Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

Jaccr BRAIN-NEUROSCIENCES

Article original

Dépression post-accident vasculaire cérébral chez les patients hospitalisés à N'Djaména

Post-stroke depression in hospitalised patients in N'Djamena, Chad

AH Zenal Abidine*[1], D Diponbe[4], HA Garba[1], NC Madjirabe[3], LF Barry[5], S Boubacar[6], AHS Fatime Zahra[1], Z Abdel-Madjid[1], NM Gueye[7], A Modji Basse[7], AD Sow[7], M Fall[7], AG Diop[7], M Ndiaye[7], K Touré[2]

Résumé

Introduction : La dépression est la complication psychiatrique la plus fréquente au décours d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Sa prévalence est estimée entre 18 et 60 % dans le monde. Elle reste pourtant méconnue et sous-diagnostiquée dans notre contexte, où aucune donnée épidémiologique n'est disponible.

Méthodologie : Étude prospective de 6 mois (1er novembre 2025 – 1er mai 2026) portant sur les patients hospitalisés pour un AVC dans le service de Neurologie de l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN) de N'Djaména. La dépression était évaluée par l'échelle MADRS (seuil > 20).

Résultats : Sur 98 patients, 33 présentaient une dépression post-AVC (DPAVC), soit 33,67 %. L'âge moyen des patients déprimés était de 58,51 ± 13,71 ans (extrêmes : 30 et 84 ans) et 57,58 % étaient de sexe masculin. La prévalence de la dépression était de 38,71 % chez les patients mariés. À 3 mois, 6 patients déprimés (18 %) avaient bien évolué sous traitement.

Conclusion : La dépression post-AVC est fréquente et engage le pronostic fonctionnel et vital des patients. Des études ultérieures permettront de mieux élucider ses déterminants afin d'ouvrir la voie à de nouvelles interventions thérapeutiques.

Mots-clés : Dépression post-AVC ; MADRS ; HGRN ; N'Djaména.

Abstract

Introduction: Depression is the most common psychiatric complication after stroke, with a worldwide prevalence estimated at 18–60%. It nevertheless remains under-recognised and under-diagnosed in our setting, where no epidemiological data are available.

Methods: We conducted a 6-month prospective study (1 November 2025 – 1 May 2026) of patients hospitalised for stroke in the Neurology Department of the National General Reference Hospital (HGRN), N'Djamena. Depression was assessed with the MADRS (threshold > 20).

Results: Of 98 patients, 33 had post-stroke depression (PSD), a prevalence of 33.67%. The mean age of depressed patients was 58.51 ± 13.71 years (range: 30–84 years) and 57.58% were male. The prevalence of depression was 38.71% among married patients. At 3 months, 6 depressed patients (18%) had a favourable outcome under treatment.

Conclusion: Post-stroke depression is common and affects both functional and vital prognosis. Further studies are needed to better understand its determinants and to open the way to new therapeutic interventions.

Keywords: Post-stroke depression; MADRS; HGRN; N'Djamena.

Introduction

Selon l'OMS, la dépression est une maladie qui se caractérise par une tristesse persistante, une perte d'intérêt pour les activités qui normalement

procurent du plaisir, et une incapacité à accomplir les tâches quotidiennes.

La dépression post-accident vasculaire cérébral se définit comme un trouble dépressif qui survient chez un patient dans les suites directes ou indirectes d'un accident vasculaire cérébral (AVC). C'est la complication psychiatrique la plus fréquente après un AVC.

Selon l'OMS, l'accident vasculaire cérébral se définit comme « le développement rapide de signes cliniques localisés ou globaux de dysfonction cérébrale avec des symptômes durant plus de vingt-quatre heures, pouvant conduire à la mort sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire » [1].

Les AVC, de par leur fréquence, constituent un véritable enjeu de santé publique [2]. Leurs séquelles physiques et psychologiques entrainent un véritable bouleversement dans la vie des patients à l'origine d'une baisse de leur qualité de vie [3]. Les patients victimes d'AVC font l'expérience soudaine et brutale d'un événement traumatique. Celle-ci entraine une atteinte de l'intégrité physique, une perte de l'autonomie et de l'estime de soi. Il s'en suit une répercussion sur leur vie familiale et professionnelle.

Cette infirmité peut faire le lit d'une humeur dépressive, d'un ralentissement psychomoteur et des troubles somatiques associés à une anxiété constituant ainsi le trépied symptomatique qui définit la dépression [4]. Cette dernière demeure la manifestation psychiatrique la plus fréquente après un AVC [5]. Cela dénote de la nécessité de la rechercher systématiquement. Ce tableau clinique a favorisé l'introduction de la notion de dépression post-accident vasculaire cérébral (DPAVC) pour la première fois en 1854 par Maxime Durand Fardel dans le « traité clinique et pratiques des maladies des vieillards » [6]. Cependant, il faut attendre 1980 pour qu'elle soit considérée comme une entité nosologique. Elle se définit comme une dépression survenant dans un contexte d'AVC [7].

En Occident, la prévalence de la DPAVC est estimée entre 18 à 60 % [8]. Dans notre contexte, cette dépression survenant au décours d'un AVC est négligée et sous diagnostiquée expliquant la rareté de la littérature sur ce sujet [9]. Les données épidémiologiques sur la DPAVC au Tchad sont relativement inexistantes à notre connaissance.

Bien que la pathogénèse de cette dépression reste un sujet de débat, il existe un consensus sur le fait qu'une dépression non traitée a un impact négatif sur l'amélioration de la qualité de vie d'un patient victime d'AVC. Ainsi la présence d'une dépression au décours d'un AVC doit être considérée comme un facteur de mauvais pronostic car elle compromet la récupération fonctionnelle et augmente le risque de morbidité et de mortalité [10]. Ainsi il nous a semblé pertinent de nous poser la question de savoir quel était l'impact d'une prise en charge précoce de la dépression sur le pronostic fonctionnel de l'AVC. C'est pourquoi nous nous sommes proposé de nous intéresser à la problématique de la DPAVC.

Objectifs

Notre étude avait pour objectif général de déterminer la fréquence et le pronostic de la dépression au décours d'un AVC chez les patients hospitalisés dans le service durant la période du 1er novembre 2025 au 1er Mai 2026.

Les objectifs spécifiques étaient de :

- décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients ;
- estimer la fréquence spécifique de la dépression post-AVC en fonction des caractéristiques des patients (caractéristiques sociodémographiques, antécédents médicaux, type d'AVC) ;
- décrire l'évolution à 3 mois des patients déprimés.

Matériels et méthodes

Cadre d'étude

Nous avons mené cette étude dans le service de Neurologie de l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN) de N'Djaména.

Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective d'une durée de 6 mois allant du 1er Novembre 2025 au 1er Mai 2026.

Population d'étude

L'étude a concerné les patients victimes d'AVC admis en hospitalisation dans le service de Neurologie pendant la période d'étude.

Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans l'étude :

- les patients victimes d'un AVC confirmé par un scanner cérébral et hospitalisés dans le service pendant la période d'étude ;
- ayant accepté de participer à l'étude ;
- disposant des résultats de l'imagerie cérébrale.

Critères d'exclusion

Ont été exclus dans l'étude :

- les patients présentant des comorbidités telles que des troubles psychiatriques ou cognitifs, une aphasie ou une confusion.

Outil diagnostique

L'outil diagnostique de la DPAVC retenu pour cette étude est l'échelle MADRS (Montgomery-Åsberg

Depression Rating Scale), utilisée dans sa version validée en langue française. La MADRS est une échelle employée pour évaluer la sévérité de la dépression chez des patients souffrant de troubles de l'humeur.

Le diagnostic a été retenu sur les critères du DSM et un score MADRS supérieur à 20.

La MADRS repose sur une approche dimensionnelle. Il s'agit d'un hétéro-questionnaire de 10 items (notés de 0 à 6) permettant de mesurer l'intensité chiffrée de la dépression (score total de 0 à 60). Elle sert à évaluer la sévérité initiale et à suivre l'efficacité des traitements (baisse du score).

Le score global se répartit généralement selon les plages suivantes :

- 0 à 6 : absence de symptômes ;
- 7 à 19 : dépression légère ;
- 20 à 34 : dépression modérée (c'est dans cette plage que se situe le seuil clinique de 20) ;
- 35 à 60 : dépression sévère.

Au-delà d'un score supérieur à 20, l'impact sur le fonctionnement quotidien devient net, ce qui justifie souvent une prise en charge plus intensive (médication antidépressive associée ou non à une psychothérapie).

Collecte des données et évaluation de l'échelle MADRS

Nous avons reçu tous les patients adressés par la consultation externe pour une hospitalisation dans le service de neurologie. Nous les avons soumis à un questionnaire hétéro-administré lors d'un entretien individuel et/ou en présence de leur accompagnant. Nous avons recueilli les données sociodémographiques, les antécédents médicaux et les données cliniques.

Saisie et analyse des données

L'analyse des données a été réalisée à l'aide d'Epi Info 7 et d'Excel.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques des patients

L'âge moyen des patients était de 58,12 ans ± 17,31 ans. Les âges extrêmes étaient 19 ans et 93 ans avec une médiane de 60 ans. L'âge modal était de 65 ans.

La classe d'âge 60-69 ans était la plus représentée, avec 28,87 % des patients dont l'âge était renseigné (28/97) (Figure 1).

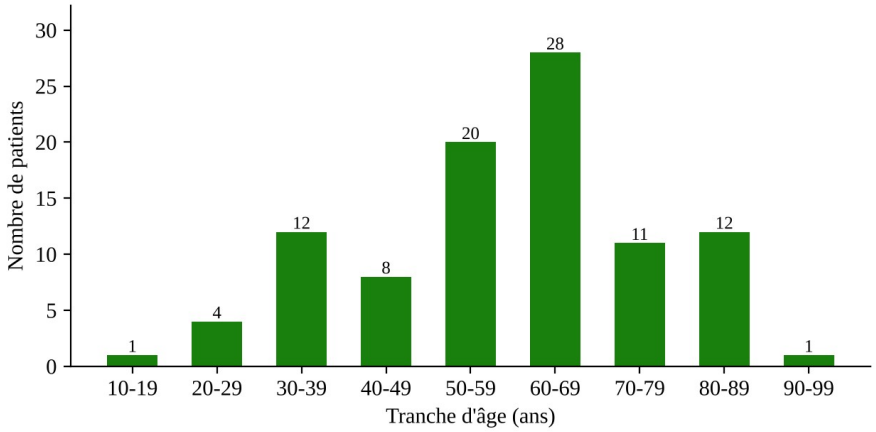


Figure 1: Répartition des patients selon la tranche d'âge (n = 97 ; âge non renseigné pour un patient)

La proportion de sujets de sexe masculin était majoritaire à 56,12 % (soit 55 individus). Le sex-ratio homme/femme était de 1,28 (Tableau 1).

Tableau 1: Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Fréquences absolues (N)	Fréquences relatives (%)	IC à 95 %
Féminin	43	43,88	33,87-54,27
Masculin	55	56,12	45,73-66,13
Total	98	100	

Fréquence globale de la dépression post-AVC

Une dépression (score MADRS supérieur à 20) était présente chez 33 patients (33,67 %) et absente chez 65 (66,33 %) (Tableau 2).

Tableau 2: Répartition des patients selon la dépression

Dépression (MADRS > 20)	Fréquences absolues (N)	Fréquences relatives (%)	IC à 95%
Oui	33	33,67	24,44-43,93
Non	65	66,33	56,07-75,56
Total	98	100	

Fréquence spécifique de la dépression post-AVC

La moyenne d'âge des patients dépressifs était de 58,51 ans ±13,71 ans avec des extrêmes allant de 30 à 84 ans.

La prévalence de la dépression était de 32,56% chez les patients de sexe féminin et de 34,55 % chez ceux de sexe masculin ; cette différence n'était pas statistiquement significative (p = 0,83) (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition des patients selon la dépression et le sexe

Sexe	Dépression : oui, n (%)	Dépression : non, n (%)	Total
Féminin	14 (32,56)	29 (67,44)	43
Masculin	19 (34,55)	36 (65,45)	55
Total	33	65	98

La prévalence de la dépression était de 38,71 % chez les patients mariés et de 25 % chez les non mariés (Tableau 4).

Tableau 4 : Répartition des patients selon la dépression et la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Dépression : oui, n (%)	Dépression : non, n (%)	Total
Mariés	24 (38,71)	38 (61,29)	62
Non mariés	9 (25,00)	27 (75,00)	36
Total	33	65	98

Elle était de 31,82 % chez les patients ayant un AVC hémorragique et de 34,21 % chez ceux ayant un AVC ischémique (Tableau 5).

Tableau 5 : Répartition des patients selon la dépression et le type d'AVC

Type d'AVC	Dépression : oui, n (%)	Dépression : non, n (%)	Total
Hémorragique	7 (31,82)	15 (68,18)	22
Ischémique	26 (34,21)	50 (65,79)	76
Total	33	65	98

Elle était de 22,22 % chez les patients diabétiques et de 36,25 % chez les non-diabétiques (Tableau 6).

Tableau 6 : Répartition des patients selon la dépression et l'antécédent de diabète

Antécédent de diabète	Dépression : oui, n (%)	Dépression : non, n (%)	Total
Oui	4 (22,22)	14 (77,78)	18
Non	29 (36,25)	51 (63,75)	80
Total	33	65	98

Elle était de 27,94 % chez les patients hypertendus et de 46,67 % chez les non-hypertendus (Tableau 7).

Tableau 7 : Répartition des patients selon la dépression et l'antécédent d'HTA

Antécédent d'HTA	Dépression : oui, n (%)	Dépression : non, n (%)	Total
Oui	19 (27,94)	49 (72,06)	68
Non	14 (46,67)	16 (53,33)	30

Antécédent d'HTA	Dépression : oui, n (%)	Dépression : non, n (%)	Total
Total	33	65	98

Évolution

À 3 mois, parmi les 33 patients déprimés, 13 étaient décédés (39 %), 12 avaient été perdus de vue (36 %), 2 gardaient des symptômes dépressifs (6 %) et 6 avaient bien évolué sous traitement antidépresseur (18 %) (Tableau 8).

Tableau 8 : Évolution à 3 mois des patients déprimés (n = 33)

Évolution	Effectif (n)	Fréquence (%)
Décès	13	39
Perdus de vue	12	36
Bonne évolution	6	18
Persistance des symptômes dépressifs	2	6
Total	33	100

Discussion

Contrairement aux données de la littérature qui avaient trouvé une moyenne d'âge élevée [11], [12], [13], notre population d'étude était relativement jeune avec un âge moyen de 58,12 ans ± 17,31 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 60 à 69 ans (28,87 %).

La survenue des AVC à un âge relativement jeune dans les pays en développement pourrait s'expliquer par l'absence de politique sanitaire axée sur la prévention primaire. Celle-ci doit être axée sur les facteurs de risque, l'éducation et la sensibilisation des populations.

La prise en charge des affections chroniques telles que l'hypertension artérielle, le diabète et les cardiopathies reste un point essentiel [14].

Sexe

Conformément aux données de la littérature, notre population d'étude était majoritairement de sexe masculin avec 56,12%. Béjot et al. [15] avaient souligné en 2007 que les taux d'incidence sont multipliés par 1,25 chez l'homme par rapport à celui de la femme.

Une analyse de banque de données dans les services hospitaliers français en 2008 avec 125 678 patients admis pour AVC a montré une nette prédominance masculine avec un sexe ratio de 1,05 [16].

Cependant, une étude réalisée au Gabon a rapporté une prédominance féminine (56,2 %) [17].

Âge des patients déprimés

Chez les sujets déprimés la moyenne d'âge était de 58,51 ans ± 13,71 ans avec des extrêmes allant de 30 à 84 ans.

Des résultats similaires sont retrouvés dans plusieurs études réalisées au Pakistan et au Burkina [18],[19], [20]. Ces résultats laissent supposer que les adultes jeunes seraient plus exposés à la DPAVC.

Dans notre cas, l'âge avancé de notre échantillon d'étude pourrait s'expliquer par l'espérance de vie de notre population qui est de 64,8 ans [21].

Sexe des patients déprimés

La prévalence de la dépression était de 34,55 % chez les hommes contre 32,56 % chez les femmes, soit un rapport de prévalence de 1,06.

Les hommes représentaient 57,58 % des patients déprimés. Ce résultat concorde avec les données de la littérature qui ont montré une plus grande probabilité du genre masculin à développer une DPAVC [22].

En 2014, Seetlani et al [20] avaient retrouvé 56,2% des sujets masculins dans leur population d'étude.

Situation matrimoniale

La prévalence de la dépression était de 38,71% chez les patients mariés et de 25% chez les patients non mariés.

Ainsi dans notre étude, nous avons retrouvé une grande fréquence de dépression post accident vasculaire cérébral chez les patients mariés.

Au Brésil, Lima et al. [23] avaient trouvé des résultats supérieurs à celui de notre étude avec une fréquence de 60,7% de dépressifs parmi les patients qui étaient mariés.

Type d'AVC

La prévalence de la DPAVC était plus élevée chez les patients ayant eu un AVCI (34,21%) que chez les patients ayant eu un AVCH (31,82%). Seetlani [20] au Pakistan, dans une série de 363 cas avait retrouvé une prévalence de la DPAVC plus élevée chez les patients ayant fait un AVCI (65%) que ceux ayant un AVCH (34,9%).

Antécédents médicaux

Dans notre étude, la prévalence de la DPAVC était moindre chez les patients ayant des antécédents de diabète et d'HTA, respectivement 22,22% et 27,94%

que chez les patients non diabétiques (36,25%) et normotendus (46,67 %). Cela pourrait s'expliquer par le fait que le diabète et l'HTA sont des maladies chroniques où les patients sont sensibilisés sur les complications liées à la micro et la macro angiopathie.

Certaines comorbidités (pathologies coronarienne) ou facteurs de risques (HTA, diabète) au cours de l'AVC semblent majorer le risque d'épisodes dépressifs [22].

Il est à noter que si le diabète ne fait pas partie des facteurs de risque dans la survenue d'une DPAVC, il l'est dans la survenue de troubles cognitifs post-AVC.

Une étude menée à Kinshasa en 2011 avait montré qu'un antécédent d'HTA était présent chez 76,78 % des patients et un antécédent d'AVC chez 60 % [24].

Une corrélation significative entre un antécédent d'AVC et la survenue d'une DPAVC a par ailleurs été rapportée [25].

Prévalence et sévérité de la dépression

La prévalence moyenne de la dépression post AVC est élevée.

Elle est estimée en moyenne à 38 %, avec des extrêmes allant de 18 à 60 % [26].

Notre résultat (33,67 %) est conforme à ces chiffres. Il faut noter que les données de la littérature ont montré des proportions variables.

Des études menées à Kinshasa et au Pakistan ont rapporté des proportions de DPAVC de 26,67 % et 47 % [26, 20].

En revanche, deux études réalisées en Allemagne ont objectivé des proportions pouvant atteindre 72,3 % [27, 28].

Dans notre étude, les patients ont été vus à la phase post-critique ; après le diagnostic de dépression selon les critères du DSM, la sévérité a été évaluée par l'échelle MADRS, tout patient ayant un score supérieur à 20 étant considéré comme déprimé. Selon cette échelle, la majorité des patients déprimés présentaient une dépression modérée ; seuls 4,08 % de l'ensemble des patients avaient une dépression sévère (MADRS de 35 à 60) et 21,43 % étaient indemnes de symptômes.

À l'heure actuelle, deux classifications internationales sont principalement utilisées, le DSM et la CIM-10 [29] ; une fois le diagnostic posé, la sévérité de l'état dépressif est appréciée par différentes échelles d'hétéro ou d'auto-évaluation dont les plus couramment utilisées sont l'échelle de Hamilton, comportant 21 items, et la classique échelle de MADRS, comportant 10 items [22].

Symptômes aigus et DPAVC précoce

Le délai de survenue entre AVC et dépression est précoce (dans les premiers jours ou semaines suivant l'accident) chez la plupart de nos patients et se traduit cliniquement par les troubles de l'humeur, l'apathie, la fatigue et les troubles somatiques tels que l'insomnie, ce qui concorde avec les observations de Mpembi et al. en RD Congo [26].

Évolution

Il existe peu d'études sur l'évolution de la DPAVC [26]. Cependant il est important de noter que sa survenue doit être considérée comme un facteur de mauvais pronostic. En effet la mortalité est multipliée par 3,5 par rapport à celle des patients sans dépression, le délai de récupération et l'importance des séquelles sont accrus et la qualité de vie est significativement réduite [30].

Dans notre étude, les patients ayant bien évolué avaient été mis sous inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS), la fluoxétine 20 mg (1 comprimé le soir). Les ISRS ont montré leur efficacité dans la prise en charge de la DPAVC et ne présentent que de rares effets secondaires [24, 30]. Ce traitement était associé à des mesures non médicamenteuses :

- la psychothérapie (notamment les thérapies cognitivo-comportementales) ;
- la rééducation fonctionnelle et l'activité physique adaptée, qui ont démontré un effet synergique direct sur l'amélioration des scores d'humeur.

La bonne évolution a été jugée selon deux critères majeurs :

- la rémission ou réponse thérapeutique, définie cliniquement par une diminution de plus de 50% du score initial sur les échelles de dépression, ou un score repassant sous le seuil pathologique ;
- l'absence de chronicisation : la stabilisation de l'humeur permettant au patient d'investir pleinement ses séances de rééducation physique et cognitive.

Une étude ultérieure permettra une analyse comparative entre la dépression et le syndrome démentiel après un Accident vasculaire cérébral.

Conclusion

La dépression post-AVC (DPAVC) est la manifestation psychiatrique la plus fréquente après un AVC ; elle constitue une entrave majeure à la récupération fonctionnelle et par conséquent elle alourdit le pronostic de la maladie. La dépression était diagnostiquée chez 33 patients soit 33,67% de la population. Sa prévalence était supérieure chez les sujets mariés avec une fréquence de 38,71%.

L'évolution avait été favorable chez 18 % des patients sous traitement à 3 mois. La réalisation d'une étude ultérieure permettra de mieux élucider les autres étiologies d'une dépression post AVC afin d'offrir une fenêtre à de nouvelles interventions thérapeutiques.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts en lien avec ce manuscrit.

Financement

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement spécifique de la part d'organismes publics, commerciaux ou à but non lucratif.

***Auteur correspondant :** Adoum Hamad ZENAL ABIDINE

zenalabidineadoumhamad353@gmail.com

Disponible en ligne : 9 novembre 2026

[1] Service de Neurologie, CHU de Référence Nationale de N'Djaména, Tchad

[2] Département de Médecine et Spécialités Médicales, UFR Santé, Université de Thiès, Sénégal

[3] Service de Neurologie, CHU La Renaissance, N'Djaména, Tchad

[4] Service de Neurologie, Hôpital de l'Amitié Tchad-Chine, Tchad

[5] Service de Neurochirurgie, Hôpital Ignace Deen, Conakry, Guinée

[6] Service de Neurologie, Hôpital National Amirou Boubacar Diallo, Niamey, Niger

[7] Service de Neurosciences Pierre Ibrahima Ndiaye, Dakar, Sénégal

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2026

Références

[1] Béjot Y, Touzé E, Jacquin A, Giroud M, Mas JL. Epidémiologie des accidents vasculaires cérébraux [Epidemiology of stroke]. Med Sci (Paris). 2009 Aug-Sep ;25(8-9) :727-32. French.

[2] Touré, K., Diagne, SN, Seck, LB, Sow, A., Ndiaye, M., Diop, MS, Ndiaye, MM, et al. (2010) Facteurs prédictifs de mortalité par accident vasculaire cérébral (AVC) à la Clinique Neurologique du chu de Fann, Dakar-Sénégal. Journal africain des sciences neurologiques, 29, 29-36. https://doi.org/10.4314/ajns.v29i2.70403

[3] Chollet F, Tardy J, Albucher JF, Thalamas C, Berard E, Lamy C, et al. Fluoxetine for motor recovery after acute ischaemic stroke (FLAME) : a randomised placebo-controlled trial. Lancet Neurol. 2011 Feb ;10(2) :123-30.

[4] Godfryd M. Les maladies mentales de l'adulte. 11e éd. Paris : Presses universitaires de France ; 2025. p. 126.

[5] GL Lenzi,M. Altieri,I. Maestrini. Dépression post-AVC Volume 164, Numéro 10 Revue Neurologique Réunion commune de la SFN et de la SFNV, 8-10 octobre 2008.

[6] DURAND-FARDEL M. Traité clinique et pratique des maladies des vieillards Paris : 1854 ;120 Germer Baillière, libraire -Editeur 17, Rue de l'école de Médecine.

[7] Hackett ML, Yapa C, Parag V, Anderson CS. Frequency of depression after stroke : a systematic review of observational studies. Stroke. 2005 Jun ;36(6) :1330-40.

[8] Carota, A, Dieguez, S. and Bogousslavsky, J. (2005) Psychopathologie des accidents vasculaires cérébraux. Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement, 3, 235-249.

[9] OSSOU-NGUIET Paul Macaire , MOUANGA Alain Maxime , NGOUMA Youmbert Amour Parfait Emmanuel, MPANDZOU Ghislain Armel , SOUNGA BANDZOUZI Eliot Prince DEPRESSION CHEZ L'HEMIPLEGIQUE VASCULAIRE A BRAZZAVILLE AJNS 2017 Vol. 36.No 1.

[10] LAYADI K, BELABED A, LAHOUEL F, DALI A, SALAH R, BENSALEM N. Evaluation de la dépression chez les hémiplégiques vasculaires. Journal de réadaptation médicale Volume 28, Numéro 3 septembre 2008 Pages : 93-96.

[11] Burn J, Dennis M, Bamford J, Sandercock P, Wade D, Warlow C. Long-term risk of recurrent stroke after a first-ever stroke. The Oxfordshire Community Stroke Project. Stroke. 1994 Feb ;25(2):333-7.

[12] FRENISY MC, MINOT D, SOUTENET M, AMIOT N. Accidents vasculaires cérébraux : approche psychopathologique et approche neuropsychologique : A propos d'un cas : M. J. Annales Médico psychologiques. Volume 163, Numéro 1 février 2005 Pages : 65-72.

[13] Rapport OMS Santé dans le monde 2003 Génève 220p.

[14] Diouf, FS, Basse, AM, Ndao, AK, Ndiaye, M., Touré, K., Thiam, A. et Ndiaye, IP (2006) Pronostic fonctionnel des accidents vasculaires cérébraux dans les pays en voie de développement : Sénégal. Annales de réadaptation et de médecine physique, 49, 100-104. https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2005.11.006

[15] Bejot Y, Caillier M, Rouaud O, Benatru I, Maugras C, Osseby GV, et al. Epidémiologie des accidents vasculaires cérébraux. Impacts sur la décision thérapeutique [Epidemiology of strokes. Impact on the treatment decision]. Presse Med. 2007 Jan ;36(1 Pt 2) :117-27.

[16] NGOUFO FOFE H R. 2011 Thèse médecine MALI. Facteurs de risques des accidents vasculaires cérébraux

dans le département d'anesthésie réanimation et urgences du CHU Gabriel Touré.

[17] Kouna, NP, Millogo, A., Siemefo, KF et al. (2007) Aspects épidémiologiques et évolutifs des accidents vasculaires cérébraux au centre hospitalier de Libreville (Gabon). Journal africain des sciences neurologiques, 26, 122-130.

[18] Napon C, Kaboré A, Kaboré J. La dépression post-accident vasculaire cérébral au Burkina Faso [Post stroke depression in Burkina Faso]. Pan Afr Med J. 2012 ;13 :3. French. Epub 2012 Sep 3.

[19] Qamar, ZK (2012) Dépression chez les patients et relation avec les caractéristiques démographiques et d'AVC. Mémoire de Doctorat en Santé publique, 7, 21-24.

[20] SEETLANI NK, ALI A, HAROON H, SHAMS N, PYAR A, TAHA S. Frequency of depression in patients with stroke. Medical Channel. MC Vouf. 21 - No.4 - 2015 (22-26) Seetlani KN et al OCTOBRE-DÉCEMBRE 2015.

[21] Mboup, MC, Sarr, SA, Dia, K., et al. (2015) Aspects étiologiques des accidents vasculaires cérébraux ischémiques au Sénégal. Journal médical panafricain, 22, 201.https://doi.org/10.11604/pamj.2015.22.201.6078.

[22] Simon, O. (2007) Dépression après accident vasculaire cérébral. Mini revue chanté thrombose vaisseaux, 19, 248-254.

[23] Lima, ACS, Monte, AS, Moura, ERF, et al. (2016) Dépression post-AVC : caractéristiques cliniques associées. Archives internationales de médecine Section : Psychiatrie et santé mentale, 9, n° 55.

[24] MAGLOIRE MN. Mémoire en Médecine Neuropsychiatrie, 2011Manifestations neuropsychiatriques des accidents vasculaires cérébraux à Kinshasa. Annales de l'Université de Kinshasa - Spécialiste en Neuropsychiatrie 201.

[25] Johnson JL, Minarik PA, Nyström KV, Bautista C, Gorman MJ. Poststroke depression incidence and risk factors: an integrative literature review. J Neurosci Nurse. 2006 Sep ;38(4 Suppl) :316-27.

[26] Mpembi MN, Miezi SM, Nzuzi TM, Massamba VK, Henrard S, De Partz MP, Peeters A, Macq J, Dubois V, Constant E. Profil clinique de la dépression post-accident vasculaire cérébral étude transversale descriptive menée au centre de réhabilitation des personnes handicapées de Kinshasa (RD Congo). Pan Afr Med J. 2014 Feb 13 ;17 :109.

[27] Lewin-Richter A, Volz M, Jöbges M, Werheid K. Predictivity of Early Depressive Symptoms for Post-Stroke Depression. J Nutr Health Aging. 2015 Aug ;19(7) :754-8.

[28] BAUMANN M, AIACH P Volume 5, numéro 4 « L'aidant principal » face à l'AVC d'un proche. Médecine, 2009, 5(4) :184-188.

[29] OBERLE L, BROERS B. 2016 La dépression. Hôpitaux universitaires Genève. Service de médecine de premier recours- DMCPRU- HUG Service de médecine de premier recours – DMCPRU – HUG -2017.

[30] Hadidi N, Treat-Jacobson DJ, Lindquist R. Poststroke depression and functional outcome : a critical review of literature. Heart Lung. 2009 Mar-Apr ;38(2) :151-62.