REPUBLIQUE DU BENIN
*****
UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI
****
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE
****

Année 2023 **N° 2540**

PREVALENCE DE LA DEPRESSION CHEZ LES PATIENTS ACCIDENTES DE LA VOIE PUBLIQUE SUIVIS AU CNHU/HKM DE COTONOU DE 2022 à 2023

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par

Joël KPODANYESSI

Né le 27 Mai 1999 à Tori Bossito (République du Bénin)

DIRECTRICE DE THESE

Pr Josiane EZIN-HOUNGBE

CO-DIRECTEUR DE THESE

MA Guy-Gérard AZA-GNANDJI

PRESIDENTE DU JURY

Pr Josiane EZIN-HOUNGBE

MEMBRES DU JURY

MCA Pascal CHIGBLO

MCA Josef AKODJENOU

MCA Elvire KLIKPO

Année académique 2021-2022

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1200 /2022/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2022

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2022-2023 (version novembre 2022)

Scanné avec CamScanner

PROFESSEURS TITULAIRES

1. Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
2. Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
4. Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
5. Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
6. Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
7. Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
8. Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
9. Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
10. Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
11. Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
12. Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
13. Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
14. Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
15. Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
16. Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
17. Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
18. Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
19. Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
20. Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
21. Dr FIOSSI KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
22. Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
23. Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
24. Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
25. Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
26. Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
27. Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
28. ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
29. Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique
30. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
31. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
32. Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
33. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
34. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Scanné avec CamScanner

35. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
36. Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida..	Imagerie Médicale
37. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
38. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
39. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
40. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
41. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
42. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
43. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
44. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
5. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
6. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
7. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
8. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
9. Dr GANFON M. Yowel Habib.....	Pharmacognosie
10. Dr KEREKOU Annelie Célestine.....	Endocrinologie
11. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
12. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
13. Dr CODJO Houétondji Léopold.....	Cardiologie
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
16. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
17. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
18. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
19. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
20. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
21. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
22. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
23. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Scanné avec CamScanner

24. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
26. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
27. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
28. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
29. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
31. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
32. Dr LAWANI Ismaïl.....	Chirurgie Viscérale
33. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
34. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
35. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
36. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
37. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
38. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
39. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud.....	Cardiologie
40. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
41. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
42. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
43. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr DJOSSOU Médesse David.....	Odontologie Pédiatrique
4. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
5. Dr AMOSSOU Labissi François.....	Traumatologie-Orthopédie
6. Dr BADOU Agnès Oladoun	Sociologie et Anthropologie sociale
7. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
8. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose...	Gynécologie-Obstétrique
9. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis.....	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
10. Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
11. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
12. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
13. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation

Scanné avec CamScanner

14. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
15. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
16. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
17. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
18. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
19. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition
20. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
21. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
22. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
23. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie
24. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
25. Dr SOSSA Jean	Urologie

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien Kossi.....	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
5. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
6. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
7. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
8. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
9. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin.....	Neurologie

Le Doyen,

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

Scanné avec CamScanner

ACTION DE GRACE

ACTION DE GRACE

Psaumes 21 : 1-3 LSG

L'Eternel est mon berger je ne manquerai de rien

Il me fait reposer dans de verts pâturages

Il me dirige près des eaux paisibles

Il restaure mon âme

Il me conduit dans les sentiers de la justice à cause de son nom.

DEDICACES

DEDICACES

A mon père, feu Julien Codjo KPODANYESSI

Tu es parti très tôt mais je reste persuadé de ce si grand amour que tu portes à tes enfants. Infirmier d'Etat que tu fus, je suis fier d'embrasser ce domaine de la santé que tu aimes tant, et j'espère sincèrement que tu seras fier. Puisse Dieu t'accorder encore un repos éternel et t'accueillir dans son humble demeure.

Je t'aime Papa !

A ma mère, feu Léocardie DAVID-GNANHOUI

Une simple dédicace ne suffit pas pour te témoigner toute ma gratitude. Merci de m'avoir donné la vie et d'avoir pris soin de moi. Les mots me manquent pour te remercier pour cet amour si fort que tu portes à tes enfants et à moi particulièrement. Tu n'es malheureusement plus là aujourd'hui mais, du haut des cieux, j'ose croire que tu es fière et que tu te réjouis avec moi.

Je t'aime Maman !

A ma maman, Michelle Marie M. P. ANANI

Quoi que je fasse ou que je dise, je ne saurai te remercier à la juste valeur de tes mérites. Ton affection me recouvre, ta bienveillance me guide et ta présence à mes côtés a toujours été ma source de force pour affronter les différents obstacles sur ce long parcours. Que l'Eternel tout puissant te garde encore près de moi, dans la santé, la joie, le sourire et que ce travail te rende fière, MA REINE.

Je t'aime Maman !

A ma bien-aimée, **Christelle SALANON**

Merci pour ta présence, tu as été d'un soutien physique, moral et spirituel qui ne dit pas son nom. Puisse Dieu nous accorder de relever les défis qui nous attendent ensemble.

Profonde Gratitude !

A mes frères et sœurs de l'orphelinat « la Fontaine Divine » et **mes frères et sœurs utérins.**

Vous savez tout l'amour que je vous porte. Vous aviez été toujours là pour moi en me remettant sur le droit chemin au bon moment et en étant mes modèles. Je vous dédie également ce travail et j'espère vous rendre fiers. Que l'Eternel Dieu nous fortifie et nous garde.

Amour fraternel !

A mes confrères **Prudence AVAHOUNDJE** et **Paul BARA**

La force de ce qui nous lie à travers toutes ces années est indescriptible. Vous avez été des amis, des frères. Ensemble nous avons traversé joie, succès, chutes, mais c'est en nous soutenant les uns et les autres que nous pouvons être fiers aujourd'hui d'être au pas de la porte. Recevez en ce travail ma gratitude et ma reconnaissance.

Puisse l'Eternel renforcer nos liens !

A mes **amis de la 44e promotion**,

Pour tout ce que nous avons traversé ensemble, retrouvez en ce travail la reconnaissance de votre présence à mes côtés. Puissions-nous nous retrouver pour célébrer de plus grands succès.

Merci pour votre présence !

A tous mes collègues de la 44è promotion

Je vous porte tous dans mon cœur et dans mes pensées. Nous avions su tenir malgré toutes les difficultés. Que le Seigneur nous accorde de réaliser de plus grandes choses dans nos carrières respectives pour le bien-être de notre Pays le Bénin.

Brillante carrière à tous !

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Au couple BADA et spécialement maman Clémentine ADAMA

Véritable Mère, merci infiniment pour tout le soutien. Merci pour m'avoir accompagné dans la réalisation de ce travail ainsi que pour vos précieux conseils. Que Dieu vous comble de ses grâces.

Au personnel de la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences (CUAU) et de la Clinique Universitaire de Traumatologie-Orthopédie et de Chirurgie Réparatrice (CUTO-CR)

Merci d'avoir accepté m'accueillir pour cette étude et m'avoir accompagné dans sa réalisation.

Aux membres du Groupe 3 de stage d'internat de la 44è promotion.

Merci pour ces beaux moments passés ensemble. Merci pour votre aide et votre sympathie. Fructueuse carrière à vous.

Au Père Apollinaire ASSOGBA

Merci pour vos prières et soutiens divers. Puisse Dieu vous bénir d'avantage.

A tous mes frères et sœurs Samuel, Régis, Cécile, Estelle et au couple AGUIDISSOU

Vous m'avez accepté et traité comme un frère. Merci pour tout.

Aux membres de l'association « African Foot ».

Les mots ne suffisent pas pour vous témoigner toute ma gratitude, merci pour votre accompagnement infaillible et votre dévouement inestimable à nous forger un avenir. Que le seigneur vous comble.

A tous mes collègues de la 44è promotion.

Puissions-nous trouver la mission qui est la nôtre afin de la remplir comme il se doit.

Un sincère remerciement à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette thèse. Recevez en ces mots ma profonde gratitude.

HOMMAGES

HOMMAGES

A nos Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou

Pour la qualité de l'enseignement reçu, recevez nos sincères remerciements. Merci d'avoir semé en nous le goût du travail bien fait et l'esprit de sacrifice.

Hommages respectueux.

A notre Maître et Directrice de thèse, Professeur Josiane EZIN-HOUNGBE

Votre humilité, votre simplicité, votre facilité d'abord et votre instinct maternel force l'admiration. Ces moments que nous avons eu le privilège de passer à vos côtés nous ont permis de découvrir vos qualités humaines, d'enseignante et votre dévouement à Dieu. Malgré votre rigueur vous êtes un modèle pour tant d'étudiants de la faculté; nous n'en faisons pas exception.

Hommages respectueux !

A notre Co-directeur de thèse, Docteur Guy-Gérard AZA-GNANDJI

Cher maître, c'est un honneur d'avoir été encadré par vous. Votre humilité et calme légendaire, votre disponibilité, votre passion pour votre profession et votre implication sans faille force le respect. Des caractères qui cachent mal une science et une intelligence hors du commun. Votre détermination pour le travail bien fait et soigné fait de vous un enseignant de haute distinction. Toute votre personnalité suscite l'admiration.

Profonde gratitude !

• Au Président du Jury,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce travail. Nous sommes convaincus que tous les éclaircissements et les recommandations que vous apporterez à ce travail nous permettront de le rendre meilleur.

Recevez ici l'expression de notre grande considération.

• Aux Membres du Jury

C'est un grand honneur que vous nous faites en sacrifiant de votre précieux temps pour apprécier ce travail. Vos compétences scientifiques nous aideront certainement à améliorer ce travail.

Veuillez trouver en ces quelques mots, l'expression de nos sincères remerciements.

PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE N'ENGAGENT QUE SON AUTEUR

LISTES DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

APA **:** American Psychiatric Association

BDNF **:** Brain-Derived Neurotrophic factor

CES-D **:** Center for Epidemiologic Studies Depression

CNHU-HKM **:** Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga

CRH **:** corticotropin Releasing hormone

CUAU **:** Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences

CUTO-CR **:** Clinique Universitaire de Traumatologie-Orthopédie et de Chirurgie Réparatrice

DSM-IV-TR **:** Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – Fourth Edition-Text Revised

DT2 **:** Diabète de type 2

ECT **:** Electro-convulsivothérapie

EDM **:** Episode Dépressif Majeur

Ex **:** Exemple

GBDS **:** Global Burden of Disease Study

GWAS **:** Genome- Wide Association Studies

HAM-D **:** The Hamilton scale of depression

HTA **:** Hypertension artérielle

IMO **:** Inhibiteur de la Monoamine Oxydase

IRSNa **:** Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

LCR **:** Liquide Céphalo-Rachidien

OMS **:** Organisation Mondiale de la Santé

PHQ-9 **:** Patient Health Quiz-9

TCC **:** Thérapie cognitivo-comportementale

UGD **:** Ulcère gastroduodénal

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Modèle de développement de la dépression basé sur les gènes anormaux 10

Figure 2: Anomalies neurobiologiques de la dépression majeure 14

Figure 3: Répartition des patients en fonction des jours de la semaine et du moment de la journée 52

Figure 4: Répartition des patients selon les modalités de l'accident 53

Figure 5: Répartition des patients selon les antécédents médicaux..... 54

Figure 6: Répartition des patients selon le siège de la lésion..... 55

Figure 7: Répartition des patients selon les lésions rencontrées 56

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Score de Glasgow 28

Tableau II: Répartition des patients selon les données sociodémographiques. 50

Tableau III: Répartition des patients selon la nature de la prise en charge 56

Tableau IV: Répartition des patients en fonction de la prise en charge opératoire et la survenue de complications en cours d'hospitalisation 57

Tableau V: Répartition des patients en fonction de l'intensité de la dépression. 58

Tableau VI: Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge et la présence de dépression 59

Tableau VII: Répartition des patients selon les antécédents médicaux et la présence de la dépression 60

Tableau VIII: Répartition des patients en fonction des difficultés à honorer les soins et la présence de la dépression 61

Tableau IX: Répartition des patients selon l'intensité de la douleur et la dépression 61

Tableau X: Répartition des patients selon l'atteinte des membres pelviens et la présence de la dépression 62

Tableau XI: Répartition des patients selon la présence d'une fracture et la présence de la douleur 62

Tableau XII: Répartition des patients selon le niveau d'autonomie et la présence de la dépression 63

Tableau XIII: Répartition des patients selon la prise en charge opératoire et la présence de la dépression. 63

Tableau XIV : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et la présence de la dépression 64

Tableau XV: Répartition des patients selon l'apparition de complication en cours d'hospitalisation et la présence de la dépression 65
Tableau XVI: Répartition des patients selon la présence de traumatisme cranio-encéphalique et la présence de la dépression..... 65
Tableau XVII: Tableau récapitulatif des facteurs associés à la dépression. 66

SOMMAIRE

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTION…….....1

1- GENERALITES……..…5

2- CADRE ET METHODE D'ETUDE ……....25

3- RESULTATS…….…….....36

4- DISCUSSION…….…….....54

CONCLUSION……..……..64

SUGGESTIONS……..…66

REFERENCES……..…69

ANNEXES……..…79

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La dépression est considérée par l'OMS comme un des premiers fléaux dans les sociétés modernes avec des conséquences économiques considérables [1]. Sa fréquence dans les sociétés occidentales est en augmentation depuis quelques années ce qui préoccupe les institutions internationales. L'OMS fait état de 350 millions de personnes de par le monde, soit 5% de la population mondiale, touchée par cette affection, un chiffre qui n'a cessé d'augmenter [2]. Les Nations Unies ont signalé en 2017 que le trouble dépressif majeur était la première cause d'incapacité dans le monde [3]. La dépression est responsable chaque année de plus de 800 000 de décès par suicide [4]. Ces chiffres sont encore plus importants en raison de la pandémie de Covid-19. Depuis le début cette pandémie de Covid-19, de nombreuses études à l'échelle mondiale ont fait état d'une détérioration de la santé mentale. Après être demeurée stable pendant 20 ans, la prévalence de la dépression chez les canadiens a considérablement augmenté depuis le début de la pandémie de Covid-19. [5]

Des groupes de recherche de l'université d'Anvers ont constaté une forte association entre les symptômes dépressifs et les facteurs liés au confinement chez les étudiants belges [6]. Ainsi les mesures anti-coronavirus rendent aujourd'hui 24% des êtres humains sur terre dépressifs d'après Joao Castaldelli-Maia et ses collègues de l'université Columbia à New York [7]. Au cours de la première année de la pandémie de Covid-19, la prévalence mondiale de l'anxiété et de la dépression a augmenté de 25%, rapporte l'OMS [8].

L'association d'une pathologie somatique et d'un trouble dépressif n'est pas rare [9]. Les enquêtes réalisées en population générale, comme les études cliniques effectuées auprès des patients déprimés ou souffrant d'une affection

organique, témoignent du fait que, dépression et pathologies somatiques se trouvent plus souvent associées que ne le voudrait le hasard [10]. Les troubles dépressifs, dont la dépression caractérisée, sont 2 à 4 fois plus fréquents chez les personnes souffrant d'une pathologie somatique chronique, que dans la population générale. La dépression caractérisée est certainement d'origine multifactorielle et la multiplicité de ces mécanismes explique en partie les difficultés diagnostiques qu'elle pose. La dépression est en effet sous diagnostiquée chez les personnes souffrant de maladies somatiques [11]. Cette comorbidité est fréquemment méconnue en pratique clinique, souvent du fait d'une attention sélectivement concentrée sur la pathologie ayant motivée la prise en charge, mais aussi en raison des difficultés diagnostiques liées à l'intrication des troubles. Une meilleure connaissance de ces intrications est toutefois indispensable, non seulement pour permettre le traitement de la pathologie associée, mais également pour réduire l'impact négatif de cette dernière sur le diagnostic et l'évolution de l'affection primitivement reconnue [10].

Il existe un lien connu entre les traumatismes physiques et l'incapacité et la détresse émotionnelle. Plusieurs chercheurs ont montré une relation entre les traumatismes, la dépression et les mauvais résultats. La littérature sur les traumatismes et la dépression est limitée en ce qui concerne la clarification de la relation entre le degré de traumatisme et la dépression, ainsi que la relation entre la fonction physique des patients présentant des traumatismes moins graves et la dépression. Cependant la prévalence de la dépression cliniquement pertinente a approché les 45% dans une cohorte diversifiée de patients traumatisés orthopédiques [12].

Ce travail nous permettra à terme, de dépister de façon précoce la dépression chez les patients accidentés afin de suggérer une prise en charge adéquate et d'améliorer le protocole sur la prise en charge des patients accidentés de la voie publique.

Nos hypothèses de recherche ont été :

1) La prévalence de la dépression chez les patients accidentés est plus élevée que dans la population générale au Bénin.
2) Plusieurs facteurs tels que la gravité des lésions traumatiques, le niveau socioéconomique, le traumatisme cérébral, l'amputation, la périodicité, la durée de la convalescence et la prise en charge opératoire y sont associés.
3) Plus grave est le traumatisme et plus sévère sera la dépression.

Les objectifs visés par cette étude sont :

- **Objectif général :**

Déterminer la prévalence et les facteurs associés à la dépression chez les patients accidentés de la voie publique suivis au CNHU/HKM.

- **Spécifiques :**

- Déterminer la prévalence de la dépression chez les patients accidentés de la voie publique ;
- Identifier les facteurs associés à la survenue de la dépression chez les patients accidentés de la voie publique
- Déterminer les liens relationnels entre le niveau de handicap et la survenue de la dépression

1- GENERALITES

1. GENERALITES

1.1 LA DEPRESSION

1.1.1 Définition

Selon AKOUSSAN, l'OMS définit la dépression comme un trouble de l'humeur qui va dans le sens d'une tristesse de plus de quinze jours [13]. Elle se caractérise par une tristesse persistante et un manque d'intérêt ou de plaisir pour des activités auparavant enrichissantes ou agréables [14].

Selon le dictionnaire de psychiatrie et de pathologie clinique, la dépression est « une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur ». [15]. Pour NACHT et RACAMIER, il s'agit d' « un état pathologique de souffrance psychique et de culpabilité consciente, accompagné d'un abaissement marqué du sentiment de valeur personnelle et d'une diminution non déficitaire de l'activité mentale, psychomotrice et même organique » [4].

Le DSM-IV-TR (Manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux quatrième édition, texte révisé) de la société américaine de psychiatrie utilise la terminologie de trouble dépressif majeur et le DSM-5 celui de trouble dépressif caractérisé en lieu et place de la dépression.

Selon le DSM-IV-TR, le trouble dépressif majeur ou dépression est un trouble de l'humeur qui se caractérise par une évolution clinique consistant en un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, sans antécédent d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque ; l'épisode dépressif majeur étant caractérisé par une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités persistant au moins deux semaines associée à au moins quatre autres symptômes de dépression(changement de l'appétit, les idées de dévalorisations ou de culpabilité, difficultés à penser, les idées suicidaires ….) [16].

1.1.2 EPIDEMIOLOGIE

Selon GBADAMOSSI et al, l'OMS prévoit que la dépression majeure sera la principale cause de maladie mentale d'ici 2030 [17]. Une étude récente réaliser en 2018 incluant plus d'un million de sujets en Afrique, Asie, Australie, Amérique du Nord et du Sud et en Europe a calculée la prévalence de la dépression en agrégeant les données recueillies entre 1994 et 2014. Selon cette étude la prévalence ponctuelle était donnée à 12,9%, la prévalence sur un an à 7,2% et la prévalence sur la vie entière à 10,8% [18]. Lorsque nous considérons le statut économique des pays, la prévalence moyenne pondérée sur un an pour les dix pays à revenu élevé est de 5,5% et celle des huit pays à revenu faible est de 5,9% [19]. Les recherches épidémiologiques prouvent que la prévalence du trouble dépressif caractérisé est significativement plus élevée chez la femme que chez l'homme le sexe ratio est deux femmes pour un homme (0,5). [20] La prévalence ponctuelle chez les femmes passait de 14,4% à 15,4% dans les pays avec un indice de développement humain moins élevé (29,2%) dans les études publiées entre 2004 et 2014 [18].

Un adapté de l'étude Global Burden of Disease Study 2015 de l'OMS évalue le taux de dépression dans les régions désignées de l'OMS. Selon cette étude, les pays de la région Afrique de l'OMS, qui représentent les pays de l'Afrique sub-saharienne ont un taux de dépression de 4,1+/- 0,05%, en Amérique 4,8 +/- 0,09% et la région européenne 4,9 +/- 0,1% [21].

L'association d'une pathologie somatique et d'un trouble dépressif concerne 25% de la population hospitalisée en hôpital général [9]. La prévalence de l'épisode dépressif majeur sur un an était en moyenne de 3,2% chez les participants sans maladie physique co-morbide et de 9,3% à 23% chez les participants souffrant de maladies chroniques selon Moussavi et al dans l'enquête mondiale sur la santé de l'OMS dans 60 pays [22].

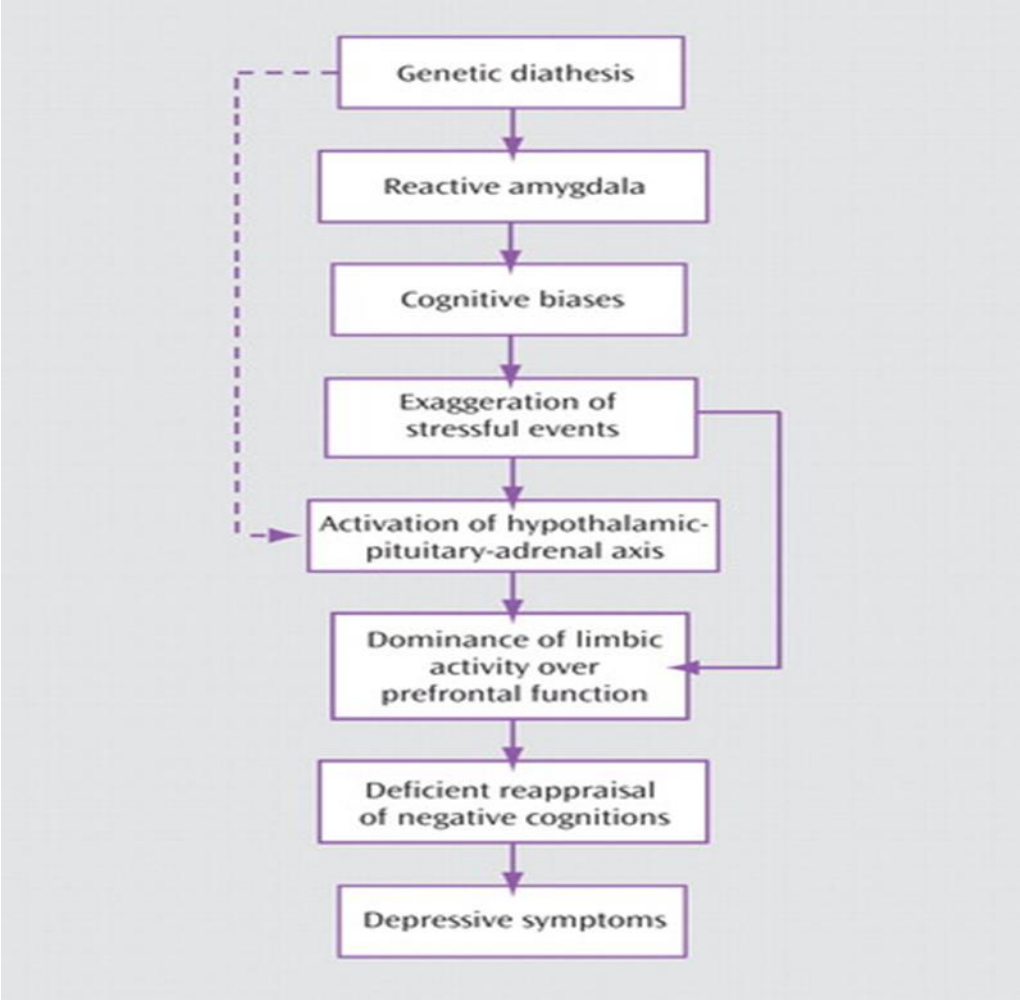
1.1.3 ETIOPATHOGENIE

La survenue d'un trouble dépressif caractérisé est d'origine multifactorielle dont les facteurs génétiques, environnementaux et neurobiologiques. Cependant toutes les personnes exposées à ces différents facteurs ne développent pas forcément la maladie. En plus certaines personnes peuvent faire une dépression sans motif apparent. Il existe donc une susceptibilité individuelle à la dépression sous-tendue par ces différents facteurs.

1.1.3.1 Les facteurs génétiques et environnementaux

Le risque de dépression caractérisé est à la fois génétique et environnemental. Il a été proposé que les mécanismes épigénétiques pourraient médier les augmentations durables du risque de dépression suite à une exposition des évènements indésirables de la vie et fournir un cadre mécaniste dans lequel les facteurs génétiques et environnementaux peuvent être intégrés. Il est bien établi que le risque de troubles dépressifs caractérisés est partiellement médié par des facteurs génétiques. Une étude de jumeaux dans une population suédoise a estimé l'héritabilité du trouble dépressif caractérisé à environ 37%. Au cours des dernières années, les progrès technologiques réalisés dans le génotypage à haut débit ont permis aux chercheurs d'aller au-delà des études d'héritabilité familiale du trouble dépressif majeur pour identifier des locus de susceptibilité associés à la maladie à l'aide d'étude d'association à échelle du génome (GWAS). Ce qui ressort clairement de ces études, c'est que le trouble dépressif caractérisé est un trouble polygénique, avec plusieurs locus identifiés mais chacun avec un petit effet. Les estimations d'héritabilité sont inférieures à celles d'autres troubles neuropsychiatriques tels que la schizophrénie, la bipolarité (tous entres 75% et 80%). Cela suggère que d'autres facteurs jouent un rôle dans la médiation du risque du trouble dépressif caractérisé. En effet, il est bien établi que les facteurs environnementaux en particulier le stress et l'exposition à des évènements de vie défavorables contribuent au risque [23].

Les avancées technologiques spectaculaires en génétique et en neuro imagerie fonctionnelle ont permis aux chercheurs de démontrer que les variations génétiques et leur impact sur le fonctionnement neuronal jouent un rôle majeur dans l'hyperactivité aux expériences négatives conduisant à la dépression. Un certain nombre d'études ont fourni une structure pour comprendre les relations entre les évènements de la vie, la dérégulation neuronale, les processus cognitifs et la dépression. Comme citer par BECK, selon Caspi et al, les personnes possédant une ou deux copies de la variante courte du gène 5-HTTLPR (transporteur de la sérotonine) qui n'est pas transcriptionnellement aussi efficace que la forme longue, ont connu des niveaux plus élevés de dépression. Kilpatrick et al ont constaté que les porteurs de la variante à faible expression du polymorphisme 5-HTTLPR forme courte étaient susceptibles de développer une dépression majeure et un trouble de stress post-traumatique post-catastrophe dans les conditions de forte exposition aux ouragans et de faible soutien social. Kaufman et al ont également des preuves que le soutien social protège contre les réactions dépressives aux expériences stressantes chez les personnes génétiquement vulnérables. Hyden et al ont découvert que les enfants non déprimés homozygotes pour l'allèle court présentaient un traitement négatif plus important lors d'une tâche d'encodage autoréférentiel suite à une induction d'humeur négative que les enfants avec d'autres génétiques. Ainsi l'accumulation de preuves suggère que la prédisposition génétique à la dépression est associée à des biais dans le traitement de l'information. Gotlib et ses al ont découvert que les porteurs du gène transporteur de la sérotonine sous forme courte (5-HTTLPR), présente une réponse élevée au cortisol, des biais cognitifs et une activation de l'amygdale lors d'une procédure de réparation de l'humeur [24].



Source : BECK AT congnitive therapy and the emotional disorders. New York, Meridian 1976 [Google scholar].

Figure 1: Modèle de développement de la dépression basé sur les gènes anormaux

Le polymorphisme 5-HTTLPR conduit à une réactivité excessive de l'amygdale. La réactivité limbique accrue aux évènements émotionnels significatifs déclenche le déploiement des ressources attentionnelles accrues pour de tels évènements, se manifestant par un biais attentionnel négatif et un rappel (réactivité cognitive). La concentration sélective sur les aspects négatifs de l'expérience entraine des distorsions cognitives familières telles que l'exagération, la personnalisation et la généralisation excessive et, par conséquent dans la formation d'attitudes dysfonctionnelles concernant l'adéquation personnelle, l'acceptabilité et la valeur. Les réitérations fréquentes des

interprétations négatives façonnent le contenu des schémas cognitifs. Parallèlement, les interprétations négatives de l'expérience ont un impact sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et déclenche le cycle impliquant le système sérotoninergique sur-réactif et conduisant par conséquent à la dépression [24].

1.1.3.2 Facteurs neurobiologiques

Le rôle majeur des monoamines dans les désordres affectifs a été clairement démontré au cours des dernières décennies. En particulier la sérotonine occupe une position clé dans la physiopathologie et le traitement de la dépression, et un des effets les plus reproductibles de l'administration chroniques des antidépresseurs se traduit par l'augmentation du tonus sérotoninergique cérébral. Néanmoins, la participation d'autres systèmes dans l'initiation des épisodes dépressifs est étayée par de nouvelles données [25].

Des altérations de la fonction noradrénergique et sérotoninergique dans le cerveau ont été impliquées dans la physiopathologie de la dépression bien que les dysfonctionnements au sein des neurotransmetteurs monoaminergiques ne soient pas susceptibles de jouer un rôle primordial dans la physiopathologie de la dépression ; mais représentent plutôt les effets en aval d'autres anomalies plus primaires. Etant donné que la déplétion des catécholamines ou de la sérotonine induit des symptômes dépressifs significatifs chez les sujets déprimés en rémission, les réactions dépressives en réponse à la baisse des neurotransmetteurs monoamines du cerveau ont été proposées comme marqueur de vulnérabilité endo phénotypique de la dépression majeure. [26]

- **Sérotonine**

La dépression majeure a été associée à une fonction anormalement réduite des systèmes sérotoninergiques centraux par de nombreuses preuves issues d'études biochimiques, de provocation, d'imagerie et post-mortem. Une déplétion aigue sévère en sérotonine entraine des changements biologiques associés au trouble

dépressif majeur, notamment des niveaux accrus d'ARNm du transporteur de noradrénaline et des niveaux réduits d'ARNm du transporteur de la sérotonine, une augmentation du site de liaison MR et l'expression du gène BDNF altérée dans le gyrus denté. [26]

- **Noradrénaline/Dopamine**

Le trouble dépressif majeur est associé à un dysfonctionnement noradrénergique et dopaminergique. Les découvertes impliquant un dysfonctionnement catécholaminergique dans la physiopathologie de la dépression comprennent des études sur la synthèse et le stockage des neurotransmetteurs, montrant que la réduction des réserves de catécholamines entraine une exacerbation des symptômes dépressifs. [26]

- **Cortisol**

La régulation par rétroaction négative de l'axe hypothalomohypophyso-surrénalien se produit via un système à double récepteur de MR (monoamies) et des récepteurs de glucocorticoïdes (GR). La diminution de la fonction des récepteurs GR limbiques et l'activité fonctionnelle accrue du système RM suggèrent un déséquilibre du rapport MR/GR dans les conditions liées au stress telles que le trouble dépressif majeur. Les éventuelles propriétés antidépressives des antagonistes des GR apparaissent compatibles avec l'hypothèse des récepteurs corticoïdes. [26]

- **Hormone libérant la corticotropine**

Les preuves de la spécificité et de la plausibilité clinique et biologique des endophénotypes liés aux dysfonctionnements du système CRH hypothalamique et extra-hypothalamique pour le trouble dépressif majeur sont abondantes : les niveaux de CRH et de LCR sont élevés chez certains sujets déprimés, tandis que la réponse de hypophysaire de CRH semble appropriée étant donné les niveaux élevés de cortisol; le nombre de neurones sécréteurs de CRH et le nombre de site

de liaison de CRH dans les régions limbiques du cerveau est augmenté. La CRH produit un certain nombre d'altérations physiologiques et comportementales qui ressemblent aux symptômes de la dépression majeure, notamment une diminution de l'appétit, des troubles du sommeil, une diminution de la libido et des altérations psychomotrices; et les scores d'anxiété et de dépression ont été réduits après le blocage des récepteurs CRH-. [26]

- **Facteurs neurotrophiques**

Les déficits cognitifs importants et les changements volumétriques cérébraux dans la dépression donnent du poids supplémentaire à l'affirmation selon laquelle les troubles graves de l'humeur résultent, au moins en partie, d'altération de la plasticité et de la résilience cellulaire. Les facteurs neurotropiques endogènes tels que le BDNF sont nécessaires à la croissance, à la survie et au fonctionnement des neurones. Ils augmentent la survie cellulaire en fournissant le soutien trophique nécessaire à la croissance, et également en exerçant des effets inhibiteurs sur les cascades de mort cellulaire. De nouvelles preuves, principalement issues d'étude post-mortem, soutiennent le rôle des anomalies des voies de signalisation neurotrophique dans la dépression. Des niveaux réduits de CREB, de BDNF et du récepteur TrkB ont été signalés chez les victimes de suicide [26].

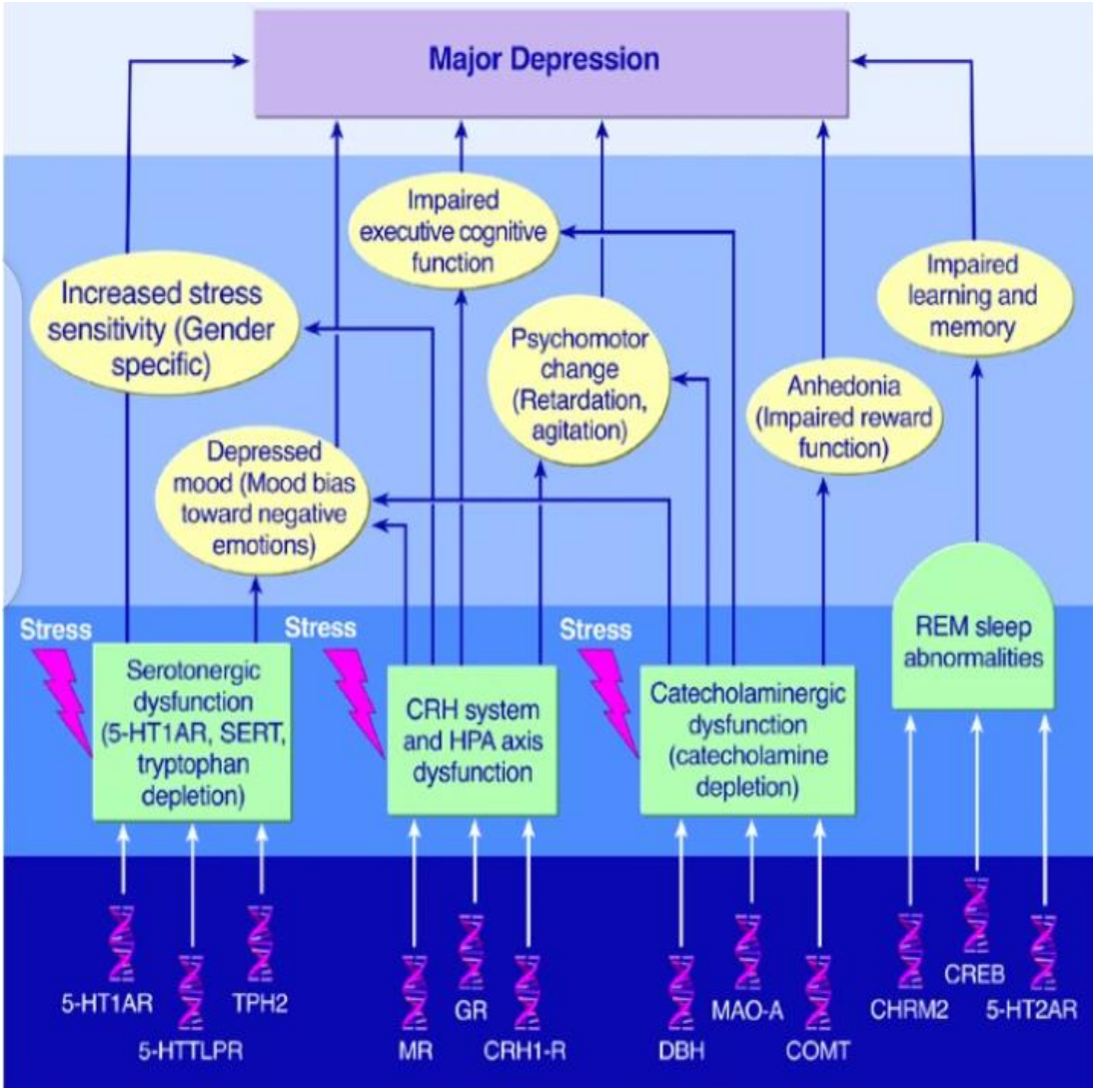


Figure 2: Anomalies neurobiologiques de la dépression majeure [26]

1.1.3.3 Facteurs liés à la pathologie et à l'hospitalisation

Plusieurs études indiquent une relation entre la dépression, l'anxiété, la douleur et l'hospitalisation. Une étude réalisée chez 327 patients hospitalisés non psychiatriques souffrant de diverses pathologies (maladie neurovasculaire, maladie médicale chronique, un cancer, une maladie infectieuse, une maladie cardiovasculaire, une chirurgie orthopédique et une chirurgie générale) dans le

service de médecine ont révélé que les niveaux de dépression étaient plus élevés chez les patients cardiovasculaires et chroniques. [27].

Une autre étude réalisée chez 98 patients hospitalisés en médecine et en chirurgie interrogés vingt-quatre à soixante-douze heures avant leur sortie montrait que les patients anxieux et déprimés présentaient le plus souvent les caractéristiques suivantes : âge avancé, race noire, classe socio-économique inférieure, hospitalisation antérieure récente et état fonctionnel altéré avant admission [28].

1.1.4 DIAGNOSTIC

1.1.4.1 Diagnostic positif

Le diagnostic positif des troubles dépressifs caractérisés est basé sur les critères diagnostiques énoncés par le DSM-5

A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p.ex. pleure). (N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.)

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue.)

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (ne pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

N.B. : Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé.

N.B. : Les réponses à une perte significative(p.ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie,

une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

N.B. : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale. [29]

1.1.4.2 Echelles d'évaluation

Une échelle d'évaluation clinique est une formalisation standardisée de l'évaluation d'une ou de plusieurs caractéristiques non mesurables directement, au moyen d'indicateurs ou items mesurables directement, permettant d'attribuer en fonction des règles logiques une ou plusieurs valeurs numériques à la caractéristique étudiée. [4]

Dans le cas de la dépression, plusieurs échelles sont utilisées. Il s'agit principalement :

- Du questionnaire sur la santé du patient (Patient Health Quiz ou PHQ-9)
- De l'échelle de dépression de Hamiton
- De l'inventaire de dépression de Beck

- De l'échelle de dépression de Montgomry et Asberg
- De l'échelle de dépression de Zung
- De l'entretien neuropsychiatrique international

1.1.4.3 Diagnostic différentiel

- **Épisodes maniaques avec humeur irritable ou épisodes mixtes**

Les épisodes dépressifs caractérisés avec humeur irritable au premier plan peuvent être difficiles à distinguer des épisodes maniaques avec humeur irritable ou des épisodes mixtes. Cette distinction nécessite une évaluation clinique soigneuse de la présence de symptômes maniaques. [29]

- **Trouble de l'humeur dû à une autre affection médicale**

Un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé est approprié si la perturbation de l'humeur n'est pas jugée, sur la base des antécédents personnels, de l'examen physique et des examens paracliniques, être une conséquence physiopathologique directe d'une affection médicale spécifique (p. ex. sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral, hypothyroïdie). Trouble dépressif ou bipolaire induit par une substance ou un médicament. Ce trouble se distingue du trouble dépressif caractérisé par le fait qu'une substance (p. ex. une substance addictogène, un médicament, une substance toxique) apparaît étiologiquement liée à la perturbation thymique. Par exemple, un épisode dépressif survenant uniquement dans un contexte de sevrage de la cocaïne serait diagnostiqué comme trouble dépressif induit par la cocaïne. [29]

- **Déficit de l'attention/hyperactivité**

Une distractibilité et un seuil bas de tolérance à la frustration peuvent survenir à la fois au cours d'un déficit de l'attention/hyperactivité et d'un épisode dépressif caractérisé ; si les critères des deux troubles sont remplis, un déficit de l'attention/hyperactivité peut être diagnostiqué en plus du trouble de l'humeur. Le

clinicien doit cependant faire attention à ne pas faire un diagnostic excessif d'épisode dépressif caractérisé chez des enfants présentant un déficit de l'attention/hyperactivité dont l'humeur est caractérisée par une irritabilité plutôt que par une tristesse ou une perte d'intérêt [29].

- **Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive**

Un épisode dépressif caractérisé qui survient en réponse à un facteur de stress psychosocial se distingue d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive par le fait que tous les critères de l'épisode dépressif caractérisé ne sont pas remplis dans le trouble de l'adaptation [29].

- **Tristesse**

Finalement, des périodes de tristesse font partie de l'expérience humaine. Ces périodes ne doivent pas être diagnostiquées comme des épisodes dépressifs caractérisés, à moins que les critères de sévérité (C.-à-D. cinq parmi neuf symptômes), de durée (C.-à-D. quasiment toute la journée, presque tous les jours, pendant au moins 2 semaines) et de détresse cliniquement significative ou d'altération du fonctionnement, ne soient remplis. Un diagnostic « autre trouble dépressif spécifié » peut être approprié pour les sujets présentant une humeur dépressive avec altération clinique significative qui ne remplissent pas les critères de durée ou de sévérité. [29]

1.1.5 TRAITEMENT

L'objectif du traitement de la dépression est la guérison à savoir la disparition complète et durable du syndrome dépressif. Les bénéfices attendus sont la réduction de la durée de l'épisode et l'absence de complications ainsi que la prévention des récidives ultérieures. Pour cela il existe plusieurs moyens thérapeutiques dont le traitement médicamenteux avec les antidépresseurs, la

chimiothérapie adjuvante, la psychothérapie et l'électro-convulsivothérapie [4 ; 20]. La prise en charge de la dépression de manière collaboratrice est efficace pour soigner un grand nombre de patients traités en soins primaire atteints de dépression Co morbide de pathologies chroniques [30].

1.1.5.1 Les antidépresseurs

Les antidépresseurs appartiennent à cinq familles. Il s'agit:

- Les antidépresseurs tricycliques et de leurs dérivés
- Les antidépresseurs inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)
- Les antidépresseurs non IMAO et non tricycliques
- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) [4].

Ils sont indiqués dans les dépressions modérées à sévères. En première intention un ISRS augmenté progressivement à la posologie efficace en fonction de la tolérance. Leur efficacité n'est pas immédiate. Leur délai d'action est de plusieurs semaines et doit être donné au patient [31]. Un premier traitement d'antidépresseur est efficace dans 40% des cas. L'évaluation de la réponse au traitement nécessite deux semaines de traitement à des doses efficaces. En cas d'échec de 2 voire 3 séquences thérapeutiques successives, les chances de succès avec un nouveau traitement chute de 13%. [4]

1.1.5.2 Les psychostimulants

Les psychostimulants augmentent la vigilance et ont des propriétés euphorisantes qui ont prétendu leur utilité dans le traitement des troubles dépressifs dès les années 1930. La littérature actuellement disponible considère les psychostimulants, et notamment la méthylphénidate, comme un traitement approprié dans certains types de dépression ; essentiellement les cas de résistance

pharmacologique ; lorsqu'il existe une maladie physique associée ou lorsqu'une efficacité est nécessaire à court terme ; notamment chez le sujet âgé. Les psychostimulants sont des molécules relativement mieux tolérées que les antidépresseurs habituels, les effets indésirables concernent moins de 20% des patients traités [33].

1.1.5.3 La psychothérapie

La psychothérapie de soutien est toujours indiquée dans tous les cas de dépression. Les psychothérapies dites structurées peuvent être indiquées en monothérapie pour les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère et en associations avec les antidépresseurs pour les épisodes dépressifs d'intensité modérée à sévère. Ainsi en fonction de la préférence du patient et de l'orientation du médecin, différentes psychothérapies peuvent être envisagées [31].

Néanmoins, la psychothérapie est délicate, longue et difficile. Il est parfois nécessaire d'intervenir au niveau de l'entourage, de la situation professionnelle. [35]

Les types de psychothérapies qui ont prouvé leur efficacité sont principalement la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la psychothérapie interpersonnelle (IPT) [34]

L'efficacité de la thérapie psychanalytique n'a pas été prouvée dans des études méthodologiquement solides, malgré son utilisation fréquente. [34]

La stimulation magnétique trans-cranienne répétitive semble prometteuse pour certains sous-types de dépression. [34]

La stimulation du nerf vague est le plus souvent associée à des antidépresseurs pour la dépression résistante au traitement. [34]

La luminothérapie appelée également photothérapie est fréquemment associée à une privation du sommeil. Il semble efficace dans certains sous-types de dépression. Il est souvent prescrit avec des antidépresseurs. [34]

1.1.5.4 Electro-convulsivothérapie (ECT)

L'ECT a sa place dans le traitement de la dépression sévère, résistante aux antidépresseurs et à la psychothérapie. Elle peut aussi être utilisée en situation d'urgence lorsque le risque suicidaire est très élevé. Son efficacité est très bonne, avec 80 à 90% de taux de réponse, sans considération des effets secondaires et / ou des limites de son utilisation. L'ECT vise à induire des crises d'épilepsie par un passage transcranien d'un courant électrique durant quelques seconde au cours d'une brève anesthésie générale. Le nombre de séance d'ECT préconisé pour traiter un épisode dépressif caractérisé est d'environ douze (12) séances à raison de deux (02) à trois (03) séances par semaine. Dans certains cas, des ECT d'entretien sont proposées une fois par mois durant plusieurs pour prévenir le risque de rechute dépressif. Les principaux effets secondaires sont les troubles mnésiques et les céphalées. [4]

1.1.6 EVOLUTION

L'évolution du trouble dépressif caractérisé est variable : un seul épisode dépressif caractérisé sur la vie, une récurrence d'épisode dépressif caractérisé avec une fréquence variable, une rémission partielle entre les épisodes, chronicisation et résistance [31].

1.1.6.1 Rémission et guérison [20]

- **Réponse au traitement et rémission partielle**

Il y a une réponse au traitement lorsque celui-ci améliore la symptomatologie dépressive. La rémission partielle correspond à la réduction de la

symptomatologie dépressive sous traitement et à la diminution de 50% du score sur les échelles de dépression.

- **La rémission complète**

Elle correspond à la disparition du symptôme dépressif, à la normalisation du score sur les échelles de dépression et à 95% de rémission sous traitement pour un premier épisode.

- **Guérison**

La guérison est définie comme une rémission complète d'une durée supérieure à quatre (04) mois.

1.1.6.2 Rechute et récidive

L'évolution d'un trouble dépressif caractérisé ne se fait pas toujours vers une guérison malgré la mise sous traitement médicamenteux.

- **Rechute [20]**

La rechute est la réapparition des symptômes avant le quatrième mois.

- **Récidive**

La récidive est la réapparition des symptômes après la guérison. Le risque est de 50% après un premier épisode, 70% après un deuxième épisode et 90% après un troisième épisode. [20] 50% des patients récidivent dans les deux (02) ans et 75% des patients récidivent à plus long terme. [32]

1.1.6.3 Evolution vers la chronicité

On parle d'évolution vers la chronicité en cas de persistance de l'épisode dépressif caractérisé au-delà de deux (02) ans. Les facteurs de risque de passage à la chronicité sont : troubles dépressifs récurrents, nombre élevé d'épisode, les histoires familiales de troubles de l'humeur, retard dans la prise en charge. Elle survient chez environ 20% des patients dépressifs. [20]

1.1.6.4 La résistance

Une dépression est définie comme résistante après l'échec confirmé (absence de réponse ou rechute précoce) d'au moins deux traitements différents dont un antidépresseur imipraminique pendant quatre à six semaines, à posologie adéquate, avec observance satisfaisante. On ne parle de dépression résistante que pour les épisodes de durée inférieure à deux ans. Les facteurs de résistance aux traitements sont : un trouble de personnalité associé, une maladie organique sous-jacente et les conditions psychosociales défavorables entretenant le trouble. [20]

1.2 GENERALITES SUR LES ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE

1.2.1 Définition

1.2.1.1 Les accidents de la voie publique

Accident : tout événement indépendant de la volonté humaine, qui est caractérisé par la libération brusque d'une force extérieure et peut entrainer une blessure du corps humain. (OMS)

Les accidents de la voie publique (AVP) ou les accidents de la route se définissent comme des évènements malheureux ou dommageables survenant sur la route, un chemin ouvert à la circulation et appartenant au domaine public. [36]

Selon le ministre français de l'équipement, il s'agit des accidents corporels de la circulation routière. [36]

Selon VALLIN et CHESNAIS, ils doivent survenir sur la voie publique, impliquer au moins un véhicule (plus les animaux), et provoquer un traumatisme corporel nécessitant un traitement médical avec ou sans hospitalisation. [36]

1.2.1.2 Les traumatismes

Traumatisme : ensembles des lésions intéressant les tissus et les organes provoquées par un agent extérieur ; trouble généraux qui en résulte selon le dictionnaire Larousse. [37]

1.2.2 Différentes types d'accident de la voie publique

L'observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR) de France distingue trois types d'accident de la route :

- Les collisions solos : un seul usager et un obstacle.
- Les collisions simples : deux à trois usagers de la route entrent en collision, avec ou sans obstacle.
- Les multicollisions : plus de quatre usagers entre en collisions.

1.2.3 Les causes des accidents de la voie publique

«Un accident est rarement dû à une cause unique, il réside dans le comportement du complexe conducteur – milieu - véhicule au cours de quelques instants précédent » formule de LG NORMAN [38]

Ces trois facteurs sont étroitement liés et tout accident à son origine dans la défaillance d'un seul ou de plusieurs de ces facteurs. Des études menées de par le monde ont tenté d'évaluer l'incidence de chacun des facteurs

Causes liées aux véhicules

Ces causes occupent une place non négligeable dans la survenue des accidents. Des statistiques Nord Américaines (National mighway Trafic Safety Administration) et Françaises (professeur SICARD) évaluent à 7% le nombre d'accident de la voie publique à des services techniques du véhicule. [38]

Les défauts les plus fréquents portaient sur :

- Une défaillance du système de freinage ;

- Un vice dans la direction ;
- Le mauvais état des pneumatiques ;
- La défectuosité de la suspension. [36]

Causes liées à l'usager

Le conducteur est sans doute l'élément primordial du complexe. C'est lui qui à tout moment doit s'adapter si certains paramètres changent au niveau de deux autres facteurs (véhicule - milieu), le conducteur règle la vitesse par rapport au profil de la route, au revêtement de la chaussée, aux conditions climatiques, à l'état des pneumatiques ou des freins de son véhicule, à la zone traversée (agglomération ou campagne). Les statistiques mondiales accablent l'homme de la responsabilité de 80 à 95% des accidents de la circulation routière. L'état psychologique et psychique est chez le conducteur, des paramètres essentiels dont les fluctuations régissent l'adaptabilité à la conduite. [38]

Les causes liées au milieu (route et environnement)

Les statistiques françaises (Prof SICARD) accordent une incidence infime de 1.6% à la route et à son environnement dans la genèse des accidents de la voie publique. [38] Ce pourcentage doit être notablement majoré en ce qui concerne nos pays en voie de développement où certaines routes construites depuis trop longtemps, ne répondent plus aux critères de sécurité exigés et doivent être reconstruites.

On remarque souvent que les accidents sont dus:

- Au mauvais aménagement des croisements et des accotements,
- Aux virages dangereux,
- Aux obstacles mobiles (animaux en divagation ou gibiers).
- Absence d'éclairage des routes

1.2.4 Rappels cliniques

1.2.4.1 Traumatismes crânioencéphaliques

On appelle traumatisé crânien ou traumatisé cranio cérébral, ou encore cranio-encéphalique, tout blessé qui, à la suite d'une agression mécanique directe ou indirecte sur le crâne, présente immédiatement ou ultérieurement des troubles de la conscience traduisant une souffrance encéphalique diffuse allant de l'obnubilation au coma. [39] Il est dit grave si le score de Glasgow est inférieur à huit. Le score de Glasgow est le plus utilisé. Il est basé sur l'étude de trois paramètres :

- Ouverture des yeux cotée de 1 à 4.
- La réponse verbale cotée de 1 à 5.
- La réponse motrice cotée de 1 à 6.

Ces paramètres réunis aboutissent à un total de quinze (15).

Tableau I: Score de Glasgow

Paramètres	Score
Ouverture spontanée des yeux	04
Ouverture à la demande verbale	03
Ouverture à la douleur	02
Pas d'ouverture	01
Orale appropriée, orientée	05
Confuse	04
Paroles inappropriées	03
Sons incompréhensible	02
Absente	01
Ordre moteur effectué à la demande	06
Localise la douleur	05
Retrait à la douleur	04
Flexion stéréotypée (décortication)	03
Extension stéréotypée (décérébration)	02
Absente	01
Total	**15**

Interprétation

- ✓ Score de Glasgow à 15 : sujet normal
- ✓ Score de Glasgow supérieur à 12 : sujet obnubilé, traumatisme crânioencéphalique léger
- ✓ Score de Glasgow compris entre 12 et 9 : traumatisme crânioencéphalique modéré

- ✓ Score de Glasgow inférieur ou égal à 8 : coma, traumatisme crânioencéphalique grave

Il s'agit d'un score de vigilance qui ne doit pas tenir compte d'un défaut moteur éventuel. La réponse motrice sera, dans ce cas, quantifiée sur les membres non paralysés. Le score de Glasgow s'est révélé fiable lors de son utilisation donnant 93% de concordance sur le diagnostic et la profondeur du coma. Elle a l'avantage d'être simple à effectuer, facilement reproductible et à portée des observateurs médicaux. [39]

1.2.4.1.1 Les lésions cranioencéphaliques traumatiques [39]

- ❖ Les plaies du cuir chevelu : au sein desquelles figurent les plaies cutanées isolées. Ce sont des plaies de petite taille à bords francs peu hémorragiques ou des plaies étendues avec un saignement important.
- ❖ Les enfoncements : ils correspondent à une pénétration au-dessous du plan crânien d'un fragment osseux fracturé.
- ❖ Les embarrures : ils sont les décalages de rebords fracturaires ou d'un enfoncement d'une partie de la voute crânienne entre deux traits de fracture.
- ❖ Les hématomes extraduraux (HED) : ce sont des collections sanguines se constituant dans l'espace extradural c'est-à-dire entre la face interne de l'os et la dure mère. Ils sont provoqués par une rupture de l'artère méningée moyenne ou de l'une de ses branches ou du sinus veineux. Ils sont plus fréquents chez l'adulte jeune. Ils s'accompagnent d'une fracture de la voute crânienne et siègent du côté du trait de fracture.
- ❖ L'hématome sous dural (HSD) :c'est une collection sanguine siégeant entre la dure mère et l'arachnoïde. Les HSD coexistent souvent avec un trait de fracture de la voûte, mais celui-ci siège fréquemment du côté opposé à l'hématome.
- ❖ L'hématome intracérébral : c'est une collection sanguine intracérébrale.Il est rare en traumatologie. Le plus souvent, il s'agit d'hémorragie mêlée

d'œdème au sein d'un foyer de contusion cérébrale. La lésion se traduit par une aggravation secondaire du coma et des signes de focalisation.

- La commotion cérébrale : c'est une perte de connaissance brève (inférieur à 5 minutes) et qui n'est suivi par aucun trouble permanent. On admet habituellement qu'elle ne s'accompagne d'aucune lésion anatomique ; c'est l'ébranlement du cerveau qui détermine la perte de connaissance immédiate. Elle peut être génératrice également de troubles de mémoire.
- La contusion cérébrale : elle consiste en une altération des structures intéressant habituellement la surface du cerveau et, est caractérisée par une extravasation sanguine ainsi que par la nécrose du tissu cérébral

1.2.4.2 Traumatisme du rachis-cervical [39]

- Luxations et fractures des deux premières vertèbres cervicales

Ces deux lésions sont étroitement associées au niveau de l'atlas et de l'axis ; même si ces fractures peuvent être observées seules, les luxations sont en général accompagnées de fracture réalisant la dislocation. Ces dislocations constituent pour le bulbe une menace très sérieuse ; la tétraplégie ou la mort subite en sont parfois la conséquence immédiate et font la gravité de ces lésions traumatiques.

- Luxations et fractures des cinq dernières vertèbres cervicales

Le siège de prédilection de ces lésions est la 5ème et la 6ème vertèbre cervicale.

On rencontre habituellement les luxations qui sont en avant, les fractures parcellaires. La fracture totale est rare. On observe des tassements vertébraux cunéiformes à sommet antérieur. La symptomatologie est caractérisée par l'association de signes ostéo articulaires et de signes neurologiques.

1.2.4.3 Traumatisme du rachis dorso - lombaire [39]

- Les fractures des corps vertébraux : elles sont localisées électivement au niveau de D5, L2 et L3 ; les accidents d'automobiles, les chutes d'une hauteur, les éboulements en sont les principales étiologies.
- Les fractures des arcs postérieurs vertébraux : comprennent les fractures des apophyses transverses, les fractures des apophyses épineuses, les fractures des lames et les fractures des pédicules.
- Les lésions des disques lombaires et du disque lombosacré : la plus fréquente de ces lésions est la hernie discale postérieure, constituée par une saillie expulsée à travers l'anneau fibreux vers le canal rachidien ; elle est recouverte par le ligament vertébral commun postérieur. Il en résulte en plan clinique une lombalgie et une sciatique. Cette sciatique a une topographie radiculaire assez précise ; elle part de la région lombosacrée, descend dans les fesses, puis à la face postérieure de la cuisse, du mollet, atteignant le tendon d'Achille, puis le bord externe de la plante des pieds et le 5eme orteil (topographie S1) ; dans d'autres cas, elle est postéro externe à la cuisse, antéro externe à la jambe pour atteindre le dos des pieds et le gros orteil (topographie L5). Le diagnostic est posé à la sacro radiculographie ou le scanner et le traitement est essentiellement chirurgical.

1.2.4.4 Traumatisme du thorax [39]

Ils se définissent comme des lésions traumatiques intéressant la paroi et /ou le contenu viscéral du thorax. Ils peuvent être classés en deux grands groupes : les traumatismes fermés du thorax et les traumatismes ouverts ou plaies du thorax ou encore traumatismes pénétrants du thorax.

1.2.4.4.1 Les lésions du contenant ou lésions pariétales

Il s'agit des fractures des cotes donc le mécanisme correspond le plus souvent à un choc direct de dehors en dedans. Leur gravité est fonction de leur nombre, de leur topographie, et de leur association à d'autres lésions endo ou extra – thoraciques. Les fractures les plus fréquentes sont les fractures de la 5ème à la 9ème cote. Le diagnostic est évoqué devant une douleur vive bloquant la respiration, la constatation d'un point exquisément douloureux ou siège parfois des crépitations lors des mouvements respiratoires. Il est confirmé par le cliché radiographique qui montre :

Le volet costal qui se définit par l'existence d'un double trait de fracture sur au moins trois (3) côtes adjacentes ou des traits sur l'arc antérieur de trois (3) côtes symétriques par rapport au sternum. Il s'accompagne de troubles de la mécanique ventilatoire. Les volets costaux sont très mobiles et sont responsables d'importantes conséquences fonctionnelles, telle la respiration paradoxale. Les fractures du sternum témoignent d'un traumatisme direct sévère. La fracture se situe généralement au niveau du corps du sternum. Dans ce cas, il faut parfois suspecter l'existence de lésions viscérales sous-jacentes (cœur, aorte, bronches, diaphragme, artères mammaires internes). Les ruptures diaphragmatiques qui correspondent à une brèche musculaire de la coupole pouvant se compliquer d'une issue intra- thoracique des viscères abdominaux de voisinage. On parle d'une herniation des viscères qui peut dans certains cas être secondairement responsable d'un iléus paralytique.

1.2.4.4.2 Les lésions du contenu ou lésions viscérales

Ce sont :

- les ruptures aortiques pouvant intéresser l'aorte thoracique et déterminer ainsi un hémomédiastin, ou l'aorte abdominale, responsable

d'hémopéritoine. La conséquence la plus redoutable dans les deux cas est une hémorragie massive aigue. Le pronostic ici reste très sombre.

- ❖ les ruptures trachéo – bronchiques, des hémoptysies souvent abondantes et répétées, la fuite d'air au travers de la brèche oriente le diagnostic. Il en résulte un pneumo médiastin ou un pneumothorax.
- ❖ les lésions pleuropulmonaires, les ruptures du parenchyme pulmonaire donnent :
    - Le pneumothorax est un épanchement aérien situé dans la cavité pleurale et caractérisé par la dyspnée, la cyanose, l'absence de murmure vésiculaire et un tympanisme. Sur la radiographie thoracique, on retrouve un hémi thorax hyper clair, un poumon plus ou moins collé, un médiastin plus ou moins déplacé.
    - L'hémothorax est un épanchement de sang dans la plèvre, généralement associé à un pneumothorax. Son diagnostic est évoqué chez un blessé dyspnéique, pale, au pouls petit et rapide avec une tension artérielle basse, devant la constatation d'une matité franche associée à un silence respiratoire.
    - Le pneumatocèle qui se définit comme une lésion aérique ou hydro-aérique sans paroi propre, conséquence d'une dilacération du parenchyme pulmonaire.
    - L'hématome pulmonaire se définissant comme une hémorragie collectée au sein d'une cavité néoformée par dilacération du parenchyme.
    - Les contusions pulmonaires se caractérisant par l'association progressive de ruptures bronchiolo - alvéolaires et capillaires diffuses, d'un œdème, et d'une infiltration cellulaire inflammatoire. Elles sont responsables de déchirure des vaisseaux pulmonaires ou bronchiques entrainant une hémorragie intra–parenchymateuse. Il se produit une cyanose, une dyspnée avec polypnée et des hémoptysies.

La radiographie thoracique trouve une grisaille mal définie. L'évolution se fait vers une insuffisance respiratoire aigüe et l'asphyxie.

- ❖ Les contusions cardio-péricardiques associées à une rupture ventriculaire provoquent une mort immédiate.
- ❖ Les ruptures de l'œsophage sont rares mais graves car diagnostiquées tardivement, au stade de médiastinite ou de pleurésie purulente.
- ❖ Les lésions abdominales qui sont les ruptures et les contusions du foie, des reins, de la rate, du pancréas et du tube digestif.

1.2.4.5 Les traumatismes du bassin [39]

Ce sont en général, les luxations et les fractures qu'on regroupe sous trois (3) ordres de lésions.

- ❖ Les fractures de la ceinture pelvienne : qui rompent la continuité du bassin et peuvent menacer la portion urinaire de l'appareil urinaire.
- ❖ Les fractures de la cavité cotyloïdienne : qui sont la statique et la marche.
- ❖ Les fractures partielles : atteignant l'une ou l'autre des pièces du bassin, sans interrompre la ceinture pelvienne. Ces fractures sont causées dans 50% des cas par les accidents de la circulation routière. Elles réalisent les fractures des pièces osseuses et des lésions des parties molles aggravant ainsi le pronostic.
- ❖ Les lésions de l'appareil urinaire : La plus courante étant la rupture de l'uretère membraneux. Ainsi, il peut exister des déchirures de la vessie en position extra péritonéale ou intra péritonéale.

1.2.4.6 Les traumatismes des membres [39]

1.2.4.6.1 Les fractures

On distingue les fractures ouvertes et les fractures fermées.

- Les fractures ouvertes : ce sont les fractures dont le foyer communique avec l'extérieur par une plaie plus ou moins étendue des parties molles. Fractures ouvertes de dedans en dehors. Elles se produisent soit par déplacement primitif des fragments, soit par déplacement secondaire au cours d'efforts intempestifs pour se relever.
    - Etude clinique. Le diagnostic est généralement évident devant une fracture ouverte. L'interrogatoire recherche l'horaire de la lésion, le lieu, les circonstances et le mécanisme de l'accident. La radiographie vient confirmer le diagnostic et aide dans la thérapeutique.
    - Evolution Elle est dominée par deux facteurs dont l'infection : qui domine le problème thérapeutique immédiat, peut prendre différents aspects : Le tétanos, La gangrène gazeuse, surtout lorsqu'il existe des contusions musculaires importantes avec des souillures telluriques, La suppuration plus ou moins abondante au niveau du foyer de fracture, les risques d'ostéite post fracturaire sont grands et exposent le blessé à des rechutes, avec élimination des séquestres, fistules. Les septicémies : Constituent la forme extrême, la plus généralisée, la plus migratrice des infections. Le début est plus ou moins brutal, marqué par des frissons violents avec claquement des dents, une sensation de froid intense, suivie d'une transpiration abondante. La fièvre est à 40- 41°C et s'accompagne des signes généraux habituels : céphalées, tachycardie, nausées, malaises. L'altération de l'état général est plus ou moins intense. On peut observer un délire, un pouls rapide. Des hémocultures réalisées au moment des pics fébriles posent le diagnostic et isolent le germe en cause. Le traitement repose sur l'utilisation parentérale d'antibiotiques dirigés par les résultats de l'antibiogramme. Les perturbations de la réparation osseuse : Retardent l'échéance du traitement.

- Le traitement : il est médicamenteux orthopédique et chirurgical

❖ Fractures fermées

Les fractures peuvent s'observer à tout âge. Chez le vieillard, l'ostéoporose sénile fragilise l'os au point qu'un traumatisme souvent insignifiant suffit pour provoquer la rupture de l'os. Il existe deux grands types de fractures fermées. Les fractures directes : La rupture de l'os se fait au point d'application de la force. Elle est souvent importante, provoque une fracture comminutive, il s'y associe toujours des lésions plus ou moins considérables des parties molles. Les fractures indirectes : elles sont les plus fréquentes, et peuvent relever de l'un des quatre (4) mécanismes suivants : la traction, la compression, la flexion ou la torsion.

- Etude clinique :l'examen clinique met en évidence une déformation, une mobilité anormale au niveau du foyer de fracture. Il vérifie l'état des parties molles, des vaisseaux, des troncs nerveux et des articulations adjacentes. La radiographie de face et de profil est l'examen complémentaire indispensable. L'évolution normale d'un foyer de fracture se fait vers la formation d'une cal osseuse, qui peut être empêchée par différents facteurs : affection générale, absence de traitement mal conduit ; on assiste alors à un retard de consolidation ou à une absence de consolidation.
- Traitement : Le traitement orthopédique et ou chirurgical.

1.2.4.7 Pathologies traumatiques des articulations [39]

❖ Entorses : c'est l'ensemble des lésions déterminées dans une articulation par exécution brutale des mouvements au-delà de leur limite physiologique, mais n'ayant pas abouti à un déplacement permanent des surfaces articulaires. C'est la plus banale des lésions du squelette. Elles sont consécutives le plus souvent à un traumatisme indirect : mouvement de distorsion, d'adduction ou d'abduction forcée.

- ❖ Luxations : déplacement permanent d'origine traumatique des surfaces articulaires entrainant une perte de contact physiologique normale entre elles. On distingue les luxations récentes, les luxations exposées, les luxations anciennes et les luxations récidivantes.
- ❖ Plaies articulaires : ce sont toutes les lésions au cours desquelles la cavité articulaire est mise en communication avec l'extérieur, quelques soient les dimensions de l'orifice de communication. L'évolution des plaies articulaires est dominée par le danger de l'infection secondaire et expose les articulations à une raideur ou à une ankylose totale. Le but du traitement est de faire la prophylaxie de l'infection, s'assurer des meilleures conditions pour la réparation des lésions.

1.2.4.8 Traumatismes musculaires [39]

Les plaies musculaires qui sont les plaies linéaires incomplètes, les plaies par section complète et les plaies contuses. Les contusions et ruptures musculaires qui peuvent réaliser des hernies musculaires et dont les séquelles sont souvent la sclérose et l'ostéome musculaire Les luxations, plaies, sections, ruptures des tendons.

1.2.4.9 Traumatismes vasculaires [39]

- ❖ Traumatismes artériels elles comprennent les plaies et ruptures artériels par lésions traumatiques pénétrantes de la paroi artérielle avec ou sans plaie cutanée. Les lésions associées sont la plaie cutanée, l'atteinte veineuse, la blessure d'un tronc veineux, les dégâts musculaires et les lésions osseuses et articulaires. Les plaies artérielles comportent trois complications majeures.
    - Hémorragie lorsqu'il existe une plaie en regard de la brèche artérielle, le sang s'extériorise en une hémorragie caractéristique par sa couleur rouge vive et son rythme systolique. En l'absence de

secours médical, le saignement sera très abondant et souvent très vite mortel par choc hypovolémique.

- Ischémie, par vasoconstriction réflexe ou par l'interruption du courant sanguin dans l'artère blessée.
- Infectieuse et tromboembolique.

L'évolution spontanée est très variable, mais il faut en retenir que la guérison clinique est certainement rare et imprévisible ; seul un traitement d'urgence peut donner des chances suffisantes d'éviter la gangrène dans l'immédiat, les séquelles circulatoires et vasomotrices dans l'avenir.

❖ Traumatismes veineux

Ils sont dominés par les Plaies veineuses : ce sont des solutions de continuité traumatiques de la paroi veineuse, avec ou sans interruption du plan cutané. Elles sont beaucoup moins graves, sur le double plan hémorragique et ischémique, que les plaies artérielles. Les complications majeures dont :

- L'embolie gazeuse est une complication très particulière aux plaies des gros troncs veineux. Elle s'observe surtout à la base du cou. L'aspiration thoracique provoque, en cas de plaie veineuse, un appel massif d'air qui se traduit cliniquement par un sifflement très caractéristique. Cette embolie peut aboutir à deux (2) types d'accidents. Soit une dilatation brutale du cœur droit, donnant immédiatement des signes très graves (dyspnée grave, collapsus, mydriase), souvent mortelle en quelques secondes. Soit l'embole ayant franchi le cœur droit et le réseau capillaire du poumon, sans déclencher d'accidents mortels, elle gagne la grande circulation et surtout les artères encéphaliques, déclenchant des manifestations nerveuses secondaires (coma, hémiplégie) parfois elles sont aussi mortelles.

- La maladie thromboembolique : Elle associe deux (2) aspects anatomiques : Les thrombophlébites caractérisées par des lésions importantes de la paroi veineuse et par un thrombus adhérant à la paroi veineuse et par un thrombus libre de la paroi. Traumatismes nerveux : Les plaies peuvent siéger, au niveau des nerfs, des sections complètes et des lésions dans la continuité des fibres.

2- CADRE ET METHODE D'ETUDE

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE

2.1 Cadre d'étude

2.1.1 Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences (CUAU)

2.1.1.1 Ressources humaines

Il est dirigé par le Professeur Pamphile ASSOUTO, Maître de Conférences Agrégés d'Anesthésie-Réanimation assisté de :

• deux (02) chirurgiens généralistes ;

• deux (02) médecins anesthésistes réanimateurs ;

• sept (07) médecins généralistes répartis dans des équipes de permanences et de gardes ;

• 11 infirmiers anesthésistes, quatre (04) infirmiers aides-chirurgiens, quatre (04) infirmiers instrumentistes et 22 infirmiers répartis dans les secteurs en équipe de garde et de permanence ;

• 15 aides-soignants ;

• Un (01) secrétaire.

L'activité est coordonnée par trois (03) surveillants : un surveillant de l'accueil et hospitalisation, un surveillant du bloc opératoire et un surveillant coordonnateur général.

2.1.1.2 Infrastructures

Depuis avril 2012, la CUAU est organisée autour de deux (02) secteurs : le secteur-accueil, orientation et hospitalisation de courte durée et le secteur bloc opératoire, les soins intensifs.

• secteur accueil-orientation-hospitalisation de courte durée Il comporte :

➢ Une salle aménagée dans le hall et entourée de baie vitrée comportant trois (O3) lits pour chirurgie ;

➢ Trois (03) cabines à un lit chacune;

➢ Une salle de déchoquage.

➢ Trois (03) box d'examen utilisés pour la mise en condition de certains patients en détresse;

➢ Une salle de mise en observation à trois (03) lits ;

➢ Cinq (05) salles d'hospitalisation médicale de courte durée de capacités différentes : à 10 lits pour les femmes, à 10 lits pour les hommes, à trois (03) lits, à deux (02) lits et à un (01) lit ;

➢ Deux salles d'hospitalisation chirurgicale de courte durée : à trois (03) lits pour hommes, à trois (03) lits pour femmes;

• secteur bloc opératoire, soins intensifs.

Il est composé de :

➢ Trois (03) salles opératoires destinées à la chirurgie viscérale, la traumatologie et la chirurgie septique ;

➢ Une salle destinée à la petite chirurgie ;

➢ Une Unité de Soins Intensifs (USI) à six (06) lits pour les malades présentant une détresse majeure à l'accueil et ceux nécessitant une réanimation en post-opératoire.

2.1.1.3 Activités du service

Au nombre de ces activités, nous avons :

• les soins d'urgence et de suivi au niveau de chaque secteur ;

• les interventions chirurgicales en urgence ;

• l'encadrement des apprenants ;

• la recherche scientifique.

2.1.2 Clinique Universitaire de la Traumatologie Orthopédique et de la Chirurgie Réparatrice (CUTO-CR)

2.1.2.1 Ressources humaines

Il est actuellement dirigé par le Professeur Aristote HANS-MOEVI AKUE, Professeur Titulaire de Traumatologie-Orthopédie, assisté d'une équipe composée de :

• deux (02) Maîtres de Conférences agrégés; chirurgiens Traumatologues-Orthopédistes ;

• un (01) Maître Assistant chirurgien Traumatologue-Orthopédiste ;

• un (01) praticien Hospitalier Chirurgien Traumatologue-Orthopédiste ;

• un (01) praticien hospitalier chirurgien plasticienne ;

• 14 infirmiers diplômés d'état dont un (01) Surveillant ;

• huit (09) aides-soignants ;

• une (01) secrétaire.

2.1.2.2 Infrastructures

Il dispose de :

• deux (02) pavillons d'hospitalisation d'une capacité totale de 61 lits: le pavillon central comporte 9 salles d'hospitalisation avec 50 lits et la zone septique (annexe) qui comporte 3 salles d'hospitalisation avec 11 lits ;

• un (02) bloc opératoire pour la Chirurgie orthopédique et traumatologique, et un (01) bloc opératoire pour la chirurgie osseuse septique.

Sont annexés à la CUTO-CR :

• des salles de consultation situées à la Chirurgie externe ;

• une salle pour le pansement à titre externe située dans les locaux du pavillon central ;

• une salle de réalisation de plâtre à la chirurgie externe;

• une salle de staff.

2.1.2.3 Activités du service

Les activités du service se déroulent durant toute la semaine et se présentent comme suit:

• un staff, tous les matins, du lundi au jeudi ;

• la consultation externe qui se fait du lundi au jeudi ;

• les interventions chirurgicales des patients du lundi au jeudi ;

• les soins et le suivi des patients au niveau de chaque secteur ;

• une visite journalière des patients hospitalisés du Lundi au Jeudi ;

• une visite générale des patients hospitalisés suivi du programme opératoire le vendredi ;

• l'encadrement des apprenants ;

• la recherche scientifique.

2.2 Méthode d'étude

2.2.1 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle type transversale à visée descriptive et analytique. Cette étude s'était portée sur la période de 21 Novembre 2022 au 08 janvier 2023.

2.2.2 Population d'étude

Il s'agissait des sujets admis à la Clinique universitaire d'accueil des urgences pour traumatisme physique (accident de la voie publique) et ceux hospitalisés dans le service de traumatologie-orthopédie pour les traumatismes post accident de la voie publique.

2.2.2.1 Critères d'inclusion

Etaient inclus dans notre étude, les patients accidentés de la voie publique hospitalisés dans l'un des services ou se déroule l'étude dont l'âge est supérieur ou égal à 18 ans et qui ont donné leur consentement libre et éclairé.

2.2.2.2 Critères de non inclusion

Etaient non inclus dans notre étude les patients victimes d'accident domestique, d'accident de travail (sur le lieu de travail uniquement), les pathologies infectieuses et tumorales, les malformations osseuses et les séquelles.

2.2.2.3 Critères d'exclusion

Les patients exclus étaient les patients accidentés de la voie publique dont l'état clinique empêche de participer à l'étude.

2.2.3 Echantillonnage

Nous avons procédé à un recrutement de tous les patients présents dans les services concernés pendant la période d'étude et répondant aux critères d'inclusion.

2.2.4 Variables de l'étude

2.2.4.1 Variables indépendantes

- l'Age
- Sexe :
- Profession des patients : profession libérale, commerçants, conducteurs de taxi-moto, cadre,
- Lieu de résidence : rural, urbain
- Ethnie : Fons et apparentés, Adjas et apparentés, Yoruba et apparentés, Dendi et apparentés, et autres ethnies.
- Religion : catholique, céleste, musulmans, protestant, évangélique, assemblée de Dieu
- Situation matrimoniale : marié, veuf, divorcé, célibataire, concubinage
- Antécédents : Médicaux, psychiatriques, Chirurgicaux, traumatologiques
- Facteurs associés (niveau socio-économique, gravité des lésions)
- Caractéristiques cliniques : circonstances de l'accident (délai d'admission, le type d'accident, le mode d'admission, les circonstances de survenue du traumatisme, jour de l'accident, moment de la journée, notion de pertes de connaissance); de la topographie des lésions, le type lésionnel, de l'existence d'une complication chez les patients non opérés et opérés; de la durée du séjour hospitalier dans les différents services.
- Données thérapeutiques : traitement orthopédique ; traitement chirurgical.
- Evolution : favorable (bonne évolution clinique) ; défavorable (cas ayant évolué vers des complications).

2.2.4.2 Variable dépendante

La variable dépendante était la dépression selon l'échelle d'évaluation de la dépression de **HAMILTON**. Il s'agit d'une échelle de 17 item A à Q dont chacun des items ont d'autres sous-items allant de 3 à 5.

Selon cette échelle les symptômes dépressifs sont absents lorsque le score résultant de la somme des items donne une valeur inférieure à 10. Les symptômes dépressifs sont légers lorsque le score donne une valeur comprise entre 10 et 13. Ils sont légers à modérés lorsque le score donne une valeur comprise entre 14 et 17 et ils sont modérés à sévères pour une valeur supérieure ou égale à 18 **[Annexe II].**

2.2.5 Collecte de données

2.2.5.1 Technique de collecte

La collecte de données s'est faite à l'aide d'un questionnaire conçu , testé et corrigé que chaque patient s'est chargé de remplir (entretien face à face). Nous nous sommes rendus sur les lieux d'hospitalisation afin de faire remplir le questionnaire par les patients après avoir obtenu leur consentement éclairé ou celui de leurs parents. Nous avons répondu aux différentes inquiétudes des participants et servi d'interprète pour les analphabètes afin de mieux les orienter.

2.2.5.2 Outils de collecte

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire subdivisé en deux parties.

La première partie comprend les variables sociodémographiques, les informations cliniques dont disposait le patient, l'échelle d'évaluation de la dépression. **[Annexe I].**

La deuxième partie concerne les informations disponibles dans le dossier médical dont le patient n'a pas forcément connaissance **[Annexe III].**

2.2.6 Traitement et analyse des données

Les données recueillies ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel EPI INFO version 7.2.2. Le logiciel Microsoft Word a été utilisé pour la saisie de la thèse et

Excel pour l'organisation des données sous forme de tableaux et de graphiques. Après avoir rentré les données recueillies dans les logiciels, nous avons vérifié les erreurs éventuelles de saisie ainsi que la cohérence des données puis procédé au codage. Lors de l'analyse, les paramètres quantitatifs ont été regroupés en classes et avaient été présentés sous forme de moyenne ± écart type, médiane, minimum, maximum, tandis que les paramètres qualitatifs avaient été présentés par l'effectif suivi du pourcentage. Les comparaisons de fréquence entre des sous-groupes ont été faites grâce au test de chi-2. Les valeurs de P<5% ont été considérées comme statistiquement significatives.

2.2.7 Considérations éthiques et administratives éventuelles

Notre travail s'est fait dans le strict respect des normes déontologiques et des règles hiérarchiques. Ainsi, nous avons obtenu les différentes autorisations administratives avant le démarrage de l'enquête. Nous avons obtenu le consentement libre et éclairé des participants, des parents et avons respecté la confidentialité et l'anonymat.

2.2.8 Difficultés rencontrées

Difficultés liées à la compréhension du questionnaire.

Interprétation de certains éléments du questionnaire en langues locales.

Non disponibilité de certaines informations dans le dossier médical.

- Difficulté des patients à participer à l'enquête pendant la période festive car les patients ne voulaient pas rester fêter à l'hôpital.
- La volonté de certains patients d'être écouté au-delà du questionnaire et l'influence globale des émotions sur les réponses apportées au questionnaire.

3- RESULTATS

3. RESULTATS

3.1 Données sociodémographiques

A la fin de notre période d'étude, nous avons recruté un total de 83 patients. Soit 49 patients à la CUTO-CR et 34 patients à la CUAU.

Tableau II: Répartition des patients selon les données sociodémographiques.

Variable	Femme	Homme	Total	P
Age				
Moyenne (médiane)	40 (43)	35 (35)		0,17
[Minimum ; maximum]	[18 ; 70]	[19 ; 65]		
Tranche d'âge				
18-20	2 (2,40%)	5 (6,02%)	7 (8,43%)	
21-30	4 (4,81%)	20 (24,09%)	24 (28,91%)	
31-40	5 (6,02%)	16 (19,27%)	21 (25,30%)	0,45
41-50	9 (10,84%)	13 (15,66%)	22 (26,50%)	
51-60	2 (2,40%)	2 (2,40%)	4 (4,81%)	
60+	1 (1,20%)	4 (4,81%)	5 (6,02%)	
Résidence				
Rural	2 (2,40%)	9 (10,84%)	11 (13,25%)	0,24
Urbain	21 (25,30%)	51 (61,44%)	72 (86,74%)	
Situation matrimoniale				
Célibat	4(4,81%)	21 (25,30%)	25 (30,12%)	
Concubinage	0	6 (7,22%)	6 (7,22%)	0,06
Mariage	18 (21,68%)	32 (38,55)	50 (60,24%)	
Divorce	0	1 (1,20%)	1 (1,20%)	
Veuvage	1 (1,20%)	0	1 (1,20%)	
Religion				
Chrétiens	22 (26,50%)	55 (66,27%)	77 (92,97%)	0,25
Musulmans	1 (1,20%)	4 (4,81%)	5 (6,02%)	
Autre	0	1 (1,20%)	1 (1,20%)	
Ethnie				
Fon et apparentés	16 (19,28%)	46 (55,42%)	47 (74,70%)	
Yoruba	1 (1,20%)	2(2,40%)	3 (3,61%)	0,72
Dendi	0	1 (1,20%)	1 (1,20%)	
Adja et apparentés	4 (4,82%)	4 (4,82%)	8 (9,64%)	
Autre	2 (2,40%)	7 (8,43%)	9 (10,84%)	
Profession				
Elève/étudiant	2 (2,40%)	5 (6,02%)	7 (8,43%)	
Commerçant	11 (13,25%)	2 (2,40%)	13 (15,66%)	
Cadre	6 (7,22%)	12 (14,47%)	18 (21,68%)	0.0001
Profession libérale	1 (1,20%)	21 (25,30%)	22 (26,50%)	
Taxi moto	1 (1,20%)	8 (9,63%)	9 (10,84%)	
Autre	2 (2,40%)	12 (10,84%	14 (13,25%)	
Total	**23 (27,71%)**	**60 (72,29%)**	**83 (100%)**	

- **Sexe** : notre population était à prédominance masculine soit 72,29% d'hommes pour 27,71% de femmes. Le sex-ratio était de 2,6.
- **L'âge** : l'âge moyen dans la population était de 37 ans avec des extrêmes de 18 ans et 70 ans. La moyenne d'âge chez les femmes étant de 40,08 ans avec des extrêmes de 19 ans et 65ans contre 35 ans avec des extrêmes de 18 ans et 70 chez les hommes (p = 0,17). La tranche d'âge des 21 ans à 30 ans était la plus représentée à 28,91%. Cette représentativité demeure chez les hommes contrairement aux femmes où elle concerne la tranche d'âge des 41 ans à 50 ans (p=0,45).
- **Le milieu d'origine** : dans notre population d'étude, 86,74% des patients vivaient en milieu urbain.
- **Situation matrimoniale** : dans notre population d'étude, les patients étaient majoritairement mariés avec une proportion 60,24%. Cette tendance ne varie pas avec le sexe.
- **Religion** : Les chrétiens étaient en très grand nombre à 92,77%(catholique, évangélique, assemblée de Dieu).
- **Ethnie** : les ethnies fon et apparentés étaient majoritaires à 74,70%.
- **Profession** : Au plan professionnel ceux qui exerçaient une profession libérale prédominaient en générale (26,50%) et chez les hommes 25,30% alors que les commerçants prédominaient chez les femmes à 13,25% (p=0,0001)

3.2 Circonstances de l'accident de la voie publique

3.2.1 Moment de l'accident

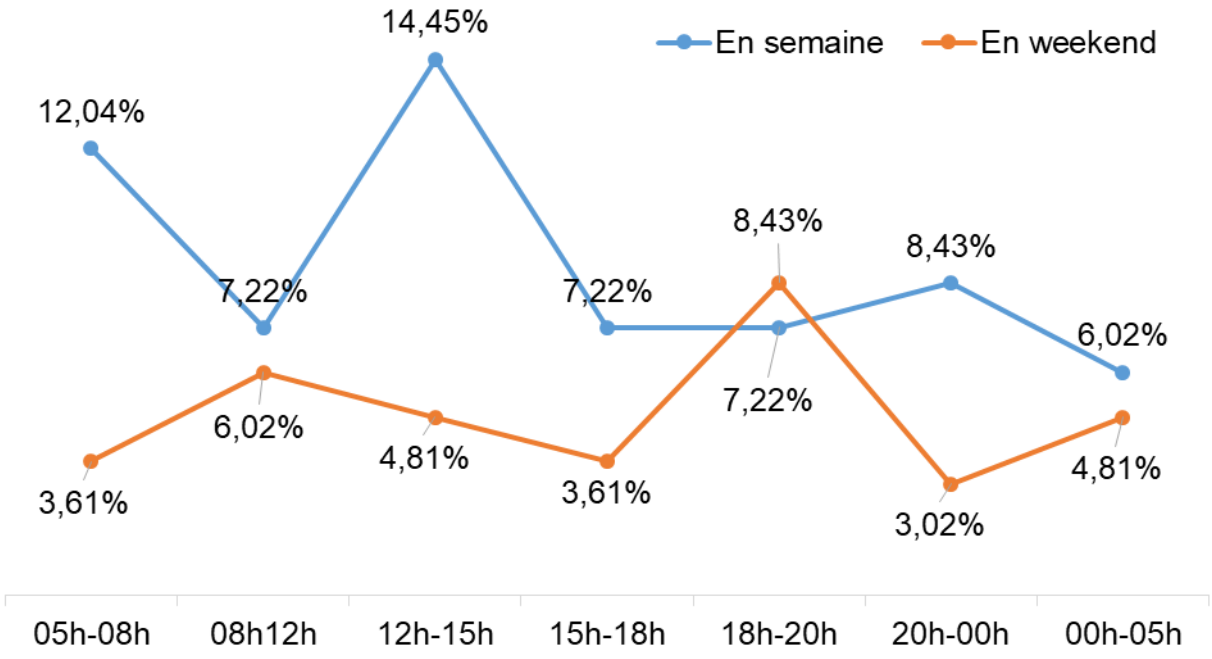


Figure 3: Répartition des patients en fonction des jours de la semaine et du moment de la journée

Dans notre population d'étude, 62,65% des patients étaient victimes d'accident de la voie publique en semaine et 37,35% en weekend. En semaine la majorité des accidents était survenus à midi entre 12h et 15h alors qu'en weekend la majorité était le soir entre 18h et 20h

3.2.2 Modalité de l'accident

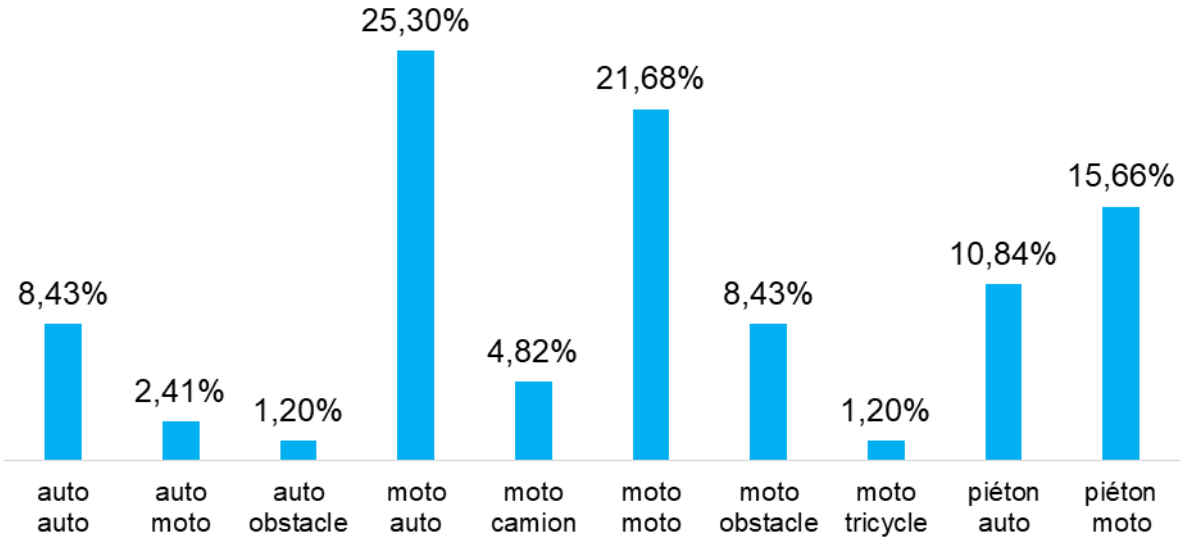


Figure 4: Répartition des patients selon les modalités de l'accident

Les principales modalités de l'accident consistaient en une collision entre moto et auto pour 25,30% le patient étant sur moto, une collision entre moto et moto pour 21,68% et entre piéton et moto pour 15,66% le patient étant à pieds.

Dans cette études, nous avons choisi que le patient se trouve sur le premier moyen de déplacement cité

Une moto était impliquée dans 79,52% des accidents et 61,44 des accidentés étaient les patients de notre étude.

3.3 Caractéristiques cliniques des patients

3.3.1 Les antécédents des patients

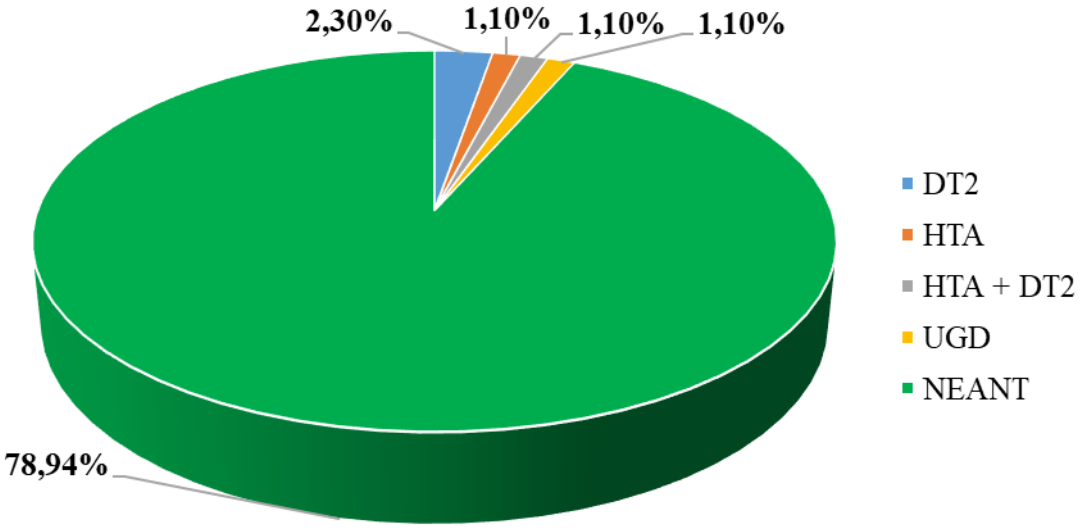


Figure 5: Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Aucun des patients de notre population n'a signalé d'antécédents psychiatriques. Seul 6.02% ont évoqués des antécédents médicaux (Diabète de type 2, hypertension artérielle, Ulcère gastroduodénal et une association Diabète de type 2 et hypertension artérielle.

3.3.2 Bilan lésionnel

3.3.2.1 Sièges des lésions

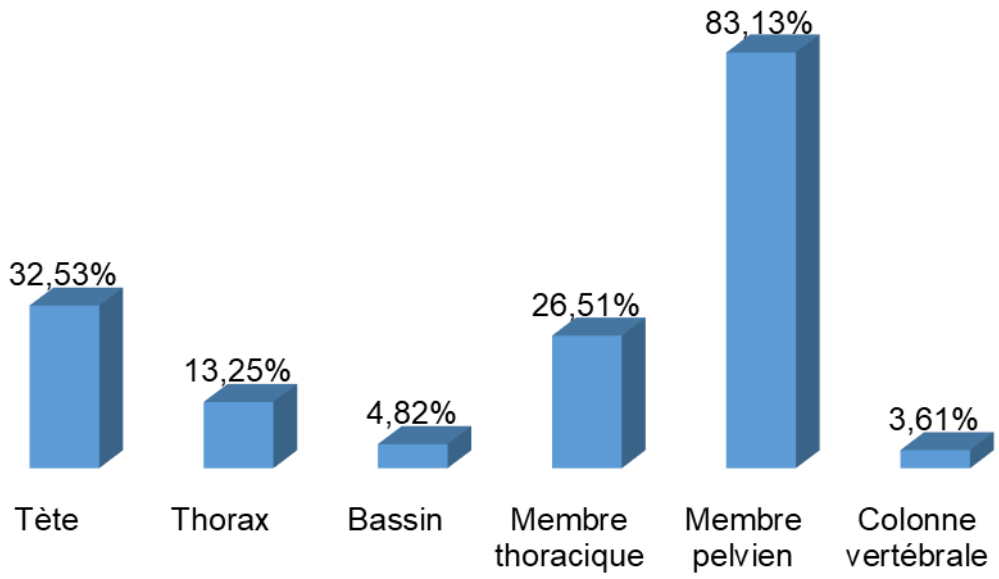


Figure 6: Répartition des patients selon le siège de la lésion

Le siège des lésions relatives à l'accident étaient principalement les membres pelviens (83,13%), la tête (32,53%) et les membres thoraciques (26,51%). Dans cette étude, nous avons une association de deux ou plusieurs lésions dont les sièges diffèrent.

3.3.2.2 Les lésions

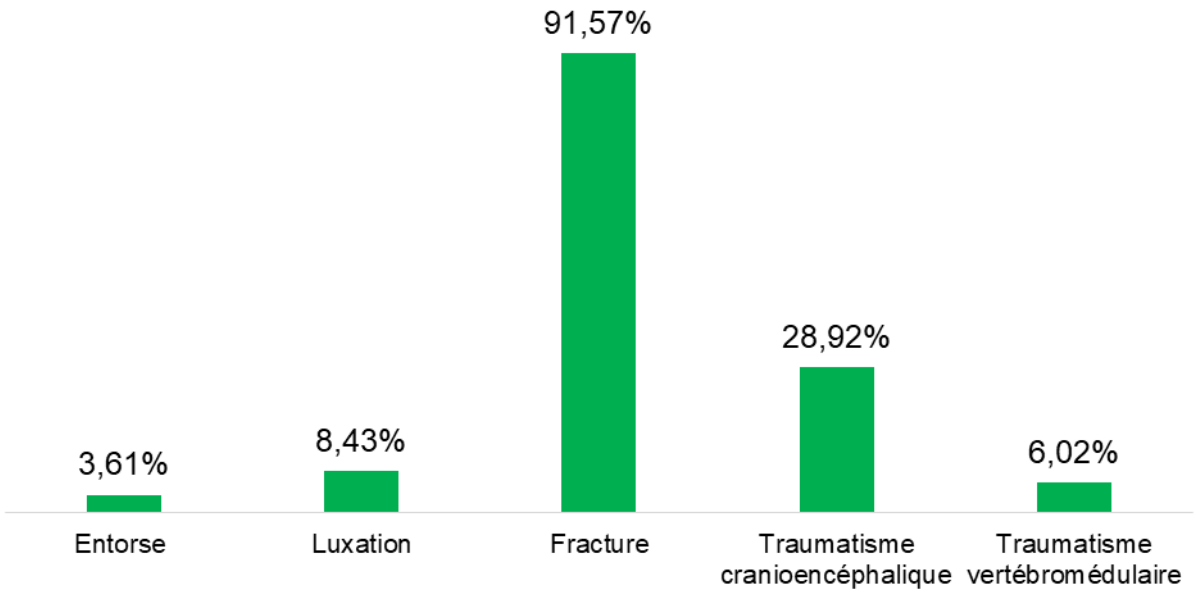


Figure 7: Répartition des patients selon les lésions rencontrées

Les lésions rencontrées après l'accident dans notre population d'étude étaient principalement les fractures (91,57%) et les traumatismes cranio-encéphaliques (28,92%)

3.4 Traitement

3.4.1 Prise en charge en Traumatologie

Tableau III: Répartition des patients selon la nature de la prise en charge

	PEC Orthopédique		
PEC opératoire	**Oui**	**Non**	**Total**
Oui	19 (22,89%)	29 (34,94%)	48 (57,83%)
Non	4 (4,82%)	4 (4,82%)	8 (9,64%)
En attente	19 (22,89%)	8 (9,64%)	27 (32,53%)
Total	**42 (50,60%)**	**41 (49,40%)**	**83 (100%)**

p= 0,0377

L'état clinique de la majorité des patients de notre étude nécessitait une prise en charge chirurgicale opératoire soit 90,36% dont 45,78% nécessitait une prise en charge chirurgicale orthopédique préalable.

Au moment de notre étude 57,83% des patients étaient déjà opérés dont 10,84% sont amputés, 32,53% sont programmés mais étaient en attente de l'intervention chirurgicale. Pour le reste des patients, soit 9,64%, la moitié (4,82%) a bénéficié uniquement d'un traitement orthopédique et l'autre moitié (4,82%) uniquement de traitement médicamenteux.

3.4.2 Complication en cours d'hospitalisation

Tableau IV: Répartition des patients en fonction de la prise en charge opératoire et la survenue de complications en cours d'hospitalisation

	Complications en cours d'hospitalisation		
PEC Opératoire	**Oui**	**Non**	**Total**
Oui	16 (19,28%)	32 (38,55%)	48 (57,83%)
En attente	4 (4,82%)	23 (27,71%)	27 (32,53%)
Non	0	8 (9,64%)	8 (9,64%)
Total	**20 (24,10%)**	**63 (75,90%)**	**83 (100%)**

24,10% des patients de notre population d'étude avait présenté une complication en cours d'hospitalisation dont 19,28% étaient des patients opérés et 4,82% de ceux en attente de leur intervention chirurgicale.

3.4.3 Accompagnement psychologique

Aucun des patients de notre étude n'a bénéficié d'accompagnement psychologique depuis son admission dans les services ni avant ni après intervention, notamment en cas d'amputation.

3.5 Dépression et facteurs associés

3.5.1 Fréquence de la dépression dans la population d'étude

Tableau V: Répartition des patients en fonction de l'intensité de la dépression.

	Présence de Dépression		
Intensité	**Oui**	**Non**	**Total**
Légère	15 (18,07%)	0	15 (18,07%)
Modérée	32 (38,55%)	0	32 (38,55%)
Sévère	20 (24,10%)	0	20 (24,10%)
Néant	0	16 (19,28%)	16 (19,28%)
Total	**67 (80,72%)**	**16 (19,28%)**	**83 (100%)**

Selon l'échelle de dépression de Hamilton, 80,72% des patients de notre population d'étude présentaient une dépression au cours de l'hospitalisation. Cette dépression était d'intensité légère dans 18,39%, modérée dans 38,55% et sévère dans 24,10%.

3.5.2 Facteurs associés à la dépression

3.5.2.1 La tranche d'âge

Tableau VI: Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge et la présence de dépression

	Dépression		
Tranche d'âge	**Oui**	**Non**	**Total**
18-20	6 (6,22%)	1 (1,20%)	7 (8,43%)
21-30	14 (16,86%)	10 (12,04%)	24 (28,91%)
31-40	19 (22,90%)	2 (2,40%)	21 (25,30%)
41-50	20 (24,10%)	2 (2,40%)	22 (26,50%)
51-60	3 (3,61%)	1 (1,20%)	4 (4,82%)
60+	5 (6,02%)	0	5 (6,02%)
Total	**67 (80,72%)**	**16 (19,28%)**	**83 (100%)**

p=0,0366

La tranche d'âge 41 - 50 ans représente 24,10% des patients ayant des symptômes dépressifs contre la tranche d'âge 21 - 30 ans qui représente 62,50% des patients n'ayant pas de dépression (p = 0,0366).

L'âge avancé apparait comme un facteur associé à la dépression dans notre étude.

3.5.2.2 Antécédents médicaux

Tableau VII: Répartition des patients selon les antécédents médicaux et la présence de la dépression

	Dépression		
ATCD médicaux	**Oui**	**Non**	**Total**
DT2	2 (2,4%)	0	2 (2,4%)
HTA	1 (1,2%)	0	1 (1,2%)
DT2+HTA	1 (1,2%)	0	1 (1,2%)
UGD	1 (1,2%)	0	1 (1,2%)
Néant	62 (74,72%)	16 (19,28%)	78 (94%)
Total	**67 (80,72%)**	**16 (19,28%)**	**83 (100%)**

p=0,8663

Qu'ils aient des antécédents médicaux ou pas la majorité des patients de notre population d'étude a présenté une dépression. On en déduit que la dépression est non liée aux antécédents.

3.5.2.3 Difficulté à honorer les soins

Tableau VIII: Répartition des patients en fonction des difficultés à honorer les soins et la présence de la dépression

	Difficultés à honorer les soins		
Dépression	**Oui**	**Non**	**Total**
Oui	53 (63,85%)	14 (16,87%)	67 (80,72%)
Non	7 (8,43%)	9 (10,85%)	16 (19,28%)
TOTAL	**60 (72,28%)**	**23 (27,72%)**	**83 (100%)**

p = 0,0011

La majorité des patients ayant signalé une difficulté à honorer les soins (63,85%) ont présenté une dépression alors que la majorité de ceux qui n'avaient pas de difficultés à honorer les soins (10,85%) n'ont pas présenté de dépression. L'existence de difficultés financières apparait comme un facteur associé à la dépression dans notre étude.

3.5.2.4 Intensité de la douleur

Tableau IX: Répartition des patients selon l'intensité de la douleur et la dépression

	Dépression		
Intensité de la douleur	**Oui**	**Non**	**Total**
Faible	2 (2,4%)	0	2 (2,4%)
Modérée	12 (14,47%)	2 (2,4%)	14 (16,87%)
Forte	53 (63,85%)	14 (16,87%)	67 (80,72%)
Total	**67 (80,72%)**	**16 (19,28%)**	**83 (100%)**

p=0,6655

Quelle que soit l'intensité de la douleur la majorité des patients ont présenté une dépression. La dépression est donc non corrélée à l'intensité de la douleur. (Echelle verbale simple)

3.5.2.5 Atteinte des membres pelviens

Tableau X: Répartition des patients selon l'atteinte des membres pelviens et la présence de la dépression

	Atteinte des membres pelviens		
Dépression	**Oui**	**Non**	**Total**
Oui	56 (67,47%)	11 (13,25%)	67 (80,72%)
Non	13 (15,66%)	3 (3,62%)	16 (19,28%)
TOTAL	**69 (83,13%)**	**14 (16,87%)**	**83 (100%)**

p=0,000

La majorité des patients ayant une atteinte des membres pelviens ont également eu une dépression. La dépression est donc corrélée à une atteinte des membres pelviens dans notre étude.

3.5.2.6 Fracture

Tableau XI: Répartition des patients selon la présence d'une fracture et la présence de la douleur

	Fracture		
Dépression	**Oui**	**Non**	**Total**
Oui	63 (75,90%)	4 (4,82%)	67 (80,72%)
Non	14 (16,87%)	2 (2,41%)	16 (19,28%)
TOTAL	**77 (92,77%)**	**6 (7,23%)**	**83 (100%)**

P=0,1361

Qu'ils aient une fracture ou pas la majorité des patients de notre population d'étude ont présenté une dépression.

3.5.2.7 Autonomie

Tableau XII: Répartition des patients selon le niveau d'autonomie et la présence de la dépression

	Niveau d'autonomie du patient			
Dépression	**Faible**	**Moyen**	**Fort**	**Total**
Oui	21(25, 30%)	41 (49,40%)	5 (6,02%)	67 (80,72%)
Non	6 (7, 23%)	10 (12,05%)	0	16 (19,28%)
TOTAL	**27 (32,53%)**	**51 (64,45%)**	**5 (6,024%)**	**83 (100%)**

P=0,5096

Quelle que soit le niveau d'autonomie la majorité des patients ont présenté une dépression.

3.5.2.8 Prise en charge opératoire

Tableau XIII: Répartition des patients selon la prise en charge opératoire et la présence de la dépression.

	PEC opératoire			
Dépression	**En attente**	**Oui**	**Non**	**Total**
Oui	24 (28,92%)	40 (48,19%)	3 (3,61%)	67 (80,72%)
Non	3 (3,61%)	8 (9,64%)	5 (6,02%)	16 (19,28%)
TOTAL	**27 (32,53%)**	**48 (57,83%)**	**8 (9,64%)**	**83 (100%)**

P=0,0041

La majorité des patients qui sont en attente ainsi que la majorité des patients ayant été opéré ont présenté une dépression contrairement aux patients qui n'ont pas été opéré dont la majorité n'avaient pas de dépression.

La prise en charge opératoire ou son annonce apparait comme un facteur associé à la dépression.

3.5.2.9 Durée d'hospitalisation

Tableau XIV : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et la présence de la dépression

	Dépression		
Durée d'hospitalisation	**Oui**	**Non**	**Total**
< 1 mois	44 (53,01%)	12 (14,47%)	56 (67,48%)
1-3 mois	13 (15,66%)	2 (2,41%)	15 (18,07%)
3-6 mois	8 (9,64%)	1 (1,2%)	9 (10,84%)
> 6 mois	2 (2,41%)	1 (1,2%)	3 (3,61%)
Total	**67 (80,72%)**	**16 (19,28%)**	**83 (100%)**

P=0,7354

Quelle que soit la durée de l'hospitalisation la majorité des patients de notre population d'étude présente une dépression

3.5.2.10 Complication en cours d'hospitalisation

Tableau XV: Répartition des patients selon l'apparition de complication en cours d'hospitalisation et la présence de la dépression

	Complication en cours d'hospitalisation		
Dépression	**Oui**	**Non**	**Total**
Oui	19 (22,90%)	48 (57,83%)	67 (80,72%)
Non	1 (1,2%)	15 (18,07%)	16 (19,28%)
TOTAL	**20 (24,10%)**	**63 (75,90%)**	**83 (100%)**

P=0,12

Qu'il existe ou non de complication la majorité a présenté de dépression au cours d'hospitalisation.

3.5.2.11 Traumatisme cranio-encéphalique

Tableau XVI: Répartition des patients selon la présence de traumatisme cranio-encéphalique et la présence de la dépression

	Traumatisme cranio-encéphalique		
Dépression	**Oui**	**Non**	**Total**
Oui	21 (25,30%)	46 (55,42%)	67 (80,72%)
Non	3 (3,62%)	13 (15,66%)	16 (19,28%)
TOTAL	**24 (28,92%)**	**59 (71,08%)**	**83 (100%)**

P=0,4780

Qu'ils aient un traumatisme cranio-encéphalique ou non la plupart des patients de notre population d'étude a présenté une dépression.

3.5.2.12 Amputation de membre

Sur les 83 patients de notre étude, 9 (10,84%) ont bénéficié d'une amputation de membre dans leur prise en charge.

La totalité des amputés ont présenté une dépression dont 8 patients sur les 9 ont présenté des symptômes dépressifs modérés à sévères.

3.5.2.13 Récapitulatif des facteurs associés à la dépression.

Tableau XVII: Tableau récapitulatif des facteurs associés à la dépression.

Facteurs associés à la dépression	p-value
La tranche d'âge	0,0366
Difficultés à honorer les soins	0,0011
Atteinte des membres pelviens	0,000
Prise en charge opératoire	0,0041

4- DISCUSSION

4. DISCUSSION

4.1 ATTEINTE DES OBJECTIFS

Au terme de notre étude, nous pouvons affirmer que les objectifs fixés ont été atteints. Cette étude portant sur une population de **83 patients** nous a permis en effet :

- D'estimer la prévalence de la dépression chez les patients accidentés de la voie publique à **80,72%**
- D'identifier comme facteur statistiquement associés à la dépression chez les patients accidentés de la voie publique de notre population : **l'âge, les difficultés à honorer les soins (niveau socioéconomique bas), l'atteinte des membres pelviens et l'indication ou la réalisation d'une prise en charge chirurgicale opératoire.**
- D'affirmer qu'il n'y a pas de relation de cause à effet entre le niveau de handicap (gravité des lésions, autonomie) et la dépression.

4.2 VALIDITE DES RESULTATS DE L'ETUDE

L'enquête a été transversale, descriptive et analytique. Nous avons choisi de réaliser une étude transversale car cette dernière nous permettait d'établir à la fois une prévalence de la dépression chez les patients accidentés de la voie publique et d'identifier les facteurs qui y sont associés. La méthode non probabiliste a été utilisée pour retenir les patients qui doivent participer à l'enquête. L'étude étant effectuée dans un centre national l'échantillon obtenu pourrait ne pas être représentatif de l'ensemble de la population générale. Malgré cette limite, les résultats auxquels nos travaux ont permis d'aboutir, sont intéressants pour le dépistage de la dépression et les facteurs associés dans la population des accidentés de la voie publique et la méthode non probabiliste demeure valide sur plusieurs plans.

4.3 COMPARAISON DES RESULTATS AVEC D'AUTRES ETUDES

4.3.1 Les caractéristiques sociodémographiques

4.3.1.1 L'âge

L'âge moyen dans la population était de 37 ans avec des extrêmes de 18 ans et 70 ans. La tranche d'âge des 21 ans à 30 ans était la plus représentée.

Au Bénin, MADOUGOU et al ont trouvé des extrêmes d'âge proches de celle de notre étude, l'âge des patients allait de 16 ans à 70 ans. [40] Au Tchad, des extrêmes d'âge proches, ont également trouvé avec MOUSSA et al, l'âge des patients allait de 16 ans à 75 ans [41].

La représentativité des 21 ans à 30 ans est similaire à celle de KONATE et al en Côte d'Ivoire qui avait retrouvé 32% des 21 à 30 ans [42]. Ce résultat est proche de ceux de K. COULIBALY au Mali avec la tranche d'âge la plus touchée étant celle des 16 ans à 29 ans[43], de DEDEWANOU et al au Bénin avec la tranche d'âge la plus touchée étant celle des 15 ans à 29 ans[44] ; de SANGHO et al au Togo avec la tranche d'âge la plus touchée étant celui de 15 ans à 30 ans[45].

Ce résultat trouvé dans notre étude pourrait penser au fait que cette tranche d'âge étant jeune, ils sont plus imprudents sur la route et n'ayant pas de responsabilité, ils minimisent l'importance du respect du code de la route, le tout coiffé par un excès de vitesse sur les axes routiers.

4.3.1.2 Le sexe

Notre population était à prédominance masculine soit 72,29% d'homme pour 27,71% de femme avec le sex-ratio à 2,6.

Plusieurs études ont rapporté des résultats similaires. Ainsi KONAN et al [46] de même que SANGHO et al [45] en Côte d'Ivoire ont rapporté respectivement une prédominance masculine 55% et 74%. MADOUGOU et al au Bénin [40] ont

rapporté une prédominance masculine (219 hommes et 3 femmes), HOEKMAN et al au Niger [47] ont rapporté une prédominance masculine nette (82%), et enfin KUMAR et al au Nigéria [48] ont rapporté une prédominance masculine de 77,5%. Ce résultats pourrait se justifier par le fait que dans nos société les hommes ont la responsabilité d'aller chercher le gagne-pain pour toute la famille ce qui les exposent aux accidents de la voie publique en général et également de l'absence notoire de la gente féminine dans certaines profession telles que les taxi-moto.

4.3.1.3 Le milieu de résidence

La majorité des patients soit 86,74% provient d'un milieu urbain. Ce résultat est semblable à celui d'OUMAROU S. au Mali [49] qui notait que la plupart des patients était de la ville de Gao avec 91%.

Cette prédominance des patients de la ville pouvait aussi être liée au fait que l'étude s'est déroulée dans une zone urbaine et à la densité de la population autour des grandes villes. Nous pensons également que les patients résidant en zone rurale n'ont pas souvent la possibilité de venir se faire soigner en villes du fait de la distance et des moyens financiers.

4.3.1.4 La profession

Au plan professionnel ceux qui exercent une profession libérale prédominent en générale (26,50%). Nos résultats sont similaires à ceux rapportés par KONAN et al [41] en Côte d'Ivoire (34,5%). Par contre KRAH et al en Côte d'Ivoire [50], NGAROUA et al au Cameroun [51] et WALLA et al au Togo [52] rapportaient une prédominance des conducteurs de taxi-moto. Au vu de ce résultat on pourrait penser que bien qu'ayant une profession libérale, certains exerçaient une profession de taxi-moto secondairement.

4.3.2 Circonstance de l'accident

4.3.2.1 Moment de l'accident

Dans notre population d'étude, 62,65% des patients étaient victimes d'accident de la voie publique en semaine et la majorité des accidents était survenus à midi entre 12h et 15h. Ces résultats sont proches de ceux de MARMOR et al en Israël [53] qui rapporte que 51% des accidents ont eu lieu entre huit heures (08h) et seize heures (16h) et les jours ouvrés de semaine. Par contre POUTH et al au Cameroun [54] ont rapporté que les accidents surviennent le plus souvent le weekend (53,6%).

Ces résultats trouvés pourraient trouver une explication dans le fait que cette tranche d'heure correspond à la pause, et la circulation étant fluide, les usagers de la route font un excès de vitesse.

4.3.2.2 Modalité de l'accident

Une moto était impliquée dans 79,52% des accidents dans notre population d'étude et 61,44 des patients étaient les blessés (les patients de notre étude). Ces résultats vont de paires avec ceux de MOUSSA et al au Tchad [41], qui trouvèrent qu'une moto était impliquée dans 70,3% des cas et que les motocyclistes étaient les victimes les plus concernées (76%) de même que ceux de KRAH et al [50], de KONATE et al [42] en Côte d'Ivoire, qui ont rapporté les blessés les plus observés étaient les conducteurs de taxi-moto.

Ces résultats pourraient être étayés par l'absence de permis de conduire exigé pour les conducteurs de taxi moto, ainsi ils ne connaissent généralement pas le code de la route. Aussi, la moto étant accessible à la majorité de la population de par son coût moins onéreux que les automobiles, de ce fait les conducteurs de moto restent plus nombreux.

4.3.3 Caractéristiques cliniques

4.3.3.1 Le siège des lésions

Les parties du corps touchées par les lésions relatives à l'accident étaient principalement les membres pelviens (83,13%), la tête et le cou (32,53%).

Ces résultats sont similaires à ceux de KPOZEHOUEN et al [55], de DEDEWANOU et all [44] au Bénin qui ont rapporté que les lésions siégeaient surtout aux membres pelviens et à la tête avec respectivement (51% ; 27%) et (61% ; 25,35%). Cela résulte du fait que les membres pelviens sont généralement très exposés et que les usagers de la route de nos jours portent de plus en plus les casques de sécurité

4.3.3.2 Les lésions rencontrées

Les lésions rencontrées après l'accident dans notre population d'étude étaient principalement les fractures (91,57%) et les traumatismes cranio-encéphaliques (28,92%). MADUBUEZE et al ont rapporté que les blessures aux tissus mous et les fractures représentaient 83,5% et que la région de la tête et le cou était le site de blessure le plus courant [55] ; OUMAROU S, avait trouvé que les plaies et écorchures étaient les principales lésions (69,56%) [49] ; KRAH et al au rapportèrent que les fractures (17,6%) ne viennent qu'en deuxième position après les plaies (50,5%) [50].

Cette fréquence élevée de fracture dans notre population d'étude pourrait s'expliquer par le nombre très élevé d'accident dans le rang des motocyclistes dans notre population car ceux-ci sont moins protégés au plus exposés à la chute que les usagers ayant des véhicules à quatre roues.

4.3.3.3 Prise en charge

L'état clinique de la majorité des patients de notre étude nécessitait une prise en charge chirurgicale opératoire soit 90,36%.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des lésions à types de fracture de notre population répondaient aux critères d'une prise en charge chirurgicale opératoire.

4.3.3.4 Complications en cours d'hospitalisation

Parmi les patients de notre population d'étude, 24,10% des présentaient une complication en cours d'hospitalisation. Seul les patients opérés et ceux en attende d'une prise en charge chirurgicale opératoire ont présenté des complications. Cela pourraient s'expliquer par la gravité des lésions et les complications en post-opératoires liés à toutes les disciplines chirurgicales.

4.3.4 Prévalence de la dépression en fonction de l'interprétation de l'échelle d'évaluation d'Hamilton

Selon l'échelle de dépressions d'Hamilton, 80,72% des patients de notre population d'étude présentaient une dépression au cours de l'hospitalisation. Ce taux élevé de dépression pourrait trouver son explication par l'échelle utilisée, la technique d'échantillonnage utilisée qui pourrait ne pas être représentatif et la taille de l'échantillon. Pour mieux explorer il faudrait inclure tous les patients accidentés de la voie publique possibles en élargissant l'étude à plusieurs autres centres en dehors de notre centre d'étude.

Cette prévalence très élevée pourrait également être dû d'une part à une absence d'assurance sanitaire comparativement à plusieurs autres pays puisqu'une difficulté à honorer les soins est un facteur associé à la dépression dans notre étude, et d'autre part au nombre élevé de patients qui ont été pris en charge de façon chirurgicale opératoire et de ceux en attente car l'indication chirurgicale opératoire et sa réalisation sont des facteurs associés à la dépression dans notre étude. Elle pourrait aussi se prêter à l'arrêt du travail qui était source de revenue

pour nourrir et entretenir la famille et également à la dépendance brutale sur plusieurs plans (financier, les gestes quotidiens de la vie).

Notons que la prévalence de la dépression dans notre étude est plus élevée que celle trouvée par plusieurs autres auteurs dans la littérature. Ainsi ASUQUO et al au Nigéria qui ont mené une étude sur la prévalence de la dépression et de l'état de stress post traumatique chez les patients impliqués dans un accident de la route par rapport à celle de la population générale et ont trouvé que la prévalence de la dépression chez les cas était de 63% contre 30,4% chez les témoins [57]. Pour GUEST et al en Australie, un taux substantiel de trouble dépressif majeur de 53,2% a été trouvé [58]. D'après DUCROCQ et al, la prévalence des troubles dépressifs majeurs varie de 25% à 50 % selon plusieurs études [59]. JOMLI et al ont rapporté une prévalence de 39,3% de patients ayant un score de dépression pathologiquement élevé (score HAM-D 15 ou plus) [60]. Pour COPANITSANOU et al en Grèce, une personne sur 3 avait un score CES-D (échelle de dépression du centre d'étude épidémiologique) qui était considéré comme cliniquement significatif [61].

4.3.5 Les facteurs associés à la dépression

4.3.5.1 L'âge

L'âge avancé apparait comme un facteur associé à la dépression dans notre étude.

Ce résultat pourrait trouver une explication dans le fait que les patients d'âge avancé ont très souvent des responsabilités et des charges qu'ils n'arrivent pas à remplir du fait de la pathologie actuelle. Cela pourrait être un des facteurs associés à cette dépression. Ces résultats sont plus ou moins contraires à ceux de GUERRERO et all qui ont trouvé que l'âge du patient n'est pas un facteur important devant la localisation de la blessure et d'autres facteurs psychologiques et environnementaux [62].

4.3.5.2 Les difficultés à honorer les soins

L'existence de difficultés financières apparait comme un facteur associé à la dépression dans notre étude.

Le niveau socioéconomique bas réduit le pouvoir d'achat, le coût très onéreux de la chirurgie dans la prise en charge opératoire (le matériel d'ostéosynthèse, l'acte opératoire, les bilans préopératoires, la consultation pré-anesthésique, les consommables à utiliser en salle d'opération) et l'absence d'une assurance sanitaire disponible pour toute la population pourraient être la raison qui prône cette difficulté pour honorer les soins. Aucune étude n'a encore abordé cet aspect de l'étude pour des fins de comparaison, il s'avère important de mener d'autres études afin de mieux investiguer cette hypothèse.

4.3.5.3 La prise en charge opératoire

La prise en charge opératoire ou son annonce apparait comme un facteur associé à la dépression notre étude.

Une indication chirurgicale opératoire posée vient confirmer la gravité de la lésion, faire référence à une plus ou moins longue durée d'hospitalisation et les possibles complications pouvant subvenir au décours de toute chirurgie. Mais aucune étude n'a encore évalué l'importance de l'annonce de la prise en charge chirurgicale opératoire dans la dépression chez les patients accidentés de la voie publique à notre connaissance pour des fins de comparaison. Concernant la dépression en post opératoire chez les patients accidentés de la voie publique, pour mieux apprécier les liens et donner des explications claires et précises, l'intérêt d'une étude des symptômes dépressifs et ces différents facteurs associés en post-opératoire prend toute son importance.

4.3.5.4 L'atteinte des membres pelviens

La dépression est corrélée à une atteinte des membres pelviens dans notre étude. Cette corrélation prend tout son sens devant la capacité très faible de se mouvoir qu'offrent certaines lésions des membres pelviens. Ces lésions des membres pelviens maintiennent le patient dans une dépendance très prononcée de l'entourage vis à vis des gestes quotidiens élémentaires (s'habiller, manger, faire sa toilette, Prendre son bain ….). Cependant, aucune étude n'a encore abordé clairement la relation entre l'atteinte des membres pelviens et la dépression pour des fins de comparaison, il s'avère important de mener d'autres études afin de mieux investiguer cette hypothèse.

CONCLUSION

CONCLUSION

Cette étude sur la prévalence de la dépression chez les patients accidentés de la voie publique suivis au CNHU-HKM, nous a donné l'opportunité de ressortir la dépression présente chez les patients accidentés de la voie publique et les facteurs qui y sont associés.

Il en ressort que la prévalence de la dépression au sein de la population d'étude de 83 patients était de 80,72%.

Notre population était à prédominance masculine soit 72,29%. L'âge moyen dans la population était de 37 ans avec des extrêmes de 18 ans et 70 ans. La moyenne d'âge chez les femmes étant de 40,08 ans avec des extrêmes de 19 ans et 65ans contre 35 ans avec des extrêmes de 18 ans et 70 chez les hommes. La tranche d'âge des 21 - à 30 ans était la plus représentée. La majorité des patients provient d'un milieu urbain, est à statut matrimonial marié, est chrétien et d'ethnie fon et apparentés. Au plan professionnel, ceux qui exercent une profession libérale sont majoritaires.

La plupart des patients ont eu leur accident en semaine entre 12 heures et 15 heures. Ils sont majoritairement touchés aux membres pelviens et ont eu une fracture.

Plusieurs facteurs sont statistiquement associés à la dépression dont l'âge, les difficultés à honorer les soins et l'indication d'une prise en charge opératoire et sa réalisation. La connaissance de ces facteurs permettra d'assurer une prise en charge globale et adéquate des patients accidentés traumatisés.

Des études doivent être encore réalisées pour faire un point général sur l'ensemble des pathologies psychiatriques en post accident de la voie publique pour le bonheur des patients que nous voulons servir.

SUGGESTIONS

SUGGESTIONS

Au vu des résultats de notre étude nous pouvons faire les suggestions suivantes :

- **A l'attention des autorités du ministère de la santé**

- Mettre à disposition des bourses de formation des spécialistes en psychiatrie en nombre suffisant pour une meilleure prise en charge des patients.
- Equiper les cliniques de santé mentale en matériel et en consommables adéquats.
- Promouvoir l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaire
- Organiser des séances de sensibilisation et d'information sur la dépression.
- Faire de l'assurance maladie une réalité dans notre pays

- **A l'attention des autorités du CNHU-HKM de Cotonou**

- Renforcer les compétences en psychothérapie des praticiens psychologues et psychiatres pour une meilleure prise en charge des patients accidentés de la voie publique.
- Assurer une formation continue des docteurs en spécialisation en traumatologie pour la détection rapide de la dépression post traumatique.

- **Aux autorités de la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou**

- Initier un dépistage précoce et régulier des symptômes dépressifs dans le paquet de prise en charge des patients accidentés de la voie publique dès leur admission dans le service.

- Ne pas hésiter à demander l'aide les intervenants des pathologies mentales pour une prise en charge adéquate et globale du patient accidenté de la voie publique.

A l'attention de la population

- Ne pas hésiter à se rendre dans le service de santé mentale ou à recevoir un agent de la santé mentale sur indication du personnel du service de CUTO-CR car plus vite on s'attaque à la pathologie, meilleurs sont les résultats..

REFERENCES

REFERENCES

1. **Garret-gloanec N**. « La dépression : en savoir plus pour en sortir ». L'information psychiatrique. [En ligne]. 2007 [consulté le 22 févr 2023]; 10(83) :785 à 786. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2007-10-page-785.htm
2. **Quintin A**. la dépression: une théorie de la hauteur [Mémoire M1 sociologie d'enquête]. Université Paris Descartes. [En ligne]. [consulté le 22 févr 2023]; Disponible sur: https://www.academia.edu/download/46994804/M1-Memoire-AQ_depression_une_theorie_de_la_hauteur.pdf
3. **WHO**. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organisation. 2017;1(1):24.
4. **Gbaguidi SF**. Prévalence et déterminants des troubles dépressifs chez les étudiants à la FSS de Cotonou [Thèse de doctorat en Médecine]. Université d'Abomey Calavi ; 148p.
5. **Shields M, Tonmyr L, Gonzalez A, Weeks M, Park S.** Symptômes du trouble dépressif majeur pendant la pandémie de COVID-19: résultats obtenus à partir d'un échantillon représentatif de la population canadienne. 2021 [consulté 22 févr 2023]; Disponible sur: https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-41-no-11-2021/symptomes-trouble-depressif-majeur-pandemie-covid-19-echantillon-representatif-population-canadienne.html.
6. **De Man J, Rens E, Wouters E, Van K, Broeck D, Buffel V, et al.** L'effet du confinement lié au Covid-19 sur la santé mentale des jeunes. dial.uclouvain.be [en ligne]. 2021 [consulté 22 févr 2023]; Disponible sur:

https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A244500/datastream/PDF_01/view

7. **Salthum-Lassalle B.** 24% des humains dépressif à cause du covid-19 Dans cerveau& Psycho [en ligne]. 2021 ; [consulté 22 févr 2023]; 132(5), page 7. Disponible sur: https://www.google.com/search?hl=fr&q=+Salthum+lassalle+B,+dans+cerveau+et+psycho
8. **Manus JM.** Augmentation mondiale de 25% de la prévalence de l'anxiété et de la dépression. Revue francophone des lab. [En ligne]. 2022 [consulté 22 févr 2023]; (542): 12-13. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9068886/
9. **Cottencin O.** Dépression sévère : Comorbidité somatiques. Encéphale. Elsevier [En ligne]. 2009 [consulté le 22 févr 2023]; 35(7) :272-278 Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700609734852
10. **Mantelet S, Hardy P**. Dépression et maladies somatiques. Médecine thérapeutique. [En ligne]. 2002 [consulté 22 févr 2023]; 8(4) :) 238-43. Disponible sur: https://www.jle.com/fr/revues/medecine/met/e-docs/00/02/C1/10/article.phtml
11. **Lemogne C**. « Dépression et pathologies somatiques », Franck Bellivier édition, « Actualités sur les maladies dépressives ». Lavoisier. [En ligne]. 2018. [consulté 22 févr 2023], pages 511 à 525. Disponible sur: https://www.cairn.info/actualités-sur-les-maladies-dépressives--9782257207333-page-511.htm
12. **Crichlow RJ, Andres PL, Morrison SM, Vrahas MS**. Dépression chez les patients traumatisés orthopédiques: Prévalence et gravité. Le journal de la chirurgie osseuse et articulaire: septembre 2006 - volume 88 - numero 9 - p 1927-1933. https://doi.org/10.2106/JBJS.D.02604

13. **Akoussan CF.** La dépression, une priorité négligée. Editions Afrique sub-saharienne. [En ligne].2017 [consulté en ligne le 27 juillet 2022]. www.scidev.net
14. **World Health Organisation**. Dépression [En ligne] 2021 [consulté le 27 juillet 2022.]Disponible sur https://ww.who.int
15. **Postel J**. Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. Larousse ;2011.544p.
16. **American Psychiatric Association**. DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: texte révisé. Elsevier Masson; 2004.
17. **Gbadamosi TI, Henneh IT, Aluko OM, Yawson EO, Fokoua AR, Koomson A et al.** Depression in sub-saharan Africa. Rapport de l'IBRO sur les neurosciences. [En ligne].2022 [consulté le 27 juillet 2022.] volume 12 ; pages 309-322. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667242122000173
18. **Fond G, Lançon C, Auquier P, Boyer L.** Prévalence de la dépression majeure en France en population générale et en population spécifique de 2000 à 2018 : une revue systématique de la littérature. La presse médicale. Elsevier [En ligne]. 2019 [consulté le 22 févr 2023] 48(4) ; pages 365-375. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498218304895
19. **Kessler RC, Bromet EJ**. The epidemiology of depression across cultures. Annu Rev Public Health. mars 2013;34:119-38.
20. **Chatillon O, Galvao F.** KB de psychiatrie et pédo-psychiatrie. Editions vernazobres- grego ; 2008.
21. **Organization WH**. Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017 [consulté 22 févr 2023]; Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?s

22. **Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, TandonA, Ustun B.** Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the world health surveys. Elsevier [En ligne]. 2007 [consulté le 22 févr 2023]; volume 370, Issue 9590, 8-14, pages 851-858. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607614159
23. **Penner-Goeke S, Binder EB.** Epigenetics and depression. Dialogues Clin Neurosci. 1 déc 2019;21(4):397-405.
24. **Beck AT**. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. Am J Psychiatry. août 2008;165(8):969-77.
25. **Lanfumey l, Hamon M**. Approche neurobiologique de la dépression: nouvelles données. Elsevier [En ligne]. 2005 [consulté le 22 févr 2023]; 60(5) :431-440. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0040595716303250
26. **Hasler G, Drevets WC, Manji HK, Charney DS**. Discovering endophenotypes for major depresion. Neuropshchopharmacology. [En ligne]. 2004 [consulté le 22 févr 2023]; vol 29, 1765-1781. Disponible sur: https://www.nature.com/articles/1300506
27. **Keller R, Rigardetto R, Vaccarino P, Maggioni M, Iannoccari G, Teriaca MG.** Screening anxious-depressive symptoms and pain in medical inpatients. Panminerva Med. [En ligne]. 2008 [consulté le 22 févr. 2023] ; 50 (3):217-20. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Roberto-Keller/publication/23388805_Screening_anxious-depressive_symptoms_and_pain_in_medical_inpatients/links/56fceffe08ae3c85c0c8665e/Screening-anxious-depressive-symptoms-and-pain-in-medical-inpatients.pdf
28. **Walker FB, Novack DH, Kaiser DL, Knight AL, Chevalier U, Oblinger P.** Anxiety and depression among medical and surgical patients nearing hospital discharge. J Gen Intern Med. [En ligne]. 1987[consulté le 22 févr.

2023] ; 2(2):99-101. Disponible sur: https://www.academia.edu/download/77327142/bf0259630520211225-13472-v0gaw7.pdf

29. **American Psychiatric Association**. DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux cinquième édition. Elsevier Masson.
30. **Katon WJ.** Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. Dialogues Clin Neurosci. 31 mars 2011;13(1):7-23.
31. **Collection " Officiel ECN"** Presse universitaire François-Rabelais. référentiel de psychiatrie : psychiatrie de l'adulte, de l'enfant de l'adolescent. Addictologie. 2014.
32. **Agbokou C, Fossati F**. Drug treatement of depression. [En ligne]. 2008 [consulté le 22 févr. 2023] ;Volume 37, issue 5, part 2, pages 867-875. Disponible sur: https://europepmc.org/article/med/18356010
33. **Richieri R, Adida M, Boyer L, Lançon C**. Psychostimulants in the treatment of depression. [En ligne].2013 [consulté le 22 févr. 2023] ; 42(3) :347-352. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498212003193
34. **Botai T**. Traitement non médicamenteux de la dépression. La presse médicale. [En ligne].2008 [consulté le 22 févr. 2023] ; 37, n°5, partie 2, pages 877-882. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498208000912
35. **Soussan PL.** Psychiatrie 75014 Paris. Edition MED-Line 2001-2002.
36. **TRAORE S.D**. Etude épidémio-clinique des traumatismes des accidents de la circulation routière dans le centre de sante de référence de Kolokani à propos de 146 cas [Thèse de doctorat en Médecine]. Université de Bamako; 105p.

37. **Larrousse P** Dictinnaire de francais Eddition Larousse 2012 Paris [consulté en ligne 24 Mai 2023]; Disponible sur: https://www.larousse.fr/science/dictionnaires/francais/traumatisme/79279

38. **NEZIEN C.T.M.** Les traumatismes par accidents de la circulation routière reçus au Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou : aspects épidémiologiques, cliniques thérapeutiques et évolutifs. [Thèse de doctorat en Médecine]. Université Polytechnique de Bobo Dioulasso; 125p.

39. **TRAORE B.M** Etude épidémio-clinique des traumatismes liés aux accidents de la circulation routière pris en charge dans le CS Réf de Niono. [Thèse de doctorat en Médecine]. Université de Bamako; 70p.

40. **Madougou S, Chigblo PS, Tchomtchoua AS, Lawson E, Yetognon L, Hans-moevi AA.** Incidence et impacts des accidents de la voie publique chez les conducteurs de taxi-moto en milieu tropical. Rev Chir Orthop Traumatol. 1 avr 2016;102(2):211-4.

41. **Moussa K, Andjeffa V, seid Y, Adjougoulta B, Mantou B, djibdouna K, Abdoulaye Y, Guire S I, Wiché A, Ouchemi C.** Aspects épidémiologiques des traumatismes liés aux accidents de la voie publique chez les adultes au Centre Hospitalier Universitaire de Référence Nationale de N'djamena (Chu-Rn) Tchad. ESJ. [En ligne]. 2021 [consulté le 22 févr. 2023] 17 (25), 396-404. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Kalli-Moussa/publication/353605930_Aspects_Epidemiologiques_Des_Traumatismes_Lies_Aux_Accidents_De_La_Voie_Publique_Chez_Les_Adultes_Au_Centre_Hospitalier_Universitaire_De_Reference_Nationale_De_N'Djamena_Chu-Rn_Tchad/links/610561531e95fe241a9e4ac5/Aspects-Epidemiologiques-Des-Traumatismes-Lies-Aux-Accidents-De-La-Voie-Publique-Chez-Les-Adultes-Au-Centre-Hospitalier-Universitaire-De-Reference-Nationale-De-NDjamena-Chu-Rn-Tchad.pdf

42. **Issa K, Lambert YAOB, B KKP, Emile TK, Marus VK, Florent KA et al.** Aspects épidémio-cliniques et tomodensitométriques des lésions crânio-encéphaliques des accidentés de la voie publique par engins à deux roues à Bouaké (Côte d ' Ivoire). 2020;12(numéro 2):80-8.

43. **Coulibaly K.** Etude épidémiologiques des accidents de la voie publique au CHU GABRIEL TOURE. [Thèse de doctorat en Médecine]. Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako, 2020. 78p.

44. **Dedewanou L, Yanogo PK, Sawadogo B, Antara S, Méda N.** Profil épidémiologique et clinique des accidentés de la voie publique dans la commune de Porto-Novo au Bénin. Science et technique, science de la santé. [En ligne]. 2019 [consulté le 22 févr. 2023]; 42 (2), 87-97. Disponible sur: https://revuescience-techniqueburkina.org/index.php/sciences_de_la_sante/article/download/166/650

45. **Sangho O, Dansoko DD, Traoré B, Diarra MM, Sangho F, Sangho A et all.** Etude épidémio-clinique des traumatisés liés aux accidents de la voie publique à l'hopital de Niono. Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé. [En ligne]. 2021 [consulté le 22 févr. 2023]; 23 (3) : 219-230. Disponible sur: https://www.ajol.info/index.php/jrsul/article/view/222248

46. **Konan KJ, Assohoun KT, Kouassi F, Ehua SF.** Profil épidémiologiques des traumatisés de la voie publique aux urgences du CHU de YOPOUGON. Rev. Int. Sc. Med. [En ligne]. 2006 [consulté le 22 févr. 2023]; 8(3) 44-48. Disponible sur: https://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/rev_Ivoire/V8-3/9- Profil épidémioogique.pdf

47. **Hoekman P, Oumarou MT, Djia A**. les traumatismes dus aux accidents motorisés : un problème de santé publique à Niamey, Niger. Médecine

d'Afrique Noire. [En ligne]. 1996. [consulté le 22 févr. 2023]; 43 (11), 596-601. Disponible sur: http://www.santetropicale.com/Resume/114311.pdf

48. **Kumar S, Dhiraj M, Srivastava K, Kharya P, Sachan N, Kiran K.** Analysis of risk factors contributing to road traffic accident in a tertiary care hospital. A hospital based cross-sectional study. Chin J Traumatol. [En ligne]. 2020 Jun ; [consulté le 22 févr. 2023]; 23(3) :159-162. Disponible sur: https://mednexus.org/doi/abs/10.1016/j.cjtee.2020.04.005

49. **Oumarou S**. Etude épidémio-clinique des accidents de la circulation routière à l'hopital de Gao. [Thèse de doctorat en Médecine]. Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako, 2011. [consulté le 13 février 2023]. [En Ligne] : https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1095

50. **Krah KL, Yao LB, Séry B, M'bra KI, Bénié AC, Kouassi K, et al.** Données épidémiologiques des accidents de moto aux urgences chirurgicales du CHU de Bouaké. Rev. Int. Sc. Med. [En ligne]. 2013 [consulté le 13 février 2023] ; 15 (3): 161-164. Disponible sur: https://www.revues-ufhb-ci.org/fichiers/FICHIR_ARTICLE_190.pdf

51. **Ngaroua D, Mbo AJ, Adiego NAM, Djibrilla Y, Eloudou NJ.** Les fractures dues aux accidents de la voie publique à l'Hôpital Régional de Ngaoundéré (Cameroun). Health sciences and disease. [En ligne]. 2016 [consulté le 13 février 2023] ; 17 (3). Disponible sur: http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/564

52. **Walla A, Lagneble A, James Y, Kombate N, Towoezim T, Tsolenyanu S, et al.** Motif d'hospitalisation en Traumatologie-orthopédie pour lésions des membres à Lomé (Togo). Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé. [En ligne]. 2016 [consulté le 13 février 2023] ;18 (1), 129-136. Disponible sur: https://www.ajol.info/index.php/jrsul/article/view/137423

53. **Marmor M, Parnès N, Aladgem D, Birshan V, Sorkine P, Halpern P.** Characteristics of road traffic accidents treated in an urban center. Isr Med assoc J. [En ligne]. 2005 [consulté le 13 février 2023]; 7 (1) :9-12. Disponible sur: https://www.ima.org.il/filesupload/IMAJ/0/49/24923.pdf

54. **Pouth CN, Fouda AAB, Penda CI, Baonga S, Etapelong GS, Binam F, Beyiha G.** Accidentologie des accidents de la voie publique à Douala en 2011. Revue de Médecine et de Pharmacie. [En ligne]. 2013 [consulté le 13 février 2023] ;3 (1), 270-277. Disponible sur: https://www.ajol.info/index.php/rmp/article/view/97990

55. **Kpozehouen A, Paraiso M, Glele ahanhanzo Y, Azandjèmè C, Agueh V.** Issue des accidents de la voie publique : analyse à partir des données hospitalières, Bénin. Revue d'épidémiologie et de la santé publique. [En ligne]. 2016 [consulté le 13 février 2023] ;64 (4) :215-216. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762016304783

56. **Madubueze CC, Chukwu COO, Omoke NI, Oyakhilome OP, Ozo C.** Road traffic injuries as seen in a Nigerian Teaching hospital. In Orthop. 2011 May ; 35(5) :743-6.

57. **Asuquo JE, Edet BE, Abang IE, Essien EA, Osakwe OG, Aigbomain EJ, Chigbundu KC**. Depression and posttraumatic stress disorder among road traffic accident victims managed in a tertiary hospital in southern Nigeria. Niger J Clin Pract. [En ligne].2017 [consulté le 13 février 2023]; 20(2) :170-175. Disponible sur: https://www.ajol.info/index.php/njcp/article/view/150010

58. **Guest R, Tran Y, Gopinath B, Cameron ID, Craig A.** Prevalence and psychometric screening for the detection of major depressive disorder and post-traumatic stress disorder in adults injured in a motor vehicle crash who are engaged in compensation. BMC Psychol. 2018 Feb 21 ; 6 (1) :4.

59. **Ducrocq F, Vaiva G, Cottencin O, Molenda S, Bailly D.** Stress post-traumatique, dépression post-traumatique et épisode dépressifs majeur :

littérature. Encéphale. [En ligne]. 2001 [consulté le 13 février 2023]; 27(2) :159-68. Disponible sur: https://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=969480

60. **Jomli R, Zineb SB, Dziri C, Salah FB**. Evaluation du dommage psychiatrique dans une population d'accidentés de la voie publique en Tunisie. Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et formation en Médecine Physique et de Réadaptation. [En ligne]. 2010 [consulté le 13 février 2023]; 30(3):96-105. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0242648X10000630
61. **Copanitsanou P, Drakoutos E, Kechagias V.** Posttraumatic stress, depressive emotions, and satisfaction with after a road traffic accident.Orthop Nurs. [En ligne].2018 [consulté le 13 février 2023]; 37 (1)43-53. Disponible sur : https://journals.lww.com/orthopaedicnursing/Fulltext/2018/01000/Posttraumatic_Stress,_Depressive_Emotions,_and.9.aspx
62. **Guerrero CEG, Moreno BP.** Fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de depressao no traumatismo cranioencefalico. Neuropsicologia latinoamericana versao [En ligne]. 2014 [consulté le 13 février 2023] ; 6(3):25-46. Disponible sur: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2075-94792014000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

ANNEXES

ANNEXES

ANNEXES I : FICHE D'ENQUETE PATIENT

Veuillez bien vouloir répondre à toutes les questions de ce questionnaire en écrivant dans la colonne réponse les chiffres ou lettres correspondant à votre choix

Fiche N° :……. **Date de passation :……**

I- Données Généraux					
N°	Questions		Codes	Réponse	Saut
01	Age (années)				
02	Sexe		1- Masculin 2- Féminin		
03	Résidence		1- Urbain 2- Rural		
04	Profession		1- Elève/Etudiant ; 2- Cadre ; 3- Profession libérale 4- Commerçant(e) ; 5- Conducteur de taxi-moto 6- Agent de production ; 7- Sans emploi ; 8- Retraité ;		Autre à préciser : ……
05	Ethnie		1. Fon 2. Adja 3. Mina 4. Goun 5. Yoruba 6. Dinndi		Autre à préciser :. …….
06	Religion		1- Catholiques 2- Evangélique 3- Assemblée de Dieu 4- Témoin de Jéhovah 5- Musulmans 6- Céleste 7- Religion endogène		
07	Situation matrimoniale		1- Célibataire 2- Marié(coutumier, civile, religieux) 3- Veuf (ve) 4- Divorcé 5- Comcubinage		
08	Antécédents	Médicaux	1- non 2- oui		Si oui à préciser :… …

		Traumatologiques	3- non 4- oui		Si oui à préciser :….
		Psychiatriques	5- non 6- oui		Si oui préciser :… …
II- DONNEES LESIONNELS					
II-1 Circonstances-mécanisme					
09	Jour de l'accident				
10	L'heure de l'accident				
11	Délai d'admission (heure)				
12	Type d'accident		A- moto-moto B- moto-auto C- moto-tricycle D- moto-camion E- moto-obstacle F- piéton-auto G- piéton-moto H- chute libre I- auto-auto J- auto-moto K- auto-tricycle L- auto-obstacle M- auto-camion N- tricycle-auto O- tricycle-moto		Autre à préciser :…… ……..
13	Type de transport		1- Sapeurs-pompiers ; 2- Ambulance médicalisée ; 3- Véhicule personnel ; 4- SAMU 5- Je ne sais pas		
14	Origine du patient		1- Lieu de l'accident 2- Centre de santé périphérique (Référence)		
II-2 Soutien					
15	Avez-vous reçu de la visite depuis votre hospitalisation ?		1. Non 2. Oui		Si oui combien :… ….
16	Avez-vous reçu de l'aide financière ?		1. Non 2. Oui		
17	Avez-vous des difficultés pour honorer les soins ?		1. Non 2. Oui		
II-3 Etat actuel					

Echelle A.D.L. de Katz (Evaluation de l'autonomie du patient)

	Dépendant	**Aide partielle**	**Autonome**
Hygiène			
Habillage			
Toilettes			
Locomotion			
Continence			
Repas			

ANNEXES II

Echelle de dépression de Hamilton :

Veuillez bien vouloir encercler le chiffre correspondant à votre état actuel

A. Humeur dépressive (état de tristesse, d'impuissance, d'auto dépréciation, sentiment d'être sans espoir)

0- absent

1- Etats affectifs signalés uniquement si on l'interroge (ex. pessimisme, sentiment d'être sans espoir).

2- Etats signalés spontanément et de manière verbale ou sonore (ex. par des sanglots occasionnels).

3- Etats communiqués de manière non verbale (ex. expression faciale, attitude, voix, tendance à sangloter).

4- La personne ne communique pratiquement que ces états affectifs verbalement et non verbalement.

B. Sentiments de culpabilité de la personne

0- N'a pas de sentiments de culpabilité.

1- S'adresse des reproches, et a l'impression d'avoir porté préjudice à des gens.

2- Idées de culpabilité et rumination sur des erreurs passées ou des actions condamnables La maladie actuelle est une punition.

3- Idées délirantes de culpabilité. La maladie actuelle est une punition.

4- Entend des voix qui l'accusent ou la dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

C. Suicide

0- N'a pas d'idée suicidaire.

1- A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

2- Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

3- Idées ou geste de suicide

4- Tentatives de suicide (coter toute tentative de suicide sérieuse)

D. Insomnie de début de nuit

0- Pas de difficulté à s'endormir.

1- Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.

2- Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

E. Insomnie en milieu de nuit

0- Pas de difficulté à s'endormir.

1- Se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.

2- Se réveille pendant la nuit (coter toutes les fois où le patient se lève la nuit sauf si c'est pour aller aux toilettes)

F. Insomnie du matin

0- Pas de difficulté.

1- Se réveille de très bonne heure mais se rendort.

2- Incapable de se rendormir s'il se lève.

G. Travail et activités

0- Pas de difficulté.

1- Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

2- Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, soit décrite directement par le malade soit indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations. (a l'impression de devoir se forcer).

3- Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.

4- A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. A l'hôpital, cocher si le malade n'a aucune autre activité que les taches de routine de salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces taches de routine sans être aidé

H. Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration et de l'activité motrice)

0- Pensée et langage normaux.

1- Léger ralentissement à l'entretien.

2- Ralentissement manifeste lors de l'entretien.

3- Entretien difficile.

4- Entretien impossible (état de stupeur).

I. Agitation

0- Aucune

1- Crispations, secousses musculaires

2- Joue avec ses mains, ses cheveux...

3- Bouge, ne peut rester assis tranquille

4- Se tord les mains, se ronge les ongles, s'arrache les cheveux, se mord les lèvres

J. Anxiété psychique

0- Aucune

1- Symptômes légers - Tension subjective et irritabilité

2- Symptômes modérés- Se fait du souci à propos de problèmes mineurs

3- Symptômes sévères - Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage

4- Symptômes très invalidants - Peurs exprimées sans que l'on pose de questions

K. Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, palpitations, céphalées ...)

0- Aucun de ces symptômes

1- Symptômes légers

2- Symptômes modérés

3- Symptômes sévères

4- Symptômes très invalidants frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle

L. Symptômes somatiques gastro-intestinaux

0- Aucun symptôme

1- Manque d'appétit, mais mange sans y être poussé

2- A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux

M. Symptômes somatiques généraux

0- Aucun

1- Lourdeur dans les membres, le dos et la tête. Maux de dos, de tête, douleurs musculaires, perte d'énergie, fatigabilité.

2- Un des symptômes apparaît clairement

N. Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

0- Absents

1- Légers

2- Sévères

O. Hypochondrie (état d'une personne qui craint la maladie de façon obsessive ou qui se croit abusivement malade sous tous prétextes)

0- Absente

1- Attention concentrée sur son propre corps

2- Préoccupations sur sa santé

3- Convaincu d'être malade. Plaintes fréquentes et demandes d'aide...

4- Idées délirantes hypochondriaques

P. Perte de poids

I: D'après les renseignements apportés par le malade

0- Pas de perte de poids

1- Perte de poids probable

2- Perte de poids certaine

II: Si le poids est mesuré quotidiennement par le personnel soignant

0- Perte inférieure à 500g par semaine

1- Perte supérieure à 500g par semaine

2- Perte supérieure à 1 kg par semaine

Q. Prise de conscience

0- Reconnaît être déprimée et malade

1- Reconnaît être malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, au besoin de repos...

2- Nie être malade

ANNEXES III « FICHE DOSSIER »

Fiche N° ……..

N°	Questions	Codes	Réponse	Saut
III- Examen à l'admission				
19	Perte de connaissance initiale	1- Non 2- Oui Si oui préciser la durée		
	Intensité de la douleur	1- Faible 2- Modérée 3- Forte		
20	Organes touchés			
	Tête et cou	1- Non 2- Oui		
	Thorax	1- Non 2- Oui		
	Bassin	1- Non 2- Oui		
	Membres thoraciques	1- Non		

		2- Oui		
		Si oui préciser le coté :……..		
	Membres pelviens	1- Non 2- Oui		
		Si oui, préciser le coté :……		
		Si oui à préciser :……..		
23	Diagnostic lésionnel			
	Entorse	1. Non 2. Oui		
	Luxation	1. Non 2. Oui		
	Fracture	1- Non 2- Oui		
	Traumatisme vertébro-médullaire	1. Non 2. Oui		
	Traumatisme cranioencéphalique	1. Non 2. Oui		
IV-	**Aspects thérapeutiques**			
24	PEC orthopédique	1= Non 2= Oui		
		Si oui, préciser :		

		A. Plâtre B. Attelle C. Traction PL D. Traction AB		
25	PEC chirurgicale	1- Non 2- Oui 3- En attente		
V-Aspects évolutifs				
26	Durée de l'hospitalisation	1- Inférieure à 1 mois 2- Entre 1 et 3 mois 3- Entre 3 et 6 mois 4- Supérieure à 6 mois		
27	Complications en cours d'hospitalisation	1- Non 2- Oui		
28	Patient amputé	1. Non 2. Oui		
		Si oui à t'il bénéficier d'une consultation en psychiatrie ? A. Non B. Oui		

		Si oui avant amputation		
		Si oui après amputation		

ANNEXES IV

FICHE DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude : Prévalence de la dépression chez les patients accidentés dans les services de CUTO-CR et de CUAU au CNHU-HKM de Cotonou.

Engagement du (de la) participant(e)

Je soussigné(e),…..... déclare avoir lu ou avoir été informé par une tierce personne et compris le contenu de la note d'information.

Je certifie avoir discuté avec KPODANYESSI Joël et compris l'objectif, la modalité de participation, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

J'ai eu l'occasion de poser des questions concernant cette étude et le chercheur y a répondu à ma satisfaction.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature du participant……..……..……

Date……..

Table des matières

ACTION DE GRACE ii

DEDICACE iv

REMERCIEMENTS viii

HOMMAGES xi

LISTE DES ABREVIATIONS xv

LISTE DES FIGURES xviii

LISTE DES TABLEAUX xix

SOMMAIRE xxii

INTRODUCTION 2

1. GENERALITES 6

1.1 LA DEPRESSION 6

1.1.1 Définition 6

1.1.2 EPIDEMIOLOGIE 7

1.1.3 ETIOPATHOGENIE 8

1.1.4 DIAGNOSTIC 15

1.1.5 TRAITEMENT 19

1.1.6 EVOLUTION 22

1.2 GENERALITES SUR LES ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE 24

1.2.1 Définition 24

1.2.2 Différentes types d'accident de la voie publique 25

1.2.3 Les causes des accidents de la voie publique 25

1.2.4 Rappels cliniques 27

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE 41

2.1 Cadre d'étude 41

2.1.1 Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences (CUAU) 41

2.1.2 Clinique Universitaire de la Traumatologie Orthopédique et de la Chirurgie Réparatrice (CUTO-CR) 43

2.2 Méthode d'étude 45

2.2.1 Type et période d'étude 45

2.2.2 Population d'étude 45

2.2.3 Echantillonnage 45

2.2.4 Variables de l'étude 46

2.2.5 Collecte de données 47

2.2.6 Traitement et analyse des données 47

2.2.7 Considérations éthiques et administratives éventuelles 48

2.2.8 Difficultés rencontrées 48

3. RESULTATS 50

3.1 Données sociodémographiques 50

3.2 Circonstances de l'accident de la voie publique 52

3.2.1 Moment de l'accident 52

3.2.2 Modalité de l'accident 53

3.3 Caractéristiques cliniques des patients 54

3.3.1 Les antécédents des patients 54

3.3.2 Bilan lésionnel 55

3.4 Traitement 56

3.4.1 Prise en charge en Traumatologie 56

3.4.2 Complication en cours d'hospitalisation 57

3.4.3 Accompagnement psychologique 58

3.5 Dépression et facteurs associés 58

3.5.1 Fréquence de la dépression dans la population d'étude 58

3.5.2 Facteurs associés à la dépression 59

4. DISCUSSION 68

4.1 ATTEINTE DES OBJECTIFS 68

4.2 VALIDITE DES RESULTATS DE L'ETUDE 68

4.3 COMPARAISON DES RESULTATS AVEC D'AUTRES ETUDES 69

4.3.1 Les caractéristiques sociodémographiques 69

4.3.2 Circonstance de l'accident 71

4.3.3 Caractéristiques cliniques 72

4.3.4 Prévalence de la dépression en fonction de l'interprétation de l'échelle d'évaluation d'Hamilton 73

4.3.5 Les facteurs associés à la dépression 74

CONCLUSION 78

SUGGESTIONS 80

REFERENCES 83

ANNEXES 94

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple Béninois,

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine,

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination,

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité,

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance,

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères,

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs,

Je ferai tout pour soulager les souffrances, Je ne prolongerai pas abusivement la vie, ni ne provoquerai délibérément la mort,

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission, Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

RESUME

Objectif : Déterminer la prévalence et les facteurs associés à la dépression chez les patients accidentés de la voie publique suivis au CNHU-HKM de Cotonou.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique réalisée sur un échantillon de 83 patients accidentés de la voie publique suivis au CNHU-HKM de Cotonou.

Résultats. : La prévalence de la dépression chez les patients accidentés de la voie publique suivis au CNHU/HKM de Cotonou est de 80,72%. Les facteurs statiquement associés à cette dépression sont : l'âge, les difficultés à honorer les soins (niveau socioéconomique bas), l'atteinte des membres pelviens et l'indication ou la réalisation d'une prise en charge chirurgicale opératoire respectivement p=0.0366 ; p=0,0011 ; p=0,0000 :p=0,0041. L'intensité de la douleur, la lésion diagnostiquée, le niveau d'autonomie du patient hospitalisé, la durée d'hospitalisation et les complications en cours d'hospitalisation n'étaient pas statistiquement liés à la dépression. Alors il n'a pas de relation de cause à effet entre le niveau de handicap et la survenu de la dépression.

Conclusion : Ces données montrent l'importance de la prévalence de la dépression chez les patients accidentés de la voie publique. La connaissance des facteurs associés à la dépression est primordiale pour une prise en charge adéquate des patients.

Mots clés : dépression, accident de la voie publique, Cotonou

ABSTRACT

Objective : To determine the prevalence and foactors associated with depression in traffic road accident patients followed at the CNHU-HKM.in Cotonou

Method : This was a structural descriptive and analytic transverse investigation on a sample of 83 traffic road accident patients followed at the CNHU-HKM.in Cotonou

Results : The prevalence of depression in traffic road accident patients at 80,72%. The factors statistically associated with depression in traffic road accident patients in our population : age,difficulties içn honoring car (low socioeconomic level), pelvic limb involvement and the indication or performance surgical management (p=0.0366 ; p=0,0011 ; p=0,0000 ; p=0,0041). The inensity of the pain, the lesion diagnosed, the level of autonomy of the hospitalized patient, the duration of hospitalization and the complications during hospitalisation were not statistically related to depression. So is no causal relations between the level of disability and depression.

Conclusion: These data show the importance of the prevalence of depression in traffic road accident patients. Knowledge of the factors associated with this depression is essential for adequate management of patients.

Keywords: depression, traffic road accident, Cotonou.