

## Dépression post accident vasculaire cérébral en Afrique : mythe ou réalité ?

### Depression post stroke in Africa: myth or reality?

P. Mbelesso · V.P. Senekian · E. Yangatimbi · A. Tabo · A.J. Zaoro-Kponsere · G.C. Kette · B. Oundagnon

Reçu le 25 janvier 2014 ; accepté le 8 juillet 2014  
© Société de pathologie exotique et Lavoisier SAS 2014

**Résumé** La dépression est une complication de survenue fréquente après un accident vasculaire cérébral (AVC). Elle influence négativement la récupération physique, cognitive et sociale. Une étude cas-témoins transversale a été réalisée dans les services de neurologie de l'hôpital de l'Amitié et de psychiatrie de l'hôpital général à Bangui, de janvier à août 2012, afin de rechercher l'existence d'un lien entre l'AVC et la dépression chez les patients hospitalisés et d'identifier les facteurs limitant une prise en charge efficiente. Sur 105 sujets inclus, 35 étaient victimes d'AVC appariés à 70 témoins. La prévalence de la dépression post AVC (DPAVC) était de 88,6 % (31/35) versus (20/70) 28,5 % chez les témoins ( $p < 0,001$ ). Cette DPAVC survenait dans 58 % chez les hommes avec un sex ratio de 1,4. L'âge moyen des sujets présentant la DPAVC était de 49,1ans, avec des extrêmes allant de 33 à 76 ans. La plupart (64,5 %) des sujets atteints de DPAVC étaient sans profession ; 71,5 % d'entre eux avaient un AVC datant de plus de six semaines, et 92 % présentaient un déficit moteur avec un indice de Barthel  $< 100$ . Les sujets atteints d'AVC souffraient majoritairement de dépression modérée (48,1 %) alors que les témoins présentaient le plus souvent une dépression légère (80,4 %). Cette dépression n'était corrélée ni au déficit moteur, ni à la latéralité de la lésion, ni au trouble cognitif. Mais, certaines spécificités centrafricaines

pourraient expliquer ce phénomène. Ces résultats démontrent la réalité de la dépression consécutive à un accident vasculaire cérébral en Afrique, d'où l'intérêt d'y penser dans la prise en charge de tout sujet victime d'AVC. Par ailleurs, des questionnements sur les outils à utiliser pour évaluer la DPAVC et sur l'intervalle de temps entre le début de l'AVC et l'apparition des symptômes dépressifs demeurent et méritent d'être approfondis.

**Mots clés** AVC · Dépression · Soins · Hôpital · Bangui · République centrafricaine · Afrique intertropicale

**Abstract** Depression is a complication occurring frequently after a stroke. It negatively affects the physical, cognitive and social recovery. Authors report the results of a case-control study section was performed in neurology of the friendship hospital and psychiatry of the general hospital in Bangui, from January to August 2012 to ascertain the existence of a link between stroke and depression in hospitalized patients and to identify factors limiting taken into efficient load. On one hundred five subjects included, thirty five were stroke victims matched with seventy witnesses. The prevalence of post stroke depression was 88.6% (31/35) versus (20/70) 28.5% in controls ( $p < 0.001$ ). This post stroke depression occurred in 58% of men with a sex ratio of 1.4. The mean age of subjects with post stroke depression was 49.1 years, with extremes ranging from 33 to 76 years of age. Most (64.5%) subjects with post stroke depression was no occupation; 71.5% of them had a stroke dating back more than six weeks, and 92% had a motor deficit with a Barthel Index  $< 100$ . Subjects with stroke suffered mostly moderate depression (48.1%) whereas the controls usually had mild depression (80.4%). This depression was not correlated with motor deficit, or the laterality of the lesion, or cognitive disorder. But, some Central African specificities could explain this phenomenon. These results demonstrate the reality of post stroke depression in Africa, hence the need to think in support of any subject with stroke topic.

P. Mbelesso (✉) · V.P. Senekian · E. Yangatimbi  
Service de neurologie, Hôpital de l'Amitié, Bangui,  
République centrafricaine  
e-mail : pmbelesso@yahoo.com

A. Tabo · G.C. Kette  
Service de psychiatrie, CNHU de Bangui,  
République centrafricaine

P. Mbelesso · A. Tabo · A.J. Zaoro-Kponsere  
Faculté des sciences de la santé de Bangui,  
République centrafricaine

B. Oundagnon  
Service de kinésithérapie et de réadaptation fonctionnelle,  
CNHU de Bangui, République centrafricaine

Moreover, questions about the tools used to evaluate the post stroke depression and the time interval between stroke onset and the onset of depressive symptoms remain and require further consideration.

**Keywords** Stroke · Depression · Health · Hospital · Bangui · Central African Republic · Sub-Saharan Africa

## Introduction

L'accident vasculaire cérébral (AVC) représente une cause majeure de morbidité ; elle est la première source de handicap dans le monde [3,8,20]. L'AVC constitue la 3<sup>e</sup> cause de mortalité après les accidents coronariens et les cancers dans les pays développés et la 2<sup>e</sup> cause de décès dans les pays en développement [7,22,24].

Les complications de l'AVC sont nombreuses ; parmi celles-ci les séquelles neurologiques sont souvent invalidantes, conduisant à une perte sévère d'autonomie fonctionnelle et physique [22]. Les AVC entraînent également des complications psychiatriques dont la dépression post AVC (DPAVC). La survenue de cette dépression a des impacts négatifs sur la récupération physique, cognitive et sociale aussi bien en milieu hospitalier que dans les milieux de réadaptation [6,11]. De plus, elle accroît la mortalité après un AVC [1,16].

La prévalence de la DPAVC varie considérablement [5,9,12,15], avec un pic au cours des six premiers mois suivant l'AVC [1,19]. Elle diminue ensuite pour se stabiliser après 18 mois d'évolution. Elle est plus élevée chez les patients en milieu hospitalier que chez ceux vivant dans la communauté [19]. Malgré son importance, la DPAVC reste une pathologie négligée [10,23]. Cela est d'autant plus regrettable que son diagnostic et sa prise en charge améliorent non seulement l'état dépressif et la qualité de vie des patients, mais aussi leur pronostic fonctionnel [23]. D'où l'importance de la dépister systématiquement au début de la phase de rééducation d'un AVC et d'entreprendre un traitement adapté.

En République centrafricaine (RCA), en milieu hospitalier, la prévalence de l'AVC est de 8,8 %, avec un taux de mortalité à un mois évalué à 33 % [17], mais aucune étude n'a concerné la DPAVC. Afin de mieux cerner les réalités de cette situation, nous avons recherché l'existence d'un éventuel lien entre l'AVC et la dépression chez les patients hospitalisés à Bangui et cherché à identifier les facteurs limitant une prise en charge efficiente.

## Méthodologie

Il s'agit d'une étude cas-témoins transversale qui s'est déroulée dans les services de neurologie de l'hôpital de l'Amitié et de psychiatrie de l'hôpital général à Bangui, de janvier à août 2012, soit pendant une durée de huit mois. Ont été inclus dans cette étude :

- pour les cas, les sujets victimes d'AVC confirmé cliniquement par le neurologue et présentant des symptômes dépressifs diagnostiqués et quantifiés à l'aide de l'échelle de Montgomery et Asberg (MADRS) par le psychiatre, hospitalisés et/ou suivis depuis moins de douze mois dans les services de neurologie et de psychiatrie ;
- en ce qui concerne les témoins, il s'agit des sujets indemnes d'AVC, hospitalisés et/ou suivis pour la première fois pour un épisode dépressif quantifié à l'aide de la même échelle, appariés selon l'âge et le sexe, à raison de deux témoins pour un cas.

Tous les sujets inclus ont eux-mêmes donné leur consentement éclairé ou à défaut par l'intermédiaire d'un tiers informant. Ne font pas partie de l'étude :

- les cas d'AVC datant de plus de douze mois avec un trouble cognitif sévère en particulier une aphasie sensitive ;
- ceux ayant une pathologie psychiatrique antérieure et traités par des antidépresseurs ;
- les témoins ayant fait un AVC, présentant une pathologie psychiatrique antérieure, sous antidépresseurs ;
- et dans les deux cas, ceux ayant refusé de participer à l'étude.

Les données ont été recueillies, par une équipe constituée par les neurologues et le psychiatre, chez les patients initialement hospitalisés, puis suivis en ambulatoire, sur des fiches d'enquête établies au préalable comportant des items quantifiant la sévérité de l'AVC (l'index de Barthel) et standardisées en fonction de l'échelle de Montgomery et Asberg (MADRS) qui comporte 10 items : la tristesse apparente, la tristesse exprimée, la tension intérieure, la réduction du sommeil, la réduction de l'appétit, la difficulté de concentration, la lassitude, l'incapacité à ressentir, les pensées pessimistes et les idées de suicide. Les seuils d'interprétation de la MADRS sont : de 0 à 6 (normal), de 7 à 19 (dépression légère où les symptômes sont moins intenses, dominés par l'asthénie), de 19 à 34 (dépression modérée dans laquelle on retrouve des symptômes d'intensité modérée, avec une tristesse exprimée, une tension interne et une insomnie intermittente) et >34 (dépression sévère). Le traitement et l'analyse des données ont été faits avec le logiciel Epi info version 6.04 dfr et SPSS version 12 pour Windows.

## Résultats

Nous avons inclus pendant la période d'étude, 105 sujets dont 35 étaient victimes d'AVC appariés à 70 sujets indemnes. Les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude sont rapportées dans le tableau 1. La prévalence de la dépression post AVC était de 88,6 % (31/35) versus (20/70) 28,5 % chez les témoins ( $p < 0,001$ ). Cette DPAVC survenait dans 58 % des cas chez les hommes avec un sex-ratio de 1,4. L'âge moyen des sujets présentant la DPAVC était de 49,1 ans, avec des extrêmes allant de 33 à 76 ans.

La plupart des sujets atteints de DPAVC (64,5 %) étaient sans profession ; 71,5 % d'entre eux avaient un AVC datant de plus de six semaines, et 92 % présentaient un déficit moteur avec un indice de Barthel  $< 100$ . Les caractéristiques des sujets déprimés de l'étude sont rapportées dans le tableau 2. Le risque de développer un syndrome dépressif était 20 fois supérieur chez les cas que chez les témoins ( $RC=19,12$ ). Les sujets atteints d'AVC souffraient majoritairement de dépression modérée (48,1 %) tandis que les témoins présentaient le plus souvent une dépression légère (80,4 %). La lésion était hémisphérique gauche chez 58 % et

elle était de type ischémique dans 70 % (tableau 3). Cette dépression n'était corrélée ni au déficit moteur, ni à la latéralité de la lésion, ni au trouble cognitif (Fig. 1).

## Discussion

Il s'agit d'une étude princeps en Centrafrique nous permettant de faire le dépistage de la dépression post-AVC en même temps que sa quantification. L'une des limites de cette étude réside dans le fait que le schéma d'étude tel qu'il avait été conçu ne nous permettait pas d'affirmer formellement que l'AVC était antérieur à la survenue de la dépression et vice versa et pourrait constituer ainsi le facteur de risque favorisant la survenue de la dépression. Nous nous sommes basés sur les affirmations des patients et de leur entourage pour éliminer la notion que l'AVC était antérieur à la dépression. Ce qui ne représente pas forcément une preuve d'absence d'une dépression antérieure, et peut constituer un biais de sélection.

Au cours de cette étude, nous avons retrouvé une prévalence de dépression significativement plus élevée chez les

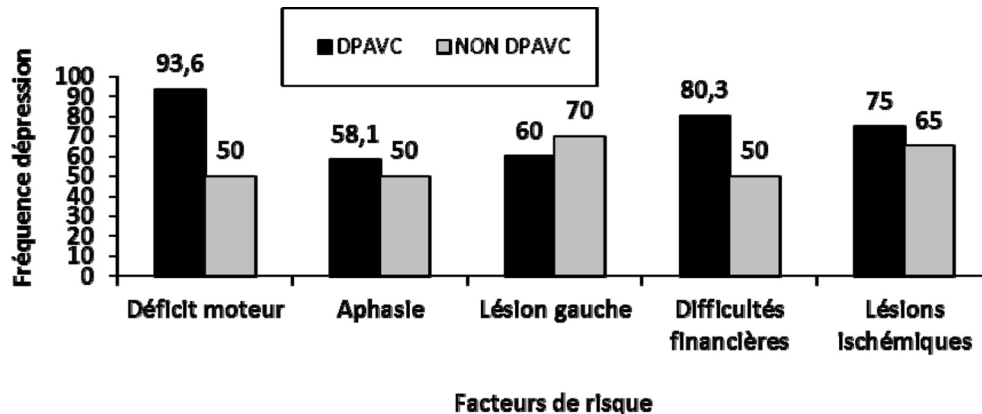
Caractéristiques	Cas (n=35)		Témoins (n=70)	
	Nombre	%	Nombre	%
Homme	20	57,1	40	57,1
Femme	15	42,9	30	42,9
< 50 ans	21	60	42	60
> 50 ans	14	40	18	40

**Tableau 2** Caractéristiques sociodémographiques et évolutives des sujets déprimés de l'étude / *Demographic and evolutionary characteristics of depressed subjects in the study.*

Variables	Cas (n=31)		Témoins (n=20)	
	Nombre	%	Nombre	%
Homme	18	58	13	65
Femme	13	42	7	35
< 50 ans	23	74,2	14	70
> 50 ans	8	25,8	6	30
Marié	24	77,4	15	75
Seul	7	22,6	5	25
Sans emploi	18	58,1	10	50
Salariés	9	22	8	40
Retraités	4	12,9	2	10
Hospitalisation	19	61,3	2	10
Ambulatoire	12	38,7	18	90
Rémission complète	24	77,4	20	100
Rémission partielle	5	16,1	0	0
Résistance	2	6,5	0	0

**Tableau 3** Distribution des sujets déprimés de l'étude en fonction de l'intensité de la dépression / *Distribution of depressed subjects of the study based on the intensity of depression.*

Caractéristiques	Cas (n=31)			Témoins (n=20)	
	Légère N %	Modérée N %	Sévère N %	Légère N %	Modérée N %
Type dépression					
Homme	6 (66,7)	8 (53,4)	4 (57,2)	9 (64,3)	4 (66,7)
Femme	3 (33,3)	7 (46,6)	3 (42,8)	5 (35,7)	2 (33,3)
< 50 ans	7 (77,8)	11 (73,3)	5 (71,4)	10 (71,4)	4 (66,7)
> 50 ans	2 (22,2)	4 (26,7)	2 (28,6)	4 (28,6)	2 (33,3)



**Fig. 1** Fréquence des facteurs de risques associés à la DPAVC recherchés chez les sujets présentant un AVC / *Frequency of risk factors associated with post stroke depression sought in patients with stroke*

sujets atteints d'AVC. Ce qui témoigne le fait que l'AVC a des répercussions négatives chez les patients présentant cette pathologie ; d'autant plus qu'elle survient chez le sujet actif, en plein état de santé physique, qui brutalement se sent diminué à cause du déficit résiduel et des troubles cognitifs.

Nos résultats corroborent les données de la littérature [13,21], et confirment que la DPAVC n'est pas un mythe, mais une réalité en Afrique subsaharienne où des considérations mystiques ou superstitieuses sont souvent évoquées pour expliquer la survenue des symptômes. Nos données sont plus élevées que celles obtenues par certains auteurs [4,26,27]. Ce qui soulève la polémique sur les outils à utiliser pour évaluer la DPAVC, notamment le Beck Depression Inventory (BDI), le Diagnostic and Statistical Manual disorders - 4<sup>th</sup> edition (DSM-IV), l'échelle de Hamilton (HDRS), l'échelle de Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), la SDS (Zung Self-Rating Depression Scale).

Selon Schramke et al [25], l'utilisation des échelles standards chez les sujets atteints d'AVC peut prêter à confusion du fait que les scores élevés ont pu être confondus avec les symptômes neurologiques. Pour Appelros et al [1], il n'existe aucun instrument de mesure de la dépression capable de remplacer les critères du DSM IV, car les instruments souvent utilisés ont une faible spécificité pour le diagnostic de la dépression, et par conséquent peuvent augmen-

ter le taux de prévalence de la DPAVC, ce qui nous amène à nous demander si notre instrument pour le dépistage et la quantification (MADRS) de la dépression ne serait pas la cause de la forte prévalence retrouvée. Un autre questionnaire pourrait porter sur l'intervalle de temps entre le début de l'AVC et l'apparition des symptômes dépressifs, car nous avons recruté nos patients entre 8 et 12 semaines après le début de l'AVC, ce qui peut contribuer à une forte prévalence. Nous abondons dans le sens de Pellet et al [23] qui rapportaient que la prévalence de la DPAVC augmentait avec la durée du temps écoulé après la survenue de l'AVC.

L'échelle de MADRS échelonne la DPAVC en niveau d'évolutivité croissante [14]. Parmi les cas de DPAVC, nous avons retrouvé un taux plus élevé (48,4 %) de dépression modérée. Ce constat est le même que celui fait par Nys et al [20], mais diffère de celui de Herman et al [14] qui ont rapporté 8 % de dépression modérée contre 25 % de dépression légère. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les évaluations faites par ces auteurs l'ont été à un an d'évolution, au moment où les symptômes dépressifs ont pu régresser, le sujet ayant compris et accepté son état clinique.

Certains facteurs peuvent entamer le moral et constituent un risque de développer la DPAVC. Le manque de soutien social a été évoqué dans les travaux de Berg et al [3]. Au cours de notre étude, seulement 2,3 % des sujets atteints

d'AVC n'avaient pas de soutien social, car dans la société centrafricaine comme ailleurs en Afrique, l'assistance sociale dans les moments d'épreuves est de coutume. En ce qui concerne les difficultés financières, nous avons constaté que 80,3 % des malades déprimés post AVC se trouvaient dans cette situation sans que la différence soit significative. Tabo et al [28] avaient fait ce constat dans une étude sur la qualité de vie des patients déprimés suivis dans le service de psychiatrie à Bangui. La paupérisation de la population confrontée à plusieurs décennies de crises militaro-politiques pourrait expliquer ce phénomène, car la majorité de la population centrafricaine vit avec moins de un dollar US par jour et l'indice de développement humain s'est détérioré de 5 % entre 1990 et 2003 [18], plaçant la RCA parmi les cinq derniers pays à l'échelle mondiale. Cet état de fait compromet l'accès d'une grande proportion des Centrafricains aux soins de santé. Par ailleurs, la mauvaise gouvernance dans les formations sanitaires, la démotivation du personnel qui est peu qualifié, en nombre insuffisant et mal rémunéré, le manque de plateau technique adéquat, l'insuffisance et la mauvaise répartition des infrastructures et des ressources, l'absence de système de sécurité sociale sont autant de facteurs qui limitent fortement l'accès des patients aux soins de qualité à Bangui.

Sur le plan clinique nous avons retrouvé une fréquence élevée du déficit moteur en cas de DPAVC ( $p > 0,36$ ). Cette constatation diffère de certaines données de la littérature [2,15] qui ont mis en évidence une corrélation entre la dépression et le handicap physique. De même, nous avons remarqué que l'aphasie en tant que trouble cognitif, retrouvée dans 57,2 % chez les patients victimes d'AVC, n'était pas un facteur favorisant la survenue de la DPAVC ( $p > 0,38$ ). Notre constat ici ne corrobore pas les propos de certains auteurs [20,23] qui ont rapporté que l'aphasie est un facteur influençant le développement de la DPAVC. L'absence de lien retrouvée dans notre travail serait peut être due à la petite taille de notre échantillon et mériterait d'être réévalué sur un échantillonnage plus important.

## Conclusion

Ces résultats démontrent la réalité de la dépression post accident vasculaire cérébral et l'existence d'un lien important entre l'AVC et la dépression en Afrique, d'où l'intérêt d'y penser dans la prise en charge de tout sujet victime d'AVC. Par ailleurs, des questionnements sur les outils à utiliser pour évaluer la DPAVC et sur l'intervalle de temps entre le début de l'AVC et l'apparition des symptômes dépressifs demeurent et méritent d'être approfondis. Il faudra aussi réorganiser le secteur santé du pays pour permettre une prise en charge efficace des demandeurs de soins.

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

1. Appelros P, Viitanen M (2004) Prevalence and predictors of depression at one year in a Swedish Population-based Cohort with First-ever Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 13(2):52-7
2. Assogba K, Belo M, Kombate D, et al (2011) Qualité de vie, anxiété et dépression chez les survivants d'AVC au Togo. *African Journal of Neurological Sciences* 30(1) (en ligne)
3. Berg A, Palomäki H, Lehtihalmes M, et al (2003) Poststroke depression: an 18-month follow-up. *Stroke* 34(1):138-43
4. Bhatia MS (2004) Post-stroke depression and cerebral laterality. *Eur Psychiatry* 19(7):454
5. Bonita R (1992) Epidemiology of stroke. *Lancet* 339(8789):342-4
6. Carson AJ, MacHale S, Allen K, et al (2000) Depression after stroke and lesion location: a systematic review. *Lancet* 356(9224):122-6
7. Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen SE, et al (2002) Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 359(9311):995-1003
8. Dieguez S, Staub F, Bruggimann L, Bogousslavsky J (2004) Is poststroke depression a vascular depression? *J Neurol Sci* 226(1-2):53-8
9. Eriksson M, Asplund K, Glader EL, et al (2004) Self-reported depression and use of antidepressants after stroke: a national survey. *Stroke* 35(4):936-41
10. Gillen R, Tennen H, McKee TE, et al (2001) Depressive symptoms and history of depression predict rehabilitation efficiency in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil* 82(12):1645-9
11. Hachinski V (1999) Post-stroke depression, not to be underestimated. *Lancet* 353(9166):1728
12. Hackett ML, Anderson CS, House AO (2005) Management of depression after stroke: a systematic review of pharmacological therapies. *Stroke* 36(5):1098-103
13. Hardy P, Servant D, Cialdella P (1984) Les échelles d'évaluation de la psychopathologie. *Ann Médico-Psych* 9:1206-13
14. Herrmann N, Black SE, Lawrence J, et al (1998) The Sunnybrook Stroke Study: a prospective study of depressive symptoms and functional outcome. *Stroke* 29(3):618-24
15. Jaillard AS, Hommel M, Mazetti P (1995) Prevalence of stroke at high altitude (3380 m) in Cuzco, a town of Peru. A population-based study. *Stroke* 26(4):562-8
16. Kellermann M, Fekete I, Gesztelyi R, et al (1999) Screening for depressive symptoms in the acute phase of stroke. *Gen Hosp Psychiatry* 21(2):116-21
17. Mbelesso P, Tabo A, Seboulo PC, et al (2007) Aspects épidémiologiques des accidents vasculaires cérébraux à Bangui en Centrafrique. *Le Bénin Médical* 37: 44-46.
18. Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération internationale (2005) Synthèse des résultats du 3<sup>e</sup> recensement général de la population et de l'habitat, BCR 74 p
19. Montgomery SA, Asberg M (1979) A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 134:382-9
20. Nys GM, van Zandvoort MJ, van der Worp HB, et al (2005) Early depressive symptoms after stroke: neuropsychological correlates and lesion characteristics. *J Neurol Sci* 228(1):27-33
21. Ogun SA, Ojini FI, Ogungbo B, et al (2005) Stroke in south west Nigeria: a 10-year review. *Stroke* 36(6):1120-2



22. Pariel-Madjlessi S, Pouillon M, Robcis I, et al (2005) La dépression : une complication méconnue de l'accident vasculaire cérébral chez les sujets âgés. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 3(1):7-16
23. Pellet J, Decrat M, Lang F, et al (1987) Description d'un échantillon de 300 échelles MADRS portant sur des sujets déprimés. *Ann Méd Psychol (Paris)* 145(2):170-5
24. Robinson-Smith G, Johnston MV, Allen J (2000) Self-Care Self-Efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 81(4):460-4
25. Schramke CJ, Stowe RM, Ratcliff G, et al (1998) Poststroke depression and anxiety: different assessment methods result in variations in incidence and severity estimates. *J Clin Exp Neuropsychol* 20(5):723-37
26. Shimoda K and Robinson RG (1999) The relationship between poststroke depression and lesion location in long-term follow-up. *Biol Psychiatry* 45(2):187-92
27. Suh M, Kim K, Kim I, et al (2005) Caregiver's burden, depression and support as predictors of post-stroke depression: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 42(6):611-8
28. Tabo A, Mbelesso P, Onambele JF, et al (2008) Qualité de vie des patients déprimés suivis en psychiatrie à Bangui en République centrafricaine. *Le Bénin Médical* 39/40:10-13