

P043

Métacognition et dépression : validation d'une version française du MCQ-30 en population clinique

A. Baptista*, C. Soumet-Leman, R. Jouvent

Groupe Hospitalier de la Pitié-Salpêtrière, Psychiatrie adulte, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : axel.baptista@gmail.com (A. Baptista)

Contexte Le Metacognitions Questionnaire-30 (MCQ-30), développé par Wells et Cartwright-Hatton (2004) [1], est une échelle de mesure multidimensionnelle de facteurs métacognitifs impliqués dans le développement et la persistance de troubles psychiques. La théorie définitoire inhérente à cette échelle est résumée par Wells et Matthews [2] dans le modèle Self-Regulatory Executive Function (S-REF). Dans la dépression, une rumination pathogène serait induite par des pensées (croyances métacognitives évaluées par le MCQ-30) et des stratégies de contrôle qui perpétuent une cognition et des stratégies de coping inadéquates. Le but de notre étude est d'adapter et de valider une version française du MCQ-30 en évaluant ses propriétés psychométriques dans un échantillon de patients qui ont un diagnostic de dépression.

Méthodes L'adaptation française de l'instrument a été réalisée après une traduction *back-forward* permettant une bonne validité de face. Elle est en cours de passation dans un échantillon de patients hospitalisés ayant un diagnostic de dépression établi selon les critères du DSM 4 TR. Le nombre de sujets nécessaires est estimé à 150 [3]. Une analyse factorielle confirmatoire permettra de vérifier la structure dimensionnelle à 5 facteurs retrouvée dans l'étude de validation de la version originale. Pour l'évaluation de la validité convergente, nous étudierons la corrélation des différents facteurs du MCQ-30 avec une mesure de l'anxiété d'état (Penn State Worry Questionnaire), de la rumination (Rumination on Sadness Scale), et de la dépression (Beck Depression Inventory). Hypothèses sur le comportement de l'échelle : en accord avec les validations étrangères, nous supposons une corrélation positive et significative de la MCQ-30 avec les échelles sus-citées.

Résultats Des résultats partiels seront présentés et discutés à la lumière de la taille de l'échantillon.

Mots clés Métacognition ; Dépression ; Métacognitions questionnaire ; Validation ; Structure dimensionnelle

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Wells A, Cartwright-Hatton S. "A Short Form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30". *Behav Res Ther* 2004;42(4):385–96, [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5).
- [2] Wells A, Matthews G. "Modelling Cognition in Emotional Disorder: The S-REF Model". *Behav Res Ther* 1996;34(11–12):881–8.
- [3] Falissard B, Rouquette A. "Sample size requirements for the internal validation of psychiatric scales". *Int J Methods Psychiatric Res* 2011;20(4):235–49, <http://dx.doi.org/10.1002/mpr.352>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.251>

P044

Syndrome de Capgras. . . à partir d'un cas clinique

C. Kocyba*, B. Choukroun

CHS de Blain, Unité de Géro-psycho-geriatrie (UGP), Blain, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : camille.kocyba@ch-blain.fr (C. Kocyba)

« Curieux petit syndrome », le syndrome de Capgras consiste en un trouble de l'identification des personnes. Il porte atteinte au sentiment de familiarité, renvoyant un inconfortable vécu d'étrangeté. Cela donne une véritable particularité clinique dans la relation et la

prise en charge du patient. Partant de la situation de Mme. A., nous entamons une revue de la littérature des caractéristiques sémiologiques et des considérations étiologiques du syndrome de Capgras. Initialement dénommé « illusion des sosies », ce syndrome renvoie à la conviction délirante du patient qu'un ou des proches ont été substitués par un ou des sosies. Ce dernier renvoie un sentiment de persécution d'intensité variable selon les patients. Capgras résume sa description clinique en parlant d'« agnosie d'identification », car « partout le patient saisit la ressemblance et partout il méconnaît l'identité ». La clinique de Mme. A., par ses intrusions psychiatriques, biologiques, cognitives et neurologiques, souligne la nécessité d'une approche multifactorielle et intégrative dans la compréhension du syndrome de Capgras. À côté des hypothèses psychodynamiques, deux modèles issus des sciences cognitives se dégagent dans la littérature : le modèle séquentiel de reconnaissance des visages par Bruce et Young et le modèle « à deux voies ». Des modèles ultérieurs tentent ensuite de faire le lien avec les données de neuro-imagerie, notamment fonctionnelle. Issus de ces démarches intégratives, des approches globales du syndrome de Capgras semblent se développer dans les travaux les plus récents de la littérature. Avec une clinique à la rencontre de la psychiatrie et de la neurologie, les questions autour de l'organicité du syndrome de Capgras persistent sans être entièrement tranchées. Ce syndrome demeure néanmoins d'une grande richesse pour le clinicien, tant sur le plan théorique que dans les liens avec le patient et son entourage.

Mots clés Syndrome de Capgras ; Illusion des sosies ; Modèle de Bruce et Young

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

- Capgras J, Reboul-Lachaux J. L'illusion des sosies dans un délire systématisé chronique 1923;11:6–16.
- Ellis HD, Young AW. Accounting for delusional misidentifications. *Br J Psychiatry* 1990;157:239–48.
- Luauté JP. Neuropsychiatrie cognitive des délires d'identification des personnes. Une revue historico-critique. *Evol Psychiatr* 2009;74(1):93–121.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.252>

P045

Trouble bipolaire déclenché par une hydrocéphalie par lésion cérébelleuseD. Radji^{1,*}, L. Weiner², J. Foucher², G. Bertschy², S. Weibel²¹ Centre Hospitalier Erstein, Erstein, France² Hôpitaux Universitaires Strasbourg, Strasbourg, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : djamelradji@gmail.com (D. Radji)

Nous rapportons le cas d'un homme de 38 ans ayant présenté un épisode maniaque franc, dans les suites de l'ablation d'une tumeur kystique bénigne de l'hémisphère cérébelleux droit, compliquée d'hydrocéphalie. Cette lésion fut découverte suite à de violentes céphalées et des troubles de l'équilibre. Le tableau maniaque débuta progressivement dans la semaine suivant l'opération, alors que les suites opératoires furent simples. Un traitement associant olanzapine et divalproate améliora rapidement la symptomatologie. Si des lésions cérébelleuses ont déjà pu être décrites dans le déclenchement de troubles de l'humeur, dans notre cas, l'imagerie fonctionnelle (scintigraphie cérébrale) a suggéré l'implication de lésions frontales. Le syndrome frontal modéré a été confirmé par les tests neuropsychologiques, et par la présence à l'IRM de petites lésions en avant des ventricules latéraux, attribuées à une effusion de liquide céphalorachidien lors de l'hydrocéphalie. Au-delà de l'étiologie organique du syndrome maniaque, le cas clinique est particulièrement intéressant car le patient a présenté au décours de l'épisode maniaque un épisode dépressif majeur avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur,