

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 complexes¹, 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 siècles².

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 international³, 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 »⁴. 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^e 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 médecine⁵.

On distingue habituellement deux grandes orientations au sein des réflexions portant sur les concepts de santé et de maladie⁶. 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 médecine⁷. 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 médecine⁸, ce débat l'a toutefois structuré en profondeur et continue encore aujourd'hui d'alimenter la discussion⁹.

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 maladie¹⁰.

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"¹¹». 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 Canguilhem¹².

Durant la «Révolution scientifique» du XVII^e et XVIII^e 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 naturalistes¹³. 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 précis¹⁴.

Au XVIII^e 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 séparées¹⁵. Fortement critiquée au siècle suivant par le médecin François Broussais (1772-1838), pour qui « ces entités sont fausses¹⁶ », 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^e 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)¹⁷.

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 pathologique¹⁸. Comme l'épidémiologiste Alfredo Morabia l'a indiqué, cette approche considérait que chaque cas de maladie était « potentiellement distinct dans ses causes et son traitement¹⁹ ». 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 »²⁰.

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 autres²¹». 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 séparée²². 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 malade²³. Vers le milieu du XIX^e 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 Allemagne²⁴.

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^e 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'environnement²⁵».

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 maladie²⁶ qui s'essouffait alors, faisant en sorte que le XX^e siècle hérita lui aussi des deux grandes conceptions de la santé et de la maladie²⁷. 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^e 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 donné²⁸.

Les historiens des sciences et de la médecine sont demeurés étonnamment silencieux quant aux origines de cette distinction²⁹ 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]³⁰. 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*³¹». Rarement critiquée et souvent employée de manière rétrospective³², cette «soi-disant éternelle dichotomie³³» a acquis, selon l'historien américain Charles E. Rosenberg, «une existence autonome³⁴» et continue d'informer la recherche. Elle est autrement dit devenue une catégorie transhistorique, dont l'histoire devra pourtant un jour être restituée³⁵.

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»³⁶ en philosophie de la médecine doit être distingué de celui opposant la conception ontologique à la conception physiologique, même si certains auteurs les recourent parfois³⁷. 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»³⁸. 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 humaine³⁹. 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»⁴⁰. 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 idéologiques⁴¹.

Malgré ces problèmes relayés par le courant sceptique en philosophie de la médecine⁴², 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 concepts⁴³ ? Développer une théorie de la justice en matière de santé, à l'instar

du philosophe Norman Daniels⁴⁴ 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 donnée⁴⁵.

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 pathologique⁴⁶. 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 physiologique⁴⁷». Sans forcer un rapprochement entre Canguilhem et la philosophie de la médecine contemporaine⁴⁸, 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?⁴⁹».

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 santé⁵⁰». 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 aisée⁵¹! 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'infirmité⁵²». Prenant le contrepied de l'approche dominante depuis la fin du XIX^e 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 biologiques⁵³. Souvent critiquée pour son extension du domaine de la santé au bonheur de l'existence humaine⁵⁴, 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'action⁵⁵».

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 normative⁵⁶». 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 maladie⁵⁷.

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 camp⁵⁸. Pour les « normativistes »⁵⁹, 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 hommes⁶⁰ ». Des approches dites « hybrides » ont plus récemment cherché à réconcilier l'opposition entre naturalistes et normativistes⁶¹. 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*)⁶². 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 « idéalizations » 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 santé⁶³ ». Boorse va donc définir les maladies (*diseases*) comme étant « des états internes qui interfèrent avec les fonctions du *design* de l'espèce⁶⁴ ». 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 biologique⁶⁵ ».

Boorse applique le concept de « fonctionnement normal »⁶⁶ 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 vivants⁶⁷.

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 question⁶⁸.

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'efficience 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 normal⁶⁹». 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 maladie⁷⁰.

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 désirable⁷¹ ». 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 masturbation⁷². Considérée comme une pratique dangereuse jugée indésirable et condamnable au XVIII^e et XIX^e 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^e 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^e siècle et dont la caractéristique symptomatique principale est la tendance à s'enfuir, ou encore l'homosexualité⁷³, 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 donnée⁷⁴. 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 pathologique⁷⁵.

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 pathologiques⁷⁶. 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 causes⁷⁷.

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)⁷⁸. 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 normalisante⁷⁹». 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 génétique⁸⁰. 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 normative⁸¹. 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 totalement⁸². 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 nature⁸³ ». 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 Boorse⁸⁴. 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 humaine⁸⁵.

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 biologique⁸⁶. 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 Murphy⁸⁷ (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 analytique⁸⁸.

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 naturelle⁸⁹. 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 yeux⁹⁰». 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 ignorance⁹¹ ». 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 fonction⁹². 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 »⁹³.

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 prédateurs⁹⁴.

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 organique⁹⁵. 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 concernée⁹⁶.

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 fit⁹⁷. 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»⁹⁸; 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 successives⁹⁹.

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»¹⁰⁰. 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?»¹⁰¹. 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 individus¹⁰². 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 bonheur¹⁰³.

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 médecine¹⁰⁴. 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 Schwartz¹⁰⁵, 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 proposées¹⁰⁶. 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 Kingma¹⁰⁷, 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 Demazeux¹⁰⁸, 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 Méthot¹⁰⁹ et de Jonathan Sholl¹¹⁰, 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 Carel¹¹¹) 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 francophone¹¹².

-
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^e 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^e 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^e 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 Elseijn 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. Elseijn 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.