

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