



HAL
open science

Entraîner les cerveaux schizophréniques. Idéaux et valeurs de l'autonomie en neurosciences

Baptiste Moutaud

► **To cite this version:**

Baptiste Moutaud. Entraîner les cerveaux schizophréniques. Idéaux et valeurs de l'autonomie en neurosciences. Terrain : revue d'ethnologie de l'Europe , 2022, 76, pp.64-83. 10.4000/terrain.23324 . halshs-03636132

HAL Id: halshs-03636132

<https://shs.hal.science/halshs-03636132>

Submitted on 16 May 2022

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.

Entraîner les cerveaux schizophréniques

Idéaux et valeurs de l'autonomie en neurosciences

Baptiste MOUTAUD



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/terrain/23324>

DOI : [10.4000/terrain.23324](https://doi.org/10.4000/terrain.23324)

ISSN : 1777-5450

Éditeur

Association Terrain

Édition imprimée

Date de publication : 3 mars 2022

Pagination : 64-83

ISBN : 978-2-492362-01-9

ISSN : 0760-5668

Ce document vous est offert par Université Paris Nanterre



Référence électronique

Baptiste MOUTAUD, « Entraîner les cerveaux schizophréniques », *Terrain* [En ligne], 76 | mars 2022, mis en ligne le 30 avril 2022, consulté le 28 avril 2022. URL : <http://journals.openedition.org/terrain/23324> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/terrain.23324>



Terrain est mis à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.



ENTRAÎNER LES CERVEAUX SCHIZOPHRÉNIQUES

BAPTISTE MOUTAUD
CNRS-LESC
baptiste.moutaud@cnrs.fr

Avant même que la séance ne commence, Stéphanie, l'une des infirmières de l'équipe, me fit part de son appréhension¹. La veille, elle avait vu Sylvain, le nouveau patient qu'elle s'apprêtait à prendre en charge, et elle tenait à me préciser qu'il avait « de grosses lacunes ». Nous l'attendions ce matin-là dans l'un de ces bureaux au mobilier impersonnel d'un service de psychiatrie universitaire de l'assistance publique. Il allait démarrer ici un programme de thérapie par *remédiation cognitive*. La remédiation cognitive utilise un ensemble de techniques visant à entraîner les compétences cognitives de personnes qui, comme Sylvain, souffrent de schizophrénie. Ce sont des exercices sur papier ou sur ordinateur qui permettent à la personne de travailler des capacités intellectuelles comme la mémoire, l'attention et la concentration, le raisonnement logique. On y exerce aussi ce que les sciences cognitives nomment les fonctions exécutives,

nécessaires pour organiser et exécuter une action dans des situations ordinaires ou inhabituelles. Ou encore la flexibilité cognitive, c'est-à-dire la capacité à modifier les règles d'une action lorsqu'une stratégie s'avère mauvaise.

Lorsque Sylvain est arrivé, Stéphanie lui a fait débiter le programme avec un exercice intitulé « bissection de lignes ». Sylvain devait localiser et marquer au crayon le centre approximatif d'une série de lignes horizontales imprimées sur une feuille A4. Il s'agissait par là d'exercer son attention, ses capacités visuo-spatiales et sa dextérité. Mais Stéphanie et Sylvain ont rapidement fait face à différents problèmes : Sylvain ne savait pas ce que voulait dire « horizontal » ni n'arrivait à expliquer ce qu'est un centre. Il avait aussi du mal à distinguer sa droite et sa gauche. Après les explications de Stéphanie, il s'est lancé dans l'exercice de manière désordonnée. Alors que Stéphanie attendait qu'il définisse

une stratégie pour réaliser l'exercice, qu'il respecte les consignes et qu'il persévère, Sylvain voulut s'arrêter dès la première ligne pour mesurer avec une règle. Il trouvait l'exercice trop long, il envisagea d'abandonner à plusieurs reprises. Au terme d'une première heure laborieuse, à l'issue de laquelle Sylvain, dont l'impatience était manifeste, se disait fatigué et voulait partir, Stéphanie me confia n'être « pas certaine qu'il comprenne pourquoi il est là et ce qu'on est en train de faire ».

Quelques jours auparavant, Caroline, la psychiatre qui dirige l'unité hospitalière de remédiation cognitive, semblait pourtant enthousiaste. J'avais assisté à l'entretien qu'elle avait eu avec Sylvain, au cours duquel elle avait dressé un rapide profil clinique, cognitif et fonctionnel. J'y avais appris que cet homme d'une quarantaine d'années à l'allure bonhomme travail-

1. Afin de préserver l'anonymat des personnes, les prénoms ont été modifiés.

lait à mi-temps dans un ESAT², qu'il souhaitait trouver un travail à plein temps et envisageait de reprendre une formation de jardinier paysagiste. Sa psychiatre libérale et l'équipe médico-sociale de l'ESAT l'avaient orienté vers l'unité de Caroline et ces programmes d'entraînement cognitif dans l'idée d'accroître ses chances de succès.

La remédiation cognitive se fonde en effet sur le constat que les déficits cognitifs dont souffrent les personnes atteintes de schizophrénie ont des répercussions considérables sur leur vie quotidienne. Pour Caroline et son équipe, ces déficits mettent à l'épreuve la capacité des individus à vivre de manière autonome, à réaliser des tâches ordinaires telles que se faire à manger ou faire les courses, mais aussi à travailler ou à entreprendre des études, à s'orienter dans une ville, à interagir avec les autres et à entretenir des relations amicales, ou ne serait-ce qu'à mémoriser des informations. L'ambition des praticiens derrière ces exercices à première vue très simples et ludiques est d'accompagner la personne dans un projet de réinsertion auquel le programme d'entraînement cognitif va s'articuler. Caroline avait donc annoncé à Sylvain qu'ils allaient l'aider : « On va adapter nos programmes de stimulation cognitive à votre travail, à vos cours et à vos difficultés. On peut vous aider à plancher pour les épreuves. On va adapter les exercices. » Elle m'avait glissé, une fois l'entretien terminé : « Je pense vraiment qu'on peut faire quelque chose pour lui. »

Je propose ici d'examiner le cas de Sylvain dans la manière dont il a mis à l'épreuve un modèle de soin, contri-

buanant à en révéler les logiques sous-jacentes. La remédiation cognitive se situe à la confluence de deux des principales tendances de la psychiatrie hospitalo-universitaire contemporaine qui orientent et modèlent les conceptions du soin et des troubles mentaux. Premièrement, dans sa justification et dans le quotidien de son déploiement, elle tire largement profit des savoirs, outils et discours des neurosciences et des sciences cognitives. Deuxièmement, ses partisans mobilisent les valeurs et le discours de la réhabilitation psychosociale et leurs idéaux d'autonomisation et d'*empowerment* des usagers de la psychiatrie. L'objectif affiché est d'améliorer les conditions de vie et l'insertion sociale de ces personnes par un travail sur leurs capacités intellectuelles. Il s'agit dans cet article d'interroger comment ces pratiques d'entraînement cognitif participent à construire des représentations spécifiques de l'entremêlement des causalités sociales, psychologiques et biologiques de la schizophrénie.

LE STYLE DE RAISONNEMENT DE LA REMÉDIATION COGNITIVE

La remédiation cognitive³ a initialement été développée pour réhabiliter les capacités cognitives de personnes qui souffrent de différents troubles neurologiques à la suite de lésions cérébrales (dues par exemple à un accident vasculaire cérébral ou à un traumatisme crânien). C'est à partir des années 1990 qu'elle a été étendue à la psychiatrie

et plus particulièrement à la schizophrénie. L'idée que les troubles cognitifs sont une caractéristique centrale de la schizophrénie remonte aux débuts de la psychiatrie scientifique, au tournant du xx^e siècle, avec les travaux d'Emil Kraepelin et Eugen Bleuler. C'est néanmoins depuis les années 1990 qu'ils sont devenus la cible prioritaire de certaines interventions thérapeutiques. La redéfinition de la schizophrénie comme un trouble des déficits neurocognitifs a pris consistance à cette période avec l'essor de la psychiatrie biologique et des neurosciences cognitives, soutenues notamment par le développement des technologies d'imagerie cérébrale. Comme le souligne le neuropsychologue Walter Heinrichs : « Les troubles cognitifs sont désormais considérés comme une caractéristique de la schizophrénie qui précède, accompagne, puis perdure après les symptômes et la prise en charge médicale du patient. [...] Les déficits cognitifs ne sont pas seulement une composante du syndrome schizophrénique, ils sont l'expression primaire du cerveau schizophrénique⁴ » (2005 : 229). Si

2. Les ESAT (Établissements et services d'aide par le travail) sont des structures médico-sociales « protégées » destinées aux personnes qui ne peuvent pas travailler dans des entreprises du « milieu ordinaire » du fait de leur handicap.

3. L'expression « remédiation cognitive » est la traduction littérale de l'anglais *cognitive remediation*, où *remediation* signifie « corriger » ou « améliorer » (du latin *remediare* : « guérir »).

4. Toutes les citations tirées de l'anglais sont des traductions de l'auteur.

les hallucinations et les délires paranoïaques sont les manifestations les plus spectaculaires, les plus stigmatisantes et les plus souvent associées à la schizophrénie, les atteintes neuropsychologiques ont suscité l'intérêt des chercheurs et cliniciens en raison de leurs importantes conséquences sur le quotidien des personnes et sur leur capacité à mener une vie normale (voir notamment Green 1996). C'est ce même constat qui a incité des psychiatres à expérimenter les pratiques de remédiation cognitive pour la schizophrénie.

Avec la remédiation cognitive, nous avons une pratique qui envisage d'agir sur le cerveau et sur son fonctionnement afin de moduler les comportements des personnes et d'infléchir leurs trajectoires. Mon hypothèse est que son développement en psychiatrie est un point d'entrée pour cerner la manière dont les neurosciences entretiennent promesses technoscientifiques et imaginaires sociaux dans une nouvelle association où les questions sociales pourraient être résolues de manière scientifique (Moutaud 2018). Si biologie et phénomènes de l'esprit sont d'ores et déjà indissociables dans le champ des neurosciences, nous allons retrouver au cœur des pratiques de remédiation cognitive des catégories neuro-essentialistes (« cerveau schizophrénique », « cerveau vulnérable ») ou des théories totalisantes (« plasticité cérébrale », « hypothèse neurodéveloppementale de la schizophrénie »), mobilisées par les acteurs du domaine qui sur ce terrain proposent de penser la porosité des frontières entre organique, psychologique et environnement matériel et social.

En l'occurrence, la remédiation cognitive apparaît comme un *style de raisonnement*. Ce concept, notamment développé par le philosophe Ian Hacking (1992) et l'anthropologue Allan Young (2000), place l'accent sur la dimension historique et sociale des théories et cultures scientifiques. Un style de raisonnement est « une façon caractéristique et autoréférentielle

Avec la remédiation cognitive, nous avons une pratique qui envisage d'agir sur le cerveau et sur son fonctionnement afin de moduler les comportements des personnes et d'infléchir leurs trajectoires.

de fabriquer les faits, dans la mesure où il génère ses propres conditions de vérité » (Young 2000 : 158). C'est une combinaison originale d'acteurs, techniques et technologies, concepts, valeurs, pratiques, institutions, matières, etc. qui tout à la fois produit de nouvelles formes de rationalité et assure leur stabilité. Dans le cas de la remédiation cognitive, le style de raisonnement autorise la perpétuelle négociation des conditions et des critères de la réussite et de l'échec. Mais il a surtout pour effet de générer une configuration spécifique — que je vais m'attacher à décrire — des rapports entre vulnérabilité biologique et précarité de la vie, entre fragilité émo-

tionnelle et cognitive et incertitude sociale chez les personnes souffrant de schizophrénie.

Je vais tout d'abord revenir sur les problèmes rencontrés par l'équipe de l'unité de remédiation avec Sylvain. Sa prise en charge a rythmé les 18 mois que j'ai passés à observer l'activité de la psychiatre et des psychologues, neuropsychologues et infirmières qui la composaient⁵. Comme me l'a dit Caroline, la responsable du service, l'équipe était « sortie des clous » en adaptant dans de très larges proportions le programme pour Sylvain (il a duré plus de 10 mois au lieu des 2 ou 3 mois généralement requis, à raison d'une ou deux séances hebdomadaires). Je dois préciser immédiatement que Sylvain a toujours décliné mes propositions pour un entretien formel qui m'aurait permis de recueillir son interprétation des événements. Cela n'empêchait pas que nous discussions avant ou pendant les séances, en nous croisant dans les couloirs ou sur le quai de la station de métro à proximité de l'hôpital. Mais cette demande apparaissait pour lui comme une contrainte supplémentaire qu'il associait à une prise en charge déjà bien trop chronophage à son goût. Son argument était par ailleurs excellent : après ma confirmation

5. Au cours de cette enquête de terrain, j'ai pu assister à l'ensemble des activités de l'équipe (programmes de remédiation, entretiens d'évaluation, réunions d'équipe, etc.). J'ai également réalisé des entretiens avec ses membres ou des acteurs du domaine en France, ainsi qu'avec les personnes qui participaient à des programmes de remédiation.

que les autres participants acceptaient généralement cette demande d'entretien, il m'avait rétorqué que dans ce cas je n'avais pas besoin de lui. Du côté de l'équipe médicale, ce refus était interprété comme un indice supplémentaire de la persistance de symptômes de la maladie (ici des symptômes persécutifs). Toujours est-il que ce manque empirique impose pour cet article une lecture de la situation et de l'histoire de Sylvain par le seul prisme des équipes médicales qui l'ont pris en charge et des interactions observées.

Je vais exposer la manière dont les problèmes ont été circonscrits et les explications qui ont été apportées concernant Sylvain. Cette situation initiale sera ensuite dépliée afin de cerner comment les théories neuroscientifiques au fondement de la remédiation cognitive (l'approche neurodéveloppementale de la schizophrénie), plaçant l'accent sur un état permanent de vulnérabilité biologique et psychologique des personnes psychotiques, contribuent à faire émerger l'idée que leurs corps sont perméables et sensibles à leur environnement social et matériel. Nous verrons alors que la conception du cerveau schizophrénique vulnérable et plastique devient la traduction dans un langage neuroscientifique d'un idéal d'émancipation qui postule que les individus pourraient puiser dans les ressources de leur machinerie cérébrale pour acquérir des compétences et surmonter l'incertitude qui caractérise leur condition. Enfin, je décrirai comment cette pratique devient pour ses promoteurs un potentialisateur d'insertion sociale et professionnelle.

SYLVAIN ET SON « CERVEAU VULNÉRABLE »

« J e rince mon t-shirt à la fin de chaque séance. Je me demande vraiment quel bénéfice il va en tirer. » Lors des réunions d'équipe du mardi matin, Stéphanie a rapidement abordé les problèmes qu'elle rencontrait dans la prise en charge de Sylvain. Sa situation est même devenue un sujet de discussion récurrent dans le couloir

Les théories neuroscientifiques au fondement de la remédiation cognitive contribuent à faire émerger l'idée que les corps sont perméables et sensibles à leur environnement social et matériel.

du service car l'équipe peinait à comprendre la source de ses difficultés. Lors de la première présentation de Sylvain en réunion, Caroline, dans la lignée de son optimisme initial, avait pourtant dépeint une personne autonome dans la vie de tous les jours, qui recevait par intermittence le soutien de sa famille : « Il fonctionne pas mal. Il a son appartement, il se fait sa cuisine — c'est même assez diversifié —, il gère son argent, il part en vacances. » Sur le plan neuropsychologique, Sylvain était passé par les nombreuses

évaluations auxquelles sont soumis les participants avant d'entamer un programme de remédiation. Ces tests étalés sur deux demi-journées permettent à l'équipe de tracer le profil cognitif des personnes. Dans le cas de Sylvain, les évaluations avaient révélé des troubles cognitifs certes importants mais qui ne semblaient pas insurmontables pour l'équipe : des « grosses lacunes pour planifier ses actions », « un tout petit Q.I. », des difficultés d'abstraction « classiques dans la schizophrénie », des troubles visuo-spatiaux. C'est lors des séances de remédiation que les problèmes avaient bruyamment surgi. Par exemple, Sylvain avait semblé incapable de réaliser un exercice s'apparentant à un jeu de mikado : face à un dessin représentant une dizaine de brosses à dents empilées les unes sur les autres, il devait indiquer leur ordre de superposition, depuis celle se trouvant au-dessus jusqu'à celle du dessous. Stéphanie avait dû l'aider en reproduisant l'exercice en trois dimensions avec des stylos piochés sur son bureau, mais cela restait difficile pour Sylvain de se représenter la position des brosses à dents sur la feuille.

L'équipe s'était alors interrogée sur ce décalage entre la personne décrite, qui « fonctionne pas mal » au quotidien et travaille en ESAT, et les difficultés observées lors des exercices ainsi que les résultats des évaluations neuropsychologiques. Qui plus est, Sylvain pouvait se montrer très performant sur des exercices mobilisant d'autres capacités, comme la *mémoire de travail*. Il avait ainsi surpris Stéphanie lors d'un exercice où il devait épeler des mots et lire une série de chiffres à l'envers. Elle avait





→ Exercices, Cyprien Clermontel, 2021

© PENNINGHEN 2021

eu du mal à suivre son rythme, alors que quelques minutes auparavant il n'arrivait pas à différencier des lettres minuscules et majuscules. Marie, l'une des deux neuropsychologues de l'équipe en charge des évaluations, insistait sur « l'hétérogénéité » de son profil, soulignant à plusieurs reprises qu'il y avait un « truc bizarre » ou un « truc qui cloche ».

L'une des hypothèses avancées pour expliquer les difficultés de Sylvain était qu'il souffrait d'une psychose d'origine « organique », au sens où ses troubles trouvaient leur cause dans une atteinte cérébrale (causée, par exemple, par un traumatisme crânien, une maladie somatique, une consommation de drogue, d'alcool, ou de médicaments). La piste d'un « éthylisme » a été évoquée par Marie pour expliquer son profil « polymorphe » ou encore qu'il ne soit pas « identique à chaque fois ». Une seconde piste a été ouverte après informations prises auprès de l'équipe de l'ESAT : Sylvain avait fait une crise d'épilepsie quelques mois auparavant, ou du moins un malaise avec une perte de connaissance. Mais les batteries d'exams qu'il avait passés à l'époque n'avaient pas permis de clarifier l'épisode.

L'équipe était déstabilisée et peinait à démêler la situation de Sylvain. Dans ces discussions qui se sont étalées sur plusieurs semaines, ici résumées à très grands traits, il a plusieurs fois été soumis l'idée de lui faire passer des examens d'imagerie cérébrale, des tests génétiques ou des tests sanguins afin de mettre à l'épreuve différentes hypothèses, mais il était impossible de les justifier médicalement, ou délicat de convaincre Syl-

vain de s'y soumettre. L'équipe a fini par s'accorder sur le bilan dressé par Caroline qui ouvrait à une troisième hypothèse : « Moi je me dis que c'est peut-être quelqu'un avec des troubles du développement, quelqu'un qui

La maladie schizophrénique n'est pas un problème psychiatrique mais une maladie du fonctionnement intellectuel, c'est une maladie de la cognition avant d'être une maladie psychiatrique.

a un cerveau vulnérable avec une conduite dipsomaniaque⁶. Mais qui boit pas très souvent et qui décharge dans les moments de tension. » Que veut dire Caroline lorsqu'elle parle de *troubles du développement* et de *cerveau vulnérable* ?

SOIGNER LES SPECTRES

Si les théories soutenant le développement de la remédiation cognitive et les tentatives d'explication de ses effets sont variées, l'équipe de Caroline s'appuie sur l'hypothèse neurodéveloppementale de la schizophrénie. Pour la résumer, cette hypothèse phare des neurosciences et de la psychiatrie biologique proposée dans les années 1970 envisage la maladie comme le

fruit d'une interaction entre une vulnérabilité génétique et l'exposition à des *facteurs environnementaux* (Zubin & Spring 1977). Ces derniers recouvrent des phénomènes très vastes et peuvent intervenir pendant la vie intra-utérine (une infection virale par exemple) ou plus tardivement, lors de l'adolescence (comme un traumatisme psychologique ou la consommation de substances toxiques). Le processus pathologique affecte alors le développement du cerveau (d'où le terme de « neurodéveloppement »). Cela se traduit par des anomalies structurelles et fonctionnelles qui sont la cause du trouble psychotique et des déficits cognitifs ou neurologiques susceptibles de perdurer tout au long de la vie.

Comme me l'explique Caroline : « La maladie schizophrénique n'est pas un problème psychiatrique mais une maladie du fonctionnement intellectuel, c'est une maladie de la cognition avant d'être une maladie psychiatrique. Nous en tout cas on y croit dur comme fer. Vraisemblablement, les symptômes (psychotiques) ne seraient qu'un reflet extérieur qui démarre plus au niveau de ces difficultés d'ordre intellectuel. » C'est à cette conception de la maladie que renvoie la référence de Caroline aux *troubles du développement* et au *cerveau vulnérable* de Sylvain. La définition de la schizophrénie, ses causes et son unicité même font l'objet de débats qui traversent l'histoire de la

⁶. En médecine, la dipsomanie désigne un comportement impulsif de consommation de grandes quantités d'alcool sur de courtes périodes, associé le plus souvent à de l'anxiété ou à de la tristesse.

psychiatrie. Par ces approches sur le neurodéveloppement et la cognition, les cliniciens laissent de côté l'interprétation des symptômes par les individus et leur expérience de la maladie. Caroline s'est orientée depuis le début des années 1990 vers la recherche en sciences cognitives sur les dysfonctionnements cognitifs et neurologiques dans les troubles psychiatriques. Elle a par exemple développé des recherches en oculomotricité sur les indices de distractibilité dans la schizophrénie (l'étude des mouvements oculaires et la capacité d'une personne à maintenir son regard sur un élément). La distractibilité peut être un marqueur de troubles de l'attention et plus généralement un signe précurseur de trouble psychotique. L'équipe réalisait également une recherche clinique sur la motricité fine (mouvements des doigts par exemple) des personnes en remédiation cognitive. Les perturbations de la motricité sont en effet un *signe neurologique mineur* potentiellement prédictif de la maladie mais aussi une source de difficultés au quotidien.

L'un des effets de l'approche par le neurodéveloppement est de renforcer la conception de la schizophrénie non pas comme une catégorie homogène mais comme un « spectre » ou un « continuum » de troubles composés de différents traits cliniques. Les individus touchés partagent des signes et des symptômes transdiagnostiques, non spécifiques, au sens où beaucoup de ces signes ou symptômes, notamment les troubles de la cognition, peuvent se retrouver dans d'autres maladies psychiatriques. C'est par exemple le cas des troubles du spectre autistique ou encore de

certaines maladies génétiques⁷. La remédiation pourrait contribuer à mieux les caractériser et les comprendre, à évaluer les profils cognitifs de ce spectre de troubles, mais aussi à les prendre en charge avec un même panel de techniques. Cette approche autorise donc l'équipe à étendre la zone d'autorité de la remédiation à un éventail de situations cliniques présentant des troubles cognitifs similaires et/ou partageant une même trajectoire neurodéveloppementale. Cette orientation sur le neurodéveloppement implique dans le même temps de s'intéresser à des personnes « à risque », ainsi qualifiées car selon

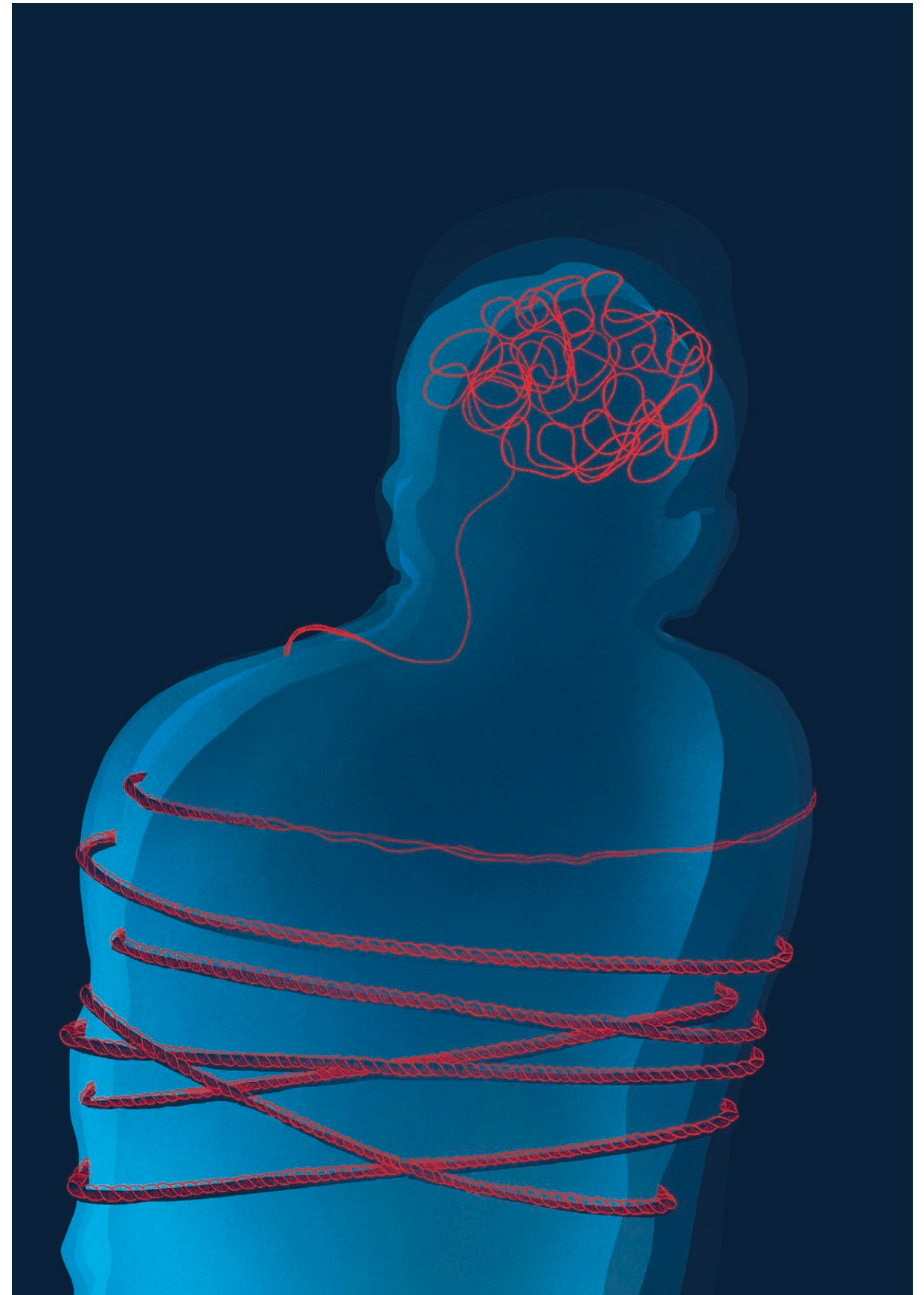
Ce qui devient central, c'est d'éviter la survenue de la crise psychotique, d'enrayer sa répétition et de gérer ses conséquences.

leur profil elles présentent un risque de développer une psychose et de transiter vers un trouble schizophrénique franc. Au sein de cette population (des adolescents et de jeunes adultes qui font l'expérience de difficultés émotionnelles), l'évaluation des fonctions cognitives et la prise en charge d'éventuelles atteintes et déficits sur ce plan peuvent s'avérer cruciales dans les trajectoires cliniques.

Car l'approche neurodéveloppementale propose une lecture des trajectoires des personnes psychotiques qui est loin d'être anodine : dans la version convoquée ici, déve-

loppée par le psychologue américain Joseph Zubin, cette hypothèse place l'accent sur un état de vulnérabilité biologique et psychologique permanente des personnes (Zubin & Spring 1977 ; Zubin, Magaziner & Steinhauer 1983). La crise psychotique reste dans cette hypothèse un élément central des expériences des personnes, en particulier par ses conséquences sur leur parcours de vie. C'est un « tournant », au sens défini par le sociologue Andrew Abbott (2001 : 258) : elle est imprévisible et implique un changement de régime de prise en charge médicale qui a d'importantes conséquences cliniques, sociales et sur les expériences de vie. Elle marque le passage de la zone grise de l'état de vulnérabilité à l'entrée dans la maladie franche. Cependant, cette théorie étiologique relègue la transition psychotique à un phénomène épisodique, transitoire (dans la mesure où il peut être relativement bien contrôlé par la psychopharmacologie), qui peut être prévenu (voire ne jamais survenir), et qui est tardif dans la temporalité des trajectoires neurodéveloppementales (c'est-à-dire dans le cours du développement structurel et fonctionnel du cerveau) (voir Insel 2010). Ce qui devient central, c'est d'éviter la survenue de la crise psychotique, d'enrayer sa répétition et de gérer ses conséquences. En l'occurrence, l'un des axes

⁷. Le syndrome de délétion 22q11, par exemple, est une anomalie chromosomique congénitale qui augmente le risque de schizophrénie. Pendant le temps de l'enquête, Marie réalisait une thèse en neuropsychologie sur le sujet et elle élaborait des prises en charge cognitives adaptées à ces profils cliniques.



est d'agir en amont en maîtrisant chez les personnes les interactions entre des facteurs de vulnérabilité innés et acquis, des mécanismes neurochimiques et biologiques internes et l'environnement matériel et social (car cet environnement — entendu dans les sciences biologiques dans un sens élargi comme tout ce qui est extérieur à l'organisme — regorge de facteurs de stress — terme qui renvoie ici à la réaction physiologique ou psychosomatique d'un organisme).

Pour atteindre la maîtrise de ces interactions et des facteurs de stress, les capacités cognitives concentrent toutes les attentions. Si nous reprenons les propos de Heinrich cités plus haut : « Les troubles cognitifs [...] précèdent, accompagnent, puis perdurent après les symptômes et la prise en charge médicale du patient. » Dans le modèle exposé, les déficits cognitifs sont tout à la fois — et c'est tout notre sujet — un symptôme du trouble et un facteur de vulnérabilité au trouble (un facteur de déclenchement du trouble) : une fragilité émotionnelle ou cognitive peut devenir un handicap pour évoluer dans certains environnements, pour faire face à des situations de tension nécessitant une capacité d'adaptation, pour surmonter et gérer des émotions (tout comme pauvreté et marginalisation sont à la fois conséquences et facteurs de risque de troubles mentaux). Ces difficultés peuvent alors précipiter le déclenchement d'un épisode psychotique et entraîner la personne dans un « cercle vicieux » pathologique, selon l'expression de Nuechterlein et Dawson (1984), puisqu'une crise psychotique a pour conséquence d'altérer encore davantage les capacités cognitives des per-

sonnes (et donc la vulnérabilité à ce qu'une autre crise survienne). C'est ce qui était arrivé à Sylvain. C'est suite à une décompensation psychotique qu'il avait dû passer à un mi-temps thérapeutique dans son ESAT. Cette crise avait eu d'importantes répercussions sur ses capacités cognitives et sur la gestion de ses émotions. Le travail qui lui était demandé était « devenu trop lourd » selon l'équipe qui l'encadrait. Entraîner les compétences cognitives, c'est donc tout autant s'attaquer aux conséquences de la maladie qu'à ce qui constitue l'un de ses principaux facteurs de survenue et d'aggravation.

La théorie du neurodéveloppement mobilise une conception du corps proche de celle du corps « imprégné » (*embedded*) décrit par l'anthropologue Jorg Niewöhner (2011). Ce corps imprégné est l'entité qui émerge suite au « tournant environnemental » qu'ont pris les sciences biologiques depuis une trentaine d'années : le corps est devenu un lieu d'interrogation des relations entre biologie, affects et environnement (Meloni *et al.* 2018). Ce corps imprégné est poreux, « perméable » et « hautement sensible » aux modifications de son environnement social et matériel. Il est par ailleurs traversé et façonné par de multiples temporalités (ici celles de l'héritage génétique, de la maturation cérébrale ou encore de la biographie individuelle). Pour Niewöhner, cette conception du corps « ouvert », qui « habite » (*dwelling*, au sens de Tim Ingold) un environnement qui le modifie en profondeur, diffère de celle qui régnait jusqu'ici dans la cosmologie occidentale et les sciences biologiques : celle du corps indivi-

duel et fermé de l'*homo œconomicus*, contrôlé par un individu (un esprit ou un cerveau) autonome et rationnel. Je vais décrire comment les ambitions et pratiques de la remédiation cognitive combinent et intensifient pourtant ces deux conceptions. Le « cerveau vulnérable » ou « schizophrénique » de la théorie neurodéveloppementale est poreux à son environnement, mais le cerveau de la remédiation cognitive est tout autant un organe malléable et adaptable sur lequel un individu autonome et rationnel peut agir. Je vais montrer qu'en l'occurrence, avec la remédiation cognitive, il s'agit pour les cliniciens de déléguer aux personnes les capacités de maîtriser un processus biologique, une vulnérabilité constitutive, par l'entraînement et par l'acquisition de compétences cognitives.

DES DESTINÉES PLASTIQUES ?

L'entrée dans la schizophrénie par le neurodéveloppement s'imbrique intimement dans le cas de la remédiation cognitive, et de l'équipe de Caroline, avec un second élément : c'est l'argument de l'effet de la remédiation cognitive sur la plasticité cérébrale. L'intérêt pour nous est que cet argument (qui doit asseoir la solidité des pratiques sur leurs bases scientifiques) oriente les conceptions du soin et du trouble. Voici comment Caroline a entamé son exposé lors d'une conférence de présentation du travail de son équipe à l'invitation d'une association de familles de personnes souffrant de troubles psychiques :

« L'essor en psychiatrie de la remédiation s'est opéré à partir du développement des neurosciences parce qu'on s'est aperçus que ces techniques faisaient repartir la plasticité de certaines zones cérébrales clés qui étaient un peu hypoactives. On voit par les techniques d'IRM fonctionnelle que quand on fait certains exercices cognitifs de mémoire ou autres, certaines zones cérébrales sont motivées. Et on sait dans la schizophrénie que, par exemple, certaines parties du lobe frontal sont moins activées quand on fait ces tâches-là. Eh bien, après un programme de remédiation — ça a été montré par quatre papiers —, on fait réactiver ces zones-là. »

La plasticité cérébrale désigne dans les neurosciences le fait que les réseaux neuronaux et les connexions synaptiques se réorganisent tout au long de la vie, redistribuant par exemple les fonctions dans le cerveau humain lorsqu'une région est endommagée. Cette notion nourrit ainsi l'idée que le cerveau n'est pas fixe, figé, en particulier dans ses formes pathologiques, mais que sa structure et ses fonctions évoluent et se modifient au fil des expériences et selon l'environnement dans lequel sont immergés les individus. Le cas paradigmatique est celui des chauffeurs de taxi londoniens, dont une étude a montré qu'une portion du cerveau située dans l'hippocampe et associée à la mémoire spatiale était beaucoup plus développée, ce qui serait dû à la stimulation quotidienne de cette fonction (voir Rabipour & Raz 2012).

L'entraînement cérébral propose dans ce cadre d'orienter ou d'inciter ces phénomènes de neuroplasticité par l'entraînement de compétences

ciblées. En d'autres termes, avec la remédiation cognitive, il s'agit d'amener une rupture biologique dans un processus qui, dans le cas précis de la schizophrénie (ou d'un traumatisme crânien), était considéré auparavant comme continu ou inaltérable. Si Sylvain souffrait d'une psychose d'origine organique, alors ses capacités cognitives allaient continuer de se dégrader, suivant le cours d'un processus biologique irrémédiable. Selon Caroline, une fois la maladie et les déficits cognitifs installés, les exercices de remédiation cognitive peuvent aider à reconfigurer ce qui a été biologique-

La remédiation cognitive et le concept de plasticité cérébrale reformulent dans un langage scientifique des idéaux sociaux contemporains.

ment entériné au cours du processus neurodéveloppemental (ou à en contrôler les effets). En l'occurrence, pour reprendre ses termes, l'entraînement et la répétition de tâches cognitives permettraient de réactiver une zone cérébrale qui connaît un déficit d'activité et de restaurer les capacités associées.

Il convient de souligner que cette notion de plasticité cérébrale connaît un succès qui dépasse le champ neuroscientifique et médical, contribuant à légitimer des pratiques dans une variété de mondes sociaux (l'éducation, le coaching, le sport, etc.). La

plasticité cérébrale et les phénomènes qu'elle recouvre marqueraient « la revanche de la liberté sur la nature » (Forest 2004 : 110) et la remise en question du déterminisme biologique. Ces représentations associées au cerveau plastique traversent le champ de la remédiation cognitive. Elles nourrissent un idéal d'émancipation et d'*empowerment* qui postule que les individus pourraient, grâce aux programmes d'entraînement, puiser dans les ressources de leur cerveau pour développer un potentiel caché et construire des compétences pour se transformer et surmonter la vulnérabilité de leur condition (voir Marquis & Moutaud 2020). Ainsi, selon Caroline, la remédiation permet à la personne « de reprendre confiance dans ses aptitudes et capacités intellectuelles. Elle doit pouvoir les exercer pour réussir à faire quelque chose⁸. » Toujours selon elle, la remédiation cognitive pour la schizophrénie vise à « renforcer des compétences », « des ressources » ou à « compenser ou pallier des déficits » pour créer de nouvelles possibilités.

La remédiation cognitive et le concept de plasticité cérébrale reformulent dans un langage scientifique des idéaux sociaux contemporains. Ils s'inscrivent dans une nouvelle économie du cerveau portée par les neurosciences contemporaines qui postule

⁸. Dans la même veine, une éminente psychiatre américaine de passage dans l'unité pour présenter le travail de son équipe avait ainsi résumé comment elle présentait la remédiation aux personnes qu'elle voyait : « Qu'est-ce que vous voulez faire dans les prochains mois ? La remédiation va vous aider à faire ça. »



qu’il nous faudrait porter un soin et une attention particuliers à cet organe dans la mesure où il contribuerait à déterminer la condition humaine et à façonner l’existence des individus (Moutaud 2016, 2018). Pour le sociologue Nikolas Rose et l’historienne Joëlle Abi-Rached (2013), le cerveau est ainsi devenu le lieu privilégié des interventions aussi bien individuelles que collectives dans une double perspective d’émancipation personnelle et de gouvernement des populations. Alain Ehrenberg précise que la valeur sociale prise par le cerveau comme espace d’émancipation et de responsabilisation individuelles est cependant avant tout la manifestation, sur son versant naturaliste, de la montée de l’autonomie (entendue ici comme la capacité à agir de soi-même) comme valeur cardinale de nos sociétés. En l’occurrence, les neurosciences et les sciences cognitives offrent un nouveau langage et de nouveaux moyens aux individus pour redéfinir les situations, faire face aux contingences et être les agents de leur propre changement (Ehrenberg 2018).

Recourir à l’argument des effets de la remédiation sur la plasticité cérébrale (en continuité de l’approche neurodéveloppementale), c’est pour Caroline s’inscrire dans cet horizon d’attentes, dans cet idéal d’émancipation et d’autonomisation que la notion laisse ouvert. Cependant, les mécanismes à l’œuvre dans les processus neuroplastiques restent à éclaircir, et la littérature est prudente concernant la démonstration de l’effet de la remédiation sur la plasticité cérébrale (voir Penadés *et al.* 2013). Plus généralement, les recherches du domaine s’accordent à dire que les résultats

de la remédiation sur les capacités cognitives des personnes sont finalement assez modestes : les effets ne se maintiennent pas dans le temps et les acquis sont difficilement transférés par les participants au-delà des conditions expérimentales et des portes des services hospitaliers, dans leur quotidien (*in real-world conditions*, pour reprendre l’expression utilisée dans la littérature). Plasticité du cerveau et plasticité du comportement seraient deux phénomènes qui ne se recouvriraient pas mécaniquement ou qui ne seraient pas équivalents. Or, vers la fin des années 2000, des recherches ont montré, et cela a été un tournant du domaine, que les effets de la remédiation se maintiennent ou sont « boostés » (Wykes *et al.* 2011 : 482) si la prise en charge est associée à d’autres programmes de réhabilitation ou bien si la personne développe ensuite un projet de réinsertion ou un retour à l’emploi. En France, réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive sont alors devenues synonymes pour les promoteurs de ces pratiques (Moutaud 2021).

DE LA REMÉDIATION À LA RÉHABILITATION

J’avais accompagné Stéphanie lorsqu’elle s’était déplacée à l’ESAT pour rencontrer l’équipe médico-sociale qui encadrerait Sylvain et observer son lieu de travail. Son objectif était de comprendre les différentes tâches qui lui étaient confiées et de discuter des problèmes qu’il rencontrait sur ses postes de travail — pour rappel, la motivation première pour inclure

Sylvain en remédiation était de lui permettre de passer à temps plein. Stéphanie et ses collègues s’étaient accordées en amont sur le fait que Sylvain ne paraissait pas capable de transférer les méthodes et compétences développées en remédiation vers son quotidien, or c’est un élément crucial pour juger de la réussite du dispositif. Elles avaient donc imaginé transférer les activités de ses postes de travail dans les outils et exercices de la remédiation. Par exemple, Sylvain exécutait principalement des tâches de conditionnement alimentaire mais oubliait régulièrement des éléments de sa tenue de travail (un masque, une charlotte, une blouse, des surchaussures) : Stéphanie en a fait un exercice de remédiation pour exercer sa mémoire. À chaque fin de séance, il devait rappeler ces différents éléments et l’ordre dans lequel les mettre. Un autre exercice a été élaboré à partir de la préparation de colis alimentaires avec un travail sur la catégorisation des ingrédients par un système de couleurs et la création d’une liste en version simplifiée. Un autre exercice, de motricité manuelle cette fois, a été réalisé à partir d’emballages de plaquettes de chocolat à fermer. Sylvain souffrait en effet de problèmes de dextérité et il avait des difficultés pour les tâches exigeant de la minutie.

De manière générale, les programmes de remédiation sont conçus avec l’objectif de se concentrer sur des processus impersonnels (des dysfonctionnements cognitifs) qui doivent être transférés sur les dimensions pratiques de l’existence des participants, sur des problèmes concrets du quotidien. Certains exercices annexes sont

donc directement transférés depuis la vie des personnes. Ces exercices visent à discuter ou faire émerger, par une approche centrée sur les capacités cognitives, des difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours du fait de la maladie pour ensuite apprendre à les surmonter. Ils sont multiples mais mobilisent les mêmes ressorts. Réaliser une recette de cuisine, ce n'est pas seulement réussir à planifier une tâche complexe, c'est aussi aborder les enjeux de nutrition, de diététique et de qualité de l'alimentation pour des personnes rencontrant parfois des problèmes dans ce domaine du fait des traitements médicamenteux ou bien parce qu'ils n'auraient pas, selon une lecture cognitive, les capacités de se faire à manger (c'est-à-dire de réaliser une action à fort coût cognitif, ou simplement d'initier ces actions, ou encore parce qu'ils n'en auraient pas appréhendé les bénéfices économiques et nutritionnels, etc.). Ouvrir son courrier et organiser ses papiers administratifs, ce n'est pas seulement apprendre à planifier des tâches, à trier des informations ou à lutter contre la procrastination qui peut tous nous toucher, c'est surtout là encore un levier pour aborder des situations potentiellement anxiogènes et stressantes pour ces personnes, alors même que ce sont bien souvent leurs conditions de vie ou moyens de subsistance qui sont en jeu. Du tri du courrier et des documents administratifs dépendent directement le maintien de droits (tels que le statut de personne handicapée ou de demandeur d'emploi et les allocations afférentes) mais aussi la mise en conformité avec les administrations, le paiement des impôts et des factures.

On retrouve, dans ce travail d'adaptation et de création d'exercices, cette ambition de fournir à la personne les outils, les méthodes et les capacités pour maîtriser son environnement social et matériel et lutter contre sa condition précaire.

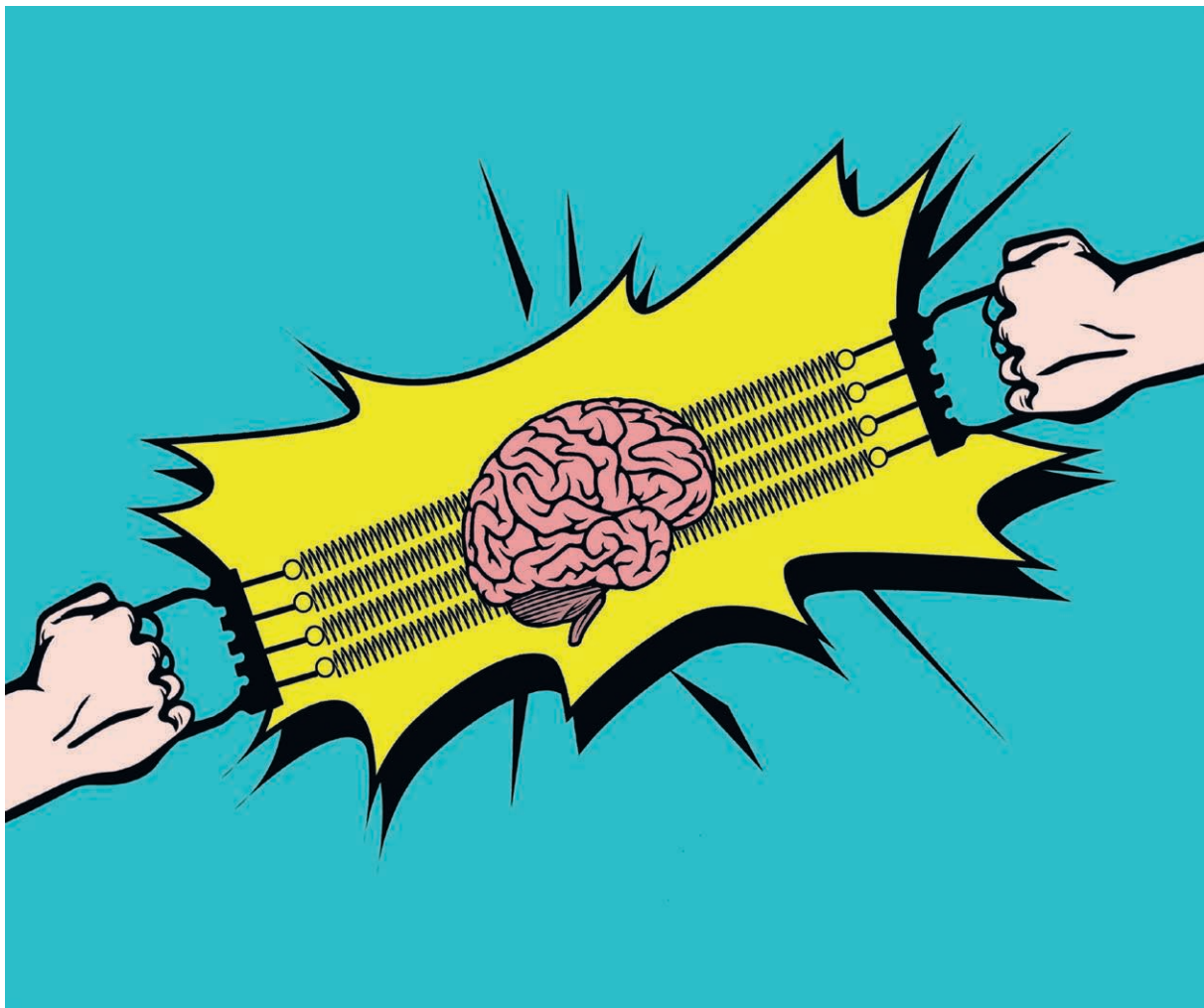
Stéphanie m'a ainsi expliqué que ces tâches de conditionnement ou d'habillage étaient « coûteuses cognitivement » pour Sylvain et qu'elles le mettaient en difficulté. Son moniteur à l'ESAT nous avait rapporté lors de la visite que c'est Sylvain lui-même qui avait demandé qu'on ne lui attribue que « des tâches simples ». Le moniteur avait résumé : « Un ingrédient avec une fermeture de sachet. Rien de plus. » Sylvain refusait aussi de travailler avec des machines ou d'avoir

à peser des ingrédients par peur de se tromper. « Cela le rend anxieux si ce sont des tâches complexes », avait-il précisé, « il faut être derrière lui pour le remobiliser et le soutenir. » Seulement, le moniteur de l'ESAT avait avoué qu'il était « dur de trouver des tâches aussi simples » que celles qu'acceptait de réaliser Sylvain et que ces structures n'étaient pas organisées pour offrir un suivi aussi individualisé.

L'enjeu dans la capacité de Sylvain à se voir confier d'autres tâches était donc bien celui de pouvoir de nouveau travailler à temps plein. Il fallait lui en donner les moyens et les méthodes. Un temps complet serait trop chronophage à encadrer (l'équipe de l'ESAT avait rappelé les exigences de qualité et de respect des délais qui leur étaient imposées). Sylvain était passé à temps partiel, un mi-temps thérapeutique accordé par la Sécurité sociale, presque deux ans auparavant, suite à l'épisode de décompensation déjà évoqué qui avait aggravé ses troubles émotionnels et cognitifs. Le renouvellement de sa situation administrative dépendait de l'évaluation du médecin de la Sécurité sociale qui, selon l'équipe de l'ESAT, allait « commencer à râler »⁹. Le prochain rendez-vous était prévu dans les semaines à venir et il fallait envisager que ce

⁹. Un mi-temps thérapeutique est accordé pour une année et peut être renouvelé pour 6 mois. Le complément de salaire est versé en indemnités par la caisse de Sécurité sociale de l'assuré. Si celui-ci n'est pas renouvelé, alors la personne doit faire une demande d'invalidité qui lui permet de toucher une pension mais qui entraîne généralement une perte de revenus.





→ *Training*, Hsin yu Huang, 2021
© PENNINGHEN 2021

renouvellement ne soit pas accordé, avec les implications financières que cela entraînerait pour Sylvain.

En remédiation cognitive, « vivre de manière plus autonome », « mieux gagner sa vie », « obtenir un emploi compétitif », « avoir une vie sociale épanouie », etc. (citations des membres de l'équipe médicale ou de patients pris en charge), ne sont pas des bénéfices indirects des programmes. Ce sont aujourd'hui des critères d'évaluation de la réussite de ces programmes, et même, ce sont les seuls indicateurs dignes d'intérêt pour certains acteurs du champ, bien plus sûrs que l'évaluation des fonctions cognitives (voir par exemple Vianin 2020). L'horizon d'une prise en charge par remédiation cognitive dans ce centre s'étend au-delà de l'optimisation des capacités cognitives ou de la maîtrise d'un environnement pathogène (qui sont tout à la fois des objectifs à atteindre et les conditions pour atteindre les objectifs). La remédiation vise la réinsertion sociale à travers le déploiement d'un *projet de réhabilitation* pour la personne, autour duquel la prise en charge s'articule (dans le cas de Sylvain, trouver un emploi à temps plein). Pour ses promoteurs, la remédiation devient un potentialisateur d'insertion sociale et professionnelle. Elle est une technique d'optimisation des prises en charge et de réhabilitation psychosociale qui mobilise l'idéal d'autonomisation en valorisant le choix individuel d'une personne qui peut dépasser sa condition en reprenant le contrôle de sa trajectoire pour surmonter la maladie et mener une vie satisfaisante. Et ceci aussi bien par l'action sur la plasticité de son

cerveau que par la réalisation d'un projet. C'est donc en ce sens que la remédiation cognitive telle qu'elle se déploie dans cette unité hospitalière

Pour ses promoteurs, la remédiation devient un potentialisateur d'insertion sociale et professionnelle. Elle est une technique d'optimisation des prises en charge et de réhabilitation psychosociale

impose de penser l'entremêlement des dimensions biologiques et sociales des vies des personnes souffrant de schizophrénie. Elle révèle la tension entre une vulnérabilité biologique et psychologique et la précarité sociale des personnes, entre la capacité à surmonter un environnement pathogène et l'accès aux conditions matérielles et symboliques nécessaires à toute existence.

ÉPILOGUE : SYLVAIN S'ÉMANCIPÉ

« **A**vec lui, c'est les montagnes russes ! » Cette fois il y avait davantage d'excitation que d'inquiétude dans la voix de Stéphanie. Je l'avais rejointe en avance dans son bureau pour une nouvelle séance avec Sylvain car elle voulait m'informer qu'il

avait démissionné de l'ESAT. La séance s'était alors concentrée sur ses motivations et la manière dont il s'y était pris. Je me souviens avoir été frappé par la pertinence des arguments de Sylvain et sa lucidité dans l'analyse de sa situation, qui étaient en décalage avec l'homme que les différents intervenants décrivaient et que je voyais depuis des mois en difficulté face aux exercices de remédiation. Il expliqua que le contrat tacite passé avec l'ESAT n'avait pas été respecté : il s'était engagé dans la remédiation 9 mois auparavant mais, à ce jour, il n'était toujours pas passé à temps plein. Il avait donc décidé de changer d'activité, comme initialement prévu. Il avait pris contact avec deux ESAT qui acceptaient de l'embaucher à temps complet, dans les espaces verts ou dans la restauration. « Je veux passer à autre chose, je veux reprendre ma vie en main, j'ai des projets, des envies. [...] Moi j'ai envie de progresser dans ma vie. Je veux travailler à temps complet. J'en ai marre de cette situation », a-t-il exposé le plus sincèrement. Ce fut l'une des rares fois où je vis Sylvain s'exprimer sur son expérience et son parcours. Les pratiques de remédiation n'appellent pas à un retour réflexif ou à l'introspection (hormis sur des temps restreints qui font partie des exercices), ce sont des exercices de l'action et de la répétition. Comme le note le sociologue Alain Ehrenberg, les sciences cognitives valorisent un idéal de l'homme d'action qui acquiert de la confiance par l'exercice et la répétition. Cette figure doit être comprise par opposition aux idéaux de la « vie examinée » de la psychanalyse et aux pratiques d'élaboration par

la parole pour donner sens à la vie (Ehrenberg 2018).

Une fois Sylvain parti, Stéphanie m'a dit être impressionnée par la capacité qu'il avait démontrée en prenant ces décisions et en se lançant dans ces démarches complexes. À cette annonce, Caroline avait quant à elle de nouveau affiché son enthousiasme et son optimisme : « On a débloqué quelque chose. Il a pris conscience de ses capacités et de la situation dans laquelle il était. »

Trois mois plus tard, l'équipe allait apprendre que Sylvain avait démissionné de l'ESAT d'espaces verts dans lequel il venait d'être employé pour finalement retourner dans le premier. Mais cette fois il avait réussi à obtenir le temps plein tant attendu. Entretemps, il avait également envoyé une lettre à Caroline pour lui annoncer qu'il arrêterait le programme de remédiation.

J'avais remarqué que le programme de remédiation paraissait être inclus dans la « situation » dont se plaignait vigoureusement Sylvain. Il démarrait la plupart des séances en demandant combien de temps cela allait encore durer et multipliait les marques de scepticisme. Mais si les justifications de Sylvain concordaient parfaitement avec les idéaux d'autonomisation et d'émancipation portés par la remédiation, il n'en restait pas moins qu'il était difficile d'identifier, dans la remarque de Caroline, ce « quelque chose » qui avait été « débloqué » et comment il l'avait été.

Cette remarque traduit l'une des limites qui structurent le déploiement des pratiques de remédiation cognitive (mais qu'il est sans doute possible d'étendre à la psychiatrie en général),

celle des problèmes que rencontrent les praticiens lorsqu'ils doivent évaluer aussi bien les états des personnes que les effets des pratiques. Dans le cas de la remédiation, il est difficile de démontrer son effet sur la plasticité du cerveau ou encore d'identifier précisément les signes d'une vulnérabilité ou les altérations du fonctionnement du cerveau. La condition de vulnérabilité biologique des individus paraît peu accessible à l'expérience sensible, tout comme elle est semble-t-il peu accessible aux outils et méthodes de la psychiatrie. De même, les exercices et examens standardisés révèlent les problèmes mais sont peu efficaces pour les résoudre. La situation de Sylvain a mis en exergue ces limites tout en illustrant du côté de Caroline la performativité des idéaux et valeurs portés par les concepts neuroscientifiques pour qualifier les conditions et déployer des scripts d'action (agir sur le cerveau pour autonomiser). La remédiation et la prise en charge de Sylvain ont néanmoins fait rejaillir la valeur heuristique des multiples ajustements constants des individus pour empêcher que leur quotidien ne s'effondre ou pour maîtriser les confrontations à un environnement auquel il leur faut sans cesse s'adapter et qui les met à l'épreuve. Car ce qui se trouve *in fine* au cœur de ces pratiques, c'est la fragilité et la précarité de la vie des personnes qui vivent avec une maladie mentale, une précarité qui entremêle vulnérabilité biologique, fragilité émotionnelle et cognitive, et incertitude sociale et économique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ABBOTT** ANDREW, 2001. *Time Matters: On Theory and Method*, Chicago, University of Chicago Press.
- EHRENBERG** ALAIN, 2018. *La mécanique des passions. Cerveau, comportement, société*, Paris, Odile Jacob.
- FOREST** DENIS, 2004. *Neuropticisme*, Montreuil-sous-Bois, Ithaque.
- GREEN** MICHAEL F., 1996. « What are the Functional Consequences of Neurocognitive Deficits in Schizophrenia? », *The American Journal of Psychiatry* vol. 153, n° 3, p. 321-330.
- HACKING** IAN, 1992. « "Style" for Historians and Philosophers », *Studies in History and Philosophy of Science* vol. 23, n° 1, p. 1-20.

HEINRICHS WALTER, 2005. « The Primacy of Cognition in Schizophrenia », *American Psychologist*, vol. 60, n° 3, p. 229-242.

INSEL THOMAS, 2010. « Rethinking Schizophrenia », *Nature*, vol. 468, p. 187-193.

MARQUIS NICOLAS & BAPTISTE **MOUTAUD**, 2020. « Les vies de la psychiatrie et la refection de l'ordinaire », *Anthropologie & Santé*, n° 20, doi.org/10.4000/anthropologiesante.6099.

MELONI MAURIZIO, JOHN **CROMBY**, DES **FITZGERALD** & STEPHANIE **LLOYD** (DIR.), 2018. *The Palgrave Handbook of Biology and Society*, Londres, Palgrave Macmillan.

MOUTAUD BAPTISTE, 2016. « Neuromodulation Technologies and the Regulation of Forms of Life. Exploring, Treating, Enhancing », *Medical Anthropology*, vol. 35, n° 1, p. 90-103.

—, 2018. « Neurosciences et psychiatrie, quelles lignes de recherche pour les sciences sociales? », in Isabelle Coutant & Simeng Wang (dir.), *Santé mentale et souffrance psychique : un objet pour les sciences sociales*, Paris, Éditions du CNRS, p. 209-226.

—, 2021. « Cognitive Optimisation and Schizophrenia: Assembling Heterogeneity, Overcoming the Precariousness of Life, and Challenging Public Health Policies in Psychiatry in France », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, doi.org/10.1007/s11013-021-09745-2.

NIEWÖHNER JÖRG, 2011. « Epigenetics: Embedded Bodies and the Molecularisation of Biography and Milieu », *BioSocieties*, vol. 6, n° 3, p. 279-298.

NUECHTERLEIN KEITH H. & MICHAEL E. **DAWSON**, 1984. « A Heuristic Vulnerability/Stress Model of Schizophrenic Episodes », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 10, n° 2, p. 300-312.

PENADÉS RAFAEL, NURIA **PUJOL**, ROSA **CATALÁN**, GUILLEM **MASSANA**, GIUSEPPINA **RAMETTI**, CLEMENTE **GARCÍA-RIZO**, NURIA **BARGALLÓ**, CRISTÓBAL **GASTÓ**, MIQUEL **BERNARDO** & CARME **JUNQUÉ**, 2013. « Brain Effects of Cognitive Remediation Therapy in Schizophrenia: A Structural and Functional Neuroimaging Study », *Biological Psychiatry*, vol. 73, n° 10, p. 1015-1023.

RABIPOUR SHEIDA & AMIR **RAZ**, 2012. « Training the Brain: Fact and Fad in Cognitive and Behavioral Remediation », *Brain and Cognition*, vol. 79, n° 2, p. 159-179.

ROSE NIKOLAS & JOELLE **ABI-RACHED**, 2013. *Neuro: The New Brain Sciences and the Management of the Mind*, Princeton, Princeton University Press.

VIANIN PASCAL, 2020. « La remédiation cognitive, un outil pour le rétablissement », *Revue de Neuropsychologie*, vol. 12, n° 3, p. 273-279.

WYKES TIL, VYV **HUDDY**, CAROLINE **CELLARD**, SUSAN **MCGURK** & PÁL **CZOBOR**, 2011. « A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Methodology and Effect Sizes », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 168, n° 5, p. 472-485.

YOUNG ALLAN, 2000. « History, Hystery and Psychiatric Styles of Reasoning », in Margaret Lock, Allan Young & Alberto Cambrosio (dir.), *Living and Working with the New Medical Technologies: Intersections of Inquiry*, Oxford, Oxford University Press, p. 135-162.

ZUBIN JOSEPH, JAY **MAGAZINER** & STUART R. **STEINHAUER**, 1983. « The Metamorphosis of Schizophrenia: From Chronicity to Vulnerability », *Psychological Medicine*, vol. 13, n° 3, p. 551-571.

ZUBIN JOSEPH & BONNIE **SPRING**, 1977. « Vulnerability: A New View of Schizophrenia », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 86, n° 2, p. 103-126.