ÉVALUATION DU RETENTISSEMENT FONCTIONNEL DES PSYCHOSES : QUELS DÉTERMINANTS ?

Bernard Pachoud

► To cite this version:

Bernard Pachoud. ÉVALUATION DU RETENTISSEMENT FONCTIONNEL DES PSYCHOSES : QUELS DÉTERMINANTS ?. Recherches en psychanalyse, 2009, Psychanalyse, psychopathologie cognitive et neurosciences : quel débat ?, 1 (7), pp.52-61. 10.3917/rep.007.0052 . hal-01505698

HAL Id: hal-01505698

<https://hal.science/hal-01505698>

Submitted on 11 Apr 2017

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.

ÉVALUATION DU RETENTISSEMENT FONCTIONNEL DES PSYCHOSES : QUELS DÉTERMINANTS ?

Bernard Pachoud

Association Recherches en psychanalyse | « [Recherches en psychanalyse](#) »

2009/1 n° 7 | pages 52 à 61

ISSN 1767-5448

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-1-page-52.htm>

Pour citer cet article :

Bernard Pachoud, « Évaluation du retentissement fonctionnel des psychoses : quels déterminants ? », *Recherches en psychanalyse* 2009/1 (n° 7), p. 52-61.

DOI 10.3917/rep.007.0052

Distribution électronique Cairn.info pour Association Recherches en psychanalyse.

© Association Recherches en psychanalyse. Tous droits réservés pour tous pays.

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

Évaluation du retentissement fonctionnel des psychoses : quels déterminants ?

The functional outcomes of psychosis: a plurality of causal factors irreducible to naturalistic approaches.

Bernard Pachoud

Résumé :

L'étude du retentissement fonctionnel de la schizophrénie, en particulier de ses déterminants, fait apparaître que ces derniers ne se limitent pas à la symptomatologie résiduelle ni aux déficits cognitifs induits par la maladie, d'autres facteurs sont à prendre en compte (notamment motivationnels, liés au sentiment d'efficacité ou aux enjeux de reconnaissance, ou encore relationnels, liés à la compétence sociale) qui ne se prêtent guère à une appréhension naturaliste. La complémentarité des approches naturalistes (liées aux neurosciences cognitives) et des approches non naturalistes reste donc requise par la pluridimensionnalité de l'expression et du retentissement de la psychose. Habermas suggère qu'une des limites au naturalisme pourrait être liée à la nécessaire socialisation de la cognition de l'humain, dont l'état de dépendance néonatale implique d'emblée un développement interactionnel de la cognition.

Abstract :

The main causal factors of the functional outcomes of schizophrenia are not only the residual symptoms nor the cognitive deficits related to the disease. Other factors should be taken into account, such as motivational factors, related to the efficacy or what is at stake in recognition, or relational factors related to the social competence) which are not liable to a naturalist approach. The complementarity of naturalist approaches and non naturalist approaches is required by the pluridimensionality of the expressions of the disease as well as of its functional outcomes. Habermas suggests that one of the limits of naturalism could be related to the necessary socialisation of human cognition, to the extent that the dependency of the neonate implies from the outset an interactional development of the cognition.

Mots-clefs : schizophrénie, sentiment d'efficacité personnelle, cognition sociale, naturalisme, dualisme épistémique, retentissement fonctionnel

Keywords : schizophrenia, functional outcomes, efficacy, social cognition, naturalism, epistemic dualism

Plan :

- 1. De la nécessité d'une articulation entre les contributions pluridisciplinaires à l'étude des psychoses**
- 2. Recherches empiriques sur les déterminants du retentissement fonctionnel de la schizophrénie**
 - 2.1. Trois dimensions de la maladie mentale susceptibles de quantification : la symptomatologie, le déficit cognitif et le retentissement fonctionnel
 - 2.2. La surprenante faiblesse de corrélation entre les symptômes, les troubles cognitifs et le retentissement fonctionnel
- 3. Quelques remarques suscitées par cette relative « autonomie » des répercussions fonctionnelles de la maladie (vis-à-vis des symptômes et des facultés cognitives).**
- 4. Enjeux philosophiques des rapports de complémentarité et d'irréductibilité entre naturalisme et sciences humaines et sociales**

1. De la nécessité d'une articulation entre les contributions pluridisciplinaires à l'étude des psychoses

Cette contribution vise à illustrer non seulement l'intérêt mais la nécessité de développer une approche pluridisciplinaire des psychoses, à partir d'un aspect ou plus exactement d'une dimension des troubles psychotiques qui suscite actuellement un intérêt de recherche croissant, en l'occurrence le retentissement fonctionnel (functional outcomes) de ces pathologies, et nous nous limiterons ici au cas de la schizophrénie.

La pertinence d'une approche pluridisciplinaire des psychoses n'est cependant plus à démontrer aujourd'hui. Dans le cas de la schizophrénie en particulier, il est maintenant largement admis qu'il s'agit d'une maladie plurifactorielle dans son étiologie et pluridimensionnelle dans son expression (qui en effet affecte le comportement, mais aussi l'expérience subjective et en particulier la conscience de soi, le fonctionnement affectif et émotionnel, qui retentit aussi sur la plupart des grandes fonctions cognitives : les fonctions exécutives, les fonctions mnésiques, l'attention sélective, la production discursive, qui affecte

enfin la cognition sociale et par suite la vie relationnelle et les capacités d'adaptation sociale...). Comment dès lors ne pas admettre que l'étude d'une telle pathologie, plurifactorielle dans son étiologie et pluridimensionnelle dans son expression, exige une approche pluridisciplinaire, seule à même de prendre en compte la diversité des dimensions impliquées, avec les méthodes d'observation appropriées à chacune de ces dimensions, les concepts et modèles théoriques qui leur sont également les plus adaptés.

La question n'est donc plus de faire admettre la légitimité méthodologique d'une pluralité d'approches théoriques ou disciplinaires, requise par la variété des dimensions, des échelles, des niveaux auxquels il convient de développer l'investigation. La question est plutôt celle des modes d'articulation possibles entre ces perspectives. Épistémologiquement, ces approches peuvent être schématiquement rangées en deux catégories, celles qui relèvent du cadre naturaliste (biologie et neurosciences cognitives), ou peuvent s'y rattacher (par leur méthodologie objectivante et empirique), et d'autre part la diversité des ressources en sciences humaines et sociales, qui ne sont pas réductibles aux approches naturalistes, ce qui n'exclut évidemment pas qu'elles puissent être

articulées avec ces recherches naturalistes ; et il est de plus en plus souhaitable qu'elles le soient, ne serait-ce que pour souligner l'importance de leur complémentarité... Cela implique qu'on se soucie des points de convergence ou de divergence entre ces approches, du degré de compatibilité des thèses, de la nature de leur complémentarité, de l'articulation des modèles, des possibles collaborations de recherche, comme nous en donne aujourd'hui l'exemple la linguistique et la neuropsycholinguistique.

C'est à partir de la question du retentissement fonctionnel (functional outcomes) de la schizophrénie, c'est-à-dire des conséquences de cette pathologie sur la vie quotidienne des personnes, et en particulier des déterminants de ce retentissement, que nous allons nous interroger sur les contributions respectives des approches naturalistes et de celles des sciences sociales et de l'esprit, pour souligner leur complémentarité et leur irréductibilité.

Le choix de cette thématique pourrait éveiller le soupçon, ou le préjugé, qu'une telle focalisation sur la dimension fonctionnelle ne peut que favoriser les explications neuropsychologiques et neurocognitives puisque, après tout, on doit pouvoir rapporter ces « fonctions » altérées à des facultés cognitives élémentaires, qui se prêtent à une objectivation quantifiée propre à la psychologie cognitive, et à une articulation neuroscientifique par la recherche des bases neurales (ou des corrélats neurophysiologiques) de ces fonctions cognitives ; autrement dit, on pourrait s'attendre à ce que l'étude du retentissement fonctionnel soit réductible à une étude des altérations cognitives sous-jacentes, bref à une neuropsychologie fonctionnelle. Or ce n'est justement pas le cas. Notre intérêt pour ces études empiriques rigoureuses qui s'appliquent à quantifier le retentissement fonctionnel et à identifier ses déterminants a été éveillé par le fait que ces études tendent à montrer que les facteurs cognitifs, jouent certes un rôle, mais sont insuffisants à rendre compte du retentissement fonctionnel, et que par

conséquent d'autres facteurs, d'autres déterminants doivent être pris en compte.

Ce qui nous paraît donc remarquable, et atteste de la qualité de ces études, est qu'elles se montrent capables pour ainsi dire d'identifier leurs limites, en établissant un résultat négatif, au sens où il infirme le résultat attendu, en établissant la faible corrélation entre le retentissement fonctionnel et les performances cognitives, ce qui suggère la nécessité de prendre en compte d'autres dimensions. Ce sont donc ces résultats, négatifs ou pour le moins pondérés, que nous allons présenter, en insistant sur les questions qu'ils soulèvent et les préjugés qu'ils dénoncent, ce qui n'est pas le moindre de leur intérêt.

2. Recherches empiriques sur les déterminants du retentissement fonctionnel de la schizophrénie

L'évaluation du retentissement fonctionnel des troubles psychotiques constitue donc un domaine de recherche assez nouveau dans le champ des recherches empiriques, et dont l'essor est croissant dans les revues scientifiques internationales de psychiatrie. Ces études visent à apprécier de façon qualitative et surtout quantitative les conséquences fonctionnelles (functional outcomes) des pathologies psychiatriques. Il s'agit d'abord de spécifier ce retentissement fonctionnel (dans quels domaines il se manifeste) et d'en apprécier quantitativement l'importance ou la sévérité. Il s'agit ensuite d'identifier et de hiérarchiser ses principaux déterminants. L'objectif qui motive ces recherches est de pouvoir évaluer les pratiques, elles aussi en plein développement, qui visent à compenser, à pallier ce retentissement fonctionnel ou à y remédier (méthodes psycho-éducatives ou de réhabilitation psychosociale). Il s'agit enfin de mieux fonder ces pratiques, d'optimiser leur efficacité en leur permettant de cibler les principaux déterminants de ces effets

invalidants. Or, pour apprécier l'efficacité d'une pratique, il convient de privilégier une évaluation quantitative, permettant une « mesure » de l'intensité de ce retentissement fonctionnel et de son évolution, après telle ou telle intervention de soutien.

Une première question est, bien sûr, de savoir en quoi consiste au juste ce « retentissement fonctionnel », dans quels aspects de la vie concrète, de la vie quotidienne, il se manifeste. Il conviendrait de s'arrêter sur cette question qui mérite d'être approfondie ; nous nous contenterons pour l'instant d'indiquer les quatre principales dimensions prises en compte, dans les travaux de recherche, pour apprécier ce retentissement fonctionnel. Il s'agit de :

- la qualité de vie subjective (pour laquelle existent des outils d'évaluation quantitative),
- l'insertion professionnelle (en recourant ici aux données épidémiologiques sur l'emploi),
- la qualité des relations sociales, l'insertion sociale (il existe également dans ce domaine des échelles d'évaluation),
- l'autonomie.

2.1. Trois dimensions de la maladie mentale susceptibles de quantification : la symptomatologie, le déficit cognitif et le retentissement fonctionnel

Il faut rappeler que ce type d'approche « quantitative », qui domine incontestablement la recherche objectivante en psychopathologie, et plus largement toute la psychiatrie académique contemporaine, a été initialement développé pour quantifier l'intensité des symptômes et apprécier l'efficacité sur ces derniers des traitements pharmacologiques. Il est maintenant communément admis en psychiatrie qu'une des meilleures façons de caractériser des troubles psychiatriques est de procéder à une évaluation qualitative et quantitative des manifestations symptomatiques de cet état.

Cette approche quantitative s'est également développée, ces dernières années, avec la prise en compte des troubles cognitifs qui

accompagnent les pathologies psychiatriques, en particulier psychotiques. Or l'évaluation des troubles cognitifs se prête particulièrement à une approche quantitative, puisqu'il s'agit de mesurer l'altération des performances pour un certain nombre de fonctions cognitives (mnésique, attentionnelle, exécutive, communication verbale...) On peut donc, aujourd'hui, caractériser assez précisément un état psychiatrique par une évaluation quantitative dans ces deux dimensions, symptomatologique et cognitive.

Les recherches sur le retentissement fonctionnel de la maladie, développées également en privilégiant une évaluation quantitative, contribuent de ce fait à définir une troisième dimension de caractérisation d'une pathologie psychiatrique, qui apparaît naturellement comme complémentaire des précédentes.

La question qui, dès lors, ne peut manquer de se poser est celle du type de rapport entre ces trois dimensions. Sont-elles étroitement corrélées, de sorte que des troubles importants au niveau des symptômes s'accompagneraient d'altérations d'importance équivalente au niveau cognitif et, par suite, d'un retentissement fonctionnel proportionnel ? Y-a-t-il des rapports de dépendance causale entre ces dimensions, au sens où, par exemple, la dimension des symptômes et celle des troubles cognitifs détermineraient le retentissement fonctionnel ?

2.2. La surprenante faiblesse de corrélation entre les symptômes, les troubles cognitifs et le retentissement fonctionnel

Contrairement à ce qu'on pourrait attendre, les recherches que j'évoque infirment dans une large mesure l'idée d'une telle corrélation entre ces trois dimensions, et remettent par conséquent en cause la conception implicite de la pathologie psychiatrique qui conduit à l'imaginer. C'est un des intérêts de ces résultats et, pour le souligner, nous commencerons par préciser cette conception implicite des troubles psychiatriques et de leurs effets, conception à notre avis répandue parce qu'elle est justement

dérivée des modes d'objectivation quantitatifs actuellement privilégiés.

L'évaluation quantitative des symptômes apparaît naturellement comme un bon indice de la sévérité de la pathologie, ce qui suggère une étroite corrélation entre les symptômes et le retentissement fonctionnel. Des scores élevés au plan des symptômes témoignent d'une forme grave de la maladie et à ce titre laissent envisager un retentissement fonctionnel important. En ce qui concerne les troubles cognitifs, dont l'importance est également quantifiée, dans la mesure où ils altèrent des fonctions « instrumentales » (fonction de communication, fonction mnésique, fonction exécutive...), il semble aller de soi que ces déficits ne peuvent qu'avoir un retentissement, d'un point de vue fonctionnel, sur la vie quotidienne et les activités concrètes des sujets. Par ailleurs, ces perturbations cognitives ont souvent été considérées comme susceptibles d'expliquer certains des symptômes. On aboutit ainsi à une conception schématique selon laquelle le retentissement fonctionnel de la maladie serait déterminé essentiellement :

- 1) par les symptômes (dont l'évaluation quantitative serait le reflet de la gravité de la pathologie),
- 2) par des troubles cognitifs (dont la quantification serait un autre indicateur de la sévérité de la maladie).

Or cette conception se révèle être un préjugé, à notre avis induit par le mode quantitatif d'objectivation des troubles, et largement invalidé par les études actuelles de corrélation. Dans le cas de la schizophrénie, il apparaît en effet que, contrairement au présumé courant, les troubles cognitifs n'expliquent pas les symptômes (pas plus d'ailleurs les symptômes positifs, que les symptômes négatifs).¹ Il apparaît d'autre part que les symptômes positifs, bien qu'ils soient un bon indice de la sévérité des troubles, n'expliquent pas le retentissement fonctionnel.² La symptomatologie négative en revanche, bien que moins spécifique, du fait de ses effets globalement invalidants (ralentissement,

altération de la motivation, voire de la volonté, appauvrissement de l'activité) est, en partie au moins, corrélée au retentissement fonctionnel.³

Quant aux troubles cognitifs nombreux et importants chez les schizophrènes, seuls certains d'entre eux seraient corrélés au retentissement fonctionnel (en l'occurrence, les troubles des fonctions exécutives et les troubles de la mémoire verbale).⁴

En résumé, dans le cas de la schizophrénie, et si pour être spécifique on se limite à la question de l'insertion professionnelle (parmi les indicateurs du retentissement fonctionnel), il se dégage de ces études que, seuls, la symptomatologie négative et certains des troubles cognitifs (la mémoire verbale et les fonctions exécutives) constituent des facteurs prédictifs de l'aptitude au travail. En revanche, d'autres facteurs qui ne sont ni des symptômes ni des déficits cognitifs, se révèlent des déterminants importants des possibilités de réinsertion professionnelle. C'est le cas en particulier, selon ces études, du niveau de formation scolaire et professionnel antérieur à la maladie, ainsi que de l'expérience acquise en milieu professionnel avant la maladie.⁵

Ce que montrent donc essentiellement ces études, c'est que le retentissement fonctionnel de la schizophrénie (en matière d'insertion professionnelle du moins) ne dépend que très partiellement de la symptomatologie (uniquement de la symptomatologie négative) et seulement de certains déficits cognitifs. En revanche, d'autres facteurs jouent un rôle déterminant⁶, parmi lesquels :

- des facteurs liés au rapport qu'entretient le sujet au travail, qui dépendent de l'expérience professionnelle acquise (et donc de l'histoire du sujet), des succès ou échecs rencontrés au travail, des attentes et de la valeur accordée au travail, de la durée de l'interruption d'activité.
- des facteurs motivationnels incluant le « sentiment d'efficacité personnelle » à trouver un emploi, à s'y adapter, à surmonter ses difficultés psychiques (Bandura)
- des enjeux de reconnaissance sociale (ou d'identité).

– des capacités relationnelles, de l'ordre de la compétence sociale, qui s'avèrent un paramètre clé de l'employabilité.

– enfin il est tout à fait possible que d'autres facteurs, négligés ou mal appréhendés, jouent également un rôle dans le retour à l'emploi.

On peut donc noter que si le retentissement fonctionnel n'est pas réductible aux symptômes résiduels et aux dysfonctionnements cognitifs, qui se prêtent à une approche naturaliste, il convient de prendre en compte des paramètres impliquant la subjectivité, l'histoire du sujet et une dimension sociale ou relationnelle, qui se prêtent beaucoup moins à une appréhension naturaliste.

Il est intéressant de constater que ces études, en établissant la faible corrélation entre les dimensions considérées, suggèrent que d'autres facteurs ou dimensions pourraient être à prendre en compte ; un résultat inattendu de la part d'études reposant sur un mode d'objectivation quantifié, qui présuppose les dimensions pertinentes, se limite aux dimensions quantifiables, et expose donc au risque de négliger d'autres dimensions susceptibles de jouer un rôle.

La thèse qui nous semble finalement pouvoir être retenue de ces études est que si, seuls certains troubles cognitifs et une partie seulement de la symptomatologie participent au retentissement fonctionnel, en restant loin de suffire à l'expliquer, il est préférable d'admettre une relative indépendance de ces trois grandes dimensions de la pathologie psychiatrique (celle des symptômes, celle des troubles cognitifs, enfin, celle du retentissement fonctionnel).

3. Quelques remarques suscitées par cette relative « autonomie » des répercussions fonctionnelles de la maladie (vis-à-vis des symptômes et des facultés cognitives).

Les données que nous venons de présenter, et en particulier cette relative et inattendue indépendance entre la dimension des

symptômes, celle des troubles cognitifs et celle du retentissement fonctionnel, ouvrent différentes pistes de réflexion que nous voudrions ici esquisser.

Il convient d'abord de remarquer que les modèles cognitifs en psychopathologie, au sens d'hypothèses sur des dysfonctionnements neurophysiologiques, peuvent être invoqués dans chacun des trois domaines : dans celui des symptômes pour tenter de rendre compte de la genèse de ces manifestations symptomatiques, dans celui bien sûr des facultés cognitives altérées dont il faut également rendre compte, et dans une certaine mesure enfin, pour rendre compte du retentissement fonctionnel.

Par conséquent, quand on parle de psychopathologie cognitive, il faut distinguer :

– les modèles et hypothèses sur les dysfonctionnements visant à rendre compte des manifestations symptomatiques de la maladie.

– l'étude des baisses de performance dans les différents domaines de la cognition (dont on peut se demander si c'est également un des modes de manifestation de la maladie elle-même, ou s'il s'agit simplement d'une des conséquences de la maladie, qui ne devrait pas être identifiée à la pathologie.)

– la contribution du facteur cognitif au retentissement fonctionnel de la maladie.

On peut d'ailleurs ajouter que cette diversité de contributions des facteurs cognitifs est transposable aux contributions de nature psychodynamique qui peuvent également apporter des éléments d'explication concernant les manifestations symptomatologiques, les déficits cognitifs, et le retentissement fonctionnel.

La caractérisation, voire la définition même des pathologies psychiatriques se trouve mise en question si doit être prise en compte, dans la conception de la maladie, cette dimension du retentissement fonctionnel, et que cette dernière s'avère en partie indépendante de la symptomatologie et des troubles cognitifs. En psychiatrie en effet, faute de pouvoir définir les pathologies par leur étiologie ou par un mécanisme pathogénique univoque, on

s'efforce au moins de disposer d'une caractérisation sémiologique fine et rigoureuse des pathologies. C'est en gros la posture épistémologique du DSM, qui tend actuellement à prévaloir. Une telle caractérisation par les symptômes apparaît cependant insuffisante à appréhender la réalité de la maladie si son retentissement fonctionnel, qui ne saurait être négligé, ne dépend que très peu des symptômes. On pourrait formuler la question de la façon suivante : faut-il intégrer à la conception même des pathologies mentales leurs effets invalidants et ce qui les détermine, ou peut-il y avoir de bonnes raisons de dissocier la maladie psychique de ses conséquences fonctionnelles ? Ce type de question engage la conception même du soin. L'évaluation actuelle de l'efficacité des médicaments psychotropes se concentre sur l'appréciation de leurs effets sur la symptomatologie, il est vrai en tenant compte de plus en plus de leurs effets sur le versant cognitif. Si cependant on admet que les effets invalidants sont un aspect essentiel de la maladie, l'intérêt d'une thérapeutique ne devrait-il pas être évalué en accordant une importance particulière (sinon prioritaire) à l'effet de ces médicaments au plan « fonctionnel » (qualité de vie subjective, insertion professionnelle, qualité relationnelle). La même remarque vaut d'ailleurs plus largement pour l'évaluation des soins en général (médicamenteux, abords psychothérapeutiques).

Au plan de la prise en charge du retentissement fonctionnel de la maladie, que se propose d'assurer le courant de la réhabilitation psychosociale, il devient clair que les approches qui seraient seulement soucieuses de la réduction des symptômes (par le traitement psychotrope) et d'une compensation des déficits cognitifs resteront insuffisantes, faute de prendre en compte des paramètres qui pourraient bien, dans certains cas au moins, s'avérer les plus décisifs au plan fonctionnel. Cette remarque vaut en particulier au moment où le développement des techniques de réhabilitation psychosociale s'appuie semble-t-il prioritairement sur des outils de remédiation

cognitive. Il ne s'agit pas de contester l'intérêt de ces approches, mais de les situer dans un projet où elles ne sauraient suffire. Or ce repérage nécessaire des paramètres pertinents ne nous paraît possible que par l'adoption d'une posture clinique, si on entend par là précisément cette ouverture à la pluridimensionnalité indéfinie de la situation de chaque patient.

Cette relative indépendance des aspects fonctionnels pourrait constituer un argument pour un abord spécifique et différencié tant de la recherche que des modes de prise en charge de ce « retentissement fonctionnel », et plaider par conséquent pour une nette différenciation (au plan de la recherche et au plan des pratiques) des soins d'une part (visant à atténuer sinon la maladie du moins ses manifestations indésirables) et de la réhabilitation psychosociale (chargée, elle, de pallier au retentissement fonctionnel). Cela renvoie au débat, à notre avis insuffisamment approfondi, entre une conception intégrative de la prise en charge, où le temps des soins et celui du soutien à la réinsertion seraient étroitement articulés et, en gros, assurés par les mêmes équipes de suivi médical et social (bref, le modèle qui prévaut encore en France), et une conception insistant au contraire sur l'intérêt d'une forte différenciation de l'approche des soins et de celle de la « réhabilitation psychosociale » (ce qui correspond plus au modèle anglo-saxon de la réhabilitation psychosociale).

La recherche sur les déterminants du retentissement fonctionnel a donc pour tâche d'identifier et d'évaluer les facteurs ou les dimensions à introduire, s'il est vrai que ce pronostic fonctionnel n'est que très incomplètement expliqué par les symptômes résiduels et par les troubles cognitifs. C'est un biais évident des approches quantitatives que de restreindre l'investigation aux paramètres a priori considérés comme pertinents. Cela rend d'autant plus remarquable que ces approches quantitatives, menées rigoureusement, indiquent elles-mêmes leurs propres limites, en

soulignant que les dimensions qu'elles représentent (la symptomatologie, les troubles cognitifs) ne rendent compte que très incomplètement du retentissement fonctionnel. Quels autres facteurs faut-il alors considérer ? Sur ce plan, le recours aux approches cliniques traditionnelles, aux monographies ou études de cas, apparaît comme un complément nécessaire, comme une heuristique dont il serait irrationnel de se priver pour identifier ces facteurs à prendre en compte. La complémentarité entre l'approche clinique « holistique » et les approches objectivantes quantitatives nous paraît ici requise.

4. Enjeux philosophiques des rapports de complémentarité et d'irréductibilité entre naturalisme et sciences humaines et sociales

Pour terminer par une simple allusion aux enjeux philosophiques de ce débat entre approches naturalistes (rattachables à la neurobiologie cognitive) et sciences sociales et de l'esprit, un débat particulièrement sensible dans notre discipline, et pour ainsi dire continuellement présent au cœur même de la psychopathologie, je me contenterai de mentionner quelques remarques récentes de Jürgen Habermas, dans son dernier ouvrage dont la traduction française vient de paraître, sous le titre : *Entre naturalisme et religion*⁷.

Ce titre, qui par sa formulation suggère une commensurabilité entre naturalisme et religion, un ordre dans lequel ils sont comparables, ils bornent un espace, fait aussi penser que le naturalisme, lorsqu'il revendique d'être la seule forme légitime du savoir (comme si le reste relevait simplement de croyances), adopte une posture radicale qui en effet est aujourd'hui présente chez nombre de scientifiques, et qui en tant que telle constitue une croyance dont la radicalité n'est pas moindre que celles des postures religieuses radicales, qui elles aussi font retour dans le monde contemporain. Il a quelque chose de juste dans ce diagnostic qui

identifie ces deux radicalismes comme revendiquant l'un et l'autre à notre époque une autorité, celui de la science identifiée au naturalisme, et celui des radicalismes religieux. Cela conduit Habermas à développer une critique du naturalisme, ou plus précisément de ses prétentions réductionnistes, dans un paragraphe intitulé « à propos de l'interaction de la nature et de l'esprit ».

J'aimerais revenir pour commencer sur le caractère incontournable des jeux de langage privilégiant d'un côté les explications par les causes (naturalisme) et de l'autre celles par les raisons (explications mentalistes), et il n'est pas du tout évident d'un point de vue épistémologique que nous puissions écarter l'une de ces 2 perspectives.⁸

Il se range par conséquent du côté de ce qu'il appelle un dualisme épistémique, qui reconnaît la légitimité et l'irréductibilité de ces deux types d'explications, naturaliste et mentaliste.

Que nous ne puissions pas contourner le dualisme épistémique des perspectives de savoir, cela veut dire en premier lieu que les jeux de langage qui correspondent à chacune d'entre elles et les modèles explicatifs auxquelles elles donnent lieu ne sont pas susceptibles d'être réduits l'un à l'autre.

Enfin, il est particulièrement intéressant qu'il fonde cet irréductible dualisme épistémique sur des propriétés anthropologiques, et plus précisément sur des données de la psychologie du développement qui établissent la dimension d'emblée sociale de la cognition humaine, en quoi elle résiste à une réduction naturaliste.

Un tel dualisme pourrait avoir surgi de la socialisation de la cognition entre congénères dépendant les uns des autres. La totale dépendance dans laquelle se trouve le nouveau né, « non fini » organiquement, et la longue période d'éducation que cela entraîne nécessairement font que l'homme est, dès le premier instant, dépendant des interactions sociales, qui interviennent chez lui de manière beaucoup plus profonde dans l'organisation et l'assimilation des capacités cognitives que dans tout autre espèce. Chez l'homme l'existence sociale retentit sur une socialisation

communicationnelle de la cognition et de l'apprentissage qui s'engage très tôt.⁹

Cette dimension sociale, intersubjective, dès l'origine du développement de la cognition humaine, fonderait « l'entrecroisement complémentaire de perspectives de savoir profondément ancrées anthropologiquement. » La perspective épistémique irréductible au naturalisme (au jeu de langage privilégiant les explications par les causes) apparaît étroitement liée à cette dimension sociale, intersubjective. On peut voir là un écho à notre réflexion à partir de l'étude des déterminants du retentissement

fonctionnel des pathologies psychotiques. Les facteurs objectivés et appréhendés par le naturalisme (la symptomatologie résiduelle et les déficits cognitifs) ne suffisent pas à expliquer le retentissement fonctionnel de ces pathologies, en particulier social et professionnel, d'autres dimensions doivent être prises en compte, qui justement ont trait aux capacités relationnelles, intersubjectives, sociales, métacognitives (le sentiment d'efficacité), dont l'identification n'est pas imputable aux approches naturalistes et qui pour l'instant n'y sont pas réductibles.

Bibliographie :

Addington, J., Addington, D. & Maticka-Tyndale, E (1991). Cognitive functioning and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 5, 2, 123-134.

Bandura, A. (2003). *Self-efficacy: The exercise of control* (1997). New York : W. H. Freeman & Co, Publishers. Trad. fr. *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles : De Boeck.

Barreyre, J.-Y. & Makdessi, Y. (2007). *Recherche Documentaire : Handicap d'origine psychique et évaluation des situations*. Délégation ANCREAI Ile-de-France – CEDIAS.

Bell, M. & Bryson, G. (2001). Work rehabilitation in schizophrenia: does cognitive impairment limit improvement?. *Schizophrenia Research*, 27, 269-279.

Bell, M., Kaplan, E.A. & Bryson, G. (1997). Cognitive impairment and work behavior in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 24, 1-2, 219.

Bilder, R.M., Mukherjee, S., Rieder, R.O. & Pandurangi, A.K. (1985). Symptomatic and neuropsychological components of defect states. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 3, 409-19.

Bryson, G., Bell, M., Lysaker, P. & Zito, W. (1997). The work behavior inventory: a scale for the assessment of work behavior for clients with severe mental illness. *Schizophrenia Research*, 24, 1-2, 220.

Cnaan, R.A., Blankertz, L.E., Messinger, K., & Gardner, J.R. (1988). Psychosocial rehabilitation: Toward a definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 4, 61-77.

Cuesta, M.J., Peralta, V., Caro, F. & De Leon, J. (1995). Schizophrenic syndrome and Wisconsin Card Sorting Test dimensions. *Psychiatry Research*, 58, 1, 45-51.

Dejours, C. (2005). Centralité du travail et santé mentale. *Pratiques en santé mentale*, 1, 22-28.

Evans, J.D., Bond, G.R., Meyer, P.S, Kim, H.W., Lysaker,

P.H., Gibson, P.J. & Tunis, S. (2004). Cognitive and clinical predictors of success in vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*.

Green, M.F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?. *Am. J. Psychiatry*, 153, 321-330.

Habermas, J. (2008). *Zwischen Naturalismus und Religion. Philosophische Aufsätze* (2005). Trad. fr. *Entre naturalisme et religion*. Paris : Gallimard.

Heaton, R.K., Gladsjo, J.A., Palmer, B.W., Kuck, J., Marcotte, T.D. & Jeste, D.V. (2001). Stability and course of neuropsychological deficits in schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 58, 24-32.

Hoffmann, H. & Kupper, Z. (1997). Relationships between social competence, psychopathology and work performance and their predictive value for vocational rehabilitation of schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Research*, 23, 69-79.

Hughes, C., Kumari, V., Soni, W., Das, M., Binneman, B., Drozd, S., O'Neil, S., Mathew, V., & Sharma, T. (2002). Longitudinal study of symptoms and cognitive function in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 59, 137-146.

Legay, D. (2001). Les pratiques françaises de réadaptation sociale. *Information Psychiatrique*, 77, 259-263.

Lysaker, P. & Bell, M. (1995). Work rehabilitation and improvements in insight in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 183, 103-106

Mcgurk, S.R. & Meltzer, H.Y. (2000). The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 45, 175-184.

Mcgurk, S.R., Mueser, K.T., Harvey, P.D. & al. (2003). Cognitive and symptom predictors of work outcomes for clients with schizophrenia in supported employment. *Psychiatr Serv*, 54, 8, 1129-35.

McGurk, S.R. & Mueser, K.T. (2004). Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophrenia Research*, 70, 147-73.

Morris, R.G., Rushe, T., Woodruffe, P.W. & Murray, R.M. (1995). Problem solving in schizophrenia: a specific deficit in planning ability. *Schizophrenia Research*, 14, 3, 235-46.

Mueser, K.T., Bellack, A.S., Douglas, M.S., Wade, J.H. (1991). Prediction of social skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology. *Psychiatry Res*, 37, 3, 281-96.

Pachoud, B., Leplege, A. & Plagnol, A. (2008). Handicap psychique et réinsertion professionnelle. Rapport final du séminaire interdisciplinaire. Mire-Dress.

Revicki, D.A. (1998). Quality of life and re-integration of chronically ill patients. *European Psychiatry*, 13, 4, 219.

Strauss, M.E. (1993). Relations of symptoms to cognitive deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 2, 215-31.

Summerfelt, A.T., Alphas, L.D., Funderburk, F.R. & al. (1991). Impaired Wisconsin Card Sort performance in schizophrenia may reflect motivational deficits. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 3, 282-3.

Tamlyn, D., McKenna, P.J., Mortimer, A.M. & al. (1992). Memory impairment in schizophrenia: its extent, affiliations and neuropsychological character. *Psychol Med*, 22, 1, 101-15.

Vidon, G. (ed.) (1995). *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Paris : Editions Frison-Roche.

Wilder-Willis, K.E., Shear, P.K., Steffen, J.J. Borkin, J. (2002). The relationship between cognitive dysfunction and coping abilities in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 55, 3, 259-267.

Zakzanis, K.K. & Heinrichs, W. (1999). Schizophrenia and the frontal brain: a quantitative review. *Int. Neuropsychol. Soc.*, 5, 556-566.

Notes :

1Cf. Zakzanis & Heinrichs (1999) ; Heaton & al. (2001) ; Hughes & al. (2002) ; Addington & al. (1991) ; Bilder & al. (1985).

2Cf. Strauss (1993).

3Cf. Addington & al. (1991) ; Cuesta & al. (1995) ; Morris & al. (1995) ; Summerfelt & al. (1991) ; Tamlyn & al. (1992).

4Cf. Green (1996) ; Meltzer and McGurk (1999) ; Lysaker & al. (1995).

5Cf. McGurk & Meltzer (2000).

6Cf. Pachoud & al. (2008) ; Barreyre & al. (2007) ; Bandura (1997).

7Habermas, J. (2008). *Zwischen Naturalismus und Religion. Philosophische Aufsätze* (2005). Trad. fr. *Entre naturaliste et religion*. Paris : Gallimard.

8Ibid., p. 83.

9Ibid., p. 88.

L'auteur :

Bernard Pachoud

Psychiatre, chercheur au CREA (CNRS/École Polytechnique), associé au CRPM
Université Paris VII Diderot.
Campus Paris Rive Gauche
Bâtiment Olympe de Gouges
11, rue Jean Antoine de Baïf
75013 Paris
France

Référence électronique

Bernard Pachoud, « Évaluation du retentissement fonctionnel des psychoses : quels déterminants ? », *Recherches en Psychanalyse* [En ligne], 07 | 2009, mis en ligne le 1^{er} juin 2009.

Texte intégral

Droits d'auteur

Tous droits réservés