologie et elle rejette la dimension expérientielle de la maladie. La phénoménologie permet de dépasser ce dualisme en insistant sur le fait que nous ne sommes jamais qu'un simple corps physique. Selon Merleau-Ponty, le corps et la conscience sont toujours en rapport de réciprocité et de conditionnalité, tant et si bien que la distinction entre le somatique et le psychique ne saurait être maintenue dans sa pureté. C'est la notion «d'être-au-monde» qui permet cette articulation et de penser l'expérience de la maladie en y dégagant les traits eidétiques, notamment dans le rapport du malade à sa spatialité et à sa temporalité.

## *1. Introduction*

Nous aimerions exposer dans ce texte comment et en quoi la phénoménologie peut être utile lorsque nous devons définir les concepts de «santé» et de «maladie»<sup>1</sup>. En s'intéressant de près à la philosophie de la médecine, nous constatons que deux courants s'imposent et s'affrontent et qui, parfois, se synthétisent dans une approche «hybride»<sup>2</sup>. La première approche est dite naturaliste<sup>3</sup>. L'approche naturaliste conçoit la maladie comme un concept objectif, c'est-à-dire comme étant dénué de jugement de valeur. Nous entendons par jugement de valeur une intervention qui déborderait la simple factualité. La maladie est en ce sens réduite à des faits physiques, à une dysfonction biologique, qui à eux seuls peuvent expliquer la maladie. À l'inverse, l'approche normativiste défend l'idée que le concept de «maladie» repose de part en part

sur des jugements de valeur et que pour comprendre la maladie nous devons nous interroger sur la manière dont une société perçoit la personne malade (Engelhardt). Nous nous intéresserons dans ce texte uniquement à l'insuffisance de l'approche naturaliste<sup>4</sup>.

L'approche naturaliste en médecine s'inscrit dans le paradigme cartésien selon lequel le corps est extrinsèque au Je (ou au soi)<sup>5</sup>. Nous entendons par le «Je» ou le «soi» l'unité de l'expérience d'une conscience, le fait que celle-ci fait l'expérience de ceci ou de cela de façon toujours sienne, qu'elle ne se saisit pas comme un flux de vécus, mais qu'elle demeure la même dans son activité et sa passivité<sup>6</sup>: «En se constituant par une genèse active propre comme le substrat identique des propriétés permanentes du je, le je se constitue aussi ultérieurement comme moi personnel *qui se tient et se maintient* [...]»<sup>7</sup>. Le corps est compris comme une machine susceptible d'interventions que nous pouvons cartographier en ses différentes parties, que nous pouvons réparer et supprimer au besoin<sup>8</sup>. Bien que cette approche fonctionne et donne des résultats intéressants, il n'en reste pas moins qu'elle contribue à déshumaniser la maladie en se concentrant uniquement sur des données factuelles, parfois abstraites et quantitatives. Nous pouvons peut-être expliquer cette motivation de la médecine à rejeter l'expérience subjective de la maladie comme un moyen de se donner une définition claire de son objet: le corps humain en tant que mécanisme. C'est pourquoi elle s'appuie sur la physiologie et la biologie<sup>9</sup>. À cet égard, la personnalité du patient et son expérience de la maladie s'avèrent non pertinentes pour comprendre la maladie. En procédant de cette manière, le message du médecin est que la maladie (*disease*) compte, mais que la l'expérience de la maladie (*illness*) ne compte pas<sup>10</sup>. Cela a pour conséquence que le patient et le médecin ne parlent pas le même langage et les conduits à un désaccord fondamental sur la nature de la maladie<sup>11</sup>.

Nous pensons que s'intéresser au processus à la première personne – et non pas uniquement à la troisième personne comme le fait l'approche scientifique (et normativiste) –, permet d'analyser rigoureusement l'expérience de la maladie comme expérience vécue. Comme le souligne S. Kay Toombs, il ne s'agit pas uniquement de



différents niveaux de savoir entre quelqu'un qui connaît beaucoup, le médecin, et quelqu'un qui en sait beaucoup moins, le patient<sup>12</sup>. Bien au contraire, la description phénoménologique permet, en analysant l'expérience vécue, de dégager des caractéristiques eidétiques, à savoir des constantes essentielles dans toute manifestation particulière de la maladie<sup>13</sup>. Il ne s'en suit donc pas un relativisme, mais bien une meilleure compréhension de la maladie. C'est pourquoi il ne s'agit pas non plus de réfuter le naturalisme, mais bien de «l'augmenter», comme le suggère Havi Carel, en démontrant son insuffisance<sup>14</sup> qui se manifeste dans la relation entre le médecin et le patient. Le premier s'intéresse aux données biomédicales et pathophysiologiques dans le processus d'une maladie particulière, tandis que le second se préoccupe plutôt des conséquences existentielles de la maladie. «Augmenter» l'approche naturaliste signifie donc élaborer une perspective rigoureuse sur la maladie d'un point de vue subjectif, celui du patient, afin de montrer que la déshumanisation de la maladie élude une des parties essentielles de ce qu'est la maladie : l'expérience vécue charnelle.

Dans ce texte, nous chercherons à montrer dans un premier temps que la phénoménologie impose de penser le corps physique et la chair ensemble<sup>15</sup>, que les deux s'entre-appartiennent. Si dans la santé les deux coïncident dans l'harmonie, à l'inverse, dans la maladie, il y a un décalage, voire une rupture qui mène à une modification ontologique de l'individu et de son monde. Cela nous contraint à dire qu'une modification du corps implique toujours une modification du soi. La médecine devrait ainsi abandonner le dualisme cartésien, en ceci que la compréhension de la maladie en termes naturalistes évacue la compréhension intuitive qui permet de saisir l'expérience d'autrui<sup>16</sup>. Réduire le patient à son corps physique consiste à nier l'expérience que nous faisons au quotidien en tant que sujet unique dans un monde et contribue à une plus grande aliénation du patient à l'égard de son corps. Dans un deuxième temps, il nous faut montrer que s'appuyer sur l'expérience de la maladie ne correspond pas à la rendre simplement subjective, c'est-à-dire contingente et relative, mais qu'il est possible d'exposer des constantes – des traits eidétiques – qui sous-tendent toutes les expériences de la maladie.

Pour ce faire, nous analyserons la spatialité et la temporalité du malade. Dans un dernier temps, il nous faut comprendre de façon globale la maladie et ainsi dépasser l'abîme qui s'instaure entre le patient et le médecin. Du même coup, la phénoménologie acquiert des vertus pratique, théorique et thérapeutique qui peuvent se déployer dans la pratique clinique.

## 2. La distinction entre corps physique et chair

Comme nous venons de le souligner, la médecine ne saurait être humaine que si elle prend en charge le corps et la chair du patient, qui forment un tout<sup>17</sup>. Il ne s'agit pas seulement d'ajouter *a posteriori* quelques caractéristiques humaines à la détermination biologique comme s'il s'agissait là de quelque chose de contingent. Bien plutôt, il faut penser le corps physique dans son étroite relation avec l'expérience vécue. Edmund Husserl a thématiqué, dans les *Ideen II*<sup>18</sup>, ce que nous traduisons par chair (*Leib*). D'une part, l'expérience «externe» est l'expérience physique des choses matérielles et, d'autre part, l'expérience psychique est l'expérience des réalités psychiques<sup>19</sup>. L'exemple insigne de Husserl afin de caractériser ces deux expériences est celui de la main<sup>20</sup>. Lorsque nous touchons la main gauche à l'aide de la main droite, nous avons des apparences de l'ordre du toucher, nous avons des sensations. À partir de ces sensations, nous sommes en mesure d'objectiver certaines caractéristiques de la main gauche : chaleur, froideur, rugosité, etc. Ainsi, les sensations produites ont une certaine localisation et, par conséquent, se distinguent des autres endroits de la corporéité qui se phénoménalise. Toutefois, lorsque nous considérons la main gauche comme une chose physique, nous considérons qu'elle n'a pas de sensation. Le rapport à notre corps est donc double : nous avons à la fois un rapport physique à la main, mais aussi un rapport ressenti «sur» lui et «en» lui. La main possède donc des sensations kinesthésiques et elle est source de présentification, nous percevons. Lorsque la main touche, elle possède des sensations localisées, mais qui ne se constituent pas pour autant comme ses propriétés ; elle est *chair*. «Si je les y ajoute [les sensations], il n'est alors nullement question de dire que la chose physique s'enrichit, mais bien *qu'elle*

*devient chair, qu'elle sent.*<sup>21</sup> » Par conséquent, la chose physique est le soubassement de la chair et est dans un rapport de co-appréhension et de conditionnalité<sup>22</sup>.

Maurice Merleau-Ponty, quant à lui, souligne qu'il ne nous serait pas possible de comprendre la fonction du corps vivant sans avoir à l'accomplir d'une quelconque manière nous-mêmes<sup>23</sup>. À strictement parler, nous n'avons pas un corps, nous sommes un corps. Ce qu'il faut comprendre de cette description est que le corps est toujours incarné (*embodied*), il est au monde (*enworlded*)<sup>24</sup>. En d'autres termes, il faut arriver à comprendre comment les déterminants psychiques et les conditions physiques s'incorporent les uns avec les autres. Pour ce faire, Merleau-Ponty recourt à l'exemple du membre fantôme afin de montrer qu'il ne saurait y avoir ni explication purement psychique ni explication purement physiologique : « on ne conçoit pas comment le membre fantôme, s'il dépend de conditions physiologiques et s'il est à ce titre l'effet d'une causalité en troisième personne, peut pour une autre part relever de l'histoire personnelle du malade, de ses souvenirs, de ses émotions ou de ses volontés<sup>25</sup> ». La réduction de la maladie à un processus objectif et factuel, plus précisément à une lésion corporelle ou à un dysfonctionnement biologique, tout en excluant la teneur expérientielle, conduit à une objectivation du corps qui ne correspond pas à l'expérience que nous en faisons.

Que signifie être « incarné » et dire que l'homme est « être-au-monde » ? Puisque nous ne sommes jamais qu'un simple corps parmi d'autres, mais que notre corps est toujours ce à partir de quoi nous faisons l'expérience du monde, nous sommes contraints de dire que la sensibilité est ce par quoi le monde se révèle à nous : « *From the point of view of my experience of the world, to perceive something is necessarily to be related to it by means of my body*<sup>26</sup> ». Prenons, par exemple, la question des réflexes. Selon Merleau-Ponty, les réflexes ne sont jamais des processus aveugles, ou encore des faits objectifs, en ceci que les réflexes témoignent de l'orientation du corps vers un milieu de comportement. Autrement dit, le réflexe n'est pas purement une réaction face à un stimulus objectif, il faut plutôt dire qu'il investit le stimulus afin de faire naître une situation particulière<sup>27</sup>. L'objet est en ce sens un pôle d'action qui prescrit une

situation particulière et sur lequel l'organisme doit se résoudre. Le monde est un champ de significations dans lequel la chair parvient à avoir des intentions habituelles, c'est-à-dire qu'un objet ne se donne jamais de façon neutre, il est toujours déjà quelque chose qui se comprend, se manipule ou s'utilise<sup>28</sup>. La perception sensible est ainsi toujours déjà chargée de significations. Ces significations ne sont ni réflexives ni prédicatives. En conséquence de quoi le corps humain ne saurait se réduire à une simple chose physique ; en tant que chair, nous sommes toujours engagés dans le monde par la perception. En d'autres termes, il ne s'agit pas purement et simplement d'un rapport mécanique, le corps humain projette lui-même les normes de son milieu et c'est lui qui pose les termes « de son problème vital<sup>29</sup> ».

Ce dialogue du corps avec son environnement ne signifie pas qu'il s'agit de quelque chose de rationnel ou de conceptuel, ce n'est pas un Je pense, mais cela plutôt un Je peux. Havi Carel souligne à juste titre que pour Merleau-Ponty le corps est la condition de toute subjectivité : la conscience se fait corps<sup>30</sup>. Si le corps peut recevoir des déterminations objectives comme celles du poids, de la mesure ou encore être décrit comme une chose physique, il n'en reste pas moins qu'il n'est pas une simple chose physique qui se trouve là dans l'espace objectif. La manière dont le sujet fait l'expérience de l'objet, en le thématisant (scientifiquement, philosophiquement, etc.), constitue la configuration par laquelle l'objet se donne<sup>31</sup>. Cet argument permet de montrer le caractère dérivé de toute objectivation. L'objectivation doit reposer sur quelque chose de plus fondamental. Ce n'est qu'à partir du corps, en tant que corps qui est spatial et qui spatialisé, qu'il peut y avoir un espace objectif : « *Locations and perceptions are immediately apprehended in relation to my bodily placement without being made explicit. Beneath objective space is a primitive spatiality of the body*<sup>32</sup> ». Husserl avait bien décrit cette caractéristique de la chair. C'est un des traits eidétiques de celle-ci : la chair est un « ici » absolu. Selon lui, la chair n'est pas à proprement parler dans l'espace, est un point zéro d'orientation, c'est-à-dire qu'elle est « spatialisante » et qu'il n'est pas possible de nous éloigner d'elle. Par exemple, afin de pouvoir dire que nous sommes ici dès maintenant, dans la classe, au sens objectif, il faut que nous ayons le

«ici» en chair et en os. Ainsi, Husserl peut dégager une tripartition de l'espace des choses du monde qui ouvre le monde vécu : la proximité (je peux saisir l'objet), le lointain relatif (je peux me déplacer afin d'atteindre l'objet) et le lointain absolu (quelque chose d'inaccessible). Il ne saurait y avoir de chose qui se phénoménalise hors de cette tripartition de l'espace et, donc, sans la chair. Ces relations entre le corps, la chair et le monde forment ce que Zaner et Toombs nomment la «*texture*<sup>33</sup>». Par ce concept, ils soulignent que le corps est une totalité, que chaque mouvement exécuté implique nécessairement un changement d'attitude globale (sensoriel, moteur, émotif) : «*it is as fundamental feature of embodiment that it is a part/whole, a "unity-in-difference" phenomenon at every level*<sup>34</sup>». Par exemple, il serait possible de dire que la rougeur et le froncement des sourcils indiquent la colère. Toutefois, cela serait erroné, car le froncement des sourcils et la rougeur *sont*, pour Merleau-Ponty, la colère. Cette unité du corps dans sa différence permet une image corporelle dynamique qui se caractérise par une connaissance totale de ma position dans le monde. C'est grâce à cette identité corporelle que le soi a une identité, que nous faisons l'expérience de notre corps en tant que corps dans un monde.

### *3. La maladie comme réduction phénoménologique*

Pour résumer, le corps biologique est le corps en tant qu'objet et la chair est l'expérience à la première personne de ce corps biologique. Lorsque l'organisme est en santé, ces «deux» corps coïncident dans l'harmonie. Autrement dit, il y a un accord entre le corps biologique et l'expérience subjective que nous en faisons<sup>35</sup>. Comme nous allons le voir dans cette section, dès le moment où quelque chose ne va plus avec le corps biologique, nous commençons à le remarquer. Cela correspond à une loi phénoménologique que Heidegger avait bien mise en évidence : l'outil ou la machine – ou le corps – passent inaperçus tant et aussi longtemps qu'il fonctionne adéquatement. Canguilhem dira à son tour que l'effraction révèle la norme. L'outil est transparent dans son fonctionnement vers une fin donnée : la main qui cloue disparaît dans l'acte de clouer. Lorsque l'outil se brise il se montre tel qu'il est et pour ce qu'il est, «telle est la phénoménalité de

l'usuel, que sa visibilité croît en proportion inverse de son utilité<sup>36</sup>». Sans cette loi phénoménologique, il serait impossible de vivre serein, voire en santé.

Toutefois, le corps n'est pas un outil ou une machine et c'est la raison pour laquelle son dysfonctionnement est intimement lié à notre bien-être<sup>37</sup>. Le corps physique ne saurait être purement distingué de la chair et, en ce sens, nous ne pouvons le remplacer aussi facilement qu'un outil. L'incarnation et l'être-au-monde de la chair permettent de comprendre dans toute sa radicalité ce qui peut se modifier lorsque le corps est malade. La maladie, en ce sens, révèle de façon violente la véritable constitution de la nature de notre existence et c'est pourquoi elle est une réduction phénoménologique<sup>38</sup>. La maladie, en tant que telle, sort le malade de l'attitude naturelle dans laquelle il se meut de prime abord et le plus souvent.

Qu'est-ce que l'expérience de la maladie? D'un point de vue phénoménologique, le patient ne fait pas de prime abord et le plus souvent l'expérience de la maladie en tant que dysfonctionnement mécanique du corps biologique. Plus fondamentalement, le malade fait l'expérience de la dissolution de son monde : le corps, la chair et le monde, dans leur intrication, ne forment plus une unité et entraîne un ébranlement de l'identité du soi<sup>39</sup>. Selon les phénoménologues, une menace pour le corps s'accompagne toujours d'une menace pour le soi, elle entraîne une modification de mon fonctionnement au sein du monde. La maladie ne peut donc pas être réduite à un dysfonctionnement biologique, tant et si bien qu'elle doit aussi inclure la désintégration du soi et du monde : « *in illness it is a "world" which is lost, broken, or reduced to chaos, and it is a "world" which must be remade*<sup>40</sup> ». L'approche phénoménologique semble ainsi attester ce que Canguilhem affirme dans *Le Normal et le pathologique*, que pour comprendre le phénomène pathologique nous devons avoir à l'esprit la transformation de la personnalité du malade<sup>41</sup>. Toombs et Canguilhem s'accordent pour dire que la maladie est à la fois privation et remaniement. C'est ce qu'il faut à présent montrer.

Au quotidien, nous effectuons des tâches habituelles sans grand effort. Ce sont des actes habituels comme marcher, parler, manger, etc. Cela est possible, d'une part, parce que la mémoire permet une

continuité dans l'expérience du sujet et, d'autre part, parce que les capacités du corps biologique restent intactes<sup>42</sup>. La maladie représente à cet égard l'in-capacité (*dis-ability*) à s'engager dans le monde de façon habituelle. Une migraine n'est pas uniquement un mal de tête, c'est également l'impossibilité de se résoudre pleinement à une tâche, par exemple de se concentrer sur notre travail. Également, la maladie limite les mouvements intentionnels du corps. Ce qui était auparavant quelque chose que nous pouvions manipuler ou utiliser devient maintenant un obstacle pour le corps. Une personne atteinte de pneumonie, dont la capacité pulmonaire est réduite à seulement 30 %, n'a plus aucune aisance à marcher, à parler ou à monter les marches. Ce qui était habituel et sans effort devient dans la maladie épuisant et difficile. Autrement dit, le schéma d'actions du corps doit inévitablement être reconfiguré et le malade doit développer de nouvelles habitudes afin de compenser son manque.

Pour Carel, cela indique pourquoi la définition de la maladie (*disease*) comme dysfonction d'une *partie* du corps est insuffisante. Il s'agit non pas d'un changement local, mais bien d'une transformation globale de l'organisme<sup>43</sup>. Dans la maladie, le « je peux » se réduit et les possibilités d'actions se rétrécissent considérablement. Conformément à l'intrication corps/chair/monde, dans la maladie le corps n'est plus capable de s'interpréter adéquatement ni d'interpréter le monde<sup>44</sup>. Ce n'est pas un hasard si Canguilhem, qui réfère à l'ouvrage de Merleau-Ponty, arrive à la même conclusion : la physionomie du monde change radicalement<sup>45</sup>.

Dans ce changement de monde, le sujet devient étranger à lui-même parce qu'il dénote une distance par rapport à son expérience corporelle. Ce changement de monde se manifeste par une nouvelle configuration de la gestuelle corporelle qui ne correspond pas à la gestuelle habituelle de la personne : une personne semble malade, elle grimace de douleur, etc. L'expérience de la maladie impose au malade son corps physique. Celui-ci n'est plus garanti, il peut faillir à tout instant, en sortant de l'harmonie et le retrait que lui garantissait la santé. Dans ce décalage entre le corps physique et la chair, le patient perçoit désormais son corps comme une chose extérieure à lui-même, comme une chose qui n'est pas lui<sup>46</sup>. Il faut

maintenant montrer que la maladie altère radicalement la spatialité et la temporalité du malade.

### 3.1 La spatialité du malade

Comme nous l'avons dit précédemment, le corps n'est pas uniquement une location dans l'espace objectif, il est ce qui spatialise. La position du corps est orientée par rapport à une possibilité existante ou à venir et ce sont les objets autour de lui qui l'orientent et par lequel il s'oriente. Toombs nomme cela «l'axe de référence pratique» et l'espace dans lequel existe le corps «l'espace pratique»<sup>47</sup>. Cela signifie que «*my embodying organism is always experienced as "in the midst of environing things, in this or that situation of action, positioned and positioning relative to some task at hand"*»<sup>48</sup>. La maladie contraint le malade à réduire de façon importante ses possibilités de mouvements et d'interactions dans l'espace. Ce qui autrefois allait de soi devient problématique dans la maladie. Nous passons sous silence le caractère temporel de la possibilité, qui sera l'objet de la prochaine section.

Avant qu'un individu se fasse amputer un bras en raison d'une grave infection, les objets qui entouraient son corps étaient, dans son corps habituel, des objets maniables. Toutefois, après l'amputation, les objets sollicitent la main qu'il n'a plus<sup>49</sup>. Cela s'explique en ceci que le corps habituel n'est pas automatiquement détruit lorsque le corps biologique est amputé. Le patient subit ainsi une certaine forme d'aliénation face à lui-même. Le malade se trouve dans une situation où il doit reconstruire de nouveaux schémas d'actions et de nouvelles habitudes afin de compenser pour sa perte. C'est pourquoi «l'expérience traumatique ne subsiste pas à titre de représentation, dans le mode de la conscience objective et comme un moment qui a sa date, il lui est essentiel de ne se survivre que comme un *style d'être* dans un certain degré de généralité»<sup>50</sup>. La maladie est, aux yeux de Merleau-Ponty, non pas un fait *seulement* objectif qui possède sa date et son lieu, elle est d'abord et avant tout un événement qui transforme le monde du malade. Le corps transformé par la maladie existe momentanément dans un environnement qui ne se «soucie» plus – en tant que mal adapté – du corps malade<sup>51</sup>. Même si le corps



habituel et le corps actuel ne coïncident plus après la maladie, c'est une nécessité interne pour le vivant de se redonner un corps habituel.

Selon nous, la position des phénoménologues confirme certaines thèses de Canguilhem. Si, comme le souligne Carel, la phénoménologie de la maladie est un remède contre tout objectivisme<sup>52</sup>, c'est parce que le physiologique et le psychique s'entremêlent dans l'être-au-monde et ne peuvent être séparés qu'au prix d'une objectivation, à savoir d'une idéalisation qui n'est pas à la mesure de la complexité de l'existence humaine. Cette objectivation qui fait silence sur la chair est selon elle une erreur métaphysique : ceux-ci croient qu'il y a deux domaines distincts, l'intérieur et l'extérieur, le corps physique et le soi<sup>53</sup>. D'un point de vue phénoménologique, il n'est pas possible de dire qu'il y a un trouble pathologique en soi. La maladie, ou l'anormal, ne se donne que dans une relation avec le corps, la chair et le monde<sup>54</sup>. À cet égard la maladie est, comme nous l'avons vu avec l'exemple de l'amputation et de la pneumonie, privation et remaniement<sup>55</sup>. Le point essentiel à retenir est qu'une modification d'un corps par une maladie entraîne nécessairement une modification du soi et de son rapport au monde, tout autant négativement.

### *3.2 La temporalité du malade*

Nous venons de voir que la maladie altère la spatialité du patient. Il y a plusieurs conséquences à cela. L'erreur métaphysique de la médecine, celle qui reprend en charge la distinction entre intérieur/extérieur et corps physique/conscience, doit être abandonnée. Le dualisme qu'elle induit doit être dépassé. Si une telle perspective scientifique peut s'avérer fructueuse et donner de bons résultats, il n'en reste pas moins que la médecine doit prendre en charge l'expérience vécue de la maladie. En ce sens, la maladie ne saurait être une maladie en soi, objectivée et décontextualisée, elle doit être comprise comme un processus, un devenir malade du patient *in situ*.

Nous avons également vu que la maladie réduit significativement les possibilités du patient. Grâce aux notions de «corps habituel» et de «corps actuel», nous comprenons que la maladie interrompt le rapport harmonieux entre les deux et instaure un décalage qui correspond en quelque sorte à une expérience d'objectivation,

d'étrangeté et d'aliénation. Plus spécifiquement, il s'agit d'une dissolution de l'identité du malade par une aliénation de son corps : «de cette transformation c'est l'individu qui est juge parce que c'est lui qui en pâtit, au moment même où il se sent inférieur aux tâches que la situation nouvelle lui propose<sup>56</sup>». Cette diminution des possibilités du patient signifie que son monde change radicalement et se rétrécit. La montagne qui pouvait être escaladée, le dépanneur à quelques mètres et les escaliers de la maison deviennent, pour un patient souffrant de lymphangioléiomyomatose (maladie génétique très rare dont les manifestations sont pulmonaires : pneumothorax, le chylothorax et une dyspnée à l'effort), des défis ne pouvant plus être relevés. L'environnement qui autrefois allait de soi est maintenant insouciant du corps malade, le corps ne peut plus répondre aux objets qui l'interrogent, il ne sait plus être normatif.

Nous avons laissé en suspens la structure temporelle de l'incarnation. Il faut maintenant thématiser ce rapport au temps qu'est la possibilité. Selon Toombs, l'incarnation n'est pas un fait, il s'agit plutôt d'un événement complexe qui doit être accompli à chaque instant<sup>57</sup>. Cette manière de s'accomplir à chaque instant se manifeste par la structure du «si...alors (*if...then*)», c'est-à-dire la manière dont la chair se projette sur «ce-qui-est-à-venir (*what-is-to-come*)<sup>58</sup>». Cette projection désigne le fait qu'un individu accomplit des projets, il se projette dans le futur selon sa situation biographique, ses choix et ses décisions<sup>59</sup>. Ce temps vécu peut se phénoménaliser de façon différente, de manière pressante, calmement, etc<sup>60</sup>. Nous devons aussi comprendre qu'en tant que corps physique et chair, chaque partie du corps se rapporte au temps de façon différente : *«the time of illness and healing, of initiation and completion of organic processes (e.g. excretion, inhalation), of physiological performings (heartbeat, blood flow, metabolism), of relaxation and innervation, and so on through a spectrum of barely or rarely felt rythms, fluctuations, pulsations, episodes and periodicities<sup>61</sup>»*. Selon Toombs, une personne en santé agit toujours de façon plus ou moins spécifique envers des possibilités futures<sup>62</sup>. Cependant, dans la maladie, ces possibilités futures apparaissent comme incertaines, voire comme tout à fait impertinentes, tant et si bien que la maladie

contraint le malade à prendre en charge son ici et maintenant en le déliant de tout projet. La maladie n'altère donc pas uniquement le fonctionnement biologique du patient, le temps de l'organe, mais également la capacité qu'a l'homme d'ouvrir des possibilités<sup>63</sup>.

Dans la maladie, la spatialité et la temporalité sont réduites significativement, ce qui a pour conséquence un changement de l'être-au-monde, tant et si bien que le monde du malade se rétrécit. Toombs donne l'exemple d'un patient atteint de la sclérose en plaques. Un patient qui reçoit un diagnostic de sclérose en plaques – cela serait vrai de toute maladie dégénérative – peut agir de telle façon qu'il se sente déjà incapable, comme si cela l'affectait dès à présent. La structure intentionnelle du si...alors est déconnectée des projets et le présent se rapporte à un futur imaginé qui ne s'actualisera peut-être jamais<sup>64</sup>. Le rapport au passé peut également se modifier. Prenons l'exemple d'une personne ayant été atteint d'un cancer qui a été guéri. Le malade peut se souvenir d'une opération, du diagnostic médical, de telle sorte que ceux-ci semblent très près de lui, voire encore «présent». Cela a pour conséquence qu'il vit dans la peur constante de sa réapparition. Cela doit nous faire comprendre que le temps objectif, la durée entre le passé et le présent, n'y est ici pour rien. Que le diagnostic ait eu lieu il y a deux semaines ou il y a dix ans, d'un point de vue phénoménologique le temps objectif varie selon l'expérience subjective de la temporalité<sup>65</sup>. Le monde du patient, dans l'altération de la temporalité et de la spatialité, devient chaotique.

En raison de ces changements, le patient doit changer le rythme et procéder aux ajustements nécessaires parce que dans la maladie le corps biologique devient erratique, souffrant et incapable. La maladie implique ainsi une objectivation de notre corps. Le malade n'a plus le loisir de procéder de manière spontanée avec un corps fidèle et régulier. Au contraire, «*the disruption of lived body itself causes the patient to explicitly attend to his body as body, rather than simply living it unreflectively. The body is thus transformed from lived body to object-body*<sup>66</sup>». Comme le souligne Canguilhem, «pour autant que le malade ne succombe pas à la maladie, son souci est d'échapper à l'angoisse des réactions catastrophiques<sup>67</sup>». Le malade

doit donc se résoudre pour les changements que la temporalité et la spatialité lui imposent. C'est pourquoi la réduction de la maladie à un fait physiologique isolé est insuffisante afin de comprendre la maladie. Il faut insister sur le fait que la maladie doit toujours être comprise comme problème global d'une personne incarnée et qui habite un environnement donné.

#### 4. Un problème d'intersubjectivité

Le médecin peut expliquer au patient que sa maladie affecte son squelette, son cerveau, etc., mais ce dernier ne fait pas l'expérience de la maladie en tant qu'organisme neurophysiologique. Les lois de la science sont des abstractions théoriques et « le vivant ne vit pas parmi des lois, mais parmi des êtres et des événements qui diversifient ces lois. Ce qui porte l'oiseau c'est la branche et non les lois de l'élasticité<sup>68</sup> ». Canguilhem souligne bien que le langage du médecin est incompatible avec celui du patient, ce qui a pour conséquence une incompréhension abyssale entre les deux. Le médecin, de par sa formation, est amené à constituer la maladie comme un ensemble de faits physiques et de symptômes qui désignent une maladie d'un type particulier<sup>69</sup>. Ces habitudes de l'esprit (*habits of mind*) ouvrent un horizon de signification par lequel la réalité est interprétée. C'est à partir de ces habitudes que l'objet est explicité<sup>70</sup>. Si ces faits ne se donnent pas, en dépit du sentiment du patient qui se sent malade, celui-ci n'est pas malade<sup>71</sup>. La compréhension scientifique du monde le dévoile d'une certaine manière et celle-ci ne correspond pas à toutes les manières d'explicitier le monde. Le patient ne comprend pas sa maladie avec les lunettes de la science, mais plutôt comme un effet direct affectant sa vie quotidienne.

Comme nous le disions dans au § 2, en tant qu'ici absolu et point zéro d'orientation, la chair en santé n'est pas saisie comme un objet, nous ne pouvons nous en éloigner parce que les deux coïncident dans l'harmonie. La chair est toujours présente et elle est le centre à partir duquel se réfère le monde. Nous disions, également, que nous n'avons pas un corps, mais que nous sommes notre corps et c'est pourquoi il est impossible de le comprendre comme un outil parmi d'autres<sup>72</sup>. Toutefois, comment se produit l'expérience de notre chair en tant

qu'objet? Nous avons vu que l'expérience de la maladie conduit à une première objectivation du corps. Comme le souligne Husserl au §48 des *Méditations cartésiennes*, la conscience se donne de prime abord à elle-même en tant que sujet et secondement en tant qu'objet. Ce n'est pas le cas de l'autre en tant qu'autrui. L'autre se manifeste d'abord en tant qu'objet et ensuite en tant que sujet. C'est l'être-pour-un-autre qui nous offre la détermination de corps physique. Lorsque nous sommes regardés et touchés, nous nous reconnaissons en tant qu'objet pour autrui et ce n'est qu'à ce moment-là que je me reconnais comme étant matériel, comme une matière physico-biologique<sup>73</sup>. Par exemple, lorsque le médecin écoute la respiration pulmonaire d'un patient, celui-ci fait l'expérience de lui-même en tant qu'objet, comme quelque chose qui est à l'extérieur de ma subjectivité et au milieu d'un monde qui n'est pas le mien. C'est ce que Merleau-Ponty nomme l'ambiguïté fondamentale : en tant que nous sommes notre chair, nous sommes au plus proche de nous-mêmes ; en tant que nous sommes objet pour autrui, nous sommes au plus loin de nous-mêmes.

Cependant, l'expérience clinique se distingue des autres expériences qui révèlent la chair en tant qu'objet, en ceci que le patient fait l'expérience en tant qu'objet, mais plus spécifiquement en tant qu'objet d'investigation scientifique. Lorsque le patient se rend chez le médecin pour un examen, celui-ci est réduit à un organisme biologique qui ne fonctionne pas adéquatement<sup>74</sup>. Ainsi se comprend la nécessité qu'a le patient de faire un compte rendu objectif de son problème. Là réside le problème entre le médecin et le patient : traditionnellement, la médecine se concentre sur le corps biologique selon son fonctionnement normal et elle met de côté l'expérience de la maladie<sup>75</sup>. Comme le souligne Toombs, le langage de l'anatomie ou de la physiologie renforce ce sentiment d'aliénation et d'objectivation chez le patient : *« it is often assumed by the physician that such clinical data exclusively represent the "reality" of the patient's illness<sup>76</sup> »*. Même si le médecin nous instruit sur le cœur, les poumons ou le métabolisme, nous n'en faisons jamais une expérience directe et le corps à proprement parler reste toujours en retrait. Par conséquent, *« the patient may learn that he has a specific dysfunction in his bodily organism – a lesion in the*

*central nervous system, for example. But he does not experience his central nervous system directly. [...] Even if the lesion is visualized on a CAT scan and pointed out to him, it remains ineffable*<sup>77</sup>». En ne prenant pas en charge l'expérience de la maladie, le médecin confine encore davantage le patient dans le rétrécissement de son monde : le patient ne possède pas ce corps, il *est* ce corps et par conséquent il est plus juste de dire qu'il n'a pas de maladie, mais qu'il *existe* dans la maladie<sup>78</sup>. Pour Toombs, la personne malade existe au sein d'un monde désordonné, dans une situation corporelle particulière et c'est pourquoi il *n'a pas* de maladie, il *est* sa maladie, en ceci qu'une dysfonction biologique conduit à une perturbation de l'être-au-monde du patient<sup>79</sup>.

Aux yeux de Toombs, c'est l'expérience universelle de l'empathie qui procure une base solide afin de comprendre la maladie d'un point de vue subjectif<sup>80</sup>. L'empathie n'est pas une disposition que certains possèdent et d'autres non. Autrement dit, elle n'est pas un trait de personnalité. L'empathie désigne plutôt le mode de compréhension fondamental qui permet de saisir l'expérience d'autrui en tant que sienne et que le Dr Richard Baron nomme «la compréhension intuitive»<sup>81</sup>. La compréhension intuitive est possible en ceci que l'autre, en tant que chair, est un individu *comme nous*. L'exclusion de cette compréhension intuitive auquel mène le regard scientifique fait en sorte que la médecine est humainement non fondée (*humanly ungrounded*)<sup>82</sup>. Pour Toombs, qui reprend les analyses de Baron et Rudebeck, la compréhension intuitive joue deux rôles importants dans un contexte clinique. D'une part, elle permet au médecin de comprendre ce dont le patient fait l'expérience en tant que corps désordonné. D'autre part, le médecin saisit l'expérience vécue de la maladie, la signification qu'a la maladie *in situ* pour le patient : «such empathic understanding amounts to a learning, or “re-learning”, about bodily normality and a renewed emphasis on the intuitive knowledge that we already possess by virtue of our humanity»<sup>83</sup>. Selon Toombs, en vertu du fait que la maladie perturbe à la fois l'expérience vécue et le corps physique, la signification que le patient donne à la maladie est unique, biographique<sup>84</sup>. C'est pourquoi il faut absolument accorder de l'importance à la texture. Une douleur

articulaire pourrait être banale pour une personne tandis qu'elle est un désastre pour un pianiste qui a besoin de cette flexibilité afin de jouer du piano, mais également pour la continuation de sa carrière qui définit son identité. Aussi, la considération de la narration du patient en clinique permettrait de spécifier davantage la particularité d'une maladie : « For example, a patient's description of what it is like to have multiple sclerosis immeasurably broadens one's understanding of that particular neurological disorder. While one can, of course, limit one's knowledge of MS to its manifestation in terms of the effects of demyelination on the central nervous system, such knowledge captures nothing of the lived experience of the disease<sup>85</sup> ». Une telle prise en considération du patient permet au médecin de mieux comprendre les dilemmes moraux et les crises existentielles qui sont une partie intégrante de la maladie.

## *5. Conclusion*

Nous devons comprendre que la médecine débute après la plainte du patient. Ce dernier se rend chez le médecin parce qu'il vit une perturbation de sa vie quotidienne ainsi qu'une modification de son incarnation. Ainsi, comme le soulignent Pellegrino et Thomasma, l'objectif premier de la médecine est de soigner la cause et de restaurer le bien-être du patient<sup>86</sup>. Si nous acceptons l'analyse phénoménologique, nous devons dire que le médecin qui traite uniquement de la dysfonction biologique passe sous silence une partie intégrante de la maladie, celle qui concerne les changements entre le corps, le monde et la chair<sup>87</sup>. L'approche phénoménologique de la médecine s'oppose ainsi à l'exigence de « déshumaniser la maladie » pour en donner une définition et permet d'éviter la conclusion selon laquelle « dans la maladie ce qu'il y a de moins important au fond c'est l'homme<sup>88</sup>. » Ainsi que le note Canguilhem, « on comprend que la médecine ait besoin d'une pathologie objective, mais une recherche qui fait évanouir son objet n'est pas objective.<sup>89</sup> » Le diabétique n'est pas uniquement un « diabétique bien contrôlé », mais plus encore une personne qui souffre de sa maladie. Pour le patient, la perturbation de son monde est d'une importance capitale et prime sur les explications médicales. C'est pourquoi l'intervention thérapeutique doit veiller à

ne pas déshumaniser la maladie et le patient en l'isolant dans la perte de personnalité<sup>90</sup>. C'est pourquoi : « An important goal for medical education should be the cultivation of the imagination and I would think that this means placing vigorous emphasis on involvement in the creative arts as a crucial component of the training of healthcare professionals<sup>91</sup> ». Ce n'est qu'à ce prix qu'une médecine peut être « humaine ».

Également, selon Toombs, qui reprend à son compte la position de Leder, une telle perspective peut conduire à une plus grande responsabilité du patient en ce qui concerne sa santé. Plutôt que de se concevoir uniquement sous un mode passif et impersonnel prescrit par l'objectivation clinique du corps, le patient peut comprendre qu'il est également actif, qu'il possède un contrôle relatif sur lui-même et lui restituer une certaine forme d'autonomie. Pour ce faire, le médecin doit prendre en compte les différentes perturbations qui désintègrent la chair en la réduisant à un pur corps physique.

- 
1. J'aimerais remercier chaleureusement Pierre-Olivier Méthot ainsi qu'Élodie Giroux pour leur patiente lecture et leurs précieuses suggestions.
  2. À ce sujet, voir Jerome C. Wakefield, « The concept of mental disorder : on the boundary between biological facts and social values » dans *American Psychologist* 47, 1992, 373-388.
  3. À ce sujet, voir Christopher Boorse, « What a theory of mental health should be » dans *Journal for the Theory of Social Behavior* 6, 1976 61-84 ainsi que Christopher Boorse, « Health as a theoretical concept » dans *Philosophy of Science* 44, 1977, 542-573.
  4. Pour une discussion de la notion de « norme » dans une approche phénoménologique de la médecine, voir Roberto Mordacci, « Health as an analogical concept », *The Journal of Medicine and Philosophy*, 20, 1995, 475-497.
  5. S. Kay Toombs, « Illness and the paradigm of lived body » dans *Theoretical Medicine* 9, Boston, 1988, Kluwer Academic Publishers, p. 201.
  6. Edmund Husserl, *Méditations cartésiennes*, Paris, PUF (Épiméthée), 2007, p. 133.
  7. *Ibid.* p. 114



8. Le dualisme cartésien, qui sépare l'âme et le corps, apparaît de façon nette dans les questions entourant les xénogreffes. Par exemple, le professeur Pierre Cüer entend sauver la dignité métaphysique de l'homme d'une animalisation du transplanté. Il s'agit pour lui «de rassurer le transplanté sur la persistance de son appartenance humaine». Aussi, le Comité consultatif national d'éthique affirme qu'il est moral de transplanter un organe animal dans un corps humain «pour la raison que l'homme n'est pas son corps mais a un corps : un corps dont il peut, dont il *doit* s'abstraire». À ce sujet, voir Florence Burgat, *Liberté et inquiétude de la vie animale*, Paris, Kimé, 2006, p.47-58.
9. Comme le remarque Scott Devito, la décision de prendre la physiologie comme unique fondement de la médecine est difficilement justifiable. Pourquoi s'intéresser uniquement à la physiologie et non pas aux intérêts du patient? Nous croyons que l'approche phénoménologique propose une piste intéressante pour comprendre ce que c'est que la maladie (*illness*). S'il est vrai que, parfois, le patient et le médecin s'intéressent à proprement au corps (à la reproduction, etc.), ce n'est pas toujours le cas. En effet, le patient peut s'intéresser à maintenir sa qualité de vie, ses projets, etc. À ce sujet, voir Scott Devito, «On the value-neutrality of the concepts of health and disease : unto the breach again» dans *Journal of medicine and Philosophy*, 2000, vol. 25, no. 2, p. 542.
10. *Ibid.* p.202 ainsi que Carel, Havi, *Illness ; the cry of the flesh*, Durham, Acumen, 2010, p.9.
11. S. Kay Toombs, «*The meaning of illness : a phenomenological approach to the patient-physician relationship*» dans *The Journal of Medicine and Philosophy* 12, Boston, D. Reidel Publishing Company, 1987, p.219.
12. S. Kay Toombs, «The role of empathy in Clinical practice» dans *Journal of Consciousness Studies*, 8, no. 5-7, 2001, p.247.
13. S. Kay Toombs, «The meaning of illness : a phenomenological approach to the patient-physician relationship», p.220.
14. Havi Carel, *Illness ; the cry of the flesh*, p. 11. «*Phenomenology does not deny the importance of the physiological description or of the clinical interventions offered by current mainstream medicine*».
15. La terminologie change d'un auteur à l'autre. Nous utiliserons le mot «chair (*Leib*)» afin de garder un rapport compréhensif avec «l'incarnation (*embodiment*)». Pour nous la chair est synonyme de corps vécu et corps propre.
16. Nous définirons le concept de «compréhension intuitive» au §4. À ce sujet, voir S. Kay Toombs, «The role of empathy in clinical practice»,

- Journal of Consciousness Studies*, 8, no.5-7, 2001, p.253 ; Dr Baron, Richard, «Bridging clinical distance: An empathic rediscovery of the known», *Journal of Medicine and Philosophy*, 6 (1), pp.5-23 ; ainsi que Dr Rudebeck, Carl, «The doctor, the patient and the body», 11th International Balint Congress, Oxford.
17. S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p.202.
  18. Edmund Husserl, *Ideen II: Recherches phénoménologiques pour la constitution*, trad. ESCOUBAS, Paris, PUF (Épiméthée), 1982.
  19. *Ibid.* p.183
  20. *Ibid.* p.206
  21. *Ibid.* p.207
  22. Maurice Merleau-Ponty reprend le même exemple dans la *Phénoménologie de la perception*. À ce sujet, voir Merleau-Ponty, Maurice, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard (NRF), 1945, p.90.
  23. Merleau-Ponty, qui s'inspire de Husserl, va beaucoup plus loin dans la thématization du corps. Le corps est non seulement important, comme chez Husserl, mais plus encore il possède une structure intentionnelle qui le met en dialogue avec son environnement. Cela ne semble pas être le cas chez Husserl. En ce sens, il offre une analyse plus détaillée de l'expérience incarnée.
  24. Havi Carel, *Illness ; the Cry of the Flesh*, p.15.
  25. Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, p.91.
  26. S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p.203.
  27. Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, p.97 «Le corps est le véhicule de l'être au monde, et avoir un corps c'est pour un vivant se joindre à un milieu défini, se confondre avec certains projets et s'y engager continuellement.»
  28. S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p.203 «Objects are encountered, for example, as the cloth "to be cut up", the book "to be read" or "to be replaced on the shelf".»
  29. Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, p.93.
  30. Havi Carel, *Illness ; the cry of the flesh*, p.15 ; S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p.204
  31. Toombs, S. Kay, «The meaning of illness: a phenomenological approach to the patient-physician relationship», p.222.
  32. S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p.205. C'est également vrai en ce qui concerne le temps. C'est bien parce que l'organisme a un rapport au temps que quelque chose comme le temps objectif est possible. À ce sujet, voir Husserl, Edmund, *Ideen II*, p.226.

33. *Ibid.*
34. *Ibid.*
35. Havi Carel, *Illness ; the cry of the flesh*, p. 31.
36. Jean-Luc Marion, *Étant donné*, Paris, PUF, 1997, p. 66.
37. Havi Carel, *Illness ; the cry of the flesh*, p. 31.
38. Il est à noter que pour Husserl la réduction phénoménologique est l'acte d'un sujet philosopant. La réduction permet de mettre hors-circuit l'attitude naturelle, c'est-à-dire celle qui croit à l'existence du monde. Il s'agit de mettre le monde entre parenthèses, de non pas s'intéresser à l'existence des choses dans leur *quoi* et *pourquoi*, mais plutôt s'intéresser au *comment* de l'apparaître du monde. C'est un geste théorétique. La réduction phénoménologique, après Husserl, n'est plus celle d'un sujet philosopant. Au contraire, le sujet subit une réduction phénoménologique par l'angoisse, la maladie, etc. À ce sujet, voir Havi Carel, *Illness ; the cry of the flesh*, p.33 ainsi que Havi Carel, «The philosophical role of illness», En ligne : [https://www.academia.edu/11868659/The\\_Philosophical\\_Role\\_of\\_Illness](https://www.academia.edu/11868659/The_Philosophical_Role_of_Illness).
39. S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p. 207.
40. *Ibid.* p. 207.
41. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 2013, p. 158.
42. S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p. 207 ; Carel, Havi. *Illness ; the cry of the flesh*, p. 33.
43. Havi Carel, *Illness ; the cry of the flesh*, p. 35.
44. S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p. 208.
45. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, p. 160 : «la maladie n'est pas une variation sur la dimension de la santé ; elle est une nouvelle dimension de la vie».
46. S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p. 214.
47. *Ibid.* p. 210.
48. *Ibid.*
49. Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, p. 93.
50. *Ibid.* p. 98. Nous soulignons.
51. Havi Carel, *Illness ; the cry of the flesh*, p. 63.
52. *Ibid.* p. 54.
53. *Ibid.* p. 70.
54. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, p. 160.
55. *Ibid.* p. 160.
56. *Ibid.*
57. S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p. 212.

58. *Ibid.*
59. Havi Carel, *Illness ; the cry of the flesh*, p. 79 ainsi que Toombs, S. Kay. « *The meaning of illness : a phenomenological approach to the patient-physician relationship* », p. 222.
60. Heidegger, à la suite de Husserl, a bien vu que le temps phénoménologique ne correspond pas au temps objectif (le temps sur l'horloge) et détermine notre rapport à l'espace : « Ce qui vaut aussi, par exemple, de la rue – de l'outil pour aller. Tandis que nous marchons, la rue est touchée à chaque pas, apparemment elle est ce qu'il y a de plus proche et de plus réel dans l'à-portée-de-la-main, elle glisse pour ainsi dire le long de parties déterminées du corps, au long des semelles de nos souliers. Et pourtant, elle est bien plus éloignée que l'ami qui, durant cette marche, nous fait rencontre à une « distance » de vingt pas. De la proximité et du lointain de l'à-portée-de-la-main de prime abord rencontré dans le monde ambiant, seule la préoccupation circon-specte décide. Ce auprès de quoi celle-ci séjourne d'entrée de jeu, c'est cela qui est le « plus proche » et qui règle les é-loignements. » À ce sujet, voir Martin Heidegger, *Être et Temps*, trad. Emmanuel Martineau, Paris, Authentica, 1985, p. 101 [107].
61. Richard Zaner, *The contexte of the self: A phenomenological inquiry using medicine as a clue*, Ohio, Ohio University Press, 1981, p. 28.
62. S. Kay Toombs, « *Illness and the paradigm of lived body* », p. 212.
63. *Ibid.*
64. *Ibid.*
65. *Ibid.* « *The patient may be caught in the past (obsessed with the meaning of past experienced), confined to the present moment (preoccupied with the dictates and demands of the here and now), or projected into the future (living in terms of what may happned).* »
66. *Ibid.* p. 216.
67. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, p. 160.
68. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, p. 171. Voir également, Toombs, S. Kay. « *Illness and the paradigm of lived body* », p. 215.
69. S. Kay Toombs, « *The meaning of illness : a phenomenological approach to the patient-physician relationship* », p. 222.
70. *Ibid.* p. 223.
71. *Ibid.* p. 227 « *If no explanation is forthcoming ( "Your tests are negative. I can't find anything wrong with you"), the patient is at loss as to how to make sens of his illness.* »
72. S. Kay Toombs, « *Illness and the paradigm of lived body* », p. 215 « *The act reveals the hammer and nails, not the hand which hammers.*

*Similarly, if I try to grasp my sensation of seeing as seeing, I find it impossible to do so. If I reflect upon my sensory activity, all that I can grasp is my "seeing of" this or that object, not the actual sensory activity itself.»*

73. *Ibid.* p.216.

74. *Ibid.* p.217.

75. Havi Carel, *Illness ; the cry of the flesh*, p. 79.

76. S. Kay Toombs, « *The meaning of illness : a phenomenological approach to the patient-physician relationship* », p. 224.

77. S. Kay Toombs, « *Illness and the paradigm of lived body* », p. 220.

78. *Ibid.* p.221.

79. *Ibid.*

80. S. Kay Toombs, « *The role of empathy in clinical practice* », p. 249.

81. *Ibid.*

82. *Ibid.* p.253.

83. *Ibid.* p.254.

84. *Ibid.* p.256.

85. *Ibid.*

86. Edmund D. Pellegrino, et C. David Thomasma, *A philosophical basis of medical practice : Toward a philosophy and ethic of the healing professions*, New York, Oxford University Press, 1981, p. 72.

87. S. Kay Toombs, « *Illness and the paradigm of lived body* », p. 222 ainsi que S. Kay Toombs. « *The role of empathy in Clinical practice* » pour des suggestions qui concerne la pratique médicale, l'empathie et les techniques que le patient peut adopter afin de restaurer une certaine norme dans la maladie.

88. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, p. 69.

89. *Ibid.* p.49.

90. S. Kay Toombs, « *Illness and the paradigm of lived body* », p. 222.

91. S. Kay Toombs, « *The role of empathy in clinical practice* », p. 258.



## Note de fin

ÉLODIE GIROUX, *Maitre de conférences à l'Université Jean Moulin (Lyon III) et membre de l'Institut de Recherches Philosophiques de Lyon*

La réflexion sur les concepts de santé et de maladie et la recherche de définition ont fait couler beaucoup d'encre. «La définition de la maladie a épuisé les définisseurs» selon les mots de Claude Bernard<sup>1</sup>. Et en dépit des déclarations d'inutilité de l'effort de définition (Hesslow)<sup>2</sup>, voire même d'affirmation selon laquelle il s'agit d'un «projet dégénératif» (Worrall et Worrall)<sup>3</sup>, cela continue de susciter débats et réflexions, et ce numéro spécial en témoigne de manière particulièrement frappante, riche et stimulante. Comment l'expliquer ?

L'effort de clarification conceptuelle est un des traits caractéristiques de la philosophie. Depuis Socrate, un des enjeux de la philosophie est bien d'interroger des concepts du sens commun, de les critiquer ou de questionner leur usage. Et les concepts les plus utilisés sont souvent ceux qui sont les moins questionnés et qui ont pourtant le plus besoin d'être analysés. Santé et maladie sont des concepts de ce genre. Dans l'introduction de son *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* publié en 1943, le philosophe Georges Canguilhem justifie sa démarche alors originale de choisir la médecine comme «matière étrangère» de sa réflexion et souligne qu'une exigence de la pensée philosophique est de rouvrir les problèmes plutôt que de les clore. Il fait sienne la définition de Léon Brunschvicg selon laquelle la philosophie est «la science des problèmes résolus»<sup>4</sup>.

Par ailleurs, les critiques les plus dures comme celles de Germund Hesslow ou Jennifer Worrall & John Worrall (mais aussi Maël Lemoine<sup>5</sup>) de l'analyse philosophique des concepts de santé portent en réalité principalement sur la méthode utilisée : celle de l'analyse conceptuelle. Or cette méthode est loin d'être la seule manière d'appréhender ces concepts, même si c'est en effet celle

qui a dominé dans le débat anglo-américain issu des travaux de Christopher Boorse. D'autres approches sont possibles, comme celle de Canguilhem, qui relève plutôt d'une analyse historico-critique mais aussi celle que valorise dans ce numéro Olivier Provencher : l'explication philosophique.

Surtout, ces concepts ne sont pas comparables à ceux d'électron ou de gène, ni même à celui de fonction, concepts qui ont fait l'objet d'analyses conceptuelles approfondies respectivement en philosophie de la physique et en philosophie de la biologie. Ils entraînent d'emblée une triple dimensionnalité : celle de l'organique et du biologique, celle de l'expérience et du vécu individuel et subjectif, celle d'un phénomène collectif qui croise le politique, le culturel, le social et l'économique. Par suite, l'intérêt et l'utilité de l'analyse de ces concepts diffèrent de ce qui peut se jouer dans le travail des philosophes de la biologie par exemple sur le concept de gène. Dans ce cadre, il y a un dialogue étroit entre la philosophie et la biologie et les clarifications apportées par l'analyse permettent des conclusions plus solides et des théorisations mieux étayées pour la biologie. Dans le cas de la maladie, les choses sont rendues plus complexes du fait de ces trois niveaux qu'il convient avant tout de pouvoir identifier et démêler<sup>6</sup>. Ce qui explique sans doute le poids pris par la controverse entre naturalistes et normativistes.

Il y a plusieurs raisons de s'intéresser à définir ces concepts qui s'étendent de la simple volonté de clarifier l'usage et faciliter la communication (en ce sens l'effort est proche d'un travail lexical) à la volonté de résoudre un certain nombre de controverses (comme celles qui ont porté sur l'homosexualité, la ménopause, le bégaiement ou l'hyperactivité par exemple) en permettant, par une définition précise, de faciliter la classification d'un cas problématique dans la catégorie ainsi mieux définie.

Des raisons pratiques ont souvent été invoquées pour justifier les enjeux et l'importance de l'effort de clarification et de définition philosophique : de ces concepts dépendraient le champ d'extension et l'objet d'un certain nombre de nos institutions qui portent sur la santé ou la maladie (Ministères, associations, Organisation Mondiale de la Santé, etc.) tout comme la question de l'irresponsabilité juridique, le



remboursement des assurances et les arrêts de travail dépendraient du statut de malade. Or pour Germund Hesslow ces différentes raisons pratiques sont invalides, car ce n'est pas du concept de maladie que dépendent en réalité ces décisions et délimitations. Le statut de maladie n'est pas pour lui la question importante ici, contrairement à une idée largement acceptée jusque-là. Mais il est aussi amené à considérer qu'il n'y a finalement aucune différence entre traitement thérapeutique et traitement d'amélioration. Il est sans doute juste que d'autres éléments entrent en compte dans ces décisions et délimitations qui ne sont pas seulement liées à la définition de la maladie. Surtout, il entend souligner par sa critique que trop se centrer sur la recherche d'une définition a conduit les philosophes à négliger les vraies questions éthiques et pratiques qui se posent derrière cette dernière : qu'est-ce qui justifie une prise en charge ou un remboursement ? Le contexte socio-économique n'est-il pas inévitablement à prendre en compte ? Qu'est-ce que la responsabilité et comment décider du seuil au-delà duquel il y aurait irresponsabilité ? Ni le philosophe, ni le médecin ne pourront à eux seuls résoudre ces questions par le biais d'une éventuelle définition consensuelle de la maladie. Hesslow n'affirme toutefois pas pour autant que le concept de maladie ne doit plus être utilisé ou que ce que les philosophes ont écrit à son sujet est inutile, ni même qu'on ne peut pas expliquer ce concept.

En réalité, la démarche qui fonde la théorie biostatistique de Boorse est assez conforme et en tout cas compatible avec ce qu'écrit Hesslow. Dans son plus récent article «Goals of medicine»<sup>7</sup>, Boorse affirme une relative autonomie entre la définition du concept théorique et les implications pratiques de cette dernière. Certes le concept pratique présuppose le concept théorique, ce qui permet de statuer sur des usages idéologiques comme la drapétomanie par exemple en déclarant que puisqu'il n'y a pas de maladie théorique, utiliser ici ce concept est une *erreur* et pas simplement un jugement normatif toujours relatif. Le concept théorique a bien ici une fonction pratique permettant de «bloquer la subversion de la médecine par une rhétorique politique ou une excentricité normative»<sup>8</sup>. Mais pour Boorse, le concept théorique ne nous dit en fait rien sur ce que

devrait ou non traiter la médecine. Ces questions relèvent bien de questions pratiques et éthiques et non pas théoriques. Pour lui, les concepts de santé et de maladie ne délimitent ni l'extension ni les buts de la médecine. En ce sens les concepts de santé ne contribuent pas à délimiter la médicalisation<sup>9</sup> comme cela a souvent été dit, ni à délimiter les buts légitimes de la médecine ou à fonder une morale propre à la médecine. L'objectif de Boorse est simplement de proposer une meilleure régulation de cet usage et une «reconstruction rationnelle»<sup>10</sup> du concept qui est au cœur de la physiologie, socle à ses yeux de la médecine. En ce sens, il est plus proche du travail des philosophes de la biologie sur le concept de fonction ou de gène dont la clarification permet d'améliorer le fondement des théories qui utilisent ces concepts.

Si donc les motifs pratiques ne sont pas si déterminants, au sens où la seule définition de ces concepts ne saurait suffire à résoudre ces nombreuses controverses, il nous paraît toutefois, et nous rejoignons ici Lennart Nordenfelt<sup>11</sup>, que le travail d'analyse philosophique des concepts de santé a bien une utilité pratique (sans doute différente de celle qu'on souligne souvent) et pas seulement théorique. Il nous pousse à réfléchir à ce qui motive nos classifications et surtout, facilite et clarifie la communication sur ces questions de santé devenues si prégnantes dans nos sociétés occidentales contemporaines.

Et même si on s'en tenait à l'intérêt théorique de l'analyse philosophique de ces concepts, ce numéro témoigne que ce dernier est particulièrement riche dans le champ de l'épistémologie de la médecine et de la biologie, et même de la philosophie plus généralement.

Tout d'abord, il y a en effet d'importantes et évidentes connexions et interactions avec la philosophie de la biologie : qu'est-ce que la fonction biologique ? Peut-on la définir objectivement ? Qu'est-ce qu'un individu biologique ? Quels sont ses buts physiologiques ? Et plus généralement, comment la médecine s'articule-t-elle à la biologie ? Est-ce une relation d'application, de réduction, d'autonomie ? En réalité, l'analyse des concepts de santé et de maladie est le médium par lequel de nombreuses questions d'épistémologie de la médecine et de la biologie ont été abordées, à commencer par

celle du statut épistémologique de la médecine. Pour Canguilhem, l'enjeu premier est bien celui d'étudier la question des rapports entre la norme et le normal en lien étroit avec celle du rapport entre science et technique<sup>12</sup>. Les concepts de santé et de maladie sont le meilleur terrain pour explorer ces questions philosophiques. C'est bien en démontrant la normativité de ces concepts qu'il affirme la dimension irréductiblement technique de la médecine. Et même, considère-t-il à la suite de Marie François Xavier Bichat, santé et maladie nous permettent de comprendre la spécificité de la vie. La philosophie de la médecine de Canguilhem est une philosophie de la vie. L'un des enjeux théoriques de l'analyse de ces concepts est bien aussi pour Boorse la question du statut épistémologique de la médecine (art ou science?) avec pour présupposé que ce statut dépend de celui du concept de maladie: si ce dernier peut faire l'objet d'une définition objective, il apparaît acquis que la médecine soit une science. Un autre enjeu concerne l'interrogation sur les buts de la médecine et la place des concepts de santé dans ces buts<sup>13</sup>.

Ensuite, si la réflexion sur les concepts de santé et de maladie croise des problématiques classiques de la philosophie de la biologie (concepts de fonction, de vie, d'espèce, etc.) et de la philosophie de la médecine, elle ouvre aussi largement à des questions de philosophie morale et d'éthique (concept de norme, de mort, etc.) et des sciences sociales. Elle engage et renouvelle aussi de grandes problématiques classiques de la philosophie au sens large (débat naturalisme vs. normativisme, statut ontologique des catégories, causalité, probabilité, etc.) et conduit à en mettre en évidence de nouvelles (la notion de naturalité ou d'objectivité<sup>14</sup>). Elle engage des questions connexes de fond: qu'est-ce que la normalité humaine? Qu'est-ce que l'identité, la norme, la différence, la ressemblance, les rapports entre le même et l'autre? Y a-t-il une définition biologique de la norme et de l'espèce humaine? Comment s'articulent les dimensions biologiques, sociales, psychiques de la vie humaine dans les notions de santé et de maladie?

Ce numéro témoigne parfaitement de cette grande vitalité et fécondité de la réflexion sur ces concepts. Principalement centrées sur l'analyse proposée par Christopher Boorse, les différentes

contributions proposent des critiques pouvant donner lieu à de nouveaux approfondissements. Les principaux concepts de la théorie biostatistique : fonction (David Prévost-Gagnon), classe de référence (Sophie Savard-Laroche) et normalité statistique (Olivier Provencher, Sophie Savard-Laroche, Keba Coloma Camara) y sont abordés et questionnés, ajoutant ainsi des éléments aux nombreuses critiques. Plus spécifiquement élaborée dans le cadre de la psychiatrie, la théorie de Jerome Wakefield est la seconde théorie de la santé qui requiert un concept naturaliste de fonction et qui entretient des liens étroits avec celle de Boorse. C'est de manière utile et stimulante que l'article de Charles Ouellet explore cette théorie et sa relation avec celle de Boorse. Celui de David Prévost-Gagnon traite aussi des différences quant au concept de fonction qui est utilisé. Par ailleurs, comme souligné précédemment, la démarche en tant que telle d'analyse de ces concepts mérite réflexion et c'est ce que nous propose Olivier Provencher en défendant la pertinence de « l'explication philosophique » proposée par Peter Schwartz, moins restrictive que l'analyse conceptuelle. L'analyse comparative des conceptions de Boorse et de Canguilhem proposée par Keba Coloma Camara permet de faire ressortir les apports originaux de chacune d'entre elles. Le dernier article de Jean-François Perrier apporte une contribution complémentaire des précédentes en abordant les aspects plus pratiques et vécus de la maladie, argumentant dans un style très différent et en s'inscrivant dans le courant des approches phénoménologiques de la santé.

Pour finir, je tiens à souligner que ce numéro est le résultat d'une articulation particulièrement remarquable de la recherche et de la pédagogie. Je remercie vivement Pierre-Olivier Méthot et ses étudiants de m'avoir permis de contribuer à cette très belle et encourageante articulation en participant au séminaire et en rédigeant cette note de fin.

- 
1. Claude Bernard, *Principe de médecine expérimentale*, Paris, Presses universitaires de France, 1947, p. 270.
  2. Germund Hesslow, « Avons-nous besoin d'un concept de maladie? », dans *Philosophie de la médecine. Santé, maladie, pathologie*,

- textes réunis par Élodie Giroux et Maël Lemoine, Paris, Vrin, 2012, pp. 305-329 [1993].
3. Jennifer Worrall et John Worrall, «Defining disease: Much ado about nothing?», dans *Life Interpretation and the Sense of Illness Within the Human Condition*, sous la dir. de Anna-Teresa Tymieniecka & Evandro Agazzi, Kluwer Academic Press, 2001, pp. 33-55.
  4. Georges Canguilhem, *Le Normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, 2005 [1966 ; première édition, 1943], p. 4 et 9.
  5. Maël Lemoine, «Defining disease beyond conceptual analysis: an analysis of conceptual analysis in medicine», *Theoretical Medicine and Bioethics* 34 (2013), pp. 309-325.
  6. Bjorn Hofmann, «Complexity of the concept of disease as shown through rival theoretical frameworks», *Theoretical Medicine* 22 (2001), pp. 211-236.
  7. Christopher Boorse, «Goals of Medicine», dans *Naturalism in the Philosophy of Health*, sous la dir. d'Élodie Giroux, Dordrecht, Springer, 2016, pp. 145-177.
  8. Christopher Boorse, «A rebuttal on health», dans *Health Care Ethics: An Introduction*, sous la dir. de D. Van De Veer et T. Regan, Philadelphie, Temple University Press, 1987, p. 100.
  9. Thomas Schramme, «The significance of the concept of disease for justice in health care», *Theoretical Medicine and Bioethics* 28 (2007), pp. 121-135.
  10. Christopher Boorse, «Concepts of health and disease», dans *Philosophy of Medicine*, sous la dir. de Fred Gifford, Elsevier, 2011, pp. 13-64, p. 20.
  11. Lennart Nordenfelt, «On the relevance and importance of the notion of disease», *Theoretical Medicine* 14 (2013), pp. 15-26
  12. Georges Canguilhem, *Le Normal et le pathologique*, *op. cit.*, p. 8.
  13. Christopher Boorse, «Goals of Medicine», *op. cit.*, ; Peter Schwartz, «Broadening and Balancing the Goals of Medicine: Battling Disease and Treating the Healthy », dans *Naturalism in the Philosophy of Health*, sous la dir. d'Élodie Giroux, Dordrecht, Springer, 2016, pp. 199-207.
  14. Voir James Lennox, «Health as an objective value», *The Journal of Medicine and Philosophy* 20 (1995), pp. 499-511 ; Georges Canguilhem, *op. cit.*, ; Thomas Cunningham, «Objectivity, Scientificity, and the Dualist Epistemology of Medicine» dans *Classification, Disease and Evidence*, sous la dir. de Philippe Huneman, Gérard Lambert et Marc Silberstein, Dordrecht, Springer, 2015, pp. 1-17.



## *Commentaires*





# Définition et explicitation dans *Two Dogmas of Empiricism* : une relecture de la critique de la notion d'analyticité

PIER-ALEXANDRE TARDIF, *Université Laval*

## *Introduction*<sup>1</sup>

Dans un article publié en 1953, *Two Dogmas of Empiricism*, Willard Van Orman Quine scrute le statut logique de la seconde classe d'énoncés<sup>2</sup> devant être considérés comme analytiques selon la conception de l'analyticité défendue par l'empirisme logique<sup>3</sup>. Comme le spécifie Quine, sa critique de la notion d'analyticité avait résulté de doutes à propos de la notion d'énoncé analytique (c'est-à-dire un énoncé vrai en vertu de la signification de ses mots) telle qu'elle était employée dans un manuscrit de Carnap (*Introduction to Semantics*) dont il discutait avec ce dernier et Tarski durant les années 1939-1940<sup>4</sup>. En critiquant la notion carnapienne d'analyticité dans son article de 1953, Quine entend explicitement montrer que la distinction traditionnelle entre les énoncés analytiques et les énoncés synthétiques constitue un dogme mal fondé<sup>5</sup>. La lecture traditionnelle consiste à dire que dans cet article et dans l'ensemble de son œuvre, Quine rejette catégoriquement et sans retour la distinction analytique-synthétique<sup>6</sup>. Hookway fait remarquer que le rejet de cette distinction a pour conséquence que l'on ne peut plus rendre compte des normes, c'est-à-dire des énoncés qui étaient traditionnellement considérés comme analytiques<sup>7</sup>. À cet égard, on sait que Quine substitue à l'épistémologie normative ce qu'il appelle l'épistémologie naturalisée<sup>8</sup>, une discipline qui fait, à son avis, partie intégrante de la science empirique. La difficulté est que le rejet de la distinction traditionnelle entre analytique et synthétique ne concerne pas uniquement Carnap et l'empirisme logique. En minant la notion d'analyticité et implicitement la notion de norme, la

critique quinienne s'étend à l'ensemble de la philosophie *analytique* et notamment à la philosophie du langage ordinaire, pour laquelle la signification des mots repose sur l'usage (des normes ou conventions linguistiques) – d'où la défense de cette distinction par des auteurs comme Grice, Strawson et Searle<sup>9</sup>.

À la lumière de ces conséquences, il s'avère judicieux de proposer une lecture critique de l'argument de Quine à l'encontre de la notion d'analyticité. Il importe de spécifier que le présent article se consacre essentiellement à une relecture de *Two Dogmas of Empiricism*, de telle sorte qu'aucune thèse personnelle relative aux considérations précédentes (apportées uniquement à des fins heuristiques) ne s'y trouve défendue. De plus, bien que l'article de Quine comprenne 6 sections, nous ne nous intéresserons ici qu'à ce que nous conviendrons de nommer la première partie de sa critique, à savoir les 4 premières sections, dont l'argumentation repose sur l'usage que fait Quine de deux notions métalinguistiques, à savoir celle de définition (*definition* en anglais) et celle d'explicitation (*explication* en anglais). Notre objectif consiste à reconstruire rationnellement l'argument de Quine à l'encontre de la notion d'analyticité telle qu'on le retrouve habituellement formulé selon l'interprétation standard<sup>10</sup>, car cette reformulation n'est pas exempte, à nos yeux, de toute confusion. En effet, le raisonnement de Quine s'appuyant sur les notions de définition et d'explicitation, comme nous le disions, il est devenu courant chez les partisans et les critiques de la contestation quinienne de les traiter comme s'il s'agissait de synonymes et ainsi de confondre, à l'instar de Quine, deux procédures langagières qui répondent à des objectifs et des critères d'évaluation complètement différents. Or, cette première confusion entre définition et explicitation se trouve à en générer une autre par voie de conséquence logique, cette fois entre deux types de critiques ne pouvant s'appliquer indistinctement aux deux procédures langagières.

Dans un premier temps, nous établirons la distinction fondamentale qui doit être posée entre une définition et une explicitation (I.). Nous donnerons ensuite un exemple de la confusion à laquelle conduit inévitablement la substitution d'une procédure langagière à l'autre (II.). Nous serons emmenés à devoir distinguer deux genres de

critiques, concernant respectivement la circularité et la régression à l'infini, qui peuvent être légitimement formulées à l'encontre de la définition et de l'explicitation (III.). Ces distinctions faites, nous préciserons la différence entre la circularité dans la définition et dans l'explicitation (IV.). Enfin, suite à cette enquête terminologique, nous tenterons de déterminer à quel genre appartient la critique menée par Quine et nous proposerons une relecture de cette critique dans la première partie de son article en tentant de dégager la structure logique de son argumentation tout en évaluant sa validité (V.).

### *I. Définition et explicitation*

Il importe de souligner que la signification du concept de définition que nous ferons nôtre n'est pas explicitement précisée par Quine lui-même, qui reprend néanmoins celle utilisée dans les tentatives antérieures pour définir la notion d'analyticité. La procédure de définition consiste à faire comprendre à un interlocuteur donné le sens d'un terme qu'il ignore. Quine précise qu'une définition consiste à paraphraser le terme à définir en termes plus familiers et il ajoute qu'une définition repose sur une relation de synonymie<sup>11</sup>. Il en ressort qu'une définition vise à établir une relation de synonymie entre un terme dont on cherche à faire comprendre la signification (le *definiendum*) et une reformulation de cette même signification en d'autres termes supposés connus par l'interlocuteur (le *definiens*)<sup>12</sup>.

Comme l'admet Quine, la définition de l'analyticité (*definiendum*) stipulant qu'il s'agit d'un «*statement which is true and remains true under all reinterpretations of its components other than the logical particles*<sup>13</sup>» (*definiens*) lui apparaît tout à fait acceptable – il s'agit de la première classe d'énoncés analytiques. En effet, elle fait comprendre à l'interlocuteur l'analyticité au sens d'une vérité logique telle que «il n'est pas le cas que non-a et a», le principe de non-contradiction que Quine exemplifie en langage ordinaire par «*no unmarried man is married*<sup>14</sup>». Si Quine n'accepte cependant pas la définition de l'analyticité selon laquelle un «*statement is analytic when it is true by virtue of meanings and independently of fact*<sup>15</sup>», c'est parce qu'en incluant une autre classe d'énoncés analytiques tels que «aucun célibataire n'est marié», la compréhension de la signification

de la notion d'analyticité devient opaque et incompréhensible d'un point de vue strictement logique (vérifonctionnel) – il s'agit cette fois de la seconde classe d'énoncés analytiques. En effet, la forme logique de cet énoncé, «aucun a n'est b», ne correspond pas – contrairement au principe de non-contradiction – à la forme logique d'une tautologie. Néanmoins, le second *definiens* proposé permet de transformer cet énoncé en vérité logique en substituant au mot «célibataire» son synonyme «homme non-marié», ce qui donne à nouveau une tautologie : «aucun homme non-marié n'est marié» ou «aucun non-a n'est a». Cette substitution paraît cependant suspecte aux yeux de Quine, puisqu'elle fait intervenir dans le *definiens* (les termes supposément déjà compris par l'interlocuteur) la notion de signification, qui demande au contraire à son tour à être *définie* ou *clarifiée* pour l'interlocuteur, deux expressions distinctes qu'il utilise comme s'il s'agissait de synonymes. Considérons comment nous pourrions éclaircir cette confusion.

Notons que nous pouvons généralement distinguer deux genres d'explication : l'explication d'un fait (*explanation*) et l'explication d'un concept (*explication*) – c'est ce second genre que nous traduisons par «explication». Faisant référence au concept d'explication de Carnap, Quine précise que celle-ci ne consiste pas à instaurer une relation de synonymie, mais plutôt à clarifier une expression en raffinant ou en complétant sa signification<sup>16</sup>. Il importe de bien saisir la nuance entre une définition et une explication. La différence consiste dans le fait que dans le cas de la définition, on tient pour acquis que la signification n'est pas comprise, alors que dans le cas de l'explication, la signification est déjà comprise, mais seulement de manière vague, imprécise et ambiguë. À cet égard, aucune clarification ne peut provenir d'une définition, puisqu'il s'agit de la même signification, mais simplement reformulée autrement. De son côté, l'explication ne vise pas à instaurer une relation de synonymie, puisque si les deux concepts étaient synonymes, ils seraient tout aussi imprécis et aucune clarification ne serait apportée. Telle qu'elle est formulée par Carnap, l'explication est une procédure consistant en une «*transformation of an inexact, prescientific concept, the explicandum, into a new exact concept, the explicatum*»<sup>17</sup>. Cette

transformation prend chez Carnap la forme du passage entre une définition informelle et une définition formelle dans le langage de la logique symbolique. Par exemple, à l'aide d'une explication, nous pouvons passer de la définition informelle et imprécise de analytique, «un énoncé vrai en vertu de sa signification exclusivement» (*explicandum*), à une définition formelle et précise dans le calcul des prédicats du premier ordre: «un énoncé complexe dont la table de vérité n'affiche que la valeur "vrai" peu importe la valeur de vérité assignée à ses énoncés simples constituants» (*explicatum*). C'est le passage de l'*explicandum* à l'*explicatum* qui constitue la clarification de la signification d'abord vague et imprécise du concept analytique.

## II. Une confusion entre *definiendum* et *explicandum*

Nous disions en introduction que la substitution d'une procédure langagière à l'autre conduit inévitablement à une confusion et que la difficulté réside dans le fait que Quine considère les termes «définir» et «expliciter» comme des synonymes. Afin de relever un tel exemple de confusion entre définition et explication, revenons un instant sur le passage dans lequel Quine s'intéresse à l'explication chez Carnap. Quine y affirme que dans l'explication, nous améliorons le *definiendum* en épurant ou en complétant sa signification. D'emblée, l'usage de la notion *definiendum* à l'égard d'une explication ne va pas de soi. Nous pourrions être tentés d'interpréter cet usage en spécifiant que l'explication chez Carnap consiste à passer d'une définition informelle, que nous pourrions considérer comme ledit *definiendum*, à une définition formelle, un nouveau *definiens*. Autrement dit, l'*explicandum* correspondrait au *definiendum* et le nouveau *definiens* serait obtenu grâce au nouvel *explicatum*. Or, il est manifeste que cela relève d'une confusion. En effet, alors que dans une définition, *definiendum* et *definiens* appartiennent au même langage et sont synonymes, dans une explication l'*explicandum* appartient à un langage informel alors que l'*explicatum* appartient à un langage formel. Le fait de passer d'un langage à l'autre rend une traduction parfaite (i.e. la synonymie) impossible, puisque quelque chose est perdu durant cette traduction, à savoir tout ce qui n'est pas vérifonctionnel – cette conséquence découle d'ailleurs d'une thèse

de Quine lui-même, à savoir l'indétermination de la traduction. Il est ainsi fondamental de prendre en considération que les procédures explicitative et définitionnelle diffèrent quant à leurs objectifs et leurs critères d'évaluation. La confusion entre ces procédures langagières est manifeste lorsque Quine spécifie quelques lignes plus loin que «*two alternative definienda may be equally appropriate for the purposes of a given task of explication and yet not be synonymous with each other*<sup>18</sup> ».

En effet, comme nous l'avons vu, Quine admet explicitement que dans une définition, *definiendum* et *definiens* sont synonymes. S'il y avait un autre *definiens* suggéré pour un même *definiendum*, nécessairement c'est parce qu'il serait synonyme avec ce *definiendum* et il le serait conséquemment avec les autres *definienda*. Dans le cas d'une définition, dire que deux *definienda* d'un même *definiendum* ne sont pas synonymes l'un avec l'autre constitue alors une incohérence. Il ne s'ensuit pas que Quine s'inscrive dans une telle incohérence, puisqu'à strictement parler, il ne parle pas de définition, mais d'explication. Néanmoins, la confusion entre définition et explication est désormais obvie puisqu'il dit non pas qu'il s'agit de deux *definienda* en parlant d'une définition, mais bien plutôt d'une explication. Or, dans une explication, il s'agit non d'une relation entre *definiendum* et *definiens*, mais entre *explicandum* et *explicatum*. À strictement parler, c'est d'*explicantia* dont il devrait être question dans la citation précédente de Quine – et non de *definienda*.

Si nous reformulons ses propos, affirmer comme le fait Quine que deux *explicantia* peuvent être appropriés pour une tâche précise tout en n'étant pas synonymes n'a rien pour nous surprendre. En effet, dans une explication, il ne s'agit pas de paraphraser un *definiendum* par un *definiens* qui lui est complètement synonyme, mais de raffiner un *explicandum* à l'aide d'un *explicatum* qui lui est similaire. Autrement dit, et il s'agit d'une différence fondamentale entre les deux procédures, dans une explication et contrairement à la définition, il ne s'agit pas d'une relation de synonymie<sup>19</sup>. S'il s'agissait de synonymes, la signification de l'*explicatum* serait la même que celle de l'*explicandum* et il n'y aurait aucune clarification, aucun raffinement apporté. Il importe d'apprécier à sa juste valeur

la distinction entre ces deux procédures langagières. Pour ce faire, on peut se poser la question suivante : ces procédures sont-elles substituables l'une pour l'autre, ou autrement dit, peuvent-elles parvenir au même résultat ? Cela revient à se demander s'il est logiquement possible de poser une relation dans laquelle les termes mis en relation sont et ne sont pas synonymes. Avant de montrer en quoi cette première confusion entre définition et explication donne lieu à une seconde confusion, tentons de distinguer deux critiques pouvant être légitimement formulées à l'encontre de chacune des deux procédures langagières.

### *III. Circularité et régression à l'infini*

Bien que la circularité et la régression à l'infini s'appliquent tout autant aux procédures de définition que d'explication, nous aborderons ici uniquement la circularité dans le cas d'une définition, et la régression à l'infini dans le cas d'une explication. Une des difficultés que peut rencontrer la procédure définitionnelle consiste en un certain défaut lors d'une définition, à savoir la circularité. Il y a circularité dans une définition lorsque la connaissance du *definiendum* est présupposée pour comprendre la signification du *definiens*. Une telle circularité peut être illustrée par les deux définitions suivantes : un cheval est (df.) un animal qui a une forme chevaline ; une loi est (df.) une proposition pouvant servir à subsumer un phénomène sous une loi. Ce défaut de circularité dans la définition ne doit toutefois pas être confondu avec un manque de clarté. Par exemple, nous pourrions donner les deux définitions suivantes du concept expliquer : expliquer, c'est (df.<sub>1</sub>) subsumer sous une loi ; expliquer, c'est (df.<sub>2</sub>) ramener l'inconnu au connu. La définition vise à faire comprendre la signification du *definiendum* expliquer à l'aide d'un *definiens* qui lui est synonyme. Mais il se peut qu'un des termes utilisés afin de reformuler la même signification, par exemple le terme « loi », soit compris de façon seulement vague et imprécise. Nous exigeons alors une clarification de ce terme. Dans leur entreprise de l'explication du concept d'explication (*explanation*), Hempel et Oppenheim proposent une telle clarification du concept de loi scientifique<sup>20</sup>.

Rappelons qu'une explication consiste à passer d'un concept informel et imprécis à un concept formel et précis. Par exemple, l'*explicandum* du concept loi, «une proposition pouvant servir à expliquer», sera reformulé dans le langage du calcul des prédicats du premier ordre par l'*explicatum* «un énoncé conditionnel purement universel». Le concept initial se trouve bel et bien clarifié dans la mesure où nous possédons maintenant un critère afin de déterminer si un énoncé donné est une loi : est une loi tout énoncé de forme conditionnelle purement universelle<sup>21</sup>. Cependant, nous pourrions à nouveau exiger de clarifier une nouvelle expression mal comprise contenue dans l'*explicatum*, par exemple «énoncé purement universel». Cette expression peut être clarifiée à l'aide de l'*explicatum* «*S is called purely generalized (purely universal) if S is a generalized sentence (is of universal form) and contains no individual constants*<sup>22</sup>». Toutefois, nous pourrions à nouveau exiger la clarification d'une nouvelle expression utilisée, par exemple «énoncé généralisé» ou «constante individuelle». Nous avons ici affaire à une régression à l'infini, c'est-à-dire qu'à moins de supposer qu'à un certain point nous aurons clarifié absolument tous les mots dont nous faisons usage, il pourra toujours se faire qu'une clarification soit possible à la suite d'une précédente clarification. En somme, la régression à l'infini apparaît d'emblée si l'on demeure à l'intérieur du langage, précisément en raison de la nature de celui-ci<sup>23</sup>. De fait, si l'on définit un mot (*definiendum*) afin d'en faire comprendre la signification à un interlocuteur, on doit présupposer une certaine connaissance de la langue de la part de ce locuteur, à savoir la signification des mots que nous utiliserons dans le *definiens* – sans quoi nous devrions, pour définir ce mot, redéfinir tous les mots du dictionnaire. Dans le cas de l'explication, la régression à l'infini ne pose problème que si nous recherchons un fondement ultime à la connaissance.

#### *IV. Deux procédures, deux types de circularité*

La question consiste maintenant à reconnaître quel type de critique est admissible dans le cas de l'analyticité. Le cas de la régression à l'infini peut être rapidement exclu. En effet, en vertu



de la nature même du langage, il y aura toujours une clarification possible à apporter. La régression à l'infini pose problème seulement si l'on souhaite parvenir à un fondement. Or, il n'est nulle part question dans l'article *Two Dogmas of Empiricism* de proposer un tel fondement et l'on ne s'étonnera pas que Quine ne parle jamais de régression à l'infini eu égard à l'analyticité. Autrement dit, sans l'objectif de parvenir à un tel fondement à partir duquel, par exemple, toute connaissance serait clarifiée, la seule des deux critiques précédemment identifiées qui est admissible à l'encontre de la notion d'analyticité est la circularité. Maintenant que nous avons identifié quel genre de critique Quine peut faire à l'encontre de l'analyticité, il convient de reconnaître comment et relativement à quoi il déploie cette critique. La circularité qu'essaie de faire ressortir Quine concerne-t-elle la procédure définitionnelle ou explicative ?

Nous avons vu que dans une définition, *definiendum* et *definiens* sont formulés dans le même langage, de telle sorte que les deux sont synonymes et peuvent donc être substitués l'un à l'autre *salva veritate* dans tout contexte. La circularité dans la définition consiste alors à répéter dans le *definiens* une partie du *definiendum*. Pour comprendre le *definiens*, le locuteur doit alors déjà comprendre ce qu'il est censé ne pas comprendre. Par exemple, pour comprendre le *definiens* «un animal qui a une forme chevaline», le locuteur doit déjà comprendre la signification du *definiendum* «cheval», ce qui n'est pas le cas, comme on le présume en lui proposant une définition. Conformément aux distinctions entre les procédures de définition et d'explicitation, une circularité de ce type ne pourra pas se poser dans une explicitation. En effet, dans l'explicitation, il s'agit de remplacer une expression vague et imprécise dans un langage  $L$  par une autre expression claire et précise dans un langage  $L_1$ . On ne saurait donc exiger que l'*explicatum* soit substituable *salva veritate* à l'*explicandum* dans tous les contextes.

Par exemple, le terme «et» du langage ordinaire dans l'énoncé «j'ai ouvert la porte et je suis entré» ne peut pas être substitué *salva veritate* dans tous les contextes par la conjonction « $\wedge$ » du calcul des prédicats du premier ordre. En effet, la conjonction est commutative et permet de réécrire «je suis entré et j'ai ouvert la porte», ce qui

présente une incongruité du point de vue du langage ordinaire. La circularité dans l'explicitation ne saurait consister, comme dans la définition, à simplement répéter dans l'*explicatum* une partie de l'*explicandum*, puisqu'il n'y a pas de telle répétition dans une explicitation, mais bien plutôt une traduction dans un langage formel. Si circularité il y a dans l'explicitation, elle se ferait pour ainsi dire en sens inverse de celle de la définition. Pour mieux comprendre ce dont il s'agit, faisons une brève incursion dans un ouvrage ultérieur de Quine, *Word and Object*. Reportons-nous à l'exemple du linguiste qui tente de traduire «*gavagai*» en situation de traduction radicale, c'est-à-dire une situation (une expérience de pensée) dans laquelle le linguiste doit traduire le langage d'un peuple indigène jusqu'ici totalement inconnu, sans recours possible à un interprète et pour seule source d'information la situation de stimuli dans laquelle il se trouve au départ<sup>24</sup>. Pour déterminer si l'expression «*gavagai*» est un terme général, Quine précise que le linguiste devra nécessairement faire appel à des hypothèses analytiques. La méthode des hypothèses analytiques constitue, pour Quine, «*a way of catapulting oneself into the jungle language by the momentum of the home language*<sup>25</sup>».

Ces hypothèses analytiques sont pour ainsi dire plaquées du langage  $L_1$  du traducteur au langage  $L$  de l'indigène conformément à la thèse de l'indétermination de la traduction. Lorsque le linguiste traduit l'expression indigène «*gavagai*» par l'expression française «lapin», cette traduction est circulaire au sens où elle suppose que le linguiste connaît déjà les hypothèses analytiques du langage indigène, alors que ce qu'on présume en situation de traduction radicale est précisément qu'il ne les connaît pas. Le point important à retenir est qu'une telle circularité ne se révèle que dans certains contextes, à savoir lorsque l'indigène n'est pas d'accord avec la traduction, c'est-à-dire avec l'emploi de l'expression indigène «*gavagai*» par le linguiste et reposant sur les hypothèses analytiques de ce dernier. De ces considérations nous pouvons faire ressortir deux critères distincts pour les procédures de définition et d'explicitation. Alors que la définition repose sur la substituabilité *salva veritate* dans tout contexte, la traduction (l'explicitation) repose pour sa part sur la non-substituabilité *salva veritate* dans tous les contextes.

V. Une insuffisance logique

Afin de reconnaître si la circularité que critique Quine à l'égard de l'analyticité concerne la définition ou l'explication, attardons-nous brièvement à cette critique en tentant d'en faire ressortir la structure logique. Quine tente-t-il par exemple de montrer qu'il y a une circularité dans la définition de l'analyticité? En fait, nous pouvons très bien nous convaincre nous-mêmes qu'il n'y en a pas. En effet, la signification du *definiendum* «énoncé analytique» n'est pas présupposée pour comprendre la signification du *definiens* «un énoncé vrai uniquement en vertu de la signification de ses composants». De fait, Quine admet que son argument ne démontre pas qu'il y a une circularité, mais simplement quelque chose de ce genre. Il s'agit, dit-il, d'une courbe fermée dans l'espace<sup>26</sup>. Apportons une clarification en termes moins littéraires à l'expression «courbe fermée dans l'espace».

Ce qui ne convient pas à Quine, ce sont certaines définitions de l'analyticité telles que celles suggérées par Carnap et Tarski, parce qu'elles reposent uniquement sur la notion de signification, laquelle renvoie à la notion synonymie, qui elle-même nous ramène à la notion de signification. S'il y a une circularité, nous pourrions dire tout au plus qu'il s'agit d'une circularité de second ordre, au sens où ce n'est pas la notion d'analyticité qui réapparaît directement dans sa définition, mais bien plutôt la notion de signification définie par la notion de synonymie, elle-même définie par la notion de signification. Nous nous retrouvons alors avec un *ensemble fini de mots qui s'interdéfinissent et ne renvoient plus à rien d'autre en dehors (d'eux-mêmes ou) du langage* – une «courbe fermée dans l'espace» dans la prose quinienne.

Devant ce constat, nous pourrions être portés à conclure qu'en raison de ce problème d'interdéfinition, aucune clarification n'a été apportée à la notion d'analyticité. Nous disions en introduction que l'usage substituable que fait Quine des notions définition et explication a donné lieu à une certaine interprétation standard dans la littérature des 60 dernières années. D'aucuns ont soutenu à cet effet la thèse selon laquelle l'argument à l'encontre du premier dogme de l'empirisme consiste à dire que la distinction

analytique-synthétique n'a pas été *clairement* formulée<sup>27</sup>. Selon cette interprétation standard, le problème de la *clarification* serait alors mis en évidence par la *circularité* constatée dans l'interdéfinition des notions en jeu. Cette interprétation donne au lecteur l'impression que la critique de Quine constitue une critique purement logique consistant à démontrer que la notion d'analyticité, définie comme «un énoncé vrai en vertu de la signification», est circulaire. Autrement dit, selon l'interprétation standard de la critique de Quine, c'est de la circularité dans la définition (et non dans l'explicitation) dont il est question.

Résumons succinctement où nous en sommes. Nous avons distingué deux procédures langagières, à savoir la définition et l'explicitation. En constatant que Quine utilisait les termes «définir» et «expliquer» comme des synonymes, nous avons relevé que la substitution qu'il fait d'une procédure langagière à l'autre relève d'une confusion. Afin de cerner la forme de sa critique, nous avons par la suite distingué deux critiques pouvant légitimement s'appliquer à chacune des procédures langagières, à savoir la circularité et la régression à l'infini. Il s'est avéré que ce dont il est question dans l'article de Quine est la circularité, et plus précisément (selon l'interprétation standard) la circularité dans le cas d'une définition. La question était ensuite de reconnaître en quoi consistait vraiment la critique à l'encontre de l'analyticité. Il nous est apparu que la circularité en question est de second ordre, c'est-à-dire que ce n'est pas le terme «analytique» qui se trouve répété dans le *definiens*, mais la notion de signification lorsqu'elle est définie par la notion de synonymie, et celle-ci par la notion de signification. Nous nous retrouvons avec une notion d'analyticité qui repose circulairement (au deuxième degré) sur les notions de signification et de synonymie dont la compréhension de l'une présuppose celle de l'autre. Si nous la reformulons en nos propres termes, l'objection soulevée par Quine consiste à dire que notre compréhension de la notion de signification n'est pas claire et que nous n'arrivons pas à clarifier la notion d'analyticité en raison de la circularité de second ordre qui est générée par l'emploi des mêmes notions.

Cependant, que cette signification de la notion d'analyticité ne soit pas claire (au départ) n'a rien pour nous surprendre ni pour nous poser problème en principe, puisque cette définition de l'analyticité s'inscrit dans les significations vagues et imprécises du langage ordinaire. Il suffirait de fournir une explication dans un langage formel et la circularité disparaîtrait d'elle-même avec un *explicatum* désormais clair et précis, par exemple (dans le cas de la première classe d'énoncés analytiques) l'*explicatum* «un énoncé complexe dont la table de vérité n'affiche que la valeur «vrai» peu importe la valeur de vérité assignée à ses énoncés simples constituants». C'est dire que lorsqu'il est question de savoir si la notion d'analyticité a été ou non clarifiée, si Quine veut montrer qu'il y a circularité, il doit le faire non pas à la façon d'une définition, mais bien plutôt d'une explication. En quoi consiste le problème de sa critique? C'est précisément que celle-ci, comme nous l'avons vu, considère la circularité dans le cas de la procédure définitionnelle. Or, afin de *clarifier* la notion d'analyticité, ce n'est pas une définition mais une explication qui est attendue; or nous avons également vu que la circularité dans l'explication ne saurait être du même genre que dans le cas de la procédure définitionnelle.

La circularité dans l'explication consiste à plaquer les hypothèses analytiques du langage  $L_1$  sur le langage  $L$ . Autrement dit, elle consiste à dire que la traduction proposée dans le langage  $L_1$  présuppose que l'on connaisse déjà l'hypothèse analytique du langage  $L$ . Mais rien n'empêche *a priori* que l'on puisse clarifier la notion de signification (*explicandum*) à l'aide d'une hypothèse analytique différente ne faisant pas appel à la notion de synonymie (*explicatum*). Pour montrer qu'il n'est pas possible de clarifier la notion d'analyticité, Quine doit montrer qu'il n'est pas possible de fournir une explication de la notion de signification qui ne fait pas appel à l'hypothèse analytique de la notion de synonymie. Considérant qu'il ne le fait pas, son argumentation n'est donc pas concluante. Cette insuffisance logique de sa critique à l'endroit de l'analyticité est manifestement une conséquence d'une confusion entre la circularité dans une définition et la circularité dans une explication, qui est

elle-même générée par la confusion que fait Quine entre définition et explicitation.

Nous avons vu au départ que Quine considère les notions de définition et d'explicitation comme des synonymes. Or, il s'est avéré que la substitution d'une de ces procédures langagières à l'autre relève d'une confusion. Nous disions en introduction que cette première confusion en génère une autre par voie de conséquence logique, cette fois entre deux types de critiques ne pouvant s'appliquer indistinctement aux deux procédures langagières. Les deux critiques en question sont la circularité dans la définition et la circularité dans l'explicitation. Plus précisément, en considérant la définition et l'explicitation comme des notions synonymes (première confusion), Quine s'est retrouvé à considérer les deux critiques qui s'y rapportent comme substituables l'une pour l'autre (seconde confusion). C'est pourquoi, à ses yeux ainsi que de l'avis de Gibson, un représentant significatif de l'interprétation standard de la critique de Quine, ladite critique montrant la circularité dans le cas d'une procédure définitionnelle serait concluante. Mais il n'en est rien, puisqu'appliquer la critique de la circularité concernant la procédure définitionnelle à une explicitation constitue non un argument logiquement recevable, mais une confusion qui laisse sans réponse la question de savoir s'il est possible d'apporter une clarification à la notion d'analyticité sans faire intervenir la notion de synonymie. C'est en ce sens que nous pouvons dire que l'insuffisance logique de l'argument de Quine est générée par la confusion entre deux genres de circularité, découlant à son tour de la confusion entre définition et explicitation.

- 
1. Conformément à l'usage en philosophie analytique, des guillemets français seront utilisés lorsqu'il sera fait mention plutôt qu'un usage d'un terme.
  2. Les énoncés de la première classe (par exemple «*no unmarried man is married*») se caractérisent par le fait qu'ils sont vrais et demeurent vrais pour toute réinterprétation de «*man*» et de «*married*», tandis que les énoncés de la seconde classe («*no bachelor is married*») sont ceux qui peuvent être ramenés à un énoncé de la première classe (les

- vérités logiques) en substituant un synonyme («*bachelor*») par un autre («*unmarried*»).
3. La critique de Van Fraassen consiste à souligner que Quine fait essentiellement référence à l'empirisme logique, Bas C. Van Fraassen, «Against naturalized epistemology», dans Paolo Leonardi, Marco Santambrogio, *On Quine: New Essays*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995, pp. 68-88.
  4. Willard Van Orman Quine, *The Time of my Life: an Autobiography*, Cambridge, MIT Press, 1985, 499 p., p. 150.
  5. Willard Van Orman Quine, *From a Logical Point of View*, Cambridge, Harvard University Press, 1953 (1980), p. 20.
  6. La plupart des articles et ouvrages qui traitent de ce sujet considèrent que le rejet de cette distinction par Quine est catégorique et sans appel. Un exemple récent de cette interprétation standard se trouve dans Axel Mueller, «Putnam versus Quine on revisability and the analyticsynthetic distinction», dans Maria Baghramian (ed.), *Reading Putnam*, London, Routledge, 2013, 385 p. Pour une remise en question de cette interprétation standard et une relecture de la critique de Quine, voir Pier-Alexandre Tardif, *Une interprétation formaliste de la signification et du statut logique de la critique quinienne de la distinction analytique-synthétique*, Mémoire de maîtrise, Université Laval, 2014, 205 p.
  7. «*The first anxiety I address, suggested by the final section of Two dogmas, is that with the elimination of the analytic/synthetic distinction we are left, so to speak, at sea, without an account of norms and thus without any form of guidance in responding to anomalous experience*» (Christopher Hookway, «Naturalized epistemology and epistemic evaluation», dans *Inquiry: An Interdisciplinary Journal of Philosophy*, vol. 37, n. 4, pp. 465-485, p. 473).
  8. Willard Van Orman Quine, «Epistemology Naturalized», dans *Ontological Relativity and Other Essays*, New York, Columbia University Press, 1969, 165 p.; Jaegwon Kim, «What is “Naturalized Epistemology”?», dans *Philosophical Perspectives*, vol. 2, Epistemology (1988), pp. 381-405.
  9. H. P. Grice and P. F. Strawson, «In Defense of a Dogma», dans *The Philosophical Review*, vol. 65, no. 2 (Apr., 1956), pp. 141-158; John R. Searle, *Speech acts: an essay in the philosophy of language*, London, Cambridge University Press, 1969, 203 p.
  10. Roger F. Gibson, *The Philosophy of W. V. Quine: an Expository Essay*, Tampa, University Presses of Florida, 1982, p. 217 sq.

11. Willard Van Orman Quine, *From a Logical Point of View*, pp.24 et 27 respectivement.
12. Pour la distinction entre «*definiens*» et «*definiendum*» on pourra consulter la section VII dans Carl Hempel, *Éléments d'épistémologie*, Paris, Armand Colin, 1966 (2012), p. 151 *sq.*
13. Willard Van Orman Quine, *From a Logical Point of View*, p. 23.
14. *Ibid.*, p. 22.
15. *Ibid.*, p. 21.
16. *Ibid.*, p. 25.
17. Rudolf Carnap, *Logical Foundations of Probability*, London, Routledge and Kegan Paul, 1950, p. 4.
18. Willard Van Orman Quine, *From a Logical Point of View*, p. 25.
19. Carnap précise: «*Since the explicandum is more or less vague and certainly more so than the explicatum, it is obvious that we cannot require the correspondence between the two concepts to be a complete coincidence*» (Rudolf Carnap, *op. cit.*, p. 5).
20. Carl Hempel, Paul Oppenheim, «*Studies in the Logic of Explanation*», dans *Philosophy of Science*, vol. 15, no. 2 (1948), p. 135 *sq.*
21. Il s'agit en fait de la forme universelle affirmative, les auteurs précisant que «*since any conditional statement can be transformed into a non-conditional one, conditional form will not be considered as essential for a lawlike sentence, while universal character will be held indispensable*» (*ibid.*, p. 153).
22. *Ibid.*, p. 158.
23. Pour une discussion des difficultés que constituent la circularité et la régression à l'infini, on pourra consulter Carl Hempel, *Éléments d'épistémologie*, p. 154 *sq.* et Alfred North Whitehead, Bertrand Russell, *Principia Mathematica vol. I*, Londres, Allen & Unwin, 1903, p. 91 *sq.*
24. Willard Van Orman Quine, *Word and Object*, Cambridge, The Massachusetts Institute of Technology Press, 1960, p. 28.
25. Willard Van Orman Quine, *Word and Object*, p. 70.
26. «*Our argument is not flatly circular; but something like it. It has the form, figuratively speaking, of a closed curve in space*» (Willard Van Orman Quine, *From a Logical Point of View*, p. 30).
27. «*On the first front Quine argues that the analytic-synthetic distinction has not been clearly drawn*» (Roger F. Gibson, *The Philosophy of W. V. Quine: an Expository Essay*, p. 217).







# Hegel, la propriété et le libéralisme

EMMANUEL CHAPUT, *Université de Montréal*

Nombreux sont les lecteurs de Hegel à avoir souligné l'intérêt et la perspicacité du philosophe au sujet des bouleversements de la société à l'ère du capitalisme naissant : « Dès le début du siècle, à une époque donc où triomphaient les “harmonies économiques”, Hegel qui a lu et commenté Stewart et Adam Smith, décrit avec une stupéfiante perspicacité les contradictions qui déchirent ce qu'il appelle la “civilisation industrielle”<sup>1</sup> ». Malgré ces analyses qui anticipent et recoupent certains aspects de la critique marxienne, Marx et ces continuateurs verront principalement dans la philosophie politique hégélienne centrée autour de son concept d'État la promotion d'« une idée mystique d'unité qui voile la réalité empirique des divisions de la société bourgeoise<sup>2</sup> ». Hegel, en tant qu'il omettrait le conflit social au cœur du capitalisme, serait ainsi, à leurs yeux, un apologue de l'état de fait, de l'immobilisme et du consensus abstrait. Si l'enjeu est donc de situer la pensée rien de moins que complexe d'un philosophe comme Hegel par rapport aux développements sociétaux de son époque, force est de constater que nous faisons face à une position fort ambiguë. Hegel est-il un précurseur de la critique du capitalisme naissant en soulignant les contradictions du libéralisme ou n'est-il pas plutôt, à travers son concept d'État, le théoricien du despotisme prussien ? Tout en prétendant décrire le réel<sup>3</sup>, ne trace-t-il pas, comme le prétendait la critique marxienne, un portrait mensonger du monde politique dans lequel il vit, en omettant les tensions internes de la société allemande pour souligner l'unité de l'Un et du Multiple, du *pour soi* individuel et de l'*en soi* commun dans la figure de l'État ? Le présent texte se veut une contribution à ce genre de réflexion sur la nature de la pensée politique de Hegel. On tentera ainsi, à travers l'analyse du concept de propriété chez Hegel, de questionner le rapport que ce dernier entretenait avec le libéralisme.

*La conception hégélienne de la propriété dans sa philosophie du droit*

Le droit à la propriété, faut-il le rappeler, joue un rôle central dans la théorie libérale tant d'un point de vue politique qu'économique<sup>4</sup>. Aussi n'est-ce pas un hasard si la propriété fut considérée par la *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* de 1789 comme un «des droits naturels et imprescriptibles de l'homme<sup>5</sup>» ou encore comme «un droit inviolable et sacré<sup>6</sup>». Dans une perspective libérale, la liberté est indissociable de la propriété. Même les niveleurs (*Levellers*)<sup>7</sup> égalitaristes du XVII<sup>e</sup> siècle considéraient la propriété comme le droit économique le plus fondamental qui soit, directement corollaire de la liberté de vendre, d'acheter, de produire, d'échanger, etc.<sup>8</sup>. Or, comme nous le verrons, Hegel maintiendra lui aussi cette idée d'un rapport entre liberté et propriété. Il ne faudrait pas pour autant faire de Hegel un tenant du libéralisme, loin s'en faut. Toutefois, la distinction entre Hegel et le libéralisme ne se situera pas au niveau de l'existence de ce rapport d'adéquation entre propriété et liberté, mais bien plutôt au niveau de *la nature* de ce rapport. Pour Hegel, comme le rappelle Éric Weil : «La politique [...] n'est rien d'autre que la science de la volonté<sup>9</sup>». Toute la substance et la finalité du droit n'est autre que la réalisation pleine et entière de la liberté<sup>10</sup>. Or, pour Hegel, la propriété constitue le point de départ, l'acte primitif à l'origine de cette quête de liberté :

Le droit primitif, première expression objective de la volonté, est la réalisation empirique de la volonté empirique et naturelle de l'individu. C'est le droit de l'individu en tant que tel, le droit de la *propriété*, qui, pour Hegel, se distingue de la *fortune*, de la propriété qui rapporte et qui garantit l'indépendance économique de l'individu, de la famille, de la société ; elle signifie la possession d'un objet naturel<sup>11</sup>.

Hegel définit le droit à la propriété comme résultant de la capacité de l'homme à doter toute chose d'une fin, par le biais de sa volonté<sup>12</sup>. Dès lors, la chose se voit attribuer une substance qui n'est autre que la volonté de l'homme objectivée dans celle-ci.

Cette définition vaut également et même en premier lieu pour le corps : le propre de l'homme libre est d'être propriétaire de son

propre corps et de sa vie, c'est-à-dire que sa volonté en détermine les mouvements: «en tant que personne, je ne possède en même temps *ma vie et mon corps*, tout comme d'autres Choses, que *dans la mesure où c'est ma volonté*<sup>13</sup>». À l'opposé, les actions de l'esclave ne sont pas le fruit de sa propre volonté, mais de celle de son maître. Ce dernier devient alors le véritable propriétaire du corps et de la vie de son esclave. On voit ici comment le concept de propriété, dans sa dimension la plus générale, constitue pour Hegel un moment fondamental dans l'affirmation de la liberté. La liberté de l'homme est indissociable du concept de propriété. Il faut être propriétaire, minimalement de son propre corps, pour pouvoir être libre. Dans le cadre d'une transition historique d'une société féodale stratifiée à une société bourgeoise, ou encore à la lumière des sociétés esclavagistes de l'Antiquité, le droit à la propriété pour tout un chacun peut ainsi revêtir un caractère réellement progressiste dans la mesure où, comme l'écrit Hegel: «être son propre maître et son propre serviteur, cela semble, il est vrai, avantageux par rapport à la condition où l'homme est le serviteur d'un étranger<sup>14</sup>». L'abolition du servage par exemple permettait ainsi de libérer le serf de son attachement à un lot et à un maître-seigneur et ainsi à lui permettre de disposer, selon sa volonté, de ses mouvements et de ses possessions<sup>15</sup>.

Toutefois, notre capacité à déterminer la finalité d'une chose en fonction de notre volonté ne constitue pas à elle seule le concept plein et entier de propriété. Cette étape n'est encore que ce que Hegel appelle la possession: «Le fait que j'ai quelque chose en mon pouvoir, lui-même externe, constitue la *possession*<sup>16</sup>». La possession n'est propriété *qu'en puissance*, elle ne le devient *de fait* qu'à partir du moment où je puis objectiver ma relation de possession à la chose spécifique. En effet, la capacité d'appropriation qu'a l'homme sur toute chose est une capacité universelle, propre à l'ensemble des hommes en tant qu'êtres doués de volonté. C'est donc dire que, primitivement, chaque homme pris individuellement possède virtuellement toute chose. Cependant, cette possession ne devient effective qu'à partir du moment où elle prend la forme de la propriété privée qui dissout la propriété communautaire, forme abstraite de propriété, pour placer dans une chose spécifique la volonté d'un moi défini visant une fin

déterminée<sup>17</sup>. En posant ma volonté particulière dans un objet précis, je l'intègre comme partie spécifique de ma liberté et la soustrais, par le fait même, de ce qui peut être virtuellement possédé par tous. Cette chose ne fait plus partie du « *droit d'appropriation* absolu qu'a l'homme sur toutes Choses<sup>18</sup> », mais m'appartient en propre. Comme le rappelle Fleischmann : « Par cet acte exprès de ma volonté, la chose sort de son état d'indifférence à l'égard de son possesseur, elle ne sera plus l'objet possible de n'importe quelle personne humaine, elle devient désormais *propriété privée* d'un seul<sup>19</sup> ».

On voit ainsi que la propriété trouve son plein achèvement dans sa forme juridique. La propriété, pour dépasser le stade de la simple possession, doit devenir objective, c'est-à-dire reconnue par autrui. En effet, cette objectivité ne se réalise pleinement qu'à partir du contrat, qui lui-même n'est possible que par la capacité d'aliénation (*Entäußerung*) de l'homme<sup>20</sup>. L'aliénation constitue ainsi la détermination infinie ou sursumée de la propriété. La première détermination, positive, est l'appropriation, ou prise de possession abordée par Hegel aux § 54-58 de la *Philosophie du Droit*; la seconde, négative, est l'usage qui nie la chose, soit par le biais de sa consommation, soit par sa transformation (§ 59-64). Je puis ainsi prendre possession d'une certaine quantité de bois dans la forêt puis en user pour me fabriquer une table (transformation) ou pour me chauffer (consommation). Toutefois si je n'ai que faire de tout ce bois ou si encore, après l'avoir transformé, je réalise que je n'ai nul besoin d'une nouvelle table, je puis encore m'aliéner mon bien, prendre une distance avec celui-ci. L'aliénation constitue ainsi simultanément un détachement du sujet par rapport à la chose et un maintien du rapport de dépendance de celle-ci à celui-là<sup>21</sup>. Si j'ai construit une table avec le bois dont j'ai pris possession, la trace de mon action et de ma volonté sera à jamais imprimée dans la chose tant qu'elle existera. La table sera ainsi, de par sa forme, de par son existence *comme table*, dans un rapport de dépendance vis-à-vis de ma volonté. Cette dépendance est cependant unilatérale. Je puis aussi avoir réellement besoin d'une nouvelle table, ce qui justifierait mon travail et impliquerait de mon côté également une certaine dépendance à la chose, mais cette possibilité est strictement contingente et non nécessaire. Je puis tout

aussi bien produire une table sans en avoir besoin personnellement et ainsi poser l'indépendance de ma volonté par rapport à mon produit. L'inverse n'est toutefois pas possible : pour Hegel, l'objet dont on use ne trouve son sens que par notre volonté, il en dépend de manière nécessaire.

Par l'aliénation donc, je suis capable de me détacher de la chose en mon pouvoir tout en maintenant son rapport de dépendance à ma personne. La chose devient alors une possession « libre », mais néanmoins attachée à moi. C'est ici qu'opère la double négation dialectique qui, chez Hegel, n'est pas un simple retour à l'état d'origine. Originellement, la chose est indifférente à celui qui la possède : ce peut être n'importe qui. Par l'appropriation je l'attache à ma personne particulière. Par l'usage, je transforme la chose en lui conférant une finalité qu'elle n'avait pas d'elle-même. Toutefois, en me l'aliénant, je soustrais ma volonté d'user de la chose jusqu'à sa dissolution (comme c'est le cas lors de la consommation), mais je maintiens sa dépendance à ma personne. Cette capacité d'aliénation, qui n'est possible que « parce que les choses sont, *par leur nature même*, extérieures à l'homme<sup>22</sup> », permet ainsi les échanges contractuels entre propriétaires. En effet, le contrat me permet d'échanger un de mes biens dont je n'ai nul besoin contre un bien dont j'ai la volonté de faire usage.

C'est ainsi que la propriété trouve son fondement véritable dans le contrat. Le contrat constitue la reconnaissance juridique, par autrui, de la légitimité de ma propriété :

La possession – dont les modalités sont aussi bien l'occupation que le « façonnage » (ce qu'avait bien précisé Locke) – ne se constitue en propriété que si cette dernière s'institue en *contrat*. Il n'y a de propriété que reconnue. Le contrat est la vérité (l'essence) de la liberté prise en soi. À ce niveau, donc, la liberté ne se réalise que si l'*avoir* en quoi elle *a* son effectivité trouve une légitimation dans un *droit* : le *droit privé*<sup>23</sup>.

Nous avons déjà vu que virtuellement l'homme peut prétendre à l'appropriation de toute chose. Toutefois, la volonté individuelle

est directement dépendante de la reconnaissance par autrui de cette volonté : « elle ne peut pas être la volonté d'un individu si elle n'est pas reconnue en tant que telle par les autres volontés<sup>24</sup> ». Ainsi, l'individu ne pouvant, comme volonté, prétendre à l'exercice absolu de son droit d'appropriation, il cherche par conséquent davantage à faire reconnaître sa propriété privée par les autres qu'à faire appliquer son droit d'appropriation sur les choses d'autrui : « nul ne peut vouloir "tout ce qu'il veut", chacun ne veut que sa part "légale", que lui reconnaissent les autres volontés<sup>25</sup> ». Le contrat constitue le médium de cette reconnaissance, sa médiation juridique, et, à ce titre, constitue le fondement de la propriété qui, autrement, ne serait que possession. Or, si tout n'était que possession, chacun pourrait alors prétendre, en usant de la force, s'approprier ce qui est en possédé par autrui, faisant ainsi éclater le corps social. Le contrat constitue ainsi le substitut juridique permettant de régulariser les échanges autrement que par le seul recours à la force. Toutefois, si le contrat fonde la propriété en permettant de légitimer la possession individuelle, il n'est lui-même possible que par la propriété, puisqu'il demande que les contractants soient eux-mêmes propriétaires : « Le contrat présuppose que ceux qui le passent se *reconnaissent* comme personnes et comme propriétaires<sup>26</sup> ». Ainsi, sans contrat, aucune propriété n'est possible. Ne demeurent que le règne de la force et la possession, mais la possibilité même du contrat demande que l'homme puisse être conçu, fondamentalement, comme propriétaire. La liberté d'un individu qui s'incarne comme la capacité d'imposer sa volonté aux choses est reconnue par le contrat en tant que cet individu est propriétaire.

À l'instar des libéraux donc, Hegel considère la propriété comme la première forme de la liberté humaine. Néanmoins, ce point commun ne fait pas pour autant de Hegel un penseur libéral. Au contraire, Hegel est reconnu comme l'un des critiques les plus affirmés de la tradition libérale. Ce point de vue est d'ailleurs partagé tant par les tenants que les détracteurs de cette tradition. En fait, si l'on en croit Yves Charles Zarka, la visée essentielle de la philosophie du droit de Hegel est de surmonter la crise du droit naturel moderne incapable



de saisir les contradictions d'une société s'appuyant uniquement sur les notions de contrat et de propriété<sup>27</sup>.

*Les limites d'une théorie libérale de la propriété et son dépassement hégélien*

L'enjeu n'est pas de savoir si Hegel est ou non un penseur libéral, mais de comprendre comment il s'en distingue et surtout quels sont les présupposés qu'il partage, sciemment ou non avec cette tradition libérale. De fait, bien que le point de départ de la pensée politique de Hegel soit sensiblement le même que celui de la théorie libérale, la logique dialectique propre au système hégélien aboutit à un résultat radicalement différent de celui de la théorie libérale, plus précisément quant aux finalités de la société politique. À ce titre, que Hegel déduise le concept de propriété à partir de la nature même de la volonté plutôt que de se rapporter à un droit naturel acquis par le travail tel qu'on le trouve chez Locke, demeure une différence secondaire. L'essentiel de la différence entre Hegel et le libéralisme, comme nous l'avons dit, se trouve au cœur de la logique qu'il met à l'œuvre dans sa philosophie du droit. En effet, alors que le concept de propriété demeure sensiblement tel quel dans la pensée libérale, chez Hegel, la propriété est en tant que forme immédiate de la liberté la détermination la plus abstraite et la plus pauvre de l'homme en société. Si le concept de propriété est maintenu, il demande cependant à être complété, la liberté qui s'incarne au départ dans la propriété n'y trouvant pas son plein achèvement, qui n'a lieu qu'au moment où le particulier (le citoyen propriétaire) et l'universel (la société civile) sont réconciliés<sup>28</sup>. L'État pour Hegel, constitue le sommet de cette réconciliation entre l'intérêt du particulier et l'intérêt de la communauté (l'universel). En ce sens, il constitue la forme absolue de la liberté : « En tant qu'effectivité de la *volonté* substantielle, effectivité que celle-ci possède dans la *conscience de soi* particulière élevée à son universalité, l'État est le *rationnel* en soi et pour soi. Cette unité substantielle est une fin par soi immobile, absolue, en laquelle la liberté parvient à son droit suprême<sup>29</sup> ». Ainsi, la distinction entre Hegel et le libéralisme est très nette. Alors que le libéralisme maintient la propriété et les rapports contractuels

entre propriétaires comme le fondement absolu d'une société civile véritablement libre, Hegel montre que, si effectivement, la propriété constitue le moment originaire (pour ne pas dire primitif) de la liberté, le fondement de cette liberté n'est pas dans la propriété elle-même, mais dans l'État. Autrement dit, il n'y a pas autonomie du concept de propriété : « L'accomplissement et la vérité du droit naturel se trouvent donc dans l'État ; ce sont finalement les droits du citoyen qui donnent sens aux droits de l'homme. Le droit naturel ne saurait donc être une norme absolue, transcendante à l'État et transhistorique<sup>30</sup> ». Mais quelles sont donc ces limites internes qui rendent illusoire la prétention libérale d'une société civile fondée sur le droit naturel et qui obligent à passer par la morale et l'éthicité (*Sittlichkeit*) pour fonder la société humaine, rationnelle et libre dans l'institution de l'État ?

En montrant que la possession sans une reconnaissance du droit de propriété par le biais d'une entente contractuelle est l'absence du droit et le règne de la force, nous avons déjà vu les limites de la propriété abstraite. Le contrat pose les fondements d'une société de propriétaires fondée sur le droit. Il s'agit toutefois d'un droit abstrait : « Dans le droit, le droit *en soi* est en tant que *posé*, son universalité interne est en tant qu'élément-commun de l'arbitre et de la volonté particulière<sup>31</sup> ». Comme le rappelle Châtelet : « Le contrat ne protège point effectivement de l'injustice : il se contente de la définir<sup>32</sup> ». Le droit abstrait définit ce qui relève de la justice, mais demeure incapable d'en assurer le respect autrement que par la force. C'est l'aporie de l'injustice dans une société fondée sur le rapport contractuel des personnes. Comme Hobbes l'expose bien dans son *Léviathan*, celui qui se dérobe au contrat en commettant une injustice et qui, de surcroît, dénie au droit abstrait la légitimité de la punition entre littéralement en guerre avec sa société : les rapports entre le criminel et l'État sont alors définis par la force, la vengeance, l'arbitraire. Autrement dit, celui qui refuse d'être puni en vertu de la loi pour un crime, celui-là devient ennemi public et se situe dès lors en état de guerre avec la société<sup>33</sup>. Or, cet état de guerre où seule prévaut la force sonne, pour ainsi dire, le glas du droit abstrait. Le contrat, qui devait permettre de déterminer la

juste limite de l'arbitraire au niveau des échanges, du partage des richesses et surtout du respect de la propriété d'autrui (y compris du corps comme propriété) retombe, face au déni du droit, dans le règne de la force et de l'arbitraire : « La vérité du droit privé, c'est la *loi du talion* ; à en rester à cet ordre, on s'expose à concevoir la relation sociale comme succession indéfinie de "revanches et de vengeance"<sup>34</sup> ». Pour Hegel, cette chute est bien évidemment un pas en arrière dans la quête de la liberté concrète qui constitue la fin du politique. Cependant ce pas en arrière est positif dans la mesure où il permet de noter les limites du droit abstrait et la nécessité de passer par la morale pour résoudre l'aporie du déni du droit.

Le contrat posait l'individu comme personne dont la propriété est reconnue par autrui. Par le déni du droit, la propriété et le droit contractuel qui le sous-tend ne sont plus reconnus. L'injustice consiste donc, pour Hegel, à ne plus reconnaître le statut de personne à l'individu lésé. Or, comme l'affirme Weil : « le criminel, en niant la personne de l'autre, a nié la personne tout court et, partant la sienne propre ; étant raisonnable dans son essence, il a voulu [...] que le droit soit rétabli par la contre-contrainte<sup>35</sup> ». La reconnaissance par tous (y compris par le criminel) du droit légitime de punition dans le cadre d'une société libre permet de passer à « une *justice* qui [n'est] pas *vengeresse*, mais *punitive*<sup>36</sup> ». Cette justice punitive, comme l'appelle Hegel, permet de ne pas tomber dans l'état de guerre permanent entre le criminel et le droit abstrait. Comment ? Par le biais d'une réflexion morale reconnaissant le bien-fondé d'un droit de punir. C'est d'ailleurs par le biais d'une telle réflexion que le statut de l'individu passe de celui de *personne* à celui de *sujet*, sujet moral<sup>37</sup>. Comme le rappelle Châtelet : « À l'extériorisation dans la propriété, dans l'*avoir*, s'oppose logiquement l'intériorisation moraliste. Celle-ci est la négation abstraite de celle-là : c'est désormais en soi-même, comme subjectivité, que le sujet se constituera comme être libre<sup>38</sup> ». Le sujet, en universalisant la portée de son action, arrive à déterminer la légitimité de celle-ci au-delà de l'intérêt direct qu'elle présente pour sa propre personne. Ce genre de réflexion n'appartient pas au domaine du droit abstrait – qui détermine les rapports extérieurs de propriétés et d'échanges –, mais bien plutôt au domaine

de la morale. En effet – ici la référence à l'éthique kantienne est très claire – la réflexion, en universalisant l'action et sa portée, détermine l'absolue nécessité de la loi (par opposition, dans le droit abstrait, à la contingence du respect du droit, uniquement lié à l'intérêt présent) :

Par le libre consentement, la liberté perd son caractère arbitraire et contingent et chacun sera amené à reconnaître sa *nécessité* : il est *nécessaire* que la liberté soit obligatoire pour tous ceux qui se veulent libres. C'est ainsi que naît la notion de *loi universelle*, comme forme d'obligation la plus adéquate à l'essence libre de l'homme (cf. la notion du devoir chez Kant). Le « droit formel » devient « droit réel »<sup>39</sup>.

La morale constitue ainsi le fondement du droit abstrait en portant le sujet à reconnaître la légitimité de la dimension punitive de la justice, mais plus encore, elle est un fondement de la liberté humaine qui s'incarne dès lors non plus dans une domination des choses extérieures, mais dans l'autonomie : « La moralité est la prise de conscience de l'homme du fait que sa liberté, sa “valeur infinie”, ne consiste pas à dominer les choses, mais *lui-même*<sup>40</sup> ». L'explicitation du concept de moralité et de ses limites chez Hegel se situe au-delà de la visée de ce texte. Il faut cependant noter que la morale est à la fois le fondement du droit abstrait relevant d'une justice punitive non simplement vengeresse et sa négation comme fondement de la société civile. Autrement dit, Hegel ne souscrit pas au présupposé du libéralisme qui pose le fondement de la société dans un ensemble de rapports contractuels entre propriétaires calqué sur le modèle des relations marchandes.<sup>41</sup> D'ailleurs, le fondement moral au cœur de la philosophie politique de Hegel la distingue de la tradition libérale non seulement par l'intériorisation de la loi, mais aussi par la reconnaissance de la nécessité d'un système public d'entraide aux plus démunis. En effet, Hegel oppose à la charité contingente et privée préconisée par les penseurs libéraux, la mise en place de services publics servant à combattre la misère sociale<sup>42</sup>.

Comme Hegel le dit bien, une société fondée uniquement sur l'interaction d'agents égoïstes recherchant leur intérêt privé n'aboutit en définitive qu'à une corruption du mouvement historique de

l'humanité vers une liberté toujours plus concrète: «La société civile, dans [s]es oppositions et leur complication, offre le spectacle du dérèglement, de la misère, ainsi que de la corruption physique et éthique commune à l'un et à l'autre<sup>43</sup>». Le modèle libéral d'une société fondée sur l'entente contractuelle entre propriétaires s'appuie en définitive, comme nous l'avons vu avec Hegel, sur la force et l'arbitraire. Le contrat ne peut opposer à la violence du crime qu'une violence tout aussi extérieure tant que la légitimité du droit n'est pas intériorisée par l'intermédiaire d'une réflexion morale sur la valeur universelle de la personne. Tant que l'on exclut la dimension morale des fondements d'une société, on demeure incapable de concevoir la punition du crime comme quelque chose de légitime: on la voit simplement comme l'expression d'une force répressive face à un acte de violence initiale commis par le criminel. Or, la conception libérale de l'homme refuse justement de concevoir l'individu comme une entité morale. Comme le rappelle C. B. Macpherson: «The individual was seen neither as a moral whole, nor as part of a larger social whole, but as an owner of himself<sup>44</sup>». Ainsi, dans la perspective libérale, l'obéissance au droit reste l'objet d'un calcul entre les avantages et les inconvénients de l'obéissance ou du crime. La justice demeure simplement un incitatif externe à la soumission aux règles de droit. Au contraire, comme nous l'avons vu chez Hegel, le fondement du droit se trouve dans la reconnaissance par le sujet de la nécessité morale de la loi. Ainsi, Hegel ne conçoit pas uniquement l'homme comme personne – c'est-à-dire en tant que propriétaire –, mais aussi comme sujet moral. En ce sens, il va sans dire que Hegel est très critique de l'abstraction libérale qui pose l'individu propriétaire et ses rapports contractuels comme seul fondement de la société humaine. Non seulement l'homme est compris, dans la philosophie politique de Hegel, à la fois comme propriétaire et comme personne morale, mais également comme partie d'un tout concret, l'État, incarnation de l'Idée d'un peuple. L'erreur du libéralisme est ainsi de ne pas avoir su explorer les présupposés non questionnés de sa propre position: comment la propriété est-elle possible sans une reconnaissance juridique et comment assurer le respect du droit

abstrait sans une reconnaissance de sa légitimité, reconnaissance qui passe, nous l'avons vu, par le biais de la réflexion morale ?

*La conception hégélienne de la propriété repensée à la lumière de l'individualisme possessif: un biais « ékhô-logique<sup>45</sup> » ?*

Néanmoins, si Hegel se distingue du libéralisme – et cette distinction est primordiale – en refusant de réduire le fondement de la société civile à un ensemble de relations calquées sur les rapports marchands entre propriétaires, il reste à découvrir s'il n'y aurait pas, au sein de sa pensée politique, certains présupposés non thématiques qui le rapprocheraient néanmoins, malgré lui, de la conception libérale de l'homme. Comme le remarque Macpherson dans son ouvrage *The Political Theory of Possessive Individualism*, on assiste, au cours des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles, à une universalisation de la catégorie de l'*avoir* comme rapport au monde. Cette universalisation contribue grandement, selon Macpherson, à la manière dont seront thématiques les concepts de droit, de liberté, de justice et d'obligation : « It cannot be said that the seventeenth-century concepts of freedom, rights, obligation, and justice are all entirely derived from this concept of possession, but it can be shown that they were powerfully shaped by it<sup>46</sup> ». Par ailleurs, cette conception du mode d'appréhension du réel sous le mode de la possession constitue, toujours selon Macpherson, l'un des présupposés fondateurs du libéralisme<sup>47</sup>. Or, c'est précisément ce même présupposé que nous retrouvons également chez Hegel : « En soi, la liberté se constitue sur le mode de l'*avoir*, de la possession<sup>48</sup> ». Le concept de propriété, nous l'avons vu, constitue la première figure de la liberté chez Hegel.

Il faut ainsi voir à quel point, malgré ses critiques à l'endroit du libéralisme, Hegel en partage certaines préconceptions quasi ontologiques. Pour lui également, la volonté humaine s'incarne sous la forme de l'*avoir*. La morale, que l'on pourrait vouloir comprendre comme une manière d'être au monde reste sur le plan de l'*avoir*. L'homme moral doit *se posséder*, *dominer* ses désirs, *se maintenir* dans les limites du droit. Tous ces termes sont des références directes au mode de l'*avoir*.

Ainsi, bien que Hegel reproche au libéralisme de ne pas saisir les véritables fondements logiques de ses présupposés, c'est-à-dire de ne pas voir que le fondement de la propriété et du droit abstrait est en définitive l'État, il semble lui-même ignorer les travers insoupçonnés de sa conception de la propriété, de la volonté et des modes d'interaction de l'homme avec son monde.

En effet, en nous appuyant sur le texte de Macpherson, nous voyons que Hegel lui-même ne saisit peut-être pas totalement les fondements – cette fois non pas logiques, mais historiques – de sa démarche. Ce faisant, Hegel adopte, peut-être à son insu, une certaine vision du monde inspirée de la théorie libérale développée au cours du XVII<sup>e</sup> siècle.

Évidemment, lorsqu'il développe sa philosophie du droit, Hegel a conscience de répondre aux problèmes de la théorie libérale qu'il *sursume* (*hebt auf*) en posant le fondement de la propriété non plus en elle-même, mais dans une société civile dont le stade suprême s'incarne dans la figure de l'État. Ainsi, Hegel dépasse la propriété prise pour elle-même comme fondement, mais la conserve comme stade premier de la liberté<sup>49</sup>. Cette compréhension de la philosophie du droit de Hegel comme, tout à la fois, un dépassement du libéralisme et une reprise de certains de ses présupposés et points de départ est d'ailleurs tout à fait conforme à la manière dont Hegel voyait sa propre philosophie, c'est-à-dire comme l'intégration et le dépassement de l'ensemble des philosophies antérieures, y compris la philosophie politique de Hobbes, Locke et des économistes libéraux, conçus comme autant de *moments* dans le déploiement de la Raison dans l'Histoire<sup>50</sup>. Cependant, c'est une chose de dire que Hegel reconnaissait le libéralisme comme un stade du développement rationnel de la pensée politique dont l'aboutissement était sa propre philosophie du droit; c'en est une autre que de dire qu'il avait pleinement conscience de l'ensemble des présupposés qu'il partageait avec le libéralisme.

### *Conclusion*

Le rapport au monde de l'individualiste possessif, sous le mode de l'avoir semble, autant dans le libéralisme que chez Hegel, n'être

justifié que par la nature même de l'homme. Cette conception anthropologique n'a d'autre fondement que celui de la constitution ontologique de l'humain dont la volonté s'objective selon la catégorie de la possession. Or, l'absence de toute justification externe de ce modèle anthropologique (en le situant par opposition, par exemple, à un rapport au monde de l'homme selon la catégorie de la coexistence telle qu'on peut le retrouver chez un philosophe comme Dom Deschamps par exemple<sup>51</sup>) semble montrer que, pour Hegel, la conception possessive de l'homme va, pour ainsi dire, de soi. Tout autre modèle est d'emblée exclu. C'est pourquoi Hegel hérite de la théorie libérale du XVII<sup>e</sup> siècle peut-être plus qu'il ne le réalise vraiment : une conception qui pour lui va de soi, mais dont nous connaissons les dimensions historiquement et culturellement déterminées de l'homme qui pose son rapport au monde selon la catégorie de l'avoir.

L'enjeu n'est pas de déterminer ici si cette conception est bonne ou mauvaise, vraie ou fausse ; notre but n'est pas de faire ici la promotion d'une perspective normative particulière, mais seulement de voir dans quelle mesure Hegel a pleinement conscience de sa dette envers la conception libérale de l'homme et de la société. Or, l'absence de références historiques suggère que Hegel pose cette conception de l'homme non comme un fait historique, mais comme un fait de nature.

C'est ainsi qu'à partir du concept de propriété chez Hegel, nous sommes en mesure de saisir comment il se distingue radicalement du modèle libéral qui réduit les rapports humains à des relations de type contractuel et marchand, mais également, que ce dépassement du libéralisme n'en est pas pour autant un rejet total et sans appel de ses présupposés les plus fondamentaux. Hegel est pleinement conscient de l'apport du libéralisme à la science politique comme science du devenir de la liberté en posant l'homme comme propriétaire. Il refuse toutefois de voir dans la propriété et le droit abstrait l'aboutissement plein et entier du concept de liberté. Si l'État hégélien rend possible la propriété, ce n'est toutefois là ni sa tâche ni sa fin<sup>52</sup>. La complexité de la position hégélienne par rapport au libéralisme et à la propriété ne permet ainsi pas de qualifier facilement Hegel de penseur libéral ou



de penseur antilibéral. Comme nous avons voulu le montrer, Hegel réfléchit sur l'au-delà du libéralisme tout en le situant, pour ainsi dire, comme un point de départ de sa réflexion sur le droit. Or, au-delà de sa réappropriation critique et consciente de la tradition libérale, Hegel reprend aussi, et ce, de manière inconsciente – comme lorsqu'il s'agit de constituer le rapport initial de l'existence au monde de l'homme de manière *a priori* selon la modalité de l'*avoir* –, certains présupposés problématiques de l'anthropologie libérale. Ce faisant, nous avons voulu montrer que l'examen du rapport entre Hegel et le libéralisme ne peut simplement être situé au niveau formel du commentaire des textes où Hegel discute de la tradition libérale, mais qu'il faut en outre s'intéresser aux présupposés anthropologiques communs aux deux philosophies qui consistent à comprendre le rapport de l'homme au monde comme un rapport d'appropriation. L'enjeu est en effet de savoir si un tel rapport relève effectivement de la nature humaine en tant que telle, comme semblent le penser tant Hegel que les tenants du libéralisme, ou si ce n'est pas plutôt un produit de la culture. Or, dans ce deuxième cas, il faudrait se demander ce qui justifie la conception hégélienne de la propriété au-delà d'un simple biais ékhô-logique.

- 
1. Kostas Papaioannou, «Hegel et Marx: l'éternel débat» dans Karl Marx, *Critique de l'État hégélien*, Paris, UGE, 10/18, 1976, p. 9. Voir aussi notamment, pour n'en nommer que quelques autres: Bernard Lemaigre, «Sur le Bill de réforme anglais – G. W. F. Hegel, journaliste politique en 1830» dans *L'Arc – Hegel*, Paris, Duponchelle, 1990, p. 7; David MacGregor, «Propriété privée et révolution dans *La Philosophie du Droit* de Hegel» dans Solange Mercier-Josa, *Entre Hegel et Marx – Points cruciaux de la philosophie hégélienne du droit*, Paris, L'Harmattan, 1999, p. 265; Herbert Marcuse, *Raison et révolution*, Paris, Éditions de Minuit, 1968.
  2. David MacGregor, *op. cit.*, p. 260.
  3. Cf. G. W. F. Hegel, *Principes de la philosophie du droit*, Paris, PUF, 2003, p. 103 *sq.*, *préface*.
  4. Il suffit de penser à l'exemple paradigmatique de John Locke; Voir John Locke, *Traité du gouvernement civil*, Paris, GF-Flammarion, 1984, ch. 5.

5. «Déclaration des droits de l'homme et du citoyen» dans Christine Fauré, *Les déclarations des droits de l'homme de 1789*, Paris, Payot, 1992, p. 11, art. II.
6. *Ibid.*, p. 13, art. XVII.
7. Les *Levellers* forment un groupe politique hétérogène émergeant autour des années 1645-1646, durant la guerre civile anglaise. La base du mouvement se retrouvait essentiellement chez les classes populaires urbaines et certains régiments de l'armée de Cromwell. Représentatifs d'un certain radicalisme à l'époque, ils faisaient la promotion d'une extension du droit de vote au-delà de la seule noblesse, d'où le nom de «niveleurs».
8. Cf. C. B. Macpherson, *The Political Theory of Possessive Individualism – Hobbes to Locke*, Oxford, Oxford University Press, 2011, p. 143.
9. Éric Weil, *Hegel et l'État*, Paris, Vrin, 1980, p. 32.
10. Cf. G. W. F. Hegel, *Principes de la philosophie du droit*, *op. cit.*, pp. 119-120, § 4.
11. Éric Weil, *Hegel et l'État*, *op. cit.*, p. 37.
12. Cf. G. W. F. Hegel, *Principes de la philosophie du droit*, *op. cit.*, p. 153, § 44: «La personne a le droit de placer sa volonté en toute Chose, laquelle devient par-là la *mienne* [et] reçoit ma volonté pour fin substantielle (étant donné qu'elle n'en a pas de telle en elle-même), pour détermination et pour âme siennes, – *droit d'appropriation* absolu qu'a l'homme sur toutes Choses».
13. *Ibid.*, p. 157, § 47.
14. G. W. F. Hegel, «Différence des systèmes philosophiques de Fichte et de Schelling» dans *Premières publications*, Paris, Vrin, 1952, p. 134.
15. Ironiquement, ce qui pouvait ainsi être lu de manière positive comme une émancipation face aux formes traditionnelles de la domination – le paysan recouvrant sa liberté de mouvement et de contracter avec qui il veut – constitue, aux yeux de Marx, une condition nécessaire de l'exploitation proprement capitaliste: c'est *parce qu'il* est libre que l'ouvrier peut être exploité, cf. Karl Marx. *Grundrisse*, New York, Vintage Books, 1973, p. 245.
16. G. W. F. Hegel, *Principes de la philosophie du droit*, *op. cit.*, p. 154, § 45.
17. Cf. *Ibid.*, p. 155, § 46: «Comme c'est pour moi que, dans la propriété, ma volonté, en tant que personnelle, donc en tant que volonté de l'individu-singulier, devient objective, la propriété reçoit le caractère de *propriété privée*, et la propriété communautaire, qui, selon sa nature, peut être possédée de manière séparée, reçoit la détermination d'une

communauté en soi dissoluble, dans laquelle c'est pour soi affaire d'arbitre que de laisser ma quote-part».

18. *Ibid.*, p. 153.
19. Eugène Fleischmann, *La Philosophie politique de Hegel*, Paris, Gallimard, 1992, p. 81.
20. Traduire *Entäußerung* (littéralement «extériorisation») par le terme «aliénation» peut porter à confusion. Si l'on traduit habituellement par aliénation le mot allemand *Entfremdung*, notion qui eut une postérité énorme de Hegel à Marx en passant par Feuerbach et les différents tenants du marxisme, le terme d'aliénation a ici une connotation tout à fait différente, non pas tant philosophique ou morale que juridique et économique. Hegel reprend en fait le terme d'usage chez les économistes classiques pour parler de l'acte de transmettre une chose à autrui (Voir à titre d'exemple exemple Adam Smith, *La Richesse des nations (tome 1)*, Paris, GF-Flammarion, 1991, pp. 439, 475, 477 ; *Ibid. (tome 2)*, pp. 181, 477 et Jean-Baptiste Say, *Traité d'économie politique*, Paris, Calmann-Lévy, 1972, p. 349). L'aliénation dans ce contexte signifie simplement que «[j]e puis me dessaisir de ma propriété» (G. W. F. Hegel, *Principes de la philosophie du droit, op. cit.*, p. 171, § 65). Autant certaines propriétés me sont *inaliénables* si elles sont des droits ou des qualités *substantielles* à ma personne, autant, à l'inverse, certaines choses me sont *aliénables* dans la mesure où je peux les échanger, les perdre, les prêter ou me les faire voler sans que cela n'altère en rien ma substance.
21. Cette relation est traitée aux § 65-70 des *Principes de la philosophie du droit* de Hegel.
22. Eugène Fleischmann, *La Philosophie politique de Hegel, op. cit.*, p. 90.
23. François Châtelet, *Hegel*, Paris, Éditions du Seuil, 1968, p. 133. Voir également G. W. F. Hegel, *Principes de la philosophie du droit, op. cit.*, § 72.
24. Eugène Fleischmann, *La Philosophie politique de Hegel, op. cit.*, p. 95.
25. *Ibid.*
26. G. W. F. Hegel, *Principes de la philosophie du droit, op. cit.*, p. 178, § 71 *Add.*
27. Cf. Yves Charles Zarka, «Hegel et la crise du droit naturel moderne» dans J.-L. Vieillard-Baron et Y. C. Zarka (dir.), *Hegel et le droit naturel moderne*, Paris, Vrin, 2006, p. 13. Les mêmes préoccupations semblent tout autant être au cœur de la doctrine du droit de Kant, bien que l'approche soit par ailleurs tout à fait différente de celle de Hegel. Si, à l'instar de ce dernier, Kant pose la volonté au centre de l'appropriation lorsqu'il écrit : «Le principe de l'acquisition extérieure est celui-ci : ce que je place sous ma *puissance* (d'après la loi de la *liberté* extérieure) et dont j'ai la faculté de faire usage comme d'un objet de mon arbitre (d'après

le postulat de la raison pratique), ce dont, enfin, je *veux* (conformément à l'idée d'une *volonté* unifiée possible) qu'il soit mien, cela est mien» (Kant, *Métaphysique des mœurs* (tome 2), Paris, GF-Flammarion, 1994, p. 54), et qu'il convient, par ailleurs, avec Hegel que, contrairement à la conception libérale, c'est le *droit public* qui fonde le *droit privé* et non l'inverse et que, par conséquent, «[c]e n'est que dans l'état civil qu'il peut y avoir un mien et un tien extérieurs» (*Ibid.*, p. 49), ceux-ci étant fondés non pas sur l'intérêt bien compris, mais néanmoins égoïste de contractants individuels, mais bien sur l'universalité des «postulat[s] juridique[s] de la raison pratique» (*Ibid.*, p. 44), il n'en reste pas moins qu'en définitive, Kant refuserait la position hégélienne consistant à faire reposer les sources du droit sur l'*État* (cf. *Ibid.*, pp. 381-382 n. 29). Pour Hegel cependant, ce refus condamne la doctrine kantienne du droit à l'abstraction, la raison pratique [ne] correspondant à ses yeux à rien d'autre qu'un universel abstrait qu'il nomme morale. Nous ne pouvons toutefois nous attarder à l'ensemble de ces questions par ailleurs passionnantes.

28. «Dans son effectuation, la fin égoïste, ainsi conditionnée par l'universalité, fonde un système de dépendance multilatérale, de sorte que la subsistance et le bien-être de l'individu-singulier, ainsi que son être-là [existence] juridique, sont entrelacés avec la subsistance, le bien-être et le droit de tous et fondés sur ceux-ci, et qu'ils ne sont effectifs et protégés que dans cette connexion» (G. W. F. Hegel, *Principes de la philosophie du droit*, *op. cit.*, p. 280, § 183).
29. *Ibid.*, p. 333, § 258. Hegel dit plus loin : «L'État est l'effectivité de la liberté concrète ; or la *liberté concrète* consiste en ce que la singularité de la personne et ses intérêts particuliers ont leur *développement* complet et la *reconnaissance de leur droit* pour soi (dans le système de la famille et de la société civile), tout comme, d'une part, ils *passent* d'eux-mêmes à l'intérêt de l'universel, [et] d'autre part, avec [leur] savoir et [leur] vouloir, reconnaissent celui-ci, en l'occurrence comme leur *esprit substantiel*, et sont *actifs* à son service, en tant qu'il est leur *fin ultime* ;] de la sorte, ni l'universel, ni les individus ne vivent simplement pour ce dernier [i.e. pour l'intérêt particulier], en tant que personnes privées, sans vouloir en même temps en et pour l'universel avoir une activité efficiente consciente de cette fin.» (*Ibid.*, p. 344, § 260).
30. Jean-Claude Pinson, *Hegel, le droit et le libéralisme*, Paris, PUF, 1989, p. 88.
31. G. W. F. Hegel, *Principes de la philosophie du droit*, *op. cit.*, p. 190, § 82.
32. François Châtelet, *Hegel*, *op. cit.*, p. 134.

33. Cf. Thomas Hobbes, *Léviathan*, Paris, Gallimard, 2010, p.467. À ce sujet, voir également G. W. F. Hegel, *Principes de la philosophie du droit*, *op. cit.*, § 94.
34. François Châtelet, *Hegel*, *op. cit.*, p. 134. Hegel le résumera ainsi au § 94 de sa philosophie du droit : « Le droit abstrait est un *droit de contrainte*, parce que le déni du droit perpétré à son encontre est une violence contre l'être-là [l'existence] de ma liberté dans une Chose *extérieure* ; la préservation de cet être-là [existence] contre la violence est ainsi elle-même une action extérieure et une violence qui abroge l'autre, la première » (G. W. F. Hegel, *Principes de la philosophie du droit*, *op. cit.*, p. 195-196).
35. Éric Weil, *Hegel et l'État*, *op. cit.*, p. 38.
36. G. W. F. Hegel, *Principes de la philosophie du droit*, *op. cit.*, p. 204, § 103.
37. Cf. *Ibid.* p. 207, § 105.
38. François Châtelet, *Hegel*, *op. cit.*, pp. 134-135.
39. Eugène Fleischmann, *La Philosophie politique de Hegel*, *op. cit.*, p. 117.
40. *Ibid.*, p. 119.
41. Cf. C. B. Macpherson, *The Political Theory of Possessive Individualism – Hobbes to Locke*, *op. cit.*, p. 264.
42. « Ce qu'on de contingent la charité, les fondations, ainsi que les cierges que l'on brûle auprès des images pieuses etc., est complété par des établissements publics en faveur des pauvres, par des hôpitaux, par l'éclairage des rues, etc. Il reste pour soi encore suffisamment à faire à l'activité charitable, et c'est une vue fausse si cette activité entend réserver cette tâche de porter remède à la détresse à la *particularité* du cœur et à la *contingence* de la disposition-d'esprit et des notions qui sont les siennes, et si elle se sent lésée et mortifiée par les injonctions et les règlements universels *obligatoires*. Au contraire, il faut considérer la situation publique comme d'autant plus parfaite qu'il reste moins, pour l'individu pris pour soi, à œuvrer selon son opinion particulière, en comparaison de ce qui est organisé de manière universelle. » (G. W. F. Hegel, *Principes de la philosophie du droit*, *op. cit.*, p. 322, § 242 *Add.*).
43. *Ibid.*, p. 281, § 185.
44. C. B. Macpherson, *The Political Theory of Possessive Individualism – Hobbes to Locke*, *op. cit.*, p. 3.
45. Du grec ancien ἔχῳ (*ékhô*) signifiant «avoir», l'«ékhô-logique» consisterait à appréhender le monde et notre rapport au monde dans sa dimension la plus fondamentale selon le mode de l'avoir. Le sens de cette expression sera clarifié dans la section qui suit.
46. *Ibid.*

47. Cf. *Ibid.*, p. 263
48. François Châtelet, *Hegel, op. cit.*, p. 132.
49. Comme le rappelle Jean-François Kervégan, on doit voir dans la philosophie du droit de Hegel, une «philosophie de propriétaire» (G. W. F. Hegel, *Principes de la philosophie du droit, op. cit.*, p. 155 n. 1).
50. Il nous faut cependant noter que dans le cadre de ses leçons sur l'histoire de la philosophie, Hegel s'intéressera assez peu aux questions du droit, de la politique ou encore de l'économie politique, privilégiant plutôt les enjeux métaphysiques. À cet égard, il écrit de manière significative à propos de Locke: «Ce qu'il a réalisé dans d'autres domaines: éducation, tolérance, droit naturel ou droit politique général ne nous intéresse pas ici, et relève de la culture» (G. W. F. Hegel, *Leçons sur l'histoire de la philosophie (tome 6)*, Paris, Vrin, p. 1551). Il en va de même d'Adam Smith, dont il abordera principalement la philosophie morale, laissant de côté son travail dans le domaine de l'économie politique (cf. *Ibid.*, pp. 1707-1711). Cela ne signifie pas pour autant que le libéralisme économique ou politique n'avait pas d'importance d'un point de vue historique pour le déploiement de la Raison, mais seulement qu'il n'appartenait pas, aux yeux de Hegel, à la sphère de la pensée philosophique, mais bien à la sphère de la culture.
51. Cf. Bronislaw Baczko, *Lumières de l'utopie*, Paris, Payot, 2001, p. 138.
52. Cf. Jean-Claude Pinson, *Hegel, le droit et le libéralisme, op. cit.*, p. 110.







# Amenuisement du temps : l'événement au temps de la crise

MAXIME PLANTE, *Université du Québec à Montréal*

L'histoire nous rappelle que le temps politique n'a pas toujours eu le rythme effréné qu'il a pu prendre depuis quelques décennies déjà. Il fut un temps, nous dit-on, où ce temps était plus long, s'étendait, s'attardait au rythme des chemins de fer et de la presse écrite. À l'inverse, le temps politique que nous connaissons aujourd'hui se reconnaîtrait autant à l'extension presque sans limites de son champ de visibilité et de son exposition médiatique qu'au caractère éphémère de son événement. Ce temps serait d'ailleurs un « temps de crise », « crise de la politique » caractérisée entre autres par le cynisme grandissant, corrélatif des nombreux scandales à agiter la classe politique, de la disjonction entre les aspirations citoyennes et les engagements à court terme de la logique politicienne, du sentiment d'une improvisation générale en face de situations qui dépassent souvent les gouvernants ou, au contraire, celui d'un vaste théâtre où chaque geste est orchestré par d'habiles firmes de relations publiques.

Il est permis de se demander si cet état de crise, qu'il soit réel ou non, ne provient pas de l'amenuisement du temps ; ce n'est pas seulement que nous ayons de moins en moins de temps – cette modification de notre rapport au temps n'étant peut-être pas autre chose que le simple vieillissement –, mais aussi et peut-être surtout que le temps semble s'être accéléré et emballé comme une machine folle. Il ne s'agit pas là, à vrai dire, d'un phénomène nouveau. C'était déjà celui que l'on constatait à l'aube des révolutions technologiques des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles<sup>1</sup>. Il est toutefois intéressant de constater que l'accélération du temps semble représenter l'aboutissement d'un processus qui était au départ destiné à n'affecter que les flux de marchandises (ou de personnes) et la sphère de l'échange. Ainsi, l'accélération du temps est d'abord un rétrécissement de l'espace

par l'expansion des moyens de transport. Pouvant aller plus *vite*, on pouvait désormais aussi aller plus *loin*. Ce que le XIX<sup>e</sup> siècle fit pour les transports, le XX<sup>e</sup> le fit peut-être pour l'information. La radio, la télévision et, ultimement, le développement d'Internet permirent en effet d'appliquer au domaine de l'information ce qui avait été possible de faire pour le transport : non plus réduction de l'espace, mais superposition des espaces-temps en un seul espace-temps global ou mondialisé dont le principe directeur semble être l'instantanéité ou la simultanéité de la production d'un événement et de la réception de celui-ci, comme si la médiatisation de plus en plus efficace du monde tendait paradoxalement à se renverser en une immédiateté absolue par laquelle les événements semblent invariablement pouvoir être vécus au *présent*. Ce mouvement dessine les contours de ce que l'on a pu appeler une « crise du futur<sup>2</sup> », comme l'épuisement des possibilités créatrices qu'il recèle, son repli et son absorption dans le présent.

Nous ne désirons pas ici entrer dans la discussion d'un tel présentisme ; le thème a déjà été largement balisé<sup>3</sup>. On peut toutefois noter que les analyses heideggériennes de la technique indiquaient déjà la forme générale de l'épuisement de l'avenir dont il est ici question, la technique visant précisément à ne rien « laisser au hasard », ce que Heidegger nommait l'arraisonement (*Gestell*) comme mise en demeure et interpellation du réel à se dévoiler<sup>4</sup>. Quoiqu'il en soit, nous aimerions dans cet article indiquer quelques pistes de réflexion quant aux implications de cet épuisement de l'avenir – qui est aussi épuisement de l'à-venir – sur notre rapport à ce qui s'annonce sous le terme d'« événement », comme possibilité de la nouveauté et de l'invention politique (Lévinas).

### *Le temps de l'interprétation*

L'avènement des nouveaux médiums (radio, télévision, internet) offrait à la politique la possibilité d'une diffusion infinie de son message. Tout comme la révolution des moyens de transport ouvrait l'espace pour de nouveaux marchés, la révolution de l'information permettait à la politique de rejoindre plus vite et à moindre coût (gain monétaire, gain temporel, gain d'efficience, etc.) un auditoire

maximal ; de le faire simultanément (réduction de l'espace) et de manière instantanée (réduction du temps). Nul besoin de sillonner le Canada en son entier pour espérer fédérer une majorité des voix ; aujourd'hui, le lieu de l'allocution apparaît de plus en plus délocalisé : le public d'une allocution tenue à Calgary peut aussi bien compter des auditeurs à Moncton, par exemple. Bref, la révolution technologique est un prélude à la révolution stratégique – elles s'appellent mutuellement. Aussi le discours politique s'est-il adapté dans sa forme jusqu'à se faire flux pour entrer dans le circuit médiatique et ainsi y circuler sans limites.

Mais cette mutation comporte d'obscurcs exigences qui ne sont pas sans imposer leurs effets pervers. Nous l'avons dit, le champ politique bénéficie aujourd'hui d'une visibilité inédite et croissante. Cette exposition médiatique apparaît comme une chance donnée à la politique de *faire événement*, et ainsi d'alimenter à son tour une quantité phénoménale d'événements médiatiques qui en dérivent : journaux télévisés (souvent en continu), analyses, chroniques, commentaires, bref tout ce que l'on pourrait rassembler sous la bannière volontairement large de l'interprétation. Il faut bien, dit-on, nourrir la bête, sous peine d'être évacué du discours médiatique et, ainsi, être voué à l'inexistence politique.

Il n'est pas nouveau que les événements politiques suscitent leur lot de réactions, de commentaires et d'analyses. Ceux-ci, néanmoins, ont longtemps été postérieurs à l'événement et intervenaient sur lui après-coup. Or, depuis au moins les attentats du World Trade Center<sup>5</sup>, il semble que l'interprétation apparaisse de plus en plus comme un commentaire redoublant<sup>6</sup> l'événement lui-même. Comme si la visibilité immédiate de l'événement – visibilité fournie par les médias – imposait en retour le lourd tribut de devoir l'accompagner de sa légende au bas de l'image, et donc de le doubler de sa mise en récit en simultané. Les médias auraient en quelque sorte la *passion* de l'événement, mais cette passion est aussi une sommation à interpréter, à donner la règle de l'événement. Tout se passe alors comme si les moyens technologiques permettaient maintenant d'avoir prise sur toujours plus d'événements, mais que cette sur-disponibilité forçait aussi une accélération du temps de l'interprétation, de l'analyse

et de la réflexion. Cette simultanéité de l'interprétation et cet empressement à déchiffrer auront donné maintes « perles » – on peut penser par exemple à l'annonce prématurée et finalement erronée de la défaite de Jean Charest dans son comté de Sherbrooke aux élections provinciales de 2007 – qu'il ne s'agit pas ici simplement de convoquer afin d'en démonter le ridicule. Mais qu'on aboutisse à un tel ridicule ne nous révèle-t-il pas quelque chose des implications de l'accélération temporelle, tant sur la portée des événements que sur la synchronisation de l'événement et de son interprétation? À force de saturer l'espace interprétatif, ne risque-t-on pas de masquer le phénomène même qui se présente à nous? Ne peut-on pas aussi y voir le signe d'un malaise face à une altérité qui nous dépasse et nous remet en question?

Nous aimerions suggérer dans cet article que l'empressement à interpréter ne serait peut-être pas avant tout issu d'une volonté *offensive* et *politique* de récupérer un événement à son compte, mais une manière de se *défendre* et se *protéger* contre l'extériorité et l'étrangeté de ce qui arrive en le réduisant à des schèmes connus, c'est-à-dire rassurants. Nous montrerons ensuite que se trahit derrière ce flot de paroles interprétatives un silence angoissé et interloqué qui en révèle la fonction à la fois *protectrice* (de soi) et *réductrice* (de l'événement, de l'altérité). Nous terminerons en tentant de mettre en lumière l'exigence éthique d'une politique de l'interprétation au temps de la crise de l'avenir.

### *Entre événementiel et événemential*

Abordons cette faillite de l'interprétation par le détour d'un événement empirique bien connu du contexte politique québécois : la grève étudiante du printemps 2012. Le 25 mai 2012, le TVA Nouvelles de 22 heures couvre les manifestations de casseroles qui se produisent depuis peu à Montréal. Appelé à commenter cet événement, Jean Lapierre, ancien homme politique et maintenant analyste politique à TVA, dira à au moins trois reprises quelque chose qui nous intéresse, à savoir que ce qui se passe « est impossible à décoder<sup>7</sup> ».

Ne sommes-nous pas reconduits à un tel désarroi, fut-il anecdotique ici, comme à l'épicentre de l'événement ? Pourquoi ce désarroi ? N'est-ce pas parce que l'interprétation est impossible (il n'y a rien à interpréter, il n'y a pas de message prédéterminé), et pourtant inévitable (on ne peut qu'interpréter, on ne peut pas ne pas faire du sens) ? Cette ambivalence est au cœur même de notre expérience langagière. Deux questions organisent notre réflexion : pourquoi l'événement est-il ce qui révèle cette ambivalence avec le plus d'éclat ? Pourquoi l'interprétation est-elle néanmoins inévitable ?

La première question nous oriente vers une réflexion sur la notion d'événement. Si cette notion est tant problématique, c'est avant tout parce qu'elle comprend en son sein une ambiguïté qui l'opacifie. On confond ainsi à tort l'événement avec sa manifestation « matérielle » ou sa réalisation « accidentelle ». Il y a donc en quelque sorte confusion entre l'événementiel de l'événement, c'est-à-dire son caractère occasionnel ou circonstanciel, et l'événementialité de l'événement, c'est-à-dire son degré zéro, une simple venue. « L'événement, nous disent Alban Bensa et Eric Fassin, ce n'est pas qu'il se passe *quelque chose* [...], mais plutôt que quelque chose *se passe*<sup>8</sup>. » Cela marque bien que l'événement dans sa « pureté » ne peut ni ne doit être réduit à sa manifestation ou à sa médiatisation. Or, la médiatisation ne se résume pas à la simple mise en scène médiatique. Toute notre expérience du monde est marquée de part en part par une structure médiatrice. Ce qui médiatise, bien avant les médias de masse, ce sont nos grilles de lecture, notre socialisation, c'est-à-dire l'ensemble des dispositions mentales qui guident notre pratique interprétative (et celle-ci est incessante). Notons d'ailleurs qu'une telle conception ne peut pas être assimilée simplement à un subjectivisme moderne où primerait la notion de vision du monde (*Weltanschauung*). La même idée trouve en effet un écho similaire chez Heidegger – qu'on ne peut résolument pas accuser de subjectivisme – pour qui l'existence humaine possède une structure herméneutique irréductible, le souci – par laquelle toute compréhension de l'être (et il doit bien y en avoir pour qu'il y ait existence et relation aux choses) est rapport déterminé à l'étant (l'étant *comme* étant, *comme* outil, *comme* nourriture, etc.) : « Pour peu qu'il existe, le Dasein comprend l'être et se rapporte à

l'étant<sup>9</sup>». La teneur du rapport à l'étant dépend donc de l'horizon de notre compréhension de l'être. Nous verrons plus loin en quoi cet horizon est peut-être de part en part temporel et précisément déterminé à partir du présent.

L'événementialité de l'événement, de son côté, est plutôt la confrontation avec l'inconnu comme affolement de nos grilles de lecture et pure irruption. D'une certaine façon, on peut dire que le mode de l'événement est le problématique, ce que fait Pierre Nora<sup>10</sup> par exemple, mais il faut à notre avis l'entendre dans un sens légèrement différent. L'événement n'est pas problématique en ce sens qu'il suscite des questions. Jacques Derrida montre d'ailleurs que la problématisation est déjà une mise en forme de l'expérience, et que toute question comprend toujours implicitement sa réponse : la question, nous dit-il, est «une première mesure *apotropaïque* pour se protéger contre la question la plus nue, à la fois la plus inflexible et la plus démunie, la question de l'autre quand elle *me met en question* au moment de s'adresser à moi<sup>11</sup> ».

L'événement serait ainsi problématique non en ce qu'il ferait émerger des questions (celles-ci sont toujours situées ou pragmatiques), mais plutôt en ce qu'il provoque une remise en question de celui qui en est le témoin. En cela la problémativité de l'événement témoigne d'une rupture d'intelligibilité, et non d'un début de réconciliation avec l'expérience. Gad Soussana exprime d'une belle manière cette idée en disant que «le temps de l'événement n'est pas le temps de l'histoire. [...] C'est un temps sans chronologie – ni lieu – qui n'en finit pas d'arriver tout autrement, un temps qui défie le temps au point de le rendre possible<sup>12</sup>». L'événement ne se déploie pas dans un temps linéaire qui serait horizontal. Il est plutôt la «surprise absolue», ce qui, arrivant «verticalement me tombe dessus, sans que je puisse le voir venir<sup>13</sup>». Alors que le possible vient à nous par le point à l'horizon, l'impossible de l'événement, condition de toute nouveauté, nous frappe avant toute possibilité de pré-diction.

Cette séparation entre l'événementiel et l'événemential n'est pas sans rappeler la distinction heideggerienne entre les sens verbal et nominal du verbe «être», l'être pouvant désigner à la fois l'essence de quelque chose et sa quiddité, donc *ce qu'est* cette chose «en

son être», mais aussi l'événement ou le *fait* d'être : «la merveille des merveilles : *Que l'étant est*<sup>14</sup>». Quel lien entre la temporalité et l'amphibologie de l'être et de l'événement ? En fait, la temporalité est précisément ce qui fait oublier ce caractère amphibologique de l'événement ; notre façon d'exister le temps signifie une réduction de la dimension *irruptive* de l'événement – qui ne peut être vécue sur le mode du présent – au profit de sa dimension *significative*. Cette façon d'exister le temps, on pourrait l'assimiler à la notion heideggérienne d'être-au-monde, caractérisée fondamentalement par l'échéance, qui signifie la propension du *Dasein* à s'en tenir à ce qui lui est accessible et urgent, à se limiter aux objets de sa préoccupation immédiate. L'objet constant de la préoccupation du *Dasein*, c'est en effet l'étant (l'événementiel) et rien d'autre.

Absorbé dans l'horizon de son monde quotidien, le *Dasein* en son caractère échéant ne se préoccupe que de ses possibilités immédiates. Au sein de cette préoccupation se décide à chaque fois le *pour-quoi* et l'*en-vue-de-quoi* de son rapport avec le monde. En ce sens, l'homme est dans un commerce constant avec le monde et s'en soucie, c'est-à-dire qu'il l'envisage d'emblée *pour...* cela, *comme...* ceci et *en-vue-de...* tel usage déterminé. Mais en demeurant absorbé dans son commerce avec l'étant immédiatement accessible, le *Dasein* est obnubilé, c'est-à-dire qu'il demeure inattentif à ce qui, pour peu visible qu'il soit, n'en fonde pas moins la possibilité de son rapport soucieux avec l'étant. Ce qui se trouve ainsi obnubilé ou dissimulé est le dévoilement de l'étant lui-même<sup>15</sup>, c'est-à-dire l'événementialité inhérente et fondatrice de la dimension événementielle de l'événement.

Comme nous l'avons laissé entendre, l'échéance est indissociable selon Heidegger d'un mode temporel déterminé et d'une manière d'exister le temps. Cette temporalité spécifique est le présent. Il faut bien voir le caractère ontologique et non factuel de ce rapport au présent. Le *Dasein* ne choisit pas de vivre au présent ; plutôt, il est «au monde» et il est ce qu'il est (*Da-sein*) parce que le présent représente sa seule manière d'être «là», ce que Derrida formule admirablement en disant qu'«[i]l n'est pas d'expérience qui puisse être vécue autrement qu'au présent. Cette impossibilité absolue de

vivre autrement qu'au présent, cette impossibilité éternelle définit l'impensable comme limite de la raison<sup>16</sup>». En ce sens, le *Dasein* n'a pas véritablement de rapport au temps. À proprement parler, il « est » temps ou temporalise le temps – il « existe » le temps.

Le présent en son sens ontologique peut être caractérisé selon un axe double. D'abord, le présent est attention à l'immédiatement présent, au proche et à l'immédiat – nous l'avons déjà mentionné plus haut et ne nous y étendrons pas. L'exister au présent signifie que nous nous en tenons à ce qui est *visible* de l'événement. D'une certaine façon, cette attention implique un arraisonnement (*Gestell*) de l'événement, arraisonnement par lequel on somme l'événement de nous révéler son visage sans attendre<sup>17</sup>. Le commentaire redoublant auquel nous avons fait référence plus haut, par lequel l'événement se voit synchronisé à sa mise en récit dans son surgissement même, peut être associé à cette dimension de l'échéance. Comme le mentionne si justement Lévinas, « l'invitation au récit est sommation [...] Faire un récit, parler, c'est déjà rédiger un rapport de police<sup>18</sup> ».

Ensuite, cette péremptoire volonté de savoir et d'assigner un sens à l'événement se double d'une dimension de l'échéance que Heidegger nomme l'agitation. Autant le présent signifiait en un premier sens une attention ou une tension vers le visible intelligible de la chose, l'agitation marque le caractère déficient ou dispersé de cette attention, comme si le *Dasein* se lassait trop rapidement de ce qu'il prend en vue et qu'il avait constamment soif de « plus » de présent, de « plus » d'événement. Bref, le *Dasein* échéant s'agite, ne tient littéralement pas en place<sup>19</sup>, sautille d'un événement à l'autre dans une attitude qu'on aurait du mal à ne pas rapprocher de l'attitude consumériste. On pourrait donc dire que la temporalité de l'échéance parvient à caractériser le sens ontologique de l'accélération du temps dont nous avons parlé plus haut, en ce que cette accélération assigne la tâche paradoxale d'interpréter davantage – donc de brider l'événement dans le temps même de son surgissement – et de produire plus de nouveauté : toujours plus d'événementiel et toujours moins d'événemential.



*L'événement en lambeaux : l'inéluctable devenir-logique de l'événement*

Quoi qu'on puisse en penser, le phénomène d'échéance que nous venons d'introduire ne constitue pas la prémisse d'une critique de l'homme contemporain. Aussi faut-il montrer en quoi ce phénomène est, en un sens particulier, transhistorique. Revenons donc à notre seconde question : pourquoi et en quel sens l'interprétation est-elle inexorable ? Nous aimerions suggérer que celle-ci est peut-être le rempart par excellence contre l'extériorité de l'événement qui nous met en question et nous ébranle. C'est que nous ne pouvons saisir l'événementialité qu'à travers l'événementiel de l'événement. L'événementiel est en ce sens la pétrification de l'événementialité<sup>20</sup>. Jessica Olivier Nault exprime bien cette idée lorsqu'elle écrit que « chaque littérature, dans une langue qui est la sienne, "bloque" [l'événement] dans une représentation en lui donnant une compréhension finie en forme d'identité. Ce faisant, elle lisse [l'événement], elle dissimule et voile sa multiplicité. [...] Elle l'absorbe dans le présent<sup>21</sup> ».

L'interprétation procède à la réduction de l'événement par deux moyens inverses, mais solidaires. D'une part par sa raréfaction : les sciences (entre autres sociales) et l'histoire notamment construisent leur scientificité contre l'événement, car « la série dissout la singularité, le contexte absorbe la chronique<sup>22</sup> ». L'événement est bien le matériel des disciplines scientifiques, mais l'usage qu'elles en font est vampirique et ce n'est qu'en drainant l'événement de son originalité qu'elles parviennent à construire des régularités et des récurrences. Michel Foucault va dans le même sens lorsqu'il dit qu'« il faut concevoir le discours comme une violence que nous faisons aux choses, en tout cas comme une pratique que nous leur imposons ; et c'est dans cette pratique que les événements trouvent le principe de leur régularité<sup>23</sup> ». C'est entre autres, nous l'avons mentionné précédemment, par la pratique de la question et de la problématisation que s'organisent et prennent sens les événements.

Ces deux pratiques vénérables (et indispensables à notre milieu universitaire) n'ont pas toujours eu la connotation positive que nous leur connaissons. La langue française des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup>

siècles avait en effet une acception du mot «question» aujourd'hui disparue. Les criminels que l'on voulait voir expier étaient soumis à ce qu'on appelait alors la *question extraordinaire*. Dans son *Dictionnaire universel*, Furetière la définit ainsi : «Question, signifie aussi la torture, la *gêne* qu'on donne aux accusés, aux criminels, pour savoir, pour leur faire confesser la *vérité* de quelque crime qualifié<sup>24</sup>». Étymologiquement, la question se voit donc rapprochée de la violence d'une effraction, mais d'une effraction *en vue de* la vérité. D'un point de vue analogue, questionner l'événement serait en quelque sorte le soumettre à une torture par laquelle on croit obtenir des indications sur sa nature. N'est-il pas pertinent de considérer que dans ce cadre bon nombre de criminels avouent des crimes qu'ils n'ont pas commis ? En ce sens, qu'une information obtenue par la question (lire : sous la torture) ne soit pas une information *fiable* devrait peut-être aussi s'appliquer à la pensée de l'événement.

L'officier ou le bourreau qui administre la question se nomme au XVIII<sup>e</sup> siècle le *questionnaire*. Mais il est aussi celui à qui revient le privilège de peindre les tableaux de ceux qu'on exécute par effigie, c'est-à-dire par contumace<sup>25</sup>. Ne peut-on pas ici encore établir une analogie entre ce privilège donné à celui qui peint une *représentation* du condamné et la nature essentiellement représentative (au sens subjectif que lui donne en allemand la notion de *Vorstellung* par exemple), voire caricaturale de toute tentative de dire ou de décrire l'événement ? Cette opération représentative serait elle aussi inséparable d'une réduction de l'événement. D'autre part, l'interprétation peut aussi procéder à la réduction de l'événement par sa généralisation : c'est entre autres la logique que l'on voit à l'œuvre dans la mise en scène médiatique, par la promotion de quelque banalité quotidienne au rang d'événement médiatique. Pour Bensa et Fassin, «il s'agit bien là, une fois encore de réduire la singularité de l'événement en le démultipliant à l'infini : car si tout est événement, alors rien ne l'est spécifiquement<sup>26</sup>».

La réduction s'opère ainsi soit par la contextualisation de l'événement, c'est-à-dire la dévaluation de sa singularité au profit de son assimilation à une norme et sa banalisation à l'intérieur d'une série qui l'englobe ; soit par la production (souvent médiatique) d'une

singularité à partir de la promotion d'une banalité. Dans les deux cas, l'événementialité s'efface devant l'événementiel. Le second type de réduction nous semble un phénomène contemporain et il n'est pas certain qu'on ait pu – faute de moyens – l'employer avec autant d'efficacité dans les siècles qui nous ont précédés. Il est en tout cas plus immédiatement critiquable que le premier type de réduction. En effet, si la production médiatique nous apparaît comme étant *contemporaine*, la contextualisation est pour sa part *historique* en un sens particulier. Par là nous voudrions marquer qu'elle apparaît comme une opération indissociable de la condition humaine et marque même peut-être l'ouverture de l'historicité.

Quoi qu'il en soit, nous ne faisons pas l'expérience du monde à l'extérieur du langage. Celui-ci est immanent à l'existence et à la pensée humaine : ce n'est qu'à partir de lui que le monde se donne (et réciproquement). Or l'expérience de chacun de nous n'apparaît qu'à partir d'un réseau de contextes différenciés. C'est sans doute ce que veulent dire Bensa et Fassin lorsqu'ils écrivent que « par lui-même, l'événement *est* ; mais l'important est pour nous ce qu'il *dit*. Or il ne signifie pas en dehors des séries qui lui donnent sens – par lesquelles nous lui donnons sens<sup>27</sup>. » Nous ne pouvons rendre compte du monde qu'en le contextualisant, qu'en le réduisant, c'est-à-dire en l'interprétant. Le caractère inévitable de l'interprétation n'est toutefois pas un défaut tragique qui accablerait l'existence humaine. La possibilité d'une compréhension totale en effet marquerait non seulement la « fin » de l'interprétation (et avec elle la fin de l'histoire), mais elle interdirait également « l'avenir [et rendrait] tout *impossible*, et l'événement et la venue de l'autre<sup>28</sup> ». L'avènement d'un tel « Savoir absolu » signifierait une appropriabilité infinie de la nature au sens hégélien. Ainsi, plus que simplement inévitable, le « vague<sup>29</sup> » qui est la source de l'interprétation est également la condition de possibilité de l'événement dans son altérité.

### *Conclusion : Ouvrir l'œil pour mieux voir l'obscurité*

Comment, en ce siècle du numérique, ère du calculable et autre « big data », monde clos de la prévisibilité où la stabilité est le maître mot, retrouver notre innocence enfantine où la surprise, le futur

et l'énigme conservaient encore de leur charme magique? Cette nostalgie a-t-elle encore un sens là où notre cheminement a révélé l'écartèlement auquel nous sommes soumis et qui illustre peut-être quelque chose de notre condition humaine? Cet écartèlement serait celui d'un double impératif, non pas moral, mais ontologique. D'une double nécessité contradictoire et désespérante. D'un côté, celle de reconnaître, comme le dit Alexis Nouss, que «témoigner [de l'événement] équivaudrait, outre à une imposture, à une négation; son énoncé ferait diversion, il effacerait par sa possibilité l'impossible qu'il entend transmettre. *Témoi-nier*<sup>30</sup>». L'interprétation serait vouée à trahir l'événement, nous engageant dans l'exigence d'un mutisme analogue à celui que prescrit la célèbre conclusion du *Tractatus logico-philosophicus* de Wittgenstein: «Là où on ne peut parler on doit se taire<sup>31</sup>». L'interprétation, impossible, mais inévitable, trace ainsi la redoutable structure d'une double contrainte. Comment concilier de telles injonctions paradoxales?

Peut-être Georges Bataille touche-t-il à un point essentiel lorsqu'il affirme que «l'auteur tragique ne s'explique pas, mais il est sans défense contre les explications des autres. *Pour supprimer l'explication il ne suffit pas de ne pas en donner*<sup>32</sup>». L'événement se voit réintroduit de force dans l'ordre politique, représentatif et interprétatif parce qu'il laisse vacant le site de son explication. L'événement trouve ainsi le lieu de sa vulnérabilité. Il nous convoque également à un impératif qui dépasse sans la dépasser la structure de double contrainte qui nous retenait. Cet impératif nous assigne l'exigence d'une parole *politique*, soit, mais d'une parole politique *responsable*, et ici il faudrait convoquer le discours d'Emmanuel Lévinas<sup>33</sup>. Il ne s'agit peut-être pas finalement de dépasser le faillibilisme de l'interprétation – celui-ci est inhérent à la condition humaine – que de lui fixer une double responsabilité. La première, celle de refuser le silence, le silence éthique et mélancolique de celui qui sait qu'à ouvrir la bouche il trahira l'altérité de l'événement. En effet, certains ne répugneront pas à interpréter et l'isolement hors du monde politique de l'interprétation est une caution à leur endroit. Il faut donc s'inscrire dans l'espace politique et prendre la responsabilité de défendre la «violabilité inviolable<sup>34</sup>» de l'événement.

Or, cette première responsabilité, en s'inscrivant dans l'ordre politique et interprétatif, doit aussi être protégée contre elle-même. Il nous revient alors de préserver l'inviolabilité de l'événement. Cette sauvegarde nous engage à ne pas nous l'approprier dans les formes que nous avons décrites plus haut tout en reconnaissant que le respect interprétatif ne peut que tendre vers, sans jamais l'atteindre, le respect infini qui est dû à l'événement. Aussi, faudrait-il peut-être prendre cette proposition de Derrida au pied de la lettre : « La guerre est donc congénitale à la phénoménalité, elle est le surgissement même de la parole et de l'apparaître<sup>35</sup> ». La politique, l'interprétatif et le médiatique ne seraient-ils pas en ce sens quelques-uns des avatars de cette guerre dont il n'est pas certain qu'elle ait attendu notre naissance pour éclater ?

Pour sauver l'événement et préserver la possibilité d'un à-venir qui ne se résorbe pas en un présent grossi par l'attente, peut-être faut-il alors penser, avec Lévinas, une « intentionnalité qui échoue<sup>36</sup> » ; non plus faire la guerre à la guerre, mais *se* faire violence et apprendre à capituler devant l'événement. Peut-être alors de cette vacance naîtra l'impossible condition d'une véritable invention politique<sup>37</sup>. Peut-être ne faut-il pas se hâter de définir une telle notion ; aussi caractérisons-la plutôt par contraste pour montrer l'ampleur du défi qui nous attend : on apprenait récemment que l'exploitation des mégadonnées (« big data ») commence à être utilisée à grande échelle par les différents partis politiques. Ces données permettent entre autres de cibler l'électeur et d'effectuer un profilage de ses intérêts pour ainsi sélectionner ce qu'il veut entendre. Rencontre d'une étrange circularité entre un politicien qui sait ce qu'il doit dire et un électeur qui sait ce qu'il veut entendre ; troublante synchronie où rien n'est laissé au hasard et où tout est fait pour amortir le choc de l'ouverture – de la porte, de la rencontre, de l'événement. Laisser se dessiner de nouvelles ouvertures plutôt que d'enfoncer des portes ouvertes, se soustraire au calcul de la *Realpolitik*, ne serait-ce pas cela, en somme, la condition d'un véritable à-venir politique ?

1. Carmen Leccardi, «Accélération du temps, crise du futur, crise de la politique», *Temporalités*, no.13, 2011, p.3. [En ligne] <http://temporalites.revues.org/1506> (Page consultée le 5 janvier 2016)
2. *Ibid.*, p. 4.
3. Voir à ce sujet François Hartog, *Régimes d'historicité: présentisme et expériences du temps* (Paris, Éditions du Seuil, 2003, 257 pp.) et toutes les études qui s'en sont inspirées.
4. Martin Heidegger, «La question de la technique», dans *Essais et conférences*, trad. A. Préau, Paris, Gallimard, 1958, p. 26.
5. Mais déjà en 1986, CNN avait pu révolutionner le monde médiatique en offrant une couverture en direct de l'accident de la navette spatiale *Challenger*. Il s'agit de la même logique ici à l'œuvre.
6. Au sens que Jacques Derrida donne par exemple à cette expression (voir *Limited Inc*, Paris, Galilée, 1990, p.270 ainsi que *De la grammatologie*, Paris, Minuit, 1967, p. 227).
7. TVA Nouvelles, 2012. *Le TVA Nouvelles de 22h: Archive: Canoe TV*, 25 mai 2012, [En ligne] <http://fr.video.canoe.tv/archive/le-tva-nouvelles-de-22h/1655525589001/page/2> (Page consultée le 13 octobre 2012)
8. Alban Bensa et Eric Fassin, «Les sciences sociales face à l'événement», *Terrain*, no 38, 2002. p.4. [En ligne] <http://terrain.revues.org/1888> (Page consultée le 5 janvier 2016)
9. Martin Heidegger, *Les problèmes fondamentaux de la phénoménologie*, trad. J.-F. Courtine, Paris, Gallimard, 1985, p.382.
10. Pierre Nora, «Le retour de l'événement», dans Jacques Le Goff et Pierre Nora (dir.), *Faire de l'histoire*, vol. I: *Nouveaux problèmes*, Paris, Gallimard, 1974, pp.210-229. Cité dans Alban Bensa et Eric Fassin, *op. cit.*, p.5.
11. Jacques Derrida, *Papier Machine*. Paris, Galilée, 2001, p. 300.
12. Gad Soussana, «De l'événement depuis la nuit», dans *Dire l'événement, est-ce possible?*, Paris, L'Harmattan, 2001, p. 23.
13. Jacques Derrida, «Une certaine possibilité impossible de dire l'événement», dans *Dire l'événement, est-ce possible?*, Paris, L'Harmattan, 2001, p.97.
14. Martin Heidegger, *Questions I et II*, Paris, Gallimard, 1968, p. 78.
15. *Ibid.*, p. 182.
16. Jacques Derrida, *L'écriture et la différence*, Paris, Éditions du Seuil, 1967, p. 194.
17. Pour la notion d'arraisonnement, voir Martin Heidegger, «La question de la technique», dans *Essais et conférences (op. cit., pp.9-48)*.

- Ici s'indique, nous le mentionnons au passage et avec une teinte d'ironie, la possibilité d'une critique heideggérienne (voire même lévinassienne) du règlement municipal P-6 qui régit le port du masque pendant les manifestations.
18. Emmanuel Lévinas, *Sur Maurice Blanchot*, Saint-Clément de Rivière, Fata Morgana, 1975, p. 74.
  19. Jean Greisch, *Ontologie et temporalité. Esquisse d'une interprétation intégrale de Sein und Zeit*, Paris, Presses universitaires de France, 1994, p. 337.
  20. Jessica Olivier Nault, *Prolégomènes en deux temps. Vertige : (D)écrire le concept ou la pensée à l'épreuve de l'«exception»*, Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, 2009, p. 37.
  21. *Ibid.*, p. 33
  22. Alban Bensa et Eric Fassin, *loc. cit.*, p. 2.
  23. Michel Foucault, *L'ordre du discours*. Paris, Gallimard, 1971, p. 55.
  24. Antoine Furetière, Dictionnaire universel contenant généralement tous les mots français, tant vieux que modernes, & les termes de toutes les sciences et des arts. Tome IV. 1690. Entrée «Question». Nous soulignons.
  25. *Id.*, entrée «Questionnaire». La pratique de l'époque était en effet de «pendre par effigie» les condamnés en fuite qui n'avaient pas été présents à leur procès.
  26. Alban Bensa et Eric Fassin, *loc. cit.*, p. 2. La généralisation peut se faire aussi en sens inverse. Un exemple récent suffira à le montrer : la noyade dramatique des réfugiés syriens en Méditerranée a pendant un temps fait événement. Que ces noyades aient aujourd'hui cessé de faire les manchettes ne signifie pas qu'elles aient cessé de se produire, bien au contraire. Elles ont tout simplement perdu leur caractère exceptionnel en raison de leur récurrence. Pourtant, ce qui continue de se produire avec une régularité terrible n'est pas moins de l'ordre de l'événement que ce qui se produisait au départ.
  27. *Ibid.*, p. 12.
  28. Jacques Derrida, *Papier Machine*, *op. cit.*, p. 307.
  29. Au sujet de cette notion peircéenne, voir Christiane Chauviré, *Peirce et la signification. Introduction à la logique du vague*, Paris, Presses universitaires de France, 1995, p. 9-24 et pp. 77-117.
  30. Alexis Nouss, «Parole sans voix», dans *Dire l'événement, est-ce possible?*, *op. cit.*, p. 73.

31. Ludwig Wittgenstein, *Tractatus logico-philosophicus, suivi de Investigations philosophiques*, Paris, Gallimard, 1986, p.107, trad. modifiée.
32. Georges Bataille, *Œuvres Complètes, t.VIII*, Paris, Gallimard, 1970, p.200.
33. Nous l'avons fait ailleurs, notamment dans *Lecture et interprétation : le langage à l'épreuve du sens*, Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, 2012, [En ligne] <http://www.archipel.uqam.ca/4661/> (Page consultée le 5 janvier 2016)
34. Jacques Derrida, *Adieu. À Emmanuel Lévinas*, Paris, Éditions Galilée, 1997, p. 76. L'inviolabilité n'est pas ici le fait d'une surprotection qui rendrait impossible le viol. Au contraire, c'est parce que sa vulnérabilité est complète qu'elle oblige et engage notre responsabilité envers son inviolabilité.
35. Jacques Derrida, L'écriture et la différence, *op. cit.*, p. 190.
36. Emmanuel Lévinas, *De Dieu qui vient à l'idée*, Paris, Vrin, 1986, p. 167. Une telle intentionnalité non-intentionnelle se refuserait à tenter de réduire (thématiser, problématiser, interpréter) l'altérité de l'Autre ou se trouverait paralysée par sa venue.
37. Emmanuel Lévinas, *L'Au-delà du verset*, Paris, Minuit, 1982, p. 227.







# Addiction et procrastination<sup>1</sup>

GABRIEL MONETTE, *Université de Montréal*

## *Introduction*

Peu de gens ignorent tout l'attrait et le regret que la procrastination peut engendrer. Ils n'ignorent pas la tension psychologique que ce genre de choix fait apparaître et le dilemme que cela représente. Remettre au lendemain ce qui devrait être fait aujourd'hui est une conception classique de procrastination et on considère traditionnellement que celle-ci est irrationnelle. À l'inverse, agir en gardant en tête nos plans futurs et résister à la tentation des plaisirs immédiats est ce qu'on imagine généralement comme la réponse rationnelle face à la tentation de procrastination. C'est la position défendue par plusieurs auteurs classiques comme Aristote et de manière contemporaine par des auteurs comme Gary S. Becker et Kevin M. Murphy<sup>2</sup>. C'est à ce niveau qu'apparaît la tension qui oppose des auteurs comme George Ainslie, Joseph Heath et Joel Anderson<sup>3</sup>. La question que nous aborderons s'inscrit dans le débat de la théorie du choix rationnel.

Or, pour George Ainslie, dans son article *Money as MacGuffin*<sup>4</sup>, ce n'est pas le cas, c'est-à-dire qu'il n'est pas irrationnel de ne pas résister à la tentation. Il n'est pas pour lui insensé de renier un engagement à long terme fait à soi-même pour satisfaire une préférence immédiate. Pour Ainslie, ce comportement est rationnel. Il justifie sa position par la théorie du discompte hyperbolique qui affirme que les préférences changent dans le temps de manière à favoriser les récompenses petites et immédiates sur les récompenses plus substantielles dans l'avenir.

Joseph Heath et Joel Anderson, dans leur texte *Procrastination and the Extended Will*<sup>5</sup>, s'approprient cette théorie et en tirent des propositions pour lutter contre les effets néfastes de la procrastination. Ils basent leur interprétation de la procrastination sur la théorie d'Ainslie et la couplent avec la théorie de la volonté étendue (*extended will*) (théorie selon laquelle la volonté dépend entre autres d'éléments

extérieurs à l'individu pour se manifester). Ils déduisent une série de stratégies applicables à la lutte contre la procrastination.

L'ambition de cet essai est de questionner à savoir si les stratégies qu'ils proposent peuvent être utilisées et adaptées à la lutte contre les addictions<sup>6</sup>. En effet, si Heath et Anderson font une bonne utilisation de la théorie d'Ainslie et si ce dernier a raison de croire qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre la procrastination et l'addiction, alors il est raisonnable de croire que des traitements justifiés pour la procrastination seraient transitivement applicables pour l'addiction.

Pour ce faire, le texte se divisera en trois parties. La première présentera le discompte hyperbolique et servira à montrer les raisons pour lesquelles Ainslie considère qu'il s'applique autant à l'addiction qu'à la procrastination. Ensuite, nous verrons comment Heath et Anderson utilisent cette théorie pour montrer, en relation avec la théorie de la volonté étendue, comment il est possible de penser des stratégies de lutte efficace contre la procrastination. Enfin, nous défendrons la thèse selon laquelle les stratégies développées dans *Procrastination and the Extended Will* sont exportables au traitement des cas d'addiction. Ce genre de tentative semble peu présent dans la littérature : on fait souvent appel à des exemples d'addiction lorsque l'on étudie la procrastination et inversement, mais rarement a-t-on tenté de justifier un passage entre les deux « mauvaises habitudes » sur le plan thérapeutique. Évaluer la légitimité d'un tel projet vis-à-vis la littérature sera l'ambition de la dernière partie.

### *Discompte hyperbolique*

Pour bien comprendre les propositions de traitement de Heath et Anderson, commençons en expliquant pourquoi Ainslie préfère penser le choix rationnel en choix hyperbolique plutôt qu'exponentiel. Cette explication nous permettra de voir les caractéristiques et avantages du modèle (capacité explicative, économie conceptuelle). Finalement, le discompte hyperbolique nous donnera les outils pour bien comprendre comment Heath et Anderson s'approprient cette théorie et l'appliquent à la théorie de la volonté étendue.

*Les mauvaises habitudes rationnelles*

Ce que cherche à montrer Ainslie, c'est qu'il n'y a pas de différence claire entre l'addiction et la situation de procrastination : «The challenge to rationality is the same whether someone has an addiction or just a bad habit, as long as the person herself perceives the habit to be both bad and hard to break.»<sup>7</sup>. Pour lui, que ce soit l'addiction ou la procrastination, nous faisons face à une question liée à la rationalité et au contrôle de soi. Pour Ainslie, la procrastination autant que l'addiction représentent des instances de mauvaises habitudes (*bad habits*)<sup>8</sup>. Autant l'addiction<sup>9</sup> que la procrastination se rejoignent par le fait que les agents reconnaissent l'indésirabilité de l'action qu'ils font<sup>10</sup>. Nous nous intéressons à la question de la rationalité ou de l'irrationalité des mauvaises habitudes pour savoir quelle en est la source et comment nous pouvons ensuite proposer des traitements. Si les mauvaises habitudes sont irrationnelles, comme le prétendent les auteurs dits «rationnalistes»<sup>11</sup>, alors pour lutter contre elles, il faut chercher à développer la rationalité de l'agent. Si, au contraire, Ainslie a raison de dire que les mauvaises habitudes sont rationnelles, alors toute la perspective de traitement change. On ne cherchera plus en priorité à développer la rationalité de l'agent, mais plutôt à transformer son environnement pour que celui-ci incite l'agent à agir de manière à ce qu'il respecte ses plans à long terme. C'est ce que nous verrons à l'aide de l'article de Heath et Anderson dans la deuxième partie.

*Théorie du choix rationnel et procrastination*

L'un des avantages du discompte hyperbolique est de montrer que certaines actions considérées comme irrationnelles par les rationalistes sont en réalité rationnelles et que l'on doit adapter notre réflexion sur les traitements en conséquence. Les agents n'ont plus besoin de développer leur rationalité si ce qu'ils font est rationnel. Cependant, et c'est un point important, considérer la procrastination comme rationnelle n'enlève pas son indésirabilité. C'est ce que nous verrons plus tard.

La théorie qu'Ainslie développe pour soutenir sa position est celle qu'il appelle le discompte hyperbolique, c'est-à-dire l'idée selon

laquelle la préférence, guidée par la valeur hédonique d'un choix (l'importance de la préférence dans l'ordre des priorités de l'individu), change selon la proximité dans le temps de la récompense. L'addict ou le procrastinateur voient constamment leur préférence favoriser la récompense à court terme et le calcul d'utilité hédonique renverser la préférence du plan à long terme pour la récompense à court terme. Quand, à court terme, il n'y a pas d'action à entreprendre qui entrerait en conflit avec le plan d'avenir, la préférence de l'objectif à long terme à plus grande récompense a priorité. Cependant, lorsque le choix se présente et que la récompense est à court terme, alors la préférence bascule et le choix rationnel change. L'originalité d'Ainslie et de son modèle du discompte hyperbolique tient donc à sa capacité d'offrir les outils pour pouvoir défendre la rationalité de ce basculement de la préférence à long terme à celle à court terme.

Pour Ainslie, les recherches autant en psychologie qu'en économie semblent confirmer l'idée que les préférences changent dans le temps de manière différente et plus intense. Il y aurait en effet un biais vers les petites récompenses à court terme «SS» (*short sooner*) sur les récompenses plus significatives à recevoir plus tard «LL» (*larger later*)<sup>12</sup>. Il écrit : «This is typically expressed by saying that individuals discount future satisfaction in a way that is highly exaggerated in the near term – hence “hyperbolic” discounting.»<sup>13</sup>. Pour lui, la courbe hyperbolique permet de prendre en compte la priorité qu'ont les individus pour les LL en situation neutre et le dépassement hyperbolique d'un SS suivant le changement du contexte. Si on accepte que, pour l'individu, la valeur hédonique a radicalement changé, il n'y a alors aucune raison de croire qu'il agit à l'encontre de son meilleur jugement au moment où il fait son choix. Néanmoins, le problème de la procrastination reste, car l'agent, après un certain temps, sait qu'il regrettera d'avoir cédé au SS. Le problème réside donc dans le fait que le changement de préférence est temporaire. Si nous voulons être constants dans nos préférences et tenir nos objectifs à long terme, alors il faudra trouver d'autres moyens que l'approche rationaliste pour y arriver. C'est ce que nous verrons dans la suite de cet essai avec l'approche de la volonté étendue de Heath et Anderson (2<sup>e</sup> partie).

Ce que l'on doit retenir du discompte hyperbolique pour notre discussion à venir sur les traitements de l'addiction et de la procrastination est que les choix faits par l'agent procrastinateur ou addict ne sont pas irrationnels. Il faut aussi garder en tête que ce conflit cause de la détresse de multiple forme. Dans le cas de la procrastination, ce sera du regret, mais dans le cas de l'addiction, ce sont toutes les actions indésirables.

### *La procrastination*

Maintenant que nous avons vu pourquoi il était préférable pour Ainslie d'analyser le choix rationnel des addicts et des procrastinateurs à l'aide d'une courbe hyperbolique, il convient de passer à l'utilisation qu'en font Heath et Anderson dans le développement de la théorie de la volonté étendue. En basant explicitement leur théorie sur les idées d'Ainslie, ils présentent un lien clair entre la théorie du discompte hyperbolique, la volonté étendue et finalement les propositions concrètes qu'ils présentent pour lutter contre la procrastination. Nous verrons ensuite qu'il n'est pas insensé d'affirmer que si Ainslie a raison et si Heath et Anderson font une utilisation raisonnable de cette théorie, alors il est possible que les propositions que ces derniers présentent puissent se transposer à l'addiction, car comme nous l'avons vu, pour Ainslie, il n'y a pas de différence fondamentale sur le plan de la rationalité entre le choix du procrastinateur et le choix de l'addict.

Avant tout, il semble pertinent de présenter la définition de la procrastination offerte par Heath et Anderson. Elle nous servira de base pour faire le pont entre ce que nous avons vu au début, le discompte hyperbolique et la volonté étendue.

[Procrastination] occurs when 1. an agent delays initiation of an action that is associated with some level of disutility, even though 2. the agent knows now that doing so will increase the level of disutility at the time the act must ultimately be performed, and 3. the agent has reason to believe that she will subsequently regret having delayed the action.<sup>14</sup>

Cette définition contient les éléments centraux du problème de la procrastination considéré à la lumière de la théorie du discount hyperbolique (et évoque d'autres éléments qu'ils développent ailleurs, soit la souffrance engendrée par le regret, regret engendré par le conflit de préférence au moment où celles-ci changent). La définition présente clairement le raisonnement du procrastinateur. Intervient alors le changement de préférence. Il désirait X (LL), mais le contexte lui offre Y (SS). Tout en étant conscient qu'à l'avenir, faire Y lui semblera un mauvais choix et lui causera du regret, il évalue Y au présent comme étant de plus grande utilité que X. Il fait Y. Il regrette. Cependant, il est évident que l'objectif de l'agent n'est pas de vivre à l'avenir ce sentiment. Mais le calcul qu'il fait, au moment présent et avec les préférences qu'il a, font qu'il n'est pas insensé pour lui de préférer le court terme, cela même s'il est conscient que cela lui causera du tort à long terme.

Cette définition contient aussi un élément central à la réflexion sur la procrastination : le fait que l'agent soit conscient du dommage qu'il se fait à lui même. Cette conscience de son comportement autodestructeur (*self-defeating behavior*) place la réflexion sur les solutions, les traitements, sur le terrain du rapport avec la volonté et le contrôle de soi<sup>15</sup>.

Tout cela sert à expliquer pourquoi, face à deux choix rationnels, l'agent préfère l'un à l'autre. Il a une volonté qui le fait préférer un choix plutôt que l'autre. Dans le cas de la procrastination, l'agent n'arriverait pas à garder le cap sur son LL et préférerait le SS. En d'autres mots, il trouverait difficile de respecter la hiérarchie qu'il a faite par le passé et qu'il imagine vouloir garder à l'avenir. Pour Heath et Anderson, l'important n'est pas de questionner la nature de cette volonté, mais plutôt ce qui l'informe. Pour eux, comme nous l'avons vu, la volonté n'est pas purement mentale, c'est-à-dire qu'elle se compose non seulement du corps de l'agent, mais de l'environnement physique et social autour de l'agent. C'est ce que l'on doit retenir.

### *Étendre la volonté*

Heath et Anderson, dans cet article, défendent la thèse de l'*esprit étendu*, et il est important d'avoir une idée de ce à quoi elle réfère



pour ensuite comprendre son lien avec le design environnemental. Cette théorie stipule que l'esprit humain n'est pas situé physiquement seulement dans le corps de l'individu. Sa «rationalité», sa capacité à faire des calculs, à raisonner, est en fait un mélange de capacité individuelle et d'utilisation d'outils externes. Heath et Anderson parlent d'extériorisation de processus mentaux. L'exemple classique est celui du calcul mathématique. Peu de gens sont capables de faire un calcul mathématique comportant plusieurs chiffres dans leur tête, sans outils. Néanmoins, dès qu'on ouvre la possibilité d'utiliser un outil comme un crayon et du papier, plus nombreux sont celles et ceux qui peuvent le faire. Est-ce à dire que ce n'est pas nous qui connaissons les mathématiques, mais le papier et le crayon ? Non. En général, nous croyons tout de même que celui qui utilise un outil pour faire une tâche est celui qui a la capacité de faire une tâche. L'outil ne sert que de structure pour étendre nos capacités. La théorie de l'esprit étendu nous invite à penser que le rapport de l'individu au monde est d'une part, plus important que ce que proposent les rationalistes<sup>16</sup>, et d'autre part, qu'il ne se limite pas à un rapport entre corps. L'esprit peut aussi être composé des objets du monde que l'individu utilise pour actualiser ses capacités.

C'est à partir de cette théorie qu'Heath et Anderson développent l'idée de la volonté étendue. Celle-ci est construite à l'image de l'esprit étendu. Elle se caractérise par l'utilisation de ce qui est extérieur à l'agent pour l'accompagner dans l'accomplissement de tâches cognitives<sup>17</sup>. Ce faisant, l'outil qu'il utilise est considéré comme faisant partie de son «esprit» (dans le cas de l'esprit étendu) ou de sa «volonté» (dans le cas de la volonté étendue).

L'avantage de cette théorie, appliquée à la procrastination, est qu'elle requiert un minimum de changement interne, psychologique chez l'agent. C'est donc l'organisation du monde extérieur qui est à construire et à designer de manière à lutter contre les tendances à la procrastination. Pour Heath et Anderson, la procrastination provient de l'absence d'échafaudage permettant de lutter par l'environnement contre le discount hyperbolique<sup>18</sup>. En d'autres mots, ce n'est pas en réfléchissant plus rationnellement qu'on luttera efficacement contre la procrastination, mais en organisant efficacement notre

environnement de sorte à contourner les biais du discompte hyperbolique. Ce faisant, Heath et Anderson critiquent la littérature du «self-help» qui met l'accent, selon eux, trop directement sur la volonté conçue comme force mentale, individuelle et volontariste. Selon elle, le procrastinateur ne veut pas assez résister à sa tentation du SS, il ne reconnaît pas que, raisonnablement, il ne faut pas procrastiner. Or, ce que défendent Heath et Anderson, c'est que ce raisonnement ne considère pas le fonctionnement de la raison, du discompte hyperbolique. Pour lutter contre la procrastination, il faut changer son environnement.

### *Limites de la théorie*

Le lien que l'on trace ici à l'aide d'Ainslie, Heath et Anderson n'est pas sans amener avec lui son lot de problèmes théoriques et techniques. L'une des critiques qui sont attribuées à la théorie du discompte hyperbolique est qu'elle ne fait pas clairement la distinction entre l'addict et la personne ayant pour préférence LL de faire la même action. En effet, qu'est-ce qui distingue clairement le joueur compulsif et le joueur occasionnel en ce qui a trait à l'instant où chacun fait le choix d'aller jouer. Le joueur occasionnel est victime du même discompte hyperbolique, c'est-à-dire qu'il préfère le SS du jeu au LL de son épargne par exemple. Est-ce la répétition qui le distingue du joueur compulsif qui passe ses journées au Casino? Heath et Anderson, à ce sujet, remarquent à l'ouverture de leur texte que de 15 à 20% des adultes se décrivent comme des procrastinateurs chroniques. Or, il serait surprenant de concevoir qu'un adulte sur cinq ait le même degré de procrastination. Le problème de la frontière entre l'addiction et la mauvaise habitude est à questionner, mais peut-être aussi doit-elle être comprise en terme de degré. Où peut-on tracer la ligne entre un cas problématique et un cas bénin de procrastination?

Ainslie propose une théorie à la fois économe conceptuellement, mais très puissante en terme de pouvoir explicatif. Or, celle-ci ne permet que difficilement de rendre compte de la frontière entre la compulsion et la préférence moins problématique. La capacité de la

théorie d'englober autant l'addiction que la procrastination est aussi sa grande faiblesse, car elle échappe les cas d'addiction physique.

En revanche, il est aussi possible de voir cette limite de la théorie comme une force si on regarde d'un point de vue thérapeutique. En effet, s'il n'y a aucune nécessité de démarcation entre ce qui est problématique et ce qui superficiel, alors s'ouvre toute une variété d'applications pratiques, thérapeutiques de ces idées, comme nous le verrons plus loin. Pourquoi penser l'adaptation de son environnement à des fins de transformation personnelle aux seuls moment où il y a un besoin clair, un problème ? La théorie que développent Heath et Anderson ouvre la voie à toute une multitude de champs de recherche, du traitement individuel à la politique publique.

Un exemple cité par Heath et Anderson montre explicitement que pour eux, il n'est pas nécessaire que le comportement soit problématique pour qu'il puisse être l'objet de procrastination. Un couple ensemble depuis longtemps se partageant les tâches de manière à ce que chacun ait à faire ce qui pourrait mener l'autre à procrastiner ou à renouveler des actions non désirables. Celui qui est tenté par la malbouffe n'est pas responsable de ce qui est disponible au marché tandis que celui moins consciencieux ne peut s'occuper des finances, etc.<sup>19</sup> (des « bad habits » comme le dirait Ainslie). Il n'est pas nécessaire que la situation d'addiction ou de procrastination soit à un niveau dramatique pour sensibiliser les individus à être conscients de l'impact de leur environnement sur eux. C'est cette dernière intuition qui, tout en nous libérant de la nécessité d'une frontière claire entre les mauvaises habitudes, nous permet de faire le pont entre procrastination et addiction sur le plan thérapeutique.

### *Traiter l'addiction par la lutte contre la procrastination*

#### *Traiter l'addiction par le design*

C'est maintenant que nous arrivons à la thèse centrale de l'article. Comme nous l'avons dit, nous cherchions à montrer que : si Heath et Anderson font une bonne utilisation de la théorie d'Ainslie et si ce dernier a raison de croire qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre la procrastination et l'addiction, alors il est raisonnable de croire que des traitements justifiés pour la procrastination soient

transitivement applicables pour l'addiction. Nous avons jusqu'ici vu qu'Ainslie offrait une théorie pouvant rendre compte autant de la procrastination que de l'addiction. Nous avons vu comment Heath et Anderson prenaient cette théorie et l'appliquaient à des stratégies de lutte contre la procrastination en ajoutant le contexte environnemental comme élément constitutif de la volonté (volonté étendue). Il ne reste qu'à montrer qu'il peut être fructueux de penser la transposition des idées développées par Heath et Anderson pour des traitements contre l'addiction. Pour ce faire, nous verrons trois auteurs qui, tout en écrivant sur des questions d'addiction (et chacun dans un cadre relativement différent) voient l'importance du contexte pour le traitement de l'addiction. Ils voient que l'environnement affecte la capacité des individus à vouloir s'en sortir autant qu'à le faire effectivement, c'est-à-dire à agir de manière conséquente avec ce projet. Ce qui émergera de la mise en perspective de ces trois auteurs est clair : le contexte est une force incontournable autant en matière de traitement de l'addiction que de la procrastination.

Un premier exemple serait le travail d'Owen Flanagan qui, dans son texte *Phenomenal Authority: The Epistemic Authority of Alcoholics Anonymous*, reconnaît que l'un des éléments centraux et efficaces dans la stratégie des Alcooliques Anonymes (AA) était l'aspect social et environnemental des stratégies<sup>20</sup>. Non seulement les rencontres de l'association donnaient à certains membres du groupe un environnement social sain et encourageant, mais ils y rencontraient des gens qui les encourageaient à arrêter. C'est alors moins la rhétorique des AA qui sert, mais bien l'environnement qu'ils représentent<sup>21</sup>. Le contexte des réunions, les contacts avec d'autres personnes vivant les mêmes expériences les un les autres, sont des éléments de l'environnement social des agents qui a un effet fort sur la capacité, la motivation et la volonté de ceux-ci à se sortir de leur situation d'addiction.

Jeanette Kennette, dans son article *Just say no* ?<sup>22</sup> remet en question l'accent de la recherche sur les phénomènes neuropsychologique dans l'addiction et invite, en ce qui concerne le traitement, à se concentrer sur l'environnement dans lequel évoluent les addicts.

Hanna Pickard et Steve Pearce, dans leur texte *Philosophical Lessons from a Personality Disorder Clinic*<sup>23</sup>, affirment que certains addicts n'ont pas d'autres options rationnelles pour trouver du plaisir dans la vie (même s'il est temporaire) que d'assouvir leur dépendance. Pour les traiter, il importe selon eux d'adapter le contexte, l'environnement à l'individu pour qu'il voie d'autres possibilités que celui de l'addiction.

The good life does not spring forth ready-made; help with housing, employment, psychiatric problems, and social community does not tend to be immediately available. The opportunities and choices available to many addicts may reasonably impede their motivation to control their use, for the alternative goods on offer are poor.<sup>24</sup>

Pour ces auteurs, il est nécessaire d'avoir une perspective globale lorsque l'on traite un addict et de bien percevoir l'effet de son contexte personnel sur son état. Les traitements doivent être conçus de la base avec une perspective sur l'environnement global de l'individu, car, comme nous l'avons vu, ce dernier a un effet important sur la personne et son contrôle de soi.

### *Conclusion*

L'ambition de cet essai était d'explorer le lien thérapeutique entre les stratégies de lutte contre la procrastination et l'addiction. Est-il possible d'envisager un pont entre les deux types de «mauvaises habitudes»? Telle était la question qui nous a occupés. Pour y répondre, nous avons présenté la théorie du discompte hyperbolique développé par Ainslie et utilisée par Heath et Anderson. À l'aide de la théorie de la volonté étendue, ils ont montré que le procrastinateur, s'il voulait lutter efficacement, ne devait pas faire appel à sa propre force de volonté, mais bien à un design, c'est-à-dire de l'organisation consciente et stratégique de son environnement pour y arriver. C'est parce que le conflit interne des individus ayant des mauvaises habitudes ne s'inscrit pas dans l'opposition rationnel/irrationnel que l'on doit comprendre le choix devant lui comme résultant d'autre chose que de l'imperfection de ses capacités de raisonnement. Ce

faisant, il faut trouver ailleurs le moyen d'améliorer les conditions de cet individu, car le traitement par l'amélioration de la raison ne fonctionne pas. La théorie de la volonté étendue est ce qui vient placer les éléments qui donnent sens à d'autres stratégies de traitement : le design de l'environnement. C'est en adaptant l'environnement pour qu'il stimule la volonté d'un agent à faire une tâche particulière ou le dé motive de réagir d'une autre manière que l'on peut lutter contre l'addiction et la procrastination.

Finalement, le discompte hyperbolique représente pour Heath et Anderson un outil très puissant pour réfléchir à des problèmes sociaux majeurs requérant une perspective large en politique publique. Considérer que les individus ne sont pas irrationnels, même s'ils agissent de manière à se faire du mal à eux-mêmes à long terme, quand ils font un choix de nature économique ou politique, est une piste particulièrement fructueuse en termes de politique publique<sup>25</sup>. Plus encore, en terme de stratégie sociale de lutte contre l'addiction et la procrastination, le design d'institution et de politique publique échafaudant des structures pour éviter les récompenses à court terme semble être une piste viable. Il n'y a qu'à lire Nudge<sup>26</sup>, de Richard H. Thaler et Cass Sunstein, qu'Heath et Anderson évoquent dans leur article<sup>27</sup>, pour voir que l'idée du design d'institution, de règles et de loi peut être un échafaudage particulièrement efficace pour soutenir la volonté des individus à accomplir de nombreuses tâches.

Quoi qu'il en soit, les articles se multiplient dans de nombreuses disciplines, en philosophie autant qu'en économie pour remettre en question le *prima* de la rationalité humaine et d'envisager la construction d'organisation, d'institution et l'implantation de règle et de loi visant à construire un environnement incitant les agents à agir d'une manière plus conforme aux buts individuels et collectifs<sup>28</sup>.

- 
1. Nous utiliserons l'anglicisme «addiction», car c'est le terme utilisé dans la littérature, autant francophone qu'anglophone. Ses équivalents français ne captent pas l'ensemble des nuances de l'utilisation dans les débats.
  2. John W. Atkinson et David Birch, *The Dynamics of Action*, New York, Wiley, 1970 ; Julian L. Simon, «Interpersonal Allocation Continuous

- with Intertemporal Allocation: Binding Commitments, Pledges, and Bequests», *Rationality and Society* 7, no 4 (1995): p. 367-92; Howard Rachlin, «Behavioral Economics Without Anomalies» dans *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 64, no 3, 1995, p. 397-404; Gary S. Becker et Kevin M. Murphy, «A Theory of Rational Addiction» dans *The journal of political economy*, 1988, p. 675-700.
3. George Ainslie, *Breakdown of Will*, Cambridge, University Press, 2001; Joseph Heath, *Enlightenment 2.0: Restoring Sanity to Our Politics, Our Economy, and Our Lives*, Harper Collins, 2014; Joseph Heath et Joel Anderson, «Procrastination and the Extended Will », 2010, [en ligne] <http://homes.chass.utoronto.ca/~jheath/extended%20will%20lv.pdf>; Joseph Heath, *Following the Rules: Practical Reasoning and Deontic Constraint*, Oxford, New York, Oxford University Press, 2008.
  4. George Ainslie, «Money as MacGuffin: A factor in gambling and other process addictions» dans *The Mechanisms of SelfControl: Lessons from Addiction*, Oxford U, 2010, <http://www.picoeconomics.org/HTarticles/MacGuffin/MacGuffin.pdf>.
  5. Le texte étant la version longue disponible en ligne sur le site de l'Université de Toronto de l'article éponyme publié dans Andreou Chrisoula et White Mark D, *The Thief of Time. Philosophical Essays on Procrastination*, Oxford University Press, 2010.
  6. Les anglicismes «addiction» et «discompte» seront utilisés dans ce texte.
  7. Ainslie, «Money as MacGuffin», p. 17.
  8. Nous préférons interpréter «bad» au sens d'indésirable, plutôt que «mauvais», pour insister sur la perspective utilitariste qu'Ainslie défend dans cet article comme dans son livre fondateur *Breakdown of Will*. (George Ainslie, *Breakdown of Will*, *op. cit.*).
  9. Il importe de noter ici que nous nous concentrerons tout le long de cet essai, à l'instar d'Ainslie, sur l'addiction psychologique. Il est certain que l'addiction est un problème complexe pouvant mêler problème de rationalité (sujet dont nous discuterons ici) et dépendance physique (que nous ne considérerons pas). Pour que la comparaison entre l'addiction et la procrastination fonctionne clairement, nous devons nous concentrer sur les types d'addiction ne souffrant pas de perte de contrôle de soi de par l'addiction elle-même. La nuance est subtile, c'est pourquoi la théorie d'Ainslie est intéressante: elle tente de maintenir la rationalité tout en cherchant à comprendre ce qui motive l'agent à agir contre ses intérêts propres à long terme.
  10. On imagine intuitivement plus facilement les maux que peuvent causer les addictions (que ce soit des problèmes financiers, de santé, des

conflits relationnels, etc.), mais le point commun que l'on retrouve entre addiction et procrastination réside en fait dans la définition même de ces deux comportements. Il y a quelque chose de dommageable dans le comportement et l'agent le reconnaît. C'est pour cela qu'Ainslie préfère le terme de mauvaises habitudes («bad habits»).

11. Pour Ainslie, l'erreur des auteurs rationalistes anciens réside dans une conception du choix qui oppose choix rationnel d'un côté (raisonnable, réfléchi, à long terme) et passion de l'autre (choix irrationnel, impulsif, court terme). Cette conception a mené à considérer un certain type de préférence comme raisonnable tandis que d'autres ne l'étaient pas. Heath partage cette conception de la rationalité.
12. Ainslie, «Money as MacGuffin», p. 18-20.
13. Heath et Anderson, «Procrastination and the Extended Will», p. 10-11.
14. *Ibid.*, p. 8.
15. Nous avons jusqu'ici fait l'économie de ces concepts. Non seulement nous n'en avons pas besoin pour comprendre le discompte hyperbolique, mais des auteurs comme Heath et Anderson voyaient dans le travail d'Ainslie un modèle qui permettrait de faire l'économie de plusieurs tensions dans le débat entourant ces concepts. Concevoir la procrastination ou l'addiction comme étant rationnelle permet de nous éloigner du débat entre la raison et les passions, le corps et l'esprit, etc. Il n'est pas question pour Ainslie de réfléchir en terme d'une volonté obéissant à la raison qui lutte contre les passions d'un corps désirant par exemple (George Ainslie, *Breakdown of Will*, *op. cit.*).
16. Selon eux, si l'agent était vraiment conscient de ce qui est bien pour lui, alors il saurait qu'il ne doit pas procrastiner, qu'il n'est pas dans son intérêt d'agir ainsi. Conséquemment, pour lutter contre la procrastination, il faudrait plutôt bien comprendre son intérêt, développer sa rationalité, mais pas chercher un support extérieur à notre rationalité.
17. Heath et Anderson, «Procrastination and the Extended Will», p. 3-5.
18. *Ibid.*, p. 23.
19. *Ibid.*, p. 20-21.
20. Owen Flanagan et Neil Levy, «Phenomenal Authority: The Epistemic Authority of Alcoholics Anonymous», dans *Addiction and Self-Control: Perspectives from Philosophy, Psychology, and Neuroscience*, Oxford University Press, 2013.
21. *Ibid.*
22. Jeanette Kennett, «Just say no? Addiction and the elements of self-control» dans *Addiction and Self-Control: Perspectives from*



- Philosophy, Psychology, and Neuroscience*, éd. par Neil Levy, 2013, [en ligne] <http://philpapers.org/rec/KENJSN>.
23. Hanna Pickard et Steve Pearce, «Addiction in context: Philosophical lessons from a personality disorder clinic» dans *Addiction and Self-Control: Perspectives from Philosophy, Psychology, and Neuroscience*, éd. par Neil Levy, 2013, 165-89, [en ligne] <http://dosen.narotama.ac.id/wp-content/uploads/2012/03/Addiction-in-Context-Philosophical-Lessons-from-a-Personality-Disorder-Clinic.pdf>.
  24. *Ibid.*, p. 177.
  25. Heath et Anderson, «Procrastination and the Extended Will», p. 26.
  26. Richard H Thaler et Cass R Sunstein, *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 2008.
  27. On peut aussi penser au livre de Dan Ariely: Dan Ariely, *Predictably Irrational: The Hidden Forces That Shape Our Decisions*, New York, NY: Harper, 2009, ou à un livre de Joseph Heath, *La société efficiente pourquoi fait-il si bon vivre au Canada?*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2002, [en ligne] <http://site.ebrary.com/id/10176893>.
  28. Steven D Levitt et Stephen J Dubner, *Freakonomics: A Rogue Economist Explores the Hidden Side of Everything*, New York, William Morrow, 2005.





## Politique éditoriale de la revue *Phares*

Tous les textes reçus font l'objet d'une évaluation anonyme par les membres du comité de rédaction selon les critères suivants : clarté de la langue, qualité de l'argumentation ou de la réflexion philosophique et accessibilité du propos. En outre, il est important pour les membres du comité que les textes soumis pour un dossier prennent en charge la question proposée de manière effective. La longueur maximale des textes recherchés est de 7 000 mots, **notes comprises**. Les textes soumis à la revue doivent respecter certaines consignes de mise en page spécifiées sur le site Internet de la revue, au [www.revuephares.com](http://www.revuephares.com). Un texte qui ne respecte pas suffisamment les consignes de mise en page de la revue ou qui comporte trop de fautes d'orthographe sera renvoyé à son auteur avant d'être évalué, pour que celui-ci effectue les modifications requises. Les auteurs seront informés par courriel du résultat de l'évaluation.

Les propositions doivent être acheminées par courriel à l'adresse électronique [revue.phares@fp.ulaval.ca](mailto:revue.phares@fp.ulaval.ca) avant la prochaine date de tombée. Toute question concernant la politique éditoriale de la revue *Phares* peut être acheminée au comité de rédaction à cette même adresse. Les auteurs sont incités à consulter le site Internet de la revue pour être au fait des précisions supplémentaires et des mises à jour éventuellement apportées à la politique éditoriale en cours d'année.