

Santé-idem et santé-ipse : le concept implicite d'identité dans l'histoire de la philosophie contemporaine de la santé

REVUE MÉDECINE ET PHILOSOPHIE

Jihad Maalouf*

*MD, PhD, Faculté de santé publique, Université Antonine (UA), Hadath, Liban
Faculté de santé publique, Université La Sagesse (ULS), Furn el Chebbak, Liban
Faculty of Arts and Sciences, Saint George University of Beirut (SGUB), Achrafieh, Liban

RÉSUMÉ

La relecture de l'histoire de la philosophie contemporaine de la santé montre, d'une manière implicite, que le concept de santé est composé par la dialectique de l'identité. D'un côté, les approches naturalistes mettent plus en relief l'identité-*idem* de l'individu alors que les approches normativistes et phénoménologiques insistent sur son ipséité. D'un autre côté, les approches herméneutiques ontologiques et narratives s'appuient respectivement sur l'être-au-monde heideggérien et sur l'identité narrative ricœurienne. Cette dialectique de l'identité constitue le concept de santé narrative comme médiation fragile entre la santé-*idem* et la santé-*ipse*.

Summary

*The review of the history of contemporary philosophy of health shows implicitly that the concept of health is composed by the dialectic of identity. On the one hand, naturalistic approaches put more emphasis on the sameness of the individual, while normative and phenomenological approaches insist on his selfhood. On the other hand, hermeneutical approaches, ontological and narrative, are based respectively on Heideggerian being-in-the-world and on Ricœurian narrative identity. This dialectic of identity constitutes the concept of narrative health as a fragile mediation between health-*idem* and health-*ipse*.*

MOTS-CLÉS : Santé-*idem* ; Santé-*ipse* ; Santé narrative ; Mêmété ; Ipséité.

KEYWORDS: *Health-*idem*; Health-*ipse*; Narrative Health; Sameness; Selfhood.*

DOI : 10.51320/230306

Introduction

Le développement contemporain de la philosophie de la médecine est dominé par une dialectique fondamentale, une circularité antique entre la médecine comme art et la médecine comme science. Cette circularité fut brisée à maintes reprises tout au long de l'histoire. Mais en tant que distinction heuristique, elle constitue un point de

départ nécessaire pour la conceptualisation de la santé pour deux motifs épistémologiques.

Le premier motif consiste à situer les tentatives actuelles d'articulation de ces deux perspectives. Des approches philosophiques contemporaines de la santé et de la maladie, tant centrées sur la dimension de l'art (normativistes et phénoménologiques) que sur la dimen-

sion de la science (naturalistes), émerge une insuffisance conceptuelle des synthèses tentées. Celle-ci relève d'une conceptualisation déficitaire de la santé quand elle n'est pas rapportée au concept d'identité. Aucune approche n'est englobante et, en tout cas, elle ne doit ni ne peut l'être. Chacune met en relief une perspective donnée de la santé et / ou de la maladie à partir d'une « vision du monde » particulière. Les approches normativistes et phénoménologiques mettent plus en emphase le vécu de la maladie comme *illness*. Elles critiquent la technicisation et l'objectivation opérées par l'exclusivisme et le réductionnisme de la dimension scientifique médicale. Mais elles ne fournissent pas une plateforme conceptuelle suffisante pour intégrer la maladie comme *disease*, c'est-à-dire comme maladie diagnosticable et classifiée, telle que l'abordent les naturalistes. Elles sont plus en affinité avec l'art qu'avec la science. Les approches herméneutiques ontologiques ou textuelles / narratives tendent à être plus circulaires. L'herméneutique textuelle, de son côté, constitue un point d'appui pour le développement d'une nouvelle approche narrative qui pourrait rendre compte du cercle de la science et de l'art. Ce cercle n'est pas vicieux : il faudrait s'y jeter d'une manière plus vraie et plus radicale, à la manière de Martin Heidegger, avec tout le risque de médiation fragile que cela pourrait comporter quand il s'agit de narration de la santé.

Dans sa constitution de 1948, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé de la manière suivante : « Un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (article 1 du préambule) (Beigbeder, 1997, p. 13). La définition de 1996 précise et ajoute le terme « dynamique » à cet état de bien-être (Nordenfelt, 2017, p. 33-34). Cette définition, acceptée par certains (dont les normativistes) et refusée par d'autres (dont les naturalistes), fut stimulante par rapport au tournant normatif dans la conceptualisation de la santé. La santé, en tant que bien-être, est ainsi liée à des valeurs. Mais à travers les années, l'OMS rééquilibre sa définition et passe, en 2001, à une approche plutôt descriptive, pratique, fonctionnelle et opérationnelle, en vue de développer des outils de mesure de la santé, comme la *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (CIF) (WHO, 2001). Prenant en compte les conditions et les contextes de santé, ces outils permettent une approche comparative entre les individus, entre les populations et entre les périodes.

Ces deux définitions de l'OMS montrent l'hésitation continue et l'oscillation conceptuelle quant à la définition de la santé. Elles prolongent deux courants de pensée différents : l'approche de la santé de 1948 met l'emphase sur la médecine comme art et pratique, et sur la santé « subjective », alors que l'approche de 2001, qui ne définit la santé qu'implicitement, centre l'attention sur la médecine comme science et théorie, et sur la santé « objective ». Les efforts de l'OMS semblent essayer de surmonter ce dualisme apparent, basé sur un dualisme anthropologique sous-jacent, platonicien et cartésien, entre le corps et l'âme. Mais la persistance de la dichotomie des approches relève d'un échec de synthèse et d'intégration conceptuelle. Le cercle médical entre science et art est à chaque fois brisé. Par défaut de circuler, on s'arrête à l'un des pôles. Cet arrêt, la plupart des auteurs le conçoivent comme transitoire, temporaire, méthodologique et heuris-

tique. Aborder la santé, c'est toujours à partir d'une perspective donnée sans totalisation.

Dans cette optique, une revue des approches philosophiques de la santé n'a pas pour but de cristalliser les différences ou d'ossifier les points de vue contextuels, méthodologiques ou épistémologiques. Elle vise plutôt à étaler la richesse des perspectives et à mettre en relief les nuances, les écarts, les accords et les présupposés, en vue d'une approche plus intégrale et circulaire. Le regroupement des approches n'est ni aléatoire, ni systématique, mais il est approximatif et heuristique. D'un côté, les approches sont unilatérales, c'est-à-dire elles mettent en relief : (1) soit la scientificité, l'objectivité, la théorie et les faits (les approches naturalistes, plus réalistes), (2) soit la pratique (l'art), la subjectivité et les valeurs en cause (les approches normativistes ou évaluatives, plus idéalistes ou les approches phénoménologiques). D'un autre côté, elles sont bilatérales et circulaires puisqu'elles essaient de surmonter ce dualisme (les approches herméneutiques).

Le deuxième motif vise, à travers la revue de la littérature de la philosophie de la médecine, à montrer la complexité, la fragilité, le perspectivisme et le relativisme du champ de réflexion sanitaire et de la pratique médicale. Michel Foucault en rend compte dans sa *Naissance de la clinique*. Il affirme : « L'ordre de la maladie n'est d'autre part qu'un décalque du monde de la vie : les mêmes structures règnent ici et là, les mêmes formes de répartition, la même ordonnance. La rationalité de la vie est identique à la rationalité de ce qui la menace » (Foucault, 1963, p. 6). Il ajoute : « Il y a donc un phénomène de convergence entre les exigences de l'idéologie politique et celles de la technologie médicale » (Foucault, 1963, p. 37). En racontant l'émergence du « regard médical » moderne, Foucault opère une déconstruction et une critique épistémologique du concept de maladie. La conceptualisation de la maladie est une mise en perspective relative et plurielle des faits cliniques, une construction déterminée par un contexte socio-politique et historique délimité et par des postulats de base particuliers. Au cours de cette histoire conceptuelle, le pouvoir médical se consolide par la médicalisation du social et par la professionnalisation de la médecine. Le biopouvoir et le dispositif biopolitique influencent donc l'ensemble des approches philosophiques de la santé et de la maladie. À son tour, Ivan Illich analyse comment la médicalisation excessive du domaine de la vie, comme partie intégrante de son institutionnalisation industrielle, conduit à une « expropriation de la santé » (Illich, 1975).

Dans la même optique perspectiviste et relativiste, Friedrich Nietzsche parle de deux concepts : la « grande santé » (Nietzsche, 1950, n° 382) et les « innombrables santé » (Nietzsche, 1950, n° 3, 120). La grande santé est un projet holistique, individuel et idéal que l'homme nouveau entame. Elle est une forme de vie authentique qui intègre et dépasse la maladie et la douleur. Elle est une expérience existentielle intense, affective et précaire, une condition essentielle pour la pratique de la volonté de puissance. Elle est débordante et loin de se suffire à la simple survie. Elle met la maladie à son service. La force négative et destructrice de la maladie permet de libérer plusieurs ressources psychologiques, philosophiques, esthétiques et pragmatiques. La maladie « bien utilisée » devient transfiguratrice, créatrice et stimulatrice de la pensée.

Ce scepticisme épistémologique foucauldien et nietzschéen montre que l'insuffisance conceptuelle est essentielle et constitutive du discours sur la santé. Il met en alerte toute critique déplacée et excessive des approches philosophiques multiples de la santé et de la maladie. Il fait ressortir, par ailleurs, une richesse et une pluralité conceptuelles qui seront déterminantes pour l'approche herméneutique narrative que nous favorisons.

Sur ce fond historique et perspectiviste, se pose la question fondamentale de notre développement : « la santé de qui ? » Un certain rapport entre santé et identité se manifeste en filigrane dans les approches philosophiques de la santé. La distinction de Paul Ricœur entre identité-*idem* (mêmeté) et identité-*ipse* (ipséité ou mienneté) sert à mettre en relief ce que j'appelle la santé-*idem* qui détermine en arrière-fond et implicitement ce que nous appelons les approches naturalistes, et la santé-*ipse* qui fonde les approches normativistes et phénoménologiques (Ricœur, 1985, 1990). La circularité entre ces deux concepts de santé est développée tant par l'herméneutique ontologique que par l'herméneutique narrative. Seul un concept herméneutique de la santé, surtout en tant que santé narrative, basé sur le rapport entre santé et identité, pourrait, semble-t-il, rendre compte de la synthèse entre art et science, tant désirée.

La santé-*idem* et les approches naturalistes de la maladie et de la santé

Le naturalisme est un large courant épistémologique de la santé. Il est plus centré sur la maladie dans sa dimension biologique et scientifique, comme *disease*. Ses adeptes développent implicitement un concept de santé en rapport avec ce que Ricœur appelle l'identité-*idem*, caractérisée par la permanence dans le temps, la continuité ininterrompue, le caractère, l'habitude et l'identification-à sédimentée (Ricœur, 1985, 1990). La santé-*idem* qui résulte de la dialectique avec la mêmeté individuelle est ainsi structurée par la fonction biologique et évolutive. Elle implique une conception de la guérison comme rétablissement, restauration, ou restitution de la santé, de cet état de référence de l'espèce, le même état général antérieur qui est déterminé statistiquement.

La santé d'une identité biologique et fonctionnelle

John Scadding définit la maladie comme un « désavantage biologique » (Scadding, 1967, 1988), c'est-à-dire une déviation par rapport à des normes dans des circonstances standards normales. La normalité y est déterminée d'une manière statistique et objective. Selon Robert Kendell, le désavantage biologique est constitué par une diminution de la fertilité ou par une augmentation de la mortalité (Kendell, 1975). Le désavantage biologique de Scadding et de Kendell est spécifié comme dysfonctionnement physiologique chez Christopher Boorse. Dans une série d'articles qui s'étendent surtout de 1975 à 2014 et à travers lesquels son point de vue évolue, Boorse développe une approche fonctionnelle et statistique de la santé, basée sur la distinction entre le normal et le pathologique. Cette distinction dépend de trois concepts fondamentaux : la classe de référence, la normalité statistique et la fonction biologique. La santé est définie comme une capacité fonctionnelle normale pour un membre de la classe de référence. Boorse élabore une définition négative de la

santé, tant physique que mentale, comme absence de maladie et une définition théorique, non-évaluative, physiologique de la maladie, c'est-à-dire sans rapport à des valeurs subjectives.

La critique fondamentale de ces approches par les normativistes concerne l'absence d'objectivité pure de la santé qui se rapporte à des faits mais aussi à des valeurs. Pour nous, il semble aussi que le concept de santé qui leur est sous-jacent est abordé selon une conception identitaire réductrice. Il se rapporte à une continuité biologique avec une identification à un standard statistique qui est biologique, physiologique et fonctionnel. Ces philosophes supposent un être humain possédant un « caractère » biologique et ne prennent pas en compte la possibilité de changement personnel. La standardisation implique une sédimentation d'une mêmeté contextuelle de l'espèce humaine désignée comme classe de référence. Seule la permanence de l'identité de l'individu est prise en compte pour la conceptualisation de la santé ou de la maladie.

Le dysfonctionnement biologique et physiologique de Boorse est déployé dans le domaine des troubles mentaux par Jerome Wakefield, surtout dans la critique des critères diagnostiques de la classification du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, appelé couramment DSM (Wakefield, 1992a-b, 2007, 2014). Le critère du dysfonctionnement est nécessaire, mais pas suffisant pour définir un trouble. Il a besoin d'un autre critère individuel et normatif : la nocivité ou le préjudice (*harm*), qui inclut toutes les conditions négatives qui privent la personne d'un bénéfice au regard des attentes de la société et de la culture auxquelles elle appartient. Cela veut dire que le dysfonctionnement biologique doit nuire à l'individu pour pouvoir affirmer la présence chez lui d'un trouble (*disorder*). La nécessité de l'ajout, au critère du dysfonctionnement, du critère de la nuisance ou du préjudice (*harm*) qui est un jugement de valeur implique que la position de Wakefield est hybride. Mais pour lui, l'*illness* reste une conséquence du *disease* et, plus spécifiquement, de la pathologie sous-jacente. Le jugement de valeur est ajouté et non intrinsèque au concept de maladie. Le naturalisme et la non normativité de base du concept de trouble rejoint ce que Boorse sépare : le pathologique et le clinique. Avec le critère de jugement de valeur ajouté, Wakefield prend en compte *a minima* l'ipséité du sujet comme identité enracinée dans le changement propre d'un moi, acte de promettre, ouverture et innovation (Ricœur, 1985, 1990), mais d'une manière insuffisante. Sa conceptualisation demeure liée au concept de fonction. La circularité entre les deux types d'identité n'est pas assumée, mais il s'agit simplement d'un ajout méthodologique, dans une optique de classification et de diagnostic.

La santé d'une identité évolutive

Mahesh Ananth élabore une approche évolutive, généalogique et contextuelle du concept de fonction biologique (Ananth, 2008, p. 173-218). Il essaie de synthétiser deux concepts de fonction. D'un côté, le concept rétrospectif et étiologique de la fonction adopté par Wakefield s'étend à la fois aux organismes et aux artéfacts ou fabrications de l'homme et n'arrive pas à différencier entre les deux. D'un autre côté, le concept prospectif et téléologique¹ de la fonction de Boorse ne distingue

¹ Dans la théorie de l'évolution, le *télos* n'est pas prédéterminé. L'utilisation du concept signifie une dynamique prospective. Il est conçu en rapport avec l'équilibre du milieu intérieur ou l'homéostasie.

pas entre les fonctions originales et les simples effets accidentaux. Il développe ce qu'il nomme un naturalisme fonctionnel, évolutionniste et mixte et dégage un concept de santé évolutionniste-homéostatique. Le concept d'homéostasie est double : l'homéostasie interne de l'organisme et l'homéostasie de l'organisme comme un tout, dans son environnement, en vue de la survie et de la reproduction. Pour Ananth, c'est l'organisme individuel, comme un tout, qui est l'unité de sélection. Il explique, selon la théorie de l'évolution, la généalogie du *design*² de l'espèce de Boorse. Mais, au sein de la littérature de la médecine darwinienne ou évolutionniste, Anne Gammelgaard précise que la détermination de l'unité de sélection naturelle n'est pas évidente. Elle peut être le gène, la cellule (dans le cas d'un adaptationnisme faible) ou l'organisme (dans le cas d'un adaptationnisme fort) (Gammelgaard, 2000, p. 113). Dans le cadre du naturalisme fonctionnel, les concepts de « propension » et d'« adaptation » sont des concepts positifs : ils impliquent une capacité acquise par la sélection naturelle pour le développement de la santé, la survie dans le milieu et la possibilité de reproduction. Par ailleurs, des concepts négatifs ont été utilisés pour expliquer l'augmentation de risque de maladie ou la prédisposition à une morbidité, comme le concept de « susceptibilité » ou celui de « vulnérabilité ».

Le travail d'Ananth se base sur le développement contemporain du rapport entre la médecine et la biologie évolutive, initié surtout par Randolph Nesse et George Williams (Williams, et Nesse, 1991). Le concept dominant de cette approche basée sur la biologie évolutionniste est la *fitness* qui signifie une aptitude ou une adaptation à l'environnement à travers la sélection naturelle. L'inadaptation peut mener à une pathologie. La santé (*health*) d'un individu n'est pas réduite à sa *fitness*. Mais cette dernière influence la santé et la conditionne dans le contexte et le milieu où vit l'individu. La sélection naturelle qui n'est pas l'unique processus évolutif, maximise la *fitness* au niveau de la reproduction, mais pas toujours et nécessairement au niveau de la survie. Selon Ananth, l'adaptation reproductive (le début de la vie) semble plus déterminée par l'évolution que l'adaptation vitale et la longévité (la fin de la vie).

La définition de la santé qui découle de cette théorie est liée à la survie de l'identité, c'est-à-dire à sa permanence. L'identité-*idem* est elle-même évolutive comme processus de sédimentation et de cristallisation à travers la sélection naturelle et / ou sociale. Ce réductionnisme évolutif ne prend pas en compte l'évolution du corps propre (*Leib*) de l'individu. Le caractère, à fond biologique, de l'identité-*idem* n'est pas statique et évolue (Ricœur, 1990). Mais on est toujours dans le Même, l'Autre du soi n'émerge et n'évolue que comme modification homéostatique et fonctionnelle. La dialectique du Même et de l'Autre au sein de l'identité demeure enracinée dans l'Un (ou le tout ou la totalité) comme standard statistique d'une espèce qui dissimule le Multiple (ou les spécificités individuelles et personnelles). L'idéologie sélective sous-jacente donne la priorité de la survie par rapport à la vie épanouie.

Si, dans les approches naturalistes, ces diverses di-

mensions de l'identité – biologique, physiologique, évolutive – accentuent les caractéristiques de l'identité-*idem*, les approches normativistes et phénoménologiques mettent plutôt en relief une santé en rapport avec l'ipséité de l'individu.

La santé-*ipse* et les approches normativistes et phénoménologiques de la maladie et de la santé

Concevoir la santé en rapport avec l'ipséité, c'est viser les dimensions de subjectivité et de changement personnel qui lui sont inhérentes. Le courant normativiste et la phénoménologie de la médecine critiquent soit les naturalistes (pour les premiers), soit la médecine basée sur les évidences (pour les seconds) pour leur réductionnisme. Ils revendiquent une approche qui se veut holistique et intégrale. Mais il semble que leurs tentatives échouent à atteindre ce but puisqu'ils n'arrivent pas à bien prendre en considération l'identité-*idem*. Leur apport reste plus un ajout et un complément qu'une articulation critique, synthétique et intégratrice.

Les dimensions de l'ipséité dans les approches normativistes de la santé

Le normativisme adopte une épistémologie qui définit positivement la santé, c'est-à-dire non comme « absence » de maladie. Celle-ci est plus subjective et plus centrée sur le concept de santé que sur celui de maladie. Ce courant conceptualise la santé et la maladie à partir des valeurs et des normes engendrées dans la décision clinique contextualisée et à travers le langage médical. Dans son ensemble, il affirme qu'il n'y a pas de faits biologiques qui soient indépendants de toute référence au sujet, c'est-à-dire qui sont des phénomènes naturels et objectifs soumis à la seule description. L'imposition de normes est intrinsèque à toute décision individuelle qui discerne et tranche. Le médecin et philosophe Georges Canguilhem reste l'initiateur principal d'une telle approche. Nombreux sont les philosophes qui extrapolent sa pensée avec des nuances différentes et selon des perspectives variables. Ils prennent en compte l'ipséité du sujet selon plusieurs dimensions.

a. La santé d'une identité dynamique et équilibrée

Ingmar Pörn et Joachim Sturmberg reprennent la notion grecque de l'équilibre ou de l'homéostasie pour définir la santé. Le premier l'applique dans le cadre du déploiement holistique d'une capacité (Pörn, 1984), le second (Sturmberg, 2010) dans la perspective holistique et plurielle d'une adaptation plus complexe et multiforme. Pour Pörn, l'homme est un sujet actif en relation avec lui-même et avec son environnement ou son milieu. Son équilibre ou son « adaptabilité généralisée » provient de l'articulation entre trois facteurs : le répertoire de capacités, les circonstances de l'environnement et les buts subjectifs avec leurs profils. Sturmberg définit la santé comme un équilibre dynamique (homéostasie) entre quatre dimensions qui sont interdépendantes : physique, psychique et existentielle, sociale ou environnementale et sémiotique (donation de sens, recherche de la justice, spiritualité). Il la compare à une musique dans le parc. Hans-Georg Gadamer conçoit la santé comme une dynamique d'équilibre naturel, un rythme de vie, un processus continu dans lequel l'équilibre se stabilise sans cesse (Gadamer, 1993). Mais cet équilibre est holistique : il concerne la personne en sa totalité et dans son rapport au

² Dans la littérature de la biologie évolutionniste, le concept de « design » est métaphorique : il décrit un ensemble de processus évolutifs de l'espèce, aux niveaux génétique, biochimique, anatomique, physiologique et comportemental. Ces processus permettent l'adaptation de l'espèce au milieu qui l'environne.

monde. Le déséquilibre n'est pas un défaut de quelques capacités. C'est un rapport entre notre condition animale et notre condition humaine. Il affecte le monde de la vie de la personne malade. Le philosophe allemand déploie deux métaphores pour rendre compte de la santé comme équilibre : la scie circulaire et la bicyclette. L'équilibre d'une ipséité est donc une promesse à partir de laquelle elle agit avec fidélité le long de son processus d'individuation. Une ipséité équilibrée est celle qui intègre l'ensemble de ses dimensions vers un « combien plus » d'être et d'agir. Dans ce sens, elle est dite saine. Mais n'y a-t-il pas « quelque chose » qui doit être équilibré, une forme de continuité, de permanence identitaire ? La notion d'équilibre semble mettre en relief plus l'acte d'équilibrer que ce qui est équilibré. Elle accentue l'identité-*ipse* active, vécue et déterminante par rapport à l'identité-*idem* passive et déterminée.

b. « Qui est responsable ? » ou l'approche pragmatique et institutionnelle de la santé d'une identité éthico-pratique.

Edmund Pellegrino et David Thomasma abordent la philosophie de la médecine comme philosophie de la pratique médicale et selon une approche clinique, événementielle, pragmatique, éthique et téléologique (Pellegrino et Thomasma, 1981). Leur analyse est fondée sur l'événement clinique dans une matrice relationnelle dépendante des valeurs. Une corrélation constitutive et pratique entre l'éthique et la médecine en émerge. La pratique médicale est intrinsèquement une pratique éthique. La santé est ainsi définie comme un bien et comme une valeur éthique, individuelle et sociale. Elle constitue le *télos* de la médecine. Le bien du patient se manifeste dans une action sanitaire déterminée, qui est bonne et juste. La recherche de cette valeur est en rapport étroit avec le jugement clinique, à la fois diagnostique et thérapeutique. La médecine est alors une science pratique (*technè iatriké*). Elle est une *praxis* basée sur des principes scientifiques qui gouvernent l'art de la guérison. Elle est orientée vers le bien individuel du patient.

Dans la même perspective, Hugo Tristram Engelhardt Jr. définit la maladie (*disease*) comme « problème clinique ». Il développe une approche pragmatique et instrumentale en rapport avec la pratique clinique et surtout avec l'intervention thérapeutique (Engelhardt Jr., 1975, 1984). Cette modification terminologique plus générale implique qu'il n'y a de maladie qu'en lien avec des buts médicaux à atteindre. La maladie n'est pas une « entité » biologique en soi, mais elle est conçue pour nous. Cette corrélation entre la maladie et la thérapie est fondamentale. Les problèmes cliniques se déploient, individuellement ou socialement, dans des milieux particuliers et avec des buts particuliers (comme la réalisation du bien-être et l'évitement des déficiences). Par ailleurs, Engelhardt Jr. indique les valeurs ou les jugements évaluatifs à partir desquels la pratique médicale détermine l'explication de la maladie et cherche à découvrir l'état pathologique sous-jacent : le critère algésique, le critère esthétique et le critère téléologique (Engelhardt Jr., 1976).

George Agich développe aussi une théorie pragmatique de la maladie (*disease*) (Agich, 1983, 1990, 2002). Il conceptualise la maladie selon quatre buts généraux selon les besoins des personnes malades : le soin, la thérapie, le contrôle et la communication. Agich affirme que le lan-

gage conceptuel médical doit être pratique, ni formel, ni ontologique, mais plutôt normatif, dépendant des besoins, orienté vers des buts et des résultats, et contextuel par rapport à la pratique sociale et historique de la médecine. Il est le produit de la raison pratique et non de la raison théorique. L'existence des idées régulatrices, dans le sens kantien du terme, c'est-à-dire non basées sur l'expérience, est alors nécessaire pour la classification nosologique des maladies. Deux idées sont fondamentales : la primauté de l'utilité et de l'efficacité clinique sur la preuve scientifique et l'inclusion des buts implicites et explicites dans chaque classification. La nosologie est une construction historique. Celle-ci satisfait des intérêts, des besoins et des buts pratiques.

Pour Lawrie Reznick et Rachel Cooper, la maladie est une convention pratique, elle n'est pas découverte mais inventée (Reznick, 1987, 1991 ; Cooper, 2002, 2005, 2007). La classification des maladies n'est relative ni à des fonctions ni à des causes, mais à des intérêts, à des effets, à des résultats ou à des conséquences médicales pratiques, surtout en rapport avec la thérapie.

L'éthicité et le pragmatisme de la pratique médicale que ces différents auteurs mettent en relief concernent surtout l'ipséité de la personne, médecin ou malade. La dialectique vivante entre l'identité narrative et l'identité éthique et morale (Ricœur, 1990, p. 197-198) constitue ainsi le fond de la pratique clinique conventionnelle. Cette dernière prend comme point de départ la visée de la vie bonne de la personne. Elle converge d'une manière efficace et vérifiée vers son bien. L'attestation de soi est ainsi en circularité herméneutique avec la responsabilité et l'engagement envers autrui. C'est en s'affirmant soi-même et en se possédant que le médecin (ou le malade) se donne dans la relation clinique et vice versa. Cette structure éthique de l'identité conditionne la définition de la santé. Pourtant l'approche éthico-pratique développée par ces auteurs n'a constitué qu'un complément par rapport à la conduite à tenir médicale et scientifique. Elle n'a pas pu générer directement un concept de santé qui intègre l'art et la science.

c. « Qui agit ? » ou la santé-*ipse* d'une identité active

Dans son essai *Le normal et le pathologique* (1966), Georges Canguilhem s'éloigne des deux conceptions quantitatives de la maladie, ontologique et physiologique. Il affirme que « l'état pathologique n'est pas un simple prolongement, quantitativement varié, de l'état physiologique, qu'il est bien autre » (Canguilhem, 1966, p. 51, 66) et qu'il n'existe pas une « signification quantitative pure » (Canguilhem, 1966, p. 67). À partir de sa conception de la « polarité dynamique de la vie » (Canguilhem, 1966, p. 77, 85, 137, 155) entre le vivant et son milieu, il propose le concept de « normativité biologique » (Canguilhem, 1966, p. 77, 79, 106, 155, 156, 215) ou « vitale » afin de repenser les rapports entre le normal et le pathologique. La vie possède une activité normative dans le sens où « normatif est ce qui institue des normes » (Canguilhem, 1966, p. 77). Canguilhem précise : « L'homme normal c'est l'homme normatif, l'être capable d'instituer de nouvelles normes, même organiques » (Canguilhem, 1966, p. 87). Il ne s'agit pas de s'adapter à son milieu mais de le structurer « en même temps qu'il développe ses capacités d'organisme » (Canguilhem, 1966, p. 214). En développant son épistémologie de la biologie, Canguilhem déploie ainsi un finalisme vitaliste et biologique face

à tout mécanisme ou déterminisme matériel et physico-chimique. Pour lui, la normalité vient de la normativité. Le pathologique n'est pas l'absence d'une norme biologique, mais c'est la présence d'une autre norme qui est comparativement repoussée par la vie. La maladie est une « autre allure de la vie » (Canguilhem, 1966, p. 51, 121, 137), le pathologique n'est pas absolument anormal, mais il l'est par rapport à un milieu déterminé. Il est « une sorte de normal », dans le sens de normatif (Canguilhem, 1966, p. 130).

Inspiré par Canguilhem (Nordenfelt, 1987, p. xi ; 2007, p. 8), Lennart Nordenfelt développe une approche positive, holistique, normativiste, pratique (centrée sur l'action) et téléologique (Nordenfelt, 1987, 1993, 2007). Il définit la santé comme la capacité individuelle de second ordre d'accomplir des buts qui sont à la fois nécessaires et suffisants pour son bonheur minimal, dans les circonstances standards de son environnement. C'est une capacité d'action qui influence, par un programme de formation et d'une manière médiate, une autre capacité d'action qui serait de premier ordre et plus immédiate (Nordenfelt, 1987, p. 50). Selon l'empirisme logique et la philosophie analytique anglo-saxonne de l'action dont Nordenfelt est influencé, la capacité inclut une forme de vouloir, une intention, des motifs, des raisons d'agir, etc. La perte ou la possession d'une ou de plusieurs capacités de second ordre déterminent la santé ou la maladie. Pour lui, le concept de bonheur est corrélé à deux autres concepts : le bien-être et la qualité de vie. L'évaluation du bonheur est théorique et non scientifique, car il n'est pas un état objectif. Dans une visée pragmatique, Nordenfelt choisit, pour sa définition, le degré minimal de santé ou la santé optimale, à la différence de l'OMS qui met l'accent sur la santé complète. Par ailleurs, il définit la qualité de vie comme un concept subjectif, cognitif, graduel, en rapport avec la globalité de la vie. La qualité de vie est conçue à la fois comme équilibre des désirs et comme richesse. On peut donc être en bonne santé sans être heureux. La santé ne s'identifie pas au bonheur (*eudaimonia*), mais elle y contribue par sa composante fondamentale : la capacité. Celle-ci est une possibilité pratique et située pour l'action dans une situation standard. Il s'agit d'un concept normatif et pratique qui dépend de l'environnement culturel et naturel. La santé est la capacité personnelle, dans des circonstances standards, de réaliser des buts vitaux et le bien-être, c'est-à-dire un minimum de bonheur.

Ingmar Pörn et Caroline Whitbeck définissent aussi la santé comme capacité, mais celle-ci est orientée vers des buts subjectifs (Pörn, 1984 ; Whitbeck, 1978, 1981). Dans le courant de l'inflation normativiste subjective, David Seedhouse conçoit la santé comme fondation active pour la réalisation de soi (Seedhouse, 1986). Kenneth Richman distingue entre la santé des personnes et la santé des organismes biologiques (Richman, 2000). Olle Hellström développe une approche compréhensive et existentielle de la santé (Hellström, 1993, 1998). Sridhar Venkatapuram, à la suite d'Amartya Sen et Martha Nussbaum, définit la santé comme « méta-capabilité » (Venkatapuram, 2011, 2013). Machteld Huber *et al.* conçoivent la santé comme « capacité de s'adapter et de s'auto-gérer » (Huber *et al.*, 2011).

Bill Fulford élabore une théorie « intégrale » de la maladie (*illness*) comme « théorie du pont » (*bridge theory*) qui se situe entre les théories biologiques de Boorse et de

Kendell et les théories sociologiques de Nordenfelt, Pörn et Whitbeck (Fulford, 1989, 1993). En analysant le langage ordinaire, il indique que la structure conceptuelle de cette théorie est une articulation triadique entre la notion de valeur (l'approche normativiste), l'expérience de l'*illness* comme ce qui est préjudiciable et l'« échec de l'action ordinaire » dans la réalisation des buts visés. La maladie physique ou mentale est un échec d'effectuer des actions ordinaires et intentionnelles en l'absence d'un obstacle ou d'une opposition (Fulford, 1989, p. 109). Cet échec est déterminé par rapport à deux facteurs : la pertinence théorique et l'efficacité pratique. Ces facteurs constituent deux tests qui mettent à l'épreuve la théorie du pont. Le *disease*, au sens symptomatique, est une sous-catégorie de l'*illness*, selon un point de vue inverse du premier Boorse et de son concept de dysfonctionnement. L'*illness*, tout comme la pratique des soins primaires de santé, possède une priorité logique par rapport au *disease* et à la théorie médicale parce que la valeur a la prééminence sur le fait (Fulford, 1989, p. 70). Cette « théorie du pont » s'applique dans la pratique clinique basée sur les valeurs, l'éducation et la recherche médicales.

Relier la santé à la capacité d'action, quand l'action est constitutive de l'ipséité selon Ricœur (1990), c'est indirectement développer une santé-*ipse*. En fait, pour Ricœur (1986, p. 174-175 ; 1990, p. 137, 167, 174), le lien principal entre l'action et l'identité n'est autre que la narration. L'action constitue ainsi un pont conceptuel entre l'identité et la santé. Mais chez Ricœur, l'individu agit sur lui-même comme un autre. La distanciation de soi à soi marque non seulement le procès identitaire par l'action, mais aussi la transformation d'une identité sous-jacente, un *idem* qu'il faudrait définir. C'est cette identité-*idem* qui déploie sa capacité pour se transformer sans cesse. La spirale identitaire devra alors fonder, par l'action, la spirale de la santé et le passage continu d'une santé-*idem* à une santé-*ipse*. Les auteurs cités ci-dessus, en accentuant le moyen et la fin, ne prennent pas en considération le point de départ.

d. « En vue de qui ? » ou la dimension téléologique identitaire de la santé-*ipse*

Tant Nordenfelt, Pörn, Whitbeck que Fulford développent une téléologie identitaire de la santé comme bien-être (*wellness, well-being*), qualité de vie, bonheur ou intégrité (*wholeness*). Les partisans de l'approche normativiste objective insistent sur cette ipséité idéale comme état sain. James Lennox, Kateryna Fedoryka, Robert Sade et Roberto Mordacci ont essayé de réconcilier l'approche dite « réductionniste » du naturalisme boorsien et l'approche dite « relativiste » normativiste de l'école de Pörn et Nordenfelt. Leur approche normativiste objective tient, avec des nuances, la vie comme bien ultime et objectif. Lennox insiste sur le « maintien de la vie » et sur la santé comme valeur biologique objective (Lennox, 1995). Kateryna Fedoryka conçoit la santé comme « actualisation naturelle de soi » (Fedoryka, 1997). Sade définit la santé comme une « vie prospère » et comme valeur morale objective (Sade, 1995). Mordacci analyse le « concept analogique de la santé » et définit la santé comme « analogie de plénitude » (Mordacci, 1995, 1998a-b). Pour lui, la santé est une expérience de la vie comme une promesse du bien, une source expérimentale commune ou une référence unifiante de l'ensemble des niveaux d'interprétation et de sens. La santé, comme « ouverture » du possible, « condition »

et « promesse » de plénitude, dépend clairement de la liberté de l'homme. Cette ouverture veut se sauver du non-sens de l'existence à travers des ressources de sens, donc à travers l'interprétation. Le langage de la santé et l'étymologie de la famille de concepts utilisés (intégrité, bonheur, plénitude, perfection, salut, etc.) montrent et participent à une structure analogique d'attribution fondée sur l'expérience commune de la « vie accomplie » (*full life*). La santé n'est pas la plénitude, mais elle en est une analogie. Une philosophie de la santé nécessite donc « une herméneutique de plénitude ». Pour Engelhardt Jr., la santé et la maladie sont des concepts non symétriques (Engelhardt Jr., 1975, p. 139). Si la maladie (*disease*) est un mode d'analyse multiple, pragmatique, et normatif de certains phénomènes, en vue du diagnostic, du pronostic ou de la thérapie, il existe une seule santé qui est un idéal d'autonomie, final et régulateur, du patient en tant que personne. La promesse d'accomplissement ou de plénitude est caractéristique de toute ipséité. Si, d'un côté, l'ensemble de ces auteurs accentuent le *télos* de l'identité, ils outrepassent, d'un autre côté, l'*arché* identitaire, comme identité-*idem*. La santé-*ipse* est constituée téléologiquement par l'utopie de complétude ou de perfection. Le pôle infini du bonheur devrait alors être équilibré par le pôle fini du caractère (Ricœur, 1960, p. 64-96) à travers une médiation, même si imparfaite.

e. « Qui parle ? » ou la dimension linguistique plurielle de la santé-*ipse*

Kazem Sadegh-Zadeh développe une logique floue (*fuzzy logic*) de la médecine selon la tradition anglo-saxonne de la philosophie analytique et linguistique, et dans une approche socio-normativiste, constructiviste et perspectiviste, c'est-à-dire relativiste, contextualiste et donc pluraliste (Sadegh-Zadeh, 2000, 2008, 2012). Il s'inspire des concepts de « ressemblances de famille » et de « jeux de langage » de Ludwig Wittgenstein et de la théorie de la logique floue du mathématicien Lotfi Zadeh.

Les concepts de santé et de maladie sont des concepts non aristotéliens selon la « théorie de l'ensemble flou de la santé » (*fuzzy set theory of health*). Ils transgressent les principes premiers de la logique classique traditionnelle : le principe de non-contradiction et le principe du tiers exclu. La personne peut être à la fois saine et malade, c'est-à-dire saine et pas saine, malade et pas malade. Le principe de gradualité gouverne l'ensemble de ces concepts. Sadegh-Zadeh détermine l'« état-de-santé » comme variable linguistique représentée comme un ensemble flou avec des degrés et selon une courbe : bien, pas bien, très bien, malade, pas malade, extrêmement malade, etc.

Dans la même optique, Halvor Nordby appelle les infirmières, durant le processus de communication avec le patient, à se concentrer directement sur « l'extension du concept » de maladie (*illness*), c'est-à-dire sur l'expérience négative en première personne du patient, comme, par exemple, l'état de douleur ou la fièvre (Nordby, 2016, 2017). Il ne faudrait pas viser comment cette extension est représentée, c'est-à-dire l'intension du concept de maladie, mais plutôt accepter les versions minimales des concepts. En s'inspirant de la tradition de la philosophie analytique anglo-saxonne, Nordby récapitule son projet dans ce qu'il appelle le « modèle de cohérence » basé sur l'interprétation ou sur la compréhension minimale, partagée et réciproque, au sein du dialogue entre patient et infirmière, dans le langage simple et populaire.

L'approche pratique, clinique, interprétative et holistique de Nordby vise la bonne communication au sein de la rencontre clinique et la compréhension réciproque entre le patient et l'infirmière. Elle ne permet pas de trancher par rapport à une conceptualisation unique de la santé ou de la maladie. Pragmatique, elle vise à diminuer le flou conceptuel.

La conception d'une santé-*ipse* qui se dégage, pour ces nombreux auteurs, relève du rapport constitutif de la santé avec une identité changeante, en perpétuelle transformation. C'est la santé d'une identité qui, sans cesse, devient « autre », tant par son expression linguistique que par son action, tant par son rapport éthique à autrui que par sa fin personnelle d'équilibre ou de plénitude. Si l'ensemble de ces approches normativistes visent plutôt la santé d'une ipséité, certains auteurs essaient pourtant de nuancer leurs positions en essayant de la dialectiser avec la santé d'une mêmeté, comme pour Wakefield et dans les débats actuels sur la normativité biologique à partir de Canguilhem (Méthot, 2009 ; Giroux, 2013 ; Durrive, 2014 ; Gaille, 2014). L'intégration des approches demeure suspendue et leur lien n'est qu'une association fragile de deux conceptions opposées de la santé. La dichotomie persiste et n'est pas tout à fait dépassée.

La phénoménologie de l'ipséité saine ou malade

La phénoménologie de la médecine s'est déployée et s'est étendue en phénoménologie de la maladie, du corps, de la douleur et de la souffrance, du soin, de la mort, du jugement médical et de certaines maladies particulières. La plupart ont développé une phénoménologie du corps propre à partir d'Edmund Husserl, de Maurice Merleau-Ponty ou de Jean-Paul Sartre. Leur conception du phénomène demeure liée à la conscience subjective comme visée ou intentionnalité, et leur mot d'ordre reste husserlien : « Tout état de conscience en général est, en lui-même, conscience de quelque chose. [...] dire que tout cogito ou encore tout état de conscience 'visé' quelque chose, et qu'il porte en lui-même en tant que 'visé' (en tant qu'objet d'une intention) son *cogitatum* respectif. » (Husserl, 1931, p. 28).

Par exemple, S. Kay Toombs analyse l'expérience du corps vécu, la temporalité de la maladie et l'*illness* comme perte (Kay Toombs, 1988, 1990, 1992, 2001). Havi Carel évoque le doute corporel et la maladie comme *epoché*, motivation pour philosopher et « forme de vie complète » (Carel, 2008, 2011, 2012, 2013, 2014, 2016). Drew Leder insiste sur le « corps absent » qui apparaît dans la maladie, la « médecine matérialiste authentique », le « toucher de guérison » et l'*illness* comme exil et perte de transparence (Leder, 1984, 1990a). Richard Zaner développe la « distanciation pratique » et analyse la maladie qui « évoque, définit, délimite et tronque le soi » incarné (Zaner, 1981, 1990). Karl Jaspers aborde les deux modes d'explication et de compréhension, la maladie comme une « situation-limite » et comme un « incompréhensible » (Jaspers, 1964, 1986). Il conçoit le médecin en tant que philosophe qui accompagne le processus de clarification existentielle. Toutes ces approches se rapportent à une ipséité sans rendre compte de l'identité-*idem* qu'elles critiquent en refusant tout abord du corps comme *Körper* ou corps-objet.

Cette complexité conceptuelle des approches de la santé appelle à une prise de position qui peut être choisie parmi trois possibilités : 1. Adopter un des concepts clés déjà développés, mais sous une autre perspective.

2. Adopter le concept de l'ensemble flou de Sadegh-Zadeh qui relativise tous les concepts. 3. Chercher un autre concept plus intégral et holistique, plus englobant et plus structurant, un concept qui pourra rendre compte de la validité de l'apport de chacun de ces auteurs multiples à un degré donné. Le concept herméneutique de la santé sur lequel nous insistons dans la troisième partie s'avère être fondamental et répond à une telle alternative.

Le cercle herméneutique identitaire de la santé

Plusieurs auteurs ont étudié la santé et la maladie à partir d'une plateforme conceptuelle qui provient de la tradition de la phénoménologie herméneutique de Gadamer, Heidegger et Ricœur. Dans les approches naturalistes, la santé-*idem* est en rapport avec le temps passé, la mémoire corporelle de l'identité, alors que dans les approches normativistes et phénoménologiques, la santé-*ipse* est portée par l'action et la promesse d'un avenir identitaire meilleur. Pour parler le langage de Heidegger et de Ricœur, l'approche herméneutique essaie alors d'articuler la mémoire du passé et la promesse de l'avenir dans l'attestation ontologique, mais aussi narrative du présent identitaire.

L'herméneutique de la santé et l'identité ontologique

En s'inspirant de Gadamer et de Heidegger, Fredrik Svenaeus développe une phénoménologie herméneutique, ontologique et épistémologique de la santé et surtout de la pratique médicale (Svenaeus, 2000, 2001, 2003, 2011, 2015). Il définit la santé et la maladie, en tant que deux modes d'être-au-monde : la santé est comprise comme un « être-chez-soi » et la maladie comme un « ne-pas-être-chez-soi ». Le rapport entre la santé et la maladie, en tant que deux existentiels, s'avère être alors un phénomène graduel. L'homme ne passe pas sa vie en se dirigeant « vers » (*towards*) la santé comme but, mais il vit « à travers » (*through*) la santé (Svenaeus, 2001, p. 80, 82). À la différence de Boss et de Binswanger qui déploient une philosophie heideggérienne où la maladie est un manque de santé et où la santé est identifiée à un manque d'authenticité et de liberté (Svenaeus, 2001, p. 91-92), Svenaeus opte pour les concepts d'affection (*Befindlichkeit*) et de familiarité (*Heimlichkeit / homelikeness*). Ce dernier concept sert à définir le séjour (*Wohnen*) du malade dans le monde. Dans le rapport du malade à son monde propre, la maladie est une étrang(èr)eté (*Unheimlich / uncanny*) et un ne-pas-être-chez-soi (*Unheimlichkeit / unhomelikeness*). Elle est révélée authentiquement dans l'angoisse de l'être-pour-la-mort. L'équilibre entre la santé et la maladie varie. Quand la santé ou l'être-chez-soi ne peut plus empêcher l'apparition de la maladie ou du « ne-pas-être-chez-soi » dans le monde, cette dernière est plus accentuée, aliénante et envahissante. Elle n'est pas totale puisque le malade, dans sa mienneté, reste toujours un soi avec son corps et son monde. L'étrang(èr)eté envahit alors l'être-au-monde. L'angoisse authentique s'exerce dans l'instant de la décision et à travers l'appel de la conscience, alors que l'angoisse du « ne-pas-être-chez-soi » dure avec la maladie. Le « ne-pas-être-chez-soi » devient pathologique et envahit toute l'existence du malade. Son angoisse se transforme en peur. La structure temporelle de la maladie comme « ne-pas-être-chez-soi » est doublement aliénée, au niveau corporel et au niveau de la narrativité. Le temps du corps n'est plus celui du *Da-*

sein. Le passé et l'avenir deviennent obscurs et étrangers par rapport au présent. Le malade expérimente aussi la nécessité de raconter, de nouveau et d'une manière métaphorique, l'histoire de sa vie.

Le philosophe suédois reprend, à travers le langage heideggérien de l'être-au-monde, les concepts gadamériens d'équilibre, de rythme de vie, de dissimulation de la santé, de *phronèsis*, de dialogue et de « fusion des horizons ». La santé est un processus actif comme équilibrage : elle n'implique pas un équilibre entre deux entités, mais elle est un mode d'être-au-monde et une donation de sens. La pratique médicale, fondée dans la rencontre clinique sur le dialogue, est, dans son essence, herméneutique. Son but est de faciliter le déploiement de la santé. Elle se base sur une fusion de deux modes d'être-au-monde. 1. L'horizon du médecin qui est chez-soi, qui a une expertise dans le monde de la santé, des affections ou des tonalités d'émerveillement, d'empathie et d'aide, et une sagesse pratique. 2. L'horizon du malade qui n'est-pas-chez-soi. Au sein des multiples différences – sociale, culturelle, ethnique, etc. – entre les deux horizons, la pratique médicale vise à mener le malade à l'actualisation de l'affection de cet être-chez-soi.

Dans la même perspective ontologique heideggérienne et inspiré par la notion de l'effort de persévération dans l'être (*conatus*) de Spinoza, Bernard Honoré affirme qu'« il y a la santé » et définit la santé comme « être-en-forme » et « être-en-vie » au monde (Honoré, 1996, 1999). La santé est, comme chez Canguilhem, « une *allure de vie* ». Elle est identitaire par excellence. La maladie ne la supprime pas, elle la révèle, car elle est en retrait. Comme un *a priori* de la vie, la santé est aussi une tonalité, un don et une source, un déploiement et un dévoilement. Elle fonde le prendre-soin, anime ainsi l'allure de l'homme, unifie son existence et le porte à l'accomplissement. Dans son ouvrage *Être et santé* (1999), Honoré effectue une relecture sanitaire d'*Être et temps* de Heidegger. Il développe l'ensemble des existentiels heideggériens dans une perspective de santé. Le « on prend soin » est en rapport avec la déchéance sanitaire. Le sens de la santé et le prendre-soin authentique, tant de soi-même que de l'autre, du corps ou du monde, sont déclinés ontologiquement en rapport avec l'être, le temps, l'être-avec et la critique heideggérienne de la technique. Le « sentiment de soin » est une disposition intérieure qui ouvre le prendre-soin. Il est une affection existentielle de l'homme qui éprouve une situation de crise. Il se déploie dans une communication dialogique.

L'herméneutique de la santé et l'identité narrative

L'herméneutique ricœurienne est déployée dans le monde médical par plusieurs auteurs dont surtout ceux qui visent le patient comme texte et insistent, indirectement, sur l'identité narrative. Le « comme » herméneutique souligne la dimension métaphorique de ce texte. Il est plutôt intersubjectif et multiple. En s'inspirant de la tradition médiévale des quatre sens de l'Écriture : littéral, allégorique, moral et anagogique ou mystique, Stephen Daniel propose un modèle herméneutique du jugement clinique en médecine, tant préventif, curatif que palliatif (Daniel, 1986). Il élabore une analogie entre la rencontre clinique du patient et du médecin et le texte littéraire sur quatre niveaux.

1. Le « sens littéral » ou l'objet de l'interprétation (par analogie au sens littéral) : le récit littéral du patient et des faits qui concernent son corps. Daniel évoque le concept

ricœurien de « distanciation » dans la lecture du texte et son autonomie par rapport au contexte et à l'auteur. Il indique la nécessité de dépasser, dans un second temps, cette distanciation dans une visée plus personnalisante.

2. Le « sens personnel » ou le mode d'interprétation (par analogie au sens allégorique) : le sens diagnostique de ces données. À ce niveau, Daniel signale le concept ricœurien du « conflit des interprétations » entre multiples intervenants : le patient, le médecin, mais aussi la famille, les autres professionnels de la santé, etc. Le médecin entre dans le cercle herméneutique avec ses conceptions scientifiques préalables qui émergent de son diagnostic différentiel. Il émet un jugement clinique théorique.

3. Le « sens vital », le jugement clinique pratique ou la *praxis* interprétative (par analogie au sens moral) : les décisions thérapeutiques et pronostiques que ce diagnostic implique. Elles intègrent les dimensions personnelles et sociales.

4. Le « sens holistique » ou les modifications opérées par la rencontre clinique dans le monde de la vie du patient et du médecin (par analogie au sens mystique). Celles-ci sont réalisées à travers une compréhension empathique. Le médecin s'auto-comprend en comprenant son patient. Un monde est ainsi projeté pour chacun devant ce texte. La vérité médicale du texte clinique demeure un mystère et la pratique médicale une tentative de recherche.

Pour Daniel, le texte est « n'importe quel groupe de signes qui constitue un tout et qui possède une signification par le moyen de l'interprétation. » À la différence du texte littéraire, le médecin vise à modifier le patient comme texte à travers le processus thérapeutique. Le texte clinique est triple : le texte primaire est le patient lui-même. Les deux autres textes sont secondaires : l'histoire recueillie par le médecin et la documentation de l'événement clinique formée par le résumé du cas, le diagnostic, le traitement et le pronostic.

Edward Gogel et James Terry proposent dix lignes directrices de l'herméneutique médicale clinique. Ces lignes, tout en étant non exhaustives, présentent les conditions minimales possibles pour la pratique médicale interprétative (Gogel et Terry, 1987).

Drew Leder développe une herméneutique textuelle au sein de la rencontre clinique en dégageant plusieurs analogies du texte (Leder, 1990b). Il affirme que la pratique médicale est herméneutique dans sa nature même et qu'il faudrait discerner, en diagnostic clinique, les bonnes interprétations de celles qui sont mauvaises. Pour Leder, comme chez Daniel, le texte est un tout qui acquiert un sens à travers l'interprétation. Le texte de la rencontre clinique est essentiellement la « personne-comme-malade » (*the person-as-ill*). Ce texte primaire se dilate en multiples textes secondaires : expérientiel, narratif, physique et instrumental. Le texte tertiaire est l'observation médicale écrite comme interprétation unifiée et accomplie au niveau matériel, et archivée dans le dossier médical. Elle intègre, au niveau conceptuel, la nosologie des maladies (*diseases*). À partir de l'intégration de ces niveaux textuels différents au sein de l'unique texte clinique de la personne malade, le *télos* herméneutique de la rencontre médicale est l'ensemble de trois buts qui orientent l'écriture et la lecture de ce texte clinique : la « cohérence interprétative », la « collaboration interprétative » basée sur l'empathie entre le patient et le médecin et l'« efficacité clinique ».

James Lock analyse la dialectique entre l'explication et la compréhension, entre le scientifique et le clinique dans le monde de la santé (Lock, 1990). En s'inspirant de Ricœur, il insiste sur la structuration narrative de cette dialectique à travers l'« arc herméneutique » et la triple *mimésis*. La médecine a le langage comme médiation. La connaissance médicale – art et science – prend une forme linguistique. L'herméneutique médicale peut alors être corrélée à l'herméneutique textuelle. Elle emprunte un « discours mixte » à la fois scientifique et clinique. Il est en rapport, d'un côté, avec les faits et les explications théoriques qui opèrent une « réduction herméneutique » et, d'un autre côté, avec les valeurs et les significations humaines qui forment l'essentiel d'une « conviction bien pesée » (dans le sens ricœurien) en herméneutique médicale.

D'inspiration tout aussi ricœurienne, Toshiki Nishimura rappelle l'histoire de la tradition allemande du rapport dynamique entre l'explication (*Erklären*) et la compréhension (*Verstehen*), et il l'applique en médecine (Nishimura, 2015). La souffrance cause une désappropriation du soi. L'appropriation de soi par l'action se fait à travers les médiations culturelles qui témoignent du désir et de l'effort d'exister de l'homme. Ce processus se réalise à travers l'identité narrative du malade. La pratique médicale est en rapport avec cette identité narrative. Elle assume la dialectique entre l'explication et la compréhension au sein d'un « arc herméneutique » médical. Cet arc est formé par une extension de la compréhension médicale par l'histoire, l'action et la neuroscience. La théorie ricœurienne du texte est corrélée à celle de l'action, de l'identité et de l'histoire. Son application médicale permet de situer l'action du médecin au sein d'un processus herméneutique plus large. Nishimura, en s'appropriant la formule de Ricœur : « Expliquer plus, c'est comprendre mieux », affirme qu'il faudrait mieux comprendre l'expérience de l'*illness* en expliquant davantage le *disease* (Nishimura, 2015, p. 97).

Conclusion

La dialectique de la santé-*idem* dominante dans les approches naturalistes et de la santé-*ipse* mise en relief dans les approches normativistes et phénoménologiques aboutit, dans la perspective herméneutique, à une santé ontologique enracinée dans le chez-soi (de teneur heideggerienne) et, d'une manière ontique, à une santé narrative basée sur l'identité narrative (de teneur ricœurienne).

L'attestation de soi comme sain est alors inscrite dans cette circularité herméneutique de l'identité en rapport avec les formes de l'altérité : le corps propre ou la chair malade, l'altérité d'autrui comme soignant étranger et l'altérité la plus intime de la voix de la conscience (Ricœur, 1990). Entre l'espace d'expérience de la santé-*idem* et l'horizon d'attente de la santé-*ipse*, la santé narrative se déploie dans le présent historique qui les récapitule.

La relecture du parcours historique de la philosophie de la médecine à travers la perspective ricœurienne du concept d'identité, bien que ce dernier ne soit pas mentionné directement, montre la possibilité d'un lien conceptuel entre la santé et l'identité. La réponse à la question : « la santé de qui ? », relève de la narrativité, avec toutes ses limites, déjà mise en pratique par la médecine narrative. En quoi pourrait consister donc le

concept de santé narrative qui synthétise la dialectique entre la santé-*idem* et la santé-*ipse* ? Quelles seraient ses composantes conceptuelles ? L'attestation de soi suffit-elle à en rendre compte ?

RÉFÉRENCES

- AGICH, G.J. (1983). Disease and Value: A Rejection of the Value-Neutrality Thesis. *Theoretical Medicine* 4 (1) 27-41.
- AGICH, G.J. (1990). Toward a Pragmatic Theory of Disease. In J.M. HUMBER and R.F. ALMEDER (ed.). *What is Disease?*, p. 219-246. New York: Springer Science+Business Media, *Biomedical Ethics Reviews*.
- AGICH, G.J. (2002). Implications of a Pragmatic Theory of Disease for the DSMs. In J. SADLER. *Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 96-113.
- ANANTH, M. (2008). In Defense of an Evolutionary Concept of Health. *Nature, Norms, and Human Biology*. Hampshire: Ashgate, *Ashgate Studies in Applied Ethics*.
- BEIGBEDER, Y. (1997). *L'Organisation mondiale de la santé*. Paris : PUF, *Que sais-je ?* 3234.
- BOORSE, Ch. (1975). On the Distinction between Disease and Illness. *Philosophy and Public Affairs* 5 (1) 49-68.
- BOORSE, Ch. (1976). What a Theory of Mental Health should be. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 6 (1) 61-84.
- BOORSE, Ch. (1976). Wright on Functions. *Philosophical Review* 85 (1) 70-86.
- BOORSE, Ch. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science* 44 (4) 542-573.
- BOORSE, Ch. (2014). A Second Rebuttal on Health. *The Journal of Medicine and Philosophy* 39 (6) 683-724.
- CANGUILHEM, G. (1984 [1966]). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF, *Quadrige*.
- CAREL, H. (2014 [2008]). *Illness. The Cry of the Flesh*. London / New York: Routledge.
- CAREL, H. (2011). Phenomenology and its Application in Medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics* 32 (1) 33-46.
- CAREL, H. (2012). Phenomenology as a Resource for Patients. *The Journal of Medicine and Philosophy* 37 (2) 96-113.
- CAREL, H. (2013). Illness, Phenomenology, and Philosophical method. *Theoretical Medicine and Bioethics* 34 (4) 345-357.
- CAREL, H. (2014). The Philosophical Role of Illness. *Metaphilosophy* 45 (1) 20-40.
- CAREL, H. (2016). *Phenomenology of Illness*. New York: Oxford University Press.
- COOPER, R. (2002). Disease. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 33 (2) 263-282.
- COOPER, R. (2005). *Classifying Madness: A Philosophical Examination of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Dordrecht: Springer, *Philosophy and Medicine*, 86.
- COOPER, R. (2007). *Psychiatry and Philosophy of Science*. Stocksfield: Acumen, *Philosophy and Science*.
- DANIEL, S.L. (1986). The Patient as Text: A Model of Clinical Hermeneutics. *Theoretical Medicine* 7 (2) 195-210.
- DURRIVE, B. (2014). Actualité plurielle de Canguilhem en philosophie de la médecine. *Revue de métaphysique et de morale* 82 (2) 257-271.
- ENGELHARDT Jr., H.T. (1975). The Concepts of Health and Disease. In H.T. ENGELHARDT Jr. and S.F. SPICKER (eds). *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences, Proceedings of the First Transdisciplinary Symposium on Philosophy and Medicine*, Galveston, May 9-11, 1974, p. 125-141. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, *Philosophy and Medicine*, 1.
- ENGELHARDT Jr., H.T. (1976). Human Well-Being and Medicine: Some Basic Value-Judgments in the Biomedical Sciences. In H.T. ENGELHARDT Jr. and D. CALLAHAN (eds). *Science, Ethics and Medicine*, p. 120-139. Hastings-on-Hudson (New York): Institute of Society, Ethics and the Life Sciences.
- ENGELHARDT Jr., H.T. (1984). Clinical Problems and the Concept of Disease. In L. NORDENFELT and I. PÖRN. *Health, Disease, and Causal Explanations in Medicine*, p. 27-41. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, *Philosophy and medicine*, 16.
- FEDORYKA, K. (1997). Health as a Normative Concept: Towards a New Conceptual Framework. *The Journal of Medicine and Philosophy* 22 (2) 143-160.
- FOUCAULT, M. (1963). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris: PUF, *Galien*.
- FULFORD, K.W.M. (1989). *Moral Theory and Medical Practice*. New York: Cambridge University Press.
- FULFORD, K.W.M. (1993). *Praxis Makes Perfect: Illness as a Bridge between Biological Concepts of Disease and Social Conceptions of Health*. *Theoretical Medicine* 14 (4) 305-320.
- GADAMER, H.-G. (1996 [1993]). *The Enigma of Health. The Art of Healing in a Scientific Age*. Translated by J. Gaiger and N. Walker. Stanford: Stanford University Press.
- GAILLE, M. (2014). La philosophie de la médecine après G. Canguilhem. *Revue de métaphysique et de morale* 82 (2) 155-165.
- GAMMELGAARD, A. (2000). Evolutionary Biology and the Concept of Disease. *Medicine, Health Care and Philosophy* 3 (2) 109-116.
- GIROUX, E. (2013). *Philosopher sur les concepts de santé : de l'Essai de Georges Canguilhem au débat anglo-américain*. *Dialogue* 52 (4) 673-693.
- GOGEL, E.L. and TERRY, J.S. (1987). Medicine as Interpretation: The Uses of Literary Metaphors and Methods. *The Journal of Medicine and Philosophy* 12 (3) 205-217.
- HELLSTRÖM, O. (1993). The Importance of a Holistic Concept of Health for Health Care. Examples from the Clinic. *Theoretical Medicine* 14 (4) 325-342.
- HELLSTRÖM, O. (1998). *Dialogue Medicine: A Health-Liberating Attitude in General Practice*. *Patient Education and Counseling* 35 (3) 221-231.
- HONORÉ, B. (1996). *La santé en projet*. Paris : InterÉditions, *Cadres de santé*.
- HONORÉ, B. (1999). *Être et santé. Approche ontologique du soin*. Paris : L'Harmattan.
- HUBER, M., KNOTTNERUS, A., GREEN, L. et al. (2011). How Should we Define Health? *British Medical Journal* 343 (7817) 235-237.

- HUSSERL, E. (1986 [1931]). *Méditations cartésiennes. Introduction à la phénoménologie*. Traduit de l'allemand par G. Peiffer et E. Lévinas. Paris : Vrin, Bibliothèque des textes philosophiques.
- ILLICH, I. (1975). *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris : Éditions du Seuil, 01 Techno-critique.
- JASPERS, K. (1964 [1959]). *Psicopatologia generale*. Traduzione della settima edizione tedesca di R. Priori. Roma : Il pensiero scientifico.
- JASPERS, Karl (2006 [1986]). *Le médecin à l'âge de la technique*. Traduit de l'allemand et présenté par J.-C. Gens. *Poésie* 16 (2) 89-103.
- KAY TOOMBS, S. (1988). *Illness and the Paradigm of Lived Body*. *Theoretical Medicine* 9 (2) 201-226.
- KAY TOOMBS, S. (1990). *The Temporality of Illness: Four Levels of Experience*. *Theoretical Medicine* 11 (3) 227-241.
- KAY TOOMBS, S. (1992). *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*. Dordrecht: Springer Science+Business Media, Philosophy and Medicine, 42.
- KAY TOOMBS, S. (ed.) (2001). *Handbook of Phenomenology and Medicine*. Dordrecht: Springer Science+Business Media, Philosophy and Medicine, 68.
- KENDELL, R.E. (1975). *The Concept of Disease and its Implications for Psychiatry*. *The British Journal of Psychiatry* 127 (4) 305-315.
- KENDELL, R.E. (2001). *The Distinction between Mental and Physical Illness*. *British Journal of Psychiatry* 178 (6) 490-493.
- LEDER, D. (1984). *Medicine and Paradigms of Embodiment*. *The Journal of Medicine and Philosophy* 9 (1) 29-43.
- LEDER, D. (1990a). *The Absent Body*. Chicago: University of Chicago Press.
- LEDER, D. (1990b). *Clinical Interpretation: The Hermeneutics of Medicine*. *Theoretical Medicine* 11 (1) 9-24.
- LENNOX, J. (1995). *Health as an Objective Value*. *The Journal of Medicine and Philosophy* 20 (5) 499-511.
- LOCK, J.D. (1990). *Some Aspects of Medical Hermeneutics: The Role of Dialectic and Narrative*. *Theoretical Medicine* 11 (1) 41-49.
- MÉTHOT, P.-O. (2009). *French Epistemology Overseas: Analyzing the Influence of Georges Canguilhem in Québec*. *Humana.Mente* 9 (1) 39-58.
- MORDACCI, R. (1995). *Health as an Analogical Concept*. *The Journal of Medicine and Philosophy* 20 (5) 475-497.
- MORDACCI, R. and SOBEL, R. (1998a). *Health: A Comprehensive Concept*. *Hastings Center Report* 28 (1) 34-37.
- MORDACCI, R. (1998b). *The Desire for Health and the Promises of Medicine*. *Medicine, Health Care and Philosophy* 1 (1) 21-30.
- NISHIMURA, T. (2015). *Paul Ricœur and the Integration of Clinical Methods: Better Understanding of the Illness Experience by a More Thorough Explanation of the Disease*. *Journal of Philosophy and Ethics in Health Care and Medicine* 9, 87-102.
- NORDBY, H. (2016). *The Meaning of Illness in Nursing Practice: A Philosophical Model of Communication and Concept Possession*. *Nursing Philosophy* 17 (2), 103-118.
- NORDBY, H. (2017). *Concept Communication and Interpretation of Illness: A Holistic Model of Understanding in Nursing Practice*. *Holistic Nursing Practice* 31 (3), 158-166.
- NORDENFELT, L. (1995 [1987]). *On the Nature of Health. An Action-Theoretic Approach*. Dordrecht: Springer Science+Business Media, Philosophy and Medicine, 26.
- NORDENFELT, L. (1993). *Concepts of Health and their Consequences for Health Care*. *Theoretical Medicine* 14 (4), 277-285.
- NORDENFELT, L. (2007). *The Concepts of Health and Illness Revisited*. *Medicine, Health Care and Philosophy* 10 (1) 5-10.
- PELLEGRINO, E. and THOMASMA, D. (1981). *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. New York: Oxford University Press.
- PÖRN, I. (1993). *Health and Adaptedness*. *Theoretical Medicine* 14 (4), 295-303.
- REZNEK, L. (1987). *The Nature of Disease*. London / New York: Routledge, Philosophical Issues in Science.
- REZNEK, L. (1991). *The Philosophical Defence of Psychiatry*. London / New York: Routledge, Philosophical Issues in Science.
- RICHMAN, K.A. and BUDSON, A.E. (2000). *Health of Organisms and Health of Persons: An Embedded Instrumentalist Approach*. *Theoretical Medicine* 21 (4) 339-354.
- RICŒUR, P. (1960). *Philosophie de la volonté (tome 2) : Finitude et culpabilité*. Livre I. L'homme faillible. Paris : Aubier / Éditions Montaigne, Philosophie de l'esprit.
- RICŒUR, P. (1985). *Temps et récit 3. Le temps raconté*. Paris : Seuil, L'ordre philosophique.
- RICŒUR, P. (1986). *Du texte à l'action. Essais d'herméneutique, tome 2*. Paris : Seuil, Esprit.
- RICŒUR, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, L'ordre philosophique.
- SADE, R.M. (1995). *A Theory of Health and Disease: The Objectivist-Subjectivist Dichotomy*. *The Journal of Medicine and Philosophy* 20 (5) 513-525.
- SADEGH-ZADEH, K. (2000). *Fuzzy Health, Illness, and Disease*. *The Journal of Medicine and Philosophy* 25 (5) 605-638.
- SADEGH-ZADEH, K. (2008). *The Prototype Resemblance Theory of Disease*. *The Journal of Medicine and Philosophy* 33 (2) 106-139.
- SADEGH-ZADEH, K. (2012). *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*. Dordrecht: Springer Science+Business Media, Philosophy and Medicine, 113.
- SCADDING, J.G. (1967). *Diagnosis: The Clinician and the Computer*. *The Lancet* 7521 (2) 877-882.
- SCADDING, J.G. (1988). *Health and Disease: What Can Medicine Do for Philosophy?* *Journal of Medical Ethics* 14 (3) 118-124.
- SEEDHOUSE, D. (2001 [1986]). *Health: The Foundations for Achievement*. Chichester: John Wiley and Sons.
- STURMBERG, J.P., MARTIN, C.M. and O'HALLORAN, D. (2010). *Music in the Park. An Integrating Metaphor for the Emerging Primary (Health) Care System* *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16 (3) 409-414.
- SVENAEUS, F. (2000). *Das Unheimliche – Towards a Phenomenology of Illness*. *Medicine, Health Care and Philosophy* 3 (1) 3-16.

SVENAEUS, F. (2001). *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health: Steps Towards a Philosophy of Medical Practice*. Dordrecht: Springer Science+Business Media, International Library of Ethics, Law, and the New Medicine, 5.

SVENAEUS, F. (2003). *Hermeneutics of Medicine in the Wake of Gadamer: The Issue of Phronesis*. *Theoretical Medicine* 24 (5) 407-431.

SVENAEUS, F. (2011). *Illness as Unhomelike Being-in-the-World: Heidegger and the Phenomenology of Medicine*. *Medicine, Health Care and Philosophy* 14 (3), 333-343.

SVENAEUS, F. (2015). *Hermeneutics, Health and Medicine*. In J. MALPAS and H.-H. GANDER (eds). *The Routledge Companion to Hermeneutics*, p. 550-560. New York: Routledge, Routledge Philosophy Companions.

VENKATAPURAM, S. (2011). *Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach*. Cambridge: Polity Press.

VENKATAPURAM, S. (2013). *Health, Vital Goals, and Central Human Capabilities*. *Bioethics* 27 (5) 271-279.

WAKEFIELD, J.C. (1992a). *Disorder as Harmful Dysfunction: a Conceptual Critique of DSM-III-R's Definition of Mental Disorder*. *Psychological Review* 99 (2), 232-247.

WAKEFIELD, J.C. (1992b). *The Concept of Mental Disorder: on the Boundary between Biological Facts and Social Values*. *American Psychologist* 47 (3) 373-388.

WAKEFIELD, J.C. (2007). *The Concept of Mental Disorder: Diagnostic Implications of the Harmful Dysfunction Analysis*. *World Psychiatry* 6 (3) 149-156.

WAKEFIELD, J.C. (2014). *The Biostatistical Theory versus the Harmful Dysfunction Analysis, part 1: Is Part-Dysfunction a Sufficient Condition for Medical Disorder?* *The Journal of Medicine and Philosophy* 39 (6) 648-682.

WHITBECK, C. (1978). *Four Basic Concepts of Medical Science*. *Proceedings of the Biennial Meeting of the Philosophy of Science Association (PSA)*, 1, 210-222.

WHITBECK, C. (1981). *A Theory of Health*. In A.L. CAPLAN, H.T. ENGELHARDT Jr., and J.J. MCCARTNEY (eds). *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives*, p. 611-626. Reading: Addison-Wesley Publishing Company.

WILLIAMS, G. and NESSE, R. (1991). *The Dawn of Darwinian Medicine*. *Quarterly Review of Biology* 66 (1) 1-22.

ZANER, R. (1981). *The Context of Self: A Phenomenological Inquiry Using Medicine as a Clue*. Athens: Ohio University Press, Series in Continental Thought, 1.

ZANER, R. (1990). *Medicine and Dialogue*. *The Journal of Medicine and Philosophy* 15 (3) 303-325.