

GEORGES LIBMAN ENGEL (1913-1999)

Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical

[Maryse Siksou](#)

Martin Média | « [Le Journal des psychologues](#) »

2008/7 n° 260 | pages 52 à 55

ISSN 0752-501X

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-7-page-52.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

© Martin Média. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Georges Libman Engel (1913-1999)

Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical



Maryse Siksou

Maître
de conférences, HC,
HDR, Institut
de psychologie,
université
Lumière-Lyon 2

Georges Libman Engel est reconnu à la fois comme l'un des créateurs de la médecine psychosomatique moderne et du modèle biopsychosocial. Médecin généraliste et psychanalyste, il dirige, dès 1945, le programme de liaison médecine-psychiatrie, destiné à promouvoir auprès de médecins spécialisés non psychiatres les aspects psychosociaux de la maladie et des soins.

Formation et premières expériences

C'est son milieu familial qui a conduit Georges Libman Engel vers la recherche, en particulier l'un de ses oncles : Emmanuel Libman, médecin renommé, attaché autant à la pratique clinique qu'à la recherche expérimentale. Dès 1932, avec son frère jumeau, Frank, il obtient l'autorisation de constituer une équipe de « recherche » pour étudier le comportement des amibes et des paramécies (au *Dartmouth College*) avec l'objectif de reproduire les expériences de J. Loeb et J. S. Jennings. G. L. Engel commence par travailler avec R. Gérard, professeur de physiologie à Chicago, et réalise ses premières publications en neurochimie, dès 1935. Avec son frère, il est chargé d'une mission à l'Institut de médecine expérimentale de Leningrad pour participer aux recherches qui y sont réalisées sur le rôle de la radiation mitogénique des nerfs sur

la stimulation proprioceptive. Ils assistent au xv^e Congrès international de physiologie qui se déroule, en 1935, à Leningrad et à Moscou, et nouent ainsi de nombreux contacts avec des personnalités de différents pays (A. Hill, H. Gasser, notamment). L'année suivante, G. L. Engel, toujours accompagné de son jumeau, passe l'été chez H. Martland, un pionnier de la médecine légale, réputé pour avoir découvert l'effet létal de l'ingestion de substances radioactives. Cette expérience intensive de l'anatomopathologie lui permet d'acquérir, outre de solides connaissances, la base méthodologique utile au raisonnement clinique et la technique de consultation des publications scientifiques. Ainsi, au cours des deux dernières années de son cursus médical, lorsqu'il commence à pratiquer auprès de patients, il s'est déjà imprégné de l'importance de la méthode scientifique. À cette époque, il est plus intéressé par le processus pathologique que par le patient, qu'il envisage comme

une « expérience de la nature », et il est déterminé à appliquer la rigueur scientifique à l'étude d'un cas. Sa précision dans le recueil de l'histoire clinique, comme dans l'examen physique et l'analyse du matériel de laboratoire lui permettent de développer des capacités reconnues quant au diagnostic étiologique. En 1937, à l'occasion d'un stage d'été effectué au *Boston City Hospital* sous la direction de S. Weiss, il découvre l'intérêt de combiner les données cliniques et les mesures physiologiques recueillies au lit du patient et non en laboratoire. Dès ce moment, lors de sa quatrième année de médecine puis de ses deux ans et demi d'internat à New York, il identifie de nombreuses questions de recherche qui peuvent être étudiées de cette façon. À cette époque paraissent des publications importantes pour le courant psychosomatique comme celle de W. Cannon sur le rôle de l'émotion. Dès la fin des années trente, E. Moschowitz favorise l'émergence du courant psychosomatique

et le recours à la psychanalyse et la nomination de L. Kubrie comme chef de service officialisent cette orientation. À Boston, S. Weiss se rapproche de cette démarche et s'adjoit les services d'un psychiatre, J. Romano.

D'abord réticent à cette démarche, G. Engel finit par accepter un poste au département de médecine de Cincinnati (1942-1946), puis en psychiatrie avec J. Romano et devient ainsi, selon son expression, un « psychiatre illicite ». Médecin consultant en psychiatrie et en neurologie, il assure aussi la responsabilité des conférences de pathologie clinique. Durant cette période, il travaille avec les meilleurs médecins de différentes spécialités ; abandonnant ses résistances, il découvre le travail de Freud et s'intéresse aux facteurs psychologiques impliqués en médecine. En 1946, J. Romano crée, à Rochester, le département de psychiatrie, et G. Engel devient son assistant. Il est, dès lors, convaincu de l'importance de l'approche psychosomatique non seulement pour son apport théorique, mais aussi comme moyen privilégié de transmettre un savoir-faire aux étudiants de médecine. Il commence sa formation psychanalytique à Rochester avec S. Feldman et la poursuit à New York et à Chicago. Appartenant à plusieurs sociétés, il se consacre activement à l'*American Psychosomatic Society* et en devient le président en 1954.

Ayant développé parallèlement ses activités de chercheur et d'enseignant, ses publications incluent des questions liées à la formation des médecins. Son travail d'enseignant s'adresse aux étudiants de différents domaines : médecine, pédiatrie, chirurgie, gynéco-obstétrique, psychiatrie, neurologie, unité de grands brûlés, rééducation, médecine familiale et soins précoces. Il souligne l'importance du développement de compétences cliniques (entretien et examen physique) et la nécessité de comprendre autant le patient que la maladie. Il se plaisait à souligner à quel point l'efficacité du médecin est liée au fait que sa personnalité soit l'instrument du changement thérapeutique. Son plus grand défi a été d'introduire l'introspection (la méthode clinique, 1965) et le dialogue comme méthodes scientifiques. Il soulève, par exemple, l'intérêt de la question type : « Comment vous sentez-vous ? », si on la pose de façon ouverte avec une écoute empathique. La plus durable contribution de G. L. Engel a été de souligner l'importance du regard

du clinicien ; son modèle cherche à modifier la façon de comprendre le patient et à ouvrir le domaine de la connaissance médicale aux besoins de chaque patient. C'est pourquoi il a lutté contre l'abandon de la méthode clinique en médecine (1965, p. 182) : « *Nous devons mettre fin à l'attitude arrogante qui consiste à déprécier les contributions qui sont réalisées grâce à la sensibilité d'un observateur clinicien, et qui proclame qu'une longue immersion dans un laboratoire de chimie constitue une formation adéquate pour une carrière scientifique.* »

Le modèle biopsychosocial

Le modèle biopsychosocial (BPS) est né, à la fin des années quatre-vingt, des conflits internes entre le réductionnisme biologique et l'orthodoxie psychanalytique. Ses racines sont celles de la « psychobiologie » d'A. Meyer (1866-1950), professeur au département de psychiatrie de Johns Hopkins. Selon sa théorie, la maladie mentale provient de l'interaction entre la constitution et l'environnement, qui joue un rôle clé, puisqu'il est le seul élément sur lequel on ait prise. A. Meyer parle non pas de maladie biologique, mais de « réactions ». Par la suite, R. Grinker (1900-1993) devient le *leader* de ce modèle ; enseignant du département de psychiatrie à Chicago, c'est l'un des derniers analysés de S. Freud. Psychanalyste et neurologue, R. Grinker a

consacré l'essentiel de ses recherches à l'impact du traumatisme de guerre sur les soldats. Très critique quant à l'évolution de l'Association américaine de psychanalyse, il organise un groupe rival et dirige pendant des années les *Archives of General Psychiatry*. Il crée le terme « biopsychosocial » et l'article au paradigme biologique de la « théorie générale des systèmes », une perspective holistique qui envisage le réductionnisme comme non scientifique et souligne le fait que, dans un système biologique, on ne peut comprendre aucun élément, si ce n'est en relation avec le tout. Dès 1951, G. L. Engel cherche à développer un concept de la maladie plus englobant que celui du modèle biomédical prévalant. Après plusieurs décennies d'enseignement aux étudiants de médecine (Rochester, New York), ses réflexions vont finalement aboutir, en 1977, à la formulation du modèle biopsychosocial (voir l'encadré).

G. L. Engel expose son modèle à une époque où la science évolue d'un point de vue exclusivement analytique et réductionniste vers une approche plus contextuelle et transdisciplinaire. Il critique le point de vue biomédical trop étroit, focalisé sur des patients-objets et qui ignore que l'expérience subjective du patient mérite de faire l'objet d'une étude scientifique. Ses idées constituent non seulement un objectif scientifique, mais aussi le fondement d'une idéologie qui tente de contrer

Les 7 « principes du nouveau paradigme médical » de G. L. Engel (1977, 1980)

1. Une altération biochimique ne se traduit pas directement en maladie. Le tableau de la maladie provient de l'interaction de plusieurs facteurs désignant une cause, incluant les facteurs de niveaux moléculaire, individuel et social. À l'inverse, des altérations psychologiques peuvent se manifester comme des maladies ou des formes de souffrance qui constituent des problèmes de santé avec, parfois, des corrélats biochimiques.
2. La présence d'un trouble biologique ne fournit pas d'éclairage sur la signification du symptôme pour le patient et ne permet pas non plus nécessairement d'inférer les attitudes et les compétences nécessaires au clinicien pour recueillir l'information et la traiter correctement.
3. Les variables psychosociales sont des déterminants plus importants de la prédisposition, de la sévérité et de l'évolution de la maladie que ne le pensaient les défenseurs du point de vue biomédical de la maladie.
4. Adopter un rôle de malade ne renvoie pas nécessairement à la présence d'un trouble biologique.
5. L'efficacité de la plupart des traitements biologiques est influencée par des facteurs psychosociaux, par exemple l'effet dit « placebo ».
6. La relation médecin-malade influence l'issue médicale, même si c'est seulement en jouant sur l'adhésion au traitement.
7. Contrairement aux sujets inanimés de l'investigation scientifique, les patients sont profondément influencés par la façon dont ils sont étudiés, et les scientifiques engagés dans la recherche sont influencés par leurs sujets.

la déshumanisation de la médecine et l'infantilisation des patients. Dans trois domaines, son point de vue offre un nouveau paradigme :

- l'inclusion de l'expérience subjective du patient côtoyant les données biomédicales objectives ;

- un modèle de la causalité plus compréhensif et naturaliste que les simples modèles réductionnistes linéaires ;

- une perspective sur la relation médecin-malade qui accorde plus de pouvoir au patient dans le processus clinique et transforme le rôle du patient d'objet passif de l'investigation en sujet et protagoniste de l'acte médical. Ainsi, G. L. Engel tente de répondre aux trois courants de la pensée médicale qu'il estime responsable de la déshumanisation des soins. Il critique d'abord la nature dualiste du modèle médical qui sépare « le corps » et « l'esprit ». Pour sa part, il pense indispensable de construire des liens entre deux domaines : la maladie et la personne souffrante. Il critique ensuite l'orientation excessivement matérialiste et réductionniste de ce modèle. Enfin, il soutient que la dimension humaine du médecin et du patient est une cible légitime d'étude scientifique, arguant de l'influence de l'observateur sur l'observé, comme dans d'autres sciences, il estime qu'un point de vue purement objectif n'existe pas. En s'appuyant sur la théorie des systèmes, G. L. Engel reconnaît que si les phénomènes sociaux et mentaux dépendent de phénomènes physiques fondamentaux, ils ne peuvent pas s'y réduire. Son point de vue rejoint le modèle actuel de la complexité : les différents niveaux de l'échelle biopsychosociale peuvent interagir, mais les lois de l'interaction ne pourraient pas être directement dérivées des lois des échelons plus élevés ou plus bas. On devrait plutôt prendre en compte les propriétés émergentes qui dépendent des personnes impliquées.

Considérant la complexité de la clinique, G. L. Engel oppose le modèle clinique au modèle causal linéaire. La plupart des pathologies ont de multiples causes et facteurs et s'interprètent rarement par le schéma : « un microbe = une maladie ». Ainsi, l'obésité conduit à la fois au diabète et à l'arthrite, le diabète et l'arthrite limitent tous deux la capacité de bouger, affectent la pression artérielle et les niveaux de cholestérol et certaines conséquences peuvent devenir des causes. La causalité structurale décrit une hiérarchie de relations

cause-effet unidirectionnel : causes nécessaires, forces précipitantes, forces nourissantes et événements associés. Par exemple, une cause nécessaire de la tuberculose est une microbactérie, une force précipitante serait une température corporelle basse et une force nourissante une faible ingestion calorique. La science de la complexité peut faciliter la compréhension de la situation clinique, mais c'est le modèle structural qui, la plupart du temps, règle l'action pratique. Par exemple, si l'on pense que Monsieur J. fait de l'hypertension à cause d'une consommation de sel abusive, qu'il a un travail stressant, reçoit peu de soutien social et possède une personnalité de type hyperresponsable, suivant un modèle causal circulaire, il est probable que tous ces facteurs contribuent à son hypertension. Mais, lorsqu'on lui suggère de prendre un traitement contre l'hypertension, ou de consommer moins de sel, ou d'apprendre à réduire son stress, ou de voir un psychothérapeute pour réduire sa culpabilité, on crée une hiérarchie implicite des causes. Laquelle contribue le plus à l'hypertension ? Quelle stratégie donnera les meilleurs résultats au moindre coût ?

Les attributions causales ont le pouvoir de créer une réalité et de transformer le regard du patient sur son propre monde. L'approche de G. L. Engel a permis de renouveler les conceptions de la relation médecin-malade en s'intéressant au style de la relation, par exemple la façon dont le médecin traite les émotions fortes qui caractérisent sa pratique quotidienne. Les implications portent aussi sur le statut du patient, en particulier son autonomie ; enfin, elles attirent l'attention sur l'expression des normes sociales dans la rencontre patient-médecin.

Son œuvre et des exemples de réflexion

L'ensemble des publications de G. L. Engel, de 1935 à 1979, articles, résumés de conférences, d'ouvrages et chapitres d'ouvrage, reflète l'éventail de ses recherches*. Dès les années quarante, il s'intéresse à la conversion comme un mécanisme de la formation de symptôme en étudiant les syncopes, la douleur, la migraine (n'hésitant pas à se prendre comme sujet d'étude), l'hyperventilation, les modifications de l'EEG normal.

Durant plusieurs années, il travaille sur la « syncope vasovagale » et sa différenciation de l'évanouissement hystérique.

*Son œuvre lui a valu de nombreuses récompenses (F. Alexander et W. Menninger) de diverses sociétés américaines de psychanalyse, de psychologie médicale, de médecine psychosomatique, de psychiatrie...

Pendant la guerre, il est chargé de travailler sur les moyens de prévenir la décompression liée à une altitude élevée. Il indique les liens existant entre le tracé EEG, l'état de vigilance et l'activité délirante, mais aussi les modifications de l'état mental et, chez des sujets sains, les modifications de l'EEG et de l'état mental induit par l'hypoxie, l'hypoglycémie et l'alcool. Il découvre un syndrome caractérisé par des signes neurologiques focaux suivis d'une migraine controlatérale, cliniquement indifférentiable de la migraine, survenant après décompression ; cela lui fournit l'occasion d'étudier les indicateurs physiologiques précédant et accompagnant l'attaque. C'est la première démonstration faite grâce à l'EEG d'un ralentissement focal et de sa dépendance avec des altérations du débit sanguin. Ses études sur les douleurs inexplicables ont débuté en 1944 sur un groupe de patients diagnostiqués comme atteints d'« une névralgie faciale atypique ». G. L. Engel réfute le modèle réductionniste classique (modèle du « téléphone », *i.e.* une stimulation périphérique est transmise aux centres de la douleur). Il montre que la douleur est une réaction subjective constituant un cadre de référence psychologique et qu'elle ne peut pas s'appliquer à des structures comme les terminaisons ou voies nerveuses. Il décrit la douleur comme symptôme de problèmes non résolus : agression, culpabilité, expiation, besoin de souffrir et sadomasochisme. Il fournit des éléments en faveur de la survenue fréquente de la douleur comme symptôme de conversion chez de nombreux patients, son rôle comme mécanisme de défense contre la dépression et le suicide. Influencé par la conception de F. Alexander, tout en la critiquant, G. L. Engel choisit la colite ulcéreuse comme l'exemple du « trouble psychosomatique classique ». Il prend en charge ce type de patients avec l'objectif de mieux comprendre leur personnalité, leur développement psychologique, leurs relations familiales et les circonstances de survenue, de rémission et d'aggravation de la maladie. Sa méthode consistait à voir un grand nombre de patients et d'en suivre certains de façon intensive pendant plusieurs années. La recherche faisant partie intégrale de sa pratique, il entreprit, après six années de collecte, l'examen systématique du matériel accumulé, explorant des pistes ensuite exploitées avec de nouveaux patients. Il pensait que les recherches menées de cette façon étaient plus productives que

celles menées sous les directives des comités de lecture des revues indexées, rapidement publiées pour s'assurer du financement de la recherche.

Avec F. Reichsman, il entreprend plusieurs études sur les sécrétions gastriques qui aboutiront à l'étude longitudinale des conséquences d'un traumatisme subi dans l'enfance sur le développement : les cas devenus classiques de Monica et Doris. La découverte du « repli par protection » comme phénomène et sa formulation comme un concept de base est le résultat direct de l'observation d'un comportement détaché, s'exprimant par le repli et le sommeil, typique chez Monica en réponse à un étranger, et son contraste saisissant avec la réponse active de peur, « l'angoisse de l'étranger », caractéristique de l'enfant entre un an et deux ans. Appelée d'abord « repli dépressif », cette réaction a été ensuite nommée « repli de protection » pour éviter la confusion résultant du mélange d'arrière-plans théoriques différents. Réponse identifiée comme un procédé primaire de régulation biologique de l'homéostasie de l'organisme, le « repli de protection » peut s'envisager dans des perspectives phylogénétique et ontogénétique, et son expression à des niveaux progressivement plus hauts d'organisation biopsychosociale est identifiée par les termes d'« abandon » ou de « perte ». A. Schmale et G. L. Engel ont élaboré les conséquences psychiques de ce processus régulateur et son importance pour la santé et la maladie. En observant chez différents patients que les états affectifs d'impuissance et de désespoir, appelés « complexe d'abandon », constituent souvent des précurseurs de la survenue d'une maladie (1968), ils font l'hypothèse de l'importance des perturbations de la relation d'objet comme élément central d'une dérégulation physiologique (1970-1972), qu'il s'agisse de la perte d'objet ou de la vulnérabilité à la perte qu'ils ont liée à des caractéristiques de la relation précoce mère-enfant (1958, 1961, 1969, 1973). Des recommandations pratiques ont été tirées de l'étude de centaines d'expériences impliquant de nombreuses équipes de soignants.

G. L. Engel a encore travaillé avec d'autres chercheurs sur le thème des processus psychologiques impliqués par les pathologies organiques au cours de la mort subite, le chagrin et le deuil, utilisant l'autoanalyse, poursuivie pendant dix ans, et de ses réactions au décès de son frère

jumeau. Les voies de recherche ouvertes par l'œuvre de G. L. Engel portent, par exemple, sur la validité du jugement clinique, l'évaluation des thérapies comportementales et cognitives dans les troubles psychosomatiques, le développement de la psycho-immunologie (R. Ader, N. Cohen, D. Felten). À partir des années soixante-dix, le développement de la psychiatrie biologique fragilise le recours à la psychanalyse, c'est alors que G. L. Engel radicalise sa critique du réductionnisme biomédical et soutient l'intérêt du modèle biopsychosocial comme voie alternative. Bien que G. L. Engel ait développé son modèle pour l'ensemble du champ médical, il a souvent reçu plus d'écho en psychiatrie où son approche permet d'éviter une évaluation des cas sous un angle uniquement psychanalytique ou uniquement biologique. L'analyse des critiques faites à son encontre laisse penser qu'il n'est pas toujours bien compris. Par exemple, en faisant une analogie avec le relativisme théorique (dans lequel aucun point de vue n'est définitivement juste ou faux), on lui reproche d'être trop éclectique. Toutefois, si l'ouverture qu'il permet est préférable au dogmatisme, elle échoue évidemment à répondre à toutes les questions. C'est la transformation de la manière d'envisager la maladie, la souffrance et la guérison, qui constitue l'aspect majeur de l'apport de G. L. Engel. Cet aboutissement est sans doute dû à sa capacité de questionnement fondée et nourrie de connaissances et de pratiques différentes. ■