

DEPITAC : Intérêt d'un outil de dépistage précoce du syndrome de stress post-traumatique dans l'année suivant un accident de la route

C Faure ^{*1}; O Cottencin ²; E Drumez ³; M-A de Pourtales ^{4,6}; S Molenda ¹; F Warembourg ¹; L Brelinski-Biencourt ⁵; V Paget ⁶; S Consoli ⁶; T Bougerol ⁴; T Grégory ⁷; C Chantelot ⁸; D Théry ⁹; D Cordonnier ¹⁰; M Berger ¹¹; A-L Demarty ¹²; S Duhem ¹; G Vaiva ¹

1. University of Lille, CNRS UMR 9193 SCALab PsyCHIC team, CHU-Lille Department of Psychiatry; 2. University of Lille, CNRS UMR 9193 SCALab PsyCHIC team, CHU-Lille Department of Psychiatry and Addiction Medicine; 3. CHU-Lille Biostatistics Department; 4. CHU Grenoble Department of Psychiatry; 5. GHICL, Department of Psychiatry, Lille; 6. European Georges Pompidou Hospital, Department of Consultation Liaison Psychiatry; 7. European Georges Pompidou Hospital, Trauma Unit; 8. University of Lille, CHU-Lille Trauma Unit; 9. GHICL Saint Vincent Hospital, Trauma Unit; 10. GHICL Saint-Philibert Hospital, Trauma Unit; 11. Hospital of Douai, Trauma Unit; 12. University of Lille, CHU-Lille, Clinical Investigation Center INSERM 1403

cecile_faure7@hotmail.com

INTRODUCTION

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est l'une des conséquences psychologiques les plus fréquentes chez les survivants d'un accident de la route. Il peut avoir des conséquences graves et durables sur la guérison s'il n'est pas traité. Les taux de prévalence du TSPT après un accident de la route varient de 6 à 45% dans 35 études récentes (Heron-Delaney et al., 2013).

En raison des difficultés de prédire qui va développer ou non un TSPT, nous avons créé un **outil de dépistage précoce utilisé par les infirmières, capable de déterminer les personnes à haut risque de stress post-traumatique dans l'année après un accident de la route.**

METHODOLOGIE

Cette étude longitudinale multicentrique, approuvée par le comité de protection des personnes (CPP 06/91), a évalué **274 patients**. S'appuyant sur la littérature et les connaissances cliniques, nous avons créé un questionnaire (DEPITAC) de 10 items posé par des infirmières de traumatologie aux patients hospitalisés dans les 14 jours suivant leur accident. Les personnes de moins de 18 ans, sans abri, présentant des lésions cérébrales, avec un coma de plus de 15 minutes ou sous tutelle ne pouvaient pas être incluses dans cette étude. La Post-traumatic Stress Disorder Checklist Scale (PCL-S) a été réalisée à la 8^{ème} semaine, 6 mois et 1 an après l'accident pour diagnostiquer le TSPT. La Peritraumatic Distress Inventory (PDI) a été utilisé comme référence et remplie en même temps que DEPITAC dans les unités de traumatologie participant à cette recherche. La corrélation entre la PDI et le DEPITAC a été évaluée à l'aide de la corrélation des coefficients de Spearman. Les comparaisons entre les centres sur le score DEPITAC ont été réalisées en utilisant un test de Kruskal-Wallis. Tous les items du score DEPITAC ont été inclus dans une analyse de régression logistique avec la valeur de P <0,20 utilisée comme seuil de rétention dans le modèle. La discrimination du modèle final a été évaluée en utilisant l'aire sous la courbe ROC et comparée au modèle complet (incluant tous les items du score DEPITAC) en utilisant l'approche non paramétrique de DeLong. Une autre analyse de régression logistique par palier a été réalisée en incluant les items du score DEPITAC sélectionnés par l'analyse multivariée précédente et les facteurs de confusion potentiels. L'étalonnage du modèle a été vérifié en utilisant le test de Hosmer et Lemeshow et nous avons déterminé la valeur de seuil optimale en maximisant l'indice de Youden. Les tests statistiques ont été effectués au niveau bilatéral α de 0,05. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SAS, version 9.4 (SAS Institute, Cary, NC).

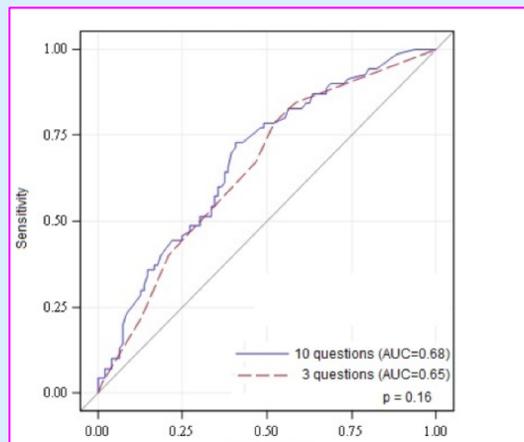


Fig1: ROC graphs and comparative test

	Odds-ratio	95%CI	P	Points
DEPQ6	2.77	1.35 ; 5.67	0.0055	1
DEPQ7	2.36	1.12 ; 5.01	0.0249	1
Gender (Girls vs Boys)	2.15	1.01 ; 4.55	0.0463	1
Children (No vs Yes)	2.52	1.22 ; 5.18	0.0121	1
Trauma score			0.0844	
≤ 4	1.00	Ref.		0
4-8	3.01	1.15 ; 7.90		1
> 8	2.38	0.98 ; 5.79		2

Fig. 2: Final Screening Tool (AUC = 0,74)

RESULTATS

- DEPITAC et PDI sont corrélés ($p < 0,001$) mais montrent une faible redondance ($r = 0,315$). DEPITAC est généralisable (pas d'effet centre $p > 0,05$).
- Le formulaire DEPITAC peut être simplifié à 3 questions significatives: Q3 (il y avait d'autres personnes blessées ou tuées dans l'accident), Q6 (dissociation: détachement / éloignement des autres ou amnésie de tout ou partie de l'accident) et Q7 (la personne s'est vue mourir) (Figure 1).
- Parmi les facteurs prédictifs du TSPT dans la littérature, seulement 6 ont été sélectionnés ($p < 0,20$): **sexe** ($p = 0,0106$), **avoir un enfant** ($p = 0,0175$), **type de véhicule** ($p = 0,0103$), **avoir eu un accident dans le passé** ($p = 0,1163$), **avoir pris de l'alcool au moment de l'accident** ($p = 0,0873$) et le **trauma score** ($p = 0,0052$).

L'outil de dépistage finalement obtenu en mélangeant C3, C6, C7 est résumé en figure 2. C3 n'est plus pertinent car il semble redondant.

L'aire sous la courbe du modèle final est de 0,75 [IC 95%, 0,67-0,82] et le test de Hosmer et Lemeshow n'est pas significatif (0,54), ce qui indique un bon étalonnage. Un score de risque simple est présenté à la figure 2.

Plus le score est élevé, plus le risque de TSPT est élevé (OR, 1,96; IC 95%, 1,46-2,62).

Nous déterminons une valeur seuil optimale de 3 points avec une sensibilité de 0,80 [IC 95%, 0,70-0,90] et une spécificité de 0,59 [IC 95%, 0,49-0,69].

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Cette forme expurgée de DEPITAC est plus facile pour l'usage quotidien des infirmières et révèle un fort pouvoir discriminant (ASC = 0,74) pour prédire les personnes qui développeront un TSPT dans l'année suivant un accident.

Chaque item présente un odd ratio élevé. La présence d'une **dissociation** (Q6) ou la perception d'une **menace vitale** (Q7) peuvent chacune multiplier le risque par 2 de développer un TSPT dans l'année post accident, contrairement au fait d'avoir un enfant (qui divise le risque par 2).

La présence d'un de ces éléments permet aux infirmières d'alerter rapidement les équipes psychiatriques pour dispenser rapidement les soins adéquats. Un travail futur sera effectué pour déterminer le cut-off de cette nouvelle échelle et une approche dimensionnelle est actuellement évaluée pour décrire les profils de patients cliniques à partir de ces critères.