

**RASOLOFOMANANA Rova Ny Aina**

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DE LA DEPRESSION POSTOPERATOIRE  
AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE JOSEPH RAVOAHANGY  
ANDRIANAVALONA**

**Thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine**



**UNIVERSITE D'ANTANANARIVO**

**FACULTE DE MEDECINE**

ANNEE : 2017

N° 9067

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DE LA DEPRESSION POSTOPERATOIRE  
AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE JOSEPH RAVOAHANGY  
ANDRIANAVALONA**

*THESE*

Présentée et soutenue publiquement le 06 Décembre 2017

À Antananarivo

Par

Mademoiselle RASOLOFOMANANA Rova Ny Aina

Née le 26 Septembre 1989 à Manjakandriana

Pour obtenir le grade de

**« DOCTEUR EN MEDECINE »**

**(Diplôme d'Etat)**

**Directeur de thèse : Professeur RAKOTONIRINA El-C Julio**

**MEMBRES DU JURY**

**Président : Professeur RAKOTONIRINA El-C Julio**

**Juges : Professeur RAKOTOARISON Ratsaraharimanana Nicole**

**Professeur RAOBELA Léa**

**Rapporteur : Docteur RATSIMBAZAFY Noro Sehen**



## I. CONSEIL DE DIRECTION

### A. DOYEN

Pr. SAMISON Luc Hervé

### B. VICE-DOYENS

#### *Médecine Humaine*

- Troisième Cycle Long (Internat Qualifiant, Clinicat, Agrégation)
- Sclolarité
  - 1<sup>er</sup> cycle
  - 2<sup>ème</sup> cycle
  - 3<sup>ème</sup> cycle court (stage interné, examens de clinique et thèses)
- Législation et LMD
- Projet, Recherche et Ethique
- DU, Master et Responsabilité Sociale
- Partenariat et Système d'Information

Pr. ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao

Pr. VOLOLONTIANA Hanta Marie Danielle

Pr. RAHARIVELO Adeline

Pr. RAMANAMPAMONJY Rado Manitrafa

Pr. SOLOFOMALALA Gaëtan Duval

Pr. HUNALD Francis Allen

Pr. RAZAFINDRABE John Alberto Bam

Pr. RAKOTO RATSIMBA Hery Nirina

### C. SECRETAIRE PRINCIPAL

- Administration Générale et Finances

M. RANDRIANJAFIARIMANANA Charles Bruno

## II. CONSEIL D'ETABLISSEMENT

### PRESIDENT

Pr. RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude

## III. RESPONSABLES DE MENTIONS

Mention Médecine Humaine  
Mention Vétérinaire  
Mention Pharmacie  
Mention Sciences Paramédicales  
Mention Master de Recherche  
Mention Master Professionnel

Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivat  
Pr. RAFATRO Herintsoa  
Dr. RAOELISON Guy Emmanuel  
Pr. RAVELOSON Nasolotsiry Enintsoa  
Pr. RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude  
Pr. RAKOTOTIANA Auberlin Felantsoa

#### IV. CONSEIL SCIENTIFIQUE

**PRESIDENT**

Pr. SAMISON Luc Hervé

#### V. COLLEGE DES ENSEIGNANTS

**A- PRESIDENT**

Pr. RAJAONARISON Bertille Hortense

**B- ENSEIGNANTS PERMANENTS**

**B-1- PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE**

➤ **MENTION MEDECINE HUMAINE**

**BIOLOGIE**

- Hématologie Biologique
- Immunologie
- Parasitologie

Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivat  
Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andriamiliharison Jean  
Pr. RAZANAKOLONA Lala Rasoamialy Soa

**CHIRURGIE**

- Chirurgie Cardio-vasculaire
- Chirurgie Générale
- Chirurgie Pédiatrique
- Chirurgie Thoracique
- Chirurgie Viscérale
  
- Orthopédie Traumatologie
  
- Urologie Andrologie

Pr. RAVALISOA Marie Lydia Agnès  
Pr. RAKOTO RAÏSIMBA Hery Nirina  
Pr. ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana  
Pr. RAKOTOVAO Hanitra Jean Louis  
Pr. SAMISON Luc Hervé  
Pr. RAKOTOARIJAONA Armand Herinirina  
Pr. RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude  
Pr. SOLOFOMALALA Gaëtan Duval  
Pr. RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora

**MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

- Cardiologie
  
- Dermatologie Vénérologie
- Hépatogastro-Entérologie
- Maladies Infectieuses
- Néphrologie
  
- Neurologie
- Psychiatrie
  
- Radiothérapie - Oncologie Médicale
- Pneumologie

Pr. RABEARIVONY Nirina  
Pr. RAKOTOARIMANANA Solofonirina  
Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa  
Pr. RAMANAMPAMONJY Rado Manitra  
Pr. RANDRIA Mamy Jean de Dieu  
Pr. RAJAONARIVELO Paul  
Pr. RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck  
Pr. TEHINDRAZANARIVELO Djacoba Alain  
Pr. RAHARIVELO Adeline  
Pr. RAJAONARISON Bertille Hortense  
Pr. RAFARAMINO RAZAKANDRAINA Florine  
Pr. RAHARIMANANA Rondro Nirina

**MERE ET ENFANT**

- Gynécologie Obstétrique
- Pédiatrie

Pr. ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovo  
Pr. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO Noëline  
Pr. ROBINSON Annick Lalaina

## **SANTE PUBLIQUE**

- Administration et Gestion Sanitaire
- Education pour la Santé
- Santé Communautaire
- Santé Familiale
- Statistiques et Epidémiologie

Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO  
Henriette

Pr. ANDRIAMANALINA Nirina Razafindrakoto

Pr. RANDRIANARIMANANA Vahiniarison Dieudonne

Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin

Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

## **SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES**

- Anatomie Pathologique
- Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA

Nantenaina Soa

Pr. AHMAD Ahmad

## **TETE ET COU**

- Neurochirurgie
- Ophtalmologie
- Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

Pr. ANDRIAMAMONJY Clément

Pr. RABARIJAONA Mamiarisoa

Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO Violette

Pr. BERNARDIN Prisca

Pr. RAZAFINDRABE John Alberto Bam

## ➤ **MENTION VETERINAIRE**

### **VETERINAIRE**

- Pharmacologie

Pr. RAFATRO Herintsoa

## **B-2- PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE**

## ➤ **MENTION MEDECINE HUMAINE**

### **BIOLOGIE**

- Hématologie Biologique

Pr. RAKOTOVAO Andriamiadana Luc

### **CHIRURGIE**

- Chirurgie Pédiatrique
- Urologie Andrologie
- Chirurgie Thoracique

Pr. HUNALD Francis Allen

Pr. RAKOTOTIANA Auberlin Felantsoa

Pr. RAKOTOARISOA Andriamihaja Jean Claude

## **MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

- Dermatologie Vénérologie
- Maladies Infectieuses
- Médecine Interne
- Néphrologie
- Réanimation Médicale

Pr. RAMAROZATOVO Lala Soavina

Pr. ANDRIANASOLO Radonirina Lazasoa

Pr. VOLOLONTIANA Hanta Marie Danielle

Pr. RANDRIAMANANTSOA Lova Narindra

Pr. RAVELOSON Nasolotsiry Enintsoa

### **MERE ET ENFANT**

- Gynécologie Obstétrique

Pr. RANDRIAMBELOMANANA Joseph Anderson

## **SANTE PUBLIQUE**

- Epidémiologie

Pr. RAKOTONIRINA El-C Julio

## SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Anesthésie Réanimation

Pr. RAKOTOARISON Ratsaraharimanana  
Catherine Nicole

- Physiologie

Pr. RAJAONERA Andriambelo Tovohery  
Pr. RAKOTOAMBININA Andriamahery Benjamin

## TETE ET COU

- Ophtalmologie

Pr. RAOBELA Léa

## ➤ MENTION VETERINAIRE

### VETERINAIRE

- Sciences Ecologiques, Vétérinaires  
Agronomiques et Bioingenieries

Pr. RAHARISON Fidiniaina Sahondra

## B-3- MAITRES DE CONFERENCE

### ➤ MENTION MEDECINE HUMAINE

#### MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Neurologie  
- Pneumo-Phtisiologie

Dr. ZODALY Noël  
Dr. RAKOTOMIZAO Jocelyn Robert

#### SANTE PUBLIQUE

- Santé Publique

Dr. RANDRIAMANJAKA Jean Rémi  
Dr. RATSIMBASOA Claude Arsène

#### SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Biophysique

Dr. RASATA Ravelo Andriamparany

### ➤ MENTION VETERINAIRE

#### VETERINAIRE

- Evolution - Ecologie - Paléontologie -  
Ressources Génétiques  
- Biochimie Alimentaire et Médicale  
- Technologie

Dr. RASAMOELINA Andriamanivo Harentsoaniaina  
Dr. RAKOTOARIMANANA Hajatiana  
Dr. RAHARIMALALA Edwige Marie Julie

### ➤ MENTION PHARMACIE

#### PHARMACIE

- Pharmacologie Générale  
- Pharmacognosie  
- Biochimie Toxicologie  
- Chimie Organique et Analytique  
  
- Biochimie  
- Chimie Appliquée, Pharmacologie  
Physiologie

Dr. RAMANITRAHASIMBOLA David  
Dr. RAOELISON Emmanuel Guy  
Dr. RAJEMIARIMOELISOA Clara Fredeline  
Dr. RAKOTONDRAMANANA Andriamahavola  
Dina Louisino  
Dr. RANDRIAMANANTENASOA Tiana Nathalie  
Dr. RAKOTOARIVELO Nambinina Vololomiarana

## B-4- ASSISTANTS

### ➤ MENTION VETERINAIRE

#### VETERINAIRE

- Virologie

M. KOKO

➤ **MENTION PHARMACIE**

**PHARMACIE**

- Procédés de Production, Contrôle et  
Qualité des Produits de Santé

Dr. RAVELOJAONA RATSIMBAZAFIMAHEFA  
Hanitra Myriam

**C- ENSEIGNANTS NON PERMANENTS**

**C-1- PROFESSEURS EMERITES**

Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur  
Pr. ANDRIANARISOA Ange Christophe Félix  
Pr. AUBRY Pierre  
Pr. RABARIOELINA Lala  
Pr. RABENANTOANDRO Casimir  
Pr. RABETALIANA Désiré  
Pr. RADESA François de Sales  
Pr. RAJAONA Hyacinthe  
Pr. RAKOTOMANGA Robert  
Pr. RAKOTOMANGA Samuel

Pr. RAKOTOZAFY Georges  
Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe  
Pr. RAMONJA Jean Marie  
Pr. RANDRIANASOLO Jean Baptiste Olivier  
Pr. RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré  
Pr. RATSIVALAKA Razafy  
Pr. RAZANAMPARANY Marcel Samimamy  
Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa

**C-2- CHARGE D'ENSEIGNEMENT**

**TETE ET COU**

- Neurochirurgie  
- ORL et Chirurgie Cervico-Faciale  
- Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

Pr. RATOVONDRAINNY Willy  
Pr. RAKOTO Fanomezantsoa Andriamparany  
Pr. RAKOTOARISON Richard

**VI. SERVICES ADMINISTRATIFS**

**CHEFS DE SERVICE**

SCOLARITE  
TROISIEME CYCLE LONG  
PERSONNEL  
AFFAIRES GENERALES  
COMPTABILITE  
TELE-ENSEIGNEMENT ET  
INFORMATIQUE MEDICALE

Mme. SOLOFOSAONA R. Sahondranirina  
Mme. RANIRISOA Voahanginirina  
Mme. RAKOTOARIVELO Liva Harinivo Vonimbola  
M. RANDRIANARISOA Rija Hanitra  
M. RATSIMBAZAFIARISON Nivoson Espérant  
M. ANDRIAMBOLOLONIANA Faly Herizo

## VII. IN MEMORIAM

- Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson  
Pr. RAJAONERA Frédéric  
Pr. ANDRIAMASOMANANA Veloson  
Pr. RAÏOTOSON Lucette  
Pr. ANDRIANJATOVO RARISOA Jeannette  
Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa  
Pr. RAKOTOBÉ Alfred  
Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide  
Dr. RAKOTONANAHARY  
Pr. ANDRIANTSEHENO Raphaël  
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin  
Pr. RAMANANIRINA Clarisse  
Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder  
Pr. RANIVOALISON Denys  
Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana  
Pr. RAVELOJAONA Hubert  
Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel  
Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme  
Pr. RAKOTONIAINA Patrice  
Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Albert  
Pr. RANDRIANARISOLO Raymond  
Dr. RABEDASY Henri  
Pr. MAHAZOASY Ernest  
Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard  
Pr. RAZAFINTSALAMA Charles  
Pr. FIDISON Augustin  
Pr. RANDRIAMAMPANDRY  
Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme  
Pr. RASOLONJATOVO Andriananja Pierre  
Pr. MANAMBELONA Justin  
Pr. RAZAKASOA Armand Emile  
Pr. RAMIALIHARISOA Angeline  
Pr. RAKOTOBÉ Pascal  
Pr. RANAIVOZANANY Andrianady  
Pr. RANDRIANARIVO  
Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland  
Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa  
Pr. RAHAROLAHY Dhels  
Pr. ANDRIANJATOVO Jean José  
Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand  
Pr. RANDRIAMBOLOLONA  
RASOAZANANY Aimée  
Pr. RATOVO Fortunat  
Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel  
Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé  
Dr. RAZAKAMANIRAKA Joseph  
Pr. ANDRIANJATOVO Joseph  
Pr. RAHARIJAONA Vincent Marie  
Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné  
Pr. KAPISY Jules Flaubert  
Pr. ANDRIAMBAO Damasy Seth  
Pr. RAKOTO RATSIMAMANGA S.U  
Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery  
Honoré Blaise  
Pr. ZAFY Albert

## **DEDICACES**

## DECICACES

« Bien plus, nous sommes fiers même de nos détresses, sachant que la détresse produit la persévérance, la persévérance la victoire dans l'épreuve, et la victoire dans l'épreuve l'espérance » *Romains 5 :3-4*

**A Dieu** Tout puissant, qui m'a inspiré, qui m'a guidé dans le bon chemin, je vous dois ce que je suis devenue. Louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.

**A mes parents**, pour vos sacrifices, l'appui permanent depuis le début de mes études, votre amour, vos encouragements surtout dans les moments difficiles et votre patience, ce travail est une façon pour moi de vous dire merci, mille mercis. Je vous aime. Surtout, merci Papa pour tes efforts et tes conseils. Tu resteras toujours dans nos cœurs même si tu nous as déjà quittés. Paix à ton âme.

**A mes sœurs Mialy et Ony** qui m'a témoigné leur amour fraternel. Ce travail est aussi le vôtre. Merci pour le soutien moral dont vous avez fait preuve durant mon cursus universitaire et surtout pour votre compréhension : un très grand merci à vous.

**A toute ma famille**, de près ou de loin vous avez contribué à la réalisation de ce travail. Pour les aides, les bons conseils et les soutiens que vous m'avez octroyé, je vous remercie du fond du cœur.

Trouvez ici le fruit de vos efforts.

A mes ami(e)s les plus proches de la promotion **SANDRATRA**. Merci pour les encouragements mutuels et la solidarité dans les moments difficiles mais surtout, merci pour cette amitié. Enfin nous y sommes parvenu(e)s « Félicitations à nous ».

**A NOTRE MAITRE, DIRECTEUR ET PRESIDENT DE THESE,**

Monsieur le Docteur RAKOTONIRINA El-C Julio

- Professeur d’Enseignement Supérieur et de Recherche en Epidémiologie à la Faculté de Médecine d’Antananarivo
- Directeur du Centre Hospitalier Universitaire de Soins et de Santé Publique Analakely

Vous nous avez ouvert les portes de votre service et accepté la présidence de la thèse. C’est pour nous un grand privilège de vous avoir comme président de thèse. Veuillez agréer, cher Maître, le témoignage de notre sincère reconnaissance.

Votre disponibilité jointe à l'aide attentive et aux conseils que vous n'avez cessé de nous prodiguer nous ont permis de mener à bien ce travail. Pour tout cela, mais aussi pour votre amabilité. Veuillez, cher Maître, trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

## **A NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES DE THESE**

– **Madame le Docteur RAKOTOARISON Ratsaraharimanana Cathérine Nicole**

- Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Anesthésie-Réanimation à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.
- Chef de service des Urgences au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona

– **Madame le Docteur RAOBELA Léa**

- Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Ophtalmologie à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
- Chef de Service d'Ophtalmologie au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona

*C'est pour nous un grand privilège de vous voir siéger parmi le jury de notre thèse. Veuillez agréer, chers Maîtres, notre profond respect et notre plus grande estime.*

## **A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE,**

**Madame le Docteur RATSIMBAZAFY Noro Sheno**

- Médecin spécialiste en Santé publique
- Ancien Interne des Hôpitaux

*Nos sincères remerciements pour votre extrême patience, votre disponibilité, vos conseils et votre soutien lors de cette thèse. Veuillez agréer, cher docteur, l'expression de mes très vifs remerciements.*

**A NOTRE MAITRE ET DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE  
D'ANTANANARIVO**

Monsieur le Professeur SAMISON Luc Hervé

*Veillez trouvez ici l'expression de notre profond respect et nos remerciements  
sincères.*

**A TOUS NOS MAITRES ET ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE  
MEDECINE D'ANTANANARIVO**

Qui ont contribué à notre formation pendant les années académiques et encadré durant  
les stages.

*Veillez trouver ici notre profonde reconnaissance et notre profond respect.*

**A TOUT LE PERSONNEL ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE DE LA  
FACULTE DE MEDECINE D'ANTANANARIVO**

*Tous nos remerciements.*

## **SOMMAIRE**

## SOMMAIRE

	<b>Titre</b>	<b>Pages</b>
	INTRODUCTION	1-2
	PREMIERE PARTIE : RAPPELS	
I.	RAPPELS SUR LA DEPRESSION	
	I.1 Définition	3-4
	I.2 Epidémiologie	4-5
	I.3 Déprime ou dépression	5
	I.4 Symptomatologie clinique	6
	I.5 Diagnostic	6-10
	I.6 Différentes formes de dépression	11-16
	I.7 Traitement	16-20
	DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS	
II	METHODES ET RESULTATS	
	II.1 Méthodes	21-26
	II.2 Résultats	
	II.2.1 Description de l'échantillon et fréquence de la dépression	27
	II.2.2 Aspect épidémiologique	
	II.2.2.1 Age et genre	27
	II.2.2.2 Religion et genre	28
	II.2.2.3 Profession	29
	II.2.2.4 Statut matrimonial et genre	30
	II.2.2.5 Niveau d'étude et niveau socio-économique	31
	II.2.2.6 Antécédents personnels	32
	II.2.2.7 Type de chirurgie	33
	II.2.2.8 Troubles psychologiques rencontrés	34
	II.2.2.9 Durée de séjour hospitalier	35
	II.2.2.10 Résultats du score de HAD et du score de HAMILTON	36
	II.2.3 Facteurs déterminant de la dépression	
	II.2.3.1 Statut matrimonial et dépression	37
	II.2.3.2 Niveau d'étude et dépression	38

II.2.3.3 Niveau socio-économique et dépression	39
II.2.3.4 Antécédents et dépression	
➤ Antécédents personnels médicaux et dépression	40
➤ Antécédents personnels chirurgicaux et dépression	41
➤ Prise de tabac et dépression	42
➤ Prise d'alcool et dépression	43
II.2.3.5 Type d'intervention et dépression	44
II.2.3.6 Type d'anesthésie et dépression	45
II.2.3.7 Durée de séjour hospitalier et dépression	46

### TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

## II. DISCUSSION

### III.1 Epidémiologie

III.1.1 Fréquence	47-49
III.1.2 Age	49-51
III.1.3 Genre	51
III.1.4 Statut matrimonial	52-53
III.1.5 Niveau d'étude	53-54
III.1.6 Niveau socio-économique	55

### III.2 Clinique

#### III.2.1 Antécédents

III.2.1.1 Antécédents personnels médicaux	56-57
III.2.1.2 Antécédents personnels chirurgicaux	57
III.2.1.3 Antécédents personnels psychiatriques	58
III.2.1.4 Tabac et alcool	58-60

III.2.2 Type de chirurgie	61-62
---------------------------	-------

III.2.3 Durée du séjour hospitalier	62-63
-------------------------------------	-------

III.2.4 Place de la dépression dans la chirurgie	63-64
--	-------

III.3 Traitement	64-66
------------------	-------

CONCLUSION	67
------------	----

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## ANNEXES

## **LISTE DES TABLEAUX**

## LISTE DES TABLEAUX

	<b>Titre</b>	<b>Pages</b>
Tableau I	Répartition des patients selon l'âge et le genre	27
Tableau II	Répartition des patients selon la religion et le genre	28
Tableau III	Répartition des patients selon le statut matrimonial et le genre	30
Tableau IV	Répartition des patients selon le niveau d'étude et le niveau socio-économique	31
Tableau V	Répartition des patients selon la durée de séjour hospitalier	35
Tableau VI	Répartition des patients selon le score de HAD et du score de HAMILTON	36
Tableau VII	Etat de dépression des patients selon leur statut matrimonial	37
Tableau VIII	Etat de dépression des patients selon leur niveau d'étude	38
Tableau IX	Etat de dépression des patients selon leur niveau socio-économique	39
Tableau X	Etat de dépression des patients selon les antécédents personnels médicaux	40
Tableau XI	Etat de dépression des patients selon les antécédents personnels chirurgicaux	41
Tableau XII	Etat de dépression des patients selon la prise de tabac	42
Tableau XIII	Etat de dépression des patients selon la prise d'alcool	43
Tableau XIV	Etat de dépression des patients selon le type de chirurgie	44
Tableau XV	Etat de dépression des patients selon le type d'anesthésie	45
Tableau XVI	Etat de dépression des patients selon la durée de séjour hospitalier	46

## **LISTE DES FIGURES**

## LISTE DES FIGURES

	<b>Titre</b>	<b>Pages</b>
Figure 1	Répartition des patients selon leur profession	29
Figure 2	Répartition des patients selon leurs antécédents	32
Figure 3	Répartition des patients selon le type de chirurgie	33
Figure 4	Répartition des patients selon le syndrome présenté	34

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AFSSAPS	: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AG	: Anesthésie générale
ALR	: Anesthésie locorégionale
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
CHUJRA	: Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona
DPN	: Dépression postnatale
ESEMeD	: European Study of the Epidemiology Mental Disorders
HADS	: Hospital Anxiety and Depression Scale
HTA	: Hypertension artérielle
IMAO	: Inhibiteur de la Monoamine Oxydase
INSERM	: Institut national de la santé et de la recherche médicale
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
RR	: Risque relatif
<	: Inférieur à
>	: Supérieur à
=	: Egal
≤	: Inférieur ou égal
≥	: Supérieur ou égal

## **INTRODUCTION**

## INTRODUCTION

La dépression est une maladie qui se caractérise par une grande tristesse, un sentiment de désespoir ou humeur dépressive, une perte de motivation et de facultés de décision, une diminution du sentiment de plaisir, des troubles alimentaires et du sommeil, des pensées morbides et l'impression de ne pas avoir de valeur en tant qu'individu [1].

Première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde, la dépression pose un grand problème de santé publique. Le syndrome dépressif fait partie des complications de la chirurgie les plus rencontrées en postopératoire [2].

Elle représente l'une des affections psychologiques les plus fréquentes. Elle affecte 300 millions de personnes dans le monde soit une augmentation de 18% de 2005 à 2015 selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [3]. La Journée mondiale de la santé 2017, est consacrée la dépression démontrant ainsi l'importance mondiale de cette affection en matière de santé publique.

A Madagascar, selon une étude réalisée par Andriantseheno et al, la dépression affectait 139 patients sur 376 soit 37% [4] en milieu médical.

Selon une étude faite par Caumo et al, beaucoup de facteurs impliquent la dépression en postopératoire dont le type d'anesthésie, la tolérance de la douleur et l'état psychologique propre du patient [5]. Une autre étude réalisée par Shoar et al précise que la dépression et l'anxiété en postopératoire s'accroît avec la fréquence et la durée d'hospitalisation [6]. La connaissance de ces facteurs de risque de la dépression permet de diminuer et surtout de prévenir la survenue des épisodes de syndrome dépressif après une intervention chirurgicale.

Les patients opérés en urgence n'ont pas le temps de se préparer psychologiquement et financièrement à l'intervention chirurgicale qu'ils vont subir. Aussi, les patients ayant de problèmes chirurgicales viscérales (urologique, gynécologique et digestive) sont plus susceptibles de développer la dépression en période postopératoire. D'où la conception de cette étude concernant les services des Urgences, Chirurgie urologique et Chirurgie viscérale du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona CHUJRA.

Les objectifs de cette recherche consistent à décrire la fréquence de la dépression chez les patients hospitalisés, de dégager les différents facteurs de risque et de

déterminer le profil épidémiologique, le profil diagnostique et le profil thérapeutique des syndromes dépressifs chez les patients ayant subi une intervention chirurgicale en vue d'apporter une meilleure prise en charge.

Après une première partie dédiée aux rappels théoriques concernant les points essentiels de la dépression, la deuxième partie représente la méthode de recherche utilisée et rapporte les résultats de l'étude. La dernière partie de ce travail discutera des résultats de l'étude à la lumière de la littérature scientifique.

## **PREMIERE PARTIE : RAPPELS SUR LA DEPRESSION**

## **I. RAPPELS SUR LA DEPRESSION**

### **I.1 Définition**

La dépression est une maladie psychosomatique due à un dérèglement de l'humeur, et se manifestant par :

- une tristesse pathologique de l'humeur occasionnant une vision pessimiste de soi et du monde, associé à une angoisse et des idées suicidaires
- un ralentissement psychomoteur
- des syndromes somatiques (altération du sommeil, troubles de l'appétit, du sexe, des douleurs).

Les syndromes dépressifs peuvent être définis comme des états pathologiques centrés par une altération pathologique de l'humeur, orientée dans le sens de la tristesse.

Selon le Dictionnaire médical de Masson, la dépression est une «condition émotionnelle caractérisée par une altération de l'humeur, retentissement psychomoteur avec tristesse».

L'Association Américaine de dépression, dans le quatrième manuel de Statistique de Diagnostic des troubles mentaux, définit la dépression majeure comme suit:

«La caractéristique essentielle de l'épisode dépressif majeur est une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités, persistant au moins deux semaines. Chez l'enfant ou l'adolescent, l'humeur peut être plutôt irritable que triste. Le sujet doit de surcroît présenter au moins quatre symptômes supplémentaires compris dans la liste suivante: changement de l'appétit ou du poids, du sommeil et de l'activité psychomotrice; réduction de l'énergie; idées de dévalorisation ou de culpabilité; difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions; idées de mort récurrentes, idées suicidaires, plans ou tentatives de suicide. Pour être pris en compte pour un épisode dépressif majeur, un symptôme doit être nouveau ou avoir subi une aggravation évidente par rapport à la situation du sujet avant l'épisode. Les symptômes doivent être présents pratiquement toute la journée, presque tous les jours pendant au moins deux semaines consécutives.

La dépression est un trouble caractérisé de l'humeur résultant de l'interaction de multiples facteurs psychologiques, biologiques et socio environnementaux [7].

Elle se distingue de la « déprime » par la durée et l'intensité des symptômes, la souffrance induite et le retentissement sur le fonctionnement dans la vie quotidienne. La dépression est révélée par l'épisode dépressif majeur qui comprend une humeur triste ou une perte d'intérêt ou de plaisir généralisée quasi-permanentes pendant au moins deux semaines. Selon les modalités évolutives, on distingue l'épisode dépressif isolé, le trouble dépressif récurrent à partir de deux épisodes dépressifs et les troubles de l'humeur persistants. La dépression est un trouble durable, à haut taux de récurrence (jusqu'à 80 % sur la vie entière), de chronicisation (20 % à deux ans) et dont l'intensité varie au cours du temps [8].

## **I.2 Epidémiologie**

La dépression constitue une des affections psychologiques les plus fréquentes.

Le taux de personnes dépressives dans la population française est d'environ 15%, dont près d'un tiers n'est pas pris en charge médicalement. Une femme sur cinq serait touchée par la dépression. Le nombre de nouvelles dépressions déclarées a été multiplié par six depuis 1970. Entre 1992 et 2005, le taux de sujets dépressifs a particulièrement augmenté (de plus de 65%) chez les jeunes adultes de 20 à 29 ans [7]. La dépression fait partie des maladies psychiques les plus répandues en France, 3 millions de personnes en seraient affectées [8]. La dépression postnatale (DPN), une des formes de la dépression, constitue une affection psychiatrique fréquente, dont la prévalence est estimée à 12,8 % des accouchées selon une méta-analyse réalisée à partir de 59 études regroupant 12 810 patientes [9]. Selon des données canadiennes, environ 10 % de la population est confronté à une dépression majeure au cours de sa vie. Chez les femmes pendant la grossesse, la prévalence ponctuelle de la dépression est de 8,5 % à 11 % et, pendant la première année post-partum, elle varie de 6,5 % à 12,9 % [10].

La dépression est fréquente chez la personne âgée et est de diagnostic difficile en raison de présentations cliniques inhabituelles, ce qui explique qu'elle soit insuffisamment traitée. Elle peut témoigner d'une maladie dépressive ancienne ou bien peut être tardive, survenant chez une personne sans antécédents dépressifs, s'ouvrant alors sur un risque cognitif [11].

Les adolescents sont susceptibles à des risques suicidaires. Le nombre d'individus mineurs suicidaires est alarmant. Quatorze sont passés à l'acte et treize mineurs sont passés à côté de la mort selon une enquête réalisée à Madagascar [12].

Les 2/3 des médecins déclarent être confrontés fréquemment à des états dépressifs de leurs patients [13].

Le recours aux soins et la prise en charge des personnes souffrant de troubles dépressifs représentent un problème majeur de santé publique. Les patients souffrant de troubles dépressifs auraient un taux de consultation oscillant entre 20 et 50 % suivant la sévérité de ce problème (environ 30 % aux États-Unis). Dans l'enquête européenne ESEMeD, seulement 36,5 % des personnes ayant souffert d'un trouble de l'humeur au cours des 12 derniers mois ont eu recours aux soins; 34,6 % ont consulté un médecin généraliste uniquement, 21,4 % un psychiatre et 10,5 % un spécialiste de la santé mentale (non psychiatre) [14].

Chez la personne âgée de plus de 65 ans, la prévalence de la dépression est d'environ 15 %. Cependant, dans les services de soins somatiques qui leur sont dédiés, les symptômes dépressifs sont présents jusqu'à 37 % des patients. Trente pour cent d'entre eux ont une dépression majeure [11].

### **I.3 Déprime ou dépression**

Le terme « dépression » est souvent employé à tort dans le langage courant pour décrire les inévitables périodes de tristesse, d'ennui et de mélancolie que tous sont appelés à vivre à un moment ou à un autre sans qu'il s'agisse pour autant d'une maladie.

Par exemple, être triste après la perte d'un proche ou avoir un sentiment d'échec en cas de problèmes au travail est normal. Mais lorsque ces états d'âme reviennent chaque jour sans raison particulière ou persistent longtemps même avec une cause identifiable, il peut s'agir d'une dépression. La dépression est en fait une maladie chronique, répondant à des critères diagnostiques bien précis.

## **I.4 Symptomatologie clinique**

La dépression clinique est un syndrome caractérisé par un ensemble de symptômes liés à l'humeur – humeur dépressive, perte d'intérêt ou de plaisir, sentiments de culpabilité ou faible estime de soi, sommeil ou appétit perturbé, manque d'énergie, changements dans les mouvements (agitation ou mouvements ralentis), mauvaise concentration et pensées suicidaires ou associées à la mort [15]. Le premier épisode survient habituellement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, et la plupart des études épidémiologiques indiquent qu'environ 50 % des personnes affectées connaissent plus d'un épisode [16].

La détresse morale qui en résulte empêche la personne de vivre normalement avec des risques de suicide et ses relations familiales et professionnelles en sont altérées [17].

## **I.5 Diagnostic**

### **I.5.1 Diagnostic positif**

Au cours d'un épisode dépressif majeur, l'humeur est souvent décrite par le sujet comme triste, déprimée, sans espoir, sans courage ou « au trente-sixième dessous ». Dans certains cas, la tristesse peut être niée au premier abord mais être secondairement mise en évidence lors de l'entretien. Chez les sujets se plaignant d'un sentiment de « vide », de ne rien ressentir ou de se sentir anxieux, la présence d'une humeur dépressive peut être déduite à partir de l'expression faciale et du comportement. Certains sujets mettent l'accent sur des plaintes somatiques (par exemple souffrance et douleurs corporelles) plutôt que sur leur sentiment de tristesse. Nombreux sont ceux qui présentent ou rapportent une irritabilité accrue. Par exemple, ils ont tendance à répondre aux événements par une crise de colère ou en blâmant les autres. Ou encore, on rencontre des sentiments de frustration démesurés pour des problèmes mineurs. Chez les enfants et les adolescents, une humeur irritable, extravagante peut se développer, plutôt qu'une humeur triste ou découragée.

Outre la tristesse, la personne dépressive entretient des pensées négatives et dévalorisantes. Elle se sent sans valeur et a du mal à se projeter dans l'avenir. Elle n'a plus d'intérêt pour des activités autrefois appréciées.

La perte d'intérêt et de plaisir est pratiquement toujours présente, au moins à un certain degré. Certains sujets rapportent une diminution de leur intérêt pour les loisirs « qui ne leur disent plus rien ». D'autres n'éprouvent plus aucun plaisir pour des activités antérieurement considérées comme agréables. Les membres de la famille remarquent souvent un retrait social ou une désaffection pour des distractions agréables. Chez certains sujets, on retrouve une diminution marquée des intérêts ou du désir sexuel, par rapport au niveau antérieur.

L'appétit est habituellement diminué. De nombreux sujets ont l'impression d'être obligés de se forcer pour manger. D'autres, en particulier parmi les patients ambulatoires, peuvent présenter une augmentation de l'appétit et ressentir un désir intense pour certains aliments (par exemple sucreries). Quand les changements d'appétit sont sévères (en plus ou en moins), il peut exister une perte ou un gain de poids significatif. Chez l'enfant, il lui est impossible d'atteindre le poids normal pour l'âge.

Le trouble du sommeil le plus fréquemment associé à l'épisode dépressif majeur est l'insomnie. L'insomnie du milieu de la nuit (c'est-à-dire réveil durant la nuit et difficultés à se rendormir) ou l'insomnie du matin (c'est-à-dire réveil précoce et impossibilité de se rendormir) sont typiques. Une insomnie d'endormissement (c'est-à-dire difficultés à s'endormir) peut également se produire. Plus rarement, certains sujets présentent une hypersomnie sous la forme d'un sommeil nocturne prolongé ou d'une augmentation du sommeil diurne. Les troubles du sommeil sont parfois la raison de la demande de soins.

Les modifications psychomotrices comprennent une agitation. Soit une impossibilité de rester assis, déambulation, tortillement des mains, manipulation et friction de la peau, des vêtements ou d'autres objets soit un ralentissement (par exemple lenteur du discours, de la pensée, des mouvements, augmentation du temps de pause avant de répondre, diminution du volume, de la modulation de la voix, de la quantité ou de la variété du contenu du discours, voire mutisme). L'agitation psychomotrice ou le ralentissement doit être assez sévère pour être observable par les autres et ne pas représenter seulement un sentiment subjectif.

Une diminution de l'énergie, une lassitude et une fatigue, est fréquente. Une fatigue continue, sans rapport avec un effort physique, peut être rapportée. Les tâches les plus simples exigent un effort substantiel. L'efficacité dans l'accomplissement des

tâches peut être réduite, un individu peut se plaindre que sa toilette et l'habillage du matin sont épuisant, et qu'ils prennent deux fois plus longtemps que d'habitude.

La dévalorisation ou la culpabilité associée à l'épisode dépressif majeur peut comprendre une évaluation négative non réaliste de l'utilité du sujet, voire un sentiment de culpabilité ou des ruminations sur des erreurs passées mineures. Fréquemment, ces sujets interprètent à tort des événements neutres ou triviaux comme la preuve d'une déficience personnelle, et ont un sentiment exagéré de responsabilité par rapport à des événements fâcheux. Ainsi, un agent immobilier peut développer des idées d'auto-accusation parce qu'il ne réalise pas de vente alors qu'il existe une baisse générale du marché et que d'autres agents sont eux aussi incapables de réaliser des ventes. La dévalorisation et la culpabilité peuvent atteindre une dimension délirante (par exemple un sujet convaincu qu'il est responsable de la pauvreté dans le monde). À moins d'être délirant, le fait de se reprocher d'être malade ou de ne pas assumer ses responsabilités professionnelles ou interpersonnelles, qui est très fréquent dans les états dépressifs, n'est pas considéré comme suffisant pour répondre à ce critère.

De nombreux sujets rapportent une altération de leur capacité à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions. Ils peuvent être aisément distraits ou se plaindre de troubles de la mémoire. Des difficultés de concentration même légères peuvent empêcher les universitaires ou ceux qui ont une activité professionnelle intellectuelle très exigeante d'assurer leur travail de façon adéquate (par exemple un programmeur informatique ne peut plus réaliser les tâches complexes qu'il assurait auparavant). Chez l'enfant, une chute rapide des notes peut refléter une concentration difficile. Chez les sujets âgés présentant un épisode dépressif majeur, les troubles de la mémoire peuvent être la plainte principale, et ne doivent pas être confondus avec des signes de démence (on parle alors de « pseudo-démence »). Quand l'épisode dépressif majeur est traité avec succès, les difficultés de mémoire disparaissent souvent complètement. Cependant, chez certains individus âgés, un épisode dépressif majeur peut parfois venir révéler une démence irréversible.

Le niveau d'altération fonctionnelle associée à l'épisode dépressif majeur est variable, mais même en cas de sévérité légère il doit exister une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants. Si l'altération est sévère, le sujet peut perdre toute possibilité de

fonctionnement social ou professionnel. Dans des cas extrêmes, le sujet peut être incapable de prendre soin de lui-même (par exemple se nourrir ou s'habiller seul), ou de conserver un minimum d'hygiène personnelle.

La dépression affecte l'humeur, les pensées et le comportement, mais aussi le corps. La dépression peut s'exprimer dans le corps par un mal de dos, des maux de ventre, de tête. Cela explique aussi qu'une personne qui souffre de dépression puisse se révéler plus vulnérable aux rhumes et aux autres infections. Son système immunitaire étant affaibli [18]. Les idées de mort, l'idéation suicidaire ou les tentatives de suicide sont fréquentes.

Selon l'intensité des symptômes, la dépression sera qualifiée de légère, ou majeur (grave). Dans le cas le plus grave, la dépression peut conduire au suicide.

Un interrogatoire soigneux est essentiel pour mettre en évidence les symptômes.

### **I.5.2 Diagnostic étiologique**

On ne sait pas avec précision ce qui cause la dépression. Mais il s'agit probablement d'une maladie complexe faisant intervenir plusieurs facteurs liés à l'hérédité, à la biologie, aux événements de la vie ainsi qu'au milieu de vie. Certains médicaments et drogues peuvent mener à la dépression, par exemple. Ce type de dépression peut se résoudre rapidement une fois que l'agent déclencheur est supprimé. D'autres épisodes commencent après l'accouchement et peuvent être liés aux changements hormonaux qui surviennent au cours de la grossesse et de l'accouchement [16].

La perte d'un proche, un divorce, une maladie, la perte de son emploi ou tout autre traumatisme peut déclencher une dépression chez les personnes prédisposées à la maladie. De même les mauvais traitements ou les traumatismes vécus dans l'enfance rendent plus sensibles à la dépression à l'âge adulte.

### **I.5.3 Critères d'un épisode dépressif majeur**

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

N.-B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par exemple, se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple, 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 pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (par exemple, modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation 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 intérieur).

(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 (pas seulement se faire grief 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 le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider [16].

## **I.6 Les différentes formes de dépression**

### **I.6.1 Dépression typique, dépression atypique**

En plus d'afficher une symptomatologie révélatrice, les personnes présentant une dépression typique souffrent par ailleurs de troubles du sommeil (insomnie d'endormissement, réveil précoce, voire éveils multiples) et d'une diminution d'appétit associée à un amaigrissement.

La matinée est généralement la période la plus difficile à affronter de la journée. Les sujets souffrant de symptômes atypiques présentent également ceux de la dépression majeure. Néanmoins, ils ont tendance à manger et à dormir excessivement (hypersomnie, hyperphagie). La soirée est la période de la journée la plus difficile à appréhender. Alors qu'une personne dépressive typique ne réagit habituellement pas beaucoup aux stimulations de l'environnement, la dépressive atypique se caractérise par une importante réactivité. Ainsi, cette dernière pourra répondre positivement à un événement agréable, comme la visite d'un proche, mais se montrera vite accablée lors de la disparition de la source du plaisir. Ces sautes d'humeur peuvent être très difficiles à vivre pour le sujet concerné et les membres de sa famille [7].

### **I.6.2 La dépression saisonnière**

Le retour à l'heure d'hiver marque, pour les souffrants de dépression saisonnière, le début d'une période difficile caractérisée par un manque d'énergie, une plus grande fatigue, une nécessité supplémentaire de sommeil et une baisse d'activité. Quinze pour cent à 25% de la population ressentiraient ces symptômes à un niveau variable pendant les mois d'automne et d'hiver dont 4% à 6% pour qui la sévérité des symptômes constituerait une véritable dépression saisonnière.

Les femmes sont trois à quatre fois plus touchées que les hommes. La dépression saisonnière est vraisemblablement due à un déséquilibre biochimique, impliquant la mélatonine, amenée par le raccourcissement des journées et le manque de lumière en hiver. La principale caractéristique de cet épisode de dépression majeure est de survenir chaque année à la même période.

Les symptômes fréquemment présents sont une humeur dépressive, un manque d'énergie, une tendance à l'hypersomnie, une augmentation de l'appétit, une diminution de l'intérêt et de la motivation. D'autres symptômes fréquemment présents sont une

plus grande tendance à l'anxiété, une difficulté de concentration, une diminution de la libido, un gain de poids et une plus grande irritabilité.

Le diagnostic de dépression saisonnière est porté si les symptômes ont été présents au moins deux hivers consécutifs avec rémission (guérison). La diminution du temps d'ensoleillement amène donc une hausse de la production de mélatonine, entraînant des changements au niveau de l'humeur, de l'énergie, du besoin de sommeil et de l'appétit [7].

### **I.6.3 La dépression du postpartum**

Pour une femme, mettre un enfant au monde est une expérience très intense, tant du point de vue physique qu'émotionnel. Il est donc naturel, pour un bon nombre de nouvelles mères, d'éprouver des sautes d'humeur après l'accouchement, se sentant heureuses et tristes par moments. Ces sentiments sont parfois appelés «baby blues» ou «syndrome du troisième jour». Dans la plupart des cas, ils disparaissent dans les dix jours suivant l'accouchement. Néanmoins, certaines femmes les éprouvent d'une manière plus profonde et continue. Il s'agit alors d'une dépression du post-partum.

Le «baby blues» qui caractérise le comportement de certaines jeunes mamans avec leur entourage est bien connu. Il apparaît quelques jours après l'accouchement et touche près d'une femme sur deux. Il disparaît rapidement, avec son cortège de troubles émotionnels: irritabilité, pleurs, grande fatigue, humeur changeante, sentiment d'insatisfaction, etc.

La dépression du post-partum, vécue par environ 10% des jeunes accouchées est, quant à elle, moins connue. Elle peut prendre des proportions insoupçonnées: dépression profonde, idées suicidaires, voire délire. Contrairement au «baby blues», il s'agit d'une affection grave et durable, qui se traduit par un mal de vivre persistant dominé par l'angoisse, le désespoir, l'épuisement, un sentiment de dévalorisation et l'impossibilité d'établir avec son enfant une relation satisfaisante.

Les premières mentions de la dépression du post-partum remontent au IV<sup>e</sup> siècle avant Jésus-Christ [7]. Malgré cela, cette dépression n'est toujours pas reconnue comme une maladie à part entière et continue parfois à être mal diagnostiquée. Elle se soigne pourtant avec succès, la précocité du diagnostic augmentant l'efficacité du traitement.

Il est donc important d'identifier et de reconnaître les symptômes d'une dépression du post-partum le plus tôt possible. Cela peut s'avérer difficile, car les sentiments dépressifs sont souvent accompagnés de sentiments de peur intenses et irrationnels. La jeune maman peut craindre de perdre la tête ou d'être considérée par les autres comme inapte à être mère.

Les femmes atteintes d'une dépression du post-partum peuvent avoir le sentiment d'être de mauvaises mères, et hésiter à demander de l'aide. Parfois même, les troubles peuvent être dissimulés, femme et mère signifiant encore trop souvent dans notre société femme accomplie avec devoir d'être heureuse.

La jeune maman en proie à des difficultés émotionnelles est amenée à juger sa dépression en termes moraux et non sous l'aspect de la maladie. Elle pense être une mauvaise mère, incapable d'éprouver le moindre plaisir à s'occuper de son bébé, submergée par la fatigue et l'anxiété.

Les causes de cette dépression du post-partum sont multiples, et difficiles à isoler. Il peut s'agir de facteurs physiques, biologiques et/ou psychosociaux liés à cette période exigeante de la grossesse. Il est possible que la maladie soit liée à certaines carences nutritionnelles ou à des déséquilibres métaboliques. De même, les changements hormonaux peuvent contribuer à la survenue de la dépression (la production de progestérone chute immédiatement après la délivrance, et la fin de l'allaitement entraîne une diminution de sécrétion de prolactine).

Sur le plan psychologique, les facteurs sont complexes. L'arrivée d'un nouveau-né entraîne des changements: adaptation à la présence, au rythme et aux exigences du bébé, bouleversements dans la vie quotidienne. En outre, la grossesse est une période qui favorise la résurgence de traumatismes infantiles, amenant certaines mères à revivre des situations difficiles de leur propre enfance. Ainsi, une femme ayant un passé conflictuel avec sa mère a plus de risques de développer une dépression.

En définitive, il n'existe pas d'élément déclencheur unique. La dépression du post-partum résulte de nombreux facteurs complexes. Il est toutefois important de dire aux femmes souffrant d'une dépression du post-partum qu'elles n'en sont pas la cause directe.

Un fait est certain. Les femmes qui ont connu un épisode de dépression avant leur grossesse sont plus à risque de souffrir d'une dépression du post-partum.

Il est donc nécessaire que les femmes dans cette situation en discutent avec leur médecin afin de recevoir un traitement adéquat le cas échéant. De plus, 10 à 35% des femmes victimes d'une dépression du post-partum connaîtraient ultérieurement une récurrence de la symptomatologie dépressive [7].

Le nombre de jours de congés maladie pris pendant la grossesse et la fréquence des consultations médicales peuvent être des signaux d'alerte. Les femmes qui prennent de nombreux rendez-vous avec leur médecin et qui s'arrêtent fréquemment de travailler pour raison de santé au cours de leur grossesse se sont avérées être les plus susceptibles d'éprouver une dépression du post-partum. Le risque augmente par ailleurs chez les femmes ayant subi plus de deux avortements, et chez celles ayant des antécédents de complications obstétricales.

D'autres facteurs augmentant le risque de dépression du post-partum sont le syndrome prémenstruel, une relation difficile avec le conjoint, un soutien affectif de mauvaise qualité et la présence d'événements stressants pendant la grossesse ou après l'accouchement.

#### **I.6.4 La dépression postopératoire**

Subir une intervention chirurgicale n'est pas appréciable. Outre les complications physiques engendrées par l'intervention chirurgicale, les patients se heurtent parfois après avoir subi une intervention chirurgicale à des effets psychologiques liés à la chirurgie. Ceci peut provoquer un épisode de syndrome dépressif nommé la dépression postopératoire.

Les symptomatologies cliniques apparaissent à partir de 2 jours postopératoire mais peut arriver même jusqu'à 2 ans après intervention.

Les facteurs de la dépression postopératoire sont multiples. Il est connu que les principaux risques encourus lors d'une intervention chirurgicale proviennent de l'anesthésie que ce soit générale, locale ou péridurale [2]; de l'intervention proprement dite et de la mauvaise gestion des suites opératoires.

Certes, toute intervention chirurgicale devra se faire sous produit anesthésique. Et surtout si l'intervention nécessite une anesthésie générale, les patients vivent de peur

intense de ne plus se réveiller après l'acte chirurgical. Ils craignent aussi des douleurs postopératoires [6] à la limite des effets des produits anesthésiques.

La chirurgie va provoquer une défaillance viscérale à long ou à court terme et cela va altérer le rythme du patient. Par exemple, le jeun postopératoire est difficile à vivre pour certains patients. De plus, la sensation du patient d'avoir perdu une partie du corps par une intervention chirurgicale favorise un impact psychologique important aboutissant parfois à des sentiments de désespoir voire la dépression.

Les complications liées à une mauvaise cicatrisation [3] aussi ne sont pas rares. Les cicatrices engendrent des gênes esthétiques et peuvent être aussi douloureuses. Les patients vont vivre donc de la honte de par les cicatrices surtout si elles seront anarchiques.

Les idées d'être déprimé commencent à la pensée que la famille et les proches vont rejeter le patient après avoir subi une intervention chirurgicale. Les patients présentent souvent des sentiments de peur intense. Les problèmes financiers avant, pendant et après l'intervention chirurgicale posent de conflit familial. De là découle l'auto culpabilité et les sentiments de dévalorisation de soi.

Pour limiter les risques de complication, il est nécessaire avant toute intervention une consultation préopératoire lors de laquelle il est prescrit un bilan physique et psychologique du patient, en plus de la consultation pré-anesthésique.

La visite préopératoire avec le médecin anesthésiste permet d'identifier les contre-indications possibles et de limiter les risques. Le chirurgien doit de son côté mettre en œuvre tous les moyens nécessaires au bon déroulement de l'intervention et ne doit sous aucun prétexte faire prendre des risques à son patient.

Un bon suivi postopératoire pendant et après hospitalisation permet de détecter rapidement d'éventuels problèmes. Il est important d'identifier et reconnaître les symptômes d'une dépression survenant en période postopératoire le plus tôt possible.

### **I.6.5 La dysthymie**

La dysthymie est un état dépressif chronique caractérisé par des symptômes modérés de dépression, tels que le manque d'appétit ou l'hyperphagie, l'insomnie ou l'hypersomnie, la baisse d'énergie et l'asthénie, la piètre estime de soi, le manque de concentration, la difficulté à prendre des décisions et le sentiment de désespoir. Si au moins deux de ces symptômes sont présents pendant plus de deux ans, et que la personne n'entre pas dans un épisode de dépression majeure durant cette période, un diagnostic de dysthymie peut être envisagé. Moins grave que la dépression majeure, la dysthymie peut nuire à la capacité de travailler, d'étudier ou d'entretenir des relations sociales. Par ailleurs, une personne peut souffrir de dysthymie et par la suite développer un véritable épisode dépressif caractérisé [7].

### **I.7 Traitement**

Le traitement de la dépression est double. Il ne suffit pas de donner d'antidépresseur mais aussi il faut une psychothérapie.

Le manque de soutien aux personnes ayant de troubles mentaux, associé à la peur de la stigmatisation, empêchent beaucoup d'entre elles d'accéder aux traitements dont elles ont besoin pour mener des vies productives et en bonne santé. Pour celui ou celle ayant une dépression, le fait de parler à une personne de confiance est souvent le premier pas vers le traitement et la guérison [2].

#### **I.7.1 Les conseils à donner aux proches d'une personne dépressive**

- Éviter de culpabiliser le malade. Abolissez toute leçon de morale, toutes les phrases du type : « Tu t'écoutes trop! » ou « tu commences à m'énerver, avec ton attitude de légume! ». Ces affirmations, à l'effet dévastateur sur la personne dépressive, accentuent son sentiment de culpabilité. Si vous adoptez un tel discours, votre conjoint/vos parents perdra (perdront) confiance en vous, risquant de se replier un peu plus sur lui-même. De plus, lorsqu'il vous parle de sa vision des choses, il est inutile d'évoquer la logique ou le raisonnable. N'oubliez pas que la dépression est une maladie. Votre proche en est la victime et non pas l'acteur.

- Prendre la souffrance au sérieux. Surtout ne la banaliser pas. Inutile de lui dire : « Cela n'est pas grave! », ou encore « tout le monde a des problèmes! » La personne

dépressive nécessite que sa souffrance soit prise au sérieux. Votre présence doit être rassurante. Sans glisser avec elle dans une vision morbide du monde environnant, accompagnez-la sans la bousculer. Vous devez lui faire comprendre qu'elle n'est pas responsable de son état, et que vous le savez. Faites-lui admettre que sa maladie est guérissable. Proposez-lui de consulter un médecin, d'en parler à un psychiatre ou à un psychologue.

- Privilégier un entourage positif. Les personnes dépressives ont tendance à voir tout en noir. Elles ont une vision négative d'elles-mêmes, du monde environnant, du passé et de l'avenir. Aidez-les en leur montrant le côté positif de chaque chose et en les rassurant sur leurs capacités personnelles. Essayez de préserver votre propre enthousiasme afin de le leur faire partager.

- Garder le contact avec ses proches. De nombreuses personnes dépressives se coupent de leur entourage, ont tendance à s'isoler. Elles pensent que leur dépression doit rester secrète, elles éprouvent de la honte à parler de leur maladie. En réalité, maintenir un lien avec ses parents, ses amis, et faire part de ses troubles à des proches est une aide précieuse.

- Rester vigilant concernant son propre moral. Les proches de personnes dépressives ont eux aussi besoin d'être soutenus. Ils ressentent une profonde souffrance à l'idée de ne pas rendre leur conjoint/leur parent/leur ami heureux. Souvent, ils en viennent à se persuader d'être eux-mêmes responsables de la maladie. N'hésitez donc pas vous aussi à rechercher de l'aide : vous ne pourrez soutenir une personne dépressive si vous-même avez besoin de soutien! [7]

### **I.7.2 La psychothérapie**

Les psychothérapies constituent un traitement à part entière de la dépression et leur efficacité dans cette indication a été largement démontrée en 2004 selon l'Institut nationale de la santé et de recherche médicale (INSERM). Elles sont indiquées en première intention dans le traitement des épisodes légers de dépression. Elles peuvent également être mises en place en complément des antidépresseurs dans les cas sévères. Pendant un épisode dépressif, la psychothérapie permet d'apprendre à gérer la maladie, de réduire ses symptômes et leurs conséquences, de prendre conscience des facteurs favorisant la dépression et de pouvoir envisager de nouveaux projets. Ses premiers

effets (un soulagement lié à une écoute adaptée) peuvent se faire sentir immédiatement, les changements durables interviennent au bout de quelques semaines. Les psychothérapies doivent être pratiquées par des professionnels formés spécifiquement à cela (notamment les psychiatres, psychologues, psychothérapeutes). Ceux-ci peuvent pratiquer différents types de psychothérapies (psychanalyse, thérapies cognitivo-comportementales...) [13].

### **I.7.3 Les antidépresseurs**

Deux phases doivent être distinguées dans le traitement d'une dépression:

- Une phase d'attaque, au cours de laquelle la crise elle-même est prise en charge (phase initiale);
- Une phase de consolidation, au cours de laquelle l'objectif est de stabiliser le patient dans l'euthymie (phase d'entretien ou de stabilisation).

En résumé, il peut être intéressant d'expliquer à la personne dépressive que son médicament lui permet dans un premier temps «d'aller mieux», puis dans un deuxième temps «d'éviter d'aller mal». À chacune de ces phases, le même médicament est administré, un antidépresseur. Mais le but recherché n'est pas identique en fonction de la période d'évolution du trouble [7].

La prescription des antidépresseurs a ses propres recommandations et références. D'après l'Agence Française de Sécurité sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) en 2006, les points suivants sont à noter :

- La prescription d'un médicament antidépresseur doit reposer sur une évaluation clinique soigneuse afin de distinguer les pathologies dépressives caractérisées nécessitant un traitement spécifique et les symptômes dépressifs isolés, souvent transitoires, qui ne justifient pas obligatoirement une mesure thérapeutique médicamenteuse.
- Les antidépresseurs sont indiqués dans les épisodes dépressifs majeurs, caractérisés par l'acuité et la multiplicité des symptômes, leur durée et leur caractère invalidants.
- Un traitement antidépresseur ne doit pas être changé pour cause d'inefficacité avant une durée de prescription de deux à trois semaines à posologie dite efficace (sauf en cas d'aggravation).

- Un traitement antidépresseur ne doit pas être interrompu dès la disparition des symptômes dépressifs. Il est démontré que la poursuite du traitement pendant quatre à six mois (traitement de consolidation) réduit le risque de rechute.

- Un traitement antidépresseur doit être interrompu progressivement afin de prévenir tout risque de syndrome d'arrêt brutal.

- Le traitement prophylactique des récurrences (traitement au long cours sur plusieurs années) est justifié chez des patients qui ont eu au moins deux ou trois épisodes dépressifs.

- La voie intraveineuse est réservée à l'usage hospitalier.

- Chez le sujet de plus de 70 ans, la posologie initiale recommandée pour la plupart des antidépresseurs est en moyenne de la moitié de celle préconisée chez l'adulte. La posologie devra être réévaluée régulièrement au cours du traitement.

## Les antidépresseurs disponibles actuellement [7]

<b>Effet</b>	<b>Famille chimique</b>	<b>Nom commercial</b>	<b>Dénomination commune internationale (DCI)</b>
<b>Stimulant</b>	IMAO (Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase)	Marsilid	Iproniazide
		Moclamine	Moclobémide
	Tricycliques	Tofranil	Imipramine
	Autres	Vivalan	Viloxazine
<b>Intermédiaire</b>	Tricycliques	Anafranil	Clomipramine
		Prothladen	Dosulépine
	Sérotoninergiques	Deroxat	Paroxétine
		Divarius	Paroxétinemésilate
Floxyfral		Fluvoxamine	
	Prozac	Fluoxétine	
	Seroplex	Escitalopram	
	Seropram	Citalopram	
	Zoloft	Sertaline	
	Sérotoninergiques et noradrénergiques	Ixel	Milnacipran
		Effexor	Venlafaxine
	Autres	Stablon	Tianeptine
<b>Sédatifs</b>	Tricycliques	Elavil	Amitriptyline
		Laroxyl	Amitriptyline
		Quitaxon	Doxépine
		Surmontil	Trimipramine
		Défanyl	Amoxapine
	Tétracycliques	Athymil	Miansérine
		Ludiomil	Maprotiline
	Norset	Mirtazapine	

## **DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS**

## **II METHODES ET RESULTATS**

### **II.1 Méthodes**

#### **II.1.1 Cadre de l'étude**

Cette étude a été réalisée au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona. Le travail a été réalisé aux 3 services : Chirurgie viscérale, Chirurgie urologique et Urgences.

#### **II.1.2 Type d'étude**

Il s'agit d'une étude de cohorte.

#### **II.1.3 Période étudiée**

Il s'agit d'une étude allant du 01<sup>er</sup> Décembre 2016 au 28 Février 2017 comportant pour chaque patient la période avant l'intervention chirurgicale jusqu'à la période postopératoire.

#### **II.1.4 Population d'étude**

La population d'étude regroupe les patients nécessitant une intervention chirurgicale viscérale. Il s'agit d'une étude portant sur les patients admis pour une intervention chirurgicale programmée ou en urgence du Centre Hospitalier Universitaire Ravoahangy Andrianavalona Antananarivo.

#### **II.1.5 Sélection des patients**

Ont été pris tous les patients admis dans les services des Urgences, Chirurgie viscérale et Chirurgie urologique pour une intervention chirurgicale.

#### **II.1.6 Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans cette étude, tous les patients âgés de plus de 15 ans hospitalisés dans le service des Urgences, service viscéral et service urologie de l'hôpital CHUJRA ayant besoin d'une intervention chirurgicale.

Les patients ayant subi une intervention chirurgicale en urgences représentent 32,35% de la population d'étude (n=22) et 46 patients (67,65%) ont été admis au programme d'une intervention chirurgicale.

### **II.1.7 Critères de non inclusion**

Les critères de non inclusion sont :

- Agé moins de 15 ans
- N'ayant pas besoin de prise en charge chirurgicale
- Les patients suivis en postopératoire dans les autres services

### **II.1.8 Critères d'exclusion**

Dans les critères d'exclusion sont regroupés les patients :

- Ne voulant pas répondre aux questionnaires
- Ne pouvant pas parler car étant dans le coma ou présentant de démence
- Non vus en préopératoire et/ou en postopératoire.

### **II.1.9 Echantillonnage**

#### **II.1.9.1 Mode**

Il s'agit d'une étude exhaustive de tous les patients du service des Urgences. Un suivi de ces patients est réalisé pendant leur hospitalisation dans les services de Chirurgie viscérale et de Chirurgie urologique jusqu'à leur sortie. Durant ce suivi, nous avons rencontré les patients programmés pour une intervention chirurgicale dans ces services. Et nous avons réévalué ces patients tous les 3 jours jusqu'à leur sortie.

#### **II.1.9.2 Taille de l'échantillon**

La taille de l'échantillon est obtenue à la fin de l'étude, et est égale à 77 patients.

### **II.1.10 Déroulement de l'étude**

Les patients étaient consultés dès leur admission. Le profil sociodémographique, les antécédents médicaux et les habitudes toxiques ont été demandés pour chaque patient.

Ensuite, les patients ont bénéficié d'une évaluation clinique psychologique à partir du score de HAMILTON et du score de HADS.

Ces évaluations ont été effectuées avant l'intervention chirurgicale. Un suivi de ces patients est réalisé pendant leur hospitalisation dans les services de Chirurgie viscérale et de Chirurgie urologique jusqu'à leur sortie. Durant ce suivi, nous avons rencontré les patients programmés pour une intervention chirurgicale dans ces services.

Puis le patient bénéficie d'une intervention chirurgicale. Deux jours post opératoire, les patients étaient réévalués à partir des scores de HADS et de HAMILTON (Annexe 1-2).

### **II.1.11 Variables étudiées**

Dans ce travail, les variables étudiées sont groupées comme suit :

- Aspect socio épidémiologique
  - Age
  - Genre
  - Statut matrimonial : célibataires, mariés, divorcés, veufs
  - Religion : catholiques, protestants, musulmans, anglicans, autres
  - Profession : étudiants, fonctionnaires, agriculteurs, commerçants, ouvriers, ménagère, les ayant des professions libérales et informelles.
  - Niveau d'étude : Les patients considérés comme étant de bas niveau d'étude sont constitués par les non scolarisés ou les patients du niveau primaire ou ceux du niveau secondaire. Les patients arrivant au niveau universitaire représentaient les ayant un haut niveau d'étude.
  - Niveau socioéconomique : La classification socio-économique en 1971 est basée sur un seul critère qui est la profession principale [19]. Or ce critère est difficile à apprécié d'où le choix de l'évaluation à partir du revenu mensuel en Ariary (MGA) de chaque ménage. Le niveau socioéconomique de nos patients est subdivisé comme suit :

Les patients ayant un revenu mensuel inférieur ou égal à 300 000 MGA

Les patients ayant un revenu mensuel entre 300 000 MGA à 600 000 MGA

Les patients ayant un revenu mensuel supérieur ou égal à 600 000 MGA

Depuis cette tranche de revenu mensuel, les ayants un revenu mensuel inférieur ou égal à 300 000 MGA sont supposés équivalent de bas niveau socioéconomique, les

patients dont le revenu mensuel est compris entre 300 000 MGA à 600 000 MGA équivalent à la classe de niveau socioéconomique moyen, et ceux ayant un revenu mensuel supérieur ou égal à 600 000 MGA sont supposés étant de haut niveau socioéconomique.

- Aspect clinique
  - Antécédents : antécédents personnels médicaux, antécédents personnels chirurgicaux, antécédents personnels psychiatriques, habitudes toxiques, antécédents familiaux psychiatriques
  - Type d'intervention : L'appendicectomie ou la fermeture des fistules péri-anales ou la chirurgie urologique (uretrotomie ou prostatectomie) ou la chirurgie gynécologique (ovariectomie ou hystérectomie) sont classés dans type de chirurgie légère. La colostomie, la néphrectomie, la mastectomie, la gastrectomie, l'intervention d'un segment hépatique et la chirurgie gynécologique pour des raisons néoplasiques sont considérées comme type de chirurgie lourde.
  - Evaluation psychologique des patients à partir du score de HADS et du score de HAMILTON
  - Troubles psychologiques rencontrés : trouble de l'humeur, modification de l'appétit, trouble du sommeil, les idées délirantes de suicide, les hallucinations durant le sommeil ou à l'éveil
  - Durée de séjour hospitalier

#### **II.1.12 Méthode d'évaluation**

Après avoir expliqué aux patients la procédure de l'étude lors de leur admission, les patients étaient évalués à partir du score de HAD et du score de HAMILTON avec la collaboration de l'équipe du service de psychiatrie. Ces évaluations ont été réalisées dès son admission pour les patients à opérer en urgence et la veille de son intervention chirurgicale pour les patients programmés. Une réévaluation a été faite deux jours après l'intervention chirurgicale avec les mêmes scores pour les mêmes patients vus précédemment.

### **II.1.12.1 Le score de HAD [20]**

Il s'agit un score d'auto-évaluation. Il est fait pour savoir l'état d'anxiété, de dépression et les troubles de l'humeur des patients hospitalisés quel que soit le motif d'hospitalisation.

Ce score est constitué de 8 questionnaires correspondant à la dépression et 8 questionnaires pour l'anxiété. Chaque questionnaire est noté de 0 à 3. Au total, on arrive au score de 0 à 21 se catégorisant comme suit :

- 0-7 : normal
- 8-10 : moyen
- 11-14 : modéré
- 15-21 : sévère

### **II.1.12.2 Le score de HAMILTON [21]**

Le score de HAMILTON est une évaluation de la dépression. Il est constitué de 17 questionnaires. L'échelle de dépression de Hamilton est le test le plus utilisé pour évaluer l'intensité des symptômes dépressifs. Il est valable pour toutes les personnes, y compris les personnes âgées bien que certains aspects puissent être parfois inopérants (par exemple ceux qui font référence aux activités professionnelles alors qu'il peut s'agir de personnes en retraite). L'évaluation est généralement faite toutes les deux semaines. Nous avons utilisé l'application Medicalcul<sup>®</sup> pour ce score et de par cette application, après avoir interrogé le patient par les 17 questionnaires. Chaque questionnaire est noté de 0 à 2 ou de 0 à 4. Plus la note est élevée, plus la dépression est grave :

- Score de 10 à 13 : symptômes dépressifs légers
- Score de 14 à 17 : symptômes dépressifs légers à modérés
- Score supérieur à 18 : symptômes dépressifs modérés à sévères.

Cependant, la plupart des études sur la dépression utilise le score de HAD pour évaluer l'état d'anxiété-dépression des patients. Le score de HAD est de préférence la plus utilisée car elle est facilement accessible pour les patients avec ses 14 questionnaires dont 7 sur l'anxiété et 7 sur la dépression. Le score de HAMILTON sert à confirmer l'existence ou non de dépression après l'évaluation par le score de HAD.

### **II.1.13 Analyse statistique des données**

Les données ont été recueillies à partir d'une fiche individuelle. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées au moyen du logiciel Microsoft Excel 2007 et du logiciel Epi-Info version 7. Le risque relatif RR a été évalué.

### **II.1.14 Limite de l'étude**

La sélection des patients a été effectuée dans 3 services de chirurgie, ce qui n'est pas représentatif de tous les patients opérés du CHUJRA.

### **II .1.15 Considérations éthiques**

- Accord des responsables des services concernés
- Bonne explication des objectifs et du type de questionnaires à poser aux patients
- Consentement du patient pour l'enquête
- Permission aux patients de poser des questions durant l'enquête que ce soit concernant leur pathologie, soit concernant l'étude
- Respect de l'anonymat et de la confidentialité du patient
- Références en consultation spécialisée psychiatrique des patients classés dans la « dépression sévère »

## II.2 Résultats

### II.2.1 Description de l'échantillon et fréquence de la dépression

Durant la période d'étude de 3 mois, 77 patients ayant subi une intervention chirurgicale ont été recrutés. Neuf patients ont été exclus. En somme, 68 patients étaient retenus.

Avant l'intervention chirurgicale, 29 patients (42,65%) présentaient de syndrome dépressif. Après avoir subi une intervention chirurgicale, le nombre de patients déprimés atteint n=44 avec une proportion de 64,71%.

### II.2.2 Aspect épidémiologique et clinique

. Le service des Urgences a groupé 22 patients, 28 patients ont été rencontrés dans le Service de Chirurgie Viscérale et 18 patients ont été admis dans le Service de Chirurgie Urologique.

#### II.2.2.1 Age et genre

Le Tableau I représente l'âge des patients selon le genre.

**Tableau I** : Répartition des patients selon l'âge et le genre

Tranche d'âge	Masculin (n=31)	Féminin (n=37)
[ 15-25]	6	4
[ 26-35 ]	4	11
[ 36-45 ]	8	8
[ 46-55]	4	7
[56-65]	3	5
> 66	6	2

La population d'étude est dominée par des jeunes femmes.

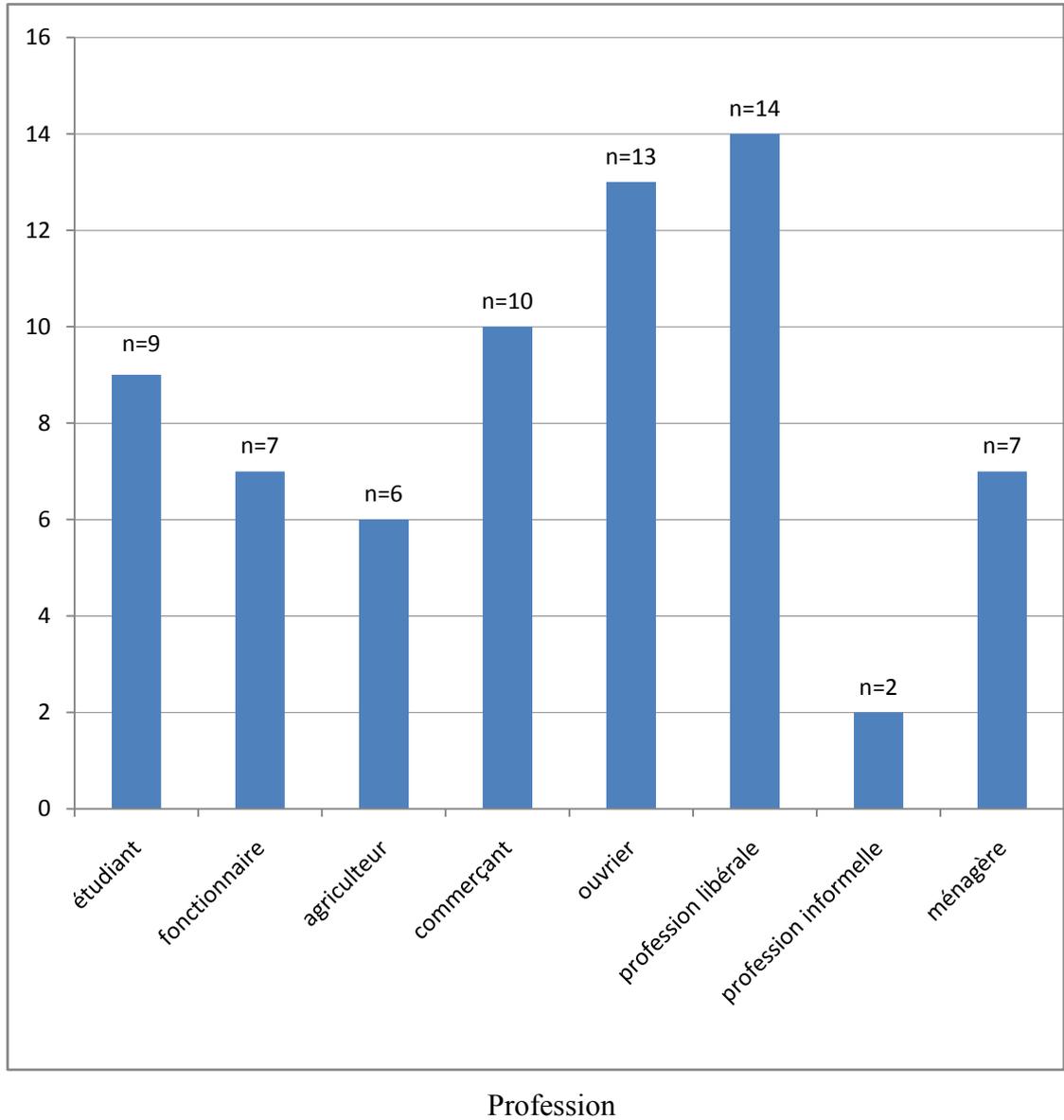
**II.2.2.2 Religion et genre****Tableau II : Répartition des patients selon la religion et le genre**

<b>Religion</b>	<b>Masculin (n=31)</b>	<b>Féminin (n= 37)</b>
<b>Catholique</b>	14	12
<b>Protestant</b>	<b>13</b>	<b>17</b>
<b>Musulman</b>	1	1
<b>Anglican</b>	1	2
<b>Autres</b>	2	5

La confession protestante représentait 44,12% de la population d'étude.

### II.2.2.3 Profession

Effectif



**Figure 1** : Répartition des patients selon leur profession

La plupart des patients exerçaient des professions libérales.

#### II.2.2.4 Statut matrimonial et genre

**Tableau III** : Répartition des patients selon le statut matrimonial et le genre

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Masculin (n=31)</b>	<b>Féminin (n=37)</b>
Mariés	15	19
Célibataires	9	6
Divorcés	4	7
Veufs	3	5

Les patients mariés représentaient la moitié de la population d'étude.

### II.2.2.5 Niveau d'étude et niveau socio-économique

**Tableau IV** : Répartition des patients selon le niveau d'étude et le niveau socio-économique

<b>Niveau d'étude</b>	<b>Haut niveau socio-économique (n=6)</b>	<b>Bas et moyen niveau socio-économique (n=62)</b>
<b>Non scolarisé</b>	1	6
<b>Primaire</b>	1	12
<b>Secondaire</b>	1	30
<b>Tertiaire</b>	3	14

Les patients étaient de bas et de moyen niveau socio-économique globalement et la majorité des patients ont arrêté au niveau d'étude secondaire.

### II.2.2.6 Antécédents personnels

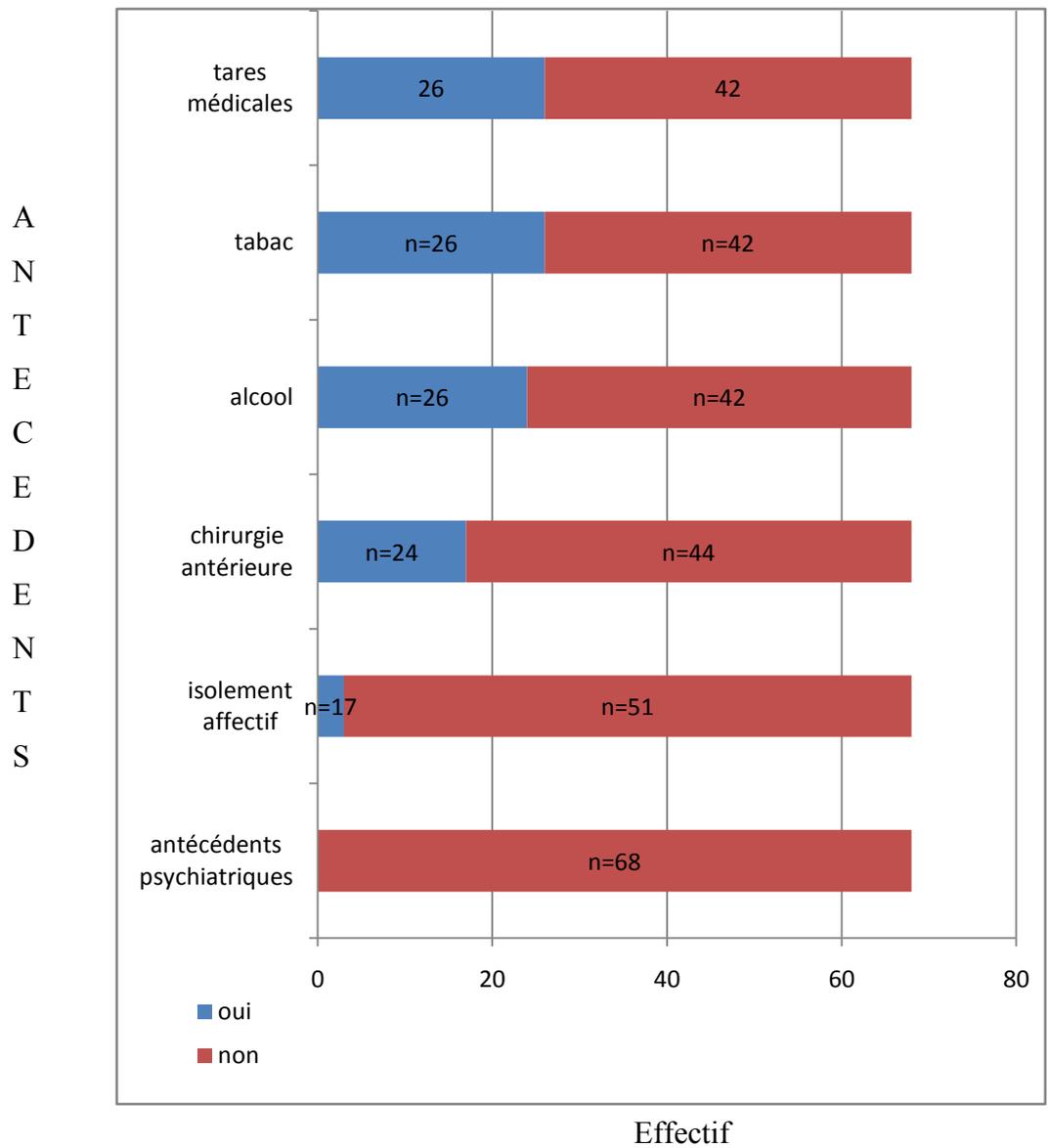


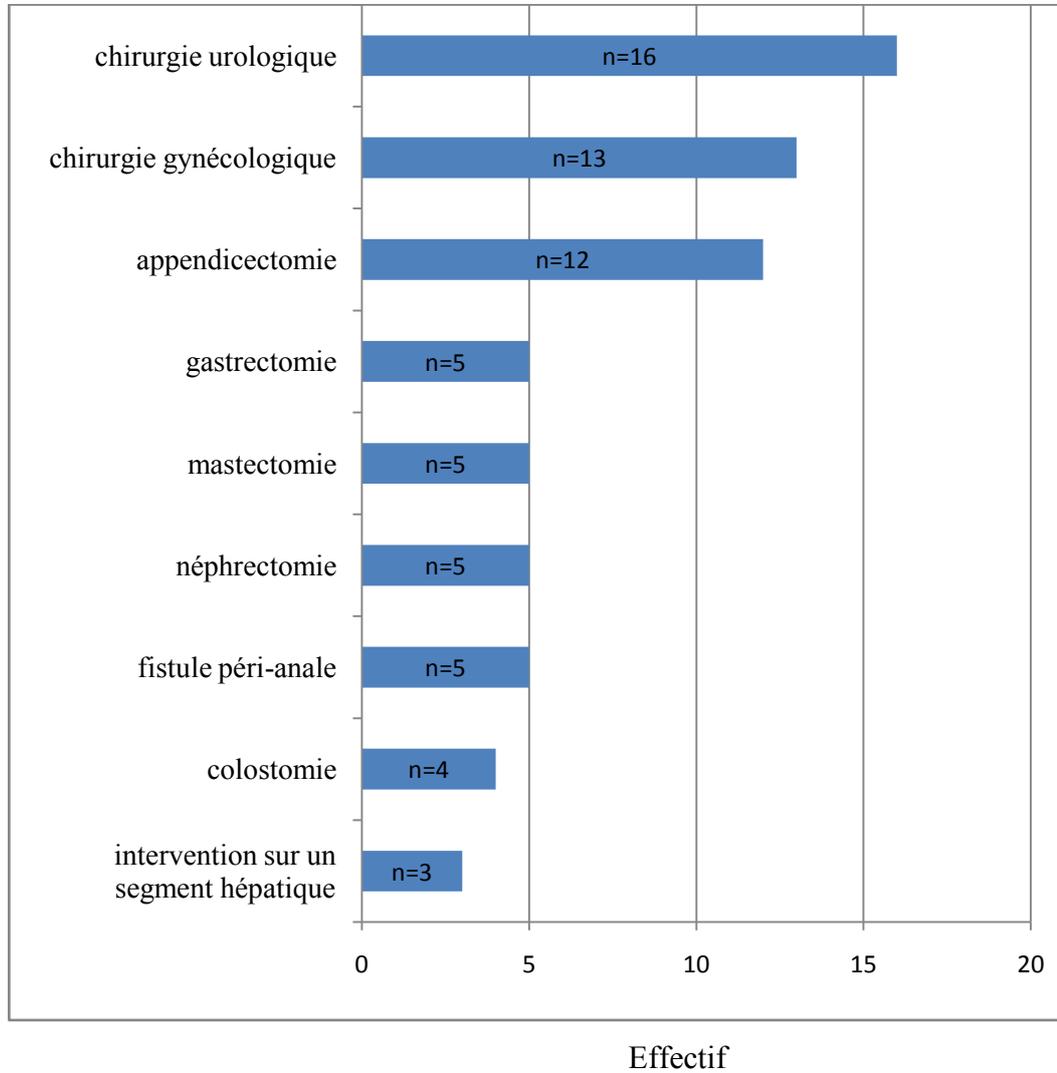
Figure 2 : Répartition des patients selon leurs antécédents

Les tares médicales [hypertension artérielle (HTA), diabète, asthme) et l'existence d'intervention chirurgicale antérieure prédominent les antécédents personnels des patients.

Aucun patient n'avait présenté d'antécédents personnels et/ou psychiatriques.

### II.2.2.7 Type de chirurgie

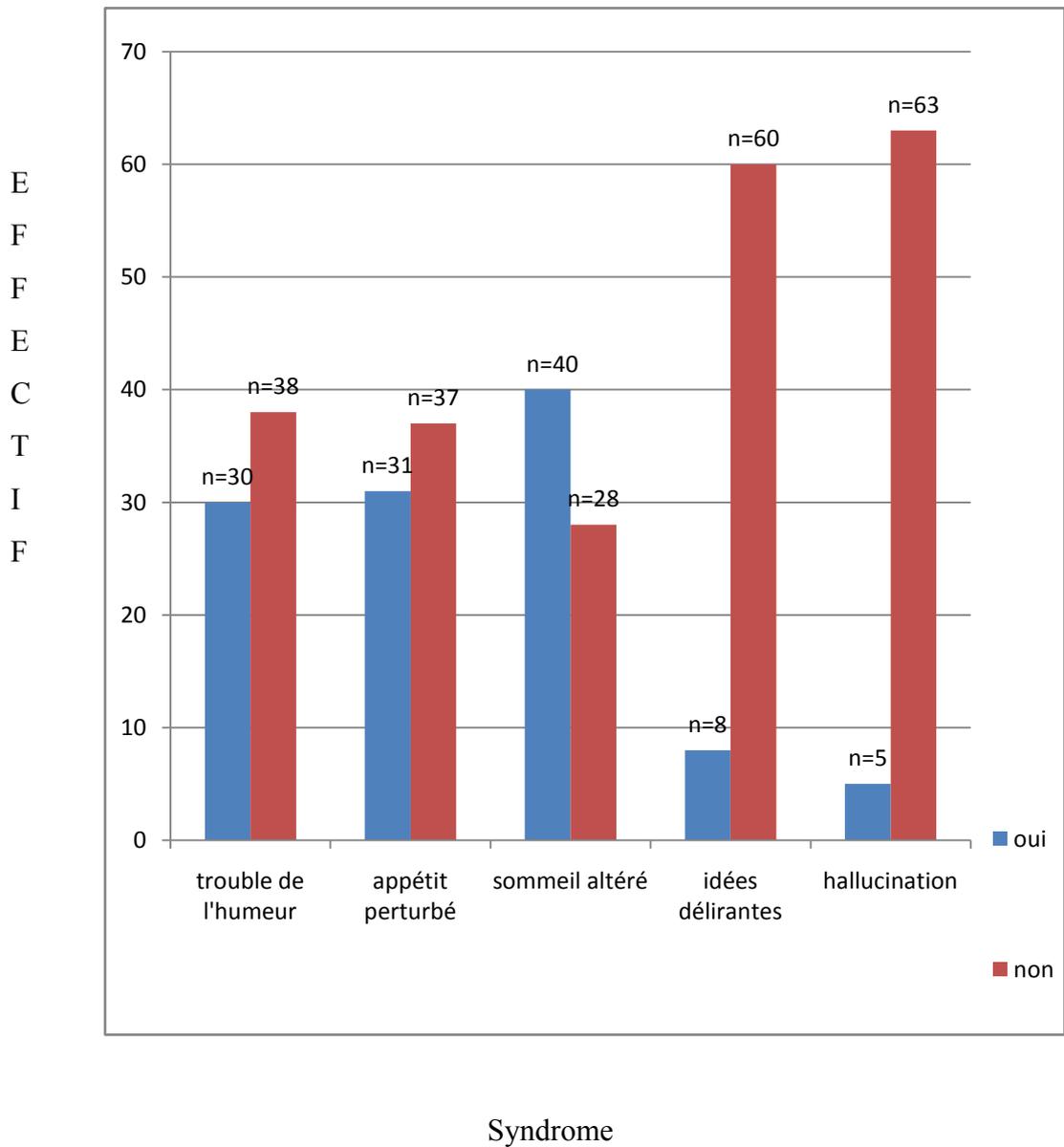
Type de chirurgie



**Figure 3** : Répartition des patients selon le type de chirurgie

Le type d'intervention chirurgicale subie par les patients est prédominé par la chirurgie urologique (une prostatectomie ou une urétrotomie interne) représentant les 23,53% des patients.

### II.2.2.8 Troubles psychologiques rencontrés



**Figure 4** : Répartition des patients selon le syndrome présenté

Une altération du sommeil a été rencontrée par 40 patients ou 58,82%.

### II.2.2.9 Durée de séjour hospitalier

La durée de séjour hospitalier des patients allait de 3 jours à 48 jours (Tableau V).

**Tableau V** : Répartitions des patients selon la durée de séjour hospitalier

Durée en jours	Masculin (n=31)	Féminin (n=37)
<7	8	10
[ 7-14 [	11	19
[ 14-21 [	4	2
[ 21-30 [	7	1
[ 30-60 [	1	5

Trente patients (44,12%) séjournèrent à l'hôpital de 7 jours à 14 jours.

### II.2.2.10 Résultats du score de HAD et du score de HAMILTON

**Tableau VI:** Répartition des patients selon le score de HAD et de HAMILTON

Score	Avant intervention		Après intervention	
	Déprimé	Non déprimé	Déprimé	Non déprimé
<b>HAD</b>	29	39	34	24
<b>HAMILTON</b>	32	36	43	25

Le résultat des deux échelles utilisées était proportionnel.

## II.2.3 Facteurs déterminants de la dépression

### II.2.3.1 Statut matrimonial et dépression

Il est estimé que les patients vivant seuls développaient plus la dépression que les mariés (Tableau VII).

**Tableau VII** : Etat de dépression des patients selon leur statut matrimonial

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Déprimés</b>	<b>Non déprimés</b>	<b>RR</b>
<b>Vivre seul</b>	<b>30</b>	<b>4</b>	<b>2,14 [1,40-3,26]</b>
<b>Mariés</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	

Il existe une forte association entre l'état de vivre seul sans accompagnant et la dépression postopératoire avec un risque relatif (RR) égal à 2,14 [1,40-3,26].

### II.2.3.2 Niveau d'étude et dépression

**Tableau VIII** : Etat de dépression des patients selon leur niveau d'étude

Niveau d'étude	Déprimés	Non déprimés	RR
<b>Bas</b>	<b>36</b>	<b>15</b>	<b>1,50 [0,87-2,55]</b>
<b>Haut</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	

Bien que l'association ne soit pas significative, il est observé que les patients à bas niveau d'étude ont le risque d'être déprimés après une intervention chirurgicale (RR=1,50 [0,87-2,55]).

### II.2.3.3 Niveau socio-économique et dépression

Il est estimé que le bas niveau socio-économique contribue à la dépression postopératoire (Tableau IX).

**Tableau IX :** Etat de dépression des patients selon leur niveau socio-économique

Niveau socio-économique	Déprimés	Non déprimés	RR
Bas	12	10	0,78 [0,51-1,20]
Moyen ou haut	32	14	

Il n'existe pas d'association entre le bas niveau socio-économique et le développement de la dépression (RR= 0,78 [0,51-1,20]).

### II.2.3.4 Antécédents et dépression

#### ➤ Antécédents personnels médicaux et dépression

Plus de  $\frac{3}{4}$  des patients ayant de tares médicaux développaient la dépression après avoir subi une intervention chirurgicale (Tableau X).

**Tableau X** : Etat de dépression des patients selon les antécédents personnels médicaux

Antécédents personnels médicaux	Déprimés	Non déprimé	RR
Oui	20	6	1,34 [0,96-1,88]
Non	24	18	

Bien que l'association ne soit pas significative, il est observé que les sujets ayant d'antécédents personnels médicaux (HTA, diabète, asthme) ont un risque d'être déprimés après une intervention chirurgicale RR=1,34 [0,96-1,88].

➤ **Antécédents personnels chirurgicaux et dépression**

Il est estimé qu'avoir subi une intervention chirurgicale antérieure expose le patient à la dépression postopératoire lors d'une nouvelle intervention (Tableau X).

**Tableau XI :** Etat de dépression des patients selon les antécédents personnels chirurgicaux

<b>Antécédents personnels chirurgicaux</b>	<b>Déprimés</b>	<b>Non déprimés</b>	<b>RR</b>
<b>Oui</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>1,40 [0,82-2,22]</b>
<b>Non</b>	<b>30</b>	<b>21</b>	

Bien que l'association ne soit pas significative, il est observé que les patients présentant d'antécédents personnels chirurgicaux antérieurs ont un risque de développer la dépression après une intervention chirurgicale RR=1,40 [0,82-2,22].

➤ **Prise de tabac et dépression**

Plus de la moitié des patients tabagiques présentaient la dépression postopératoire (Tableau XII).

**Tableau XII** : Etat de dépression des patients selon la prise de tabac

<b>Tabac</b>	<b>Déprimés</b>	<b>Non déprimés</b>	<b>RR</b>
Oui	15	11	0,83 [0,56-1,26]
Non	29	13	

Il n'existe pas d'association entre la consommation de tabac et la dépression postopératoire (RR=0,83 [0,56-1,26]).

➤ **Prise d'alcool et dépression**

Il est estimé que la consommation d'alcool favorise la survenue de la dépression postopératoire (Tableau XIII).

**Tableau XIII** : Etat de dépression des patients selon la prise d'alcool

<b>Alcool</b>	<b>Déprimés</b>	<b>Non déprimés</b>	<b>RR</b>
<b>Oui</b>	15	9	0,94 [0,65-1,38]
<b>Non</b>	29	15	

Il n'existe pas d'association entre la prise d'alcool et la dépression après une intervention chirurgicale (RR=0,94 [0,65-1,38]).

### II.2.3.5 Types d'intervention et dépression

Il est estimé que la survenue de la dépression postopératoire diffère selon le type d'intervention subie par le patient (Tableau XIV).

**Tableau XIV** : Etat de dépression des patients selon le type de chirurgie

Type de chirurgie	Déprimés	Non déprimés	RR
Chirurgie lourde	17	5	1,36 [0,97-1,92]
Chirurgie légère	26	20	

Bien que l'association ne soit pas significative, il est observé que les patients ayant subi une chirurgie lourde ont un risque d'être déprimés après l'intervention chirurgicale (RR=1,36 [0,97-1,92]).

### II.2.3.6 Type d'anesthésie et dépression

Plus de 3/4 des patients soit 53 patients (77,94%) avaient été opérés sous anesthésie générale (AG), 15 patients (22,06%) avaient été opérés sous anesthésie locorégionale (ALR) (Tableau XV).

**Tableau XV** : Etat de dépression des patients selon le type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Déprimés	Non déprimés	RR
AG	36	17	1,27 [0,76-2,11]
ALR	8	7	

Bien que l'association ne soit pas significative, il est observé que les patients opérés sous anesthésie générale ont un risque d'être déprimés après une intervention chirurgicale (RR=1,27 [0,76-2,11]).

### II.2.3.7 Durée de séjour hospitalier et dépression

**Tableau XVI :** Etat de dépression des patients selon la durée de séjour hospitalier

<b>Durée (jours)</b>	<b>Déprimés</b>	<b>Non déprimés</b>	<b>RR</b>
<b>≥ 14</b>	13	7	1,04 [0,68-1,49]
<b>&lt;14</b>	30	18	

Il n'existe pas d'association entre la durée de séjour hospitalier et le développement de la dépression après une intervention chirurgicale (RR=1,04 [0,68-1,49]).

## **TROISIEME PARTIE : DISCUSSION**

### III. DISCUSSION

#### III.1 Epidémiologie

##### III.1.1 Fréquence

Beaucoup de patients développent la dépression après avoir subi une intervention chirurgicale.

Dans cette étude, la dépression est retrouvée chez 44 patients sur 68 patients ayant subi une intervention chirurgicale soit 64,71% pendant une période de 3 mois.

Avant l'intervention chirurgicale, avec le score de HAMILTON trente-huit patients (63,33%) présentaient de syndrome dépressif alors qu'avec le score de HAD, trente-quatre patients (56,67%) en développaient. Après l'intervention chirurgicale, le score de HAMILTON comptait 43 patients (63,23%) déprimés et avec le score de HAD, la dépression se voit chez 44 patients (64,7%). Les résultats selon ces deux scores d'évaluation de la dépression étaient proportionnels. Le fait de subir une intervention chirurgicale augmente la survenue de la dépression. Le score de Hamilton a servi de confirmation de l'état psychologique du patient du point de vue dépression après une évaluation par le score de HAD.

Dans son étude, Shoar et al dénombrait 88 patients (22,44%) présentant de dépression chez 392 patients ayant subi une intervention chirurgicale dans le Département de Chirurgie de l'Hôpital Shariati en collaboration avec la Science Médicale de l'Université de Téhéran, Iran pendant une étude de 1 an allant de Juin 2011 à Juin 2012, soit 22,5% [6].

Chen et al recensaient 47 patients sur 126 (21,8%) présentant de syndrome dépressif en période postopératoire en Shanghai Chine pendant leur étude de Janvier à Décembre 2010 [22].

Park et al en Séoul Corée avaient rencontré 22 patients sur 278 (7,9%) qui présentaient la dépression avant une intervention chirurgicale. Après l'intervention chirurgicale, ils comptaient 54 patients (19,4%) qui étaient dépressifs [23].

Il est constaté que ces autres pays ont un haut niveau économique. Et la prise en charge psychologique des patients dans ces centres de santé est bien entretenue.

Aussi, il est connu que la sous-alimentation peut causer des carences nutritionnelles contribuant à la dépression. Un déficit en vitamine B 12 (surtout chez les personnes âgées et les gens qui consomment beaucoup d'alcool), vitamine D, acide folique, fer, acides gras oméga-3 ou certains acides aminés pourrait engendrer une dépression [1]. Dans les pays en voie de développement comme Madagascar, les gens vivent dans la pauvreté et sont sujets à la malnutrition chronique. Ce qui peut expliquer la haute fréquence de la dépression rencontrée au cours de l'étude.

Par ailleurs, le fait d'avoir vécu des événements traumatisants dans l'enfance (séviesses sexuels, maltraitance, négligence) expose la victime à la dépression lorsqu'elle affronte un choc psychologique comme subir une intervention chirurgicale.

En outre, vivre avec un conjoint ou un parent dépressif rend une personne vulnérable à la dépression. Certes la dépression ne s'agit pas d'une maladie transmissible, mais vivre avec un proche déprimé rend soi-même déprimé. On prétend vivre les sentiments qu'évoque son proche déprimé, on doit acheter périodiquement ses médicaments, on doit toujours surveiller cette personne pour qu'elle n'arrive pas à accomplir son idée suicidaire. On ressent souvent ces soucis de responsabilité et on tombe à la longue dans du stress chronique qui devient progressivement la dépression.

La famille tient un rôle important dans l'accompagnement du patient. Elle constitue une précieuse source de renseignement pour le médecin sur l'état psychologique du patient. Elle constitue la personne la plus proche qui va écouter le patient de ses plaintes. Elle tient le rôle de soutien, d'« ami » et d'accompagnant du patient déprimé. Elle assure le soutien moral et psychologique de son proche durant ses problèmes de santé. La famille apporte l'argent nécessaire pour le soin. Elle encourage le patient à bien suivre ses traitements. Il est donc préférable de soutenir la famille en plus du soutien psychologique du patient, pour qu'elle puisse aider son proche dans ses problèmes de santé.

La contribution de l'Etat dans la vie sociale de la population est fortement nécessaire pour mettre le peuple à l'abri de la dépression. Il faut un bon soutien psychologique des patients avant et après une intervention chirurgicale. Mieux vaut que

le centre chirurgical dispose d'une Unité de soutien en psychologie clinique pour la bonne préparation des patients avant toute intervention chirurgicale. Cette unité assurera une suivie et un accompagnement médical psychologique en période post opératoire.

### **III.1.2 Age**

Actuellement, la survenue de la dépression devient fréquente. Personne n'est à l'abri de la dépression, elle affecte tout âge.

L'âge des patients variait de 16 à 79 ans avec un âge médian de 42,41 ans. La tranche d'âge la plus touchée par la dépression après avoir subi une intervention chirurgicale était de 36 à 50 ans soit 35,29%.

La dépression peut affecter les adolescents comme les adultes mais elle touche surtout les adultes jeunes de 20 à 29 ans selon une étude de Palazzolo en Egypte [7].

Une étude faite par Patten et Juby au Québec Canada annonçait que la dépression est beaucoup plus fréquente chez les jeunes de 15 ans à 18 ans [16].

Selon Durmaz et al, les patients entre 40 à 49 ans sont les plus touchés par la dépression [24].

Une autre étude faite par Ganal et al en Arabie Saoudite évoquait que la dépression postopératoire touchait les adultes d'âge moyen 34,42 ans [25].

En période postopératoire, la dépression affectait les adultes matures du fait des soucis de la vie quotidienne surtout de la vie familiale. Ils ont peur que leur famille va leur rejeter après l'intervention chirurgicale. En effet, les patients opérés en urgence n'ont pas le temps de se préparer psychologiquement et financièrement à son hospitalisation. Ils ont peur de ne pas se réveiller après l'acte chirurgical, et qui vont s'occuper de leurs enfants et de leurs familles. Ils stressent de quoi vivre sa famille après avoir tout dépensé durant son hospitalisation. Ils craignent de ne plus pouvoir travailler à la sortie de sa maladie. Ils ont peur de ne pas être guéri de ses cicatrices et des douleurs qu'ils ont après l'intervention chirurgicale. Tous ces soucis et peurs conduisent le patient dans un état dépressif.

Les sujets jeunes développent la dépression facilement. Même des chocs affectifs minimes ou supposés légers permettent de leur conduire à la dépression. Le fait de subir une intervention chirurgicale provoque un choc psychologique qui peut provoquer de la dépression aux jeunes. Ces jeunes ne supportent pas psychologiquement la lourdeur de la chirurgie comme ils ont peur de leur avenir après avoir subi une intervention chirurgicale. Ils ont peur que personne ne va plus leurs aimer avec son cicatrice. De plus, chez les adolescents, la dépression peut être difficile à distinguer des moments de crise ou de confrontation propres à cette étape de la vie. Le diagnostic de dépression chez cette catégorie de gens doit être posé à temps pour faciliter la prise en charge. Pour les adolescents qui ne présentent pas de maturité psychologique, les signes suivants sont à surveiller de près :

- Un abus d'alcool, de drogue, de médicaments
- Un état d'agitation sans motif exact
- Une indifférence apparente
- Une tendance à l'isolement
- Un désinvestissement dans les études
- Des signes d'automutilation
- Une verbalisation d'idées suicidaires

Dès la constatation de signes suspects de la dépression, mieux vaut emmener le jeune en consultation psychiatrique.

Pour les personnes âgées, les facteurs psychologiques liés au vieillissement, comme une baisse importante de sérotonine ainsi que d'autres changements métaboliques leur conduisent à la dépression. Certaines pathologies comme l'hypertrophie bénigne de la prostate est classée parmi les maladies gérontologiques, donc subir une prostatectomie augmente le risque de développer la dépression pour ces personnes âgées.

Une bonne explication de sa pathologie et de la procédure chirurgicale correspondante à cette maladie au patient peut prévenir la dépression après

l'intervention chirurgicale. Cette communication constitue une préparation psychologique du patient avant l'acte chirurgical.

### **III.1.3 Genre**

Beaucoup d'hommes dépressifs ont été rencontrés durant cette étude. Parmi les quarante-quatre patients développant la dépression après avoir subi une intervention chirurgicale, la gente masculine représente vingt-sept patients (61,36%) déprimés alors que dix-sept patients (38,64%) sont constitués de la gente féminine.

Il semble que les femmes sont les plus sujettes à la dépression que les hommes selon Zonglan et al en préopératoire [26].

Shoar et al évoquaient que les femmes sont trois à quatre fois plus touchées que les hommes [6].

Palazzolo confirmait dans son étude que la dépression touche plutôt les femmes avec une fréquence de une sur cinq [7].

Il est connu qu'au moins une femme souffre de dépression 2 fois de plus qu'un homme dans sa vie [27], même si certaines études ont parfois trouvées une fréquence équivalente chez les deux sexes.

Sachant qu'à Madagascar, les hommes assurent la survie de la famille. Ce sont eux qui travaillent. Au moment où ils tombent dans un problème de santé et qu'ils devront subir une intervention chirurgicale, ils ne peuvent plus travailler, ils posent de souci de quoi vivre leur famille. Ils sont déçus que c'était lui le plus fort qui va être dépendant toute sa vie. Ils craignent de perdre sa virilité après avoir subi une intervention chirurgicale (surtout urologique) et que sa femme le rejettera. Et si l'intervention chirurgicale qu'il va subir sera par exemple la colostomie, ils auront honte de porter des poches de colostomie et avec ces poches, ils ne pourront plus travailler. Ces différentes raisons peuvent expliquer la survenue de la dépression chez les hommes que chez les femmes dans cette recherche.

### III.1.4 Statut matrimonial

Le statut matrimonial des patients de cette étude se répartissent comme suit : 15 patients (22,06%) célibataires, 34 patients (50%) mariés, 11 patients (16,18%) divorcés et huit patients (11,76%) veufs. Parmi ces patients, 76% des célibataires et tous les patients divorcés ou veufs développaient la dépression après avoir subi une intervention chirurgicale. Vivre seul augmentait deux fois le risque de développer la dépression après une intervention chirurgicale. Il constituait un haut facteur de risque pour la dépression postopératoire.

Dans son étude en Cluj-Napoca Roumanie, Dragomir et al trouvait qu'être célibataire ou non marié (17,18% de leur patient) constituait un haut risque pour la dépression postopératoire [31].

L'étude faite par Adesanmi en Nigeria classait leurs patients comme suit : neuf (17,6%) célibataires, trente-quatre (66,8%) mariés, six (11,7%) divorcés et deux (3,9%) veufs. Dans ces cinquante et un patients, huit patients (15,7%) avaient l'anxiété en post opératoire [29].

Ces chiffres expliquent que les patients veufs, divorcés ou célibataires n'avaient pas reçu de bon soutien psychologique durant leur problème de santé. Ces patients « seuls » développent dans leur esprit la dévalorisation du Soi. Ils ont beaucoup de souci surtout la stigmatisation et la discrimination [3] après l'intervention chirurgicale. Souvent, ils n'ont pas de confident à qui ils vont se plaindre de leur problème de santé et de ses soucis. Ils ont peur d'être rejeté par sa famille après avoir subi une intervention chirurgicale. En addition, la mort d'un conjoint (veuf) ou d'un parent (orphelin), la séparation ou divorce font partie des causes probables de la survenue de dépression. Il n'est pas supportable de vivre des pertes à répétition. La solitude engendrée par ces pertes de proche conduit à de faiblesses psychologiques arrivant souvent à la dépression [31].

Les patients ont besoin d'accompagnement social et de soutien psychologique durant leur hospitalisation. Ces agents d'accompagnement vont faciliter l'approche médecin-malade. La famille devrait toujours être là pour ces gens même seulement à leur écoute.

Or, les femmes sont fréquemment atteintes de dépression car celle-ci corrèle avec les crises d'hystérie. Certaines femmes sont plus susceptibles que d'autres de développer une dépression postnatale en raison de différents facteurs tels que: des modèles de qualité pauvre dans l'enfance, des antécédents de dépression. Le style de mécanisme d'adaptation, les positions (attitudes) générales et les croyances jouent aussi un rôle. De même, le modèle cognitif de la dépression de Beck suggère que la manière habituelle dont une femme construit son vécu peut entraîner une dépression [28].

De nature, les femmes ont plus tendances à consulter que les hommes lorsqu'elles développent des symptômes de dépression. Ce qui pourrait expliquer en partie que la maladie soit plus souvent diagnostiquée chez elles.

Quelque soit le genre, la dépression nécessite une prise en charge adéquate et précoce. Il faut que la famille des sujets déprimés prenne en charge leur proche.

### **III.1.5 Niveau d'étude**

Le niveau d'étude des patients jouent un rôle important dans la psychologie en générale. Ceci est du à l'éducation reçue durant la vie scolaire. Le niveau socio-économique du patient dépend de ce niveau d'étude.

Les patients rencontrés étaient de bas niveau d'étude globalement, ils représentaient 75% de la population d'étude. Seulement 17 patients (25%) atteignaient le niveau tertiaire. La dépression affectait 45,58% de ces patients avant l'intervention chirurgicale et touchait les 63,23% après l'intervention chirurgicale. Il est constaté que le bas niveau d'étude constitue un facteur de risque de la dépression postopératoire.

Selon une étude sur l'anxiété pré et postopératoire réalisée par Adesanmi et al en Nigeria entre Juillet et Septembre 2013, sur 51 patients étudiés, onze patients (21,6%) étaient scolarisés en primaire, dix-neuf patients (37,3%) avaient suivi le niveau secondaire et vingt-un patients (41,1%) étaient du niveau tertiaire. Trente-six (51%) de ces patients avaient l'anxiété en pré opératoire et huit patients (15,7%) restaient

anxieux après avoir subi une intervention chirurgicale [29]. L'anxiété et la dépression peuvent être associées et l'on peut souffrir des deux à la fois.

Une autre étude faite par Shoar et al évoquait que dans 392 patients, dix-neuf (4,8%) étaient sortis de l'école primaire, deux-cent-quatre-vingt-quatre (72,5%) étaient de l'école secondaire et quatre-vingt-neuf (22,7%) étaient de niveau tertiaire. Cette étude montrait que le haut niveau scolaire constitue un facteur protecteur pour la dépression postopératoire [6].

Le bas niveau scolaire aussi était confirmé par Zonglan et al comme un vrai facteur de risque de dépression en préopératoire qu'en post opératoire. En effet, le niveau scolaire contribue au niveau de socio-économique. Souvent, les patients de bas niveau scolaire n'arrivent pas à mieux comprendre les informations transmises par les médecins concernant leur maladie et les procédures chirurgicales qu'il leur faut. Un grand nombre de patients à bas niveau d'étude abandonnaient souvent leur traitement donc n'arrivaient pas à la guérison [26].

Une étude réalisée en Istanbul Turquie par Basak et al avait montré que les patients à bas niveau d'étude étaient à risque d'anxiété ou de dépression [30].

Le bas niveau d'étude de ces patients ne leur permet pas de mieux comprendre leur pathologie et la prise en charge chirurgicale adéquate pour cette maladie. Plus ils sont de bas niveau d'étude, ils ne vont pas avoir de bon travail pour épargner de l'argent. Ils n'arrivent pas donc à avoir de l'argent nécessaire pour la chirurgie. Et ils ont du souci de leur vie future après avoir tout gâché durant leur hospitalisation. On constate que le bas niveau d'étude favorise la survenue de syndrome dépressif chez les patients ayant subi une intervention chirurgicale.

Il est donc préférable d'améliorer et de favoriser l'éducation de base pour prévenir la survenue de la dépression. Et pour les patients qui devraient subir une intervention chirurgicale, il faut bien expliquer leur pathologie et le type d'intervention qu'il leur faut. D'où l'importance d'une bonne communication non seulement entre le médecin et/ou les personnels soignants et le malade, mais aussi entre le patient et sa famille. Il est recommandé de ne pas procéder à l'intervention chirurgicale qu'après un bon éclaircissement des faits et lors de l'accord du patient.

### III.1.6 Niveau socio-économique

Le niveau socio-économique des patients varie d'un individu à un autre.

Les patients étudiés étaient surtout de niveau socio-économique moyen (58,82%) suivis de gens à bas niveau socio-économique (32,35%). Les ayant un haut niveau socio-économique représentaient seulement 8,82% de la population d'étude. Le risque de développer la dépression après avoir subi une intervention chirurgicale est le même quel que soit le niveau socio-économique du patient.

Le bas niveau socio-économique (19,2%) constituait un haut facteur de risque de dépression selon Dragomir dans son étude en Cluj-Napoca Roumanie [31].

Durmaz et al dans leur étude effectuée en Istanbul Turquie évoquaient que le bas niveau socio-économique contribue au bas niveau de vie et favorise la vulnérabilité à la dépression [24].

Or, plus la population est pauvre, plus la dépression leurs affecte facilement [24, 31]. La dépression représente un fardeau énorme pour la société, en termes de productivité au travail et de coûts de soins de santé [10]. Aussi, les patients à bas revenu ne peuvent pas assumer le coût des matériels nécessaires pour l'intervention chirurgicale. Cela leur coute une fortune. De plus, la suite opératoire nécessite d'autres traitements. Les patients se soucient de leur vie future après avoir tout dépensé durant l'intervention chirurgicale. Tous ces soucis d'argents leur conduisent dans le syndrome dépressif. Il est évident qu'une famille pauvre rencontre fréquemment de problème conjugal. L'état de misère dû à la pauvreté et le conflit conjugal associé facilite le développement des syndromes dépressifs.

L'Etat est sollicité à accorder une intervention sociale à tous les patients hospitalisés pour alléger leurs prises en charge surtout pour ceux qui devront subir une intervention chirurgicale.

## **III.2 Clinique**

### **III.2.1 Antécédents**

#### **III.2.1.1 Antécédents personnels médicaux**

Le terme tares médicales regroupent les maladies chroniques dont l'HTA, le diabète, l'asthme, l'allergie. A ces pathologies s'ajoutent les maladies chroniques acquises comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou l'accident vasculaire cérébral (AVC).

Parmi les vingt-six patients (38,24%) ayant d'antécédents personnels médicaux, 76,92% développaient de syndrome dépressif après leur intervention chirurgicale avec un risque relatif de 1,34 [0,96-1,88]. Les antécédents personnels médicaux constituent un facteur de risque de la dépression postopératoire.

Ces maladies provoquent un désordre psychologique pour le patient. La chronicité de ces maladies leur perturbe. Le traitement de ces pathologies chroniques qui est à vie coûte chère. Le patient souffre alors de problème financier. En plus, les complications engendrées par ces maladies favorisent facilement la dépression.

L'OMS a établi des liens étroits entre la dépression et d'autres troubles ou maladies non transmissibles. La dépression accroît le risque de troubles liés à l'abus de substances psychoactives et de certaines maladies comme le diabète ou les cardiopathies. Le contraire est également vrai : les personnes ayant ces autres problèmes de santé ont aussi un risque plus élevé de souffrir de dépression [3].

Les personnes souffrant de douleur chronique (migraine ou mal de dos par exemple) ou maladies invalidante (diabète, AVC ...) ont fortement le risque de dépression surtout chez les jeunes [16].

La dépression est associée à un risque plus élevé de problème cardio-vasculaire ou d'AVC. Par ailleurs, le fait de souffrir de dépression pourrait accélérer légèrement l'apparition du diabète chez les personnes déjà à risque [33]. Les chercheurs soutiennent que les personnes dépressives sont aussi moins portées à faire de l'exercice physique et à bien manger. De plus, certains médicaments antidépresseurs peuvent accroître l'appétit et occasionner un gain de poids. Tous ces facteurs augmentent le risque de diabète de type-2 [1].

Les patients atteints de BPCO ou d'asthme souffrent fréquemment d'anxiété, de dépression ou de troubles anxio-dépressifs associés [35].

Il est connu que la dépression aggrave les symptômes des maladies chroniques [3]. Il faut à la fois maîtriser ce couple maudit de dépression et de maladie chronique.

Ces maladies chroniques sont vraiment des facteurs de risque de la dépression. Si un patient ayant une de ces pathologies va subir une intervention chirurgicale, le risque de dépression accroît sûrement. Il est nécessaire de bien maîtriser et traiter ces pathologies avant, pendant et après l'intervention chirurgicale.

### **III.2.1.2 Antécédents personnels chirurgicaux**

La chirurgie fait partie des actes médicaux les plus stressant. Personne ne veut subir une intervention chirurgicale.

Avoir d'antécédents personnels chirurgicaux antérieurs constitue un facteur de risque de développer la dépression après une nouvelle intervention chirurgicale.

Le fait d'être réopéré aggrave le risque de dépression après avoir subi une intervention chirurgicale selon Shoar et al [6].

Avoir subi une intervention chirurgicale antérieure peut conduire à la dépression lors d'une nouvelle intervention chirurgicale. Le fait d'être réopéré pour la deuxième ou plusieurs fois expose à la dépression. Le fait d'avoir subi une intervention chirurgicale antérieure constitue vraiment un facteur de risque de la dépression postopératoire lors d'une nouvelle intervention chirurgicale.

Les problèmes d'argent, de douleurs, de cicatrice lors de l'intervention antérieure vont se reproduire de nouveau. Ces patients s'inquiètent sur qui vont s'occuper d'eux lors de son hospitalisation actuelle.

En plus, avoir une cicatrice bien constituée n'est pas agréable. Celle-ci est inesthétique. Aussi la sensation de perte de substance pèse beaucoup pour le patient. Il sent qu'une partie de son corps lui a été arrachée.

### **III.2.1.3 Antécédents personnels psychiatriques**

Certes l'existence de problème psychiatrique antérieur rend une personne vulnérable à d'autre affection psychiatrique.

L'étude réalisée ne comptait aucun patient ayant d'antécédent personnel ou familial de problème psychiatrique. Mais parmi les soixante-huit patients, quarante-quatre (63,23%) avaient de la dépression après l'intervention chirurgicale.

Pignay-Demeria et al affirmait que la dépression post opératoire semble relié aux symptômes ou psychologie avant l'intervention chirurgicale [33].

La dépression aussi est fréquemment rencontrée chez les personnes ayant d'antécédents familiaux ou personnels de dépression [1] selon l'OMS.

La dépression grave est souvent accompagnée d'autres problèmes psychiatriques, comme des troubles anxieux, des troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie) ou encore un abus de drogues ou d'alcool [16]. En effet, de nombreux dépressifs utilisent ces substances pour soulager leurs symptômes.

Il est évident que l'existence de problème psychiatrique antérieur favorise la survenue de syndrome dépressif après avoir subi une intervention chirurgicale. Cette intervention chirurgicale constitue un choc qui va provoquer l'apparition de la dépression en période postopératoire.

Il est conseillé de bien traiter les problèmes psychiatriques préexistants avant de subir une intervention chirurgicale pour ne pas les aggraver.

### **III.2.1.4 Tabac et alcool**

Prendre du tabac et/ou de l'alcool provoque un problème psychiatrique surtout la dépendance. La dépendance à l'alcoolisme, à l'abus de substance telle que le cannabis, l'ecstasy, la cocaïne, à certains médicaments comme les somnifères ou les tranquillisants constitue des troubles associés à la dépression [1].

Pour les vingt-quatre (35,29%) patients alcooliques de cette recherche, il est constaté que l'alcool n'est pas associé à la dépression. Le risque relatif est de 0,94 [0,65-1,38]. Aussi, la consommation de tabac ne contribue pas à la dépression. Le risque relatif est de 0,83 [0,56-1,26].

Le risque de développer la dépression était le même pour ceux qui consomment du tabac et/ou alcool et ceux qui n'en consomment pas.

L'étude de Shoar et al affirmait que l'alcoolisme et le tabagisme s'associait à la dépression. L'alcool favorise la dépression avec un odds ratio de 2,3 et le tabac s'y associe avec un odds ratio de 1,8 [6].

Pignay-Demeria et al, dans leur étude au Québec Canada, trouvaient aussi que le tabac est un facteur de risque de la dépression [33].

Consommer de l'alcool ou des drogues, y compris le tabac fait partie des risques de développer la dépression [1]. Le tabac et l'alcool constituent des facteurs de risque de la dépression pour les patients ayant subi une intervention chirurgicale.

Malgré le résultat évoqué dans la recherche établie, constatant le risque de dépression engendré par le tabac et l'alcool évoqué dans ces autres études, une lutte contre le tabac [36] et l'alcool est nécessaire

#### ❖ **La lutte anti-tabac**

Toute cigarette est nocive.

- Dès la prise de deux bouffées de cigarette, il est montré que la fumée altère la membrane alvéolaire.
- Une cigarette perturbe les mouvements des cils bronchiques
- Une à trois cigarettes modifient le système complexe de l'hémostase et augmentent le risque de thrombose du fait de l'altération de l'endothélium
- Une seule cigarette accélère le pouls et fait s'élever la tension artérielle.

### ❖ **Le traitement substitutif**

Cette substitution nicotinique doit être entamée avant l'intervention chirurgicale.

Les substituts nicotiniques existent en patchs et en formes orales.

- Les patchs : la nicotine qui est dans le patch va progressivement diffuser à travers la peau vers le sang et vers le cerveau. Le patch permet une bonne observance du traitement du fait de sa grande facilité d'utilisation. Il est collé chaque fois à un emplacement différent afin d'éviter l'irritation excessive de la peau.
- Les formes orales sont de 4 types :
  - Les gommes à mâcher
  - Les comprimés sublinguaux
  - Les comprimés à sucer
- Les inhalateurs

L'ensemble de ces substituts nicotiniques est absorbé par la muqueuse buccale [37].

A titre de proposition, il est indiqué que le tabac ne soit plus commercialisé et distribué au sein des épiceries et des marchés publics. Il est conseillé que seul les institutions certifiées peuvent vendre du tabac. Dans ces centres, le prix du tabac est unique avec évidemment une hausse considérable par rapport à son prix actuel. Cela va favoriser la baisse de consommation du tabac. Aussi, il faut renforcer l'application de la loi qui empêche la vente du tabac aux mineurs et la consommation de tabac en public.

### ❖ **La lutte contre l'alcoolisme**

Celle-ci est aussi nécessaire. Il faut publier et exposer à la population les effets néfastes de l'alcool (destruction irréversible des neurones, cirrhose hépatique, délirium tremens ...). La connaissance de ces effets nocifs permet de diminuer l'alcoolisme, surtout l'abus d'alcool.

### III.2.2 Type de chirurgie

Les patients ayant subi de chirurgies considérées comme lourdes ont plus de risque de développer la dépression en période postopératoire que les patients qui ont subi d'interventions chirurgicales dites légères. Le risque relatif est estimé à 1,36 [0,97-1,92].

Les procédures médicales surtout la chirurgie favorisent vraiment le stress et provoquent d'autres effets psychologiques comme l'anxiété et la dépression confirmait Adesanmi et al [29].

Certaines interventions chirurgicales sont d'emblée stressante et dépressive. Cette dépression peut résulter de l'échec de l'intervention chirurgicale. Comme décrit Siff et al, la persistance d'incontinence urinaire après réparation d'une fistule vésico-vaginale augmente le risque de dépression post opératoire [38].

Une femme ayant subi une hystérectomie développe plus de dépression que celle ayant subi une cholécystectomie selon Gamal et al [25].

La prévalence de la dépression post opératoire est importante chez les patientes opérées d'un cancer du sein [30, 39].

Selon Stafford et al, les femmes opérées de cancer gynécologique ou du sein augmentent de 4,34 fois le risque de développer la dépression après une intervention chirurgicale [40].

Aussi, la dépression post opératoire augmente après le traitement chirurgical d'un cancer du poumon selon Park et al [23].

Le fait que la pathologie des patients étudiés soit cancéreuse ou pas ne fait pas partie des items d'évaluation. Mais il est connu que la dépression est retrouvée fréquemment chez les patients présentant de pathologie cancéreuse [41]. Les patients ayant subi une intervention chirurgicale d'une pathologie cancéreuse développent souvent la dépression. Pour certains patients, qui veut dire cancer veut dire mort imminente. La peur de la mort prédomine et favorise la dépression. Aussi, le traitement adjuvant par une chimiothérapie coûte chère et celle-ci est à long terme. Le problème d'argent engendré conduit à la dépression.

Pour les chirurgies gynécologique ou du sein et urologique, la survenue de la dépression est fréquente. Ces interventions touchent la partie intime du patient et affecte sa psychologie sur le genre. Un homme ayant subi une intervention urologique a peur d'avoir de dysfonctionnement érectile après l'intervention. Une femme opérée du sein pose de souci sur son apparence physique en post opératoire et des préjugés de son entourage. Pour l'hystérectomie, elle va surement altérer le système hormonal de la femme par cette ménopause induite. Alors que le système hormonal des femmes est plus susceptible d'influencer la chimie du cerveau ; ainsi la ménopause peut être associée à un début de dépression [42]. La prostatectomie avec l'âge du patient provoque la dépression en période postopératoire facilement.

Les types de chirurgie considérés comme lourd représentent un facteur de risque de la dépression postopératoire. Ces types d'intervention chirurgicale favorisent la survenue de la dépression dus à la lourdeur de l'intervention-même et aux suites opératoires.

Un bon soutien psychologique de ces groupes de patients est important pour prévenir la survenue des syndromes dépressifs après l'intervention chirurgicale. Tous les patients nécessitant de subir une intervention chirurgicale devraient être bien préparés psychologiquement avant, pendant et après l'intervention pour prévenir le développement de dépression postopératoire.

### **III.2.3 Durée de séjour hospitalier**

La durée de séjour hospitalier des patients variait de 3 jours à 48 jours. Trente patients (44,11%) étaient hospitalisés entre 7 jours et 14 jours.

Après l'évaluation des patients par les scores de HADS et de HAMILTON, il est constaté que la dépression est particulièrement élevée chez les patients ayant une durée d'hospitalisation entre 7 à 14 jours et plus. Vingt-six patients (43,33%) étaient déprimés à J 14 d'hospitalisation.

Vingt-six (86,67%) de ces patients se sont retrouvés déprimés après l'intervention chirurgicale. Seulement quatre patients (13,33%) résistaient à la dépression après avoir subi un traitement chirurgical.

Or, après avoir évalué le risque relatif (RR=0,96), il en résulte qu'il n'y a pas d'association entre la durée de séjour hospitalier et la dépression postopératoire. Le risque de développer la dépression était le même quelle que soit la durée de séjour hospitalier.

Shoar et al évoquait que la longue durée d'hospitalisation provoque l'anxiété-dépression si cette durée dépasse les 2 semaines [6].

Horne et al dans leur étude au Canada trouvaient que la durée d'hospitalisation supérieure à sept jours augmente le risque de dépression post opératoire [43].

Il est connu que les patients développent beaucoup de stress surtout concernant son état de santé lorsqu'il doit être hospitalisé. En considérant ces autres résultats et constatant que la longue durée d'hospitalisation favorise la dépression, il faut raccourcir le moins possible les séjours hospitaliers après une intervention chirurgicale. Il est préférable de revoir et suivre les patients en ambulatoire. Aussi, une amélioration des conditions d'hospitalisation est nécessaire. Celle ci diminuera le stress du patient. Il faut donc des chambres d'hospitalisation bien aménagées, du jardin, du confort pour que le patient se sent chez soit.

### **III.2.4 Place de la dépression dans la chirurgie**

Les patients peuvent développer la dépression avant et après une intervention chirurgicale. Une intervention chirurgicale engendre souvent des effets négatifs psychologiques. Elle occasionne les soucis de ne plus se réveiller après une intervention chirurgicale sous anesthésie générale. En effet, les résultats de cette intervention ne sont pas toujours à la hauteur des exigences du patient. La déception, la colère, la difficulté de se regarder à nouveau dans une glace, le regard des autres amènent souvent la personne à s'isoler. Pire encore, dans le cas où la chirurgie est complètement ratée, que les erreurs se sont accumulées, que le résultat est irréversible, la personne entre dans une dépression profonde qui pousse en général cette personne au suicide. La survenue des symptômes dépressifs va compliquer les suites opératoires. Celui qui avait la dépression ressentait plus de douleur après avoir subi une intervention chirurgicale. Les

plaies opératoires vont se cicatriser rapidement pour les patients non déprimés, alors que ces plaies peuvent facilement suinter pour les patients avec troubles de l'humeur.

Entendre pour la première fois qu'il n'y a plus d'issue que la chirurgie prédispose le patient aux symptômes dépressifs. Ensuite, voir des cicatrices plus de deux centimètres sur le ventre va accentuer ce risque. Mieux vaut faire alors la coelio-chirurgie au lieu des chirurgies à ciel ouvert pour que les cicatrices soient punctiformes et ne vont plus gêner pour autant les patients. Aussi, il est préférable de faire l'opération sous anesthésie locorégionale pour réduire le stress et peur des patients opérés sous anesthésie générale.

La prise en charge de la douleur en post opératoire doit être bien menée. Plus le patient souffre de douleur physique, plus il ne résistera pas à une douleur morale. L'évaluation de la douleur en post opératoire doit être faite dès le réveil et tous les quatre à six heures selon les antalgiques utilisés. Le traitement de la douleur doit respecter le palier OMS d'antalgique (Annexe 3) selon l'intensité de la douleur.

### **III.3 Traitement**

Tous les patients étudiés, même ceux qui ne présentent aucun symptôme dépressif reçoivent de psychothérapie. Celle-ci est nécessaire pour la préparation des patients avant l'intervention chirurgicale qu'ils vont subir. Après l'intervention chirurgicale, ces patients reçoivent de la psychothérapie pour apaiser leur douleur.

Pour les patients présentant de syndromes dépressifs, leur prise en charge est débutée par des séances de psychothérapie. En constatant que l'état psychique du patient s'améliore, on a procédé à continuer la psychothérapie. Si les troubles persistent ou s'aggravent, les patients sont référés en consultation médicale spécialisée psychiatrique. Aussi, les patients classés dans la dépression sévère d'emblée sont envoyé directement en consultation psychiatrique dès que les suites opératoires sont simples.

Comme suggestion, une unité de soutien psychologique devrait être établie dans le Centre Hospitalier Universitaire Ravoahangy Andrianavalona pour que la prise en

charge psychologique et psychiatrique des patients soit considérée et faite le plus vite possible. Aussi, des psychiatres devraient être présents en milieu chirurgical pour le dépistage et le traitement des patients développant de troubles psychiatriques dans ce centre. Les patients ne vont plus se déplacer vers un centre médical pour un entretien psychologique.

Autrefois, les maladies mentales sont considérées comme des mauvais sorts ou bien des actes sataniques acquis. La dépression est une maladie. Il faut la traiter par des actes médicaux. La religion apporte du réconfort dans la prise en charge de la dépression postopératoire.

La famille tient un rôle important dans le traitement des patients développant de la dépression. Elle est toujours là pour l'écoute et le soutien moral de son proche, ainsi que pour l'achat des médicaments. C'est elle qui encourage le patient dans son état et au traitement.

Or, la famille a souvent honte si leur proche présente la dépression. Elle les abandonne et n'assure plus leur traitement. En plus, ce traitement doit être à long terme pour éviter les récives. La famille refuse à un certain moment d'acheter les médicaments, et le patient se trouve abandonné.

Seule la famille peut aider le patient à vivre sa maladie et à suivre le traitement. La famille a aussi besoin de soutien psychologique pour bien mener le traitement d'un patient dépressif.

Il est bon et bien dit : « mieux vaut prévenir que guérir ». Des mesures préventives peuvent être adoptées pour prévenir de la dépression selon les recommandations OMS.

- Faire de l'exercice physique régulièrement [44] et l'intensité et la fréquence de l'exercice augmente son effet. Les personnes ayant pratiqué un exercice physique régulier seraient même protégés de la dépression entre 2 et 9 ans après l'arrêt de cette activité [1].
- Ne pas hésiter à s'ouvrir sur ce que l'on ressent avec les gens de son entourage lorsqu'on se sent déprimé.
- Au besoin, chercher une aide auprès d'un psychologue, d'un travailleur social ou d'un psychothérapeute dûment formé.
- Ne pas être trop exigeant envers soi-même.

- Reconnaître et surmonter ses peurs.
- Bon choix de l'alimentation : s'assurer un apport quotidien suffisant en éléments nutritifs. Apporter des suppléments en multivitamines et minéraux. Consommer davantage de poisson gras riche en acides gras oméga-3, consommer les aliments riches en acide folique comme les abats et les légumineuses et les légumes à feuilles vert foncé.

## **CONCLUSION**

## CONCLUSION

La dépression est un trouble mental courant. Elle représente la première cause d'incapacité dans le monde et contribue fortement à la charge mondiale de la maladie.

La survenue de la dépression est fréquente après une intervention chirurgicale. Elle reste un problème de santé publique dans le monde tant dans les pays développés que dans les pays en développement dont Madagascar.

D'après cette étude, les facteurs de risque de la dépression après une intervention chirurgicale sont multiples.

Cette étude intitulée «aspect épidémiologique de la dépression post opératoire au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona» a permis de savoir les différents facteurs de risques des syndromes dépressifs après une intervention chirurgicale. Cette étude a regroupé 68 patients dont 31 hommes et 37 femmes. Selon le Hospital Anxiety Depression Scale et le score de Hamilton, 64,71% de ces patients sont touchés par la dépression après avoir subi une intervention chirurgicale. Les patients ayant de tares médicaux comme l'hypertension artérielle, le diabète et l'asthme ont beaucoup de risque de développer la dépression après une intervention chirurgicale. Ceux vivant seul développent deux fois de plus la dépression que ceux qui étaient mariés. L'anesthésie générale, les chirurgies lourdes et les antécédents personnels chirurgicaux et le bas niveau d'étude sont des facteurs aggravants pour le développement de la dépression en période postopératoire. La consommation de tabac et/ou d'alcool, la durée de séjour hospitalier et le niveau socio-économique n'interviennent pas dans genèse d'une dépression postopératoire.

La connaissance de ces facteurs permet de prévenir la dépression après une intervention chirurgicale et d'améliorer la prise en charge des patients. Cette prise en charge concerne tout le monde : famille, patient et institution de soin.

L'amélioration de la compréhension des facteurs de risque de la dépression après avoir subi une intervention chirurgicale à Madagascar permettra d'agir pour le bien être des patients. Dans ce sens, une étude à grande échelle est souhaitable.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Solano C, Bastianetto S, Rousseau L, Scimeca D, Baribeau H. La Bible de la Dépression. Passeport Santé. 2014 Février. Consultable à l'URL : [http : //www.Passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.Aspx ?doc=depression\\_pm](http://www.Passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.Aspx?doc=depression_pm)
2. Ghoneim M, O'Hara M. Depression and postoperative complications: an overview. *BMC Surger*. 2016; 16: 5.
3. Brunier A, Chaib F. La Dépression dans le monde. Département de communication OMS, Genève. 30 Mars 2017.
4. Andriantseho L, Andrianasy T, Andriambao D. Les troubles psychiatriques à Madagascar. *Bull Soc Pathol Exot*. 2004 ; 97 ; 2: 122-6.
5. Caumo W. Postoperative anxiety in adults. Blackwell Science Ltd. 2001; 56: 720-8.
6. Shoar S, Naderan M, Aghajani M, Sahimi-Izadian E, Khorgami N. Prevalence and Determinants of Depression and Anxiety Symptoms in Surgical Patients. *Oman Med J*. 2016; 31, 3: 176-81.
7. Palazzolo J. Dépression et anxiété : Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge. Paris : Masson ; 2007.
8. Briffault X. La dépression, en savoir plus pour en sortir. INPES, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. 2007.
9. Jardri R. Le dépistage de la dépression postnatale : Revue qualitative des études de validation d'Edinburgh postnatal depression scale. *Médecine et Hygiène*. 2004 ; 16 : 245-62.

10. Comeau L, Chan A, Desjardins A. Synthèse des connaissances sur le dépistage de la dépression en première ligne chez les adultes. Institut national de santé publique Québec. 2014 Février. Consultable à l'URL : <http://www.inspq.qc.ca>. 8
11. Thomas P, Hazif-thomas C. Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. *Gérontologie et société* [En ligne]. 2008 ; 3; 126 : 141-55. Consultable à l'URL : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2008-3-page-141.htm>
12. Andrianasy T. Dépression : une douzaine de suicide en mars. 2017 Avril ; 178. Disponible à l'URL <http://www.lexpressmada.com/blog/actualite>
13. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Paris : ICL ; 2012 ; 810.
14. Lamboy B, Léon C. Prise en charge des personnes souffrant de troubles dépressifs. *L'Encéphale*. 2006 ; 32; 1 : 705-12.
15. Coldefy M, Nestrigue C. La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. *Question d'économie de la santé*. 2013 Octobre ; 191. Disponible à <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/191-laprise-en-charge-de-la-depression-dans-les-etablissements-de-sante.pdf>
16. Patten S, Juby H. Profil de la dépression clinique au Canada. Réseau des centres de données de recherche Série de synthèses de recherche. 2008; 1.
17. Saxena S. Manifestation de la dépression à Madagascar. 2017 Mai ; 623. Disponible à l'URL [http : www.afwcomgalistaff@who.int](http://www.afwcomgalistaff@who.int)
18. DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. IV. Paris : Masson ; 1996 : 399-411.

19. Institut national de Statistiques et d'économie appliquée. Ingénieur d'Etat Option : Démographie. Banque mondiale. 1999.
20. Zigmond A, Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr.* 1983; 67: 361-70.
21. Hamilton R. Rating depressive patients. *J Clin Psychiatry.* 1980; 41: 21-4
22. Chen S, Hai H, You-Shui G, Hai-Yan H, Dong-Xu Jin, Chang-Qing Z. Clinical Anxiety and Depression in Chinese ONFH Patients. *PLOS ONE DOI Journal pone.* 2015 March; 10: [137].
23. Park S, Kang C, Hwang Y, Seong Y, Lee H, Park I, et al. Risk factor of postoperative anxiety and depression after surgical treatment of lung cancer. 23rd European Conference on General Thoracic Surgery 31 May–3 June 2015.
24. Durmaz O, Kucuk U, Kucuk H. Importance of neurobiological mechanisms in depression. *Int J Card.* 2016; 205: 81–2.
25. Gamal S, Ramadani H. Depression Following Hysterectomy. *Current Psychiatry.* 2010; 17; 2: 1-6.
26. Zonglan J, Ping D, Ling L, Oiaolan Y, Meixia C, Lingli L. Factors related to anxiety and depression in patients undergoing adrenalectomy. *Int J Clin Exp Med.* 2015; 8; 5: 8168-72.
27. Gelenberg A. The prevalence and impact of depression. *J Clin Psychiatry.* 2010 March ; 71; 3 : e06. Review.
28. Milgrom J. Dépistage et traitement de la dépression postnatale (DPN) : Une approche cognitiviste et comportementale. *Médecine et Hygiène.* 2001; 13; 3: 27-50.

29. Adesanmi A, Owojuyigbe A, Faponle A, Fatoye F. Anxiety among Nigerian surgical patients. *M E J Anesth.* 2015; 23: 2.
30. Basak F, Hasbahceci M, Guner S, Sisik A, Acar A, Yucel M et al. Prediction of anxiety and depression in general surgery inpatients. Istanbul Turkey. *Int J Surg.* 2015; 23: 18-22.
31. Dragomir B, Fodoreanu L, Rancea A. The impact of depression and anxiety on the quality of life in non metastatic breast cancer patients in postoperative evaluation. *Clujul Med.* 2013; 86; 1.
32. Nestrigue C. Episode dépressif caractérisé de l'adulte: prise en charge en premier recours. Recommandation de bonne pratique. HAS (Haute Autorité de Santé). Mai 2014.
33. Pignay-Demeria V, Lesperance F, Demaria R, Frasure-Smith N, Perrault L. Depression and Anxiety and Outcomes of Coronary. *Ann Thorac Surg.* 2003; 75: 314-21.
34. Brown L, Majumdar S, Newman S, Johnson. History of depression increases risk of type 2 diabetes in younger adults. *Diabetes care.* 2005 May; 28, 5: 1063-7.
35. Ninot G. L'anxiété et la dépression associée à la BPCO. *Rev Mal Resp .* 2011; 28 : 739-48.
36. Collège des Enseignants de Pneumologie. Tabagisme : épidémiologie, prévention, dépistage, morbidité, comorbidité, complications. *Imothep MS.* Juin 2010.
37. Halimi L. La dépression et l'anxiété dans l'asthme et la BPCO. *La lettre du Pneumologue* 2009; 12 : 4-5.

38. Siff L, Jelovsek J, Barber M. Depression and quality of life midurethral sling. *Am J Obst and Gyn.* 2016 October; 455, 1.
39. Feng X, Xue S, Qianjun C, Yan D, Lui X, Chang Q et al. Effectiveness of Psychological Interventions on Depression in Patient after Breast Cancer surgery. *Clinical Breast Cancer.* 2016.
40. Stafford L, Komiti A, Bousman C, Judd F, Gibson P, Mann G et al. Predictor of depression and anxiety symptom trajectories in the 24 months following diagnosis of breast or gynecological cancer. *The Breast.* 2016; 26.
41. Mansano-Schlosser T, Ceolin M, Valerio T. Poor sleep quality, depression and hope before breast cancer surgery. *Applied nursing Research.* 2017; 34: 7-11.
42. Freeman E, Sammel M et al. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiat.* 2006 April; 63, 4: 375-82.
43. Horne D, Kehler S, Kaoukis D, Hiebert B, Garcia E, Duhamel T et al. Depression before and after cardiac surgery. *J Thor and Card Surgery.* 2013; 145, 5:140-1.
44. Matos M, Calmeiro L, Fonseca D. Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression. Elsevier Editorial System (tm). *Presse Med.* 2009 ; 38 ; 5 : 734-9.

## **ANNEXES**

## ANNEXE 1

### Hospital and Anxiety Depression Scale

ANXIETE	DEPRESSION
<p><b>Je me sens tendu et énervé</b></p> <p>3 La plupart du temps 2 Souvent 1 De temps en temps 0 Jamais</p>	<p><b>Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois</b></p> <p>3 Oui, tout autant 2 Pas autant 1 Un peu seulement 0 Presque plus</p>
<p><b>J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</b></p> <p>3 Oui, très nettement 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 Pas du tout</p>	<p><b>Je ris assez facilement et vois le bon côté des choses</b></p> <p>3 Autant que par le passé 2 Plus autant qu'avant 1 Vraiment moins qu'avant 0 Plus du tout</p>
<p><b>Je me fais du souci</b></p> <p>3 Très souvent 2 Assez souvent 1 Occasionnellement 0 Très occasionnellement</p>	<p><b>Je suis de bonne humeur</b></p> <p>3 Jamais 2 Rarement 1 Assez souvent 0 La plupart du temps</p>
<p><b>Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté</b></p> <p>3 Oui, quoiqu'il arrive 2 Oui, en général 1 Rarement 0 Jamais</p>	<p><b>J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</b></p> <p>3 Presque toujours 2 Très souvent 1 Parfois 0 Jamais</p>
<p><b>J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</b></p> <p>3 Jamais 2 Parfois 1 Assez souvent 0 Très souvent</p>	<p><b>Je ne m'intéresse plus à mon apparence</b></p> <p>3 Plus du tout 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 J'y prête autant d'attention que par le passé</p>
<p><b>J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</b></p> <p>3 Oui, c'est tout à fait le cas 2 Un peu 1 Pas tellement 0 Pas du tout</p>	<p><b>Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</b></p> <p>3 Presque jamais 2 Bien moins qu'avant 1 Un peu moins qu'avant 0 Autant qu'auparavant</p>
<p><b>J'éprouve des sensations soudaines de panique</b></p> <p>3 Vraiment très souvent 2 Assez souvent 1 Pas très souvent 0 Jamais</p>	<p><b>Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision</b></p> <p>3 très rarement 2 rarement 1 parfois 0 souvent</p>
<b>TOTAL :</b>	<b>TOTAL:</b>

## ANNEXE 2

### ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON [MEDICALCUL©]

Pour chacun des 17 items, choisir la définition qui caractérise mieux le malade  
**Humeur dépressive** (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation)

0. Absent
1. Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet
2. Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément
3. Le sujet communique ces états affectifs non verbalement, par exemple par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer
4. Le sujet ne communique pratiquement que ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales

#### **Sentiment de culpabilité**

0. Absent
1. S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens
2. Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables
3. La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité
4. Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes

#### **Suicide**

0. Absent
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 (cocher pour toute tentative sérieuse)

#### **Insomnie du début de la nuit**

0. Pas de difficulté à s'endormir
1. Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir ; par exemple de mettre plus d'une demi-heure
2. Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir

#### **Insomnie du milieu de la nuit**

0. Pas de difficulté
1. Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit
2. Il se réveille pendant la nuit (cocher pour toutes les fois où le malade se lève du lit sauf si c'est pour uriner)

#### **Insomnie du matin**

0. Pas de difficulté
1. Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort

2. Incapable de se rendormir s'il se lève

### **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-ou bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque)
3. Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. A l'hôpital : cocher si le malade ne passe pas au moins 3 heures par jour à des activités – aides aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle)
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 tâches de routine de salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé

**Ralentissement** (lenteur de la pensée et du langage : baisse de la faculté de concentration ; baisse de l'activité motrice)

0. Langage et pensée normaux
1. Léger ralentissement à l'entretien
2. Ralentissement manifeste à l'entretien
3. Entretien difficile
4. Stupeur

### **Agitation**

0. Aucune
1. Crispations, secousses musculaires
2. Joue avec ses mains, ses cheveux, etc
3. Bouge, ne peut rester assis tranquille
4. Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres

### **Anxiété psychique**

0. Aucun trouble
1. Tension subjective et irritabilité
2. Se fait du souci à propos de problèmes mineurs
3. Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage
4. Peurs exprimées sans qu'on pose de questions

### **Anxiété somatique**

Concomitants physiques de l'anxiété tels que gastro-intestinaux (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations), cardiovasculaires (palpitations, céphalées), respiratoires (hyperventilation, soupirs), pollakiurie, transpiration

0. Absente
1. Discrète
2. Moyenne
3. Grave

4-Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle

### **Symptôme somatique gastro-intestinal**

0. Aucun
1. Perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale
2. A des difficultés à manger en l'absence d'incitations du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques

### **Symptômes somatiques généraux**

0. Aucun
1. Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité
2. Cocher dans le cas où n'importe quel symptôme est net

### **Symptômes génitaux** symptômes tels que : perte de libido, troubles menstruels

0. Absents
1. Légers
2. Graves

### **Hypochondrite**

0. Absente
1. Attention concentrée sur son propre corps
2. Préoccupations sur sa santé
3. Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc
4. Idées délirantes hypochondriques

### **Perte de poids coter soit A, soit B**

#### **A : D'après les dires du malade**

0. Pas de perte de poids
1. Perte de poids probable liée à la maladie actuelle
2. Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet)

#### **B : Appréciation par pesée hebdomadaire par le personnel soignant lorsque des modifications actuelles des poids sont évaluées**

0. Moins de 500 g de perte de poids par semaine
1. Plus de 500 g de perte de poids par semaine
2. Plus de 1 kg de perte de poids par semaine

### **Prise de conscience**

0. Reconnaît qu'il est déprimé et malade
1. Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc
2. Nie qu'il est malade

CALCULER

RESULTAT ... ..

### ANNEXE 3

Annexe : Palier antalgique selon l'OMS

<b>Palier</b>	<b>Molécules</b>
Palier I	Paracétamol
Palier II	Paracétamol + Codéine
Palier III	Dérivés morphiniques

## VELIRANO

« Eto anatrehan'Andriamanitra Andriananahary, eto anoloan'ireo Mpampianatra ahy sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE :

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Ho tsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba ahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy havelako hatao fitaovana hanatontosana ny zavatra mamoaafady na hanamoràna famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho; ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo Mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany. »

**PERMIS D'IMPRIMER**

LU ET APPROUVE

Le Directeur de Thèse

Signé : Professeur RAKOTONIRINA El-C Julio

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur SAMISON Luc Hervé

**Name and first name** : RASOLOFOMANANA Rova Ny Aina

**Title**: Epidemiological aspect of postsurgical depression in University Hospital Center  
Joseph Ravoahangy Andrianavalona

**Category** : Public Health

**Number of pages** : 67

**Number of tables** : 16

**Number of bibliographical references**: 44

**Number of pictures** : 04

**Number of appendix** : 03

### SUMMARY

**Introduction**: Depression is a global public health problem. The objective of this study is to describe the epidemiology of depression in surgical patients to provide better management.

**Method**: This is a cohort study of surgical patients at CHUJRA over a period of 3 months from December 1, 2016 to February 28, 2017.

**Results**: Among 68 patients who underwent surgery, 44 patients (64.71%) developed depression after surgery. Patients aged 36 to 50 and men are mostly affected (61.3%). Low level of study, personal medical and surgical history, type of surgery and operation under general anesthesia were considered as risk factors for postsurgical depression. The risk for developing postsurgical depression for patients living alone was double (RR =2.14). The high standard of living and the consumption of tobacco were considered as protective factors. In this study, the length of hospital stay and alcohol consumption did not contribute to postsurgical depression.

**Conclusion**: Postsurgical depression becomes frequent. Prevention and specific management of patients at risk of depression are important.

**Keywords**: Surgery, Depression, Risk Factors, Frequency, Management

**Director of thesis** : Professor RAKOTONIRINA El-C Julio

**Reporter of thesis** : Doctor RATSIMBAZAFY Noro Sehen

**Author address** : Lot 58 A Volavy-Gara Manjakandriana



**Nom et prénoms** : RASOLOFOMANANA Rova Ny Aina

**Titre** : Aspect épidémiologique de la dépression postopératoire au Centre Hospitalier  
Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona.

**Rubrique** : Santé publique

**Nombre de pages** : 66

**Nombre de tableaux** : 16

**Nombre de références bibliographiques** : 42

**Nombre de figures** : 04

**Nombre des annexes** : 03

### RESUME

**Introduction** : La dépression constitue un problème de santé publique au niveau mondial. L'objectif de cette étude consiste à décrire l'épidémiologie et dégager les facteurs de risque de la dépression chez les patients ayant subi une intervention chirurgicale.

**Méthode** : Il s'agit d'une étude de cohorte portant sur les patients ayant subi une intervention chirurgicale au CHUJRA sur une période de 3mois allant du 1<sup>er</sup> Décembre 2016 au 28 Février 2017.

**Résultats** : Sur les 68 patients ayant subi une intervention chirurgicale, 44 patients (64,71%) développaient la dépression après avoir subi une intervention chirurgicale. Les patients compris entre 36 ans à 50 ans étaient les plus touchés et affectaient surtout les hommes (61,3%). Le bas niveau d'étude, les antécédents personnels médicaux et chirurgicaux, les chirurgies considérées comme lourdes, l'anesthésie générale constituaient des facteurs de risque de la dépression postopératoire. Le risque de développer la dépression postopératoire pour les patients vivant seuls était double (RR=2,14). La durée de séjour hospitalier, la consommation de tabac et/ou d'alcool et le niveau socio-économique ne contribuaient pas à la dépression postopératoire.

**Conclusion** : La dépression postopératoire devient fréquente. Une prévention et une prise en charge spécifique des patients à risque de dépression sont importantes.

**Mots-clés** : Chirurgie, Dépression, Facteurs de risque, Fréquence, Prise en charge.

**Directeur de thèse** : Professeur RAKOTONIRINA El-C Julio

**Rapporteur de thèse** : Docteur RATSIMBAZAFY Noro Sehen

**Adresse de l'auteur** : Lot 58 A Volavy-Gara Manjakandriana