



**HAL**  
open science

# Le paradigme manquant de la médecine psychosomatique

Gabriel Gachelin

► **To cite this version:**

| Gabriel Gachelin. Le paradigme manquant de la médecine psychosomatique. 2019. halshs-02120192

**HAL Id: halshs-02120192**

**<https://shs.hal.science/halshs-02120192>**

Preprint submitted on 5 May 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## Le paradigme manquant de la médecine psychosomatique

Gabriel GACHELIN

Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, Laboratoire SPHERE UMR 7219 CNRS, F-75205 Paris, France.  
gabriel.gachelin@gmail.fr

Peut-on discuter de psychosomatique sans se référer aux théories sur lesquelles s'appuient les mécanismes en cause ? La médecine psychosomatique est-elle d'ailleurs un objet d'étude scientifique et n'est-ce pas plutôt un objet d'étude historique ? Présentée comme un corpus scientifique pour les uns, comme une illusion pour les autres, la médecine psychosomatique m'apparaît maintenant comme étant les deux tout à la fois.

Pour un dictionnaire récent de grande diffusion, est psychosomatique ce qui est « relatif aux troubles organiques ou fonctionnels occasionnés, favorisés ou aggravés par des facteurs psychiques (émotionnels et affectifs) »<sup>1</sup>. Cette qualification d'un lien entre l'organique et le psychique n'est pas une véritable définition : c'est le simple constat d'un intérêt récent pour cette question, et d'ailleurs le mot n'existe pas dans des dictionnaires antérieurs à 1950. Que recouvre donc un mot neuf, mal défini, mais que cependant tout le monde actuellement connaît et utilise ? Saint Augustin en fournit – par analogie – la clef : « Qu'est-ce en effet que le temps ? Qui saurait en donner avec aisance et brièveté une explication ? [...] Si personne ne me pose la question, je le sais ; si quelqu'un pose la question et que je veuille expliquer, je ne sais plus. »<sup>2</sup> Ce texte ressassé, ne saurait être séparé du livre qui précède et dans lequel Saint Augustin s'étend sur la mémoire et la dimension temporelle de la vie humaine. Si, dans cette présentation du lien entre temps, mémoire, histoire individuelle et temporalité, on remplace le mot « temps » par celui de « psychosomatique », l'ensemble de l'énoncé augustinien reste applicable, non seulement dans son organisation formelle mais dans cette manière de cerner l'impossibilité de donner une définition unique au temps humain tout comme à « psychosomatique » sans référence à l'histoire personnelle du sujet ou à celle de l'énonciateur. On posera donc ici qu'il n'y a pas de définition à « psychosomatique ». Ou plutôt elle serait largement personnelle et ayant seulement en commun avec d'autres, ce constat indécis d'un lien entre vie psychique et émotionnelle, et manifestations somatiques,

---

<sup>1</sup> Dictionnaire Robert de la langue Française. Psychosomatique : adj. « *Relatif aux troubles organiques ou fonctionnels occasionnés, favorisés ou aggravés par des facteurs psychiques (émotionnels et affectifs)* » Ed. Le Robert, Paris 2010. L'*Oxford dictionary of English* utilise une définition voisine en donnant comme facteurs de causalité « *internal conflicts and stress* ». Oxford University Press, 2003.

<sup>2</sup> Saint Augustin . *La création du monde et le temps*, livre XI des confessions. Traduction Arnauld d'Andilly. Gallimard Paris, 2007

mais dont le contenu va différant toutes les unes des autres par les présupposés et l'expérience de chacun.

Il est assez remarquable que cette absence de définition précise ait été revendiquée comme pivot de la ligne éditoriale de *Psychosomatic Medicine, Journal of bio-behavioural medicine* dans son *Introductory statement* à la première livraison, en janvier 1939. Pour les éditeurs, les phénomènes psychosomatiques ne peuvent pas être niés, mais la médecine psychosomatique n'existe pas encore et le champ qu'elle devra couvrir à l'avenir est à inventer ; ce champ n'existera que par la contribution des différentes facettes de la pratique médicale, psychanalyse incluse, même si cette dernière ne dispose que d'un strapontin dans les sommaires du journal. Domaine à créer en 1939 pour « officialiser » ce qui n'est encore qu'un constat intuitif, la médecine psychosomatique existe de nos jours comme spécialité médicale reconnue dans plusieurs pays.

La contribution du psychique au pathologique *sensu lato* est donc reconnue, mais la médecine psychosomatique est-elle pour autant devenue cet ensemble cohérent qui seul fonderait une discipline scientifique que revendique les psychosomaticiens ? Si une discipline est le résultat de l'intérêt que portent des chercheurs à un même objet si mal défini qu'il soit, il ne fait guère de doute que la médecine psychosomatique est une discipline. Si, ainsi que l'avancait en 2002 un philosophe des sciences comme Frederick L. Holmes, une discipline est caractérisée par l'existence d'un paradigme commun à la démarche de ses différents acteurs dans la résolution d'une famille de problèmes, la réponse devient beaucoup plus incertaine. Cette difficulté à définir un tel paradigme, ou même simplement une communauté de démarche parmi les praticiens, s'est imposée à tous lors des réunions organisées pour tenter de cerner le psychosomatique au début des années 1990, alors que la neurobiologie moderne n'avait pas encore fait son entrée dans le débat en y introduisant une logique finalement assez proche de celle du mécanisme de La Mettrie (1709-1751). Chaque intervenant développait ses observations et sa réflexion selon son épistémologie personnelle, cognitiviste, scientifique, expérimentale, psychanalytique, philosophique etc., partagées ou non, en tout ou partie, par quelques autres. Chacun partait ainsi de positions théoriques qui n'avaient en général que peu en commun, pour aborder un problème que chacun percevait différemment. Dans les synthèses proposées, les plans de clivage ont été certainement bien mieux définis que les zones de convergence. Certains de ces plans de clivage sont irréductibles comme celui séparant l'inconscient freudien de l'inconscient cognitif tous deux supposés à l'œuvre dans la genèse des troubles psychosomatiques. Ce constat d'irréductibilité n'est pas différent de celui

avancé plus tard par L. Naccache et qui impose selon lui une démarche tierce, ou encore de celui manifeste dans le heurt entre A. Green et J.P. Changeux dans les colonnes de la revue *la Recherche* en 1991. Le dénominateur commun est resté finalement le sens donné à « psychosomatique » par le dictionnaire : « quelque chose » appartenant à la catégorie du psychique se trouve associé à des manifestations dans la catégorie du somatique, et dont la diversité échappe à une nosographie et une causalité simples. A défaut d'être défini, ce « quelque chose » a (peut-être) été alors cerné par une multiplicité d'approches différentes, chacune avec sa méthodologie et ses points de départ homogènes à chaque démarche. Cette image de kaléidoscope ne contribue cependant pas à fonder une discipline.

Cela dit, cette manière d'aborder une question par la juxtaposition de démarches obéissant à des épistémologies distinctes, n'a rien d'illégitime. Ce n'est en effet pas la première fois qu'une telle difficulté à définir un objet d'étude « évident pour tous » se rencontre, et que l'objet doit être cerné par une manière de mosaïque : c'est la situation même de la notion de « vie », par exemple, sans avoir besoin de remonter au « temps » augustinien. La vie se définit pauvrement par rapport au non-vivant, mais est de mieux en mieux cernée par de multiples approches distinctes de la philosophie à la biologie moléculaire, visant chacune la description d'une catégorie de ses manifestations (Fox Keller, 2004). L'ensemble de ces approches est regroupé dans la science du vivant, qui ne définit nullement la vie mais l'enserme ! L'ouvrage cité en référence à ce propos discute d'ailleurs de l'échec à rendre compte de la notion de vie par les seules thermodynamique et physico-chimie classiques. Le même échec se retrouve dans l'hyper-modernité moléculaire et sa prétention à la vie synthétique fondée sur la seule génomique, mise en avant par Craig Venter en 2010 (Gachelin, Chansigaud, 2011). On opposera que la biologie est bien reconnue comme discipline : mais il faut bien savoir que cela fait longtemps qu'elle n'existe plus comme telle ; ce sont bien plutôt ses sous-ensembles constitutifs, comme la génétique, la physiologie ou l'embryologie, qui sont des disciplines bien identifiées. La vie, objet supposé de la biologie reste un objet éluif et l'on sait bien qu'on ne se s'occupe que des mécanismes à l'œuvre dans les manifestations du vivant. Quoiqu'il en soit, si l'on admet la valeur de l'approche d'un objet mal défini par l'étude de ses diverses manifestations, on dira que le mot « psychosomatique » distribue ses différentes significations par fragmentation en approches distinctes qui cependant cherchent chacune à s'ériger en « discipline scientifique ». Chacune de ces approches est parfaitement légitime, mais il faut être conscient que chaque approche cherche à construire une sorte d'objet épistémique propre (Rheinberger, 1997) simplement blotti à l'intérieur de cet ensemble

imprécis qui le légitime et qu'il ne peut avoir prétention à décrire à lui seul. C'est ce constat qui fait la richesse de l'ouvrage collectif de 1994. En revanche, la somme des facettes échoue à positionner le « psychosomatique » dans un champ épistémologique clair. La médecine psychosomatique est orpheline d'un paradigme en propre. Au su de l'évolution chaotique des recherches dans le domaine durant les soixante-dix dernières années, il paraît peu probable qu'elles y arrivent jamais. A moins que... L'anthropologie de la maladie (Laplantine, 1986)<sup>3</sup> pourrait se déployer ici avec intérêt ; on peut en effet se demander si elle ne pourrait pas rassembler au moins quelques-unes de ces épistémologies actuellement séparées, sauf la neurobiologie et la neuropsychanalyse, sans doute.

En tout état de cause, et sauf émergence d'un paradigme permettant de relier raisonnablement entre elles l'ensemble des facettes qui constituent l'univers du « psychosomatique », ce que l'on englobe dans ce mot ne paraît pas (encore ?) posséder la cohérence interne requise pour qu'il relève d'une véritable analyse de complexité. Ainsi, la médecine psychosomatique apparaît comme un agrégat d'observations, de pratiques et de théories issues d'influences diverses. Cela ne l'empêche bien évidemment pas d'exister comme spécialité médicale, avec son corpus d'enseignements, ses théories, ses publications et ses pratiques liées à des méthodes qui empruntent à de nombreux domaines des connaissances médicales, psychiatriques et psychanalytiques, ses reconnaissances officielles (1997 en Grande Bretagne, 2004 aux USA ; l'enseignement de la médecine psychosomatique en tant que telle n'existe pas en Faculté de médecine en France, mais de nombreux DU et DES contiennent une composante de médecine psychosomatique). Tout cela ne la fonde toujours pas comme une véritable discipline scientifique.

Vue d'une autre rive, on peut penser que l'existence de la médecine psychosomatique est liée à la nécessité, dans nombre de situations cliniques, d'avoir recours à une approche holistique du malade et de sa maladie. Il se trouve que cette approche n'appartient plus à l'univers culturel de la médecine occidentale actuelle qui est presque exclusivement mécaniciste, le conflit entre médecine et médecine homéopathique étant un bon reflet de cette option. A quel univers culturel appartient donc la médecine psychosomatique ? La plupart des recherches en histoire de la médecine psychosomatique concluent que l'épistémologie de la médecine occidentale actuelle s'enracine dans la philosophie cartésienne. C'est en effet Descartes qui formalise nettement la distinction entre ce qui est du ressort de l'âme et ce qui est du ressort

---

de la mécanique du corps. Par le mécanicisme, Descartes institue un dualisme certes inspiré de la pensée chrétienne dans son cas, mais en réalité, sans entrer dans le détail d'une discussion, du monothéisme exilique (Bottero, 1986). Ce dualisme est une condition nécessaire à l'approche expérimentale des manifestations du vivant telle qu'elle se met en place à la fin du 17<sup>ème</sup> siècle. Depuis, les explications médicales « acceptables » des maladies se moulent dans cette dimension mécanistique qui seule à valeur scientifique, explicative et causale. Cette démarche s'est montrée efficace tant au plan des connaissances médicales qu'au plan de l'intervention médicale elle-même depuis le milieu du 19<sup>ème</sup> siècle. Il me semble que la difficulté à positionner la médecine psychosomatique dans la médecine est le prix à payer de son écart d'avec le mécanicisme.

Ce constat appelle deux remarques. La première, sans doute essentielle au plan de l'histoire comparée des idées mais étrangère à l'intention de cet article, est que ce débat ne concerne que la culture occidentale. La réflexion sur le psychosomatique n'a pas grand sens, sinon aucun, dans d'autres cultures ou civilisations auxquelles ce dualisme âme-corps est étranger, en pratique presque toutes les civilisations non occidentales. En Asie, la notion de médecine psychosomatique a été introduite très tardivement dans les années 1980 dans le courant de l'occidentalisation des pratiques, mais il est intéressant de noter que les buts que se donne *l'Asian college of psychosomatic medicine (ACPM)*, se formulent en termes très proches de la notion d'harmonie de la médecine chinoise ancienne (Bretelle-Establet, 2011, Nguyen Khac Vien, 1995) « *above all, an awareness of existential, authentic health is a sure way to promote healthy-longevity and psychosomatic well-being. To Pursue happiness and well-being subjectively, objectively and ecologically will be the most important purposes of the ACPM in the future* ». Le contenu que l'on donne en Occident à « psychosomatique » n'est ainsi pas vraiment universel<sup>4</sup>.

La seconde remarque est que la maladie prend toujours sens pour le malade et son entourage. La théorie de la psychogénèse des cancers très en vogue il y a 20 ans, est clairement liée au besoin de fournir un rapport de causalité historique à une maladie grave. Cela est bien moins vrai face aux progrès de la prise en charge des cancers. Plus généralement, dans tous les cas où la médecine moderne est en défaut, le besoin de sens impose *de facto* une approche

---

<sup>4</sup> Et ne peut sans doute pas l'être si l'on prend en considération les études d'anthropologues comme Marshall Sahlins (*The western illusion of human nature*, Prickly paradigm press Chicago, 2008). Pour cet auteur, les sciences humaines occidentales reposent sur une idée de la nature humaine qui n'est partagée par aucune autre culture qu'occidentale.

holistique du malade et de sa maladie. La médecine psychosomatique s'est bâtie dans une opposition constructive à une médecine scientifique mécaniciste et réductionniste. Les démarches de la médecine psychosomatique ne constituent pas pour autant une approche scientifique globale qui serait différente de la science biomédicale, laquelle est incapable par construction, d'apporter une réponse satisfaisante à la revendication du sens. Construite en réaction, la médecine psychosomatique apparaît comme une (des) tentative(s) de proposer la réunion des différentes facettes de la relation entre vie psychique, de l'histoire du sujet et de sa maladie, selon un schéma qui va donner sens à ce dont le sujet souffre. Dans cette optique, si aucune démarche n'exclut les autres, les tentatives de récupération de l'unité du sujet soit par la science expérimentale comme la neurobiologie, soit par la psychanalyse ou la psychosomatique elle-même quand elle s'érige par exemple avec Pierre Marty (1918-1993) en assemblage de causalités structurales sur le modèle de la médecine classique, ne peuvent que se heurter sans se convaincre. Le conflit parfois violent entre neuroscience et psychanalyse peut ainsi se penser comme le choc de deux hégémonismes intellectuels qui ont de grandes difficultés à percevoir que ni l'une ni l'autre ne peuvent à elles seules construire un monisme humainement et socialement acceptable.

La médecine psychosomatique serait ainsi une réponse apportée à une béance ouverte dans la perception du sujet malade, par le mécanicisme qui fait le succès de la médecine occidentale. Cette unité du sujet existait encore dans la médecine du milieu du 19<sup>ème</sup> siècle comme l'atteste par exemple l'ouvrage du bon Docteur Rengade (1841-1915) qui avait sa place dans de nombreux foyers après 1865<sup>5</sup>, et les nombreux ouvrages de l'époque sur la santé vue comme manière de vivre. Elle se maintient encore un peu tant que la médecine reste relativement inefficace. Elle persiste dans l'homéopathie. Elle se perd lorsque la tendance s'inverse, avec les succès de la sérothérapie et de la vaccination à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle (Salomon-Bayet *et al.*, 1986, Rodriguez-Ocana, 2007, Gachelin *et al.*, 2013) et davantage encore, plus tard, avec ceux de la chimie thérapeutique et tout particulièrement l'antibiothérapie après 1945.

---

<sup>5</sup> J. Rengade, *La vie normale et la santé: traité complet de la structure du corps humain, des fonctions et du rôle des organes à tous les âges de la vie, avec l'étude raisonnée des instincts et des passions de l'homme, et l'exposition des moyens naturels de prolonger l'existence en assurant la conservation de la santé*. Paris, Librairie illustrée, première édition 1865. Rengade, un exemple parmi un mouvement antérieur à la médecine dite moderne, a été un véritable vulgarisateur des pratiques de santé, perçue comme le produit d'un équilibre entre terrain, passions, comportements et mode de vie.

Or, c'est précisément à ce moment, que le mot psychosomatique commence à trouver une place dans le discours médical. Ce ne peut être un hasard. Si l'on revient à l'histoire du mot, il existe une véritable béance entre le terme créé en 1818 par le psychiatre allemand Johann C. A. Heinroth (1773-1843) pour désigner une forme d'insomnie (Lipsitt, 2006), et le sens qu'on lui donne dans *Psychosomatic medicine* en 1939. Entre temps, le mot n'est utilisé que de manière sporadique. L'histoire des publications en médecine et pratique psychosomatiques montre que la demande d'unité corps-esprit du type de celle proposée par la médecine psychosomatique actuelle, s'installe brusquement en 1945-1946, dans le paysage médical, qui suit immédiatement la Seconde Guerre Mondiale. Pour certains auteurs, cette explosion de publications a été précédée d'une évolution souterraine, largement dominée par la référence comportementale pavlovienne, le véritable coup d'envoi de la médecine psychosomatique ayant été en 1939 la création d'un premier journal dédié, dont il a été déjà question.

Une étude en cours visant à cerner les usages médicaux du mot psychosomatique et dont on ne donnera ici que quelques résultats préliminaires, repose sur l'analyse quantitative de la fréquence d'usage du mot psychosomatique lorsqu'il est seul, ou engagé dans différentes combinaisons (*psychosomatic- diseases, illnesses, medicine, troubles* etc.) dans des sites bibliographiques médicaux et de sciences humaines anglosaxons. Du fait de la nature des moteurs de recherche de ces sites, le mot ou l'association doit être présent dans les mots-clés, le titre de l'article et le résumé en anglais. Sa présence dans le corps du texte n'est pas examinée. Il est donc clair qu'un large corpus ne peut pas à ce stade être pris en compte, mais il faut noter que la plupart des journaux médicaux français sont répertoriés par les sites. Des expressions de sens voisin comme *liaison psychiatry* sont également recherchées. Ensuite, des échantillons des publications d'une année donnée sont examinés pour identifier les titres des journaux où ces articles sont publiés, tandis que le contenu des titres et des résumés est analysé.

Le premier constat de cette étude est la brutale montée en fréquence de l'usage de la racine *psychosoma\**. On passe de 3 par an en 1944, à 13 en 1945, 80 en 1946 et 194 en 1950. Ces valeurs resteront ensuite très largement inchangées jusqu'à maintenant. L'usage du terme *psychosomatic medicine* suit une évolution voisine, avec cependant un pic très marqué au cours des années 1960, probablement à la suite de la popularisation des travaux de Selye sur le stress, ce qui est confirmé par la multiplication des travaux associant *psychosomatic and stress* après 1960 également. *Psychosomatic disorders* ne se développe également que pendant les années 1960. *Consultation/Liaison psychiatry* n'est utilisé de manière



significative qu'après 1975. *Psychoneuroimmunology*, un des mécanismes expliquant les réactions psychosomatiques avancé à la fin des années 1970, est brusquement utilisé peu après la publication de l'ouvrage éponyme de Ader en 1983 et le reste ensuite avec un étiage de 80-95 publications par an. L'année 1985 marque également la consécration de l'importance accordée aux « hormones du stress » dans les troubles psychosomatiques avec la publication d'un numéro spécial du *Journal of immunology*. Le couple *stress and psychiatry* est trouvé fréquemment après 1985 et devient un sujet dominant de publication : mais stress ici a pris un sens extrêmement vague au contraire de la situation de 1960. Les articles publiés sous ces rubriques le sont dans presque tous les journaux médicaux du monde occidental ou occidentalisé, à l'instar des autres domaines de la médecine. Ils le sont dans des journaux de la spécialité, mais plus souvent encore dans des journaux d'associations et de sociétés médicales, ainsi que selon une véritable pulvérisation dans les journaux d'autres spécialités médicales que la médecine psychosomatique, en ophtalmologie, pédiatrie, oncologie, dermatologie, et bien entendu en psychiatrie et psychanalyse. Il s'agit à part presque égale d'études de cas, de revues et d'enseignements complémentaires. Peu apparaissent dans de grands journaux de médecine comme le *JAMA*, *Lancet*, *MBJ*, *NEJM*, etc. et dans ce cas, ce sont surtout des revues critiques ou historiques ainsi qu'une discussion des pratiques de cette nouvelle spécialité médicale. La psychiatrie n'est pas dominante dans les journaux cités par les banques de données. Ainsi, les auteurs traitent de psychosomatique dans leur pratique médicale, générale ou de spécialité. Si l'on excepte les discussions théoriques, associées pour la plupart à une approche psychanalytique de la médecine psychosomatique, particulièrement importante en France, cette prolifération de publications qu'il faudrait étudier beaucoup plus en détail, traduit en réalité une sorte de désarroi devant des manifestations cliniques que l'on ne sait pas bien prendre en charge, un peu comme si les succès de la médecine faisaient apparaître un ensemble de troubles dans lesquels la part psychique paraît évidente, mais devant lesquels le praticien ne sait pas bien quoi faire. Enfin, le reflet de préoccupations particulières à un moment du développement de la médecine se retrouve dans les biais dans la distribution des sujets abordés. Ainsi, la psychosomatique des cancers était un thème de prédilection des années 1980-1985 même si la définition de facteurs psychogéniques avait débuté dans les années 1955-1960. L'intérêt pour la psychogénèse des cancers est retombé et remplacé par un intérêt pour la contribution de facteurs psychologiques à des troubles dermatologiques, puis ceux liés à l'alimentation, mais surtout de nos jours aux troubles allergiques, pulmonaires et psychosociaux (environnement, travail, école etc.). Cette évolution des centres d'intérêt des publications en médecine psychosomatique est très

probablement le simple reflet des préoccupations et des demandes de la population en matière de santé et de causes des maladies, préoccupations elles-mêmes en écho de craintes environnementalistes diffuses. Les médecins sont après tout des acteurs sociaux comme les autres et sensibles aux mêmes mouvements d'opinion que le reste de la société... Ce dernier point a été largement discuté par les psychosomaticiens eux-mêmes au cours des dix dernières années qui ont donné à ces changements d'orientation plusieurs origines, sociales, scientifiques, économiques ou liées à des influences dominantes à un moment donné (Ramchandani and Wise, 2004).

Il est difficile pour l'instant de donner sens à sa soudaine montée en puissance entre 1945 et 1946. La fin de la guerre paraît une évidence avec son cortège de pathologies physiques et psychiques liées aux traumatismes des conflits et des déplacements de population. Les succès de l'antibiothérapie sur les maladies infectieuses pourraient jouer également un rôle en servant de révélateur à des pathologies de moindre gravité jusque là occultées. Pourtant, les publications ne font que peu référence à une situation liée au conflit : elles portent sur le stress au travail en usine, sur des problèmes pédiatriques, ou se présentent comme une évidence : comment prendre en charge les aspects psychosomatiques des maladies, comme si la notion bien que neuve était une évidence. D'entrée de jeu, la médecine psychosomatique présente une distribution de ses centres d'intérêt aussi dispersée que vingt ans plus tard, prenant en charge très largement des problèmes jugés marginaux auparavant.

La médecine psychosomatique se construit donc exactement comme l'avait proposé le journal *Psychosomatic medicine* de 1939, dans les interstices laissés par les difficultés de la médecine occidentale dans la prise en charge de quelques maladies particulières ou créées par l'évolution de la société. Elle semble bien correspondre à un besoin intérieur face au manque créé par la domination d'un mécanisme endossé par la médecine moderne. Elle s'est construite aussi en épousant les fluctuations des interrogations de la société sur ses problèmes de santé. Ce n'est pas nier l'importance de la médecine psychosomatique que de la placer dans une perspective historique et philosophique, liée à la recherche d'une compensation peu consciente mais très répandue, des insuffisances de la médecine moderne. Elle existe parce qu'elle est nécessaire pour vivre avec sa maladie. On ne reviendra en arrière ni sur la médecine scientifique, ni sur le besoin d'unité du sujet. Précisément, la médecine psychosomatique, si elle accepte son hétérogénéité essentielle sans chercher une unité factice avec les sciences expérimentales au travers des mécanismes neurobiologiques, peut constituer pour le sujet

souffrant, ce brouillard même qui dans les films de Théo Angelopoulos estompe les frontières imposées par la violence de l'histoire et restitue fugacement l'unité perdue à laquelle chacun de nous aspire.

## Bibliographie

BOTTERO J., *La naissance de Dieu*, Paris, Gallimard, 1986

BRETELLE-ESTABLET F., *La médecine chinoise*, in Encyclopaedia Universalis en ligne, Paris, 2011

Collectif. *Somatization. Psychanalyse et sciences du vivant*, Paris, Eshel, 1994

FOX KELLER E., *Expliquer la vie. Modèles, métaphores et machines en biologie du développement*, Paris, Gallimard, 2004

GACHELIN G. et al. « *La naissance des biotechnologies pharmaceutiques en France (1887-1914). Le sérum anti-diphtérique de l'Institut Pasteur* » , Paris, Presses Universitaires de France, 2013

GACHELIN G., CHANSIGAUD V., “The dream of synthetic life” *Ludus Vitalis*, XIX, 217-230, 2011, commentaire de D. G. Gibson, “Creation of a bacterial cell controlled by a chemically synthesized genome”, *Science*, 329, 2010, 52-56

LAPLANTINE F., *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot, 1993 (1<sup>ère</sup> édition 1986)

LIPSITT D., “Psychosomatic medicine : history of a « new » speciality” in M. Blumenfield and J. J. Strain “Psychosomatic medicine” Lippincott , Philadelphia, Williams and Wilkins, 2006

MARTY P., *L'Ordre psychosomatique*, Paris, Payot, 1980

NACCACHE L., *Le Nouvel Inconscient. Freud, Christophe Colomb des neurosciences*, Paris, Odile Jacob, 2006

NGUYEN KHAC VIEN, “Santé et civilisation asiatique”, Colloque international Louis Pasteur, Ha,oi Février 1975. *Etudes Vietnamiennes* 116, 5-21, 1995

RAMCHANDANI D. & Wise TN., “The changing content of Psychosomatics : reflection of the growth of consultation-liaison psychiatry ?” *Psychosomatics*, 45, 2004, 1-6

RHEINBERGER H-G., *Towards a history of epistemic things*, Standford, Standford University Press, 1997

RODRIGUEZ-OCANA E., « The social production of novelty : diphtheria serotherapy, « herald of the new medicine », *Dynamis*, 27, 2007, 33-44

**SAINT AUGUSTIN**, *Confessions*, XI, 14, 17,( Texte établi par Poujoulat et Raulx, L. Guérin & Cie), 1864.

SALOMON-BAYET C. et al, *Pasteur et la révolution pasteurienne*, Paris, Payot, 1986