

de cognition sociale. Certains troubles cognitifs pourraient refléter le cœur même du processus psychotique (atteinte de la mémoire autobiographique, de la perception du self). La période de psychose non traitée influence le pronostic fonctionnel et la qualité de rémission ultérieure, justifiant l'intérêt d'un repérage précoce des sujets à risque de conversion psychotique. L'identification des troubles cognitifs associés aux phases précoces et l'étude de leur chronologie d'apparition ont un intérêt scientifique pour mieux comprendre les bases cérébrales de la transition psychotique mais également pronostique. Le suivi précoce visera des facteurs environnementaux aggravants (consommation de cannabis, stress, isolement) et pourrait permettre de définir des programmes de remédiation cognitive spécifiques au sujet et au stade de la maladie, qui pourraient permettre de limiter ou empêcher l'évolution vers la psychose. Ces observations soulignent l'intérêt du développement de centres spécialisés dans l'évaluation des jeunes adultes et les pathologies émergentes.

Pour en savoir plus

Bourgin J, Krebs MO. [Early detection and early intervention in first episode psychosis]. *Rev Prat* 2013;63(3):336–42.

Fusar-Poli P, et al. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* 2013;70(1):107–20.

Magaud E, et al. Altered semantic but not phonological verbal fluency in young help-seeking individuals with ultra high risk of psychosis. *Schizophr Res* 2010;123(1):53–8.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.042>

S14B

Facteurs génétiques de prédiction d'un trouble psychotique

A. Malafosse

Hôpitaux universitaires de Genève, hôpital Belle Idée, 1225 Chêne Bourg, Suisse

Résumé non reçu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.043>

S14C

Aspects prédictifs de transition vers la psychose en neuro-imagerie

M. Taleb

Nouvel hôpital de Navarre, pavillon Calmette, 27200 Vernon, France

Mots clés : Schizophrénie ; Premier épisode ; Marqueur neuro-anatomique

De nombreuses études ont démontré l'intérêt du dépistage précoce des troubles psychotiques dès la phase prodromique dans le but de prévenir ou de retarder leur apparition et d'améliorer leur pronostic [4]. Durant cette phase prodromique, est observé un ensemble de signes non spécifiques évoluant durant des mois voire des années. Les stratégies de dépistage habituellement utilisées consistent à détecter les populations dites à « Ultra High Risk » (UHR) sélectionnées à partir d'un certain nombre de critères surtout cliniques, familiaux, neuropsychologiques et neurologiques. À partir de ces méthodes, les prévalences de transition psychotique varient beaucoup d'une étude à l'autre allant de 18% après six mois de suivi à 36% après trois ans [3]. La clinique demeure donc insuffisante pour une prédiction fiable. L'enjeu principal actuel de la recherche est d'arriver à la meilleure prédictivité possible à partir de la notion de marqueurs. Parmi eux, les marqueurs neuro-anatomiques peuvent correspondre à des modifications anatomiques significatives qui pourraient aider à prédire la transition d'un stade prodromique à un premier épisode de psychose. En effet, la schizophrénie est associée à de nombreuses modifications morphologiques observées en imagerie telles que la réduction du volume de la substance grise au niveau des cortex associatifs antérieurs, postérieurs et médio-frontaux, des régions paralimbiques

et de la substance blanche. Les modifications les plus fréquemment décrites concernent le cortex cingulaire, temporal médian, le cortex préfrontal, le gyrus temporal supérieur et la substance blanche pariétale gauche et occipitale. Ces divers changements seraient relativement précoces mais l'étape à laquelle ils apparaissent pour la première fois et la possibilité qu'elles soient liées à un trouble psychotique, ne sont pas établies [1]. Le problème serait donc de savoir si ces anomalies sont présentes avant même la phase prodromique [2] ou si elles apparaissent avec elles, et si leur présence précoce pourraient contribuer à prédire de manière sensible et spécifique une transition psychotique.

Références

[1] Carletti F, et al. Alterations in white matter evident before the onset of psychosis. *Schizophr Bull* 2012;38(6):1170–9.

[2] Cullen AE, et al. Temporal lobe volume abnormalities precede the prodrome: a study of children presenting antecedents of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2012 (Article In Press).

[3] Fusar-Poli P, et al. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69(3):220–9.

[4] Yung AR, et al. Prediction of psychosis. *Br J Psychiatry* 1998;172(Suppl. 33):14–20.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.044>

S15

Big science is helping you

Président : C. Recasens, IME Armonia, 94450 Limeil-Brevannes, France

S15A

La fabrique big-neuroscientifique d'une thérapie innovante

M. Morgiève

ICM Inserm, hôpital Pitié-Salpêtrière, 75013 Paris, France

Mots clés : Recherche clinique ; Évaluation des psychothérapies ; Thérapie cognitive et comportementale ; Trouble obsessionnel compulsif

Selon les chiffres produits par les études d'épidémiologie psychiatrique utilisant les classifications psychiatriques contemporaines, en particulier le DSM, le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est le quatrième trouble psychiatrique le plus fréquent, touchant 2 à 3% de la population. Les traitements de première intention, considérés comme efficaces et « validés » (selon les standards méthodologiques de l'Evidence Based Medicine), sont d'une part des médicaments (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine), d'autre part des thérapies cognitives et comportementales (TCC) [1]. Comment ce genre de thérapie a-t-il acquis une telle légitimité scientifique ? Quelles sont les implications, concrètes, d'une telle « déclaration d'efficacité » ? L'objectif de cette communication est de comprendre le processus de fabrique d'une TCC innovante (définie par l'adjonction d'un outil psychopédagogique informatisé à une TCC classique) pour soigner les patients atteints de TOC. Cette fabrique est décrite au cours d'un récit ethnographique d'une étude menée dans une équipe de « big-neuroscience », s'appuyant sur une méthodologie de participation observante inscrite dans une démarche de sociologie des sciences. Le processus de fabrique d'une thérapie apparaît comme étant façonné par des catégories diagnostiques, des méthodologies de (méta)-évaluation, une rhétorique statistique, des contraintes technologiques, éthiques, réglementaires, administratives qui s'accumulent et se valident mutuellement pour définir les contours d'espaces de possibles dans la production de savoirs scientifiques. Il apparaît que « la fabrication des faits, comme le jeu de rugby, est un processus

collectif » [2] à une échelle planétaire. La description de cette fabrication et des positions de chacun des joueurs donne à voir l'espace structuré de pensée dans lequel ils se trouvent pris, et avec lequel ils produisent leurs résultats, raisonnements et thérapeutiques. Cette nouvelle perspective offre des opportunités d'analyses de second ordre sur les dispositifs de production du savoir, dont nous espérons de nouvelles possibilités de découvertes.

Références

[1] Gava I, et al. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007.

[2] Latour B. La science en action : introduction à la sociologie des sciences. Éditions La Découverte; 2005.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.045>

S15B

Le rêve américain de l'enfant parfait prouvé scientifiquement

C. Delawarde

Centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, société (CERMES-3- UMR8211-U988), 75006 Paris, France

Mots clés : Santé mentale ; Prévention ; Petite enfance ; Interventions *evidence-based* ; Sociologie

En France, ces dernières années, le nombre de recommandations émises par les institutions de santé publique afin de prévenir et de promouvoir la santé mentale des populations n'a cessé d'accroître (e.g. Ministère de la Santé, 2012). De multiples publications provenant de champs disciplinaires très distincts (telles que l'économie, la psychologie, ou encore les neurosciences) recommandent de développer des interventions préventives fondées sur des données scientifiques probantes à destination des parents et de leurs jeunes enfants. D'après la revue de la littérature scientifique, l'objectif principal de ces programmes est de prévenir la survenue de troubles mentaux, de conduites antisociales, de la délinquance, de crimes, de l'abus de substance mais aussi de promouvoir la santé mentale et physique, les compétences parentales, et les compétences psychosociales des jeunes enfants dans une perspective de développement sanitaire, social et économique [1]. Les économistes promeuvent également l'implantation de programmes ciblés à destination des familles vulnérables afin de réduire les inégalités sociales de santé et d'accroître l'efficacité économique des sociétés (en « préparant » la force de travail de demain) [3]. Alors qu'ils sont aujourd'hui largement intégrés aux systèmes de santé nord-américains, la question de leur implantation en France se heurte à des questions particulières d'ordre clinique et épistémologique [2]. Comment implanter des programmes *evidence-based* standardisés évalués dans le cadre de dispositifs expérimentaux stables et constants, sous-entendant une universalité des maladies mentales, du bien-être, de la parentalité, de l'éducation, indépendamment du contexte socioculturel dans lesquels ils s'inscrivent ? Une enquête sociologique de trois mois a été réalisée aux États-Unis au sein d'un important centre de recherche économique chargé d'évaluer l'efficacité des « *Early Childhood Evidence-Based Interventions* ». Ce séjour parmi les économistes a été l'opportunité de réaliser plusieurs observations ethnographiques et de comprendre différents enjeux liés à ces interventions *evidence-based*.

Références

[1] Delawarde C, Saïas T. Parenting programs in public health: can community actions fit into governmental interests? 4^e Congrès International de Psychologie Communautaire à Barcelone : "A World in crisis". 2012. Communication affichée.

[2] Delawarde C, Saïas T, Briffault X. The Public health dogma of evidence-based mental disorders prevention and mental health promotion: the beliefs of French professionals in regard to parenting programs. *Health Sociol Rev* 2013 [submitted].

[3] Heckman JJ, Masterov DV. The productivity argument for investing in young children. *Rev Agric Econ* 2007;29(3):446–93 [Ministère chargé de la santé, 2012. Plan psychiatrie et santé mentale 2011–2015].

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.046>

S15C

L'observation et la mesure en psychiatrie sont-elles soumises aux idéologies du moment ?

P. Boyer

University of Ottawa, K1Z7K4 Ottawa, Canada

Mots clés : Logique scientifique ; Théories et modèles ; Mesure Par analogie avec une connaissance générale, une connaissance scientifique peut être définie comme une croyance vraie (vraie renvoyant en sciences à empiriquement vérifiée) et justifiée (c'est-à-dire compatible avec le modèle théorique dans laquelle elle doit s'inscrire) [3]. Ainsi « historiquement » la vitesse de la chute des corps est indépendante de leur masse (mais pas de leur forme) ce qui a été empiriquement vérifiée (depuis Toricelli à la tour de Pise) et s'inscrit logiquement pour nous dans la théorie de référence (lois newtoniennes de la gravitation). Le problème est de savoir quel est le moteur déterminant d'une découverte scientifique : est-ce l'évolution des méthodes et des techniques (qui permet de raffiner le dispositif expérimental et donc de vérifier ou d'invalider des phénomènes jusque-là invérifiables ou non isolables) ou est-ce l'évolution des théories (la fameuse « rupture » épistémologique qui invite elle-même à revoir tout le dispositif expérimental) ? Une tendance actuelle serait (peut-être par méfiance envers les théories) de faire davantage confiance aux dispositifs expérimentaux. Ainsi l'imagerie cérébrale moderne permettrait de « canaliser » les théories connexionnistes en évitant des débordements invérifiables. La « mode » serait de faire par trop confiance à la complexification technique. L'évaluation et la mesure en psychiatrie feraient également partie des dispositifs pseudo-expérimentaux permettant d'occulter l'« absence » de théorie sous-jacente. Le recours systématique à l'évaluation et à la mesure se situerait donc en droite ligne de la foi empirique « aveugle » (le fameux néokraepelinisme du DSM) qui aurait totalement évacué la possibilité de théoriser notre domaine (les théories « pragmatiques » étant un cache-misère). Pourtant Koyré avait estimé que ce n'est jamais l'expérience qui initie une découverte ou un changement de perspective mais une rupture radicale de plan théorique [2]. Peut-être a-t-on trop négligé (ou caricaturé à l'extrême) les bases théoriques de la mesure qui ne consisterait pas qu'en un seul effet de mode [1].

Références

[1] Bech P. *Clinical psychometrics*. Oxford: Willey-Blackwell; 2012.

[2] Koyré A. *Études d'histoire de la pensée scientifique*. 3^e éd Paris: Gallimard; 1985.

[3] Schlik M. *Théorie générale de la connaissance*. Paris: Gallimard, coll. « Bibliothèque de philosophie »; 2009.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.047>