

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 contemporaine¹. 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 concept²».

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 médicale³ ou encore de la bioéthique. À ce titre, le philosophe américain Christopher Boorse⁴ 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 diagnostic⁵. 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 médicale⁶ ? 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 maladie⁷. Ces critères doivent être testés sur des cas réels et permettre de fournir des contre-exemples allant à l'encontre de définitions adverses⁸. Au fin mot de l'analyse, la meilleure définition serait celle qui correspond le mieux à nos intuitions⁹ 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. Schwartz¹⁰ 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. Boorse¹¹ 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*¹² – 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 sexe¹³ – 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 question¹⁴. Un tel design correspond à « la hiérarchie typique des systèmes fonctionnels imbriqués qui rendent possible la vie d'un organisme [d'un certain] type¹⁵ ». C'est dire que la notion de *fonction biologique* est centrale dans la théorie boorséenne. Selon Boorse, celle-ci revêt un caractère téléologique¹⁶ en cela qu'une fonction est définie dans les termes de sa contribution à un but¹⁷. Cette conception de la fonction s'oppose à une conception étiologique¹⁸ qui stipule que la fonction d'un trait correspond à celui parmi ses effets qui en explique causalement la présence¹⁹. 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'organisme²⁰ – 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^{21,22} ». 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'espèce²³.

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 suite²⁴ » – 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 ou²⁵ 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 trait²⁶ ». 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 contextes²⁷ – 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 normale²⁸.

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 typique²⁹ ». 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 functions³⁰». Boorse fait cependant une distinction claire entre pathologie [*disease*] et maladie [*illness*]³¹ : 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 critiquable³²». 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 pathologique³³». Selon Boorse, c'est précisément sur ce couple de catégories, normal/pathologique, qu'est érigé l'édifice de la médecine occidentale³⁴.

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 évaluative³⁵». 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 content³⁶».

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. Sedgwick³⁷, L. Nordenfelt³⁸, H. T. Engelhardt³⁹ – 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 humaine⁴⁰. 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 médecine⁴¹.

Quelques critiques adressées à Boorse

Plusieurs critiques ont été adressées à l'objectivité du concept de santé chez Boorse⁴². 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 DeVito⁴³, 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 levels⁴⁴.

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 concept⁴⁵. 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 charge⁴⁶.

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 pratiques⁴⁷ ». 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, Kingma⁴⁸ 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 critiques⁴⁹. 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 terme⁵⁰. 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 susmentionnées⁵¹ 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 valeur⁵². 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 medicine⁵³ ».

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 usage⁵⁴.

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 concept⁵⁵». 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 maladie⁵⁶».

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'application⁵⁷». 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 term⁵⁸.

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 interest⁵⁹ ». 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 médical⁶⁰.

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 conceptuelle⁶¹. 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 naturaliste⁶². 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 science⁶³ et ne peut constituer une entreprise purement et simplement *a priori*⁶⁴. 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 métaphysique⁶⁵.

Il faut noter que l'emphase 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*)⁶⁶ 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. Lemoine⁶⁷ 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 Schwartz⁶⁸, 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 effectif⁶⁹.

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 expected⁷⁰». 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 desirable⁷¹». 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 functions⁷².

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 examinées⁷³. 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 définis⁷⁴.

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 terms⁷⁵». 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 maladie⁷⁶.

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 correct⁷⁷.

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, Boorse⁷⁸ 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 «but et les règles additionnels de l'analyse conceptuelle⁷⁹» 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'analyse⁸⁰. 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 term⁸¹.

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 organism⁸².

En ce sens, des critiques telles que celles émises par Ereshefsky⁸³, Kingma⁸⁴ ou encore Hamilton⁸⁵, pour ne mentionner qu'eux, critiques qui concernent plus spécifiquement la (mauvaise) biologie qui soutient la théorie biostatistique s'avèrerait, il me semble, plus pertinentes⁸⁶.

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 semiology⁸⁷ ». 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 described⁸⁸ ». 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 armes⁸⁹ – et se demander s'il y a bien lieu d'y trouver un cadre d'analyse adéquat pour la philosophie de la médecine⁹⁰.

-
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, no 6, 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*, 1st 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.