

S.M. Consoli⁷, T. Bougerol⁸, C. Chantelot⁹, T. Grégory¹⁰, D. Théry¹¹, D. Cordonnier¹¹, A. Berger¹², A.-L. Demarty¹³, S. Duhem¹³, G. Vaiva¹

¹ Service de psychiatrie du CHRU de Lille/SCALab équipe PsyCHIC CNRS UMR 9193, Lille, France

² Service d'addictologie du CHRU de Lille/SCALab équipe PsyCHIC CNRS UMR 9193, Lille, France

³ Unité de biostatistiques, CHRU de Lille, Lille, France

⁴ Service de psychiatrie adulte, CHRU de Grenoble, service de psychiatrie de liaison, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France

⁵ Service de psychiatrie, CHRU de Lille, Lille, France

⁶ Service de psychiatrie adulte, groupe hospitalier de l'institut catholique de Lille, Lille, France

⁷ Service de psychiatrie de liaison, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France

⁸ Service de psychiatrie adulte, CHRU de Grenoble, Grenoble, France

⁹ Service de traumatologie, CHRU de Lille, Lille, France

¹⁰ Service de traumatologie, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France

¹¹ Service de traumatologie, groupe hospitalier de l'institut catholique de Lille, Lille, France

¹² Service de traumatologie, centre hospitalier de Douai, Douai, France

¹³ Centre d'investigation, clinique du CHRU de Lille, Lille, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cecile.faure7@hotmail.com (C. Faure)

Les AVP sont le principal pourvoyeur d'ESPT (Kupchik et al., 2007), dont la prévalence fluctue de 6 à 45 % entre les études (Heron-Delaney et al., 2013). En l'absence de repérage clinique, l'ESPT peut se chroniciser (Kessler et al., 1995). Les outils actuels permettent son diagnostic (Jackson et al., 2011), mais pas de dépister précocement les sujets à risque de développer un ESPT post-AVP en aigu (8 semaines) comme en chronique (6 mois) ou en tardif (1 an). Nous présentons une étude longitudinale réalisée sur 274 patients répartis sur 6 centres de traumatologie ayant pour objectif principal de valider un outil infirmier de dépistage précoce d'ESPT après un AVP (DEPITAC). Dix questions ont été soumises à tout patient hospitalisé dans les 15 jours après un AVP, ainsi qu'une PDI et un MINI DSM-IV. La PCL-S (*cut-off* à 44) a permis le diagnostic à 8 semaines, 6 mois et 1 an. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SAS Institute 9.4. Le score total DEPITAC était significativement associé au diagnostic d'ESPT à 1 an (OR : 1,43 ; IC95 % : 1,14–1,79) avec un pouvoir discriminant de 0,64 (IC95 % : 0,56–0,72). DEPITAC était corrélé à l'échelle PDI ($p < 0,0001$) avec un faible coefficient de corrélation ($r = 0,32$) montrant une faible redondance. Seules 3 questions après analyses bivariées s'avèrent significatives : « présence d'autres blessés ou décédés lors de l'AVP », « présence d'une dissociation post-AVP » et « s'être vu mourir lors de l'AVP » avec un pouvoir discriminant de 0,65 (IC95 % : 0,57–0,73). Aucun effet centre n'a été mis en évidence ($p = 0,90$). Nos résultats semblent montrer qu'à l'aide de seulement 3 questions de dépistage, les équipes infirmières pourraient repérer les patients à risque de développer un ESPT aigu ou tardif, leur permettant ainsi d'alerter précocement les équipes psychiatriques de liaison ou de psychotraumatologie.

Mots clés État de stress post-traumatique ; Outil de dépistage ; Épidémiologie ; Accident de la voie publique

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Kupchik M, Strous RD, Erez R, Gonen N, Weizman A, Spivak B. Demographic and clinical characteristics of motor vehicle accident victims in the community general health outpatient clinic: a comparison of PTSD and non-PTSD subjects *Depress Anxiety* 2007;24(4):244–50.

Heron-Delaney, Michelle, Kenardy J, Charlton E, Matsuoka Y. A systematic review of predictors of posttraumatic stress disorder (PTSD) for adult road traffic crash survivors. *Injury* 2013;44(11):1413–22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2013.07.01>.

Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(12):1048–60.

Jackson JC, Sinnott PL, Marx BP, Murdoch M, Sayer NA, Alvarez JM, et al. Variation in practices and attitudes of clinicians assessing PTSD-related disability among veterans. *J Trauma Stress* 2011;24(5):609–13. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20688>. [Epub 2011 Sep 12].

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.246>

P057

L'âge du début de premier épisode dépressif conditionne-t-il les caractéristiques ultérieures du trouble dépressif ?

X. Proudnikova*, Y. Hodé

Centre hospitalier de Rouffach, Rouffach, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : xproudnikova@gmail.com (X. Proudnikova)

La dépression à début précoce aurait un pronostic plus mauvais avec un risque suicidaire plus élevé et des troubles cognitifs plus prononcés [1]. Nous avons cherché à évaluer s'il existe le lien entre la symptomatologie anhédonique et l'âge de survenue du premier épisode dépressif.

Méthode L'anhédonie a été évaluée avec l'échelle de l'expérience temporelle du plaisir (EETP) et la symptomatologie dépressive a été mesurée avec la MADRS. L'échelle EETP permet d'évaluer deux composantes d'anhédonie : le plaisir anticipatoire (PA) qui serait lié à la motivation et le plaisir consommatoire (PC) qui serait lié à l'expérience hédonistique au moment de la consommation. Six hommes et quatorze femmes âgés de 28 à 65 ans, sans antécédent psychotique et avec un score à la MADRS > 20, ont été inclus. Les corrélations entre l'âge du premier épisode dépressif et le score de PA, de PC et à la MADRS ont été étudiées avec le test de corrélation non paramétrique de Spearman.

Résultats Le score moyen à la MADRS était de 32,7 (DS = 7,3). L'âge du premier épisode dépressif est corrélé avec le PA ($r = 0,68$, $p = 0,001$), mais ni avec le PC ($r = -0,22$; $p < 0,36$), ni avec la MADRS ($r = 0,4$; $p < 0,08$).

Discussion La dépression à début précoce semble entraîner un plus grand déficit du plaisir anticipatoire dans les épisodes dépressifs ultérieurs. Ce déficit qui traduit une atteinte de la motivation contribue au maintien du trouble dépressif par le mécanisme d'impuissance apprise [2]. Il pourrait être un facteur prédisposant à la plus longue durée d'un épisode dépressif, ainsi que probablement à la plus mauvaise qualité de rémission et à la vulnérabilité par rapport au développement des épisodes dépressifs ultérieurs.

Mots clés Dépression ; Anhédonie ; Motivation

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Korten NC, Comijs HC, Lamers F, Penninx BW. Early and late onset depression in young and middle aged adults: differential symptomatology, characteristics and risk factors? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43(7):538–44.

[2] Hamilton KE, Dobson KS. Cognitive therapy of depression: pretreatment patient predictors of outcome. *Clin Psychol Rev* 2002;22:875–94.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.247>