

**PLACEBO ET DUALISME CARTÉSIEN : POUR UNE RÉHABILITATION  
PHILOSOPHIQUE ET CLINIQUE DU CORPS-ESPRIT, Yao Ulrich**  
KOUASSI (Université Alassane Ouattara Bouaké - RCI)  
kouassiruchyl@gmail.com

**Résumé**

L'effet placebo, longtemps considéré comme un simple artefact, révèle la capacité de la croyance et de l'attente à produire des effets physiologiques mesurables. Héritier du dualisme cartésien corps-esprit, ce phénomène illustre les limites d'une médecine strictement mécaniste et souligne l'importance de réintégrer le vécu subjectif du patient. Selon Descartes, l'espérance, l'imagination et le désir orientent l'action corporelle, anticipant des mécanismes que les neurosciences modernes confirment, où l'anticipation et l'engagement mental modulent la perception de la douleur et l'activité cérébrale. Cet article analyse l'héritage paradoxal du cartésianisme dans la médecine contemporaine, où l'objectivation du corps a longtemps marginalisé la subjectivité. Il met en avant un paradigme intégratif combinant approche biomédicale, modèle biopsychosocial et réflexion philosophique pour réhabiliter le rôle actif du patient. Dans les contextes africains, il souligne aussi l'influence de la croyance, des rituels et des facteurs socio-culturels sur l'efficacité des soins. L'effet placebo apparaît ainsi comme un pont entre philosophie classique et neurosciences, montrant comment subjectivité, culture et physiologie peuvent être conjointement mobilisées pour optimiser la santé et repenser les pratiques médicales contemporaines.

**Mots clés :** Dualisme cartésien, Effet psychophysiologique, Médecine intégrative, Modèle biopsychosocial, Placebo, Subjectivité du patient

**PLACEBO AND CARTESIAN DUALISM: TOWARDS A  
PHILOSOPHICAL AND CLINICAL REHABILITATION OF THE MIND-  
BODY**

**Abstract**

Long considered a mere artifact, the placebo effect demonstrates that belief and expectation can produce measurable physiological outcomes. As an heir to Cartesian mind-body dualism, this phenomenon highlights the limits of strictly mechanistic medicine and underscores the need to reintegrate patients' subjective experience. According to Descartes, hope, imagination, and desire guide bodily action, anticipating mechanisms confirmed by modern neuroscience, where anticipation and mental engagement influence pain perception and brain activity. This article explores the paradoxical legacy of Cartesianism in contemporary medicine, where objectifying the body has long marginalized subjectivity. It emphasizes an integrative paradigm combining biomedical approaches, the biopsychosocial model, and philosophical reflection to rehabilitate the patient's active role. In African contexts, it highlights the impact of belief, rituals, and socio-cultural factors on care effectiveness. The placebo effect thus serves as a bridge

between classical philosophy and neuroscience, showing how subjectivity, culture, and physiology can jointly optimize health and inform contemporary medical practice.

**Keywords:** Cartesian Dualism, Psychophysiological Effect, Integrative Medicine, Biopsychosocial Model, Placebo, Patient Subjectivity

## Introduction

Dans l'histoire de la médecine, peu de phénomènes ont suscité autant de perplexité que l'effet placebo. D'abord considéré comme une illusion clinique, il est aujourd'hui compris comme une réponse neurobiologique où croyance, attente et physiologie interagissent étroitement. Ce paradoxe, à la frontière du psychique et du corporel, interroge les présupposés du modèle mécaniste hérité du dualisme cartésien et invite à repenser l'articulation entre esprit et corps. Loin d'être une anomalie, le placebo pourrait révéler les limites d'un dualisme rigide et inviter à relire Descartes non comme un obstacle, mais comme un allié conceptuel.

Philosophiquement, le placebo représente un angle mort épistémologique : il agit sans principe actif, défie le matérialisme médical et remet en question l'exclusion du sujet dans le soin. Or, *Les Passions de l'âme* montrent que Descartes reconnaissait déjà l'influence que l'âme et le corps ont l'un sur l'autre. Les notions de passions, d'imagination et d'« esprits animaux » constituent autant de clés pour comprendre la puissance thérapeutique de l'attente et de la confiance, aujourd'hui validée par les neurosciences.

Ce travail pose la question centrale suivante : comment un phénomène aussi intangible que la croyance peut-il modifier l'état physiologique du corps ? Faut-il y voir une exception inexplicable au modèle mécaniste, ou au contraire la confirmation implicite de l'union esprit-corps esquissée par Descartes ?

Notre hypothèse est que l'effet placebo, loin de contredire la pensée cartésienne, en réactive les fondements oubliés. En mobilisant les passions, l'imagination et les métaphores physiologiques cartésiennes, il ouvre la voie à une médecine où la subjectivité retrouve une fonction thérapeutique.

Pour explorer cette thèse, nous adoptons une approche transdisciplinaire, croisant analyse philosophique, étude historique et données neuroscientifiques. L'examen des textes cartésiens et des recherches récentes permettra de réinterpréter l'interaction esprit-corps et d'en dégager les implications épistémologiques, cliniques et éthiques pour la médecine contemporaine, notamment dans les contextes socioculturels africains.

Pour comprendre la portée philosophique de l'effet placebo et sa possible réhabilitation dans une lecture élargie de la pensée cartésienne, il est nécessaire de revenir aux fondements mêmes du modèle médical issu du XVII<sup>e</sup> siècle. En effet, la conception du corps comme machine, articulée au dualisme esprit-corps, a façonné non seulement la médecine moderne, mais aussi la manière dont celle-ci perçoit ou écarte les phénomènes relevant de l'expérience subjective. L'examen précis des thèses de Descartes sur la *res extensa*, la *res cogitans* et les mécanismes

de leur interaction constitue donc une étape préalable indispensable avant d'aborder la confrontation entre ce cadre conceptuel et le phénomène placebo.

## 1. Fondements de la médecine cartésienne

La médecine cartésienne s'appuie sur l'idée que le corps humain peut être compris comme une machine régie par des lois précises. Pour Descartes, distinguer le corps de l'esprit permet de mieux analyser le fonctionnement des organes et des systèmes biologiques. Cette approche a façonné la médecine moderne, en offrant un cadre rationnel pour comprendre le corps, tout en laissant parfois en retrait les expériences subjectives et psychiques du patient. Les paragraphes qui suivent explorent successivement la vision du corps-machine, le rôle de la glande pinéale, et la manière dont les passions influencent notre corps et nos actions.

### 1.1. Le corps-machine : distinction *res extensa* / *res cogitans*

Si l'on pense à Descartes, on a souvent en tête cette idée radicale, presque choquante aujourd'hui : « le corps n'est autre chose qu'une machine qui, étant composée d'os, de nerfs, de muscles, de veines, de sang et de peau, se meut de soi-même » (R. Descartes, 1996, p. 120). Cette formule illustre bien la volonté cartésienne de penser le corps (*res extensa*) comme une entité matérielle régie par des lois mécaniques, distincte de l'âme (*res cogitans*), siège de la pensée et de la conscience. Toutefois, Descartes nuance lui-même cette séparation lorsqu'il écrit : « Je ne suis pas seulement logé dans mon corps, ainsi qu'un pilote en son navire ; mais outre cela, je lui suis conjoint très étroitement, et tellement confondu et mêlé, que je compose comme un seul tout avec lui » (R. Descartes, 1996, p. 280). Cette tension interne à son œuvre est trop souvent réduite par la postérité à un dualisme strict, alors que le philosophe laisse déjà entrevoir une possible unité du vécu humain.

Or, cette conception a profondément marqué l'histoire de la médecine moderne. Elle a contribué à l'essor d'une approche analytique où le corps est étudié indépendamment de l'expérience subjective du patient. Comme le rappelle S. Gaukroger (2002, p. 13), « la physique de Descartes était conçue comme un système complet et unifié, intégrant la mécanique, la cosmologie et la biologie en un seul cadre explicatif ». Ce projet intellectuel, cohérent sur le plan théorique, a néanmoins eu pour effet de reléguer au second plan les dimensions psychiques et existentielles de la maladie. On voit ici comment un choix philosophique a produit un héritage ambivalent : fondateur pour la rationalité médicale, mais réducteur pour la compréhension de l'expérience vécue du malade.

Historiquement, la vision du corps-machine a eu un impact majeur sur la médecine. On peut même dire qu'elle l'a réduite, en la centrant sur l'organe ou le symptôme, au détriment des aspects psychiques et émotionnels qui sont pourtant essentiels à l'expérience de la maladie. Pensez aux traitements de la douleur chronique au XIX<sup>e</sup> siècle, qui ignoraient totalement comment la croyance ou l'état mental du patient influençaient sa perception de la douleur. C'est à ce propos que la remarque de F. Shapiro (2002, p. 13), selon laquelle « chaque école de pensée dans le domaine de la psychologie a une contribution importante à apporter », prend tout

son sens. En marginalisant les facteurs psychiques, ce modèle cartésien a non seulement imposé une vision très objective du corps, mais il a aussi freiné la reconnaissance des liens entre le corps et l'esprit, des liens que les neurosciences redécouvrent aujourd'hui avec force.

On voit donc que la distinction entre *res extensa* et *res cogitans* n'est pas qu'un simple concept philosophique. Elle continue d'influencer la médecine moderne, façonnant ses analyses et ses pratiques. Ce dualisme a créé ce que l'on pourrait appeler un « angle mort », où certains phénomènes, comme l'effet placebo, sont longtemps restés incompris. C'est d'ailleurs exactement ce que H. K. Beecher (1955, p. 155) a démontré en observant que « le traitement psychologique du patient peut modifier de manière significative sa réponse à la douleur, indépendamment des interventions physiologiques ». En somme, ce que Descartes a voulu séparer, c'est-à-dire l'esprit et le corps, est en fait indissociable, et l'esprit est aujourd'hui un acteur incontournable de la médecine.

## **1.2. La glande pinéale et les esprits animaux : tentative cartésienne de penser l'union esprit-corps**

René Descartes désigne la glande pinéale comme « le siège principal de l'âme », un organe unique où circulent les *esprits animaux*, des fluides subtils censés transmettre les sensations et orchestrer les mouvements corporels, établissant ainsi une interface directe entre l'esprit (*res cogitans*) et le corps (*res extensa*) (R. Descartes, 1996, p. 250). Ce choix anatomique n'est pas arbitraire : Descartes note que la glande pinéale est centrale et indivisible, ce qui en fait un pivot idéal pour expliquer l'union corps-esprit dans une perspective dualiste.

Comme le souligne S. Gaukroger (2002, p. 45), « la glande pinéale n'est pas un simple artefact anatomique, mais l'élément central d'une architecture conceptuelle visant à rendre intelligible la relation entre le mental et le physique ». Cette hypothèse pionnière a suscité de nombreux débats sur la localisation de la conscience et la circulation des fluides nerveux, marquant un tournant dans la tentative de conceptualiser l'union esprit-corps.

Bien que l'anatomie moderne ait réfuté la fonction exacte assignée par Descartes à la glande pinéale, cette conception demeure fondatrice pour la philosophie de l'esprit et les neurosciences contemporaines. Fort de cela, F. Crick et C. Koch (1990, p. 263) affirment, « toute théorie de la conscience doit, à un moment ou un autre, aborder la question de ses bases neurobiologiques ». Cette exigence prolonge la tentative cartésienne d'identifier un point d'ancrage de l'esprit dans le corps.

De même, F. Koch (2004, p. 15) souligne que « la quête d'une corrélation neuronale de la conscience vise à répondre à la même question qui animait Descartes : comment l'expérience subjective émerge-t-elle de mécanismes physiques ? ». Ainsi, la recherche actuelle sur la conscience et la modulation psychophysiologique de la perception illustre la continuité de l'intérêt pour les interactions entre cerveau et expérience subjective, confirmant la fécondité heuristique de l'hypothèse cartésienne.

### **1.3. Les Passions de l'âme : espérance, imagination et désir comme moteurs d'action sur le corps**

Pour Descartes, les passions ne sont pas de simples accidents de l'âme, mais des dynamiques capables d'orienter l'action corporelle. L'espérance « dispose l'âme à penser que ce qu'elle désire arrivera » (R. Descartes, 1996, p. 457). L'imagination, issue du mouvement fortuit des esprits, agit comme une passion susceptible d'influencer le jugement et la conduite (R. Descartes, 1996, p. 357). Quant au désir, il constitue « une agitation de l'âme causée par les esprits, qui l'incline à vouloir pour l'avenir les choses qu'elle se représente convenables » (R. Descartes, 1996, p. 384). Ces formulations révèlent une articulation originale entre psychisme et corps, qui dépasse la simple philosophie morale et introduit une perspective physiologique de l'action humaine.

Cependant, cette conceptualisation dualiste comporte des limites : les « esprits animaux » et la localisation unique de l'âme dans la glande pinéale relèvent d'une hypothèse anatomico-métaphysique désormais obsolète. Néanmoins, comme le souligne A. Damasio (1994, p. 15), « les émotions et les sentiments ne sont pas des entraves à la raison, mais des éléments constitutifs de la rationalité elle-même », confirmant l'intuition cartésienne selon laquelle les dynamiques psychiques modulent l'action et la cognition.

En neurosciences contemporaines, H. Fields (2004, p. 574) observe que « l'anticipation d'un soulagement active le cortex cingulaire antérieur, modulant ainsi la perception de la douleur », ce qui valide empiriquement le rôle des attentes et de l'imagination dans la modulation de l'expérience subjective. Ainsi, l'espérance, l'imagination et le désir, déjà identifiés par Descartes comme forces d'action, trouvent aujourd'hui un écho dans la recherche expérimentale sur les corrélations cerveau-expérience.

Cette continuité heuristique souligne que, malgré l'évolution des modèles scientifiques, la philosophie classique demeure un repère pour comprendre comment les processus psychiques façonnent la physiologie, invitant à une réflexion critique sur la médecine moderne et l'intégration du vécu subjectif du patient.

## **2. Héritages et limites de la médecine cartésienne**

L'héritage de Descartes continue de structurer la médecine moderne, en privilégiant l'analyse mécanique du corps au détriment du vécu subjectif du patient. Le dualisme corps-esprit a favorisé l'objectivation des organes et des symptômes, marginalisant les dimensions psychiques et émotionnelles de la maladie. Les esprits animaux, bien que dépassés sur le plan physiologique, restent une métaphore utile pour penser les interactions entre corps et esprit. Enfin, cette approche mécaniste a limité la compréhension de phénomènes complexes comme la douleur ou l'effet placebo, soulignant la nécessité de modèles plus intégratifs, tels que le biopsychosocial.

## **2.1. Objectivation du corps et marginalisation du vécu subjectif du patient**

Si on se penche sur la médecine moderne, on réalise à quel point elle a été façonnée par l'héritage de Descartes. Sa vision du corps-machine a mis l'accent sur le mécanisme, en reléguant au second plan l'expérience vécue du patient. D'ailleurs, comme le soulignait G. Canguilhem (1966, p. 112), « la médecine moderne tend à considérer le corps comme un mécanisme dont il convient d'étudier le fonctionnement et la pathologie indépendamment de l'expérience vécue du malade ». C'est ce qui explique pourquoi on s'est longtemps concentré sur les organes et les symptômes, sans vraiment se soucier des dimensions psychiques et émotionnelles.

Ce problème est flagrant quand on regarde comment on traitait la douleur au XIX<sup>e</sup> siècle. Les approches purement mécanistes ne prenaient absolument pas en compte l'état d'esprit ou les croyances du patient. Ce n'est pas un hasard si, bien plus tard, G. L. Engel (1977, p. 131) a souligné que « la perspective biomédicale pure échoue à saisir la complexité des interactions entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux », justifiant ainsi l'émergence de son modèle biopsychosocial.

Et même aujourd'hui, certaines pratiques cliniques restent trop axées sur le corps, au détriment du vécu psychologique du patient. R. Melzack (1990, p. 129) avait d'ailleurs insisté sur le fait que « l'expérience de la douleur est profondément modulée par des facteurs cognitifs et émotionnels, qui ne peuvent être compris uniquement par l'analyse physiologique ». Ces observations nous montrent clairement que l'objectivation du corps, héritée du dualisme de Descartes, reste un défi. Pour l'avenir, la médecine devra intégrer pleinement le subjectif dans sa pratique si elle veut vraiment comprendre la maladie dans toute sa complexité.

## **2.2. Les esprits animaux revisités : valeur métaphorique pour penser les médiations neurophysiologiques**

Descartes définissait les esprits animaux comme de subtils fluides transmettant sensations et mouvements corporels (R. Descartes, 1996, p. 250). Au-delà de cette description physiologique tributaire d'un modèle mécanique aujourd'hui dépassé, leur véritable pertinence réside désormais dans leur valeur métaphorique pour comprendre les médiations entre corps et esprit. Cette image anticipait, de manière saisissante, ce que les neurosciences contemporaines étudient comme les corrélats neurophysiologiques de la conscience, des émotions et des comportements.

En tant que concept, les esprits animaux offrent un cadre heuristique pour envisager la circulation et la modulation des informations sensorielles et affectives à travers le système nerveux. Bien qu'ils n'aient pas la précision explicative des modèles actuels de plasticité neuronale et de connectivité cérébrale, ils révèlent une intuition philosophique féconde : la pensée cartésienne entrevoyait déjà, sous forme symbolique, les interactions complexes entre états corporels et expériences subjectives.

Comme le souligne A. Damasio (1994, p. 152), « les états corporels modulés par des signaux neurophysiologiques constituent la base sur laquelle se construisent les sentiments et les décisions ». De même, H. Fields (2004, p. 574) note que « la modulation anticipatoire de la douleur implique des réseaux neuronaux intégrant cognition, émotion et perception sensorielle ». Ces observations confèrent aux esprits animaux une fonction heuristique précieuse, permettant de conceptualiser comment des phénomènes immatériels, tels que les croyances, les attentes et les émotions, influencent directement le fonctionnement corporel.

Ainsi, revisiter les esprits animaux comme métaphore ne revient pas à en valider la dimension physiologique, mais à reconnaître leur rôle transitoire : celui d'un pont conceptuel entre la philosophie classique et les neurosciences modernes. Ce pont éclaire la manière dont la pensée peut précéder et inspirer l'investigation scientifique. Dans une perspective bioéthique, il invite aussi à réfléchir sur la manière dont des représentations mentales, comme les croyances, les illusions et les espoirs, participent à l'efficacité médicale, notamment dans le cas du placebo, où l'attente d'un effet active concrètement des réseaux neuronaux et modifie la perception corporelle.

### **2.3. Dualisme et paradigme mécaniste : impact sur la médecine occidentale moderne**

C'est un fait, le dualisme de Descartes a laissé une empreinte indélébile sur la médecine occidentale. En séparant l'esprit (*res cogitans*) du corps (*res extensa*), il a réduit ce dernier à un simple mécanisme, en oubliant un peu trop l'expérience vécue du patient. C'est ce que G. Canguilhem (1966, p. 72) a bien résumé en notant que « la médecine classique privilégie le corps en tant qu'objet autonome, détaché des contextes psychiques et sociaux ».

Cette vision a vraiment consolidé un paradigme où l'on ne voit que les organes et les symptômes, sans prendre en compte les aspects psychologiques et émotionnels. On pense souvent à la citation de G. Engel (1977, p. 131), qui souligne à quel point « réduire la maladie à sa dimension biologique revient à négliger la complexité du vécu humain ». Et c'est là qu'on comprend l'importance des travaux de R. Melzack et P. D. Wall (1996, p. 580), qui ont montré que la douleur n'est pleinement compréhensible qu'en intégrant les facteurs cognitifs et affectifs, révélant par la même occasion les limites de ce modèle purement mécanique.

Tout cela nous montre bien pourquoi la médecine moderne, malgré ses incroyables avancées techniques, reste incomplète si elle ne prend pas en compte le vécu du patient. C'est ce qui justifie le passage à des approches plus holistiques comme le modèle biopsychosocial, qui, heureusement, replace l'expérience du patient au cœur du soin.

### **3. Lire le placebo à travers *Les Passions de l'âme***

Le placebo illustre comment les croyances et attentes, que Descartes considérait comme des passions influençant le corps, trouvent aujourd'hui une

confirmation scientifique. Neurosciences et imagerie cérébrale montrent que l'esprit module activement la perception de la douleur, matérialisant biologiquement l'influence des passions. Paradoxalement, alors que le dualisme a favorisé un modèle centré sur les organes, le placebo rappelle l'importance de la subjectivité et de l'expérience du patient. Il souligne enfin que physiologie et conscience forment un système dynamique et indissociable, reliant héritage philosophique et découvertes contemporaines.

### **3.1. Croyance et attente : des passions cartésiennes aux neurosciences contemporaines**

Descartes (1996, p. 457) conceptualise la croyance et l'attente comme des forces actives capables d'orienter le corps par le biais des passions, préparant l'organisme à agir selon les représentations et désirs de l'esprit. Cette perspective place l'expérience subjective au cœur de la causalité physiologique, anticipant les découvertes contemporaines sur la modulation psychophysiologique. Loin des « esprits animaux » imaginés par Descartes, les neurosciences identifient aujourd'hui des neurotransmetteurs et des circuits neuronaux qui matérialisent cette interaction.

F. Benedetti (2009, p. 112) souligne que « la croyance dans l'efficacité d'un traitement peut activer les mêmes circuits neuronaux que l'administration réelle d'un médicament ». Des études en imagerie cérébrale montrent que cette attente de soulagement déclenche une libération d'endorphines et de dopamine dans le cerveau. Ces substances, qui agissent comme des antidouleurs naturels et des agents de bien-être, créent un effet de soulagement mesurable. La « passion » de l'espérance, si chère à Descartes, a ainsi une signature biologique quantifiable. C'est la confirmation que le mental a une action concrète sur le physique.

H. Fields (2004, p. 574) observe également que « l'anticipation et l'attente modulent l'activité du cortex cingulaire antérieur, influençant la perception de la douleur ». Ce mécanisme montre que le cerveau n'est pas un simple récepteur passif de stimuli, mais un modulateur actif de la sensation. L'état d'esprit du patient ne se contente pas de "sentir" la douleur différemment ; il modifie les signaux neuronaux eux-mêmes. Le cerveau peut ainsi inhiber ou amplifier un signal de douleur en fonction des attentes du patient, confirmant l'influence concrète du mental sur le physique.

Ainsi, l'intuition cartésienne selon laquelle l'esprit influe concrètement sur le corps trouve aujourd'hui une validation empirique. Le paradoxe du placebo n'est plus une simple coïncidence, mais la preuve que les notions philosophiques de l'union corps-esprit peuvent être explorées et comprises à travers la biologie.

### **3.2. Le placebo comme héritage paradoxal du cartésianisme médical**

Le dualisme cartésien, en dissociant l'âme du corps, a favorisé un modèle médical centré sur l'objectivation des organes et des symptômes. Ce paradigme mécaniste, en marginalisant la subjectivité, a incontestablement contribué à l'essor d'une médecine expérimentale rigoureuse. Pourtant, il serait réducteur de croire que la dimension subjective y était totalement absente : paradoxalement, c'est dans



ce cadre que des phénomènes comme l'effet placebo ont été observés, révélant à quel point l'esprit peut influencer le corps (H. K. Beecher, 1955, p. 155).

F. Benedetti (2009, p. 112) insiste : « la réponse placebo n'est pas une illusion : elle démontre que la croyance, l'attente et le contexte thérapeutique modulent réellement l'activité neuronale et les réponses physiologiques ». De même, H. Fields (2004, p. 574) note que « l'anticipation d'un soulagement active le cortex cingulaire antérieur, modulant la perception de la douleur ». Ces constats montrent que des facteurs immatériels, tels que les croyances, les attentes et l'espoir, produisent des effets biologiquement mesurables, parfois surprenants même pour le clinicien le plus rigoureux.

Dans cette dynamique, le placebo peut être compris comme un héritage paradoxal du cartésianisme médical : il valide, en un sens, l'intuition de Descartes selon laquelle les passions et les croyances de l'esprit peuvent orienter l'action corporelle. Mais il révèle aussi les limites de ce modèle mécaniste : il réintroduit la subjectivité et le vécu du patient au cœur de l'efficacité thérapeutique, rappelant que la médecine ne peut jamais se réduire à des organes isolés.

Comme l'a si bien souligné F. Shapiro (2002, p. 13), « chaque école de pensée dans le domaine de la psychologie a une contribution importante à apporter ». Et, l'étude du placebo illustre parfaitement la nécessité de croiser les perspectives philosophiques, psychologiques et neuroscientifiques pour comprendre l'interaction esprit-corps.

D'un point de vue bioéthique, ce paradoxe soulève des questions concrètes et parfois dérangelantes : jusqu'où peut-on utiliser le placebo sans compromettre la transparence et le respect de l'autonomie du patient ? Ce qui frappe ici, c'est que l'héritage cartésien, tout en révélant la puissance des médiations psychophysiologiques, nous invite à intégrer pleinement les dimensions relationnelles, émotionnelles et symboliques dans le soin.

### **3.3. Neurosciences et conscience : continuités et ruptures avec la pensée cartésienne**

La recherche contemporaine sur la conscience ne se limite plus à la description phénoménologique des expériences subjectives : elle scrute de manière systématique les corrélations entre activité neuronale et vécu conscient, révélant des continuités surprenantes avec la pensée cartésienne. Comme le soulignent F. Crick et C. Koch (1990, p. 263), « toute théorie de la conscience doit, à un moment ou un autre, aborder la question de ses bases neurobiologiques », prolongeant ainsi l'intuition de Descartes selon laquelle l'esprit et le corps interagissent de façon dynamique. Cette convergence montre que les spéculations philosophiques sur la relation corps-esprit peuvent s'éclairer à la lumière des données neuroscientifiques modernes, tout en soulignant les limites et ruptures entre l'approche mécaniste cartésienne et les modèles contemporains de la conscience.

Cependant, les neurosciences modernes révèlent aussi des ruptures décisives avec l'héritage cartésien. La conscience n'est pas localisable dans un siège unique, comme le supposait la glande pinéale, mais se déploie à travers une dynamique distribuée dans l'ensemble du cortex, intégrant des réseaux parallèles et

interactifs. Comme l'affirme J.-P. Changeux (1983, p. 215), « la conscience n'est pas le produit d'un centre unique mais d'une activité coordonnée et distribuée dans de vastes ensembles neuronaux ». Ce constat marque une véritable révolution épistémologique : l'esprit ne peut plus être pensé comme une entité isolée, mais comme une émergence de processus neuronaux complexes. De plus, la subjectivité humaine s'avère inséparable de ses dimensions affectives et cognitives. Ainsi, S. Marchand (1999, p. 42) souligne que « la douleur est modulée par des mécanismes cognitifs et affectifs qui transforment l'expérience sensorielle en vécu subjectif ». La simple stimulation nerveuse ne suffit donc pas à expliquer l'expérience consciente : ce sont l'anticipation, l'émotion et la mémoire qui confèrent au corps son inscription dans la subjectivité.

Dès lors, si Descartes avait pressenti l'union fonctionnelle de l'esprit et du corps, les neurosciences contemporaines ne se bornent pas à confirmer cette intuition : elles en élargissent considérablement la portée, en montrant que subjectivité et physiologie forment un système dynamique, plastique et indissociable.

#### **4. Enjeux épistémologiques et éthiques pour la médecine actuelle**

La médecine contemporaine intègre désormais la dimension psychique, sociale et éthique du patient. La croyance, la confiance et les rituels modulent l'efficacité des soins, comme le montre l'effet placebo, tout en posant des défis éthiques sur transparence et autonomie. En Afrique, conjuguer science et savoirs culturels est essentiel : les soins doivent respecter les symboles, le contexte social et la subjectivité pour être pleinement efficaces.

##### **4.1. Vers un paradigme intégratif : du biomédical au modèle biopsychosocial et philosophique**

L'évolution de la médecine contemporaine témoigne d'un passage progressif du modèle strictement biomédical, centré sur la pathologie et les organes, vers un paradigme intégratif prenant en compte la dimension psychique, sociale et éthique du patient. Engel (1977, p. 129) souligne que « la santé et la maladie doivent être comprises à la fois par leurs dimensions biologiques, psychologiques et sociales », établissant les fondements du modèle biopsychosocial.

Cette transition reflète également l'influence persistante de la philosophie cartésienne : la distinction entre corps et esprit, initialement instrumentalisée pour objectiver le corps, trouve aujourd'hui une réinterprétation intégrative, où la subjectivité du patient devient un facteur déterminant du soin (K. S. Kendler, 2005, p. 75). Les neurosciences contemporaines confirment cette perspective : l'expérience subjective module l'activité neuronale et la réponse physiologique, comme le montre H. Fields (2004, p. 574) dans l'étude de la douleur anticipée.

Cela dit, l'approche intégrative dépasse la simple somatisation biologique, en articulant connaissances scientifiques, expériences subjectives et principes éthiques, établissant un pont entre les héritages cartésien et moderne de la médecine.

## **4.2. Réhabilitation du sujet : rôle de la croyance, de la confiance et du rituel dans le soin**

De nos jours, on réalise de plus en plus que le patient n'est pas qu'un simple corps à soigner. Sa participation au traitement est cruciale, car sa croyance, sa confiance et même les rituels du soin peuvent influencer directement l'efficacité d'un traitement. Comme l'a très bien expliqué F. Benedetti (2014, p. 38), « le placebo fonctionne pleinement lorsque le patient croit à la réalité du traitement et entretient une relation de confiance avec le soignant ».

C'est une idée fascinante car, si on y réfléchit, elle prolonge en quelque sorte les intuitions de Descartes sur les liens entre le corps et l'esprit. Bien sûr, il parlait de « passions » et d'« esprits animaux » (1996, p. 357-457), mais il avait déjà compris que l'état d'esprit pouvait moduler le fonctionnement physique. Les neurosciences modernes confirment cette idée avec force. Par exemple, H. Fields (2004, p. 574) a montré que l'anticipation ou l'engagement actif du patient modulent l'activité de certaines zones du cerveau, comme le cortex cingulaire antérieur, influençant ainsi la perception de la douleur.

En fin de compte, intégrer la croyance et la confiance dans la pratique médicale n'est pas qu'une simple « psychologie populaire ». C'est une véritable stratégie thérapeutique scientifiquement validée. En reconnaissant le rôle actif du patient dans le soin, on réhabilite la personne elle-même au cœur du processus de guérison.

## **4.3. Éthique du placebo : transparence, autonomie, non-mensonge et bienfaisance**

L'usage du placebo en clinique soulève des enjeux éthiques cruciaux, car il se situe à l'intersection du respect de la personne et de l'efficacité thérapeutique. Le premier principe en jeu est celui de la transparence et du consentement éclairé. Comme le rappellent F. Miller et L. Colloca (2009, p. 120), « le patient doit être pleinement informé de la nature du traitement pour que l'autonomie soit respectée ». En d'autres termes, l'administration d'un placebo ne saurait se justifier si elle implique une tromperie qui priverait le malade de sa capacité de choisir librement. Dans une médecine contemporaine qui valorise l'autonomie, la relation médecin-patient repose avant tout sur la confiance et non sur la manipulation.

Un second enjeu concerne la vérité et l'intégrité professionnelle. Les codes de déontologie médicale rejettent toute forme de mensonge malveillant, ce qui fait du placebo administré à l'insu du patient un acte moralement problématique. Le principe de bienfaisance impose en revanche d'examiner les conditions dans lesquelles le placebo peut être bénéfique. Comme le résume T. L. Beauchamp et J. F. Childress (2001, p. 172), « le devoir de bienfaisance oblige le médecin à agir dans le meilleur intérêt du patient, même si cela suppose des moyens non conventionnels ». Le dilemme est donc clair : comment concilier un traitement potentiellement efficace, mais non pharmacologique, avec l'exigence d'intégrité éthique ?

De plus, l'efficacité du placebo dépend elle-même de la confiance et de la croyance du patient. F. Benedetti (2014, p. 38) insiste sur ce point : « l'effet placebo repose sur l'engagement actif du patient et sur le contexte de soin ». Ainsi, même lorsque le placebo est administré de manière transparente, par exemple sous forme de « placebo ouvert », il peut activer des mécanismes neurobiologiques réels, tels que la libération d'endorphines ou la modulation des circuits de la douleur. Le paradoxe est donc que l'efficacité du placebo exige un certain degré de croyance, ce qui confronte directement la médecine au problème du langage, de la symbolique et de la confiance.

Par ailleurs, les débats éthiques varient selon les contextes culturels. Dans les sociétés africaines, où la parole du guérisseur ou du médecin est investie d'une forte autorité symbolique, l'effet placebo peut être amplifié par la dimension relationnelle et communautaire du soin. Mais cela renforce aussi la responsabilité du praticien : exploiter cette confiance à des fins thérapeutiques doit toujours se faire sans manipulation abusive ni instrumentalisation de la crédulité du patient. Ici, la frontière entre efficacité symbolique et mensonge médical devient particulièrement ténue.

Enfin, l'éthique du placebo ne peut se réduire à une opposition binaire entre vérité et tromperie. Elle appelle une réflexion plus large sur le rôle du care, de l'attention et de la dimension psychologique du soin. Comme l'exprime B. Howard (1997, p. 6), « le pouvoir du placebo rappelle que la guérison n'est pas seulement une affaire de molécules, mais aussi de relation et de confiance ». En ce sens, le placebo n'est pas seulement un défi éthique, mais une opportunité pour réhabiliter la dimension humaine de la médecine, souvent négligée par l'héritage mécaniste cartésien.

Ainsi, l'éthique du placebo ne se limite pas à un simple dilemme philosophique. Elle incarne un équilibre subtil entre l'intégrité clinique, le respect de l'autonomie du patient et l'exploitation responsable des interactions psychophysiologiques pour optimiser la santé.

#### **4.4. Répercussions socio-économiques et culturelles : pertinence pour les systèmes de santé africains**

Les systèmes de santé africains ne peuvent être compris sans référence à leurs réalités socio-économiques et culturelles. Celles-ci influencent non seulement l'accès aux soins, mais aussi la manière dont les individus perçoivent la maladie et envisagent la guérison. Comme le montrent de nombreux travaux en santé publique et en anthropologie médicale, une intervention biomédicale qui ignore ces dimensions risque fort de rester lettre morte.

En Afrique, la médecine traditionnelle n'est pas une survivance du passé : elle constitue un système complexe, mêlant savoir empirique, croyances spirituelles et vision holistique du corps et de la nature. S. P. E. Mvone Ndong (2017, p. 75) rappelle que « la médecine traditionnelle parle d'esprits et de la prégnance du Divin, mettant ainsi en perspective une prise en charge globale ». Ce constat souligne une différence majeure : là où la biomédecine moderne privilégie

l'organe et le symptôme, la médecine traditionnelle met en avant la totalité du vivant, en reliant l'homme, la nature et les forces invisibles.

Cette approche n'est pas isolée. Comme le note encore S. P. E. Mvone Ndong (2017, p. 74), « en Europe, en Afrique, en Asie et en Amérique ou en Océanie, toute thérapie, chez les rebouteux et tradithérapeutes, dépend de cette même représentation primitive ». Autrement dit, les peuples de la terre partagent un héritage symbolique commun, que la médecine traditionnelle continue d'activer dans le soin. Dans la psychologie africaine, cet héritage relie la santé de l'homme à la vitalité de son environnement. Détruire la nature, c'est donc mettre en péril son propre équilibre. L'enjeu est moins scientifique que spirituel : la maladie est perçue comme un désordre relationnel, un signe de rupture avec la nature et le monde invisible.

C'est dans ce cadre que l'effet placebo trouve une résonance particulière. Les rituels de guérison, tels que les chants, incantations, décoctions, danses ou exorcismes, ne sont pas de simples "superstitions". Ils activent des mécanismes psychophysiologiques que la médecine contemporaine commence seulement à documenter. Le rôle du guérisseur traditionnel illustre bien cette articulation : il n'est pas seulement herboriste ou devin, il est aussi un médiateur social et spirituel. La confiance que lui accorde le patient, nourrie par sa réputation, son autorité et la continuité d'un savoir ancestral, constitue déjà la première étape de la guérison.

Le cadre rituel lui-même agit comme un catalyseur. Loin d'être décoratif, il structure l'attente, apaise l'anxiété, détourne l'attention de la douleur et mobilise les circuits neuronaux de la modulation. Ce mécanisme est comparable, sur le plan psychologique, à ce que l'hypnose ou la méditation produisent dans les sociétés occidentales. Ici encore, le corps et l'esprit s'entremêlent, déjouant la séparation cartésienne entre *res cogitans* et *res extensa*.

Ainsi, qu'il s'agisse d'une potion à base de plantes ou d'un objet sacré, l'efficacité du remède repose autant sur sa puissance symbolique que sur ses propriétés pharmacologiques. Comme le précise S. P. E. Mvone Ndong (2017, pp. 32-33), les tradithérapeutes utilisent des plantes non seulement parce qu'elles contiennent des substances actives, mais aussi parce qu'elles s'inscrivent dans un univers symbolique partagé, validé par des générations d'expérience et de croyance.

Ces constats invitent à une réflexion critique sur les limites du modèle biomédical. Réduire le corps à une machine, c'est négliger la dimension symbolique et relationnelle qui, en Afrique, fait partie intégrante du soin. Reconnaître cette dimension ne signifie pas rejeter la biomédecine, mais plutôt enrichir son efficacité en y intégrant les réalités culturelles locales. Un médecin africain moderne ne pourra pas répéter les rituels d'un guérisseur, mais il peut s'en inspirer : par exemple en cultivant une relation de confiance renforcée, en valorisant le dialogue, et en tenant compte du contexte social et spirituel de son patient.

C'est dans cette articulation que se joue l'avenir des systèmes de santé africains. Comme le rappelle A. Adedeji (1993, p. 45), « les inégalités socio-économiques exacerbent les problèmes de santé publique et augmentent la

vulnérabilité des populations aux maladies évitables ». En d'autres termes, les pratiques de soins ne peuvent être isolées des conditions de vie, de la pauvreté ou des normes sociales. Les recherches ivoiriennes de A. Kouadio (2009, p. 45) vont dans le même sens : « les croyances traditionnelles, les pratiques rituelles et les rapports sociaux influencent fortement les choix thérapeutiques et la participation aux programmes de prévention ». Dans plusieurs communautés ivoiriennes, la maladie n'est pas seulement un désordre biologique, mais aussi une sanction spirituelle ou sociale (Kouadio, 2009, p. 61).

De telles observations montrent que la santé en Afrique s'élabore à l'intersection du biomédical et du culturel. Les colloques récents sur la santé des populations Akan (2024, p. 12) confirment cette perspective : une politique sanitaire qui ignore la dimension rituelle et spirituelle est vouée à l'échec. L'exemple des moustiquaires imprégnées d'insecticide, rejetées par certaines communautés faute d'avoir pris en compte leurs représentations locales, illustre bien cette difficulté.

En définitive, la médecine africaine contemporaine ne peut être purement cartésienne. Elle doit conjuguer rationalité scientifique et sagesse culturelle, reconnaître la force des symboles autant que celle des molécules. Une telle approche ne relève pas seulement de l'efficacité thérapeutique : elle est aussi un impératif de justice et de respect des identités culturelles.

## **Conclusion**

L'analyse du placebo comme héritage paradoxal du cartésianisme médical révèle toute l'ambivalence de la modernité biomédicale. Le dualisme cartésien, en séparant l'âme et le corps, a certes favorisé un modèle mécaniste de la médecine, centré sur l'objectivation des organes et des symptômes. Mais ce même paradigme a ouvert, de manière inattendue, la voie à la reconnaissance empirique de l'influence de l'esprit sur le corps, en particulier à travers le phénomène placebo.

En ce sens, le placebo n'est pas une simple illusion thérapeutique : il constitue la preuve que les croyances, les attentes et le contexte social et culturel modulent réellement les réponses physiologiques. Loin de contredire totalement Descartes, il prolonge son intuition sur l'action des passions de l'âme dans le corps, tout en déplaçant les frontières entre mécanisme et subjectivité.

Dans le contexte africain et ivoirien, cette réflexion prend une résonance particulière. Les pratiques de médecine traditionnelle, fondées sur la force symbolique et relationnelle du soin, confirment que la dimension immatérielle joue un rôle central dans l'efficacité thérapeutique. Le placebo apparaît alors comme un point de rencontre entre la médecine moderne héritière du cartésianisme et les savoirs traditionnels, ouvrant un champ interdisciplinaire fécond pour repenser les pratiques de soin.

Ainsi, la bioéthique contemporaine est appelée à dépasser la simple opposition entre illusion et efficacité, pour intégrer l'effet placebo comme révélateur des liens profonds entre le corps, l'esprit, la culture et la société. Cette approche invite à une médecine plus intégrative, respectueuse à la fois de la rationalité scientifique et des ressources symboliques inscrites dans les cultures.

## Références bibliographiques

- ADEDEJI Adebayo, 1993, *L'Afrique dans le monde : Au-delà de la dépossession et de la dépendance*, Londres, Heinemann.
- BEAUCHAMP Tom Lamar & CHILDRESS James Franklin, 2001, *Principles of Biomedical Ethics* (5<sup>e</sup> éd.), Oxford, Oxford University Press.
- BELPOMME Dominique, 2004, *Ces maladies créées par l'homme : Comment la dégradation de l'environnement met en péril notre santé*, Paris, Albin Michel.
- BENEDETTI Fabrizio, 2014, *Les effets placebo : Comprendre les mécanismes en santé et en maladie*, Oxford, Oxford University Press.
- CANGUILHEM Georges, 1966, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- CHANGEUX Jean-Pierre, 1983, *L'homme neuronal*, Paris, Fayard.
- DAMASIO Antonio, 1994, *L'erreur de Descartes : La raison des émotions*, Paris, Odile Jacob.
- DESCARTES René, 1996, *Les Passions de l'âme*, dans ADAM Charles et TANNERY Paul (éd.), *Œuvres de Descartes* (AT, XI), Paris, Vrin/CNRS.
- DESCARTES René, 1996, *Traité de l'Homme*, dans ADAM Charles et TANNERY Paul (éd.), *Œuvres de Descartes* (AT, XI), Paris, Vrin/CNRS.
- GAUKROGER Stephen, 2002, *Descartes: An Intellectual Biography*, Oxford, Clarendon Press.
- KOCH Christof, 2004, *The Quest for Consciousness: A Neurobiological Approach*, Englewood, CO, Roberts & Company Publishers.
- KOUADIO André, 2009, *Santé, culture et société en Côte d'Ivoire*, Paris, L'Harmattan.
- MVONE NDONG Simon-Pierre Ezéchiél, 2017, *La médecine traditionnelle : Approche éthique et épistémologique de la médecine au Gabon*, Paris, L'Harmattan.
- SHAPIRO Francine, 2002, *EMDR: Integrative Psychotherapy Approaches – Expert Contributions*, Washington, DC, American Psychological Association.
- BEECHER Henry Knowles, 1955, « Le puissant placebo », *Journal of the American Medical Association*, 159(17), p. 1602–1606.
- CRICK Francis & KOCH Christof, 1990, « Vers une théorie neurobiologique de la conscience », *Séminaires en neurosciences*, 2, p. 263–275.
- ENGEL George Libman, 1977, « La nécessité d'un nouveau modèle médical : Un défi pour la biomédecine », *Science*, vol. 196, n° 4286, p. 129–136.
- FIELDS Howard, 2004, « Modulation de la douleur dépendante de l'état par l'attente », *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 5, n° 7, p. 571–580.
- HOWARD Brody, 1997, « Le médecin comme agent thérapeutique », dans HARRINGTON A. (dir.), *L'effet placebo : Une exploration interdisciplinaire* (pp. 77-92), Cambridge (MA), Harvard University Press.
- KENDLER Kenneth Steven, 2005, « Vers une structure philosophique pour la psychiatrie », *American Journal of Psychiatry*, vol. 162, n° 3, p. 433–440.
- KOUADIO Akou Aka, 2010, « L'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Côte d'Ivoire) », *Les Cahiers d'Outre-Mer*, n° 251, juillet-septembre, p. 439–459.

MARCHAND Serge, 1999, *Le phénomène de la douleur*, Montréal, Éditions de la Chenelière.

MELZACK Ronald & WALL Patrick David, 1990, « La nature individuelle de la douleur », *Pain Forum*, vol. 1, n° 2, p. 129–136.

MILLER Franklin & COLLOCA Luana, 2009, « La légitimité des traitements placebo en pratique clinique : Données et éthique », *American Journal of Bioethics*, vol. 9, n° 12, p. 39–47.

MILLER Franklin & COLLOCA Luana, 2009, « L’usage éthique du placebo dans la pratique clinique », *Revue médicale canadienne*, vol. 181, n° 3, p. 120–123.

Colloque international transdisciplinaire sur les populations Akan, 2024, « Perception et pratique de santé chez les populations Akan », *Actes de Colloque*, Adiaké, Université Félix Houphouët-Boigny, p. 12.