HAL
open science

Protocole d'adaptation et de validation en français du SADQ, outil de dépistage de la dépression chez le patient aphasique post-avc

Raphaël Evain, Célestin Ravella

To cite this version:

Raphaël Evain, Célestin Ravella. Protocole d'adaptation et de validation en français du SADQ, outil de dépistage de la dépression chez le patient aphasique post-avc. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02995404

HAL Id: dumas-02995404

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02995404v1

Submitted on 9 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Marseille

PROTOCOLE D'ADAPTATION ET DE VALIDATION EN FRANÇAIS DU SADQ, OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION CHEZ LE PATIENT APHASIQUE POST-AVC

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention
du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Raphaël Evain & Célestin Ravella
Sous la direction de Nathaly Joyeux

Juin 2020

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Marseille

PROTOCOLE D'ADAPTATION ET DE VALIDATION EN FRANÇAIS DU SADQ, OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION CHEZ LE PATIENT APHASIQUE POST-AVC

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention
du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Raphaël Evain & Célestin Ravella
Sous la direction de Nathaly Joyeux

Juin 2020

Remerciements

Nous tenons à remercier tous ceux ayant participé de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire : orthophonistes, psychiatres, psychologues, interprètes qui nous ont permis de réaliser ce travail, et qui y ont chacun apporté leur expertise et leur bienveillance.
Merci à notre directrice de mémoire Mme Joyeux pour sa patience, son encadrement et sa confiance : ce sujet de mémoire était une très bonne idée, soyez-en assurée.
Merci à l'équipe pédagogique du Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Marseille, qui par la pluralité des enseignements, nous a permis d'avoir une base théorique solide sur les pathologies neurologiques acquises d'une part, et une base plus qu'honorable en psychologie d'autre part, qui à elles deux ont su guider notre réflexion tout au long de ce mémoire sur la dépression post-AVC chez le patient aphasique.

Merci à mes maîtres de stage avec qui les échanges ont toujours été des occasions d'aiguiser mes connaissances dans les vastes domaines que balaie l'orthophonie.
Merci à ma compagne, mes amis et Mme Ferry de m'avoir supporté, aidé tout au long des péripéties qui ont rythmé ces cinq ans de cursus et ces deux années de mémoire. Merci à Célestin pour ce binôme de choc, et pour cette aventure beaucoup plus intéressante à deux cerveaux.
Enfin, merci à ma mère d'avoir façonné seule celui que je suis, de m'avoir fait curieux, ouvert d'esprit et toujours avide de connaissances. Si à travers ce travail j'ai pu très modestement aider à améliorer la prise en charge de la dépression dans ce pays, alors je sais que tu es fière de moi.

Raphaël Evain

Je souhaite remercier tous ceux qui ont permis, parfois sans même le savoir de faire exister ce mémoire. Merci à mes parents pour leur implication en tant que professionnels et pour leur soutien personnel. Merci à Blandine d'être là chaque jour et de tout rendre plus facile. Merci à mes amis pour leur présence, simplement essentielle. Merci à mes sœurs qui ont largement contribué à faire celui que je suis aujourd'hui. Merci aux maîtres et maîtresses de stages que j'ai rencontré durant mon cursus. Qui ont donné de leur temps pour m'aider à devenir l'orthophoniste que je désire être. Merci enfin à Raphaël, sans qui ce travail n'existerait pas. Je me félicite d'avoir choisi de faire ce mémoire avec toi.

Célestin Ravella

Sommaire

Liste des tableaux et figures 7

Liste des abréviations 8

Introduction 9

Partie 1. Assises théoriques 11

I. Définition de la dépression 11

II. Critères diagnostiques de la dépression et spécificité de la dépression post-affection médicale 12

A. Critères 12

B. Développement et évolution 13

C. Les outils pour dépister et évaluer la dépression 13

III. La dépression et les AVC 14

A. Définition de l'AVC 14

B. L'aphasie, trouble secondaire de l'AVC 15

C. La dépression, comorbidité fréquente chez le patient victime d'un AVC 15

D. Des outils classiques de mesure de la dépression inadaptés aux sujets aphasiques 17

IV. Le Stroke Aphasia Depression Questionnaire, un outil de dépistage de la dépression post-AVC spécifique aux sujets aphasiques 18

Problématique et hypothèses 23

Partie 2. Protocoles de traduction et de validation du SADQ 24

V. Méthodologie 24

A. Protocole de traduction 24

B. Protocole de validation 26

C. Passations 27

VI. Résultats 28

A. Résultats du protocole de traduction 28

B. Résultats du protocole de validation 38

a. La validité de contenu du SADQ 39

b. La validité de construction du SADQ 39

c. La validité de critère du SADQ 39

d. La fiabilité du SADQ 39

VII. Discussion 41

VIII. Conclusion 44
Bibliographie 45
Annexes 54
Résumé 65

Liste des tableaux et figures

Tableaux

Tableau 1. Différentes version du SADQ et leurs caractéristiques 20
Tableau 2. Résultats des traductions parallèles et du consensus 29
Tableau 3. Résultats de la traduction inverse et concordance des items 35

Figures

Figure 1.Schéma du protocole de traduction du SADQ 29

Liste des abréviations

ADRS Aphasic Depression Rating Scale

AVC Accident Vasculaire Cérébral

BDI Beck Depression Inventory

CIM Classification Internationale des Maladies

DPAVC Dépression Post-AVC

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EDC Épisode Dépressif Caractérisé

EDM Épisode Dépressif Majeur

GBD Global Burden Disease

GDS Geriatric Depression Scale

HADS Hospital Anxiety and Depression Scale

HAS Haute Autorité de Santé

HDRS Hamilton Depression Rating Scale

MADRS Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

OMS Organisation Mondiale de la Santé

USPSTF United States Preventive Services Task Force

SADQ Stroke Aphasia Depression Questionnaire

SADQ-H Stroke Aphasia Depression Questionnaire - Hospital

VAMS Visual Analog Mood Scales

WDI Wreckfield Depression Inventory

Introduction

En France, toutes les 4 minutes, une personne est victime d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC). Cet infarctus cérébral, dont la conséquence est un déficit neurologique soudain, constitue la première cause de handicap physique chez l'adulte (Inserm, 2019). Si les symptômes de l'AVC varient selon la zone cérébrale de la lésion, on observe souvent des troubles du langage chez le patient (Brady et al., 2016). De tels troubles sont de nature à requérir une prise en charge par un orthophoniste puisque l'aphasie compte parmi les séquelles les plus fréquentes. Elle consiste en un trouble du langage affectant le versant réceptif ou productif du langage oral, en dehors de tout déficit phonatoire.

Suite à la survenue de l'AVC, vient s'ajouter un épisode dépressif majeur (EDM) dans 30 à 50% des cas (Hackett et al., 2005). Le traitement de ce trouble persistant caractérisé par une baisse de l'humeur relève quant à lui de la compétence d'un professionnel de la santé mentale tel qu'un psychiatre ou un psychologue. Ce trouble de l'humeur entrave le parcours de réhabilitation langagière du patient en affectant sa motivation, sa cognition, ses capacités de concentration et de mémorisation : cet état dépressif nuit à la rééducation orthophonique. Le dépistage précoce de la dépression apparaît donc comme une condition nécessaire au mieux-être du patient post-AVC (Bassi et al., 2019).

Or, la dépression (sous toutes ses formes) est encore aujourd'hui trop peu diagnostiquée et donc trop peu traitée (Siu, 2016) et même chez les patients AVC (Capron, 2015). Chez les patients aphasiques, les professionnels de santé se heurtent à l'impossibilité d'utiliser les outils classiques de dépistage du fait des troubles acquis de la modalité verbale qui ne permettent pas à cette population de répondre aux formulaires classiques de dépistage de l'humeur.

Notre réflexion fait suite à l'étude de Bassi et al. (2019) sur les pratiques des orthophonistes auprès des patients aphasiques post-AVC susceptibles de présenter une dépression. L'objectif est de mettre à disposition des orthophonistes de ville des outils de dépistage simples et efficaces leur permettant d'orienter leurs patients vers des professionnels de la santé mentale.

Ici, le Stroke Aphasia Depression Questionnaire (SADQ), mis au point en 1998 par Sutcliffe et Lincoln, chercheurs de l'Université de Nottingham, sera l'objet d'un protocole d'adaptation et de validation en français.

Dans un premier temps, nous ferons l'état des lieux des connaissances théoriques sur la dépression, ses enjeux dans la prise en charge des AVC et les différents outils pour la dépister.

Dans un second temps, nous détaillerons notre protocole de traduction et de validation du SADQ, puis nous discuterons des résultats obtenus lors de la mise au point de ces deux protocoles.

Partie 1. Assises théoriques

La dépression, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), touche 260 millions de personnes dans le monde (James et al., 2018). Elle est « la première cause d'incapacité dans le monde et contribue fortement à la charge mondiale de la maladie », d'après le site officiel de l'OMS.

Comment pourrait-on définir cette pathologie actuellement ? Y a-t-il une seule définition universelle, ou existe-t-il des variations interculturelles de ce trouble, et surtout des définitions variables selon l'étiologie de la dépression ?

Bien que cet état de détresse psychologique soit subjectif et propre à chacun, les instances mondiales de la santé proposent plusieurs critères à retrouver auprès d'un sujet pour caractériser un état dépressif.

I. Définition de la dépression

D'après l'OMS, la dépression, aussi appelée Épisode Dépressif Majeur (EDM), est un trouble de l'humeur courant et grave. Les sujets atteints de dépression expérimentent une perte d'intérêt pour les activités qu'ils aimaient. Aussi, la dépression est liée à une profonde tristesse persistante, et un profond désespoir. On relève des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbés, une certaine fatigue et des problèmes de concentration. Le tableau clinique peut cependant varier : il est parfois associé à de l'anxiété, du désarroi, une consommation excessive d'alcool, un comportement histrionique, une exacerbation de symptômes phobiques ou obsessionnels préexistants, ou des préoccupations hypocondriaques.

C'est donc sur plusieurs versants de la personnalité et du fonctionnement que se définit la dépression : aussi bien la mémoire, l'attention, les émotions, que le sommeil ou l'appétit. Il existe différents degrés de la dépression, selon l'intensité des symptômes. La Classification Internationale des Maladies (CIM-10) propose 3 échelons : Léger, modéré et sévère.

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) se base sur les définitions de la CIM-10 et du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux 5ème édition (DSM-V) pour définir la dépression selon des critères diagnostiques (HAS, 2017)

II. Critères diagnostiques de la dépression et spécificité de la dépression post-affection médicale

A. Critères

D'après la CIM-10, l'épisode dépressif (F32) rassemble :

- un abaissement de l'humeur,
- une réduction de l'énergie,
- une diminution de l'activité.

On relève aussi :

- une altération de la capacité à éprouver du plaisir,
- une perte d'intérêt,
- des troubles de concentration,
- une fatigue importante.

On observe habituellement :

- des troubles du sommeil,
- une diminution de l'appétit.

Il existe presque toujours :

- une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi
- fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères.

L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits "somatiques", par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido.

Ces épisodes dépressifs sont ensuite classés par sévérité : léger, moyen, sévère sans symptômes psychotiques, sévère avec symptômes psychotiques, et l'intensité de l'épisode dépressif est diagnostiquée selon le nombre de symptômes retrouvés chez le patient.

La CIM-10 propose par ailleurs une définition plus spécifique de la dépression lorsqu'elle est due à une affection organique comme une lésion cérébrale (F06.3), lors d'un AVC par exemple. Les symptômes sont les mêmes que pour l'épisode dépressif, mais on parle alors de troubles organiques de l'humeur (Annexe 2).

Pour le DSM-V (American Psychiatric Association, 2015), la caractéristique commune de tous les troubles dépressifs décrits est la présence d'une humeur triste, vide ou irritable, accompagnée de modifications somatiques et cognitives qui perturbent significativement les capacités de fonctionnement de l'individu.

Le manuel fait également la distinction entre les autres types de dépression et la dépression provoquée par une autre affection médicale. Ainsi il est précisé qu'« il existe des associations claires, ainsi que des corrélations neuro-anatomiques, entre la dépression et les accidents vasculaires ».

Le DSM-V définit la dépression par la présence de 5 parmi 9 symptômes pendant une durée de deux semaines minimum. Un des deux premiers symptômes est impérativement nécessaire pour affirmer le diagnostic (Annexes 1 et 3).

B. Développement et évolution

Le DSM-V précise qu'après un AVC, la dépression survient très brutalement, au cours du premier ou dans les premiers jours de l'AVC dans les séries de cas les plus importantes (Robinson, 1997 ; Robinson, Starkstein & Price, 1988 ; Andersen et al., 1994 ; Aben et al. 2003 ; Paolucci et al. 2006). Cependant, dans certaines situations, la dépression débute dans les semaines voire les mois qui suivent l'AVC. Chez les patients qui développent très tôt une dépression, les symptômes sont plus sévères que chez ceux la développant plusieurs mois après (Paolucci et al., 2006). Dans les séries les plus importantes (l'étude de Paolucci et al. représente 1064 patients post-AVC), la durée de l'épisode dépressif caractérisé suivant un AVC était de 9 à 11 mois en moyenne.

Cette période très à risque de dépression est aussi la période critique de la rééducation. En effet, c'est pendant la phase aiguë que la récupération est la plus efficace (Pedersen et al., 1995)

C. Les outils pour dépister et évaluer la dépression

En 2014, l'Institut National de Santé Publique du Québec publie une synthèse des connaissances sur le dépistage de la dépression en première ligne chez les adultes. Le consensus n'est pas atteint mais les trois acteurs majeurs s'étant penchés sur le dépistage de la dépression, à savoir le National Screening Committee anglo-saxon, la United States Preventive Services Task Force (USPSTF) américaine et le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, s'accordent à dire que le dépistage systématique n'est ni nécessaire ni bénéfique,

dans diverses recommandations publiées de 2009 à 2011. La conclusion de cette synthèse est que le thérapeute doit faire preuve de sens clinique et réfléchir, pour chaque patient, à la légitimité d'un test de dépistage.

Cependant, le consensus a changé puisque depuis 2016, à la lumière des dernières études sur lesquelles se fondent les recommandations, le dépistage systématique est désormais préconisé (Maurer et al., 2018).

Aux Etats-Unis par exemple, l'USPSTF, qui est donc un groupe de travail chargé d'établir les recommandations de prévention en matière de santé publique, estime dans un rapport de 2016 que la dépression devrait être dépistée chez tous les adultes, systématiquement, et le plus tôt possible (Depression in Adults : Screening, USPSTF, 2016). Pour établir ces recommandations, ce groupe de travail s'appuie sur des preuves et des études qu'il classe par qualité, du grade A au grade I.

Actuellement, la dépression dans son ensemble est une pathologie sous-évaluée et trop peu diagnostiquée.

Pour dépister, diagnostiquer ou estimer la sévérité d'une dépression, il existe de nombreux questionnaires différents. Ces outils ont longtemps eu pour méthode de mesurer la dépression d'après les symptômes donnés par le DSM. Certains mesurent spécifiquement la dépression, d'autres l'anxiété, ou les deux états (Wang & Gorenstein, 2013).

III. La dépression et les AVC

A. Définition de l'AVC

L'accident Vasculaire Cérébral (AVC) survient lorsque le flux sanguin rencontre un obstacle lors de son passage dans le cerveau. La cause peut être un caillot, on parle alors d'AVC ischémique, ou une rupture du vaisseau, on parle alors d'AVC hémorragique. Dans les deux cas, la conséquence immédiate est la rupture de l'approvisionnement en oxygène des zones du cerveau normalement desservies par les vaisseaux touchés. Cela cause leur dysfonctionnement puis leur nécrose. L'accident vasculaire cérébral constitue donc une lésion cérébrale responsable de la perte de tout ou partie des facultés cognitives sous-tendues par la zone du cerveau touchée.

En France, la prévalence de l'accident vasculaire cérébral (AVC) est de 150 000 personnes chaque année. Il y a donc un AVC toutes les 4 minutes. Les AVC sont la 3ème cause de décès,

2ème cause de démence et première de handicap acquis dans le pays. Deux tiers des personnes atteintes conservent des séquelles de l'accident.

B. L'aphasie, trouble secondaire de l'AVC

La prise en charge de l'AVC est une urgence absolue. Dans un premier temps, il s'agit de sauver la vie du patient. Une fois celui-ci stabilisé, un long protocole pluridisciplinaire de réhabilitation se met en place. Les lésions cérébrales pouvant entraîner, entre autres, une aphasie, dès le réveil le patient doit bénéficier d'un traitement orthophonique. L'aphasie est un trouble du langage d'origine neurologique qui apparaît chez 40% des patients victimes d'un AVC (Pederson et al., 1995). Chez ces patients, la capacité à communiquer est altérée, en compréhension ou en expression. Différents types d'aphasie existent, selon l'aire cérébrale touchée, les connexions lésées et les symptômes relevés lors du bilan orthophonique et des examens neurologiques. L'orthophoniste et les autres professionnels de la rééducation mettent à profit la plasticité cérébrale pour restaurer les versants déficitaires de la cognition du patient malade, dont le versant phasique.

Cette prise en charge doit être mise en place le plus tôt possible car l'impact de la prise en soin est meilleur en phase aiguë. De plus, l'aphasie peut influencer l'état psychologique du patient ; vivre avec un handicap quel qu'il soit, favorise l'apparition de troubles psychologiques. L'aspect intime et personnel du langage, son importance dans la communication, fait de l'aphasie un handicap différent des autres, aux conséquences plus graves. L'impact émotionnel de l'aphasie compromet donc la récupération du patient (Code et al., 1999 ; Chemerinski, Robinson, & Kosier, 2001 ; Code & Herrmann, 2003).

C. La dépression, comorbidité fréquente chez le patient victime d'un AVC

La dépression est une complication très fréquente à la suite d'un AVC, et les chiffres s'accordent sur une prévalence autour de 30% d'après plusieurs études (Hackett et al., 2005). Autrement dit, 1 patient sur 3 développera une dépression. Cela peut s'expliquer entre autres par le fait que les patients victimes d'Accident Vasculaire Cérébral sont souvent mis en difficulté dans leurs activités quotidiennes. De ceci résulte une sorte de deuil de leur vie d'avant, de l'autonomie, de certains projets, etc. (France AVC, 2013 ; Hadidi et al., 2009).

La littérature scientifique anglophone dénombre plusieurs études sur la Post-Stroke Depression (PSD), c'est à dire la dépression post-AVC (DPAVC).

Dans les années 1980, l'hypothèse avait été faite qu'un lien entre la zone cérébro-lésée et l'apparition d'une dépression post-AVC puisse exister. L'étude de Robinson et ses collaborateurs en 1984 détermine que la sévérité de la dépression est corrélée à la distance entre la lésion et le lobe frontal. L'implication la plus évidente de cette étude est que l'étiologie des troubles de l'humeur diagnostiqués auprès de ses patients post-AVC est reliée d'une certaine façon à la localisation de leur accident cérébral, avec un accident antérieur gauche particulièrement associé à la dépression, et un accident antérieur droit associé à une gaieté inappropriée.

Une autre étude de Starkstein et Robinson parue en 1988, montre que les troubles de l'humeur sont directement reliés à la nature, la sévérité et la localisation de la lésion cérébrale, en ce qu'elle affecte les réseaux neuronaux ainsi que les circuits neurobiochimiques qui sous-tendent la gestion des émotions en temps normal.

Mais en plus de la localisation anatomique de l'AVC, c'est aussi la sévérité de l'altération des fonctions cognitives du patient qui joue un rôle dans l'apparition d'une dépression post-AVC, à mettre en lien avec la dégradation du fonctionnement social (Robinson, 2003) et les processus psychologiques en jeu (Whyte & Mulsant, 2002)

Les lésions cérébrales des zones dites "langagières" sont facteurs de mauvais pronostic pour le patient puisqu'elles amoindrissent sa communication et sa relation à son entourage. Ce sont donc les patients aphasiques qui sont le plus à risque de développer une dépression (Tanner, 1980, 1988).

En 2010, Robinson et Spalletta établissent une revue de littérature sur la dépression post-AVC, et rappellent que les symptômes dépressifs développés par les patients entravent leur rééducation. Ils notent aussi que la présence d'un état dépressif chez un patient post-AVC est associée à un fort risque qu'un AVC ischémique se reproduise.

D'autres études font l'hypothèse de distinguer les formes de dépression précoces, plutôt expliquées par le choc provoqué par l'AVC et l'ajustement psychologique nécessaire pour intégrer cet AVC, des dépressions plus tardives dans lesquelles la prise de conscience de l'impact de l'AVC sur la qualité de vie ainsi que la plasticité neuroanatomique peuvent expliquer. Dans ce dernier cas, les effets de la dépression apparaîtraient plus tardivement, mais seraient plus ancrés (Townend, 2007).

En 2000, Kauhanen et son équipe démontrent plus particulièrement dans une étude que les patients aphasiques post-AVC sont hautement susceptibles de développer une dépression, près de deux tiers d'entre eux remplissant les critères diagnostiques du DSM-III. Par ailleurs, on

note que plus on s'éloigne de la date de l'AVC, plus le pourcentage de patients dépressifs augmente (plus de patients dépressifs 1 an après l'Accident, que 3 mois après).
Au Royaume-Uni, les recommandations cliniques pour la prise en charge des AVC préconisent un dépistage systématique de la baisse d'humeur des patients pris en charge (Royal College of Physicians, 2008). De plus, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande le passage régulier de tests standardisés après un AVC, à renouveler tout au long de la prise en charge. En effet, la dépression peut venir compromettre le fonctionnement des soins à n'importe quel stade. La HAS rappelle d'ailleurs dans sa note sur la pertinence des soins de mai 2019, que la rééducation est efficace « chez des patients souhaitant s'impliquer et ayant la capacité de suivre le programme prescrit ».
En outre, une étude d'Ashaie et ses collaborateurs de 2019 sur la dépression chez 144 patients aphasiques post-AVC établit que 19% des patients étaient dépressifs et 22% étaient en dépression sous-seuil, et par ailleurs suggère que les personnes avec aphasie et symptômes dépressifs, ont des résultats moins bons aux bilans d'aphasie que ceux sans dépression. Ils recommandent donc de dépister en routine les symptômes dépressifs des patients AVC. D'autres études montrent d'ailleurs que le traitement de la DPAVC était efficace pour l'évolution de la santé des patients, et rappelle aussi l'importance d'un diagnostic précoce (Brigadeiro et al. 2017)
Mais alors, quel outil psychométrique utiliser pour dépister la dépression chez le patient aphasique ?

D. Des outils classiques de mesure de la dépression inadaptés aux sujets aphasiques

Si le matériel classique d'évaluation de la dépression peut convenir aux patients post-AVC (Turner et al., 2012), il est inadapté pour évaluer la dépression de la population aphasique (van Dijk et al., 2016).
Les outils d'évaluation classiques se présentent souvent sous forme de questionnaires directs (c'est à dire que le patient remplit lui-même l'outil par écrit ou à l'oral) ou d'entretien oral. Les capacités des patients aphasiques sur le plan verbal étant déficitaires, les outils classiques d'évaluation ne sont pas utilisables auprès de cette population (Cobley & Lincoln, 2011).
Le Patient Health Questionnaire (PHQ) est un outil facile à utiliser et rapide pour dépister la dépression. Il montre de bonnes valeurs statistiques (fidélité, validité) et son utilité clinique est aussi correcte auprès des patients post-AVC, mais uniquement ceux capables de communiquer correctement (de Man-van Ginkel, 2012).

Par ailleurs, même dans des tests cognitifs ne dépistant pas la dépression, on relève des limitations : le Mini-Mental State Examination (MMSE) est inexploitable auprès des patients aphasiques du fait de sa dépendance aux compétences verbales, et il devient alors compliqué d'établir un lien de causalité entre les déficits cognitifs et la présence d'une dépression (Kauhanen, 2000).

Les options les plus souvent choisies pour pouvoir évaluer la dépression ou l'humeur en général auprès de cette population ont souvent été, dans la littérature anglophone, d'une part la création de tests indirects, c'est à dire remplis par une tierce personne comme l'entourage ou le soignant habituel (grâce à des outils comme le SADQ, le Signs of Depressions Scales -SODS- ou l'ADRS), et d'autre part le passage par d'autres modalités que la verbalisation, comme la modalité visuelle (échelle d'humeur à l'aide d'un smiley, par Lee et al. en 2008, ou encore la Visual Analog Mood Scales - VAMS - créée par Nyenhuis et al. en 1997) pour recueillir les réponses des patients ; mais le format de ces tests visuels n'est pas optimal (Haley et al., 2015)

Par ailleurs, dans le cadre d'une étude comparative entre deux outils d'évaluation de la dépression et du stress chez la population aphasique, Laures-Gore et son équipe concluent en 2017 qu'après avoir utilisé de multiples questionnaires et échelles sur la dépression ou l'humeur négative auprès de la population aphasique, seule une infime partie d'entre eux ont été développés en ciblant spécifiquement les adultes aphasiques. En effet, seuls le SADQ (et ses déclinaisons SADQ-10 et SADQ H-10) et l'ADRS représentent les outils disponibles. Elle rappelle aussi qu'actuellement, il n'y a pas de gold standard pour dépister la dépression post-AVC chez les personnes aphasiques.

Afin de trouver le meilleur contre-test de dépistage de la dépression pour valider notre traduction française du SADQ, nous avons constitué une liste non exhaustive des différents dépistages existants (Annexe 6).

IV. Le Stroke Aphasia Depression Questionnaire, un outil de dépistage de la dépression post-AVC spécifique aux sujets aphasiques

La création du SADQ se base sur une nécessité à la fin des années 90 d'évaluer la dépression chez des patients aphasiques dans l'incapacité d'exprimer leurs sentiments et ressentis en complétant des questionnaires standardisés, du fait de leur communication altérée (Sutcliffe & Lincoln, 1998).

A l'époque, ces patients aphasiques sont exclus des études car ces dernières exigent des compétences communicationnelles intactes comme critères d'inclusion (Colbey et al. 1998).

La situation est telle que même au sein d'études sur les troubles de l'humeur des aphasiques, les patients aphasiques post-AVC sont exclus des études (van Dijk, 2016).

Le SADQ se décline en plusieurs versions (Tableau 1) :

- le SADQ original (Lincoln & Sutcliffe, 1998), qui comporte 21 questions auxquelles l'observateur répond selon la fréquence d'apparition des symptômes décrits dans le questionnaire : "Often", "Sometimes", "Rarely", "Never".
- le SADQ-H, l'équivalent hospitalier paru en 2000 qui comporte aussi 21 questions mais adaptées à la situation hospitalière. Ici, les réponses sont à l'échelle d'une semaine "Every day this week", "On 4-6 days this week", "On 1-4 days this week" , "Not at all this week"
- le SADQ-10, une version courte du SADQ original (Lincoln & Sutcliffe, 1998)
- le SADQ H-10, une version courte du SADQ-H hospitalier parue en 2000 (Lincoln & Sutcliffe, 2000 ; Hacker et al., 2010).

Chaque item est noté de 0 à 3, et plus le score est élevé, plus l'humeur du patient est susceptible d'être négative.

Tableau 1. Différentes versions du SADQ et leurs caractéristiques

Nom de l'outil	**Nb de questions**	**Score total max.**	**Cut-off score**	**Utilisation**	**Contre-test choisi pour la validation**	**Etudes de validité**	**Population de validation**
SADQ	21	63	14/63	Domicile, cabinet de ville, version communautaire	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) et Wakefield Depression Inventory (WDI)	Lincoln & Sutcliffe, 1998	70 patients post-AVC non-aphasiques 17 patients aphasiques pour valider la fidélité test-retest
SADQ-H	21	63	>=18	Milieu hospitalier	GDS (2000) HADS (2006)	Lincoln, Sutcliffe & Unsworth, 2000 ; Bennett et al., 2006	30 patients
SADQ-10	10	30	>=15/30	"Communautaire" Cabinet de ville, rapide	HADS, GDS	Leeds, Meera et Hobson, 2004	70 Patients post-AVC non-aphasiques
SADQ H-10	10	30	>=6/30	Dépistage rapide hospitalier	HADS	Bennett et al., 2006; Cobley et Lincoln, 2011	165 patients aphasiques

Sutcliffe et Lincoln (1998), ayant précisé que les items du questionnaire sont repris d'autres questionnaires de dépistage de la dépression déjà existants, mettent au point le protocole de validation du questionnaire suivant :

- Dans une première étude, il s'agit de comparer les résultats obtenus au SADQ à ceux obtenus à la HADS et au WDI

  Le groupe d'étude inclut les patients ayant subi un AVC mais exclut les aphasiques, car il faut un échantillon de réponses comparables à des réponses aux tests non spécifiques aux aphasiques (la HAD et lùe WDI), et les critères d'inclusion de ces tests sont l'absence de troubles de la communication, d'où l'exclusion des patients aphasiques.

  L'équipe de Nottingham fait l'hypothèse que si les résultats des différents tests sont corrélés chez les patients sans aphasie, il en sera de même pour les patients aphasiques,

puisqu'il n'existe pas de moyen direct d'évaluer la dépression chez ces patients sans passer par des outils de mesure qui excluent de leur champ d'application, par définition, les patients ayant des troubles de la communication.

- Dans une seconde étude, le SADQ est administré à 17 patients aphasiques post-AVC, deux fois à 4 semaines d'intervalle, pour mesurer la fiabilité du test à travers le temps. (rs= 0.72)

Les auteurs précisent cependant qu'une validation du SADQ contre entretien psychiatrique serait préférable, à savoir comparer les résultats obtenus au SADQ au diagnostic d'un psychiatre concernant le patient dépisté.

On dénombre 70 résultats exploitables. La corrélation entre le SADQ et le HAD Anxiety est *r*s =0.42 ($p<0.001$). Pour le Wakefield Depression Inventory, la corrélation avec le SADQ est rs =0.52 ($p<0.001$). Pour le HAD Dépression, la corrélation entre les résultats n'est pas évidente *r*s =0.22 ($p=0.04$)

La discussion indique une limite de l'étude, liée aux items des tests non-spécifiques aux aphasiques: la définition de la dépression étant un changement brutal et une perte d'intérêt pour des choses qui plaisaient auparavant au patient, son évaluation est biaisée dans le cadre de l'aphasie et de l'AVC, puisque les patients sont physiquement contraints par leur hémiplégie, leur aphasie ou tout autre trouble secondaire à l'accident, de perdre de l'intérêt pour ce qu'ils faisaient avant (Tanner, 1980). De même, une lenteur d'exécution peut être un indicateur de dépression chez une personne lambda, mais sans lien avec la dépression chez un patient post-AVC simplement ralenti par sa lésion. Ne plus prendre soin de son apparence peut aussi être perçu comme une perte d'intérêt chez un patient lambda mais cela est dû à une contrainte physique chez un patient AVC. Il faut donc garder en mémoire que les tests utilisés pour valider le SADQ ne diagnostiquent à l'origine pas ce type de dépression (post-AVC).

C'est pour cela qu'outre les chiffres obtenus à la corrélation entre le SADQ et les autres tests psychiatriques, c'est la définition même de la dépression et de la Post-Stroke Depression qui doivent être bien cernées afin de correspondre à ce qu'éprouvent réellement les patients post-AVC au quotidien, et d'autant plus chez la population aphasique, d'après nous.

Dans la revue de littérature des outils de dépistage des troubles de l'humeur de Burton et Tyson parue en 2015, le SADQ version Hôpital (SADQ-H) ainsi que le SADQ version courte hospitalière (SADQ H-10) sont évalués à 6/6 pour l'utilité clinique.

En 2016, Mariska van Dijk et ses collaborateurs ont, dans un article ayant pour objectif d'évaluer la fiabilité, la validité et la faisabilité des différents outils disponibles pour dépister

la dépression chez les patients aphasiques post-AVC, établi que malgré des biais méthodologiques dans la plupart des outils et des études, le SADQ (sa version courte de 10 questions ainsi que sa version hospitalière de 10 questions) faisait partie des outils les plus acceptables actuellement.

En 2016, Laures-Gore et ses collaborateurs mesurent la relation entre certains outils de dépistage de la dépression post-AVC : l'Aphasia Depression Rating Scale (ADRS) publiée par Benaïm et son équipe en 2004 ; le SADQ-10, et l'échelle de stress perçu (Perceived Stress Scale). Leurs conclusions montrent que le SADQ-10 et l'ADRS sont fortement corrélés, et que ces deux tests apparaissent comme les plus acceptables pour mesurer les symptômes dépressifs chez des patients aphasiques post-AVC.

C'est cette publication qui, parmi d'autres, nous amènent à penser que le SADQ doit être adapté en français, et que le contre-test pour le valider doit être l'ADRS, dont la version française existe déjà.

Problématique et hypothèses

A la lumière des assises théoriques, sur les différents outils anglophones disponibles pour dépister la dépression chez les patients aphasiques post-AVC, et après avoir porté notre choix sur le SADQ, nous nous sommes demandés :

La passation du SADQ traduit en français permettrait-elle de discriminer les sujets aphasiques post-AVC dépressifs aussi efficacement qu'avec l'ADRS, seule échelle disponible en français actuellement ?

Pour ce faire, notre étude s'est attachée à établir en premier lieu **un protocole de traduction** respectant les recommandations en matière d'adaptation de tests psychométriques, et en second lieu à rédiger **un protocole de validation** de l'outil traduit, à mettre en œuvre à l'avenir pour explorer ses propriétés psychométriques et en le comparant à celles de l'ADRS.

Partie 2. Protocoles de traduction et de validation du SADQ

V. Méthodologie

A. Protocole de traduction

Le premier objectif de nos travaux était de proposer une traduction française d'un questionnaire de dépistage de la dépression à destination d'une population de patients aphasiques post-AVC. En effet, ce type d'outil de mesure manque en version francophone et hormis l'ADRS mise au point en 2004 par Benaim et al., il n'existe pas d'outil de dépistage de la dépression pour les patients aphasiques francophones.

Le protocole de traduction vise donc une adaptation française du SADQ. En premier lieu, nous avons sollicité les auteurs qui nous ont donné leur accord et nous ont encouragé à proposer une traduction en français de leur questionnaire.

Afin de traduire au plus proche le test original, et garantir sa validité, nous avons dû chercher quelle était la méthodologie en vigueur d'une part pour la traduction et d'autre part pour tester la validité de la traduction obtenue.

En 2009, Gudmundsson, publie des recommandations pour l'adaptation ou la traduction d'outils psychologiques. L'auteur rappelle que les institutions telles que l'American Psychological Association (APA), l'American Educational Research Association ou encore le National Council on Measurement in Education, qui à elles trois établissent les standards pour l'évaluation psychologique et éducative, ont explicité les inconvénients de l'usage d'un outil adapté d'une autre langue : on ne peut pas partir du postulat que les propriétés psychométriques de l'outil original seront les mêmes que celles de l'outil traduit. Seules des passations, des preuves empiriques peuvent valider un outil. C'est d'ailleurs l'objet de la partie suivante qui concerne le protocole de validation.

Un point essentiel du protocole de traduction est le **choix des traducteurs**. A ce propos, les recommandations sont les suivantes :

- les traducteurs sélectionnés devraient être bilingues et assez fluents dans les deux langues (source et cible), au courant des deux cultures ainsi que du contenu de l'outil traduit. Dans les

faits, un seul traducteur ne réunit qu'une ou deux conditions. Le point crucial est donc d'assurer que les trois critères soient pris en compte quand des traducteurs sont choisis.

- il est important d'évaluer les compétences du traducteur dans un domaine particulier, afin d'en savoir plus sur leurs qualifications et de documenter le protocole de traduction en conséquence. Tout ce qui suit est utile pour évaluer les qualifications des traducteurs :

- diplômes dans la langue native,
- expérience de traduction,
- œuvres de traduction publiées,
- durée de séjour dans un pays où la langue source de l'outil traduit est parlée.

Un autre point nécessaire au bon déroulement de la traduction est le **choix d'experts qualifiés**. En effet, une expertise dans le contenu et le domaine d'un outil est essentielle pour sa traduction et son adaptation. Gudmundsson rappelle aussi que dans la plupart des projets de traduction, il est nécessaire d'adapter des items, d'en exclure certains et d'en créer de nouveaux à la place. De ce fait, une expertise dans la création de nouveaux items a un effet décisif dans le résultat final de l'adaptation.

Par ailleurs, **un expert en statistiques** et en gestion de données est nécessaire pour assurer la validité de l'outil une fois traduit (récolte des données, traitement des résultats, applications des fonctions statistiques utiles…), mais cela sera détaillé dans le chapitre "Protocole de validation" qui suit.

Afin de faciliter les adaptations internationales des bilans psychométriques, une commission d'experts du domaine psychiatrique et psychologique, l'International Test Commission (ITC) s'est formée dans les années 80 et a établi des lignes directrices pour la traduction et l'adaptation de tests psychométriques, afin de veiller à ce que les traductions soient le moins biaisées possible et que les items des différents tests soient les plus proches possible de la réalité du patient.

D'après les lignes directrices de l'ITC (The International Test Commission, 2017), qui reprend des travaux de différents chercheurs comme Hambleton, la phase de traduction d'un outil psychométrique une fois les traducteurs sélectionnés, se décompose en deux phases :

- une première étape que l'on pourrait qualifier de **traduction parallèle** : il s'agit ici de proposer plusieurs traductions françaises à partir de l'original anglais, émises par différents traducteurs français anglophones, ayant une certaine connaissance du domaine investigué (ici, la psychologie et la psychiatrie), de la culture anglo-saxonne, et de la culture française. Après discussion entre les traducteurs et l'équipe de l'étude sur les possibles hésitations, l'équipe arrive à une traduction française unique.

- une seconde étape appelée **traduction inverse** (back-translation) : à partir de la traduction française obtenue en première étape, un traducteur natif anglais et francophone avec encore une connaissance des deux cultures, émet une traduction du français vers l'anglais; après discussion sur les items qui pourraient poser problème et comparaison entre version anglaise obtenue et version anglaise originale (calcul du pourcentage de mots identiques), le processus de traduction aboutit à une version finale française prête à être validée par des passations et une étude statistique. Un organigramme est disponible en annexe afin d'expliciter simplement le protocole de traduction (Annexe 4).

B. Protocole de validation

La validation d'un outil psychométrique tel qu'un test, un bilan ou encore un questionnaire peut se décliner en trois versants (Amarenco et al., 2000) :

- validité de contenu,
- validité théorique
- validité empirique.

La validation de contenu correspond à la possibilité de décrire le test et ce qu'il mesure. Elle repose sur l'assise théorique du test. Ici, à travers le respect du protocole codifié de traduction, nous nous assurons de la validité de contenu du SADQ français car il repose sur les mêmes bases théoriques que sa version originale.

La validation théorique du test consiste à déterminer si le test correspond à la théorie médicale actuelle concernant la dépression. Le DSM-V décrit la dépression selon plusieurs critères explicités plus haut.

Etablir le lien entre la définition de la dépression et les questions du test de dépistage permet d'asseoir sa validité théorique : la rédaction des différents items en version originale par Lincoln et Sutcliffe prend effectivement en compte la définition même de la dépression. En effet, chaque item du questionnaire ne correspond pas à un critère diagnostique de la dépression, mais ces derniers sont bien tous investigués à travers les différentes questions.

Par ailleurs, on admet que la traduction du questionnaire de l'anglais vers le français n'altère pas la validité théorique du test.

Quant à la validation empirique, elle nécessite une comparaison avec un autre test, considéré comme le gold standard en la matière. Ici, le test choisi pour effectuer cette comparaison est l'ADRS, mise au point par Benaïm et ses collaborateurs en 2004. Le protocole de validation

consiste à administrer le SADQ à plusieurs patients entrant dans le champ d'inclusion du questionnaire anglais original, puis administrer l'ADRS aux mêmes patients, et à comparer les résultats aux deux questionnaires pour mesurer leur corrélation à l'aide de formules statistiques. Les passations devraient être proposées au plus grand nombre de patients victimes d'un AVC. L'échantillon final devra ensuite respecter les critères d'exclusions et d'inclusions proposés ci-dessous.

Pour les passations, le protocole fait appel à des orthophonistes, thérapeutes privilégiés des patients aphasiques post-AVC, pour qui les recommandations actuelles des instances sanitaires françaises (HAS, mai 2019) soulignent l'importance d'une prise en charge intensive en orthophonie "de ville" (c'est à dire après le parcours hospitalier). Les orthophonistes sont donc, selon nous, les plus à même de connaître les habitudes et l'état cognitif du patient et ainsi de recueillir les informations utiles auprès des aidants.

L'article sur la validation de l'ADRS, publié par Benaïm et ses collaborateurs en 2004 nous propose un protocole expérimental pour tester la fiabilité test-retest. En premier lieu, 15 patients aphasiques ont été testés par 2 équipes différentes en 24 heures afin de voir les différences liées aux expérimentateurs. Ensuite, 15 autres patients ont subi 2 tests, à 2 semaines d'intervalle afin d'évaluer la consistance du test au fil du temps. Les auteurs évaluent la fiabilité de l'ADRS via le coefficient k (kappa).

Ils utilisent aussi la corrélation de Spearman à cause du faible nombre d'observations.

Lors des tests sur la validation de construit, l'équipe de Benaïm analyse les résultats de 50 patients. La donnée statistique que les auteurs prennent en compte est le lambda de Wilks.

C. Passations

La partie "Testing", essentielle à la validation empirique d'un outil créé ou adapté d'une autre langue, consiste ici à administrer l'outil à un certain nombre de patients, choisis selon plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion, et de comparer les résultats d'un même patient à deux outils mesurant l'humeur dépressive.

Dans ce cadre, le but est ici de récolter les scores au SADQ et à l'ADRS, et de mesurer leur degré de **corrélation convergente**.

En revanche, afin de s'assurer de l'absence de biais et de permettre plusieurs lectures des données, nous ferons remplir par les observateurs un formulaire d'informations patient créé pour l'expérimentation (Annexe 5). Contrôler les variables nous apportera aussi plus de souplesse dans l'analyse de données. En effet, puisque les résultats seront recueillis et

interprétés par d'autres, il est nécessaire de leur fournir un maximum de données. Ce sont eux qui choisiront d'exclure certains patients si besoin.

A titre informatif, le protocole de validation du SADQ original avait exclu :

- les patients sourds ou aveugles
- ceux ayant une démence précédemment diagnostiquée,
- ceux qui n'avaient pas de soignant avec qui ils étaient en contact régulier
- ceux qui vivaient en dehors de l'Autorité de Santé de Nottingham
- ceux qui vivaient en maison de retraite.

Pour l'ADRS, chaque patient admis en Unité Neuro-Vasculaire pour un temps donné a été évalué par un psychiatre qui gradait la sévérité des symptômes dépressifs de 0 (aucun symptôme) à 100 (dépression extrêmement sévère).

Afin de rassembler le plus de données possible, nous proposons de communiquer les deux outils (le SADQ et l'ADRS) à des orthophonistes libéraux afin qu'ils les administrent, en présence ou non du patient.

Afin d'encourager les orthophonistes à remplir le plus de questionnaires possible, et pour pouvoir collecter des données sur tout le territoire français, nous avons décidé de proposer une version en ligne des deux questionnaires dont un prototype est disponible sur le site http://sadq.mcast.fr, protégée par mot de passe. Dès que le questionnaire sélectionné est terminé, le programme affiche le score général afin d'offrir, à titre purement informatif, un résultat à l'orthophoniste participant (cela encourage les praticiens à effectuer plusieurs passations). L'outil étant numérique, les résultats peuvent nous parvenir directement et la corrélation entre ADRS et SADQ peut être établie ou non, à la lumière des données reçues.

Un travail statistique sera nécessaire pour établir une corrélation entre les résultats au Stroke Aphasia Depression Questionnaire et ceux de l'ADRS, qui est une échelle validée en français (Benaim et al, 2004).

VI. Résultats

A. Résultats du protocole de traduction

Comme vu précédemment dans la partie "Protocole de traduction", notre travail a commencé par la sélection de traducteurs et d'experts qualifiés.

Notre équipe de travail pour les traductions parallèles est donc composée de :

- deux psychiatres français bilingues dont l'un a déjà participé à des publications de traduction d'articles scientifiques,
- d'une psychologue française bilingue,
- d'un traducteur/interprète français bilingue
- de trois orthophonistes français bilingues.

Pour la traduction inverse du français vers l'anglais, l'équipe de travail est composée :

- d'un orthophoniste anglais bilingue.
- d'un journaliste anglais bilingue.
- d'un comité de trois orthophonistes français bilingues.

Pour rappel, la traduction commence par une étape de traduction parallèle, suivie d'une discussion en comité pour obtenir une version française intermédiaire que l'on soumet à la traduction inverse par des traducteurs anglais bilingues, étape qui est également suivie d'une réunion de comité où la discussion corrige les incohérences et les divergences obtenues à l'étape de traduction, pour enfin comparer la version originale anglais à la version anglaise obtenue par aller-retour anglais>français>anglais. Ce protocole est schématisé dans la figure 1.

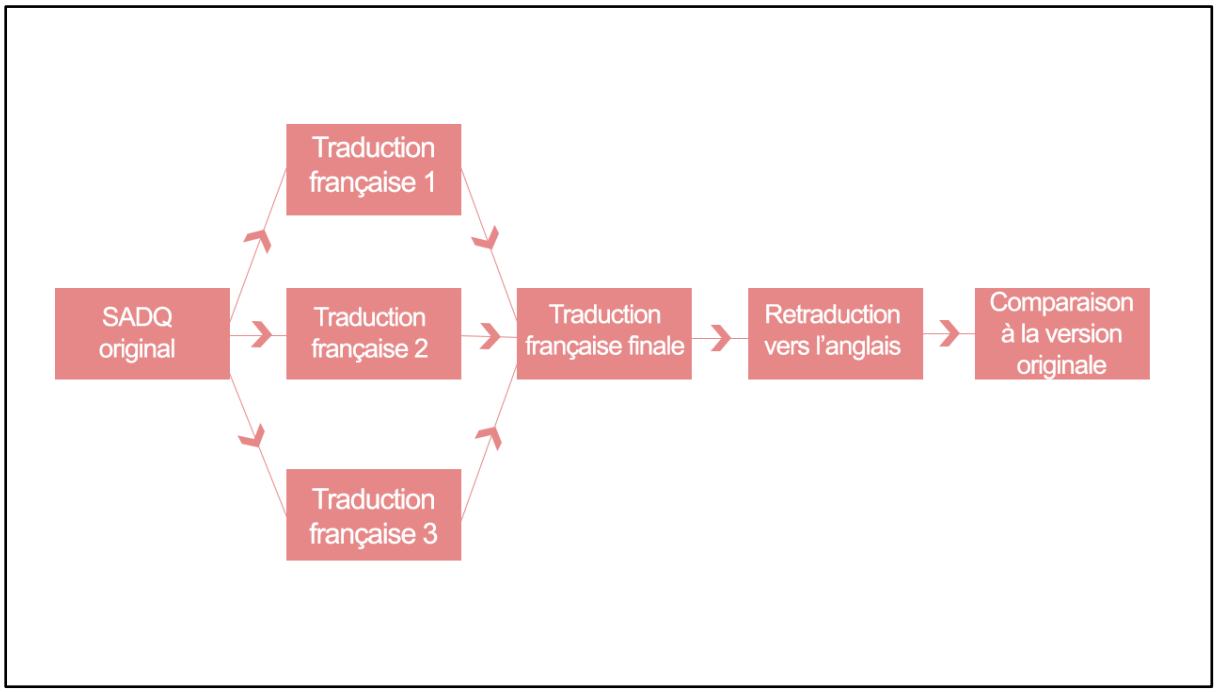


Figure 1. Schéma du protocole de traduction du SADQ

Le tableau 2 synthétise les traductions proposées par les premiers traducteurs français bilingues de la version anglaise vers la version française, ainsi que le choix final trouvé lors du consensus.

Tableau 2. Résultats des traductions parallèles et du consensus

	Énoncé anglais	Traducteur 1 (Psychiatre A)	Traducteur 2 (Psychiatre B)	Traducteur 3 (Psychologue)	Traducteur 4 (Traductrice-Interprète)	**Choix final après discussion**
1	**Does he/she wake early in the morning?**	A-t-elle des réveils précoces ?	Se réveille-t-elle tôt le matin ?	Est-ce qu'elle se lève tôt le matin ?	Se réveille-t-il/elle tôt le matin ?	**Se réveille-t-elle tôt le matin ?**
2	**Does he/she have weeping spells?**	Pleure-t-elle à chaudes larmes ?	Pleure-t-elle ?	Est-ce qu'elle se réveille en pleurs ?	A-t-il/elle des crises de larmes ?	**Pleure-t-elle ?**
3	**Does he/she have restless disturbed nights?**	A-t-elle des nuits agitées et non reposantes ?	A-t-elle des nuits agitées ou perturbées ?	A-t-elle des nuits agitées ?	A-t-il/elle des nuits agitées et perturbées ?	**A-t-elle des nuits agitées et non reposantes ?**
4	**Does he/she initiate activities?**	Initie-t-elle des activités ?	Entreprend-elle des activités ?	Prend-elle des initiatives ?	Entreprend-il/elle des activités ?	**Entreprend-elle des activités ?**
5	**Does he/she avoid eye contact when you talk to him/her?**	Évite-elle le contact visuel quand on lui parle ?	Évite-t-elle le contact visuel quand vous lui parlez ?	A-t-elle un regard fuyant lors de conversations ?	Évite-t-il/elle le contact visuel quand vous lui parlez ?	**Évite-t-elle le contact visuel quand vous lui parlez ?**
6	**Does he/she burst into tears?**	A-t-elle des accès de tristesse où elle éclate en larmes ?	Éclate-t-elle en sanglots ?	Fond-t-elle souvent en larmes ?	Fond-t-il/elle en sanglot ?	**Éclate-t-elle en sanglots ?**

7	**Does he/she smile when you talk to him/her?**	Sourit-elle quand on lui parle ?	Sourit-elle quand vous lui parlez ?	Sourit-elle lorsque vous lui parlez ?	Sourit-il/elle quand vous lui parlez ?	**Sourit-elle lorsque vous lui parlez ?**
8	**Does he/she complain of aches and pains?**	Se plaint-elle de maux ou de douleur physique ?	Se plaint-elle de douleurs ?	Se plaint-elle de maux ou de douleurs ?	Se plaint il/elle de douleurs ?	**Se plaint-elle de maux ou de douleurs ?**
9	**Does he/she refuse to eat meals?**	Refuse-t-elle de manger ?	Refuse-t-elle de manger ?	Refuse-t-elle de manger ?	Refuse-t-il/elle de manger ?	**Refuse-t-elle de manger ?**
10	**Does he/she get angry?**	A-t-elle des accès de colère ou est-t-elle irritable ?	A-t-elle des colères ?	Est-elle souvent en colère ?	Se met-il/elle en colère ?	**A-t-elle des colères ?**
11	**Does he/she refuse to participate in social activities?**	Refuse-t-elle de participer à des activités en groupe ?	Refuse-t-elle de participer aux activités sociales ?	Refuse-t-elle d'être en société ?	Refuse-t-il/elle de participer à des activités de groupe	**Refuse-t-elle de participer à des activités en groupe ?**
12	**Does he/she laugh at a joke?**	Est-elle accessible à l'humour ?	Rit-elle à une plaisanterie ?	Rit-elle lors d'une blague ?	Rit-il/elle aux blagues ?	**Rit-elle à une plaisanterie ?**
13	**Is he/she restless and fidgety?**	Est-elle agitée sur le plan moteur ?	Est-elle agitée, remuante ?	Reste-t-elle en retrait ou figée ?	Est-il/elle agité(e) et nerveux(se) ?	**Est-elle agitée et nerveuse ?**

14	**Does he/she sit without doing anything?**	Est-elle prostrée ?	Reste-t-elle assise sans rien faire ?	Reste-t-elle prostrée ?	Reste-t-il/elle assis sans rien faire ?	**Reste-t-elle assise sans rien faire ?**
15	**Does he/she concentrate on activities?**	Maintient-elle son attention durant les activités ?	Se concentre-t-elle sur ses activités ?	Arrive-t-elle à se concentrer sur une activité ?	Se concentre-t-il/elle sur les activités ?	**Se concentre-t-elle sur ses activités ?**
16	**Does he/she take care of his/her appearance?**	Prend-t-elle soin de son apparence physique ?	Prend-elle soin de son apparence ?	Est-elle attentive à son apparence physique et son hygiène ?	Prend-il/elle soin de son apparence ?	**Prend-elle soin de son apparence ?**
17	**Does he/she seem to enjoy social activities or outings?**	A-t-elle l'air d'apprécier les activités sociales ou les sorties ?	Semble-t-elle se réjouir des activités sociales et des sorties ?	Semble-t-elle apprécier les activités en société ou à l'extérieur ?	Semble-t-il/elle apprécier les activités de groupe ou les sorties ?	**Semble-t-elle apprécier les activités de groupe ou les sorties ?**
18	**Does he/she keep him/herself occupied during the day?**	A-t-elle des activités dans la journée ? (Participe-t-elle à des activités dans la journée ?)	Garde-t-elle une activité au long de la journée ?	A-t-elle des activités durant la journée ?	S'occupe-t-il/elle pendant la journée ?	**Garde-t-elle une occupation au long de la journée ?**
19	**Does he/she take sleeping tablets?**	Prend-t-elle des hypnotiques pour dormir ?	Prend-elle des somnifères ?	Est-ce qu'elle prend des somnifères ?	Prend-il/elle des somnifères ?	**Prend-elle des somnifères ?**

20	**Does he/she take an interest in events round him/her?**	Montre-t-elle de l'intérêt pour ce qui se passe autour d'elle (pour les autres) ?	Accorde-t-elle un intérêt à ce qui se passe autour d'elle ?	S'intéresse -t-elle à ce qui se passe autour d'elle ?	S'intéresse-t-il/elle aux événements qui se déroulent autour de lui ?	**S'intéresse -t-elle à ce qui se passe autour d'elle ?**
21	**Does he/she look at you when you approach him/her?**	Est-ce qu'elle regarde les gens qui l'approchent ?	Vous regarde-t-elle lorsque vous vous approchez d'elle ?	Vous regarde-t-elle lorsque vous l'approchez ?	Vous regarde-t-il quand vous vous approchez ?	**Vous regarde-t-elle quand vous vous approchez ?**

Il n'a pas été aisé d'obtenir un consensus au sein de l'équipe qui choisit la traduction finale.

Le comité qui se réunit et échange par mail ou visio-conférence, à l'issue de la récolte des traductions parallèles est composé des traducteurs (psychiatres, psychologue et interprète) et de l'équipe de travail.

La première divergence repérée portait sur la question 2 "Does he/she have weeping spells?" qui a posé une interrogation du fait de l'utilisation de l'expression ("weeping spells") qui n'a pas d'équivalent direct en français. Les productions proposées par les traducteurs étaient :

- "Pleure-t-elle à chaudes larmes ?" ;
- "Pleure-t-elle ?"
- "A-t-il/elle des crises de larmes ?"

En se référant aux critères du DSM-V, c'est la notion de pleurs qui revient pour définir l'humeur dépressive (Annexe 3). Le choix a donc été de trouver un consensus sur la traduction "Pleure-t-elle ?".

Par ailleurs, il fallait réussir à traduire la nuance entre cette question 2 et la question 6 "Does he/she burst into tears ?" pour laquelle les traductions récoltées étaient :

- "Éclate-t-elle en sanglots ?"
- "A-t-elle des accès de tristesse où elle éclate en larmes ?"
- "Fond-t-il/elle en sanglots ?".

Après discussion et en se référant aux critères de diagnostic de la dépression du DSM-V ainsi qu'aux facteurs mis en évidence dans le SADQ, le choix s'est porté sur "Pleure-t-elle ?" pour la question 2 et "Éclate-t-elle en sanglots ?" pour la question 6, puisque ces deux items se réfèrent au facteur "humeur dépressive" du DSM-V.

Certaines autres interrogations portaient sur l'idée de traduire "littéralement" les expressions anglaises employées, car certaines traductions auraient paru assez peu naturelles.

C'est notamment le cas de la question "Is he/she restless and fidgety ?" : ici, les deux adjectifs sont traduits par "agité" dans la langue française. Le choix du comité s'est porté sur "Est-elle agitée et nerveuse ?", car l'adjectif "nerveux" possède "fidgety" comme équivalent anglais, et traduit un comportement agité que l'on retrouve dans les critères diagnostiques de la dépression du DSM-V (Annexe 3).

Enfin, pour des raisons de simplification et d'adaptation culturelle, le comité a décidé d'utiliser le pronom « elle » représentant la personne aphasique pour traduire « he/she ».

La seconde phase, de traduction inverse, permettait de mettre en évidence d'éventuelles incohérences de traduction et de vérifier que l'outil traduit n'a pas été déformé par la traduction. Nous avons comparé le nombre de mots identiques entre l'item original et l'item traduit en anglais depuis la version française obtenue précédemment (tableau 3).

Tableau 3. Résultats de la traduction inverse et concordance des items

N°	**Item français**	Traducteur 1	Traducteur 2	**Item anglais original**	**Mots concordants**
1	**Se réveille-t-elle tôt le matin ?**	Does he/she wake up early?	Does he/she wake up early in the morning?	**Does he/she wake up early in the morning?**	**9/9**
2	**Pleure-t-elle ?**	Does he/she cry?	Does he/she cry?	**Does he/she have weeping spells?**	**3/6**
3	**A-t-elle des nuits agitées et non reposantes ?**	Is he/she agitated at night without restful sleep?	Does he/she have disturbed restless nights?	**Does he/she have restless disturbed nights?**	**Tr1 : 0/9 Tr2 : 7/7**
4	**Entreprend-elle des activités ?**	Is he/she active, does he/she have interests/pastimes/hobbies?	Does he/she engage in activities?	**Does he/she initiate activities?**	**5/5**
5	**Évite-t-elle le contact visuel quand vous lui parlez ?**	Does he/she avoid eye contact when spoken to?	Does he/she avoid eye contact when you are speaking to him/her?	**Does he/she avoid eye contact when you talk to him/her?**	**12/12**
6	**Éclate-t-elle en sanglots ?**	Does he/she burst into tears?	Does he/she burst into tears?	**Does he/she burst into tears?**	**6/6**
7	**Sourit-elle lorsque vous lui parlez ?**	Does he/she smile when spoken to?	Does he/she smile when you are talking to him/her?	**Does he/she smile when you talk to him/her?**	**10/10**
8	**Se plaint-elle de maux ou de douleurs ?**	Does he/she complain of aches and pains?	Does he/she complain of aches and pains?	**Does he/she complain of aches and pains?**	**8/8**
9	**Refuse-t-elle de manger ?**	Does he/she refuse to eat?	Does he/she refuse to eat?	**Does he/she refuse to eat meals?**	**6/7**

10	**A-t-elle des colères ?**	Is he/she inclined to fits of temper?	Does he/she get angry?	**Does he/she get angry?**	**5/5**
11	**Refuse-t-elle de participer à des activités en groupe ?**	Does he/she refuse to participate in group activities?	Does he/she refuse to take part in group activities?	**Does he/she refuse to participate in social activities?**	**8/9**
12	**Rit-elle à une plaisanterie ?**	Doe he/she laugh at jokes?	Does he/she laugh at jokes?	**Does he/she laugh at a joke?**	**6/7**
13	**Est-elle agitée et nerveuse ?**	Is he/she agitated and tense?	Does he/she become agitated or restless?	**Is he/she restless and fidgety?**	**5/6**
14	**Reste-t-elle assise sans rien faire ?**	Can he/she remain seated without moving?	Does he/she spend time sitting down not doing anything?	**Does he/she sit without doing anything?**	**5/6**
15	**Se concentre-t-elle sur ses activités ?**	Does he/she concentrate on what he/she is doing?	Can he/she concentrate on their activities?	**Does he/she concentrate on activities?**	**5/6**
16	**Prend-elle soin de son apparence ?**	Does he/she take care of his/her appearance	Does he/she take care of their appearance?	**Does he/she take care of his/her appearance?**	**9/9**
17	**Semble-t-elle apprécier les activités de groupe ou les sorties ?**	Does he/she seem to like group activities or outings?	Does he/she appear to enjoy group activities and outings?	**Does he/she seem to enjoy social activities or outings?**	**9/10**
18	**Garde-t-elle une activité au long de la journée ?**	Does he/she maintain an activity throughout an entire day?	Can he/she keep going with an activity throughout the day?	**Does he/she keep him/herself occupied during the day?**	**6/10**
19	**Prend-elle des somnifères ?**	Does he/she take sleeping tablets?	Does he/she take medication to help them sleep?	**Does he/she take sleeping tablets?**	**6/6**

20	**S'intéresse -t-elle à ce qui se passe autour d'elle ?**	Is he/she interested in what is happening around him/her?	Is he/she interested in what is going on around them?	**Does he/she take an interest in events round him/her?**	**6/11**
21	**Vous regarde-t-elle quand vous vous approchez ?**	Does he/she look at someone when that person approaches?	Does he/she look at you when you approach them?	**Does he/she look at you when you approach him/her?**	**11/11**

Nos deux traducteurs anglais bilingues chargés de ce travail ont rendu des traductions équivalentes, et ne montrant pas d'incohérence ou de divergence majeure par rapport à la version originale, ni d'éléments qui s'éloigneraient de la théorie définissant la dépression (les critères diagnostiques du DSM-V). Les quelques approximations repérées étaient plutôt de l'ordre de la formulation, mais ne modifie pas le fond de la question qui compose l'item.

Afin de discuter des acceptions de chaque mot, de leur sens culturel et de la pertinence de la traduction, nous nous sommes à nouveau réunis au sein d'un comité décisionnaire. À l'aide des connaissances de chacun dans la langue anglaise et française, des commentaires et propositions des traducteurs (orthophoniste anglais et journaliste anglais), nous nous sommes mis d'accord sur les items de la version finale.

Le seul appauvrissement repéré était celui déjà discuté en traduction parallèle, qui portait sur la question 2 et l'expression "weeping spells", dont le choix a été fait de traduire en gardant la notion de pleurs, ce qui donne "Does he/she cry?" en version traduite à l'inverse. Hormis cette question, les comportements interrogés par la version traduite et la version originale sont sensiblement les mêmes.

En résumé, pour 11 questions, au moins une traduction était exactement similaire à l'originale.

Pour 4 questions, les deux traductions étaient exactement similaires à l'originale.

Pour la totalité des questions, à l'exception de la question 2 : **"Pleure-t-elle ?",** les traductions étaient très proches de la version originale.

La traduction inverse nous permet donc d'ajouter de la légitimité à la version française et de réduire les biais.

B. Résultats du protocole de validation

Cette partie propose le résultat de nos revues de littérature concernant la validation à mettre en œuvre. Pour des raisons indépendantes de notre volonté, et en lien avec la crise sanitaire exceptionnelle du COVID-19, cette étape de validation n'a pas pu être appliquée. En effet, il nous a paru complexe et biaisé d'organiser des passations durant une période de confinement. Ces évènements exceptionnels pourraient altérer le jugement des administrateurs du SADQ d'une part, et donc le score des patients testés. D'autre part, d'un point de vue plus pratique, la mise en place de passations alors que les cabinets libéraux d'orthophonie étaient fermés, était clairement un obstacle à notre volonté de validation. Cette partie est donc à prendre comme des recommandations pour le bon déroulement de la validation du SADQ en français, dont la traduction non validée est disponible en Annexe 7.

Le protocole de validation devrait commencer par la distribution aux patients volontaires d'un formulaire de consentement en adéquation avec les lois éthiques en vigueur en France.

Il nécessitera aussi le dépôt d'une demande de recherche auprès d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) qui statuera sur la possibilité de lancer ce protocole. Le site du ministère de la Santé français explique la démarche en détail :

https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/recherches-impliquant-la-personne-humaine/

Les deux questionnaires, SADQ et ADRS, devront être administrés aux patients par des orthophonistes dites "de ville", c'est à dire en dehors d'un milieu hospitalier. Il est à noter que l'ADRS nécessite un entraînement préalable.

Un document d'explication à destination des orthophonistes devra être transmis pour faciliter l'administration et l'utilisation des deux outils par les examinateurs.

Après réception des données relatives aux patients et des résultats des tests, il sera possible d'établir plusieurs caractéristiques psychométriques du SADQ et d'entreprendre sa validation. Notons pour commencer que le SADQ est une échelle de Likert, c'est-à-dire qu'elle consiste en une suite d'affirmations (items) pour lesquelles la personne interrogée propose un choix de réponses graduées allant, par exemple, d'une fréquence moindre à une fréquence élevée (0= jamais, 1= quelques fois, 2= souvent et 3= toujours).

a. La validité de contenu du SADQ

Comme vu dans la partie “Protocole de validation”, la validité de contenu du SADQ est assurée par le fait que cet outil reprend des items d’autres échelles de mesure de la dépression validées. Sa validité de contenu du SADQ peut malgré tout être investiguée afin de vérifier que la traduction française n’a pas modifié le contenu, et que les items correspondent toujours aux symptômes de la dépression.

b. La validité de construction du SADQ

Pour mesurer la validité théorique de notre outil traduit, il faudra mesurer le degré de corrélation convergente à un autre outil francophone dépistant la dépression. Cet outil est l’ADRS puisqu’il est le seul outil en langue française adapté aux aphasiques actuellement.
Si le SADQ et l’ADRS montre un degré de corrélation convergente suffisant, alors la validité de construction du SADQ sera affirmée.
En outre, une analyse factorielle permettant de rassembler les items selon plusieurs facteurs (comme cela a été fait en anglais) devra être entreprise. A titre informatif, les composantes principales du SADQ à l’origine étaient les suivantes (Lincoln et Sutcliffe, 1998) :

- humeur négative
- interaction sociale
- perte d’intérêt
- sommeil
- apathie

c. La validité de critère du SADQ

Ici encore, il s’agit de considérer l’ADRS comme un gold standard du dépistage de la dépression chez l’aphasique post-AVC puisque c’est le seul outil francophone existant. Il faudra donc procéder à une comparaison des scores obtenus au SADQ à ceux obtenus à l’ADRS et mesurer le degré de corrélation. Si la corrélation est supérieure à 0,7 on peut considérer qu’elle est forte.

d. La fiabilité du SADQ

La fiabilité du SADQ sera vérifiée en réadministrant le SADQ une seconde fois aux mêmes patients après 7 jours minimum. C’est le nombre de jours usuellement choisi, afin que l’effet de mémorisation soit minimal et que l’état de santé du patient n’ait pas été significativement modifié.

Ensuite, il s'agira d'appliquer les coefficients de Kappa et de corrélation intraclasse pour comparer les deux passations (J0 et J7) et leurs scores respectifs. Le degré d'accord entre le score à J0 et le score à J7 donnera une valeur qui, si elle est comprise entre 70 et 80, ira en faveur d'une validité de la fiabilité du SADQ.

Aussi, la mesure de la cohérence interne du SADQ à l'aide d'une analyse split-half, d'une analyse item-total et du calcul de l'alpha de Cronbach, validera la fiabilité de l'outil traduit :

- Le postulat de départ de la **fidélité split-half** est que les deux moitiés de l'outil doivent renvoyer les mêmes scores et variances. On sélectionnera donc de façon randomisée la moitié des questions du SADQ pour comparer leurs résultats à ceux du reste des questions. On vérifie ainsi que les deux moitiés, dépistent bien la même chose.
- La **corrélation item-total** est un procédé de calcul de la corrélation entre le résultat à une question et la somme des résultats restants. On évalue avec cette méthode le lien entre le score à la première question et le score moyen des 20 autres, pour le SADQ.

  Cette donnée permet de considérer la pertinence d'un item du questionnaire. S'il est faiblement corrélé au reste du questionnaire, son retrait peut-être une amélioration à envisager. Si un item a une valeur de corrélation inférieur à 0,2 cela signifie que l'item ne mesure pas vraiment ce que mesure le reste du test. L'item peut donc être abandonné (Everitt & Skrondal, 2010).
- La **consistance interne** est acceptable pour un indice de Cronbach supérieur à 0,7 (Hogan, 2007). Cependant, un alpha supérieur à 0,9 peut être le signe d'énoncés trop similaires, diminuant la fiabilité réelle du test (De Vellis, 2003).
- Sur une échelle de Likert, le calcul de l'**alpha de Cronbach** est recommandé, elle permet d'évaluer le degré de corrélation des items, la formule est la suivante :

  Alpha = Np/ [1 + p(N — 1)]

  où N correspond au nombre d'items dans l'échelle et p représente la corrélation inter-item moyenne (Vallerand, 1989).

Il faudra que l'alpha de Cronbach ait une valeur supérieure à 0,70 au minimum, et que les analyses split-half et item-total affichent au minimum un coefficient de 0,80 pour être considérées significatives.

VII. Discussion

Dans le domaine de l'adaptation d'outils d'évaluation, et d'autant plus lorsqu'ils rentrent dans le champ de la psychométrie, de nombreux biais et de nombreuses limites peuvent nuire à la qualité du travail proposé.

Cette discussion aura pour but d'énoncer des pistes d'amélioration pour fournir un outil le plus pertinent possible et surtout de souligner l'importance du respect de la méthodologie.

Concernant le protocole de traduction :

- un pré-test de la traduction française (issue des plusieurs traductions parallèles et des traductions inversées) auprès des administrateurs du questionnaire (les orthophonistes), par la méthode du sondage aléatoire, aurait pu être mise en œuvre (Vallerand, 1989) pour éliminer le biais du chercheur (utilisation de termes complexes ou de formulations pas assez claires pour l'observateur qui administre le questionnaire) et vérifier la clarté des questions posées. C'est un problème qu'ont rencontré les auteurs du SADQ-21 auprès du personnel soignant hospitalier, ce qui les a justement poussés à décliner leur outil en deux versions supplémentaires destinées à l'univers hospitalier, le SADQ-H et le SADQ-H10 (Lincoln, Sutcliffe & Unsworth, 2000).
- le comité de discussion des traductions aurait pu être composé d'un linguiste et de l'auteur original du SADQ pour des résultats plus fins. Il existe plusieurs types de comité (Vallerand, 1989) : un premier type de comité comprend uniquement le groupe de chercheurs eux-mêmes. Le second comprend les chercheurs ainsi que ceux qui ont participé à la préparation de la version préliminaire de la traduction. Enfin, dans le troisième type de comité, s'ajoute un expert linguistique en français ainsi que l'auteur du questionnaire. Le comité en charge de la relecture des traductions et du choix de la version définitive ne présentait ni linguiste ni les auteurs du SADQ-21 original.
- De plus, un groupe de traducteurs ayant un meilleur niveau d'anglais, ou plus d'expériences de traduction à leur actif, aurait pu être constitué. Nous avons fait le choix de valoriser le statut de professionnel de santé et la maîtrise du sujet aux dépens du niveau de bilinguisme.
- La méthode de la traduction inverse étant la plus performante, une étude approfondie de celle-ci est nécessaire. Nos données n'ont révélé aucune incohérence majeure entre la traduction anglaise obtenue de notre version française, en comparaison à la version anglaise originale, mais la discussion aurait possiblement été améliorée par une plus

grande variété de traducteurs du français vers l'anglais. Nous n'avons pas pu, par exemple, bénéficier de l'expertise d'un psychologue ou d'un psychiatre natif anglais pour celle-ci.

Concernant le protocole de validation,

- si la mise en œuvre du protocole de validation proposé mettait en évidence des propriétés psychométriques faibles concernant l'outil traduit, il ne faudra pas hésiter à remettre en cause le protocole de traduction et à remanier la traduction française en respectant la méthodologie en vigueur, en modifiant certains paramètres comme le nombre de traducteurs, leur niveau de bilinguisme, leur expertise pour obtenir une traduction plus fine et donc potentiellement des critères de validité plus satisfaisants (Vallerand, 1989).
- pour asseoir la validité concomitante (comprise dans la validité de critère) du SADQ, le fait d'administrer la forme originale du SADQ et sa forme traduite à des sujets bilingues, afin d'étudier les corrélations entre les deux versions, est une option à envisager.

D'un point de vue pratique, les deux outils que sont le SADQ et l'ADRS présentent chacun des spécificités qu'il convient de mettre en avant ici. D'une part, l'avantage du SADQ est qu'il ne nécessite pas d'entraînement préalable de l'observateur avant son administration, contrairement à l'ADRS.

A contrario, les auteurs de l'ADRS pointent dans leur étude le fait que le SADQ est méthodologiquement biaisé puisqu'il est validé avec des mesures de la dépression standardisées sur des résultats de patients non-aphasiques.

Aussi, le SADQ et l'ADRS sont tous les deux des outils indirects qui nécessitent des observateurs, mais le SADQ, dans sa validation anglaise, a fait appel à des soignants, là où l'ADRS a fait appel à un psychiatre et une équipe pluridisciplinaire de rééducation. Le SADQ montre donc quelques limitations et quelques approximations méthodologiques dans sa validation, que notre protocole de validation francophone a tenté de corriger le plus possible, en préconisant l'administration du SADQ par des orthophonistes et en choisissant dès le protocole de traduction des traducteurs qualifiés dans le domaine médical (psychiatres, psychologue).

Quoi qu'il en soit, tous les questionnaires et tests de dépistage de la dépression actuels ont des biais méthodologiques, et il est souhaitable que les outils de diagnostic évoluent ou soient créés

pour diagnostiquer de manière efficace cette pathologie souvent retrouvée chez la population post-AVC, qui entrave sa réadaptation et pour laquelle les thérapies (médicamenteuses comme non-médicamenteuses) sont efficaces. Surtout, l'importance de la méthodologie autant pour l'adaptation que pour la validation apparaît primordiale, car au fil de nos lectures, il est apparu que les outils psychométriques étaient tous validés différemment, avec des échantillons différents, des critères d'inclusion et d'exclusion à géométrie variable, ce qui est un frein à l'avancée de la prise en charge des troubles de l'humeur chez cette population aphasique.

Enfin, d'un point de vue pratique, nous avons voulu donner un accès facile et rapide à ces outils aux professionnels qui participeront aux passations de validation du SADQ dans un premier temps, mais aussi aux professionnels souhaitant l'utiliser une fois qu'il sera validé. Pour ce faire, un prototype de site Internet a été mis au point, permettant d'administrer simplement le SADQ et d'obtenir le score total. Bien entendu, ce projet nécessitera toutes les autorisations nécessaires, notamment en matière de protection de données personnelles et de manipulation de données médicales. Mais à l'heure du tout-numérique et de la démocratisation du Dossier Médical Partagé, ce passage sur le digital nous semble intéressant s'il peut favoriser la diffusion au plus grand nombre de professionnels et la systématisation des dépistages de la dépression auprès des patients post-AVC. Des captures d'écran du prototype sont disponibles (Annexe 9).

VIII. Conclusion

L'objectif principal de ce travail était de mettre au point un protocole facilitant l'obtention d'un outil de dépistage de la dépression en langue française qui puisse convenir à un public aphasique post-AVC.

Pendant longtemps, cette population était exclue du processus de mise au point des questionnaires et tests du fait des troubles de la communication, de l'expression, de la compréhension engendrés par l'aphasie. Pour autant, la prévalence de la dépression au sein de cette population est plus haute que dans la population globale, mais les outils à la disposition des thérapeutes pour la dépister sont trop peu nombreux et sont méthodologiquement améliorables.

L'avancée de la recherche en aphasiologie d'une part, et en psychiatrie d'autre part, laissent penser que, dans les années à venir, les outils de dépistage de la dépression seront voués à prendre en compte de façon beaucoup plus fine et efficace la population aphasique pour en améliorer la prise en soin. Il est donc important que des outils francophones efficaces, éprouvés et simples à utiliser soient mis au point ou adaptés de l'anglais.

Le rôle de l'orthophoniste dans ce parcours de soin nous semble prégnant, puisque c'est le professionnel de santé parmi les plus légitimes (par sa formation théorique et sa fréquence de prise en soin après que le patient est sorti du circuit hospitalier) pour repérer des signes de troubles thymiques dépressifs et pour orienter rapidement le patient vers une prise en charge psychologique et un parcours de soin adapté.

Notre travail de traduction ici présenté devra être suivi d'un travail de validation auprès d'orthophonistes comme énoncé dans la partie dédiée, afin d'aboutir à une version francophone valide du Stroke Aphasia Depression Questionnaire, utilisable dans le cadre d'un parcours de soin "de ville" en cabinet libéral, afin d'orienter facilement et rapidement les patients vers une aide psychologique adaptée.

Bibliographie

Accident vasculaire cérébral (AVC). (s. d.). Inserm - La science pour la santé. Consulté 21 juin 2020, à l'adresse https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc

Aben, I., Verhey, F., Strik, J., Lousberg, R., Lodder, J., & Honig, A. (2003). A comparative study into the one-year cumulative incidence of depression after stroke and myocardial infarction. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, *74*(5), 581–585. https://doi.org/10.1136/jnnp.74.5.581

Amarenco, G., Bayle, B., Lagauche, D., Lapeyre, E., & Ismael, S. S. (2000). Construction et validation des échelles de qualité de vie. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, *43*(6), 263-269. https://doi.org/10.1016/S0168-6054(00)80001-X

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Andersen, G., Vestergaard, K., & Lauritzen, L. (1994). Effective treatment of poststroke depression with the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram. *Stroke*, *25*(6), 1099–1104. https://doi.org/10.1161/01.str.25.6.1099

Ashaie, S. A., Hurwitz, R., & Cherney, L. R. (2019). Depression and Subthreshold Depression in Stroke-Related Aphasia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.01.024

Bassi, M., Tari, Y., Dufour, J.-C., & Joyeux, N. (2019). Enquête des pratiques auprès des orthophonistes sur l'aphasie et la dépression post-AVC. *Revue Neurologique*, *175*, S74. https://doi.org/10.1016/j.neurol.2019.01.208

Benaim, C., Cailly, B., Perennou, D., & Pelissier, J. (2004). Validation of the aphasic depression rating scale. Stroke, 35(7), 1692–1696. https://doi.org/10.1161/01.STR.0000130591.95710.20

Bennett, H. E., Thomas, S. A., Austen, R., Morris, A. M. S., & Lincoln, N. B. (2006). Validation of screening measures for assessing mood in stroke patients. *British Journal of Clinical Psychology*, *45*(3), 367-376. https://doi.org/10.1348/014466505X58277

Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *The Cochrane database of systematic reviews*, (6), CD000425. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000425.pub4

Brigadeiro, D., Nunes, J., Gil, T. V., & Costa, P. (2017). Poststroke depression. *European Psychiatry*, *41*, S524-S525. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.701

Burton, L.-J., & Tyson, S. (2015). Screening for mood disorders after stroke: A systematic review of psychometric properties and clinical utility. *Psychological Medicine*, *45*(1), 29-49. https://doi.org/10.1017/S0033291714000336

Capron, J. (2015). Retentissement psychiatrique de l'AVC. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, *15*(90), 353-358. https://doi.org/10.1016/j.npg.2015.04.003

Chemerinski, E., Robinson, R. G., Arndt, S., & Kosier, J. T. (2001). The effect of remission of poststroke depression on activities of daily living in a double-

blind randomized treatment study. *The Journal of nervous and mental disease*, *189*(7), 421–425. https://doi.org/10.1097/00005053-200107000-00002

Cim-10fr_2018_v1_provisoire.pdf. (s. d.). Consulté 17 février 2020, à l'adresse https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3295/cim-10fr_2018_v1_provisoire.pdf

Cobley, C., Thomas, S., Lincoln, N., & Walker, M. (2012). The assessment of low mood in stroke patients with aphasia: Reliability and validity of the 10-item Hospital version of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQH-10). *Clinical rehabilitation*, *26*, 372-381. https://doi.org/10.1177/0269215511422388

Code, C., Hemsley, G., & Herrmann, M. (1999). The emotional impact of aphasia. *Seminars in Speech and Language*, *20*(1), 19-31. https://doi.org/10.1055/s-2008-1064006

Code, C., & Herrmann, M. (2003). The relevance of emotional and psychosocial factors in aphasia to rehabilitation. *Neuropsychological rehabilitation*, *13*(1-2), 109–132. https://doi.org/10.1080/09602010244000291

de Man-van Ginkel, J. M., Gooskens, F., Schepers, V. P. M., Schuurmans, M. J., Lindeman, E., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2012). Screening for poststroke depression using the patient health questionnaire. *Nursing Research*, *61*(5), 333-341. https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e31825d9e9e

de Man-van Ginkel Janneke M., Hafsteinsdóttir Thóra, Lindeman Eline, Burger Huibert, Grobbee Diederick, & Schuurmans Marieke. (2012). An Efficient Way to Detect Poststroke Depression by Subsequent Administration of a 9-Item and a 2-Item Patient Health Questionnaire. *Stroke*, *43*(3), 854-856. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.640276

De Vellis, R. F. (2003). Scale Development: Theory and Applications (2nd ed., Vol. 26). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Everitt, B., & Skrondal, A. (2010). *The Cambridge dictionary of statistics*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Gudmundsson, E. (2009). Guidelines for translating and adapting psychological instruments. *Nordic Psychology*, *61*(2), 29-45. https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.2.29

Guideline_test_adaptation_2ed.pdf. (s. d.). Consulté 27 novembre 2019, à l'adresse https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf

Hacker, V. L., Stark, D., & Thomas, S. (2010). Validation of the stroke aphasic depression questionnaire using the brief assessment schedule depression cards in an acute stroke sample. *The British Journal of Clinical Psychology*, *49*(Pt 1), 123-127. https://doi.org/10.1348/014466509X467440

Hackett, M. L., & Anderson, C. S. (2005). Predictors of depression after stroke: A systematic review of observational studies. *Stroke*, *36*(10), 2296-2301. https://doi.org/10.1161/01.STR.0000183622.75135.a4

Hadidi, N., Treat-Jacobson, D. J., & Lindquist, R. (2009). Poststroke depression and functional outcome: a critical review of literature. *Heart & lung: the journal of critical care*, *38*(2), 151–162. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.05.002

Haley, K. L., Womack, J. L., Harmon, T. G., & Williams, S. W. (2015). Visual analog rating of mood by people with aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *22*(4), 239-245. https://doi.org/10.1179/1074935714Z.0000000009

Hambleton, R. K. (1994). Guidelines for adapting educational and psychological tests: A progress report. *European Journal of Psychological Assessment*, *10*(3), 229-244.

HAS (2017). *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : Prise en charge en premier recours*. Haute Autorité de la Santé. Consulté 7 juin 2020, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours

HAS (2019). *Accident vasculaire cérébral Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC*. Haute Autorité de la Santé. Consulté 21 juin 2020, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc

Hogan, J., Barrett, P., Hogan, R. (2007). Personality Measurement, Faking, and Employment Selection. *The Journal of applied psychology*. 92. 1270-85. https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.5.1270.

INSERM (2019). *Accident vasculaire cérébral (AVC)*. Inserm - La science pour la santé. Consulté 21 juin 2020, à l'adresse https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc

James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Accrombessi, M. M. K., … Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, *392*(10159), 1789-1858. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7

Kauhanen, M. L., Korpelainen, J. T., Hiltunen, P., Määttä, R., Mononen, H., Brusin, E., Sotaniemi, K. A., & Myllylä, V. V. (2000). Aphasia, depression, and nonverbal cognitive impairment in ischaemic stroke. Cerebrovascular diseases (Basel, Switzerland), 10(6), 455–461. https://doi.org/10.1159/000016107

Laures-Gore, J. S., Farina, M., Moore, E., & Russell, S. (2017). Stress and depression scales in aphasia: Relation between the aphasia depression rating scale, stroke aphasia depression questionnaire-10, and the perceived stress scale. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *24*(2), 114-118. https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1198528

Lee, A. C. K., Tang, S. W., Yu, G. K. K., & Cheung, R. T. F. (2008). The smiley as a simple screening tool for depression after stroke: A preliminary study. *International Journal of Nursing Studies*, *45*(7), 1081-1089. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.05.008

Leeds, L., Meara, R. J., & Hobson, J. P. (2004). The utility of the Stroke Aphasia Depression Questionnaire (SADQ) in a stroke rehabilitation unit. *Clinical rehabilitation*, *18*(2), 228–231. https://doi.org/10.1191/0269215504cr685oa

Lincoln, N. B., & Sutcliffe, L.M. & Unsworth, G. (2000). Validation of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ) for use with patients in hospital. *Clin Neuropsychol Assess.* 1. 88-96.

Lincoln, N. B., Nicholl, C. R., Flannaghan, T., Leonard, M., & Van der Gucht, E. (2003). The validity of questionnaire measures for assessing depression after stroke. *Clinical Rehabilitation*, *17*(8), 840-846. https://doi.org/10.1191/0269215503cr687oa

Maurer, D. M., Raymond, T. J., & Davis, B. N. (2018). Depression: Screening and Diagnosis. *American Family Physician*, *98*(8), 508-515.

Nyenhuis, D. L., Stern, R. A., Yamamoto, C., Luchetta, T., & Arruda, J. E. (1997). Standardization and validation of the Visual Analog Mood Scales. *Clinical Neuropsychologist*, *11*(4), 407–415. https://doi.org/10.1080/13854049708400470

Pedersen, P. M., Jørgensen, H. S., Nakayama, H., Raaschou, H. O., & Olsen, T. S. (1995). Aphasia in acute stroke: incidence, determinants, and recovery. *Annals of neurology*, *38*(4), 659–666. https://doi.org/10.1002/ana.410380416

Robinson, R. G., Kubos, K. L., Starr, L. B., Rao, K., & Price, T. R. (1984). Mood disorders in stroke patients. Importance of location of lesion. *Brain: A Journal of Neurology*, *107 (Pt 1)*, 81-93. https://doi.org/10.1093/brain/107.1.81

Robinson, R. G., Starkstein, S. E., & Price, T. R. (1988). Post-stroke depression and lesion location. *Stroke*, *19*(1), 125–126. https://doi.org/10.1161/01.str.19.1.125

Robinson, R G. (1997). Neuropsychiatric consequences of stroke. *Annual review of medicine. (48)*1. p.217 - 229. https://doi.org/10.1146/annurev.med.48.1.217

Robinson, R. G., & Spalletta, G. (2010). Poststroke depression: a review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *55*(6), 341–349. https://doi.org/10.1177/070674371005500602

Siu, A. L., US Preventive Services Task Force (USPSTF), Bibbins-Domingo, K., Grossman, D. C., Baumann, L. C., Davidson, K. W., Ebell, M., García, F. A., Gillman, M., Herzstein, J., Kemper, A. R., Krist, A. H., Kurth, A. E., Owens, D. K., Phillips, W. R., Phipps, M. G., & Pignone, M. P. (2016). Screening for Depression in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, *315*(4), 380–387. https://doi.org/10.1001/jama.2015.18392

Stern R. A. (1999). Assessment of mood states in aphasia. *Seminars in speech and language*, *20*(1), 33–50. https://doi.org/10.1055/s-2008-1064007

Sutcliffe, L. M., & Lincoln, N. B. (1998). The assessment of depression in aphasic stroke patients: The development of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire. *Clinical Rehabilitation*, *12*(6), 506-513. https://doi.org/10.1191/026921598672167702

Tanner, D. C. (1980). Loss and grief: Implications for the speech-language pathologist and audiologist. *ASHA*, *22*(11), 916-928.

Tanner, Dennis C. (1988). The grief response in neuropathologies of speech and language. *Aphasiology*, *2*(1), 79-84. https://doi.org/10.1080/02687038808248889

The International Test Commission (ITC) Website. (s. d.). Consulté 27 novembre 2019, à l'adresse https://www.intestcom.org/page/5

Townend, B. S., Whyte, S., Desborough, T., Crimmins, D., Markus, R., Levi, C., & Sturm, J. W. (2007). Longitudinal prevalence and determinants of early mood disorder post-stroke. *Journal of clinical neuroscience: official journal of the Neurosurgical Society of Australasia*, *14*(5), 429–434. https://doi.org/10.1016/j.jocn.2006.01.025

Turner Alyna, Hambridge John, White Jennifer, Carter Gregory, Clover Kerrie, Nelson Louise, & Hackett Maree. (2012). Depression Screening in Stroke. *Stroke*, *43*(4), 1000-1005. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.643296

Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, *30*(4), 662–680. https://doi.org/10.1037/h0079856

van Dijk, M. J., de Man-van Ginkel, J. M., Hafsteinsdóttir, T. B., & Schuurmans, M. J. (2016). Identifying depression post-stroke in patients with aphasia: A systematic review of the reliability, validity and feasibility of available instruments. *Clinical Rehabilitation*, *30*(8), 795-810. https://doi.org/10.1177/0269215515599665

Wang, Y.-P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. *Revista Brasileira De Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, *35*(4), 416-431. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048

Whyte, E. M., & Mulsant, B. H. (2002). Post stroke depression: epidemiology, pathophysiology, and biological treatment. *Biological psychiatry*, *52*(3), 253–264. https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01424-5

Annexes

Annexe 1. Critères diagnostiques du DSM-V pour le trouble dépressif dû à une affection médicale (2013)

A. Période prononcée et persistante pendant laquelle une humeur dépressive ou une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes les activités, domine le tableau clinique. **B.** Les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires montrent clairement que la perturbation est la conséquence physiopathologique directe d'une autre affection médicale. **C.** La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex. un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive en réponse au stress lié à une affection médicale grave). **D.** La perturbation ne survient pas uniquement au décours d'un état confusionnel (delirium). **E.** Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

American Psychiatric Association, *DSM-V: diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5e edition, Washington D.C. American Psychiatric Association, 2013

Annexe 2. Critères de la CIM-10 pour les troubles organiques de l'humeur

F06 Autres troubles mentaux dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral, et à une affection somatique

Comprend diverses affections causées par un trouble cérébral dû à une affection cérébrale primitive, à une affection somatique touchant secondairement le cerveau, à des substances toxiques exogènes ou des hormones, à des troubles endocriniens, ou à d'autres maladies somatiques.

F06.3 Troubles organiques de l'humeur [affectifs]

Troubles caractérisés par une altération de l'humeur ou de l'affect, habituellement accompagnés d'une altération du niveau global d'activité, il peut s'agir de troubles dépressifs, hypomaniaques, maniaques ou bipolaires (voir F30-F38), mais secondaires à une maladie organique.

World Health Organization. (1994). CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des maladies.

Annexe 3. Définition de l'Episode Dépressif Caractérisé selon le DSM-V

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 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 d'intérêt ou de plaisir.
NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes).
NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

(2) Diminution marquée 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 absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
NB : 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 (constatés par les autres, non limités 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.

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

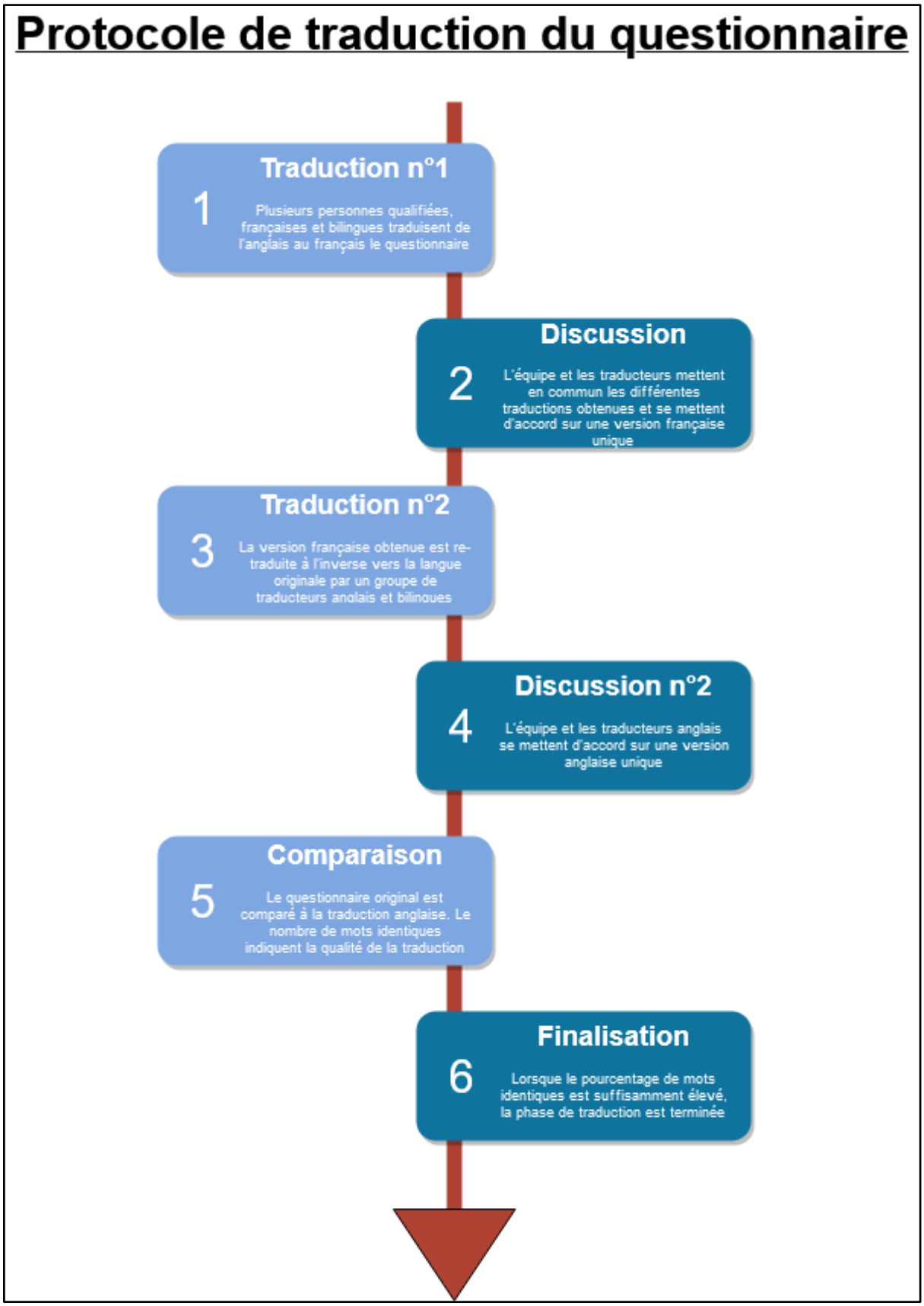
C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale. NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC. NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte. Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.

D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

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

American Psychiatric Association, *DSM-V: diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5e edition, Washington D.C. American Psychiatric Association, 2013

Annexe 4. Schéma du protocole de traduction de l'outil psychométrique



Annexe 5. Formulaire d'informations à remplir par l'observateur

FORMULAIRE D'INFORMATIONS PATIENT

Données d'anonymisation de la personne aphasique (voir le protocole détaillé en cours)
Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin
Âge :
Niveau socioculturel : ☐ Brevet ou équivalent ☐ Baccalauréat ☐ Études supérieures
Langue maternelle :
Langues secondes et âges d'acquisition :
Le patient vit : ☐ au sein d'une institution ☐ à domicile
Nombre d'AVC :
Dates des ou de l'AVC :

Type d'AVC : ☐ Ischémique ☐ Hémorragique ☐ Autre :

Localisation de l'AVC :
Gravité de l'aphasie - Score BDAE : 1 - 2 - 3 - 4 - 5
État cognitif et autonomie avant l'AVC :
☐ pas de trouble ☐ suspicion de perte d'autonomie ☐ autre :

S'il y a un handicap moteur associé, précisez :

Le patient présente-t-il des troubles associés ? Si oui, précisez lesquels :
☐ Surdité ☐ Cécité ☐ Autre :
Le patient présentait-il des troubles de l'humeur avant son premier AVC ? Si oui, lesquels :

Le patient prend-il un traitement médicamenteux, si oui lequel :

Le patient prend-il des antidépresseurs ? Si oui, lesquels :

Le patient a-t-il eu un diagnostic de dépression :
☐ après le premier AVC ☐ après le second AVC ☐ depuis le dernier AVC ?

Quelle est la personne ressource qui complétera le questionnaire ?
☐ un membre de la famille
☐ un proche
☐ un professionnel de santé
☐ Autre, précisez :

Annexe 6. Liste non exhaustive des outils de dépistage de la dépression existants

Nom de l'outil	Format de passation	Cut-off score	Version française	Spécifique aux sujets aphasiques
SADQ (Lincoln & Sutcliffe, 1998)	Indirect, rempli par un observateur	/	Non	Oui
SADQ-10 (Lincoln & Sutcliffe, 1998)	Indirect, rempli par un observateur	14/30	Non	Oui
ADRS (Benaim et al., 2004)	Indirect, rempli par un observateur professionnel de santé	9/32	Oui	Oui (Benaim et al.,2004)
SODS (Hammond et al.,2000)	Indirect	2/18	Non	Convient aux aphasiques (Bennett et al.,2006)
VAMS (Nyenhuis et al., 1997)	Direct (modalité visuelle)	23/100	Non	Convient aux aphasiques (Bennett et al.,2006)
PHQ-9 (Spitzer et al., 1999)	Direct	10/27	Oui	Convient aux troubles phasiques légers (Williams et al., 2005)

Annexe 7. Version française finale non-validée du SADQ-21

UNADREO
Union Nationale pour le Développement
de la Recherche et de l'Evaluation en Orthophonie

Aix*Marseille université
Initiative d'excellence

Nathaly Joyeux, orthophoniste
nathalyjoyeux@gmail.com
Raphaël Evain & Célestin Ravella, étudiants orthophonistes
memoiresadq.evain.ravella@gmail.com

SADQ-21

Merci d'indiquer à quelle fréquence _____ présente les comportements suivants:

1. Se réveille-t-elle tôt le matin ?

   Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

2. Pleure-t-elle ?

   Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

3. A-t-elle des nuits agitées et non reposantes ?

   Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

4. Entreprend-elle des activités ?

   Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

5. Evite-t-elle le contact visuel quand vous lui parlez ?

   Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

6. Eclate-t-elle en sanglots ?

   Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

7. Sourit-elle lorsque vous lui parlez ?

   Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

8. Se plaint-elle de maux ou de douleurs ?

   Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

9. Refuse-t-elle de manger ?

   Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

10. A-t-elle des colères ?

    Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

Aix-Marseille Université, département d'Orthophonie - 2020

11. Refuse-t-elle de participer à des activités en groupe ?

Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

12. Rit-elle à une plaisanterie ?

Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

13. Est-elle agitée et nerveuse?

Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

14. Reste-t-elle assise sans rien faire ?

Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

15. Se concentre-t-elle sur ses activités ?

Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

16. Prend-elle soin de son apparence ?

Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

17. Semble-t-elle apprécier les activités de groupe ou les sorties ?

Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

18. Garde-t-elle une activité au long de la journée ?

Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

19. Prend-elle des somnifères ?

Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

20. S'intéresse -t-elle à ce qui se passe autour d'elle ?

Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

21. Vous regarde-t-elle quand vous vous approchez ?

Souvent *Parfois* *Rarement* *Jamais*

Annexe 8. Protocole de passation des tests SADQ et ADRS à destination des orthophonistes

Protocole de passation des tests SADQ et ADRS à destination des orthophonistes

En présence ou non du patient, à la lumière de vos connaissances à son propos, des dires des aidants et de votre sens clinique, veuillez s'il vous plaît remplir les deux questionnaires suivants :

- ADRS (Aphasia Depression Rating Scale)
- SADQ (Stroke Aphasia Depression Questionnaire)

Passation de l'ADRS :

La version française de l'ADRS vous a été adressée par mail. Le fichier est **ADRS fr.pdf**

L'examinateur doit prendre connaissance du test au préalable. Il peut s'entraîner seul ou en proposant le test à une personne tierce.

Reportez en face de chaque item le numéro correspondant à l'affirmation qui correspond le mieux à l'état du patient.

Le score final est noté sur 32.

Passation du SADQ :

La version nouvellement traduite du SADQ vous a été adressée par mail. Le fichier est **SADQ fr.pdf**

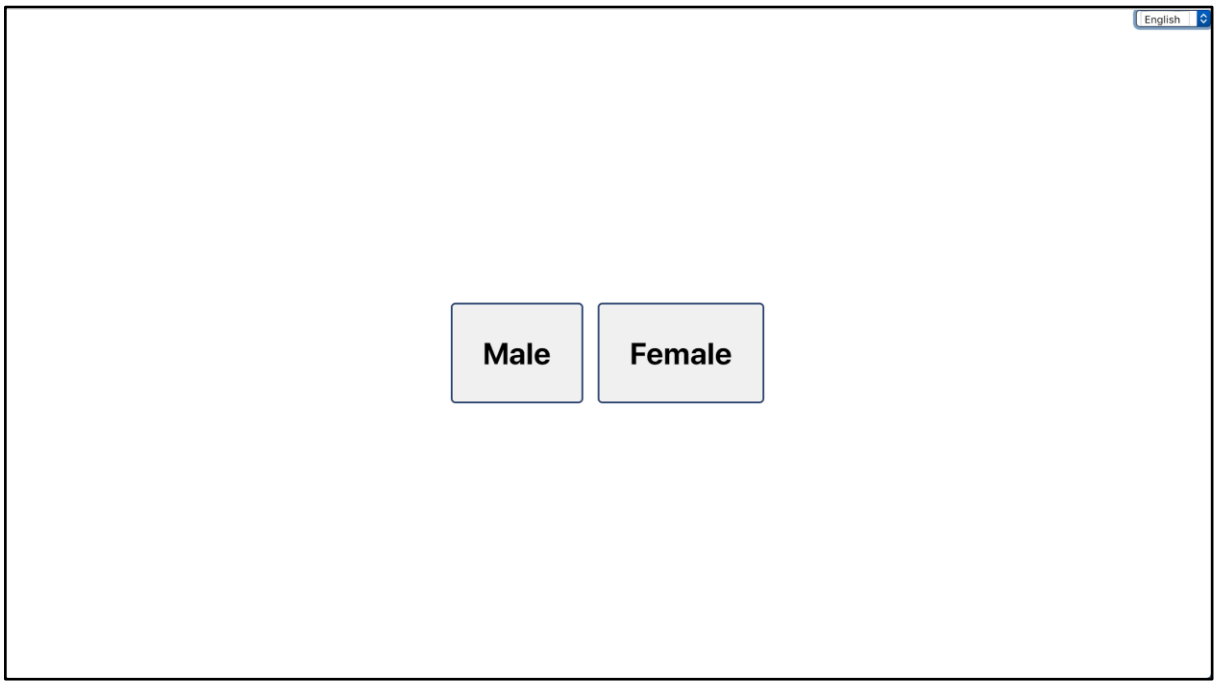
Pour chacune des 21 questions, indiquez si le comportement est observé **souvent, parfois, rarement ou jamais**.

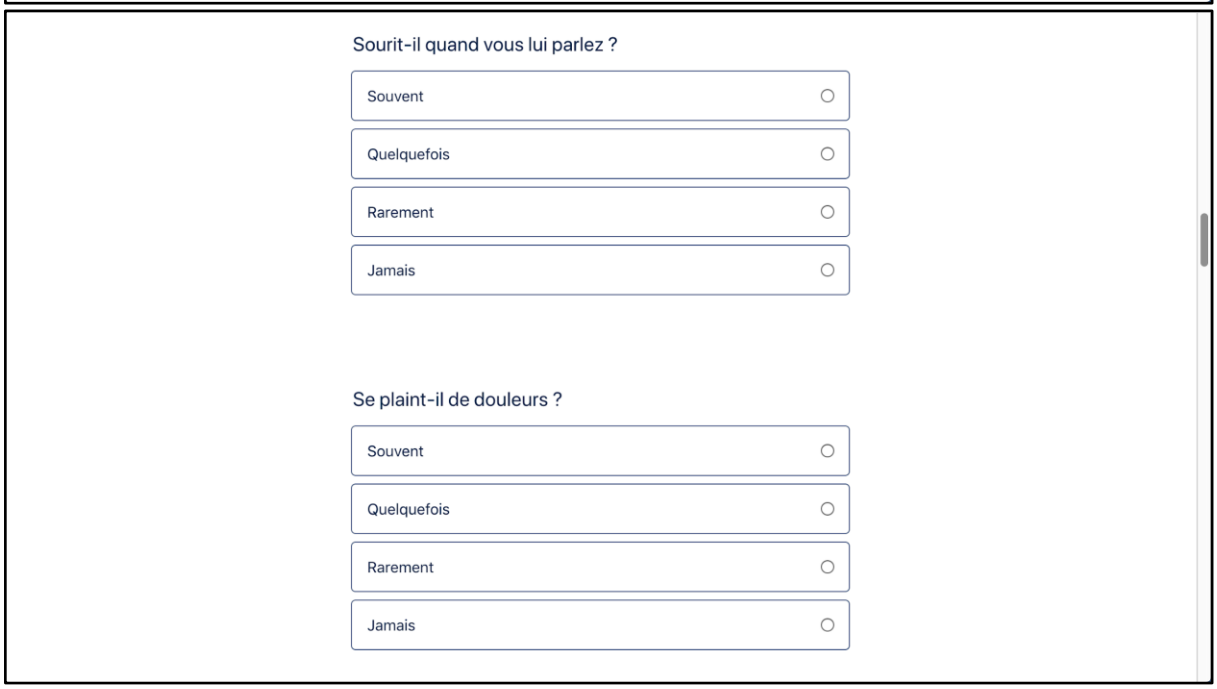
Cotation

- Pour les questions 1-2-3-5-6-8-9-10-11-13-14-19, la cotation va de **3 points** pour "Souvent" à **0 point** pour "Jamais".
- Pour les questions 4-7-12-15-16-17-18-20-21, la cotation va de **0 point** pour "Souvent" à **3 points** pour "Jamais".

Le score final est noté sur 63.

Annexe 9. Maquette du site internet dédié aux passations





Résumé

En France, un AVC survient toutes les 4 minutes. Les deux principales séquelles de cet accident sont l'hémiplégie et l'aphasie. Cette dernière, en troublant le versant langagier du patient, l'isole socialement et entrave la communication avec son entourage. Conséquence directe de l'AVC et de l'aphasie, la dépression se développe chez 30% des patients post-AVC, et plus particulièrement chez 62% des patients aphasiques. L'évaluation de l'humeur chez ces patients apparaît essentielle, d'autant plus que l'humeur dépressive nuit à la récupération des facultés cognitives et à la motivation du patient post-AVC, et donc à la prise en soin orthophonique.

Pourtant, la grande majorité des outils de dépistage de la dépression sont inadaptés à ces patients, car ils nécessitent des capacités de communication qui sont troublées chez eux. Certains questionnaires, comme le SADQ ou l'ADRS, ont été conçus pour s'adapter aux patients aphasiques post-AVC en étant remplis par un observateur de façon indirecte. Malheureusement, le SADQ n'existe actuellement pas en version française validée.

L'objectif de ce travail est donc de mettre au point un protocole de traduction et de validation du SADQ, destiné aux patients aphasiques post-AVC. A l'aide des différentes recommandations internationales sur la traduction et l'adaptation des outils psychométriques d'une part, et sur leur validation d'autre part, nous avons réalisé une traduction de l'anglais vers le français du SADQ, et rédigé le protocole à suivre pour valider l'outil français obtenu en le testant auprès d'un échantillon français, sous la supervision des orthophonistes, interlocuteurs privilégiés des patients aphasiques post-AVC.

Mots clés :
Orthophonie - Aphasie - Dépression - SADQ - Evaluation - Traduction - Validation