

(Version 'preprint' d'un texte à paraître en 2021 dans un volume collectif « Le Normal et le pathologique : des catégories dépassées ? » aux éditions *Matériologiques*, Paris)

--

Entre naturalisme bon teint et normativisme honteux :

« Philosophe de la médecine, choisis ton camp ! »

Steeves Demazeux, Maître de Conférences, Université Bordeaux-Montaigne, laboratoire SPH, projet Idex Emergence Philo-CINAPs.

Résumé :

Dans ce chapitre, je montre que l'opposition très structurante entre « naturalisme » et « normativisme », proposée par Christopher Boorse au milieu des années 1970, a en réalité plus égaré qu'elle n'a éclairé le débat philosophique autour des concepts de santé et de maladie. Non seulement cette opposition, trop simpliste et ambiguë à maints égards, a contribué à rigidifier le débat contemporain en philosophie de la médecine autour deux camps trop tranchés, mais elle a aussi joué un rôle d'opérateur idéologique, en sommant les philosophes à choisir leur camp pour des raisons souvent extérieures au débat lui-même. Ce rôle d'opérateur idéologique apparaît nettement à la lumière des discussions qui ont entouré la dépathologisation de l'homosexualité aux États-Unis en 1973.

Introduction

Au milieu des années 1970, la question du normal et du pathologique connaît dans la philosophie de langue anglaise un regain d'intérêt à la faveur d'un débat qui porte sur l'analyse du concept de « maladie ». Ce débat, qui oppose des philosophes de la tradition analytique, se polarise très vite autour de deux camps. D'un côté, ceux qui se réclament d'une position « naturaliste » postulent que le concept de « maladie » est un concept purement descriptif qui n'implique aucun jugement de valeur. De l'autre côté, ceux qui sont appelés les « normativistes » admettent que le concept de « maladie » charrie

inévitablement certains jugements de valeur : une maladie est toujours quelque chose de mauvais, d'indésirable, qui par conséquent invite explicitement à ce qu'on s'en débarrasse. Les plus radicaux dans ce camp (qui seront appelés les « normativiste forts ») admettent que l'idée de maladie ne comporte *rien d'autre* que des jugements de valeur relatifs à une culture donnée, tandis que les plus circonspects des normativistes (les « normativistes faibles ») admettent volontiers que le concept de maladie comporte à la fois une composante factuelle et une composante normative¹.

Christopher Boorse, à la faveur de trois articles qu'il publie entre 1975 et 1977, s'est rapidement imposé comme le chantre de la position dite « naturaliste » dans ce débat. Curieusement, s'il est à l'origine de la distinction entre normativisme faible et normativisme fort, Boorse néglige dans son article de 1975 de caractériser la position qui est la sienne et qu'il oppose au camp des normativistes. Plus tard, il hésitera sur la meilleure manière de caractériser sa position : « descriptivisme », « neutralisme », « objectivisme », « fonctionnalisme (1997, p. 102n2) ». Finalement, il se range à la bannière du « naturalisme », allant jusqu'à clamer « je suis un naturaliste impénitent » (« *I am an unrepentant naturalist* », 1997, p. 4-5), comme s'il s'agissait là de l'expression d'une force de caractère ou d'une intransigeance philosophique digne d'être soulignée.

C'est à ce naturalisme impénitent que je m'attaque ici, et à la manière dont l'étiquette de « naturalisme » a insidieusement contribué à rigidifier le débat contemporain en philosophie de la médecine. Pour bien saisir le problème, il faut tout de suite noter que si le naturalisme (ou l'objectivisme) dont se réclame Boorse consistait seulement à revendiquer la possibilité, pour le savant, d'étudier les maladies suivant les méthodes des sciences naturelles, il n'y aurait aucune difficulté et sa revendication eût été absolument vaine : depuis l'Antiquité, les médecins inscrivent leurs recherches dans le sillage des sciences naturelles, et cette tendance n'a été que confortée par l'émergence de la médecine expérimentale au XIX^e siècle. De fait, partout dans les hôpitaux et dans les laboratoires, les médecins essaient de comprendre les mécanismes des maladies avec le même souci d'objectivité (et souvent les mêmes méthodes) qu'un biologiste étudiant le fonctionnement rénal ou qu'un physicien la structure de l'atome².

Le « naturalisme » dont il s'agit ici porte sur un autre plan, plus conceptuel, et c'est à ce niveau que se situe une profonde ambiguïté idéologique que cet article vise à découvrir.

¹ À moins d'une indication contraire, toutes les traductions de l'anglais au français sont de l'auteur.

² La question qui a émergé au cours du XX^e siècle serait plutôt celle de savoir quelle place il conviendrait d'accorder à la psychologie et aux sciences sociales dans l'étude scientifique des maladies.

Un élément crucial de la profession de foi naturaliste de Boorse consiste dans la possibilité de défendre une théorie de la santé et de la maladie « *value-free* », c'est-à-dire qui n'inclut aucun jugement de valeur³. C'est une position théorique audacieuse, qui prend le contrepied du relativisme ambiant qui régnait dans la réflexion biomédicale des années 1970. Je veux cependant montrer que l'alternative entre naturalisme et normativisme a été dès le départ très mal posée par Boorse. Loin d'aider à clarifier les termes et les enjeux d'un problème philosophique complexe, cette opposition simpliste n'a joué en réalité que le rôle d'un opérateur idéologique qu'il s'agit ici d'identifier. Les philosophes ont été sommés de choisir leur camp et ils l'ont souvent fait pour des raisons extérieures au débat lui-même.

C'est pourquoi il faut retourner à l'article princeps de Boorse de 1975 où l'opposition entre les deux camps est pour la première fois dessinée. Quel geste philosophique Boorse accomplit-il ? Que vise ce geste ? Mais aussi, dans quel contexte polémique s'inscrit-il ? Il n'est pas anodin, comme on va le voir, que Boorse par son opposition aux « normativistes » prend position à l'époque dans une controverse très sulfureuse : celle de la dépathologisation de l'homosexualité, qui vient d'être votée en 1973 par les membres de l'Association psychiatrique américaine.

I. La « maladie » : un concept garanti sans moraline ?

Dans le premier et le plus cité de ses articles, « *On the Distinction Between Disease and Illness* » (1975), Christopher Boorse part d'une conviction à la fois simple et forte : on doit pouvoir parler de la « santé » et de « maladie » d'un point de vue strictement neutre et objectif, sans y faire entrer le moindre jugement de valeur ni la moindre considération humaine.

Cette thèse s'oppose à ce qu'il caractérise immédiatement de « position consensuelle » en philosophie de la médecine : « à quelques exceptions près », précise-t-il, « les cliniciens et les philosophes s'accordent à dire que la santé est une notion essentiellement évaluative [*an essentially evaluative notion*] ». Cette position « orthodoxe », selon Boorse, peut être ramenée à une autre thèse, qu'il considère « entièrement fausse », suivant

³ Je ne m'intéresse qu'à ce problème précis dans cet article. Concernant le rôle central que la notion de « fonction » remplit dans l'analyse de Boorse, je renvoie à Demazeux (2010) et (2015).

laquelle une « science de la santé sans jugement de valeur (*value-free*) est impossible » (1975, p. 49).

D'entrée de jeu, Boorse confond deux plans d'analyse (ou plutôt il présuppose hâtivement que ces deux plans sont équivalents) : un plan qui se situe au niveau d'une analyse conceptuelle (« *an essentially evaluative notion* ») et un plan plus général qui consiste à apprécier l'objectivité d'un champ scientifique (« *a value-free science* »). Cette confusion va être la source de nombreux malentendus chez les commentateurs de Boorse. En voulant régler d'un même geste philosophique deux problèmes méthodologiquement différents (le problème au niveau du langage du partage entre « terme descriptif » et « terme évaluatif », et le problème au niveau épistémologique du partage entre « faits » et « valeurs »), l'analyse que développe Boorse, sous sa simplicité séduisante, égare plus qu'elle n'éclaire. Qu'il y ait par exemple des procédés empiriques qui garantissent la validité factuelle d'un énoncé diagnostique (la présence des bacilles de Koch dans un prélèvement de crachat, la présence du VIH dans le sang) ne suffit pas à prouver que l'usage d'un terme médical (le mot « tuberculose » ou le terme « séropositif »), dans la bouche des patients ou dans celle même des savants, soit dénué de toute implication morale ou normative. La difficulté est redoublée quand on situe l'analyse à un haut niveau d'abstraction, au niveau des termes génériques de « santé » et de « maladie » pour lesquels il n'existe aucun procédé empirique permettant de fixer un sens univoque.

Dans son article de 1975 comme par la suite, Boorse ne sera jamais au clair sur ce point. Il est incontestable qu'au départ de son travail, il prend très au sérieux la question des usages linguistiques. La seule référence méthodologique qui nous est donnée dans l'article de 1975 renvoie aux travaux du philosophe Richard M. Hare sur les concepts moraux (Hare 1975, 51n3). De même que Hare cherche à soigneusement distinguer quels éléments de signification sont descriptifs ou évaluatifs dans des expressions du langage ordinaire comme « ce mur est rouge », « cet homme est quelqu'un de bien » (« *a good man* ») ou encore « cet homme est courageux », de même Boorse cherche à caractériser ce qui est descriptif ou évaluatif dans les termes généraux de « santé » et de « maladie ». La différence avec le travail de Hare – qui était un lecteur attentif de Wittgenstein et d'Austin –, c'est que Boorse concentre exclusivement son attention sur des termes isolés (plutôt que sur des énoncés) et qu'il escamote très vite le rapport entre usage et signification⁴.

⁴ Il est important de préciser que la manière dont Boorse caractérise le « naturalisme » se situe aux antipodes de la manière dont ce terme est utilisé en philosophie morale. Voir Boorse (1997, p. 102n2). Voir aussi Simon (2007), qui rappelle la complexité de la taxonomie des jugements moraux chez Hare

Pour justifier qu'on puisse concevoir le phénomène pathologique d'un point de vue strictement descriptif, Boorse s'appuie sur une distinction conceptuelle. Il profite de la richesse de la langue anglaise pour opposer deux concepts de la maladie, un concept purement descriptif et un concept hybride. Le concept « pur » de maladie – *disease*, qu'on peut traduire en français par « pathologie » (Giroux et Lemoine 2012)⁵ – serait un concept strictement descriptif. Le concept hybride, impur, ou encore, on dirait aujourd'hui, « épais » – *illness*, adéquatément rendu en français par le terme « maladie » – mêlerait des considérations à la fois descriptives et normatives.

Entre ces deux concepts, Boorse considère qu'il y a un lien de subordination logique : la « maladie » (« *illness* ») serait une sous-classe de la « pathologie » (« *disease* »). Autrement dit, à la racine, il y aurait une sorte de Ur-concept, un concept scientifique « pur », qui serait ensuite « contaminé » par certaines valeurs (ou auquel se « grefferaient » certaines valeurs⁶) dans le discours médical. Boorse identifie trois de ces valeurs, sous la forme d'implications normatives, ce qui lui permet de proposer cette définition devenue célèbre :

« Une pathologie (*disease*) est une maladie (*illness*) seulement si elle caractérise un état suffisamment sérieux pour être incapacitant, et par conséquent (i) si elle est indésirable pour celui qui en est affecté ; (ii) si elle donne droit à un traitement spécial et (iii) si elle constitue une excuse valable à un comportement normalement critiquable » (1975, p. 61).

Cette définition a la vertu de mettre en lumière une caractéristique sous-jacente aux nombreuses querelles qui existent en psychiatrie mais qu'on ne trouve nulle part ailleurs en médecine : tandis que les conditions (i), (ii), et (iii) s'appliquent sans difficulté à n'importe quelle maladie physique grave, aucune de ces trois conditions ne semble s'appliquer automatiquement aux maladies mentales (Boorse 1975, p. 66). Autrement dit, si les maladies mentales apparaissent « à part » dans le champ médical, ce n'est pas parce que leur statut de pathologie (« *disease* ») serait fondamentalement à remettre en cause

et dénonce le caractère trop simpliste de l'opposition entre « naturalisme » et « normativisme » chez Boorse. Je rejoins Jeremy Simon dans sa conclusion.

⁵ C'est le choix judicieux retenu par Giroux et Lemoine en 2012 pour la traduction de Boorse en français. Il faut cependant noter que l'usage de « pathologie » pour désigner une maladie singulière (plutôt que la science générale des maladies) est récent en français. Avant le XX^e siècle, pareil emploi du mot aurait été considéré comme fautif. Chez Claude Bernard, par exemple, on ne trouve jamais le mot « pathologie » employé autrement que pour désigner une science, celle de « la connaissance des maladies et des causes qui les déterminent » (1865, p. 6).

⁶ Voir Giroux (2010, p. 64) : « C'est sur ce concept théorique que se greffent des valeurs qui donnent naissance aux concepts pratiques (clinique et social) de la maladie ».

sur le plan scientifique (Boorse 1976)⁷, mais plutôt parce que cette classe de maladies soulève des problèmes originaux sur le plan moral. Le caractère indésirable d'une maladie pour celui qui en est affecté (une anorexique qui refuse d'être soignée, par exemple), la question de savoir à partir de quand il convient de se soigner (doit-on consulter un psychiatre dès qu'on est malheureux ou qu'on est névrosé ?), ou encore la vieille question de la responsabilité morale des patients psychiatriques (peut-on excuser un criminel au motif qu'il souffre d'une maladie mentale ?) sont trois questions hautement polémiques en psychiatrie, mais qu'il convient selon Boorse de ramener à leur dimension morale plutôt que scientifique.

Ces problèmes moraux sont au centre de l'article de 1975. Boorse d'ailleurs regrettera que les commentateurs aient négligé l'importance que le débat psychiatrique occupait dans ses tout premiers travaux (Boorse 1997, p. 60 ; Demazeux 2015, p. 70 et suiv.). En distinguant *disease* et *illness* (qu'il oppose à un concept de santé « théorique » et un concept de santé « pratique »), Boorse parvient à isoler l'épistémologie de la morale. On ne saurait rêver mieux, surtout pour cette discipline si décriée qu'est la psychiatrie.

Mais est-ce aussi simple ? Qu'est-ce qui autorise Boorse à réaliser un tel découpage conceptuel, si net et si propre ?

II. La tour d'ivoire théorique

La manière dont Boorse oppose *disease* et *illness* en 1975 peut sembler accessoire, et d'autant plus accessoire que l'auteur fera amende honorable quelques années plus tard en abandonnant cette distinction qu'il reconnaîtra trop simpliste au profit d'un « gradient » de concepts relatifs à la santé (Boorse 1997, p. 11-13). C'est pourtant au niveau précis de cette distinction originelle que réside depuis plus de quarante ans une grande partie des malentendus qui entourent la position « naturaliste » de Boorse. Celui-ci s'est souvent plaint d'être mal compris ou que son propos ait pu être déformé par ses adversaires. Malheureusement, les deux longues « réfutations » qu'il publie en 1997 et en 2014, loin de dissiper les malentendus, n'ont fait que les multiplier. Progressivement, Boorse s'est détourné d'une analyse des usages terminologiques du langage médical pour se concentrer sur les éléments formels d'une théorie de la santé centrée sur la notion de dysfonctionnement biologique (la « *Bio-Statistical Theory* », résumée sous le sigle BST).

⁷ C'est d'ailleurs l'enjeu précis de l'article de Boorse de 1976 que de défendre une telle possibilité.

Cette théorie, sophistiquée et stimulante, est ce qui a retenu la plus grande attention des philosophes.

La question néanmoins qui se pose est de savoir ce qui rattache la BST à la médecine réelle. L'une des critiques récurrentes de la BST est qu'elle propose une conception abstraite, voire idéalisée de la médecine (Agich 1983, p. 28). Une autre critique récurrente consiste à reprocher à Boorse la circularité de son raisonnement (1997, p. 16. et suiv.). La BST, affirme Boorse, est *value-free* parce qu'« aucune des idées qui la composent ne repose sur un jugement de valeur » (2014, p. 684). Or ces « idées », selon Boorse, sont celles-là mêmes qu'on trouve à la base de la médecine scientifique dans les concepts théoriques de « santé » et de « maladie ». Mais quelle preuve Boorse avance-t-il que ces concepts théoriques qui seraient à la base de la médecine scientifique sont bien axiologiquement neutres (« *value-free* »), sinon d'être soutenus implicitement par la BST ?

Christopher Boorse n'offre jamais d'argument convaincant à opposer à ces critiques, sauf à trouver refuge dans une tour d'ivoire théorique, du haut de laquelle il s'immunise contre toute forme d'objections. L'étymologie des termes ne compte pas, pas plus que l'histoire des concepts (1997, p. 58-59 ; 2014, p. 712)⁸. Boorse accorde peu de valeur à l'examen des usages ordinaires de la langue (1997, p. 60-62), et il ne trouve jamais utile d'examiner d'autres langues que l'anglais. Les intuitions du sens commun (2014, p. 688, 703), des cliniciens (2014, p. 711)⁹ ou des scientifiques (2014, p. 712-713)¹⁰ sur ce qui constitue une maladie ne comptent pas davantage. Les erreurs scientifiques passées (1997, p. 72-78) comme les contre-exemples hypothétiques qu'on pourrait inventer (1997, p. 62)¹¹ sont retoqués. Les maladies trouvées dans les classifications nosologiques ne font pas toujours autorité (2014, p. 711)¹². Boorse accepte l'idée que les exemples de jugements émis par des experts en physiopathologie (« *pathologists* ») ou identifiés dans

⁸ « The etymological fallacy ».

⁹ « I said that the BST aims at a pathologist's concept of disease, not a clinician's » (Boorse 2014, p. 711).

¹⁰ « There is no reason to expect pathologists, or any other scientists, to offer accurate analyses of their concepts, a task more suited to analytic philosophy » (Boorse 2014, p. 712) ; « Scientists are sometimes confused, inconsistent, or [...] empirically wrong about their subject » (Boorse 2014, p. 713).

¹¹ « Normally, hypothetical cases play a huge role in philosophical analysis. But if we seek to analyze a technical concept of medicine, we should not appeal to what 'we' would call a disease, or pathological, unless 'we' can predict hypothetical medical usage » (Boorse 1997, p. 62).

¹² « My assumption has always been that to decide what conditions are pathological (the demarcation problem) is independent of their classification (nosology) » (Boorse 2014, p. 711).

les traités médicaux fournissent un test décisif à la validité de la BST (1997, p. 53)¹³, mais il précise que ces jugements peuvent être rejetés s'il n'y a pas un consensus scientifique suffisant (1997, p. 115)¹⁴, et il lui arrive à l'occasion de les rejeter même quand il y a un consensus suffisant (2014, p. 712 ; 1997, p. 70)¹⁵. À l'inverse, Boorse accepte de considérer comme des « maladies » des tas de choses qu'aucun médecin n'aurait l'idée d'appeler ainsi, comme un bras cassé, une morsure de chien, une petite infection de la peau, une carie dentaire ou une coupure de rasage (1975, p. 56 ; 1997, p. 41).

Devant toutes ces difficultés, certains commentateurs ont fini par se demander si le travail philosophique que cherchait à accomplir Boorse correspondait bien à ce qu'il convient d'appeler une « analyse conceptuelle ». Certains ont émis l'idée que la BST correspondait mieux à une « explication philosophique » au sens défini par Carnap et Quine (Nordenfelt, 2001, p. 26 ; Boorse, 2014, p. 713 ; Giroux, 2010, p. 42)¹⁶. Cette caractérisation est tentante et elle permet de rendre compte avec justice des atouts de la BST : sa simplicité, sa forme exacte, son caractère potentiellement fructueux, et surtout le fait qu'elle corresponde assez bien aux usages médicaux établis sans forcément coïncider avec tous (voir Carnap 1950, p. 7). Mais le coût à payer est important, car cela imposerait à Boorse qu'il reconnaisse le caractère partiellement *conventionnel* de la définition de la santé (et de la maladie) qu'il propose. Or céder sur ce point, ce serait reconnaître que sa définition peut ou non être acceptée par la communauté scientifique, qu'elle n'est pas la seule ni nécessairement la meilleure. Cette éventualité, Boorse la rejette catégoriquement, car elle sape les bases même de sa position naturaliste. Boorse n'entend pas *remplacer* un concept imprécis qui correspondrait à un état préscientifique de la science par un concept scientifique plus précis et exact, ce qui impliquerait de reconnaître à travers cette opération un changement de signification¹⁷. Il considère que le concept

¹³ « I am content for the BST to live or die by the considered usage of pathologists [...] » (Boorse 1997, p. 53).

¹⁴ « [...] I feel entitled to reject individual medical sources' disease judgments if there is reason to doubt they report a consensus » (Boorse 1997, p. 115).

¹⁵ Au sujet de la fièvre et de l'inflammation : « I agree that inflammation and fever are often called pathological in medical books. However, I think this is an error [...] » (Boorse 2014, p. 712). Au sujet de l'alopecie et de la calvitie : « To be sure, loss of scalp hair (alopecia) is divided by the AMA nomenclature [...], the *International Classification* [...], and textbooks of dermatology into a surprising variety of disorders ». Pour autant, Boorse écrit : « I [...] have doubts about the disease status of baldness » (Boorse 1997, p. 70).

¹⁶ De manière plus approfondie, voir Schwartz (2014) et Provencher (2016).

¹⁷ Suivant l'exemple célèbre que prend Carnap, le concept de « poisson », qui désignait chez les Anciens tout ce qui vit dans l'eau, a été remplacé dans la zoologie moderne par un concept plus précis (le taxon « *piscis* ») qui met en avant leur mode de reproduction. Ainsi, les baleines et les dauphins, qui sont des mammifères, ne sont plus considérés comme des « poissons ». Carnap insiste sur le caractère fructueux

scientifique de santé « existe déjà », et qu'il constitue la « cible » que son analyse cherche à atteindre (2014, p. 693)¹⁸. Dès lors, pour séduisante que lui apparaisse la suggestion que son travail se ramène à une forme d'« explication philosophique » au sens de Carnap et de Quine, Boorse tempère immédiatement : « Je continue de croire que mon effort consiste en un certain sens à fournir une définition lexicale de termes scientifiques » (« *lexical definition of scientific terms* ») (2014, p. 713).

III. Que la santé est préférable à la maladie

Puisque la cible existe, Boorse ne peut donc pas se contenter de décréter, de manière stipulative, que les concepts théoriques de santé et de maladie sont *value-free*. Il doit le démontrer. C'est ici que la difficulté est la plus grande, et c'est pourtant à ce stade de la démonstration que le philosophe se montre le plus évasif. Quand il s'agit de se confronter au réel du langage et de la science médicale, Boorse oublie soudain d'être naturaliste...

Quelle garantie Boorse apporte-t-il qu'il existe des usages des termes de santé et de maladie qui n'associent pas la santé à un bien et la maladie à un mal ? A-t-on jamais entendu parler d'une « bonne » maladie¹⁹ ? Boorse reconnaît volontiers qu'on préfère ordinairement la santé à la maladie et que le discours médical, dans l'extrême généralité de ses applications, admet cette polarisation axiologique. Cependant sa conviction est qu'il existe, dans les laboratoires de physiopathologie, dans la recherche fondamentale ou dans les traités médicaux, un usage « technique » des termes de santé et de maladie qui ne fait entrer aucun jugement de valeur, de quelque nature qu'il soit. De même qu'un astrophysicien peut décrire la mort d'une étoile sans regretter qu'il en soit ainsi, de même un biologiste en laboratoire peut étudier des poissons cancéreux en évacuant toute forme

de ce remplacement au niveau scientifique, mais il souligne aussi le fait que ce remplacement comporte une part de décision conventionnelle. De fait, le concept moderne de poisson ne vient pas rectifier une erreur scientifique (les Anciens n'avaient pas tort de considérer la baleine comme un poisson, tant qu'ils définissaient « poisson » de manière à inclure tout animal vivant dans l'eau). Entre les deux concepts, il y a eu un changement de signification.

¹⁸ Boorse est catégorique sur ce point : « The medical concept of health that I seek to analyze already exists as a target. 'Candidate concepts,' by contrast, exist only in the minds of philosophers » (Boorse 2014, p. 693).

¹⁹ La seule possibilité pour parler d'une « bonne » maladie serait de la considérer comparativement entre deux maux, comme lorsque le virus de la vaccine (qui, à partir d'un virus dérivé du *Cowpox*, produit chez l'humain une maladie presque toujours bénigne) permet d'éviter, en immunisant l'individu, cette beaucoup plus grave maladie qu'était la variole (*Smallpox*). De même, il est de ces maladies « qu'il est dangereux de guérir » (Raymond 1757), comme l'avait rappelé Canguilhem (2015, p. 272). (Merci à Pierre-Olivier Méthot pour ces indications).

d'appréciation clinique, comme la désirabilité ou non de la maladie, l'opportunité ou pas de corriger cet état, etc.

Mais qui doute que des biologistes peuvent étudier des poissons cancéreux sans s'attrister sur leur sort ? Qui doute même qu'ils peuvent, au moment où ils découvrent un traitement prometteur et lucratif, s'écrier cyniquement : « Vive le cancer ! » ? Le fait que ces possibilités existent ne signifie pas qu'il existe dans ces cas-là un usage « pur », car plus « fondamental », des notions de santé et de maladie. Il indique plus vraisemblablement que cet usage a été « neutralisé » ou « aseptisé » en parvenant jusqu'au laboratoire. Le même constat s'applique aux traités théoriques.

Le problème, en somme, revient à déterminer ce qui arrive en premier dans « pathologie », si c'est le « pathos » ou si c'est le « logos ». Quand Canguilhem écrivait que « c'est le *pathos* qui conditionne le *logos* parce qu'il l'appelle » (2015, p. 183 [1966]), il avait pour lui l'histoire de la médecine mais aussi la manière dont la recherche médicale s'organise en pratique, la manière dont elle trouve ses financements. Boorse, lui, n'a que cette simple possibilité à avancer : les savants peuvent parfois faire abstraction de toute considération normative quand ils décrivent des maladies.

Il est frappant de constater à quel point Boorse tient à cette priorité du *logos* sur le *pathos*, au risque de compromettre l'ensemble de sa position naturaliste en la faisant dépendre de cette seule considération que la santé n'est pas toujours quelque chose de désirable ou qu'il vaudrait la peine de promouvoir²⁰. Mais que signifie exactement cette considération ? Dans son article de 1975, Boorse a raison de rappeler que la valeur de la santé, sur un plan philosophique, ne va pas de soi. Pascal déjà, qui demandait à Dieu quel bon usage il pouvait faire de sa maladie, s'interrogeait sur cette valeur existentielle de la santé²¹. Mais le problème auquel Boorse doit répondre est d'une nature différente, il porte non pas sur un questionnement philosophique mais sur l'examen d'usages attestés du vocabulaire médical.

Richard M. Hare, dont les travaux sur les concepts moraux avaient inspiré Boorse, s'empare de cette question à l'occasion d'une conférence prononcée en 1978. Il doute que dans la langue anglaise, on puisse opposer si nettement *disease* à *illness*, en réservant au premier le privilège technique d'un terme purement descriptif. Il fait du reste remarquer que les médecins disposent d'un terme commode en anglais (« *condition* ») quand ils

²⁰ « Health is not unconditionally worth promoting, nor is what is worth promoting necessarily health » (Boorse, 1975, p. 60).

²¹ « Oui, Seigneur, je confesse que j'ai estimé la santé un bien [...] » (Pascal, 1853, p. 319).

veulent décrire un état du corps avec beaucoup de précaution, sans faire entrer aucune considération morale ni thérapeutique. Surtout, il prévient Boorse contre la tentation trop ambitieuse de vouloir régler toutes ces difficultés terminologiques, bien réelles, avec des définitions nettes et tranchées. Le langage naturel ne fonctionne jamais ainsi. Comme nous l'a appris Wittgenstein, « un mot peut avoir des significations diverses ; il y a beaucoup de conditions qui règlent son utilisation, et peut-être qu'aucune d'elles n'est nécessaire ou suffisante » (Hare 1986, p. 178). Les considérations sur les jeux de langage et les airs de famille permettent d'éviter un tel écueil.

Boorse ne goûte guère cette leçon wittgensteinienne et il y répondra par le sarcasme : « Je ne peux pas m'empêcher de dire que l'air de famille est le dernier refuge des canailles et que dans le milieu de la philosophie analytique toute citation de cette formule de Wittgenstein devrait être rendue illégale » (1997, p. 69-70). Que les réflexions du second Wittgenstein soient devenues un refuge commode où s'abrite le relativiste, on peut le déplorer²². Mais le sarcasme n'est-il pas aussi un refuge pour éviter d'affronter la complexité d'un problème ? Wittgenstein avait une expression pour caractériser cette forme d'attitude dédaigneuse à l'égard du cas particulier qu'on trouve chez certains philosophes : il parlait de « soif de généralité ». Cette soif de généralité s'illustre dans la naïveté de croire que dès qu'un substantif existe, dans une langue donnée, il doit correspondre à une chose bien précise (Wittgenstein 2004, p. 56-57).

Boorse a soif de généralité, et il trahit à plusieurs occasions une attitude dédaigneuse à l'égard des cas particuliers. Ainsi, devant les difficultés qui s'accumulent, il est obligé de reconnaître que l'opposition entre *disease* et *illness*, dans la langue anglaise, n'est pas aussi nette ni aussi systématique qu'il l'avait d'abord cru : *illness* ne sert pas forcément à désigner des maladies plus graves que *disease* (c'est même l'inverse qui prévaut), et il est abusif de dire que le terme *illness* (contrairement à *disease*) serait réservé aux humains (1997, p. 12-13). Reconnaisant ses erreurs, Boorse est obligé en 1997 de rectifier sa position. Mais au lieu de l'assouplir, il la rigidifie davantage, au risque de se contredire. Ainsi, après avoir affirmé comme une évidence que le mot *ill* possédait en anglais une composante évaluative, il affirme désormais que les termes *disease* et *illness* sont tous les deux « *value-free* » (1975, p. 61 ; 1997, p. 12)²³.

²² Cette notion d'« air de famille » a aussi stimulé de puissants et convaincants travaux sur le concept de maladie, compris comme un concept prototypique. Voir Sadegh-Zadeh (2008).

²³ « The term 'ill' does have a negative evaluation built into it » (Boorse 1975, p. 61) ; « Consequently, I now consider 'disease' and 'illness' equally value-free » (Boorse 1997, p. 12).

Cette solution *ad hoc* rend plus fragile encore l'argument de la tour d'ivoire théorique. Une preuve évidente que la maladie est considérée comme quelque chose de mauvais, c'est qu'on imagine difficilement, en dehors de circonstances très singulières, quelqu'un affirmer : « je suis content d'être malade » ; « j'ai une maladie, mais je m'en fiche » ; ou encore « j'aimerais attraper une maladie grave » (1997, p. 116n40). Boorse répond à cette difficulté, non plus en faisant valoir un sens technique du mot « maladie » qui se tiendrait en retrait des usages ordinaires, mais au niveau même du langage ordinaire. Il construit une série de phrases similaires en remplaçant le mot « maladie » par des descriptions factuelles : « Je suis content que le bateau coule » ; « Je suis pendu par mes testicules, mais je m'en fiche » (sic) ; « J'aimerais être dévoré dans une décharge par des chiens affamés ». Passons sur le caractère plus provocateur que convaincant de cette réponse qui tourne en dérision la proposition de tester nos intuitions communes autour d'une notion. Ce qui est plus intéressant, c'est la manière dont Boorse s'y prend pour disséquer les mots du langage et faire savoir quand ils sont purement descriptifs ou quand ils ont un contenu évaluatif. Selon lui, la « maladie » (comme la « douleur », la « mort » ou le « vomi de chat ») est un terme purement descriptif, mais qui s'applique à un objet qui en règle générale est déprécié (1997, p. 117n40). Autrement dit, c'est *par l'expérience* que nous savons que la santé est bonne et que les maladies sont généralement mauvaises. Par contre il n'y a pas, objecte Boorse, de *connexion conceptuelle* entre l'idée de santé et celle de désirabilité (1997, p. 115n40).

Philosophiquement, cette justification apparaît des plus fragiles. Quelle conception Boorse se fait-il du langage en 1997 pour croire qu'on puisse encore découvrir des « connexions conceptuelles » en philosophie sans passer par l'expérience ou l'étude des dictionnaires ? Boorse assumerait-il d'asseoir sa position naturaliste sur un vieux dogme de l'empirisme (Quine 1951) ?

IV. Entre science et morale : 1973 et la querelle autour de l'homosexualité

Toutes ces réflexions sur les rapports entre santé et désirabilité peuvent sembler sibyllines. On a peine à croire que l'opposition entre naturalisme et normativisme puisse se résumer à un dilemme aussi vain que celui qu'on pourrait formuler de la manière suivante : « l'idée de désirabilité est-elle ou non contenue analytiquement dans l'idée de santé ? ».

Et pourtant, c'est Boorse lui-même qui choisit de structurer le débat de la sorte²⁴. Il aurait pu mettre l'accent sur le dysfonctionnement biologique comme l'élément factuel permettant d'opposer le camp des naturalistes à celui des normativistes. Cette possibilité aurait eu le grand avantage d'être un peu plus fédératrice tout en soulignant la part originale de la contribution de Boorse au débat philosophique²⁵. Au lieu de cela, il focalise le débat sur la neutralité axiologique²⁶. À travers cette décision, Boorse cherche en réalité à défendre une certaine conception de la science médicale, pure et strictement désintéressée, en retrait de la scène sociale : une science « *value-free* ».

Dans l'article de 1975, la manière dont Boorse caractérise le camp des adversaires, le camp des normativistes, révèle l'ambiguïté de cette ambition. Le philosophe juge « utile » de distinguer deux catégories de normativisme suivant leur degré de radicalité. Ce qui caractérise selon lui le normativisme le plus radical, le normativisme « fort », c'est la conviction que les jugements sur la santé sont de « pures évaluations sans signification descriptive » (« *pure evaluations without descriptive meaning* ») (1975, p. 51). Boorse emprunte ici à Hare la notion de « signification descriptive » (« *descriptive meaning* »), mais il la vide de toutes les considérations techniques qui portent chez Hare sur les questions de « règles », de « similarité » et d'« universalisabilité » (Hare 1963, Part I, Chap. 2). Il ne donne aucun exemple d'un terme ou d'un jugement qui ne comporterait aucune signification descriptive, et il reconnaît même avec Hare qu'on peut douter que cela existe (1975, p. 51n3). Par glissement métonymique, il mobilise l'idée de « signification descriptive » pour caractériser une forme de positionnement épistémologique qui évacuerait toute considération factuelle dans la définition du phénomène pathologique : pour un normativiste fort, cela reviendrait à considérer qu'« il est nécessaire et suffisant qu'un état soit mauvais pour qu'il soit qualifié de pathologique » (1975, p. 51-52)²⁷.

²⁴ La sémantique du « désirable » et de l'« indésirable » est omniprésente tout au long de l'article de 1975 (on peut ainsi compter plus de 30 occurrences des termes « desirable/undesirable » ou « desirability/undesirability » dans cet article de 19 pages).

²⁵ Un auteur comme Jerome Wakefield, par exemple, qui partage à travers son Analyse du Dysfonctionnement Préjudiciable (HDA : « *Harmful Dysfunction Analysis* ») une position théorique très proche de celle de Boorse, n'a pas droit de cité chez les « naturalistes » et se retrouve mis par Boorse dans le camp des « normativistes » (Boorse, 1997, p. 5).

²⁶ Voir DeVito (2000) pour une critique similaire, mais plus spécifiquement centrée sur la BST.

²⁷ « For a condition to be unhealthy it is necessary and sufficient that it be bad ». J'ai traduit ici, comme dans les citations suivantes, « unhealthy » par « malade/pathologique », sachant que Boorse considère la « santé » et la « maladie » comme des antonymes. Mais on pourrait tout aussi bien traduire « unhealthy » par « malsain ».

Mais quel philosophe ou quel médecin est prêt à défendre une telle position, aussi radicale qu'incohérente ? Boorse en trouve un, et l'exemple choisi a de quoi intriguer : il présente comme un bon candidat au normativisme fort le psychiatre et psychanalyste Judd Marmor (1910-2003), qui fut un acteur décisif dans la querelle autour de l'homosexualité aux États-Unis (Bayer 1981, p. 64). Au moment le plus tendu de cette querelle, lors d'un symposium organisé le 9 mai 1973, Judd Marmor déclare : « [...] Appeler homosexualité le résultat d'un développement sexuel perturbé, cela en fait revient uniquement à dire qu'on désapprouve le résultat de ce développement » (Boorse 1975, p. 51 ; Marmor 1973, p. 1208). Boorse isole cette citation de son contexte argumentatif et commente : « Si l'on remplace le mot 'perturbé' par le mot 'malade', on voit bien que Marmor affirme que caractériser un état de pathologique signifie *seulement* qu'on le désapprouve » (1975, p. 51)²⁸. À ce titre, Marmor mérite d'être rangé du côté des normativistes forts.

Mais Marmor a-t-il vraiment défendu une position si radicale ? Il suffit de reprendre le texte original, juste après cette citation, pour entendre Marmor dire très précisément l'inverse de ce que Boorse lui fait dire : « Je suis convaincu que nous n'avons pas le droit d'étiqueter un comportement déviant par rapport à celui qui est actuellement favorisé par la majorité des gens comme une preuve en soi de psychopathologie » (1973, p. 1208). Cette conviction est ferme et elle est parfaitement claire.

Comment expliquer une telle méprise de la part de Boorse ? Et comment justifier le choix d'illustrer un positionnement général sur la santé et la maladie à partir de l'extrait isolé d'un débat polémique sur une catégorie médicale aussi peu représentative que l'homosexualité²⁹ ? Quel curieux procédé cela nous apparaît, avec recul, de présenter Judd Marmor, futur Président de l'Association Psychiatrique Américaine, comme un relativiste radical. Jamais Marmor, qui fut un pionnier des recherches scientifiques sur l'homosexualité, à la croisée de l'endocrinologie, de la génétique, de la psychiatrie et de l'anthropologie (voir Marmor 1965), n'aurait affirmé qu'il n'y a aucun « contenu descriptif » dans l'étiquette d'homosexualité ; il a toujours au contraire souligné la multiplicité des facteurs génétiques, biologiques et psychosociaux qui sont impliqués dans la détermination de ce comportement sexuel complexe. Cette manière de ranger un homme de science comme Marmor du côté des normativistes radicaux apparaît d'autant plus douteuse que Boorse n'hésite pas à rallier du côté des naturalistes un auteur comme

²⁸ C'est Boorse qui souligne.

²⁹ Rachel Cooper a très tôt identifié les ambiguïtés théoriques de la position de Boorse par rapport à la question de l'homosexualité. Cf. Cooper, 2005, p. 17-19.

Thomas Szasz qui affirme à la même époque que toutes les maladies mentales (pas seulement l'homosexualité !) sont des « mythes » sans aucun fondement scientifique³⁰.

Boorse a-t-il juste choisi le mauvais exemple³¹ ? En réalité, la querelle autour de la dépathologisation de l'homosexualité obtenue par un vote en 1973 constitue un thème discret, mais extrêmement révélateur du partage que Boorse opère entre naturalistes et normativistes. Depuis le milieu du XX^e siècle, la petite communauté des spécialistes de l'homosexualité, aux États-Unis, est en effet divisée en deux camps : ceux qui pensent qu'il est scientifiquement établi que l'homosexualité est une maladie, et ceux qui pensent que l'« étiquette » d'homosexualité relève avant tout de la condamnation, sous un vernis médical, d'une manière de vivre. Le livre influent d'Edmund Bergler de 1957, *Homosexuality, Disease or Way of Life?*, résume ce dilemme. Sauf que pour Bergler, cela est vite tranché : il ne fait aucun doute que l'homosexualité est une « maladie névrotique » et que si les hétérosexuels peuvent être des névrosés et qu'ils ne sont pas tous en bonne santé, il n'existe en revanche « aucun homosexuel qui soit en bonne santé » (« [...] *there are no healthy homosexuals* ») (1957, p. 9)³². À la mort de Bergler, ce sont deux autres psychanalystes, Irving Bieber et Charles Socarides qui reprennent le flambeau de cette ferme conviction scientifique que l'homosexualité est une maladie grave. Dans un entretien avec le psychiatre Robert Spitzer dans le *New York Times*, Irving Bieber, qui insiste sur sa position de savant neutre et objectif (« *I am talking as a scientist* »), ira jusqu'à déclarer : « Un homosexuel adulte est une personne dont le fonctionnement hétérosexuel est estropié (« *crippled* »), comme le sont les jambes d'une victime de la poliomyélite » (1973, p. 109). Boorse, qui a choisi Marmor pour illustrer le camp du « normativisme fort », aurait pu être charitable et choisir cette saisissante citation de Bieber pour illustrer le camp opposé des « naturalistes » qui revendiquent une conception de la maladie descriptive et « *value-free* ».

La controverse autour du statut de l'homosexualité enfle au début des années 1970 sous la pression politique d'une partie de la communauté gay. Pour y répondre, plusieurs symposiums d'experts sont organisés. Robert Spitzer et Judd Marmor font partie des experts qui pensent que les arguments scientifiques sont fragiles et que l'hétérosexualité

³⁰ Szasz est en fait « naturaliste » concernant les maladies somatiques et « normativiste fort » concernant les maladies mentales. Le fait de le ranger dans le « camp naturaliste » (Boorse, 1997, p. 5) s'explique par la conviction de Szasz que l'usage du concept de maladie est légitime seulement en médecine somatique, alors qu'il est métaphorique en psychiatrie.

³¹ Ananth (2008, p. 42-43) s'étonne du choix de Boorse mais sans s'y attarder.

³² Bergler affirme encore : « I can say with some justification that I have no bias against homosexuals; for me they are sick people requiring medical help » (1957, p. 28).

relève davantage de la norme culturelle que de la norme naturelle. Face à eux, Irving Bieber et Charles Socarides martèlent le contraire. La décision est finalement prise en 1973 de supprimer l'homosexualité de la classification officielle. C'est alors que ceux-là mêmes qui s'offusquaient que la décision adoptée n'était pas « scientifique » (et qu'elle risquait accessoirement d'entraîner la décomposition de la famille américaine (Bayer 1981, p. 141)), profitent d'une mesure qui existe dans les statuts de l'APA pour déclencher un référendum. Près de 10 000 psychiatres sont appelés à se prononcer et une majorité (58%) approuve la décision du groupe des experts. Pour la communauté gay, c'est une victoire historique. Les adversaires de la réforme crient au scandale et s'insurgent de voir la psychiatrie américaine abandonner ses prétentions scientifiques.

La manière dont cette « dépathologisation » a été effectuée a beaucoup intrigué à l'époque. Il est sûr que l'activisme de la communauté gay a joué un rôle décisif dans la décision de l'APA, et que la déclassification de l'homosexualité a d'abord été vue comme un progrès social avant d'être considérée comme la rectification d'une erreur scientifique. C'est cet aspect de l'histoire que Boorse (et d'autres philosophes à l'époque³³) juge avec sévérité. Qu'est-ce que cela signifie que de « dépathologiser » une maladie mentale ? Il y a quelque chose de curieux dans cette opération, qui permet sans doute un progrès social, mais au prix d'une dépréciation du savoir médical. Est-ce la bonne manière de lutter contre la stigmatisation dont les homosexuels souffrent ? Ce qui se produit ici en psychiatrie serait jugé inacceptable dans les autres domaines de la médecine : comme si on voulait lutter contre la stigmatisation dont souffrent les cancéreux ou les personnes séropositives en supprimant des classifications les cancers ou le SIDA.

Au dernier paragraphe de l'article de 1975, Boorse oppose à l'erreur de ceux qui veulent soigner par la force l'erreur des réformateurs libéraux : « D'une certaine manière, les réformateurs libéraux tendent à faire l'erreur inverse : dans leur zèle à vouloir supprimer la stigmatisation attachée à la maladie de certaines conditions comme l'homosexualité, ils excluent totalement la possibilité que ces conditions, comme dans la plupart des maladies (« *diseases* »), soient quelque peu non idéales (« *somewhat unideal* ») » (1975, p. 68). Boorse ne clarifie pas ce qu'il faut entendre par cette expression ambivalente : « *somewhat unideal* ». Considère-t-il que l'APA a commis une erreur scientifique en supprimant l'homosexualité de la classification des maladies mentales ?

³³ Cf. Ruse (1997, p. 153), qui confesse son « aversion philosophique à voir des questions épistémologiques tranchées par un vote démocratique ».

Un peu plus haut dans l'article, c'est l'homosexualité que Boorse prend justement comme exemple pour illustrer le caractère fructueux de la distinction qu'il propose entre *disease* et *illness*. Boorse écrit : « On peut difficilement nier qu'une des fonctions normales du désir sexuel est d'assurer la reproduction » (1975, p. 63). Pour autant, on doit aussi se demander s'il est nécessaire d'avoir des désirs hétérosexuels pour être heureux dans la vie. Autrement dit, « à côté de la question de savoir si l'homosexualité est une maladie (*disease*), il faut aussi se demander quelle différence cela fait si c'est le cas » (Ibid. p. 63). C'est ce dernier point, selon Boorse, qui a été négligé dans les « récents débats » sur l'homosexualité : l'erreur a été de considérer la santé comme un bien intrinsèque plutôt que comme un bien instrumental.

Quelle leçon tirer de ce passage ? Boorse considère-t-il que l'homosexualité est une pathologie (*disease*) mais que ce n'est pas un état suffisamment grave pour devoir être considéré comme maladie (*illness*) ? Considère-t-il qu'il faudrait conserver l'homosexualité des classifications de référence et que les psychiatres devraient seulement s'assurer qu'aucun homosexuel ne se sente contraint de se soigner ? Quand il sera interrogé sur ce point des années plus tard, Boorse objectera : « Je n'ai jamais 'affirmé' que l'homosexualité était pathologique. J'ai simplement suggéré que cela pouvait être le cas, et que cette caractérisation ne devait pas forcément être vue comme dérangeante » (2014, p. 691). Il n'y a rien de gênant ou de dérangeant à considérer quelque chose comme pathologique pour celui qui l'appréhende d'un regard souverainement détaché. Seulement : un regard si détaché a-t-il jamais existé en médecine ?

V. Conclusion

Quand en 1981 Ronald Bayer publie un livre qui détaille les coulisses de la querelle autour de l'homosexualité aux États-Unis, Christopher Boorse (1982) entreprend d'en faire la recension dans un article mystérieusement intitulé *Homosexuality Reclassified* (1982)³⁴. Il reconnaît la qualité de l'ouvrage de Bayer, mais il ne peut s'empêcher de

³⁴ Un titre plus attendu pour une telle recension aurait été « *Homosexuality Declassified* ». À quoi fait allusion Boorse en préférant l'épithète « *Reclassified* » ? Peut-être au fait, qu'il évoque à un moment (p. 43), que la victoire des activistes gays ne fut pas complète puisque le DSM-III continuera de garder une place pour une certaine forme d'homosexualité dite « égo-dystonique ». Ou peut-être veut-il insister sur fait que la « déclassification » de l'homosexualité est encore très fragile au début des années 1980, et que ce processus, comme le craint Bayer à la dernière page de son livre, pourrait vite être retourné sous la pression de l'opinion publique américaine (Bayer, 1981, p. 195 : « Pressure will mount on psychiatrists to reclassify homosexuality as a disorder »). Notons qu'en 2020, même si l'homosexualité a disparu des deux grandes classifications internationales de référence (le DSM-5 et la

répéter le même regret : ce fut une erreur de l'APA d'entreprendre de régler une question scientifique par un vote. Boorse salue l' « esprit scientifique » qui a permis aux experts de l'APA d'apporter une lumière nouvelle sur la question ; il souligne l'importance des enjeux sociaux qui découlaient de cette décision (la possibilité pour les homosexuels d'accéder à la citoyenneté américaine, de devenir instituteur, etc.). Mais il déplore le fait que « l'APA a perdu son sang-froid en politisant une question scientifique et s'est trouvée acculée à accepter un argument imposé par une minorité violente » (1982, p. 43). On aura compris que sous la plume de Boorse, la « minorité violente » désigne les activistes gays et non les médecins qui obligent les homosexuels à se soigner.

Jamais Christopher Boorse ne s'est prononcé clairement sur la question de l'homosexualité. Son opinion personnelle, en tant que citoyen, n'intéresse évidemment que lui. En revanche, il n'est pas du tout indifférent de savoir si l'approche naturaliste qu'il défend de la santé implique de considérer l'homosexualité comme un état pathologique. La BST est-elle agnostique sur ce point, restant ouverte à des options contradictoires que la science n'aurait pas encore tranchées³⁵ ?

Quoi qu'il en soit, cet épisode de l'homosexualité ne constitue pas seulement une épine dans le pied de la BST. Il révèle aussi la manière dont Boorse a structuré le débat philosophique autour d'une opposition beaucoup trop rigide entre naturalisme et normativisme. Cette opposition a joué comme un piège sémantique qui a concentré toute l'attention sur les deux positions les plus extrêmes, qui sont dans le même temps les moins convaincantes : un naturalisme intransigeant mais profondément ambigu³⁶ d'un côté, un normativisme si fort qu'il en devient incohérent de l'autre.

La position du « normativisme faible », au milieu, est apparue honteuse à double titre : comme « normativisme », elle a pu être considérée à tort comme relativiste et anti-scientifique ; qualifiée de « faible », elle a pu apparaître mal assumée, peu cohérente ou trop syncrétique. Pourtant, c'est cette position (qu'on ferait mieux d'appeler « objectivisme circonspect ») qui, hier comme aujourd'hui, est la position majoritaire des

CIM-10), il continue d'exister aux États-Unis des groupes de pressions qui exigent la « reclassification » de l'homosexualité, considérant que la décision historique fut politique et non pas scientifique.

³⁵ Michael Ruse reproche à Boorse le fait que « les implications de la BST concernant l'homosexualité ne semblent pas claires » (cf. Boorse, 1997, p. 104). Boorse répond en faisant valoir que la difficulté est propre à la science, pas à la BST. En 2014, Boorse convoque la théorie de la sélection de parentèle (*kin-selection*) pour défendre la possibilité que le comportement homosexuel pourrait remplir une fonction naturelle indirecte dans le schéma de reproduction sexuelle au sein de l'espèce humaine, à l'instar de ce qui se passe dans les sociétés d'abeilles (Boorse, 2014, p. 691).

³⁶ Cette ambiguïté a été de nombreuses fois regrettée. Voir Simon (2007), Ananth (2008), Kingma (2014), Giroux & Lemoine (2014).

médecins et des philosophes. C'est elle qui correspond le mieux aux usages réels du vocabulaire médical. Cette position n'exclut pas que les sciences naturelles jouent un rôle déterminant dans la démarcation du normal et du pathologique. Elle s'accommode volontiers avec la possibilité que le concept de maladie n'est pas unitaire. Surtout, elle rend le mieux compte de ce à quoi, depuis toujours, sert le partage entre normal et pathologique dans la pratique médicale : non pas contempler le monde depuis une tour d'ivoire théorique, mais prendre des décisions risquées, qui peuvent avoir des conséquences considérables sur la vie des gens, en faisant au mieux avec les connaissances scientifiques dont on dispose. C'est cela qu'avaient en tête les psychiatres de l'APA en 1973.

Bibliographie

- Agich G.J. (1983), « Disease and Value: A Rejection of the Value-Neutrality Thesis », *Theoretical Medicine* 4, p. 27-41.
- Ananth M. (2008), *In Defense of an Evolutionary Concept of Health: Nature, Norms, and Human Biology*, Ashgate.
- Bayer R. (1981), *Homosexuality and American Psychiatry: The Politics of Diagnosis*, Basic Books.
- Bergler E. (1957), *Homosexuality, Disease or Way of Life?* Hill and Wang, Inc.
- Bernard C. (1865), *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Baillière et fils.
- Bieber I. (1973), « The A.P.A. Ruling on Homosexuality », *New York Times* 23 dec. 1973, p. 109.
- Boorse C. (1975), « On the Distinction between Disease and Illness », *Philosophy & Public Affairs* 5, p. 49-68.
- (1976), « What a Theory of Mental Health should be », *Journal for the Theory of Social Behavior* 6, p. 61-84.
- (1977), « Health as a Theoretical Concept », *Philosophy of Science* 44, p. 542-573.
- (1982), « Homosexuality Reclassified », *The Hastings Center Report* 12, p. 42-44.
- (1997), « A Rebuttal on Health », in J.M. Humber & R.F. Almeder (eds.), *What is Disease ?*, Humana Press, 1997, p. 1-134.
- (2014), « A Second Rebuttal on Health », *The Journal of Medicine and Philosophy* 39, p. 683-724.
- Canguilhem G. (2015), *Le Normal et le pathologique* [1966/1943], PUF.
- Carnap R. (1950), *Logical Foundations of Probability*, Chicago University Press.

- Cooper R. (2005), *Classifying Madness : A Philosophical Examination of the DSM*, Springer.
- Demazeux S. (2010), « Le concept de fonction dans le discours psychiatrique contemporain », *Matière Première, Revue d'épistémologie* 1, p. 31-74.
- (2015), « The Function Debate in Philosophy and the Concept of Mental Disorder », in P. Huneman, G. Lambert & M. Silberstein (eds.), *Classification, Disease and Evidence: New Essays in the Philosophy of Medicine*, Springer, 2015, p. 63-91.
- DeVito S. (2000), « On the Value-Neutrality of the Concepts of Health and Disease: Unto the Breach Again », *The Journal of Medicine and Philosophy* 25, p. 539-567.
- Giroux É. (2010), *Après Canguilhem : définir la santé et la maladie*, PUF.
- (ed.) (2016), *Naturalism in the Philosophy of Health: Issues and Implications*, Springer.
- Giroux É. & Lemoine M. (dir.) (2012), *Textes clés de philosophie de la médecine, Vol. 2 : Santé, maladie, pathologie*, Vrin.
- Hare R.M. (1986), « Health », *Journal of Medical Ethics* 12, p. 174-181.
- Kingma E. (2014), « Naturalism about Health and Disease: Adding Nuance for Progress », *The Journal of Medicine and Philosophy* 39, p. 590-608.
- Marmor J. (1965), *Sexual Inversion: The Multiple Roots of Homosexuality*, Basic Books.
- (1973), « Homosexuality and Cultural Value Systems », *The American Journal of Psychiatry* 130, p. 1207-1211.
- Nordenfelt L. (2001), *Health, Science, and Ordinary Language*, Rodopi.
- Pascal B. (1853), « Prière pour demander à Dieu le bon usage des maladies », in *Pensées de B. Pascal, précédées de La vie de Pascal*, Firmin Didot Frères, 1853, p. 313-324 [1847].
- Provencher O. (2016), « Définir la santé et la maladie : le naturalisme de Boorse et l'analyse conceptuelle », *Phares* 16, p. 43-67.
- Quine W.V.O. (1951), « Main Trends in Recent Philosophy: Two Dogmas of Empiricism », *The Philosophical Review* 60, p. 20-43.
- Raymond D. (1757), *Traité des maladies qu'il est dangereux de guérir*, Mérande.
- Ruse M. (1997), « Defining Disease. The Question of Sexual Orientation », in J.M. Humber & R.F. Almeder (eds.), *What is Disease ?*, Humana Press, 1997, p. 135-171.
- Sadegh-Zadeh K. (2008), « The Prototype Resemblance Theory of Disease », *The Journal of Medicine and Philosophy* 33, p. 106-139.
- Schwartz P.H. (2014), « Reframing the Disease Debate and Defending the Biostatistical Theory », *The Journal of Medicine and Philosophy* 39, p. 572-589.
- Simon J.R. (2007), « Beyond Naturalism and Normativism: Reconceiving the 'Disease' Debate », *Philosophical Papers* 36, p. 343-370.

Wittgenstein L. (2004), *Le Cahier bleu et le Cahier brun*, trad. M. Goldberg et J. Sackur, Gallimard.