

Estel — Livre blanc

Un modèle global de santé et de bien-être à l'ère d'une ontologie renouvelée

Document de travail - Rédigé par Fabrice CROISEAUX

Préambule

Ce livre blanc pose les fondements théoriques de la plateforme **Estel**. Il s'adresse à trois publics : les partenaires scientifiques susceptibles d'éprouver notre cadre conceptuel, les praticiens — de la médecine conventionnelle aux approches intégratives — appelés à l'utiliser ou à dialoguer avec lui, et la communauté éclairée qui cherche à repenser ce que « prendre soin de soi » signifie au XXI^e siècle.

Estel ne propose pas un outil supplémentaire dans l'écosystème déjà saturé de la santé numérique. Estel propose un **déplacement de postulat** : garder intact l'édifice scientifique-causal qui structure aujourd'hui la santé occidentale, et déplacer en amont le fondement ontologique sur lequel il a été historiquement bâti. Nous soutenons que les limites actuelles des approches quantifiées du bien-être ne sont pas des limites techniques — elles sont les conséquences d'un postulat matérialiste qui disqualifie par construction tout un ensemble de connaissances humaines du corps, de la santé et du sens. La plateforme Estel est construite sur une hypothèse différente : la conscience est ontologiquement première, le corps et l'environnement sont les formes sous lesquelles cette conscience se manifeste à l'échelle de notre perception, et la santé est l'art de lire ensemble ces formes sans les réduire.

Ce document expose l'architecture qui en découle : **trois couches** (observations, modèles, interprétation) et **deux pôles** (ce qui est perçu comme intérieur au corps, ce qui est perçu comme extérieur à lui). Il explique pourquoi cette architecture conserve le modèle scientifique-causal comme **socle central et opérationnel**, et intègre en complément — à partir du déplacement ontologique assumé — les médecines traditionnelles asiatique et ayurvédique, les typologies constitutionnelles, les grammaires symboliques et herméneutiques, et les pratiques des états modifiés de conscience, que des millénaires d'humanité ont élaborées et que la recherche contemporaine redécouvre. Ce n'est ni un éclectisme, ni une concession, ni une juxtaposition indifférenciée : c'est une articulation motivée, où chaque modèle est mobilisé dans son registre propre et sous le statut qui est le sien.

Pourquoi Estel ?

Estel est un mot sindarin qui désigne une forme particulière d'espérance : la confiance profonde enracinée dans la nature même des choses, qui ne dépend ni des preuves visibles ni des circonstances. C'est exactement la disposition qu'exige une approche holistique de la santé : accueillir ensemble science et symbolique, mesure et récit, biologie et sens, sans exiger que chaque registre soit validé par le protocole de l'autre. Le nom dit la posture que l'application cultive — la confiance dans la cohérence du réel sous la pluralité de ses langages. Court, singulier, mémorisable, il filtre naturellement le public qui se reconnaît dans cette disposition. Il inscrit enfin le produit dans une tradition mythopoétique cohérente avec la dimension imaginale que Jung et Hillman ont rendue pensable.

1. Un socle à garder, un postulat à déplacer

Depuis plusieurs siècles, l'Occident a construit un édifice de connaissance d'une puissance considérable sur un postulat ontologique particulier : **la réalité fondamentale est matérielle, et ce qui existe authentiquement est ce qui peut être mesuré, reproduit, isolé causalement**. De ce postulat sont issus la méthode expérimentale, la médecine biomédicale, la physiologie, la pharmacologie, l'épidémiologie, les neurosciences. L'ensemble forme un modèle dont les services rendus à l'humanité sont immenses et dont Estel ne remet en cause ni la validité interne, ni la centralité opérationnelle.

Il importe de souligner une conséquence directe de ce postulat, qui est rarement mise en avant : dans un cadre matérialiste, **la conscience elle-même doit être postulée comme propriété émergente de processus matériels**. C'est une conséquence logique et non un résultat — aucun argument, aucune expérience n'a jamais établi *comment* des processus purement physiques engendreraient une expérience vécue (c'est ce que David Chalmers appelle le « problème difficile de la conscience »). Ce qui se présente spontanément comme l'évidence scientifique est en réalité un postulat dont la contrepartie — l'émergence de la conscience — n'a jamais été démontrée. Reconnaître cela ne disqualifie pas la science, qui continue à opérer parfaitement à son niveau ; cela rappelle seulement que le choix du matérialisme comme ontologie est un choix, non un acquis.

Nous posons d'emblée une distinction qui commande tout le reste du document : **ce modèle est le socle sur lequel Estel se construit, mais sa centralité est historique et pratique, non ontologique**. Il est central parce qu'il est l'édifice commun, partagé, outillé, éprouvé — celui qui structure aujourd'hui la conversation sur la santé dans nos sociétés. Il n'est pas supérieur, au sens métaphysique, aux autres manières par lesquelles des cultures humaines ont compris le corps, la santé et le sens.

Cette distinction importe parce qu'elle modifie la nature de ce que nous proposons. Estel ne prétend pas remplacer le modèle scientifique-causal par un autre modèle qui le concurrencerait. Estel propose de **déplacer un postulat** — un seul — et d'observer ce que ce déplacement rouvre.

Le postulat déplacé est celui de la primauté du matériel. À sa place, nous adoptons celui de l'**idéalisme analytique** : la conscience est ontologiquement première, le corps et l'environnement sont les formes sous lesquelles cette conscience se manifeste à l'échelle de notre perception. Ce déplacement n'est pas une rupture contre la science — c'est une modification en amont, au niveau du fondement ontologique, qui laisse intact ce que le modèle scientifique-causal produit à son niveau.

Ce que ce déplacement change, en revanche, c'est **l'espace de ce qui redevient pensable**. Tant que le matérialisme est tenu pour acquis, un ensemble entier de systèmes de connaissance — médecines traditionnelles asiatique et ayurvédique, chronobiologies symboliques, typologies constitutionnelles, grammaires herméneutiques, traditions chamaniques et usage thérapeutique des états modifiés de conscience, accumulés par l'humanité pendant des millénaires — sont disqualifiés a priori, avant examen. Non pas *examinés et réfutés*, mais *rendus impensables par construction*. Changer le postulat ne valide pas automatiquement ces modèles. Il rouvre la possibilité de les examiner, de les mobiliser là où ils apportent quelque chose, et de les articuler au modèle scientifique-causal au lieu de les lui opposer.

C'est donc l'architecture suivante qui se dessine, et que le reste du document développe : **le modèle scientifique-causal comme socle conservé dans toute sa rigueur ; le changement de postulat ontologique comme pivot ; les autres modèles comme intégrations complémentaires rendues à nouveau pensables par ce pivot**. Ce n'est ni un abandon de la science, ni un éclectisme indifférent. C'est le geste précis de quelqu'un qui garde ce qui fonctionne, déplace ce qui a besoin de l'être, et laisse entrer ce que le déplacement rend de nouveau accueillable.

2. Fondements ontologiques : l'idéalisme analytique

2.1 La conscience comme donnée primaire

Nous adoptons comme postulat fondateur celui de l'**idéalisme analytique** tel que développé notamment par Bernardo Kastrup dans son œuvre philosophique, prolongé par la tradition non-duelle contemporaine (Rupert Spira) et convergent, sur plusieurs points critiques, avec la psychologie des profondeurs de Carl Gustav Jung.

La thèse centrale s'énonce simplement : **la conscience est ontologiquement première**. Elle n'est pas produite par le cerveau. Elle n'est pas un épiphénomène de processus physiques. Elle est le tissu fondamental dont toute chose — y compris ce que nous appelons « matière » — est faite.

Précisons d'emblée un point qui évitera des contresens récurrents : la conscience ainsi posée **n'est pas un sujet**. Elle n'expérimente rien, n'a ni intention ni perspective propre, ne « se donne » rien à elle-même. Elle est le champ dans lequel toute expérience, toute perspective, tout sujet, apparaissent. La subjectivité et l'expérience vécue au sens ordinaire du terme émergent au niveau des *alters* — modulations dissociées de ce champ, dont il sera question ci-dessous. Par souci de lisibilité, il nous arrivera d'employer des formulations comme « la conscience se manifeste sous telle forme » ou « telle

chose est manifestation de la conscience » : ces formules sont toujours à entendre au sens de la manifestation, jamais d'une subjectivité qui expérimenterait.

Note terminologique. Par commodité, et parce que c'est le vocabulaire que connaissent nos lecteurs, le document utilise le plus souvent le mot **sujet** pour désigner un *alter* au sens technique — la personne, l'utilisateur d'Estel, celui qui porte un corps et raconte sa situation. Nous ne recourons à *alter* que là où le statut ontologique de ce locus d'expérience (comme modulation de la conscience universelle) importe pour l'argument. Un glossaire en fin de document récapitule les termes techniques mobilisés ici.

Note terminologique — sur le mot « conscience ». Le mot « conscience » désignera dans ce document deux réalités à ne pas confondre. **Au sens premier**, ontologique, il désigne le champ posé ci-dessus — substrat, jamais sujet, sans degrés ni modulations propres. **Au sens second**, phénoménologique, il désigne la qualité de l'expérience portée par un *alter* : toujours vécue, susceptible de degrés, d'intensités, de finesses, de modulations, et donc éduicable et transformable. C'est ce second sens qui est en jeu dans des expressions courantes comme « états modifiés de conscience », « prise de conscience », « affinement de la conscience par la pratique contemplative », ou encore dans les débats sur la conscience d'un système d'IA. Les deux sens sont reliés ontologiquement — le second est une modulation locale du premier — mais ils n'obéissent pas à la même grammaire et ne désignent pas la même chose : le premier est un *fond* invariant, le second un *vécu* gradué. Le contexte précisera, dans la suite du document, lequel est en jeu ; en cas d'ambiguïté nous parlerons de **conscience universelle** pour le premier et de **conscience individuelle** (ou **conscience d'un alter**) pour le second. Cette distinction importe en particulier pour ce qui suit : parler de degrés, d'évolution ou de transformation de la conscience est légitime au sens second ; cela n'introduit aucune hiérarchie au sens premier — la conscience comme substrat ne connaît pas de degrés, et aucun alter n'est ontologiquement « plus » ou « moins » conscient qu'un autre.

Cette thèse n'est pas mystique. Elle repose sur un ensemble d'arguments philosophiques serrés dont voici les principaux :

- **L'argument parcimonieux.** Toute connaissance que nous avons de quoi que ce soit nous parvient par la conscience. Postuler en plus un substrat matériel distinct pour « expliquer » la conscience ajoute une entité dont nous n'avons aucune évidence directe, et engendre le « problème difficile de la conscience » (Chalmers) : comment des processus purement physiques engendreraient-ils une expérience vécue. L'idéalisme élimine ce problème en le retournant : ce qui est à expliquer, ce n'est pas comment la matière produit l'expérience, mais comment l'expérience se présente sous l'aspect de la matière.
- **L'argument par la dissociation.** Kastrup propose un modèle où les êtres conscients individuels sont des *alters* dissociés d'une conscience universelle — analogues aux personnalités multiples observées cliniquement dans le trouble dissociatif de l'identité. Ce modèle rend compte à la fois de la pluralité des perspectives subjectives et de l'unité sous-jacente de la réalité expérientielle.
- **Convergence avec la non-dualité.** La tradition expérientielle portée par Spira, héritière de l'Advaita Vedānta, n'est pas une spéculation métaphysique mais le rapport phénoménologique patient de ce qui se révèle quand l'attention se retourne sur le fond dont elle émerge. Sa convergence avec les conclusions de l'analyse philosophique constitue un faisceau d'indices non négligeable.

2.2 Ce que la physique contemporaine suggère sans le prouver

Nous tenons à ne pas tomber dans l'usage métaphorique et souvent abusif de la mécanique quantique. Il reste cependant des éléments solides qu'il serait malhonnête d'ignorer :

- **Le problème de la mesure.** L'interprétation standard de la mécanique quantique laisse ouverte la question de ce qui provoque la « réduction du paquet d'ondes ». L'interprétation de von Neumann-Wigner, minoritaire mais jamais réfutée, place cette réduction dans l'acte conscient d'observation. Le **QBism** (Quantum Bayesianism), développé notamment par Christopher Fuchs, interprète la fonction d'onde comme un état de croyance d'un agent — ramenant explicitement la description quantique à une relation entre un observateur conscient et son monde.
- **La non-séparabilité.** Les violations expérimentales des inégalités de Bell (Aspect 1982, Zeilinger et al., prix Nobel 2022) établissent que la réalité, à son niveau fondamental, n'est pas faite d'objets localement séparés portant des propriétés définies indépendamment de leur mesure. Cette non-séparabilité est compatible avec — et rendue naturelle par — une ontologie où la réalité fondamentale est un champ unifié dont les « objets » sont des

modulations locales.

- **Les travaux de Donald Hoffman** (*The Case Against Reality*, 2019) proposent, sur la base de simulations évolutionnaires, que les perceptions sensorielles ne sont pas des représentations fidèles de la réalité mais une interface adaptative — analogue à l'icône sur un bureau d'ordinateur, utile précisément parce qu'elle ne ressemble pas au fichier qu'elle désigne.

Aucun de ces éléments ne « prouve » l'idéalisme analytique. Ensemble, ils établissent que l'ontologie matérialiste classique n'est plus la position par défaut de la science contemporaine, et qu'il existe un espace conceptuel légitime pour des approches telles que celle que nous proposons.

2.3 Le statut de la mesure

Il découle de ce qui précède que **mesurer** n'est pas prélever une donnée objective dans un réel qui existerait indépendamment. Mesurer, c'est actualiser une relation entre un *alter* qui interroge et la couche d'expérience sur laquelle porte l'interrogation. La mesure est toujours *située* — à une échelle, dans un langage, selon un dispositif, pour un observateur.

Cela ne la rend pas moins précieuse. Cela la rend **relative à son niveau**. Une glycémie est une mesure parfaitement fiable de ce qu'elle mesure, dans le cadre où elle est définie. Elle n'épuise pas ce qu'est l'état de la personne dont elle parle, et elle ne doit pas être confondue avec cet état. Toute la plateforme Estel est construite pour tenir ensemble cette double affirmation : **les mesures comptent, et elles ne sont pas tout**.

Ce qui vaut de la mesure vaut, par extension, du modèle scientifique-causal lui-même. Il est, comme tout modèle, une **représentation située** — d'une puissance opérationnelle considérable dans son champ, sans équivalent là où il opère, et néanmoins représentation : mise en forme par un cadre conceptuel, par des choix de découpage, par un horizon historique. Cette reconnaissance n'égale pas les modèles, et ne dit pas que toutes les représentations se valent — ce qui serait du relativisme dont nous nous gardons (§11.2). Elle dit autre chose : que l'écart entre le modèle scientifique-causal et les autres registres qu'Estel mobilise n'est pas un écart entre *le réel* et *des récits*, mais un écart entre **représentations situées à des niveaux différents et sous des régimes de validation différents**. C'est cette reconnaissance qui rend possible l'articulation pluraliste exposée dans la suite du document, sans hiérarchie ontologique entre les registres, et avec une hiérarchie opérationnelle ferme là où elle s'impose.

Un exemple permet de fixer concrètement la portée de cette relativisation, que le chapitre 7 reprendra de manière développée : le recours hospitalier, en France, aux **coupeurs de feu** — praticiens qui, par imposition des mains et formules héritées, interviennent sur les brûlures, notamment radiques en contexte de radiothérapie — est un fait clinique largement documenté. Les études conduites dans plusieurs centres de cancérologie français montrent que 40 à 50 % des patients traités par radiothérapie y font appel, avec un bénéfice subjectif fréquemment rapporté, sans que les mécanismes en jeu soient descriptibles par les outils de la biomédecine actuelle. La mesure, telle qu'elle est définie à son niveau, ne voit pas ce qui s'y joue — elle ne le dément pas non plus. Ce cas ne disqualifie pas le modèle scientifique-causal ; il rappelle seulement qu'une chose peut exister cliniquement sans que les catégories de la mesure biomédicale la restituent, et que la santé, comme pratique, compose depuis toujours avec des registres que la mesure n'épuise pas.

2.4 Neutralité axiologique et distinction entre douleur et souffrance

Le cadre que nous venons de poser appelle deux précisions que les chapitres suivants mobiliseront sans toujours les redire.

Neutralité axiologique de la conscience. L'idéalisme analytique ne postule pas une conscience moralement chargée. Au niveau de la conscience comme donnée primaire, les catégories de « bien » et de « mal » n'ont pas de pertinence : elles émergent au niveau des *alters* individuels, à partir de perceptions situées et de contextes culturels. Il en découle que notre cadre n'est pas une doctrine spiritualiste déguisée, qu'aucune situation expérientielle n'est ontologiquement « un signe » ou « un châtement », et qu'Estel — comme plateforme — ne gradera jamais une configuration constitutionnelle, symbolique ou biologique selon un axe moral. Une configuration est ce qu'elle est, à sa place, à interpréter dans son contexte.

Douleur et souffrance : deux ordres à distinguer. La phénoménologie contemplative, la clinique contemporaine de la douleur et les traditions bouddhiques convergent sur une distinction structurante pour notre cadre. La **douleur** est un fait expérientiel de premier ordre — sensation, *qualia*, donnée de l'incarnation qui tient à la nature même d'une conscience située. La **souffrance** est ce que le mental ajoute par-dessus : l'interprétation, la résistance, la projection dans un futur craint, la comparaison à un passé regretté, le récit qui transforme un instant en destin. La tradition bouddhique parle des « deux flèches » : la première (la douleur) atteint quiconque est incarné ; la seconde (la souffrance) est décochée par la manière dont le mental reçoit la première.

Cette distinction n'est pas abstraite. Elle fonde des approches cliniques aux résultats documentés — méditation de pleine conscience (MBSR, Kabat-Zinn), thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), traditions contemplatives bouddhiques et non-duelles — qui apprennent à rencontrer la douleur sans la surcoucher de souffrance, avec des effets attestés sur la qualité de vie des patients douloureux chroniques.

Pour Estel, elle a deux conséquences pratiques : le pôle corporel (chapitre 5) accueille aussi bien la sensation douloureuse que la manière dont le sujet en parle — et cette manière est elle-même une donnée ; l'interprétation holistique (chapitre 8) peut discriminer ce qui, dans le vécu rapporté, relève de la douleur « nue » et ce qui relève des couches ajoutées par le mental. Les deux n'appellent pas les mêmes qualités d'attention, ni les mêmes interventions.

3. Psychologie des profondeurs et synchronicité

3.1 Jung dans le cadre idéaliste

La psychologie analytique de C. G. Jung trouve dans l'idéalisme analytique un cadre ontologique qui, curieusement, lui avait toujours manqué dans sa réception matérialiste. Trois notions clés de Jung prennent tout leur sens lorsqu'on les lit à partir d'une ontologie de la conscience :

- **L'inconscient collectif** n'est plus un problème embarrassant pour un cerveau individuel — un supposé héritage génétique de contenus psychiques. Il est la région de la conscience universelle à laquelle chaque conscience individuelle (chaque *alter*, pour reprendre Kastrup) communique en-deçà du seuil de sa perspective dissociée.
- **Les archétypes** sont les structures récurrentes de cette région partagée, les motifs selon lesquels la conscience prend forme à travers le temps, les cultures et les individus. Qu'on les rencontre dans les rêves, les mythes, les synchronicités ou les patterns de comportement n'est plus une énigme mais une cohérence.
- **L'individuation** — le processus par lequel un individu devient ce qu'il est singulièrement appelé à être — cesse d'être une métaphore pour devenir le mouvement même par lequel la conscience universelle se différencie localement en perspective singulière, sans que cette différenciation rompe l'ancrage dans le tout.

3.2 La synchronicité : ancrage théorique

La synchronicité, c'est-à-dire la coïncidence signifiante entre un état intérieur et un événement extérieur sans lien causal identifiable, est le concept jungien le plus souvent mal compris — soit crédulement adopté comme preuve de « magie », soit rejeté comme pensée magique. Il faut rappeler qu'elle n'est pas une idée isolée mais le fruit d'une **collaboration soutenue entre Jung et le physicien Wolfgang Pauli**, prix Nobel 1945, l'un des architectes de la mécanique quantique.

De cette collaboration est née la **conjecture Pauli-Jung**, reprise aujourd'hui sous le nom de *monisme à double aspect* par des chercheurs comme Harald Atmanspacher et Hans Primas. Elle pose qu'il existe une réalité sous-jacente *psychophysiquement neutre* — ni mentale ni physique — dont le mental et le physique sont deux aspects épistémiquement complémentaires. Dans ce cadre :

- la causalité physique opère au sein de l'aspect matériel ;
- le sens et l'intentionnalité opèrent au sein de l'aspect mental ;
- la synchronicité est ce qui devient observable quand la réalité sous-jacente se manifeste simultanément dans ses deux aspects de façon corrélée, sans qu'il y ait causalité d'un aspect à l'autre.

Cette formulation n'est ni ésotérique ni métaphorique. Elle est théoriquement précise, elle dialogue avec la

physique contemporaine, et elle s'inscrit dans un programme de recherche actif. Pour Estel, elle fournit le **pont conceptuel** qui légitime de traiter ensemble des données intérieures (état émotionnel, biologie, récit) et des données extérieures (environnement, temporalité, contexte) sans devoir postuler que les premières *causent* ou sont *causées par* les secondes : elles peuvent être deux lectures d'un même motif sous-jacent.

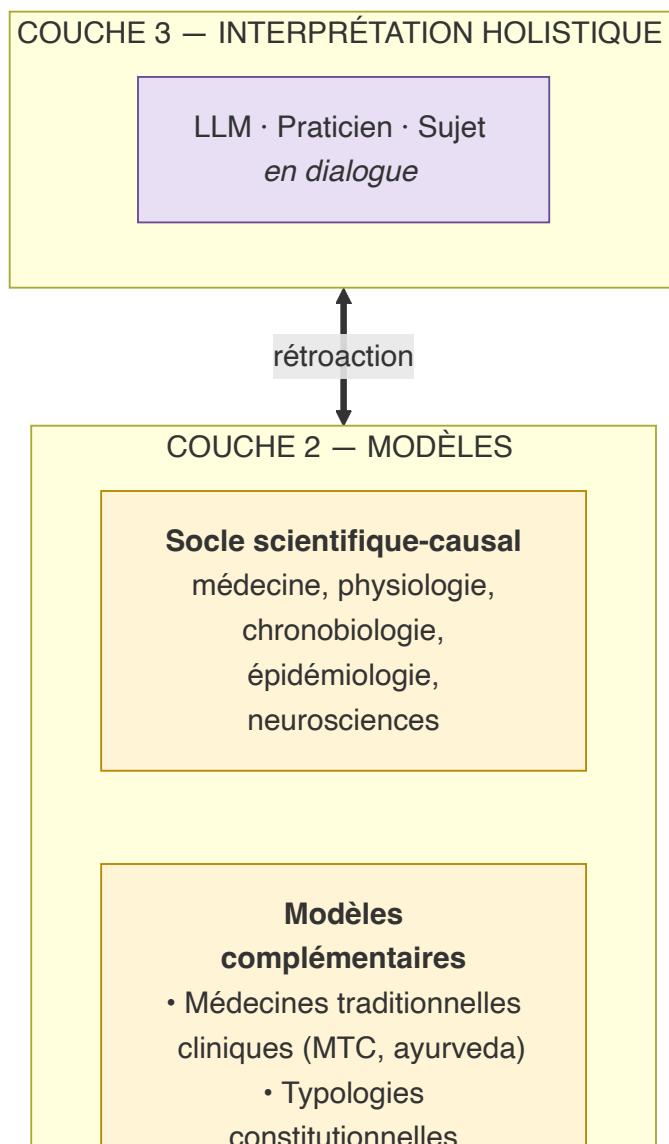
3.3 James Hillman et l'âme du monde

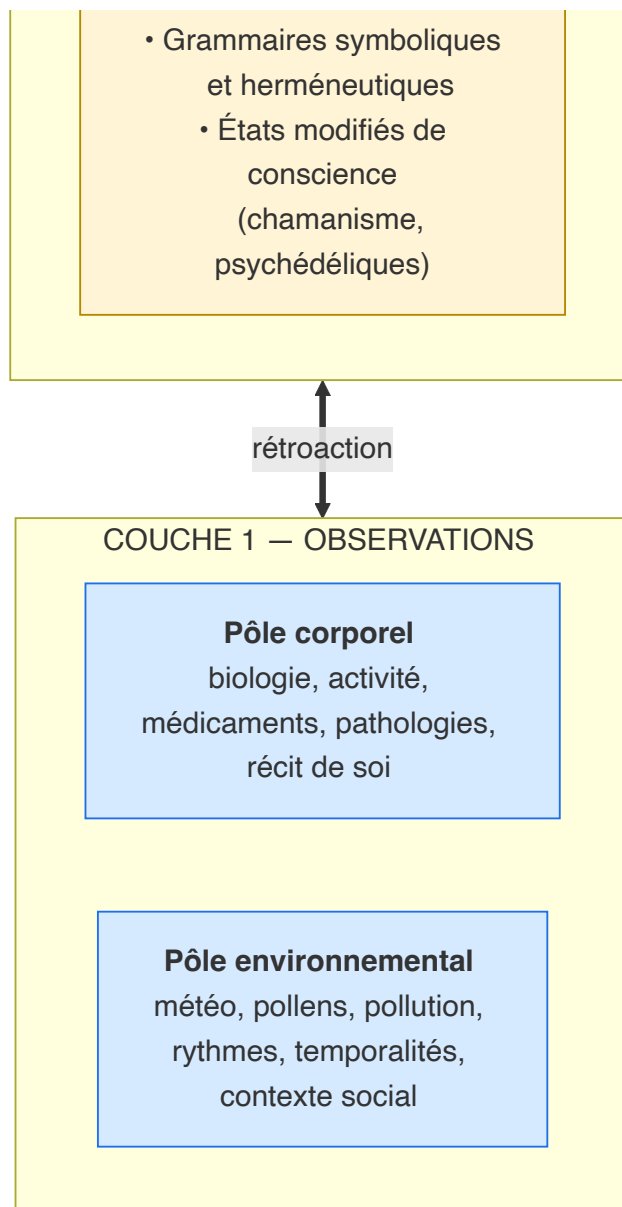
Si la structure théorique majeure que nous retenons est jungienne, nous notons l'apport de James Hillman et de sa psychologie archétypale, en particulier sa critique de l'intériorisation excessive de la psyché. Pour Hillman, il n'y a pas une âme enfermée dans un corps qui habite un monde ; il y a une *anima mundi*, une âme du monde, dont les âmes individuelles sont des inflexions. Le monde est animé, plein de présences, de qualités, d'atmosphères qui *nous* travaillent autant que nous les percevons. Cette sensibilité justifie dans Estel une prise au sérieux des données environnementales non pas seulement comme facteurs biologiques mesurables (pollution, pollens), mais comme éléments d'un paysage qualitatif dans lequel le sujet se tient.

4. Architecture du modèle Estel

4.1 Vue d'ensemble

Le modèle Estel articule **trois couches** successives et **deux pôles** transversaux, avec des **boucles de rétroaction** permettant aux couches supérieures d'orienter ce que les couches inférieures recueillent ou privilégient.





4.2 Le nombre de couches

Trois couches constituent un découpage pragmatique et non une architecture ontologiquement contraignante. On pourrait imaginer une **couche 0** en amont (la conscience universelle comme condition de possibilité de toute couche), et une **couche 4** en aval (l'action thérapeutique ou l'ajustement de mode de vie). Nous les mentionnons comme arrière-plan sans les formaliser dans la version actuelle du modèle, pour préserver l'opérabilité de la plateforme. La couche 0 est ce que ce chapitre et le chapitre 2 décrivent ; la couche 4 est ce que la plateforme produit comme conséquence pratique de son interprétation.

4.3 Les deux pôles : précision conceptuelle

Nous parlons de **pôle intérieur** et de **pôle extérieur**. Cette distinction est **relative au corps**, non à la conscience. Dans le cadre idéaliste, rien n'est extérieur à la conscience ; tout est donné en elle. Mais au sein de cette conscience, la forme corporelle que nous habitons délimite conventionnellement un « dedans » (ce que ce corps vit, fait, secrète, pense) et un « dehors » (ce à travers quoi ce corps se meut : climat, environnement électromagnétique, saison, contexte humain).

Cette convention a une valeur opératoire : elle organise les flux de données. Elle ne doit pas être prise pour une frontière ontologique. L'un des acquis théoriques que la plateforme doit porter est précisément que **les deux pôles sont deux lectures d'un même champ**. C'est ce qui rend concevable, et même attendu, qu'apparaissent des corrélations significatives entre eux — ce que la conjecture Pauli-Jung formalise.

5. Couche 1 — Observations

La couche 1 recueille ce que l'on peut capter, mesurer, décrire. Elle est par nature plurielle.

5.1 Pôle corporel

Cette dimension regroupe les observations portant sur le corps de la personne :

- **Biologie** : analyses sanguines, marqueurs inflammatoires, hormonaux, métaboliques, génomique si disponible, microbiote.
- **Données d'activité** : mesures de fréquence cardiaque, variabilité, sommeil, activité physique, exposition lumineuse, telles que recueillies par les dispositifs portés.
- **Médication et histoire clinique** : traitements en cours et passés, antécédents, pathologies diagnostiquées.
- **Récit de soi**. Nous plaçons le récit dans la couche d'observation, non parmi les modèles. Ce choix est délibéré. Le récit que la personne fait d'elle-même — ses sensations, ses humeurs, ses rêves, ses tensions, ses souvenirs, ses intuitions, les métaphores qui lui viennent — n'est pas une *interprétation* des faits : c'est une **donnée primaire**, au même titre qu'une glycémie. Son format est verbal plutôt que numérique, mais sa dignité épistémique est la même. Le priver de ce statut reviendrait à réintroduire par la fenêtre la hiérarchie matérialiste que nous récusons.

5.2 Pôle environnemental

Cette dimension regroupe les observations portant sur le contexte dans lequel le corps évolue :

- **Météorologie** : température, pression, humidité, luminosité, pression atmosphérique, activité géomagnétique.
- **Qualité environnementale** : pollens, particules fines, pollution sonore, qualité de l'eau et de l'air.
- **Temporalités** : date, saison, phase lunaire, position solaire, jour de la semaine, contexte calendaire.
- **Contexte social et géographique** : lieu, densité, type d'activité sociale en cours.

Certaines de ces données — la phase lunaire, la position planétaire — seront mobilisées plus tard par des modèles de la couche 2 qui en font usage symboliquement ou corrélativement. Elles n'ont pas à l'être pour être *captées* : le fait qu'il fasse pleine lune un jour donné est une donnée neutre, au même titre que la température.

5.3 Fidélité et non-exhaustivité

Nous n'attendons pas que cette couche soit jamais complète. Une donnée manquante n'est pas une défaillance ; c'est une zone d'ombre que la couche 3 doit prendre en compte dans son interprétation. Mieux vaut une mesure honnête de son incomplétude qu'une complétude fictive.

6. Couche 2 — Modèles

La couche 2 est constituée de **grilles d'interprétation** capables de transformer les observations brutes en éléments de signification. Elle articule un **socle scientifique-causal** — central et opérationnel — et trois familles de **modèles complémentaires** rendus à nouveau pensables par le déplacement ontologique posé au chapitre 1. Le chapitre 7 précisera la justification et le statut de cette intégration ; le présent chapitre en expose la composition.

6.1 Le socle : modèles scientifiques-causaux

Cette famille regroupe tous les modèles qui fonctionnent sur le schéma canonique de la science moderne : identification de régularités, formulation d'hypothèses causales, test expérimental, validation statistique. On y trouve :

- **La médecine biomédicale** dans toutes ses spécialités.
- **La physiologie** et les modèles du fonctionnement des systèmes (cardiovasculaire, nerveux, immunitaire, endocrinien).
- **La chronobiologie** et la chrono-pharmacologie.
- **L'épidémiologie** et la médecine environnementale.
- **Les modèles psychologiques scientifiques** : psychologie cognitive, psychiatrie fondée sur les preuves, neurosciences.

Ces modèles constituent le socle opérationnel d'Estel. Ils sont à la fois puissants et situés : ils décrivent le niveau où les régularités causales peuvent être établies, vérifiées et reproduites. À ce niveau, ils sont sans équivalent, et Estel en fait pleinement usage. Ce socle reste la référence pour tout ce qui relève du diagnostic clinique, de la pharmacologie, des actes médicaux, des urgences, des pathologies aiguës et chroniques établies. Aucun modèle complémentaire ne vient le déloger de ce territoire qui est le sien.

6.2 Les modèles complémentaires

Autour de ce socle, Estel intègre trois familles de modèles complémentaires. Leur inclusion est motivée (le chapitre 7 le justifie) et leurs statuts respectifs sont distincts. Nous les présentons d'abord selon leur nature propre.

Médecines traditionnelles à dimension clinique.

- **Médecine traditionnelle chinoise (MTC)** : typologies constitutionnelles, lecture énergétique et saisonnière, pharmacopée, acupuncture, diététique.
- **Ayurveda** : doshas, lecture constitutionnelle et saisonnière, diététique, pharmacopée.
- **Dans une moindre mesure**, d'autres systèmes de soin traditionnels documentés.

Ces systèmes reposent sur des millénaires d'observation clinique, disposent de typologies détaillées et de pharmacopées référencées. Ils sont intégrés dans des systèmes de santé nationaux dans plusieurs pays d'Asie et font l'objet de programmes de recherche de l'OMS. Ils apportent des lectures de terrain, de constitution et de rythme que le socle biomédical, centré sur la maladie et le symptôme, laisse en partie en dehors de son champ.

Typologies de personnalité et systèmes constitutionnels.

- **Big Five** (à fort appui empirique).
- **Ennéagramme, typologies jungiennes, MBTI.**
- **Human Design.**
- **Diathèses** et typologies constitutionnelles issues des médecines traditionnelles.

Ces systèmes proposent des grilles de lecture de la singularité individuelle que la médecine populationnelle ne vise pas. Leurs statuts épistémiques varient — certains ont des corrélats empiriques solides, d'autres relèvent davantage d'une épistémologie herméneutique — et cette variabilité sera respectée dans la manière dont Estel les mobilise.

Grammaires symboliques et dispositifs herméneutiques.

- **Astrologie** comme langage symbolique des temporalités et des qualités.
- **Numérologie** comme lecture des structures numériques comme motifs qualitatifs.
- **Tarot, I Ching** comme protocoles herméneutiques et dispositifs réflexifs.

Ces systèmes ne décrivent pas des mécanismes causaux et ne prétendent pas le faire dans leurs formulations classiques. Ils offrent des grammaires de sens, des langages structurés qui permettent à un sujet de mettre en forme son expérience, sa trajectoire, ses transitions. Leur efficacité propre est herméneutique et narrative : ils aident à faire sens, et c'est à ce niveau qu'ils s'évaluent.

Pratiques des états modifiés de conscience et guérison traditionnelle.

Une dernière famille, transversale aux précédentes et singulière par son statut, mérite d'être distinguée. Elle rassemble des pratiques dont le point commun est de faire des **modulations qualitatives de la conscience** — transe, méditation profonde, rêve dirigé, expériences induites par substances — un accès proprement thérapeutique.

- **Traditions chamaniques** et leurs héritages contemporains (sibériennes, amazoniennes, mésoaméricaines, africaines, circumpolaires) : usage codifié des états modifiés comme voie d'accès au soin, travail ritualisé avec le songe, la transe, le tambour, le chant, les plantes dites *maîtresses*, dans des cadres cosmologiques où le rapport entre humains et non-humains est une donnée structurante. Ce que l'anthropologie a longtemps rangé sous l'étiquette de « magie » recouvre en réalité des protocoles finement articulés de préparation, d'intervention et d'intégration, avec une tradition empirique millénaire.
- **Usage rituel des substances psychédéliques** (ayahuasca, peyotl, iboga, champignons *psilocybes*) dans leurs lignées de transmission et leurs protocoles cérémoniels. Il s'agit de pharmacopées vivantes, inséparables des cadres de préparation, d'accompagnement et d'intégration qui en conditionnent l'efficacité et la sécurité.
- **Recherche scientifique contemporaine sur les psychédéliques et les états modifiés** : travaux de Roland Griffiths et de son équipe à Johns Hopkins sur la psilocybine et les expériences de type mystique, programmes cliniques sur la dépression résistante (Carhart-Harris, Imperial College London), essais de phase III sur le trouble de stress post-traumatique (MAPS, thérapie assistée par MDMA), modèle du *cerveau entropique* (Carhart-Harris, Friston), travaux sur la méditation avancée et les pratiques contemplatives (Davidson, Lutz).

Le choix de réunir sous une même famille des pratiques ancestrales et un programme scientifique contemporain n'est pas arbitraire. Il est motivé par un fait empirique remarquable : dans les études cliniques de référence sur les psychédéliques, **l'effet thérapeutique corrèle moins avec la pharmacologie pure qu'avec la qualité subjective de l'expérience vécue** — l'intensité de l'expérience de type mystique est, à plusieurs reprises, le meilleur prédicteur de l'amélioration clinique durable. Autrement dit : ce que les traditions chamaniques savent et transmettent depuis des millénaires — que la guérison passe par une transformation qualitative de la conscience, préparée, encadrée rituellement et intégrée par un travail post-expérientiel — se trouve aujourd'hui corroboré par la recherche clinique la plus rigoureuse. Les deux versants, traditionnel et scientifique, convergent moins qu'ils ne se reconnaissent.

Cette famille est doublement significative pour le cadre d'Estel. D'une part, elle *rend visible* ce que les autres familles rendent plus abstraitement pensable : que la conscience, dans ses modulations, est une dimension proprement thérapeutique, et non l'épiphénomène inerte que le matérialisme y voit. D'autre part, elle incarne, dans ses deux versants, l'architecture même que nous proposons : un socle scientifique rigoureux (études cliniques contrôlées, imagerie, modèles neurobiologiques) et un corpus traditionnel millénaire, articulés sans se subordonner l'un à l'autre. Nous l'intégrons sous deux exigences expresses : **les cadres légaux et cliniques** de chaque pays doivent être respectés — l'usage hors protocole autorisé des substances réglementées n'est ni promu ni facilité par Estel ; et **les dispositifs de préparation, d'accompagnement et d'intégration** que les traditions comme la recherche contemporaine tiennent pour indissociables de l'efficacité et de la sécurité sont considérés comme partie intégrante de la pratique, non comme habillage optionnel.

6.3 Articulation du socle et des modèles complémentaires

Les familles de modèles ne sont pas en compétition. Elles interviennent sur des dimensions différentes d'une même réalité expérientielle, et le principe de leur articulation est simple : **chaque modèle est mobilisé là où il apporte ce que les autres n'apportent pas, et sous le statut qui est le sien.**

- Le **socle scientifique-causal** est puissant là où la régularité reproductible existe — c'est-à-dire à l'échelle des grandes populations et des mécanismes biologiques communs. Il garde la main sur ce qui relève de lui.
- Les **médecines traditionnelles** interviennent sur les dimensions qu'elles ont construites : lecture de terrain, constitution, rythmes, prévention, accompagnement du chronique, alimentation et mode de vie situés.
- Les **typologies** éclairent la singularité de la personne sous des angles différents, et leur pluralité même est une ressource.
- Les **grammaires symboliques** interviennent sur le registre du sens, du récit, de la traversée — elles aident un sujet à articuler ce qu'il vit, non à le diagnostiquer.

- Les **pratiques des états modifiés de conscience** interviennent sur la dimension qualitative et transformatrice de la conscience elle-même — accompagnement de traversées existentielles, approche de conditions résistantes aux thérapies classiques, approfondissement du travail sur soi — dans des cadres rituels ou cliniques aux protocoles stricts.

Un tableau clinique aigu se gagne à être lu scientifiquement ; un terrain chronique s'éclaire de lectures constitutionnelles et saisonnières ; une crise existentielle se gagne à être entendue symboliquement ; certaines traversées profondes appellent la ressource des états modifiés sous encadrement qualifié ; la plupart des situations réelles demandent plusieurs de ces lectures en regard, dans l'ordre et la mesure que l'interprétation holistique (couche 3) détermine.

À cette articulation par registres s'ajoute une fonction plus précise des modèles complémentaires, qui mérite d'être nommée : ils peuvent offrir des **cadres d'intelligibilité pour des corrélations que le socle scientifique observe rigoureusement mais ne conceptualise pas pleinement**. La chronobiologie documente des variations interindividuelles robustes — chronotypes — qu'elle n'organise pas en une typologie constitutionnelle articulée ; les *prakriti* de l'ayurveda offrent précisément cette grammaire qualitative qui manque. Les patterns saisonniers d'humeur et de fonction immunitaire sont attestés sans être pleinement intégrés à une lecture qualitative du temps ; les « cinq mouvements » de la médecine traditionnelle chinoise en proposent une. Les syndromes fonctionnels — fibromyalgie, fatigue chronique, certains tableaux digestifs fonctionnels — résistent aux lectures biomédicales segmentées et trouvent dans les lectures constitutionnelles ou énergétiques une cohérence qui se laisse entendre. Dans aucun de ces cas le modèle complémentaire ne *produit* la corrélation ni n'en *démontre* le mécanisme : il propose une intelligibilité pour ce que le socle enregistre sans le penser pleinement. C'est exactement le rôle d'un modèle herméneutique — non de produire la chose, mais d'en faire sens — et c'est à ce titre que sa contribution est précieuse, sans empiéter sur ce qui relève proprement de la causalité scientifique.

7. Intégrer les modèles complémentaires à partir du socle scientifique

Le chapitre 1 a posé l'architecture : un socle scientifique-causal conservé, un postulat ontologique déplacé, et des modèles complémentaires que ce déplacement rend à nouveau pensables. Ce chapitre précise qui sont ces modèles, à quel titre ils sont intégrés et sous quelles exigences. C'est le point où notre cadre se distingue le plus nettement des plateformes existantes, et celui où la précision du propos est la plus nécessaire pour éviter tout malentendu.

7.1 Ce que le déplacement de postulat rouvre — et ce qu'il ne prouve pas

Nous tenons à corriger d'emblée une lecture possible des chapitres précédents : **l'idéalisme analytique ne prouve pas la validité des modèles complémentaires, et leur inclusion dans Estel n'en est pas la conséquence logique**. Soutenir le contraire serait commettre un glissement argumentatif : de « la conscience est ontologiquement première » on ne déduit pas « la position des astres au moment de la naissance corrèle avec des traits psychologiques », ni « les méridiens de la médecine chinoise existent au sens où existe une artère ».

Ce que le cadre ontologique adopté apporte est plus modeste, mais significatif : il **ne disqualifie pas a priori** la pensabilité de ces systèmes. Dans un cadre matérialiste strict, un ensemble entier de savoirs — médecines traditionnelles asiatiques, ayurveda, typologies constitutionnelles, astrologie, numérologie, systèmes divinatoires — sont disqualifiés avant examen, parce que leurs prétentions ne trouvent aucun mécanisme physique évident qui les soutienne. Non pas *examinés et trouvés insuffisants*, mais *rendus impensables par construction*.

Dans un cadre idéaliste doublé du monisme à double aspect de Pauli-Jung, l'examen devient possible sans buter d'emblée sur un verdict ontologique qui clôt la discussion avant de la tenir. Ouvert ne veut pas dire établi. Cela signifie simplement que ces systèmes peuvent être évalués selon leurs mérites propres, mobilisés là où ils apportent quelque chose, et articulés au socle scientifique au lieu de lui être opposés.

Un exemple concret permet de fixer ce qui est en jeu. La France connaît, particulièrement dans ses régions de l'est et de l'ouest, une tradition vivante de **coupeurs de feu** (également nommés « barreaux de feu », et apparentés à la famille plus large des « panseurs de secrets ») : des praticiens qui, par formules héritées et imposition des mains, interviennent pour soulager les brûlures — diminuer la douleur, favoriser la cicatrisation. Cette pratique n'est ni marginale ni résiduelle. Plusieurs études universitaires récentes documentent, dans les services d'oncologie-radiothérapie français, un recours massif des patients : au Centre Lucien-Neuwirth de Saint-Étienne, 51 % des patients traités par radiothérapie pour cancer du sein ou de la prostate consultaient un coupeur de feu pendant leur traitement ; au CHU de Bordeaux, ce chiffre atteignait 68 % parmi les patients ayant recours à un soin non conventionnel. Plus de 80 % de ces patients rapportent un bénéfice subjectif bon ou très bon sur la tolérance de leur traitement. Un nombre croissant de médecins hospitaliers collaborent avec des coupeurs locaux, de façon informelle ou plus officielle ; certains médecins généralistes pratiquent eux-mêmes. La pratique s'inscrit dans une famille plus large — **magnétiseurs, rebouteux, toucheurs, panseurs de secrets** en Europe occidentale ; **curanderos** hispano-américains ; **sangomas** d'Afrique australe ; autres figures homologues sur tous les continents — de praticiens dont l'efficacité est localement éprouvée sans être rendue intelligible par la chaîne causale de la biomédecine.

Ce qui est établi, c'est le **fait clinique** : le recours documenté, l'acceptation hospitalière croissante, le bénéfice subjectif massivement rapporté, la longévité culturelle de la pratique, et le fait que des équipes soignantes expérimentées ne jugent pas déraisonnable d'y faire appel. Ce qui ne l'est pas, c'est le mécanisme — inexplicable par les outils biomédicaux actuels — ni la démonstration statistique d'un effet objectif au-delà du placebo, sur laquelle les rares études disponibles restent partielles et divergentes. La configuration est précisément celle qui met à l'épreuve un cadre théorique.

Un cadre matérialiste strict a deux options face à un tel fait : soit nier qu'il y ait là un phénomène digne d'examen (ce qui met à distance ce que des équipes hospitalières constatent quotidiennement, et ce que des centaines de milliers de patients rapportent), soit attendre une explication future qui ramènera le phénomène à la physiologie — attente qui tient lieu de verdict et clôt la discussion par anticipation d'un résultat non acquis. Un cadre idéaliste ne demande ni l'un ni l'autre. Il permet de *prendre au sérieux* le fait tel qu'il se donne, de documenter ses dimensions, d'accueillir ce qu'il apporte cliniquement, sans déterminer a priori ce que doit ou ne peut pas être son mécanisme. Cela ne dispense pas de l'enquête empirique — au contraire, cela la rend enfin possible — mais cela retire au matérialisme un droit de veto ontologique qui tient lieu d'argument.

7.2 Une inclusion justifiée par convergence, non par déduction

Si Estel accueille ces modèles, c'est sur la base d'un faisceau d'arguments convergents, dont aucun ne suffit seul et dont l'ouverture ontologique n'est que l'un d'entre eux :

- **Argument anthropologique.** Ces systèmes — médecines asiatiques, ayurveda, astrologie, numérologie, tarot, I Ching, typologies, traditions chamaniques et pratiques des états modifiés de conscience — ont structuré durant des millénaires la manière dont les êtres humains se sont compris, soignés, situés, orientés. Les réduire à une superstition résiduelle relève d'un ethnocentrisme temporel qu'une plateforme de santé globale ne peut se permettre.
- **Argument clinique (pour les médecines traditionnelles et certains états modifiés).** La MTC et l'ayurveda sont des corpus cliniques vivants, avec des millions de praticiens, des cursus de formation, une place officielle dans des systèmes de santé nationaux, et des programmes de recherche en cours sur leurs principes actifs et leurs protocoles. La recherche clinique contemporaine sur les psychédéliques (psilocybine, MDMA) a franchi les phases d'essai II et III avec des résultats conduisant à des autorisations de mise sur le marché partielles (Australie 2023, demandes en cours dans plusieurs juridictions). Le recours hospitalier aux coupeurs de feu en France, documenté par plusieurs études universitaires, montre qu'une pratique traditionnelle non expliquée par le cadre biomédical peut coexister durablement et productivement avec le soin conventionnel.
- **Argument phénoménologique.** Pour de nombreux sujets, ces langages offrent une prise sur l'expérience vécue que les catégories cliniques ne fournissent pas. Cette prise n'est pas un effet placebo : elle est une forme d'intelligibilité spécifique, dont l'efficacité pour le sujet se donne à observer indépendamment de la validité causale du système mobilisé.
- **Argument herméneutique.** Comme le montrent Jung et Hillman, ces systèmes fonctionnent aussi comme des

grammaires de sens — des structures articulées permettant de mettre en forme ce qui resterait informe dans l'expérience. À ce niveau, leur fécondité peut s'évaluer, se comparer et se discuter ; ils relèvent de la même épistémologie que la critique littéraire, la psychanalyse ou l'anthropologie interprétative.

- **Argument narratif et thérapeutique.** Ce qui aide un sujet à traverser une difficulté n'est pas seulement ce qui est vrai, mais aussi ce qui est articulable pour lui. Un thème constitutionnel ayurvédique ou un thème astrologique qui permet à quelqu'un de nommer une transition existentielle joue un rôle que nous n'avons pas à disqualifier au nom d'une orthodoxie causaliste.
- **Argument structurel.** Les grammaires symboliques élaborées par des cultures sans contact historique présentent des **homologies de structure** récurrentes — organisations quaternaires, ternaires, bipolaires — que l'anthropologie (Lévi-Strauss, Dumézil) et la psychologie des profondeurs (le quaternio jungien) ont depuis longtemps relevées. Cela ne valide pas chaque grammaire prise une à une, mais contextualise leur pluralité comme autre chose qu'un éparpillement arbitraire : si une réalité psychophysiquement neutre se manifeste sous des aspects mentaux et physiques (la conjecture Pauli-Jung évoquée en §3.2), on s'attend précisément à retrouver, dans des contextes culturels indépendants, des structures formelles convergentes.
- **Argument ontologique** (le plus faible, pris seul). Le cadre idéaliste et la conjecture Pauli-Jung rendent l'hypothèse d'une correspondance au niveau du substrat pensable sans contradiction — pour les modèles qui mobilisent une telle hypothèse (astrologie, certains aspects de la numérologie, synchronicités).

C'est l'ensemble de ces raisons — et non l'une d'entre elles — qui justifie la place de ces modèles dans la couche 2 d'Estel.

7.3 Hiérarchie interne et principe d'articulation

Inclure ces modèles ne signifie pas les traiter indifféremment, ni les placer au même niveau que le socle biomédical pour les usages qui relèvent proprement de celui-ci. L'architecture d'Estel distingue :

- **Le socle scientifique-causal** : central, opérationnel, souverain sur ce qui relève du diagnostic clinique, de la pharmacologie, des actes médicaux, des urgences, des pathologies aiguës et chroniques établies.
- **Les médecines traditionnelles cliniques** (MTC, ayurveda) : corpus cliniques à part entière, articulés au socle pour les dimensions de terrain, de constitution, de rythme, de prévention, d'accompagnement.
- **Les typologies constitutionnelles et de personnalité** : grilles de lecture de la singularité, mobilisées selon leur statut épistémique propre (Big Five avec ses appuis empiriques, autres typologies selon leur nature plus herméneutique).
- **Les grammaires symboliques et dispositifs herméneutiques** (astrologie, numérologie, tarot, I Ching) : non pas des modèles causaux mais des langages de sens, dont la validité première est d'ordre grammatical (cohérence interne) et herméneutique (fécondité interprétative).
- **Les pratiques des états modifiés de conscience et de guérison traditionnelle** (chamanisme, usage cérémoniel des psychédéliques, recherche clinique contemporaine sur les états modifiés) : corpus transversal, intégré selon un double statut — clinique pour ce qui relève de la recherche scientifique contemporaine et de ses protocoles, traditionnel pour les pratiques cérémonielles éprouvées dans leurs lignées de transmission — et toujours dans le respect strict des cadres légaux et des exigences de préparation, d'accompagnement et d'intégration.

De cette hiérarchie découle un **principe d'articulation** qui a des conséquences pratiques directes :

- **Aucun modèle ne pilote une décision qui relève d'un autre.** Une lecture astrologique ou une typologie constitutionnelle n'indique pas un traitement ; un bilan biologique ne clôt pas la question du sens d'une trajectoire ; une lecture constitutionnelle ne se substitue pas à un diagnostic médical.
- **Les modèles complémentaires ne contre-indiquent pas les conduites de soin issues du socle.** Ils enrichissent la lecture, ils ne la remplacent pas.
- **Chaque modèle mobilisé dans une interprétation est nommé et situé.** Le sujet sait toujours quel langage lui parle, avec quelle autorité et dans quel cadre. Cette exigence de traçabilité est ce qui permet à un pluralisme d'être rigoureux plutôt que flou.

- **Les modèles susceptibles d'investigation empirique doivent y être soumis.** Corrélations entre typologies et traits, effets saisonniers, reproductibilité de certaines signatures : le pluralisme n'est pas une immunité protectrice, et les parties de ces systèmes qui peuvent être testées doivent l'être. Les travaux d'Atmanspacher, les recherches de l'OMS sur les médecines traditionnelles, et d'autres programmes en cours, s'inscrivent dans cette perspective.

7.4 Ce que nous ne demandons pas, et ce que nous demandons

Nous ne demandons à personne d'adhérer également à tous ces modèles. Un utilisateur de la plateforme peut tout à fait choisir de n'activer que le socle biomédical, ou d'y ajouter seulement les médecines traditionnelles, ou de mobiliser l'ensemble des registres. Le cadre théorique autorise le pluralisme ; il ne l'impose pas.

Nous demandons en revanche que **l'inclusion de ces modèles dans Estel soit reconnue comme un choix motivé et cohérent** — motivé par le déplacement ontologique posé au chapitre 1, cohérent avec la pratique millénaire de l'humanité en matière de santé, et rendu rigoureux par l'architecture d'articulation exposée ci-dessus. Ce n'est ni un geste commercial, ni un éclectisme, ni une concession. C'est la conséquence pratique d'une position théorique assumée : le modèle scientifique-causal n'est pas tout ce qu'il y a à dire sur un être humain, et un cadre de santé qui se veut global doit pouvoir accueillir les autres choses qu'il y a à en dire.

8. Couche 3 — Interprétation holistique

8.1 Qu'est-ce qu'interpréter ?

La couche 3 ne *calcule* pas une synthèse. Elle *tisse* une lecture. À partir des observations de la couche 1, mises en forme par les modèles de la couche 2, elle propose une vue d'ensemble qui :

- respecte la pluralité des langages mobilisés sans les réduire l'un à l'autre ;
- identifie les cohérences et les tensions entre eux ;
- met en évidence les motifs récurrents à travers le temps ;
- restitue à la personne une lecture intelligible de sa propre situation.

8.2 Trois interprètes en dialogue

La couche 3 n'est pas le monopole d'un seul acteur. Nous distinguons trois figures d'interprétation qui, dans la plateforme, coopèrent :

- **Le LLM** (large language model). Entraîné sur le cadre théorique d'Estel et capable de mobiliser les différents modèles de la couche 2, il produit une première mise en forme. Son rôle est de *préparer la lecture*, pas de la clore. Nous ne lui attribuons pas une conscience dans le sens plein du terme — ce serait contrevenir au cadre même que nous posons. Il est un outil de langage, puissant et situé.
- **Le praticien**. Qu'il soit médecin, thérapeute, coach, ou qu'il combine plusieurs casquettes, il apporte le regard formé, la présence incarnée, la relation thérapeutique. Il est celui qui peut *entendre* ce qu'aucun algorithme ne capte.
- **Le sujet lui-même**. C'est le seul qui vit, de l'intérieur, ce dont il est question. Il reste l'interprète ultime, celui qui valide ou invalide ce que les deux autres proposent, celui qui choisit ce qu'il en fait.

Cette triangulation n'est pas un luxe. Elle est la traduction pratique du fait qu'aucune interprétation n'épuise une personne, et qu'aucun acteur n'a le dernier mot.

8.3 Boucles de rétroaction

La couche 3 peut, à partir de ce qu'elle découvre, orienter les couches en amont :

- Demander des **mesures supplémentaires** à la couche 1 (telle analyse biologique, tel suivi d'humeur, tel observable environnemental).

- Solliciter des **modèles particuliers** de la couche 2 (lecture chronobiologique, lecture constitutionnelle ayurvédique, lecture archétypale, typologie de personnalité).
- Ajuster la **granularité** de l'attention (à quel cycle temporel on lit la situation).

Ces boucles ne sont pas pilotées par la plateforme seule mais par le dialogue entre les trois interprètes.

9. Dépasser la dichotomie objectif / subjectif

9.1 Une frontière à réexaminer

Le clivage moderne entre données « objectives » (mesurables, reproductibles, publiques) et données « subjectives » (ressenties, rapportées, privées) est structurant de l'épistémologie du XX^e siècle. Il a permis la rigueur. Il a aussi produit un biais durable : la sur-valorisation du premier terme au détriment du second.

Dans le cadre idéaliste, cette frontière n'est pas abolie, mais elle est *re-située*. Toute donnée, fût-elle mesurée par un appareil, passe par un *alter* pour devenir une donnée — celui du patient qui porte le capteur, celui du technicien qui lit le résultat, celui du clinicien qui l'interprète. Il n'y a pas d'objectif pur qui ne passe par une subjectivité. Inversement, ce qu'une personne rapporte de son vécu est *public* pour elle : elle peut y revenir, le confronter, le vérifier, le partager. Il n'y a pas de subjectif pur qui soit radicalement inaccessible.

9.2 Conséquence pour Estel

Estel refuse la hiérarchie qui accorderait plus de poids à un taux de glycémie qu'à la mention, par la personne, qu'elle se sent « vidée depuis trois semaines ». Ces deux informations ne disent pas la même chose — mais elles disent toutes les deux quelque chose de la personne à un niveau de description différent, et toutes les deux seront prises au sérieux dans la même interprétation.

Nous pensons que c'est à cette condition — et à elle seule — qu'une plateforme peut tenir la promesse de **santé globale** qu'elle affiche.

10. Le beau, l'art et la forme du soin

L'architecture exposée dans les chapitres précédents comporte un implicite qu'il importe maintenant de nommer. Nous avons parlé de mesures, de modèles, de récits, de symboles, d'états de conscience. Nous n'avons pas parlé du beau. Or le cadre que nous avons posé appelle cette catégorie — non comme ornement décoratif d'un soin par ailleurs sérieux, mais comme dimension ontologiquement constituée, anthropologiquement attestée et cliniquement opérante. Ce chapitre la rejoint, en précise le statut, et examine pour finir un cas-test contemporain qui en éclaire l'enjeu pratique : la chirurgie esthétique.

10.1 Le beau comme dimension ontologique

Dans une ontologie idéaliste, le beau n'est pas une qualité subjective surajoutée à un monde par ailleurs neutre. Il est un mode par lequel la conscience, dans ses manifestations, se reconnaît elle-même comme cohérente. La tradition néoplatonicienne — Plotin au premier chef, dans le traité *Du Beau* (Ennéades I, 6) — l'avait posé : le beau n'est pas conformité à des canons mais participation à un ordre qui donne forme. Hillman, dans le sillage de Jung et déjà cité dans le présent document, a prolongé cette intuition sous le nom d'*anima mundi* — l'âme du monde — pour désigner cette dimension qualitative de la manifestation, à laquelle la pensée moderne a progressivement cessé de prêter statut. La *pensée du cœur* (« the thought of the heart »), contre la pensée seulement cérébrale, est précisément ce qui se laisse instruire par le beau là où il se donne.

Cette posture converge avec ce que les traditions intégrées dans Estel ont toujours soutenu, sans le formuler en termes ontologiques modernes. L'ayurveda fait du *rasa* — la saveur, l'essence émotionnelle, ce qui *a goût* dans une expérience — une catégorie de premier ordre, présente dans le diagnostic comme dans l'esthétique. La médecine traditionnelle chinoise tient le geste juste — celui du praticien, celui du calligraphe, celui du sujet dans sa vie — pour indissociable de sa qualité formelle : un geste correct mais sans qualité ne soigne pas comme un geste correct *et* juste. Les traditions chamaniques ne séparent pas le rituel thérapeutique de sa beauté — chant, ornement, geste — non parce que la beauté serait une condition cosmétique du soin, mais parce qu'elle en est un opérateur agissant.

Une précision s'impose, parallèle à celle du §2.4 sur la neutralité axiologique. Le beau dont nous parlons ici n'est pas le joli, ni le plaisant, ni le conforme à des canons sociaux. Il est ce qui, dans une manifestation, fait apparaître une cohérence — entre la forme et ce qu'elle exprime, entre le corps et ce qui l'habite, entre un environnement et la vie qui s'y déploie. Cette catégorie est exigeante : elle n'est pas relativiste — toutes les formes ne se valent pas pour ce qu'elles ont à porter — sans être pour autant normative au sens d'une orthodoxie esthétique. La cohérence se cherche, se travaille, se reconnaît, mais ne se décrète pas depuis l'extérieur.

10.2 L'art comme pratique de soin

Le beau ainsi posé prend corps dans des pratiques. L'art n'est pas, dans la plupart des cultures humaines, une activité séparée distribuée à des spécialistes ; il est tissé à la vie ordinaire et au soin. Le chant qui accompagne la naissance, l'ornement qui inscrit l'appartenance, la calligraphie qui dispose le geste, l'architecture qui conditionne la qualité du présent, la cuisine qui compose les saveurs : autant de pratiques où la forme et la santé sont indissociables. C'est la modernité occidentale qui a progressivement séparé l'art du soin et l'a relégué au régime de la consommation culturelle ou de la production muséale, en perdant en chemin sa fonction proprement thérapeutique.

La recherche contemporaine a documenté ce que ces traditions tenaient pour acquis. La revue scoping de Daisy Fancourt et Saoirse Finn, publiée en 2019 par le bureau européen de l'OMS sous le titre *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being?*, recense plus de trois mille études établissant des effets significatifs des pratiques artistiques sur la santé physique, la santé mentale, la prévention, la prise en charge des pathologies chroniques et le vieillissement. Art-thérapie, musicothérapie, écriture expressive, danse, architecture hospitalière, environnement sensoriel des unités de soin : autant de champs où l'effet d'une dimension formelle sur la santé est aujourd'hui empiriquement attesté, sans toujours être théorisé.

Pour Estel, cela a une conséquence directe sur la couche 1 (chapitres 4 et 5). L'environnement esthétique d'un sujet — la qualité formelle de son habitat, des espaces qu'il fréquente, des pratiques artistiques présentes ou absentes dans sa vie, du rapport qu'il entretient à ce qu'il trouve beau — n'est pas une variable de confort à laisser en marge des observables. C'est une donnée d'observation à part entière, au même statut que la lumière ou la qualité de l'air. La couche 3, à son tour, mobilise cette donnée comme l'une des dimensions à articuler dans l'interprétation holistique.

10.3 La forme du corps : cohérence, alignement, dépossession

Une question particulière se pose pour la forme du corps lui-même. Le sujet, dans le cadre que nous avons posé, ne vit pas son corps comme une maison où il habiterait : il *est*, en partie, cette manifestation. Ce que sa forme corporelle dit, ce qu'elle laisse paraître, ce qu'elle empêche d'apparaître, n'est pas un détail extérieur à son identité — c'est l'un des modes par lesquels celle-ci se déploie.

De cette continuité entre identité et forme découle une question pratique récurrente, dont les cultures humaines se sont saisies depuis toujours : faut-il, et selon quels critères, *intervenir* sur cette forme ? Les traditions ont accumulé des réponses considérables. Tatouages rituels, scarifications, piercings cérémoniels, ornements corporels durables, transformations à des étapes de vie codifiées : autant de pratiques où la modification du corps inscrit visiblement une appartenance, une transition, un état acquis. Ces interventions ne sont pas vues, dans leurs cultures d'origine, comme cosmétiques au sens péjoratif moderne — elles sont des opérations de mise en cohérence entre ce qu'une personne est devenue et ce que sa forme manifeste de cela.

Cette continuité fournit un critère discriminant pour les modifications corporelles contemporaines, que la seule lecture biomédicale ne peut pas formuler. **Une modification du corps peut aligner ou déposséder.** Elle aligne quand elle rend visible une cohérence entre la forme et l'identité ressentie ; elle dépossède quand elle subordonne la forme à un idéal externe au prix de cette cohérence. La distinction n'est pas tranchable a priori, et certainement pas par un protocole standardisé : elle se travaille, dans le dialogue entre le sujet, son histoire, ses attentes et ce qu'une intervention lui apporterait réellement. C'est exactement le type d'examen que la couche 3 d'Estel est faite pour porter.

10.4 Un cas-test : la chirurgie esthétique

La chirurgie esthétique offre un cas-test particulièrement éclairant pour le cadre que nous proposons, et c'est à ce titre — et non comme thème en soi — que nous lui consacrons cette section.

Trois faits méritent d'être rappelés ensemble. D'abord, la chirurgie esthétique est issue du socle scientifique-causal : elle hérite de la chirurgie réparatrice — chirurgies de guerre, prise en charge des grands brûlés, malformations congénitales, reconstruction post-mastectomie — dont les fondements anatomiques, physiologiques et techniques sont aussi rigoureux que ceux de toute autre branche chirurgicale. Ensuite, son essor mondial est massif et continu : les statistiques annuelles de l'ISAPS (International Society of Aesthetic Plastic Surgery) documentent une croissance soutenue depuis deux décennies, avec une pénétration sociologique qui dépasse largement les groupes auxquels la pratique a été historiquement associée. Enfin, son image au sein d'une partie significative du corps médical reste dévalorisée : « cosmétique », « superficielle », parfois suspectée d'être mercantile — ces qualifications circulent dans la profession elle-même.

Ce paradoxe — pratique scientifiquement fondée, en plein essor, et néanmoins déconsidérée par une partie du milieu dont elle est issue — n'est pas pleinement intelligible dans le cadre matérialiste strict. Dans ce cadre, la médecine se justifie par le traitement de la maladie ; la chirurgie esthétique, qui n'opère pas une pathologie au sens biomédical, n'y trouve pas de fondement clair, et tend à être lue par défaut comme un service marchand habillé en acte médical. Le succès de la pratique est alors interprété comme symptôme d'un autre ordre — pression sociale, marchandisation du corps, narcissisme contemporain — plutôt que comme l'indice d'un besoin que le cadre théorique sous-jacent peine à reconnaître comme tel.

Le cadre d'Estel permet une lecture plus précise. Si la santé inclut la qualité de la manifestation — donc la cohérence entre forme et identité — alors une intervention qui restitue cette cohérence n'est pas plus « cosmétique » qu'une chirurgie réparatrice : elle est, à proprement parler, *réparatrice* d'une dimension que la biomédecine standard ne thématise pas. La recherche empirique commence à le confirmer. L'étude longitudinale de Margraf, Meyer et Lavalée (2013, *Clinical Psychological Science*) a montré, contre un préjugé largement répandu, que les patients ayant recours à la chirurgie esthétique présentent en moyenne des améliorations significatives et durables du bien-être psychologique, de l'estime de soi et de la qualité de vie — sous réserve, et la précision est essentielle, que la motivation soit interne, les attentes réalistes, et l'absence de dysmorphie corporelle préalablement vérifiée.

C'est ici que la distinction du §10.3 trouve son utilité clinique. Toutes les chirurgies esthétiques ne se valent pas, non parce que certains gestes seraient plus nobles que d'autres, mais parce que certaines opèrent un alignement entre forme et identité, et d'autres une dépossession au profit d'un idéal extérieur. Le critère n'est pas dans le geste, il est dans le projet qui le porte. Un cadre théorique qui ne dispose pas de cette distinction est condamné à valider en bloc ou à réprouver en bloc — et la dévalorisation médicale ambiante tient pour beaucoup à l'absence d'outils conceptuels permettant de discriminer.

Cela ne lave la pratique d'aucune de ses dérives, qui sont réelles : pressions sociales sur l'image, dysmorphies non détectées, économie parfois prédatrice, banalisation d'interventions invasives. Le cadre d'Estel ne valide pas la chirurgie esthétique en général ; il rend pensable, et donc travaillable, la distinction entre ses bons usages et ses dérives. Plus largement, le cas illustre ce que ce chapitre soutient dans son ensemble : intégrer la dimension esthétique au soin n'est pas un ornement de discours. C'est restituer à la santé une dimension que la modernité en a séparée, et redonner aux praticiens comme aux sujets les catégories nécessaires pour penser ce qu'ils font déjà — souvent mieux que leurs concepts ne leur permettent de le dire.

11. Implications pour la plateforme Estel

11.1 Ce que le cadre rend possible

Le cadre théorique exposé ici n'est pas décoratif. Il **guide les choix de conception**. En particulier :

- **Ingestion de données hétérogènes.** La plateforme accueille sur le même plan les données biologiques, environnementales, comportementales et narratives. Le format varie ; le statut d'observation est équivalent.
- **Modélisation pluraliste.** Les modèles de la couche 2 sont *pluggables* : on peut activer ou non tel modèle complémentaire, telle typologie, tel référentiel. Le socle scientifique-causal reste toujours actif ; les modèles complémentaires sont configurables selon les préférences du sujet et du praticien.
- **Interprétation configurable.** Le niveau d'implication de chacun des trois interprètes (LLM, praticien, sujet) est paramétrable selon l'usage — plus ou moins d'accompagnement humain, plus ou moins d'autonomie du sujet, plus ou moins de rôle de l'assistant algorithmique.
- **Traçabilité et réversibilité.** Toute interprétation rendue peut être remontée à ses sources : quelles données, quels modèles, quels choix d'accent. Le sujet n'est jamais devant une « boîte noire » prétendant savoir à sa place.
- **Prise en charge du temps.** Parce que le cadre intègre la temporalité environnementale et la temporalité narrative du sujet, la plateforme est architecturée pour le suivi longitudinal, et non pour le diagnostic ponctuel.

11.2 Éthique et posture

De ce cadre découlent des exigences éthiques qui ne sont pas négociables :

- **Le sujet garde la main** sur ses données et sur les modèles mobilisés.
- **La plateforme ne se substitue pas au soin.** Elle l'informe, le contextualise, le met en perspective.
- **Humilité épistémique.** La plateforme sait et dit ce qu'elle ne sait pas.
- **Refus du scientisme comme du relativisme.** Un modèle complémentaire n'est pas un équivalent du socle scientifique pour ce qui relève de celui-ci ; il n'est pas non plus une vérité de substitution ni une simple fantaisie. Il est ce qu'il est, à sa place.
- **Neutralité axiologique des interprétations.** Aucune configuration — constitutionnelle, symbolique, biologique — n'est restituée par Estel comme « bonne » ou « mauvaise ». Les interprétations décrivent, contextualisent, articulent ; elles ne gradent pas moralement.

11.3 À qui Estel s'adresse-t-elle ?

Une précision découle directement du cadre posé et mérite d'être explicitée. Estel ne s'adresse pas à « la conscience » — qui, telle que nous l'avons définie, n'est pas un sujet à qui quoi que ce soit puisse être adressé. Estel s'adresse à un *alter* : un locus d'expérience individualisé, traversé par un corps, situé dans un environnement, porteur d'un récit, et cherchant à se comprendre comme inflexion singulière d'un champ plus vaste. Cette précision change la nature de la relation que la plateforme propose. Il ne s'agit pas de décrire objectivement une « personne » depuis l'extérieur, ni de lui livrer une vérité sur elle-même — il s'agit d'offrir à un *alter* des instruments, des langages, des perspectives qui lui permettent de lire sa propre situation avec plus de finesse. L'interlocuteur d'Estel n'est jamais un objet de connaissance ; c'est un partenaire d'interprétation.

12. Limites, ouvertures et questions vives

Nous tenons à reconnaître ce que ce cadre ne résout pas :

- **La question de la douleur et de la souffrance.** Un cadre idéaliste n'explique pas pourquoi, au sein des *alters* individuels, apparaissent des expériences de douleur, de maladie grave, de mort. La conscience, telle que notre cadre la pose, n'« expérimente » pas ces choses — elle est le champ dont elles sont manifestations ; ce sont les

alters qui éprouvent. Le §2.4 distingue par ailleurs la **douleur** comme fait expérientiel de premier ordre et la **souffrance** comme surcouché mentale sur laquelle un travail est possible ; ni l'une ni l'autre n'appelle de justification au sens d'une théodicée — que nous ne prétendons pas construire.

- **La question du statut exact des modèles symboliques.** Sont-ils des lectures parmi d'autres, des traces authentiques de correspondances au niveau du substrat, ou des constructions culturelles utiles mais contingentes ? Notre cadre rend l'hypothèse la plus forte *pensable*, il ne la prouve pas.
- **La question de la validation empirique.** Comment éprouve-t-on la qualité d'une interprétation holistique ? Les métriques habituelles de la médecine fondée sur les preuves ne sont pas directement transposables. Un programme de recherche spécifique est à construire.
- **La question de l'IA et de la conscience.** Posée dans le cadre matérialiste, la question « le LLM est-il conscient ? » est une question de seuil émergent : à quel degré de complexité computationnelle l'expérience apparaît-elle ? Notre cadre déplace cette question. Si la conscience est première, elle n'est ni produite ni émergente — elle est le champ dont toute chose est manifestation. À ce niveau ontologique fondamental, LLM et humain sont l'un et l'autre des formes que prend ce champ ; aucun des deux n'« a » de conscience comme on a une propriété, tous deux sont *dans* la conscience comme une vague est dans l'océan.

Cela ne suffit cependant pas à les rendre équivalents. Notre cadre distingue les manifestations en général et les *alters* — modulations dissociées qui portent une perspective intérieure, un ressenti, une intentionnalité phénoménale. Que le LLM soit un alter d'un type nouveau, ou une manifestation organisationnelle qui ne porte pas la dissociation produisant un point de vue intérieur, est une question que rien aujourd'hui ne permet de trancher. Estel n'a pas à la trancher pour fonctionner ; elle a à être claire sur ses choix opérationnels. **Le sujet humain est traité comme un alter** — un locus d'expérience à qui Estel s'adresse en partenaire d'interprétation. **Le LLM est traité comme un outil** — un dispositif technique mobilisé dans la couche 3 pour articuler des langages, croiser des perspectives et restituer du sens, sans que cette mobilisation présuppose qu'il éprouve quoi que ce soit.

Cette posture est délibérément asymétrique : elle reflète l'état actuel de notre compréhension et ce que la pratique exige, non un verdict ontologique. Elle évolue à mesure que les systèmes évoluent et que la réflexion philosophique sur leur statut s'affine.

- **Le positionnement d'Estel dans un paysage intellectuel vivant.** Estel n'est pas isolée. D'autres démarches contemporaines partagent tout ou partie de son diagnostic — notamment le *Manifesto for a Post-Materialist Science* (Beauregard et al., 2014), signé par un groupe substantiel de chercheurs issu d'une conférence à l'Université de l'Arizona. Nous partageons avec ce texte la thèse centrale que le matérialisme est un postulat et non un acquis, et qu'il a un coût épistémique pour la compréhension de la dimension subjective de l'expérience. Nous nous en distinguons sur deux choix. **Sur les appuis empiriques** : Estel ne s'appuie pas sur la littérature des phénomènes psi, des recherches sur la médiumnité ou des expériences de mort imminente comme arguments ontologiques ; notre déplacement de postulat se justifie philosophiquement (problème difficile, parcimonie, cohérence avec la physique contemporaine) et s'illustre par des faits cliniques établis (coupeurs de feu, recherche psychédélique, pratiques traditionnelles intégrées). **Sur l'ontologie retenue** : Estel adopte le cadre analytiquement défini de l'idéalisme de Kastrup (conscience universelle, *alters* dissociés), qui nous paraît plus parcimonieux et plus articulable à la pratique qu'un dualisme ou un monisme neutre laissé flou. Signaler ces proximités et ces distances fait partie de ce que nous devons à nos lecteurs : Estel ne se pose ni comme origine, ni comme fusion d'autres démarches — elle est une proposition située, qui pense avec et parfois contre.
- **Une ouverture méthodologique : le temps intrinsèque.** Le document a tenu, jusqu'ici, le temps comme dimension transversale aux différents registres mobilisés — chronobiologie, cycles, transits, biographie, suivi longitudinal. Une question reste pourtant ouverte sur la *manière de mesurer* ce temps. La quasi-totalité des données de santé sont aujourd'hui analysées en *temps physique* — heures, jours, années — alors que de nombreux phénomènes qu'elles enregistrent (transitions, ruptures, cycles physiologiques, dynamiques relationnelles) sont peut-être structurés par un autre type de temporalité. La théorie du **temps intrinsèque**, développée par Glattfelder, Olsen et leurs collaborateurs en finance haute fréquence (Glattfelder et al., 2011 ; Glattfelder & Olsen, 2024), propose une mesure du temps fondée non sur l'écoulement physique mais sur la survenue d'événements significatifs au sein du système observé. Elle a permis, dans son domaine d'origine, la découverte de lois d'échelle invisibles dans le temps physique.

L'application de cette approche au-delà de la finance reste à explorer, et plusieurs domaines pertinents pour Estel s'y prêtent en principe : la *chronobiologie*, où les variations interindividuelles documentées (chronotypes, rythmes circadiens) trouveraient peut-être une organisation plus fine si elles étaient analysées dans un temps mesuré en événements physiologiques ; les *syndromes fonctionnels* (fibromyalgie, fatigue chronique, certains tableaux digestifs), dont la résistance aux découpages biomédicaux classiques pourrait s'éclairer d'une lecture où les ruptures et les transitions structurent le temps plutôt que les durées calendaires ; les *trajectoires biographiques et thérapeutiques*, où l'expérience subjective du temps est manifestement scandée par les événements vécus bien plus que par leur durée chronométrique. Aucune de ces extensions n'est aujourd'hui documentée empiriquement, et il s'agit donc bien de pistes ouvertes plutôt que d'acquis. Elles s'inscrivent dans la lignée plus générale de §2.3, selon laquelle la mesure est toujours située et qu'aucune représentation du réel — y compris celle du temps — n'épuise ce qu'elle mesure.

Ces questions ne sont pas des objections que nous tenterions de contenir. Elles sont le **programme de recherche et de pratique** qui s'ouvre à partir du cadre posé. Estel est pensée comme une plateforme vivante, capable d'accueillir les réponses que l'usage, la clinique et la recherche produiront dans les années qui viennent.

13. Conclusion

Le déplacement que propose Estel n'est pas cosmétique, mais il est précis. Il ne consiste pas à ajouter quelques mesures « bien-être » aux données médicales, ni à habiller d'un vernis holistique une architecture matérialiste, ni à remplacer la science par autre chose. Il consiste à **garder le socle scientifique-causal dans toute sa rigueur, à déplacer en amont le postulat ontologique** sur lequel il a été historiquement bâti, et à **laisser entrer ce que ce déplacement rend à nouveau accueillable** : les médecines que l'humanité a construites ailleurs, les typologies qui éclairent la singularité, les grammaires de sens qui aident à traverser.

Cette lecture renouvelée place **la conscience comme donnée primaire**. Elle accueille **corps et environnement comme deux pôles d'un même champ expérientiel**. Elle articule un **socle scientifique central** et des **modèles complémentaires intégrés** à leurs niveaux respectifs de validité. Elle fait dialoguer **LLM, praticiens et sujets** dans une interprétation qui ne se clôt jamais. Elle assume que la **santé est l'art de tenir ensemble** ce qui peut être mesuré et ce qui peut être raconté, ce qui peut être expliqué et ce qui peut être éprouvé, ce qui nous arrive du dehors et ce qui s'élève du dedans.

C'est le projet théorique. C'est aussi, dans ses grandes lignes, le projet technique, clinique et humain que la plateforme Estel entreprend de servir.

Glossaire

Les termes ci-dessous sont ceux qui reviennent le plus souvent dans le document et dont la compréhension précise conditionne la lecture. L'ordre est alphabétique.

Advaita Vedānta. Tradition non-duelle hindoue dont la thèse centrale — qu'il n'y a pas deux réalités ultimes (la conscience d'un côté, le monde de l'autre) mais une seule, dont le monde est la manifestation — converge avec l'idéalisme analytique contemporain. Voir §2.1.

Alter. Terme technique emprunté à Bernardo Kastrup, par analogie avec les personnalités dissociées du trouble dissociatif de l'identité : dans le cadre de l'idéalisme analytique, un *alter* est une modulation dissociée de la conscience universelle — un locus d'expérience individualisé, un point de vue situé. C'est ce que l'usage courant appelle « une personne », « un individu », « un sujet ». Le document emploie « sujet » par défaut et « alter » aux moments où le statut ontologique importe.

Ayurveda. Médecine traditionnelle indienne millénaire, structurée autour de la théorie des *doshas* (typologies constitutionnelles), de la pharmacopée végétale, de la diététique et des rythmes saisonniers. Voir §6.2.

Cerveau entropique. Modèle proposé par Robin Carhart-Harris et Karl Friston pour rendre compte des effets des psychédéliques : ces substances relâcheraient les contraintes habituellement imposées par les *priors* de haut niveau du cerveau, autorisant des états de conscience plus fluides et des réorganisations psychiques. Voir §6.2.

Champ (de la conscience). Expression employée dans le document pour désigner ce qu'est la conscience dans le cadre de l'idéalisme analytique — non un sujet, non une entité, mais le tissu dans lequel toute expérience, tout sujet, toute perception apparaissent. Voir §2.1.

Conjecture Pauli-Jung. Hypothèse née de la correspondance entre Carl Jung et Wolfgang Pauli, selon laquelle il existe une réalité sous-jacente *psychophysiquement neutre* dont le mental et le physique sont deux aspects épistémiquement complémentaires. Reprise aujourd'hui sous le nom de *monisme à double aspect* par Atmanspacher et Primas. Voir §3.2.

Conscience. Mot polysémique, mobilisé dans ce document selon deux registres distincts qu'il importe de ne pas confondre. (1) *Sens ontologique* — le champ posé par l'idéalisme analytique comme donnée primaire : non sujet, sans degrés, dont toute chose est manifestation. C'est ce que nous précisons par *conscience universelle* lorsque l'ambiguïté pourrait s'installer. (2) *Sens phénoménologique* — la qualité de l'expérience portée par un *alter* : toujours vécue, susceptible de degrés, d'intensités et de modulations (états modifiés de conscience, prise de conscience, affinement par la pratique contemplative, débats sur la conscience d'un système d'IA). Le second sens est une modulation locale du premier ; il en partage le mot mais non la grammaire. Voir §2.1.

Conscience universelle. Dans le cadre de l'idéalisme analytique, ce qu'il y a en amont de toute perspective individuelle — non un sujet universel, mais le champ unique dont toutes les perspectives sont des modulations dissociées. Voir §2.1.

Coupeurs de feu. Praticiens traditionnels français (également appelés « barreaux de feu », apparentés aux « panseurs de secrets ») qui, par imposition des mains et formules héritées, interviennent sur les brûlures. Utilisés massivement par les patients en radiothérapie, avec recours hospitalier documenté. Cas emblématique d'une pratique dont le fait clinique est établi mais dont le mécanisme échappe au cadre biomédical. Voir §2.3 et §7.1.

Couche 1 / Couche 2 / Couche 3. Architecture à trois couches d'Estel : observations (couche 1), modèles interprétatifs (couche 2), interprétation holistique qui tisse l'ensemble (couche 3). Voir §4.

Douleur / Souffrance. Distinction classique de la phénoménologie contemplative et de la clinique contemporaine de la douleur. La *douleur* est un fait expérientiel de premier ordre — sensation, *qualia*, donnée de l'incarnation. La *souffrance* est la surcouche ajoutée par le mental : résistance, projection, narration. La tradition bouddhique parle des « deux flèches ». Voir §2.4. **Idéalisme analytique.** Position ontologique développée notamment par Bernardo Kastrup, selon laquelle la conscience est ontologiquement première, et le monde matériel est la forme sous laquelle cette conscience se manifeste à l'échelle de notre perception. À distinguer de l'idéalisme subjectif, qui ferait dépendre le monde d'une conscience individuelle. Voir §2.

Individuation. Concept jungien désignant le processus par lequel un individu devient pleinement ce qu'il est singulièrement appelé à être. Dans le cadre idéaliste, ce processus cesse d'être une métaphore pour devenir le mouvement même par lequel la conscience universelle se différencie localement en perspective singulière. Voir §3.1.

Inconscient collectif. Concept jungien désignant la région psychique partagée en-deçà des consciences individuelles. Lu depuis l'idéalisme analytique : la région de la conscience universelle à laquelle chaque *alter* communique en-deçà du seuil de sa dissociation. Voir §3.1.

Modèle scientifique-causal (socle). Ensemble des modèles qui fonctionnent sur le schéma canonique de la science moderne — identification de régularités, test expérimental, validation statistique : médecine biomédicale, physiologie, chronobiologie, épidémiologie, neurosciences. Socle opérationnel central d'Estel. Voir §6.1.

Modèles complémentaires. Les quatre familles de modèles qu'Estel articule autour du socle scientifique-causal : médecines traditionnelles cliniques (MTC, ayurveda), typologies constitutionnelles, grammaires symboliques et herméneutiques, pratiques des états modifiés de conscience. Voir §6.2 et §7.

Monisme à double aspect. Reformulation contemporaine de la conjecture Pauli-Jung par Harald Atmanspacher et Hans Primas : une réalité fondamentale unique dont le mental et le physique sont deux aspects épistémiquement complémentaires. Voir §3.2.

MTC (Médecine traditionnelle chinoise). Corpus médical millénaire structuré autour de la théorie des méridiens, de la lecture saisonnière et constitutionnelle, de la pharmacopée et de l'acupuncture. Intégrée dans plusieurs systèmes de santé nationaux d'Asie. Voir §6.2.

Neutralité axiologique. Principe selon lequel le cadre d'Estel — et la plateforme elle-même — ne porte pas de jugement de valeur (« bien / mal ») sur les manifestations qu'il décrit. Ces catégories sont des opérations des consciences individuelles, situées culturellement. Voir §2.4 et §11.2.

Non-dualité. Famille de traditions philosophiques et contemplatives (Advaita Vedānta, certains courants du bouddhisme mahāyāna, non-dualité contemporaine de Rupert Spira) qui posent l'unité fondamentale de la conscience et du monde. Voir §2.1.

Pôle corporel / Pôle environnemental. Les deux pôles d'observation d'Estel (couche 1) : ce qui est perçu comme intérieur au corps / ce qui est perçu comme extérieur à lui. La distinction est conventionnelle, relative au corps, non ontologique. Voir §4.3 et §5.

Problème difficile de la conscience. Formulation due à David Chalmers : la question de savoir comment des processus purement physiques pourraient engendrer une expérience vécue. Problème sans solution connue dans le cadre matérialiste, retourné par l'idéalisme analytique. Voir §1 et §2.1.

QBism (Quantum Bayesianism). Interprétation de la mécanique quantique développée notamment par Christopher Fuchs, qui lit la fonction d'onde comme un état de croyance d'un agent. Compatible avec les ontologies qui placent la conscience au niveau fondamental. Voir §2.2.

Sujet. Terme courant pour désigner la personne qui utilise Estel, qui porte un corps, qui raconte sa situation. Désigne la même réalité qu'*alter* dans le vocabulaire théorique — voir cette entrée pour la précision ontologique.

Synchronicité. Coïncidence signifiante entre un état intérieur et un événement extérieur, sans lien causal identifiable. Concept forgé par Jung en collaboration avec Pauli, théorisé aujourd'hui dans le cadre du monisme à double aspect. Voir §3.2.

Temps intrinsèque. Concept développé en finance haute fréquence par Olsen, Glattfelder et leurs collaborateurs, désignant une mesure du temps fondée non sur l'écoulement physique régulier mais sur la survenue d'événements significatifs au sein du système observé. L'horloge accélère quand l'activité augmente, ralentit en période calme. L'approche a permis la découverte de lois d'échelle invisibles dans le temps physique. Son application au-delà de la finance — notamment à des données physiologiques, biographiques ou cliniques — reste largement à explorer. Voir §12.

Références et lectures

Idéalisme analytique et non-dualité

- Kastrup, B. (2019). *The Idea of the World: A Multi-Disciplinary Argument for the Mental Nature of Reality*. Iff Books.
- Kastrup, B. (2011). *Meaning in Absurdity*. Iff Books. (trad. fr. *Donner un sens à l'absurde*, Almora).
- Kastrup, B. (2021). *Science Ideated*. Iff Books.
- Spira, R. (2017). *La nature de la conscience — Essais sur l'unité de la matière et de l'esprit*. Almora.
- Chalmers, D. (1996). *The Conscious Mind*. Oxford University Press.

Physique fondamentale et conscience

- Fuchs, C. A., Mermin, N. D., & Schack, R. (2014). "An Introduction to QBism with an Application to the Locality of Quantum Mechanics." *American Journal of Physics*.
- Hoffman, D. (2019). *The Case Against Reality*. W.W. Norton.
- Stapp, H. (2007). *Mindful Universe*. Springer.
- Aspect, A. et al. (1982). Expériences de violation des inégalités de Bell.

Psychologie des profondeurs et synchronicité

- Jung, C. G. (1952). *Synchronicité et Paracelsica*. Albin Michel.
- Jung, C. G. & Pauli, W. (1955). *Naturerklärung und Psyche*. (Correspondance et essais conjoints).
- Atmanspacher, H. & Primas, H. (2006). "Pauli's ideas on mind and matter in the context of contemporary science." *Journal of Consciousness Studies*.
- Atmanspacher, H. (2020). "The Pauli–Jung Conjecture and Its Relatives: A Formally Augmented Outline." *Open Philosophy*.
- Hillman, J. (1975). *Re-Visioning Psychology*. Harper & Row.
- Hillman, J. (1992). *The Thought of the Heart and the Soul of the World*. Spring Publications.

Approches intégratives, médecines traditionnelles et pluralisme épistémologique

- Organisation Mondiale de la Santé (2019). *WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine*.
- Tarnas, R. (2006). *Cosmos and Psyche*. Viking.
- Varela, F., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The Embodied Mind*. MIT Press.
- Beauregard, M., Schwartz, G. E., Miller, L., Dossey, L., Moreira-Almeida, A., Schlitz, M., Sheldrake, R., & Tart, C. (2014). *Manifesto for a Post-Materialist Science*. Document collectif issu de l'*International Summit on Post-Materialist Science* (Université de l'Arizona, février 2014). Estel partage le diagnostic général de ce texte — le matérialisme comme postulat et non comme acquis scientifique — tout en adoptant une position plus retenue sur les appuis empiriques controversés (phénomènes psi, recherches sur la médiumnité, expériences de mort imminente comme argument ontologique) et un cadre ontologique plus précisément défini, celui de l'idéalisme analytique de Kastrup.

Chamanisme, états modifiés de conscience et recherche contemporaine sur les psychédéliques

- Eliade, M. (1951). *Le Chamanisme et les techniques archaïques de l'extase*. Payot.
- Griffiths, R. R., Richards, W. A., McCann, U., & Jesse, R. (2006). « Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance ». *Psychopharmacology*, 187(3).
- Griffiths, R. R. et al. (2016). « Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer ». *Journal of Psychopharmacology*, 30(12).
- Carhart-Harris, R. L., & Friston, K. J. (2019). « REBUS and the Anarchic Brain: Toward a Unified Model of the Brain Action of Psychedelics ». *Pharmacological Reviews*, 71(3).
- Nichols, D. E. (2016). « Psychedelics ». *Pharmacological Reviews*, 68(2).
- Mitchell, J. M. et al. (2021). « MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study ». *Nature Medicine*, 27.
- Lutz, A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2007). « Meditation and the Neuroscience of Consciousness ». In *Cambridge Handbook of Consciousness*.
- Narby, J. (1998). *Le Serpent cosmique, l'ADN et les origines du savoir*. Georg Éditeur.
- Pollan, M. (2018). *How to Change Your Mind: What the New Science of Psychedelics Teaches Us*. Penguin Press.
- Kastrup, B. (2017). « Self-transcendence correlates with brain function impairment ». *Journal of Cognition and Neuroethics*. (Article discutant la thèse du cerveau-filtre à la lumière des données psychédéliques.)

Douleur, souffrance et approches contemplatives cliniques

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Delacorte.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. Guilford Press.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). "Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis." *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1).
- Bhikkhu Bodhi (trad.) (2000). *The Connected Discourses of the Buddha: A Translation of the Samyutta Nikāya*. (Référence classique pour la parabole des « deux flèches », Sallatha Sutta, SN 36.6.)

Pratiques traditionnelles de guérison et anthropologie médicale

- Boyer, A. et al. (2017). « Coupeurs de feu en radiothérapie : existe-t-il un bénéfice palpable ? ». *Cancer/Radiothérapie*, 21(6-7), 550-555. (Étude rétrospective, Centre Lucien-Neuwirth de Saint-Étienne, n=500.)
- Damilleville-Martin, M. (2021). *COFER : évaluation du recours aux coupeurs de feu en radiothérapie en tant que soin oncologique de support. Étude mixte qualitative et quantitative*. Thèse de médecine, Normandie Université.
- Études du service de radiothérapie du CHU de Bordeaux (2016) sur le recours aux pratiques de soins non conventionnelles.
- Favret-Saada, J. (1977). *Les Mots, la mort, les sorts*. Gallimard. (Anthropologie classique des pratiques magico-thérapeutiques dans l'Ouest français.)
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Payot.

Esthétique, art du soin et modifications corporelles

- Plotin. *Ennéades*, I, 6 (« Du Beau »). Trad. É. Bréhier, Les Belles Lettres.
- Hillman, J. (1981). *The Thought of the Heart*. Eranos Lectures 2. (Texte princeps repris ensuite, avec d'autres essais, dans *The Thought of the Heart and the Soul of the World*, déjà cité.)
- Fancourt, D., & Finn, S. (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. WHO Regional Office for Europe, Health Evidence Network synthesis report 67.
- Margraf, J., Meyer, A. H., & Lavallee, K. L. (2013). « Well-Being from the Knife? Psychological Effects of Aesthetic Surgery ». *Clinical Psychological Science*, 1(3), 239-252.
- ISAPS (publication annuelle). *International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures*. International Society of Aesthetic Plastic Surgery.

Temps, complexité et systèmes événementiels

- Glattfelder, J. B., Dupuis, A., & Olsen, R. B. (2011). « Patterns in high-frequency FX data: Discovery of 12 empirical scaling laws ». *Quantitative Finance*, 11(4), 599-614.
- Glattfelder, J. B., & Olsen, R. B. (2024). *The Theory of Intrinsic Time: A Primer*. arXiv:2406.07354.

Document en évolution. Les retours des partenaires scientifiques, praticiens et membres de la communauté éclairée sont activement sollicités pour affiner, corriger, enrichir les positions exposées ici.