



**HAL**  
open science

# Protocole de validation de la traduction française du SADQ-10

Auriane Nonga Yomb, Elora Roudet

► **To cite this version:**

Auriane Nonga Yomb, Elora Roudet. Protocole de validation de la traduction française du SADQ-10. Sciences cognitives. 2022. dumas-03891305

**HAL Id: dumas-03891305**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03891305>**

Submitted on 9 Dec 2022

**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.



ACADEMIE DE PARIS

FACULTE SORBONNE UNIVERSITE

MEMOIRE POUR LE CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

**PROTOCOLE DE VALIDATION DE LA TRADUCTION FRANÇAISE DU SADQ-10**

Mémoire sous la direction de Nathaly JOYEUX

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

Auriane NONGA YOMB

Elora ROUDET

Soumission envisagée : Glossa (cf. recommandations aux auteurs jointes)



## **REMERCIEMENTS**

Nous remercions tout d'abord notre maître de mémoire, Nathaly Joyeux, pour son encadrement et sa disponibilité durant ces dix-huit mois de travail. La confiance qu'elle nous a accordée ainsi que la bienveillance dont elle a fait preuve nous ont permis de mener cette recherche dans un cadre plus que favorable.

Nous tenons également à remercier les orthophonistes et les patients qui ont accepté de participer à cette étude. Leur implication a permis de concrétiser ce projet, débuté il y a trois ans par d'autres étudiants.

Merci à nos proches, ces relecteurs du dimanche, qui ont su se montrer pointilleux et ont constitué un réel soutien durant cette période parfois ponctuée de stress et d'agitation.

Enfin, après un an et demi d'échanges et de coopération, et cinq années de copinage intensif, nous sommes ravies d'achever ce travail et de commencer notre vie d'orthophoniste côte à côte.

## **ATTESTATION DE NON-PLAGIAT**

Je soussignée Auriane NONGA YOMB, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents, ou d'une partie d'un document, publiés sur toutes formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

Je soussignée Elora ROUDET, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents, ou d'une partie d'un document, publiés sur toutes formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

## **LISTE DES ABREVIATIONS, TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES**

### **Abréviations :**

ADRS : *Aphasic Depression Rating Scale*

F0 : Fréquence fondamentale

ITC : *International Testing Commission*

SADQ : *Stroke Aphasic Depression Questionnaire*

SADQ-10 : *Stroke Aphasic Depression Questionnaire* en 10 questions

SADQ-A10 : *Stroke Aphasic Depression Questionnaire-10* Version Ambulatoire

### **Tableaux et figures :**

Tableau 1. Hypothèses de recherche sur le SADQ-A10.

Tableau 2. Corrélation item-total et alpha de Cronbach.

Figure 1. Corrélation entre le score aux items pairs et le score aux items impairs du SADQ-A10.

Figure 2. Corrélation entre les résultats à la première passation et les résultats à la deuxième passation du SADQ-A10.

Figure 3. Corrélation entre les résultats à la première passation du SADQ-A10 et les résultats à l'ADRS.

### **Annexes :**

Annexe 1 : Tableau des caractéristiques démographiques et cliniques de l'échantillon d'étude

Annexe 2 : Formulaire d'informations patient

Annexe 3 : *Stroke Aphasic Depression Questionnaire-10* Version Ambulatoire

Annexe 4 : *Aphasic Depression Rating Scale* (Benaim et al., 2004)

Annexe 5 : Lettre d'information pour les orthophonistes et protocole de passation des tests

# **Protocole de validation de la traduction française du SADQ-10**

## **Validation protocol of the french translation of the SADQ-10**

### **RESUME**

**Contexte :** La dépression suite à un accident vasculaire cérébral (DPAVC) concerne environ 60% des patients aphasiques la première année suivant leur AVC. Cependant, il existe aujourd'hui peu d'outils de dépistage de la DPAVC adaptés à cette population et disponibles en langue française. Le SADQ-10 est un hétéro-questionnaire qui fait partie des outils les plus acceptables actuellement pour les patients aphasiques mais qui a été développé en anglais.

**Objectifs :** Cette recherche a pour objectif de doter les professionnels de santé exerçant en ambulatoire d'un outil de dépistage de la DPAVC adapté aux patients aphasiques. Elle cherche ainsi à savoir si l'adaptation française du SADQ-10 (SADQ-A10) permet un dépistage fiable et valide de la dépression chez le patient aphasique post-AVC.

**Méthode :** Cette étude longitudinale multicentrique a été menée auprès d'orthophonistes, interlocuteurs privilégiés des patients aphasiques. Chaque orthophoniste a dû compléter le SADQ-A10 à deux reprises pour son/ses patient(s), ainsi que l'ADRS (*gold standard*). La corrélation entre les résultats a été évaluée. Parmi les 23 sujets intégrés à l'étude, 7 ont également été enregistrés : la déviation standard de la fréquence fondamentale de leur voix a été analysée afin d'ajouter une mesure objective aux résultats.

**Résultats :** L'adaptation française du SADQ-10 a montré une bonne fidélité test-retest ( $r_s = 0.91, p < 0.0001$ ) ainsi qu'une consistance interne correcte ( $\alpha = 0,77$ ) qui pourrait cependant être améliorée. Sa validité a également été démontrée ( $r_s = 0.73, p < 0.0001$ ). En revanche, les résultats de l'analyse de la voix n'ont pas pu être interprétés en raison du trop faible échantillon de l'étude ( $r_s = - 0.13, p = 0.79$ ).

**Conclusion :** Cette étude met en évidence des éléments en faveur de la validité et de la fidélité du SADQ-A10. Toutefois, elle nécessite d'être répliquée auprès d'un échantillon plus grand et représentatif de la population cible. Le SADQ-A10 pourrait alors être utilisé par des professionnels de santé et constituer le seul instrument de mesure actuellement disponible en français permettant de dépister la dépression chez les patients aphasiques post-AVC, pris en charge en ambulatoire.

**Mots-clés :** Dépression – Aphasie – AVC – Dépistage – Validation – SADQ-10

## **ABSTRACT**

**Context :** Post-stroke depression (PSD) affects about 60 % of aphasic patients during the first year after their stroke. However, there are only a few screening instruments of the PSD suited to this population and available in French. The SADQ-10, a hetero-questionnaire, is one of the most acceptable instruments for patients with aphasia but was developed in English.

**Objective :** This study aims to provide ambulatory health professionals with a screening tool for PSD adapted to aphasic patients. The purpose is to find out if the french version of the SADQ-10 (SADQ-A10) allows a reliable and valid screening of depression in stroke patients with aphasia.

**Method and patients :** This multicentric longitudinal study was conducted with Speech-Language Pathologists (SLP), in view of their close contact with aphasic patients. Each SLP had to complete the SADQ-A10 in regards to her patient(s) twice and the ADRS (the gold standard in this study) once. The correlations between the results were assessed. Among the 23 study subjects, 7 were also recorded : the standard deviation of their speaking fundamental frequency was analysed in order to add an objective measure to the results.

**Results :** The french adaptation of the SADQ-10 demonstrated good test-retest reliability ( $r_s = 0.91, p < 0.0001$ ) and a correct internal consistency ( $\alpha = 0,77$ ) that could be improved. Its validity was also demonstrated ( $r_s = 0.73, p < 0.0001$ ). However, the results of the vocal analysis could not be interpreted due to the small sample size of the study ( $r_s = - 0.13, p = 0.79$ ).

**Conclusion :** This study provides elements supporting the validity and the reliability of the SADQ-A10. Still, it needs to be replicated in a larger and more representative sample of the target-population. The SADQ-A10 could then be used by health professionals and be the only instrument currently available in French, screening the presence of depression in ambulatory stroke patients with aphasia.

**Keywords :** Depression – Aphasia – Stroke – Screening – Validation – SADQ-10

## INTRODUCTION

La dépression suite à un accident vasculaire cérébral (AVC) est un trouble psychiatrique pouvant impacter le pronostic vital des patients, leur récupération fonctionnelle et leur qualité de prise en soin (Chollet, 2017). Elle concerne environ 31% des personnes ayant subi un AVC (Hackett & Pickles, 2014) et se retrouve majorée chez les patients aphasiques post-AVC : environ 60% la première année (Shehata et al., 2015).

La plupart des outils permettant de dépister la dépression post-AVC ne sont pas adaptés aux patients aphasiques en raison de l'impact sur la communication entraîné par ce trouble du langage (Cobley et al., 2012). Cependant l'*Aphasic Depression Rating Scale* (ADRS) de Benaim et al. (2004) et le *Stroke Aphasic Depression Questionnaire* (SADQ) de Sutcliffe et Lincoln (1998) sont des questionnaires indirects qui répondent aux particularités de cette population. Le premier, seul test actuellement disponible en français, a été créé uniquement pour une pratique hospitalière, et présente des limites dans son utilisation clinique (van Dijk, 2016). La version courte en dix questions du second (SADQ-10), adaptée à une pratique ambulatoire, fait partie des outils de dépistage de la dépression post-AVC chez le patient aphasique les plus acceptables actuellement (Bennett et al., 2006) mais a été développée en anglais (Sutcliffe & Lincoln, 1998).

Afin de proposer une adaptation en français du SADQ-10, il convient de respecter les recommandations d'adaptation des outils de mesures psychologiques. Il existe actuellement deux grandes références : le protocole de Vallerand (1989) et les *Guidelines for Translating and Adapting Test* de l'*International Test Commission* ([ITC], 2017), qui permettent d'assurer une démarche scientifique et ainsi de fournir des tests adaptés d'une qualité suffisante et nécessaire pour leur utilisation en clinique et/ou en recherche.

Par ailleurs, le SADQ-10 étant un questionnaire indirect soumis à la subjectivité de l'évaluateur, il paraît intéressant d'ajouter une mesure objective à cette recherche. Pour cela, cette étude s'appuie également sur l'analyse d'un des paramètres vocaux discriminants dans la dépression : la déviation standard de la fréquence fondamentale (Villain, 2016).

C'est dans ce contexte que s'inscrit cette recherche qui a pour objectif de doter les professionnels de santé exerçant en ambulatoire d'un outil de dépistage de la dépression adapté aux patients aphasiques post-AVC. Elle a été menée auprès d'orthophonistes, interlocuteurs privilégiés pour ces patients, puisque l'aphasie est un trouble du langage dû à une atteinte cérébrale altérant la compréhension et/ou l'expression, aussi bien à l'oral qu'à



l'écrit (Brin et al., 2018). L'étude cherche donc à répondre à la question suivante :  
l'adaptation française du SADQ-10 permet-elle un dépistage fiable et valide de la dépression chez le patient aphasique post-AVC ?

## **METHODE**

### **Sujets de l'étude**

#### ***Mode de recrutement***

Pour cette étude longitudinale multicentrique, les participants ont été recrutés directement par leur orthophoniste. Le SADQ-10 étant un outil de dépistage de la dépression adapté à une pratique ambulatoire, seuls des orthophonistes exerçant en libéral ou en Hôpital De Jour (HDJ), en France, ont été sélectionnés. Ils ont été recrutés via les réseaux sociaux, les lieux de stage, les associations de patients aphasiques et les syndicats régionaux de la Fédération Nationale d'Orthophonie (FNO).

36 orthophonistes ont été contactées personnellement après avoir montré leur intérêt pour le projet. Au final, 14 ont participé à l'étude en renvoyant les documents des passations pour un ou plusieurs de leurs patients après l'obtention de leur accord.

Les orthophonistes ayant réalisé les passations étaient toutes des femmes. Elles exerçaient dans 11 départements de France, en libéral (64,3%), en salariat (14,3%) ou avec une pratique mixte (21,4%). Leur âge médian était de 37 ans.

#### ***Critères d'inclusion***

Afin d'être inclus dans l'étude, les patients devaient avoir plus de 18 ans et souffrir d'aphasie post-AVC. Ils devaient également se situer en phase subaiguë ou chronique (>14 jours) de la maladie afin de correspondre aux critères diagnostiques de la dépression. En effet, le DSM-V (*American Psychiatric Association [APA], 2013/2015*) définit ce trouble selon la présence de symptômes pendant une durée minimum de 14 jours. Enfin, les patients devaient être retournés à leur domicile depuis au moins 2 semaines et suivre une rééducation orthophonique en libéral ou en HDJ puisque cet outil vise une utilisation en ambulatoire.

### ***Critères de non-inclusion***

Les critères de non-inclusion ont été basés sur ceux choisis par Sutcliffe et Lincoln (1998) dans leur étude sur le développement du SADQ. Les patients étaient exclus de l'étude s'ils présentaient : une surdité, une cécité, un diagnostic de démence précédant leur AVC et/ou d'un autre trouble psychiatrique.

Pour le sous-groupe de patients enregistrés, les sujets ne devaient pas non plus souffrir de pathologies de la parole ou de la voix : apraxie de la parole, dysarthrie et/ou dysphonie.

### ***Echantillon de l'étude***

Pour cette étude prospective, 33 patients ont été évalués par leur orthophoniste. Après application des critères d'inclusion et de non-inclusion, et exclusion des participants perdus de vue, seulement 23 patients ont pu être intégrés à l'étude.

Ces patients, âgés de 24 à 76 ans ( $Me = 61$  ans ;  $\mu = 55,7$  ;  $\sigma = 13,97$ ), étaient suivis en orthophonie en moyenne 2,5 fois par semaine. La date de leur AVC se situait entre 4,6 mois et 9 années ( $Me = 16$  mois).

Le score de sévérité du BDAE (*Boston Diagnostic Aphasia Examination*), allant de 0 à 5 (0 = aucune expression intelligible et aucune compréhension orale ; 5 = handicap linguistique à peine perceptible, ou seulement ressenti par le malade) et permettant d'évaluer la sévérité de l'aphasie, se situait en moyenne à 2,8.

D'autres caractéristiques démographiques et cliniques permettant de décrire l'échantillon de l'étude ont été répertoriées dans un tableau (cf. annexe 1).

Parmi ces 23 patients inclus dans l'étude, 9 ont également été enregistrés lors d'une description orale d'image. En appliquant les critères d'exclusion supplémentaires concernant la présence d'apraxie de la parole, de dysarthrie et/ou de dysphonie, seulement 7 enregistrements ont été analysés. L'âge médian de ce sous-groupe de patients était de 66 ans ( $\mu = 63,29$  ;  $\sigma = 11,4$ ) avec 5 hommes (71,4%) et 2 femmes (28,6%).

Les caractéristiques démographiques et cliniques de ce sous-groupe ont également été répertoriées dans un tableau (cf. annexe 1).

## **Matériel**

### ***Lettre d'information et de non-opposition et formulaire de consentement éclairé***

Pour s'assurer de la non-opposition des participants à l'étude, les orthophonistes recrutées devaient lire ou faire lire à leur patient une lettre d'information et de non-opposition. Celle-ci comprenait l'ensemble des mentions prévues au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Les patients étaient ainsi informés du but de la recherche et de sa base légale, des informations les concernant qui allaient être recueillies ainsi que de la procédure pour les collecter. Il leur était également précisé leur droit d'accès à ces données, leur droit de rectification, d'effacement et de limitation de traitement. Enfin, ils étaient prévenus du caractère facultatif de l'étude et de leur droit de s'opposer à y participer.

Les participants faisant partie du sous-groupe de patients enregistrés devaient également signer un formulaire de consentement éclairé pour l'enregistrement audio. Celui-ci abordait aussi le but de l'étude, le déroulement de la participation et ses avantages, le droit de retrait ainsi que la gestion et la confidentialité des données récoltées.

### ***Le formulaire d'informations patient***

Ce formulaire (annexe 2) avait pour objectifs de permettre l'exclusion des patients ne répondant pas aux critères de la recherche et de recueillir les variables sur la population d'étude : informations générales, informations sur l'état de santé du patient, sur les conséquences de l'AVC et de l'aphasie sur sa vie, et sur sa prise en soin. L'orthophoniste complétant les tests devait également communiquer des informations la concernant (âge, type d'exercice, lieu d'exercice).

### ***Le Stroke Aphasic Depression Questionnaire-10 Version Ambulatoire (SADQ-A10)***

Le SADQ-10 est un questionnaire indirect développé en anglais et composé de 10 questions auxquelles l'observateur doit répondre selon la fréquence des comportements observés (Jamais, Rarement, Parfois, Souvent). Il s'agit donc d'une échelle de Likert avec un score total sur 30 et un seuil de dépistage à 14 (Sutcliffe & Lincoln, 1998). Il est accessible sur le site internet de l'Université de Nottingham (2007).

L'adaptation française du SADQ-10 a été réalisée lors d'une étude antérieure (Joyeux et al., 2022) en suivant une méthode de traduction parallèle et de traduction inverse, comme recommandé par l'ITC (2017). C'est cette traduction, réalisée par une équipe d'experts

qualifiés, et nommée « *Stroke Aphasic Depression Questionnaire-10* Version Ambulatoire » (SADQ-A10), qui a été utilisée dans cette étude (annexe 3).

### ***L'Aphasic Depression Rating Scale (ADRS)***

Tout comme le SADQ, l'ADRS est un questionnaire indirect (annexe 4). Composé de 9 questions sous la forme d'une échelle de Likert, ses réponses permettent à l'observateur de juger de l'intensité des symptômes. Son score total est sur 32 avec un seuil de dépistage à 9. Il a été développé, en français, pour être utilisé dans le cadre d'une prise en charge hospitalière (Benaim et al, 2004).

Seul outil actuellement validé en français pour les patients aphasiques post-AVC, il a été considéré dans cette étude comme le *gold standard*.

### ***La scène des cookies du Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE)***

« La scène des cookies » issue du BDAE, créé par Goodglass et Kaplan en 1972, est un support imagé permettant d'obtenir une description orale. Elle a été préférée à un récit libre afin de proposer un support émotionnel commun à tous les patients (M. Villain, communication personnelle, 9 juin 2021). La production vocale ainsi obtenue avait pour but de permettre une analyse de la déviation standard de la fréquence fondamentale de la voix des patients enregistrés. En effet, la diminution de la variabilité de la fréquence fondamentale dans le cadre de la dépression est une observation communément admise dans la littérature (Villain 2016).

Les enregistrements ont été réalisés à l'aide d'un microphone de la marque TONOR. Ils ont ensuite été analysés avec PRAAT, un logiciel de manipulation et d'analyse phonétique de la parole créé par Boersma et Weenink en 1992.

## **Procédures**

### ***Démarches administratives***

Comme recommandé par l'ITC (2017), une autorisation d'adaptation du SADQ-10 a tout d'abord été obtenue auprès des auteurs du test par Bassi et al. (2019). Le projet d'adaptation du test a ensuite été soumis auprès du Comité Ethique et Scientifique pour les Recherches, les

Etudes et les Evaluations dans le domaine de la Santé (CESREES). Un avis favorable a été rendu, avec des recommandations qui ont été suivies.

Cette recherche, qui entre dans le cadre de la méthodologie de référence MR-004, présente toutefois des points de non-conformité. Le CESREES a donc communiqué le dossier à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Afin de respecter au mieux la conformité au RGPD certains éléments du projet ont été modifiés. La CNIL a ensuite donné son autorisation (demande d'autorisation n° 921388) pour la mise en place de l'étude.

### ***Préalables aux passations***

Un pré-test de la version expérimentale du SADQ-A10 a été réalisé auprès de 4 orthophonistes (3 exerçant en libéral et 1 exerçant en HDJ) comme recommandé par Vallerand (1989). Un auto-questionnaire a permis d'évaluer la compréhensibilité et la clarté de la version expérimentale de l'outil. Suite aux retours des orthophonistes, les consignes de passation et la présentation de la cotation des résultats ont été précisées.

La version approuvée de l'outil à la suite de ce pré-test a ensuite été évaluée auprès d'un échantillon le plus représentatif possible de la population cible comme préconisé par l'ITC (2017) : objet de l'étude ici présentée.

Chaque orthophoniste a reçu, par mail ou en main propre, tous les documents nécessaires à la passation des tests. Les passations pouvaient avoir lieu dans différentes villes françaises. La seule contrainte géographique a été imposée lors de l'enregistrement des patients : ils devaient obligatoirement se trouver en région parisienne.

Une lettre d'information a été adressée à toutes les orthophonistes afin de les guider et d'assurer une homogénéité dans le protocole de passation (annexe 5). Celle-ci contenait les consignes de passation et de cotation pour les deux questionnaires.

### ***Déroulement des passations***

Il était tout d'abord demandé aux orthophonistes recrutées de lire ou faire lire le formulaire d'information et de non-opposition à leur patient et de s'assurer de leur bonne compréhension du document.

L'orthophoniste devait ensuite compléter le SADQ-A10 à partir de ses observations sur son patient durant la semaine venant de s'écouler. La même semaine, elle devait également remplir l'ADRS.

Au minimum sept jours après la première passation, le SADQ-A10 devait de nouveau être complété par l'orthophoniste pour le patient précédemment évalué.

Afin de remplir les deux questionnaires, l'orthophoniste pouvait demander de l'aide à une personne de confiance du patient. Cette aide était à signifier dans le « Formulaire d'informations patient ».

Enfin, les chercheuses-étudiantes se sont déplacées dans certains cabinets libéraux d'orthophonie de la région parisienne afin d'enregistrer un sous-groupe de patients. Les patients devaient signer un formulaire de consentement éclairé autorisant l'enregistrement audio de leur voix. Ils ont été enregistrés durant moins d'une minute sur une description de « La scène des cookies » du BDAE, avec pour consigne « Je vais vous montrer une image et vous devrez décrire ce que vous voyez ».

### *Analyses statistiques*

Selon le consensus COSMIN (Mokkink et al., 2010), différentes propriétés psychométriques doivent être mesurées afin d'investiguer la qualité d'un outil d'évaluation. Ainsi, la fiabilité (consistance interne et fidélité test-retest) et la validité (validités de critère et de construit) du SADQ-A10 ont été évaluées.

Pour évaluer la consistance interne du test, la méthode de bissection (items pairs/items impairs), la corrélation item-total et l'alpha de Cronbach ont été appliqués. La corrélation entre le score aux items pairs et le score aux items impairs ainsi que la corrélation item-total ont été interprétées selon les normes de Dancey et Reydi (2007). Quant à l'alpha de Cronbach, il a été interprété selon les normes établies par George et Mallery (2019).

Une corrélation de Spearman a été calculée pour mesurer la corrélation entre les scores à la première passation du SADQ-A10 et les scores à la deuxième passation du SADQ-A10 afin d'évaluer la fidélité test-retest. Elle a été interprétée selon les normes de Dancey et Reydi (2007). Le test Kappa de Cohen pondéré a également été appliqué afin de prendre en compte la variabilité entre les observations. Il a été interprété d'après les normes de Landis et Koch (1977).

La validité de critère et la validité de construit du SADQ-A10 ont été évaluées à l'aide d'une corrélation de Spearman en comparant les scores à la première passation du SADQ-A10 et les scores à l'ADRS, et interprétées selon les normes de Dancey et Reydi (2007). La

validité de critère a également été investiguée avec la mesure de la spécificité et la sensibilité de l'outil en se basant sur le score seuil de dépistage de la version originale du test.

Enfin, la déviation de la fréquence fondamentale de la voix du sous-groupe de patients enregistrés a été comparée aux résultats à la première passation du SADQ-A10, à l'aide d'une corrélation de Spearman, interprétée selon les normes de Dancey et Reydi (2007).

Dans le but d'évaluer ces différents paramètres, plusieurs hypothèses nulles ont été déterminées (cf. tableau 1).

Tableau 1. *Hypothèses de recherche sur le SADQ-A10.*

			<b>Hypothèses nulles (H0)</b>
<b>Fidélité</b>	<b>Consistance interne</b>	<i>Méthode de bissection</i>	Absence de corrélation significative entre les scores aux items pairs et les scores aux items impairs du SADQ-A10.
		<i>Corrélation item-total</i>	Absence de corrélation significative entre chaque item pris individuellement et le score total au SADQ-A10.
		<i>Alpha de Cronbach</i>	Absence de cohérence entre les items.
	<b>Fidélité test-retest</b>	<i>Corrélation de Spearman</i>	Absence de corrélation significative entre les scores à la première passation et les scores à la deuxième passation du SADQ-A10.
		<i>Kappa de Cohen</i>	Indépendance entre les jugements à la première passation et à la deuxième passation du SADQ-A10.
<b>Validité</b>	<b>Validité de critère</b>	<i>Validité concomitante</i>	Absence de corrélation significative entre les scores à la première passation du SADQ-A10 et les scores à l'ADRS.
	<b>Validité de construit</b>	<i>Validité convergente</i>	Absence de corrélation significative entre les scores à la première passation du SADQ-A10 et les scores à l'ADRS.
<b>Mesure objective : analyse de la voix</b>		<i>Corrélation de Spearman</i>	Absence de corrélation négative significative entre la déviation de la F0 et les scores à la première passation du SADQ-A10.

Les logiciels JMP Pro 16 et IBM SPSS ont été exploités dans le but de réaliser ces analyses statistiques. Des tests non-paramétriques ont été utilisés en raison du faible échantillon de l'étude, de la distribution des données qui ne suivait pas une loi normale et des tests qui sont des échelles de Likert.

Pour l'utilisation du logiciel JMP Pro 16, les données, normalement ordinales, ont été passées en données continues afin de pouvoir afficher les courbes de régression avant d'effectuer les différentes corrélations.

Le logiciel IBM SPSS a été utilisé uniquement pour le calcul du coefficient Kappa de Cohen pondéré. Une pondération quadratique a été appliquée.

## RESULTATS

Le score médian à la première passation du SADQ-A10 était de 7 (intervalle interquartile 4-15) et de 6 (intervalle interquartile 5-12) à la deuxième passation du SADQ-A10. Le score médian à l'ADRS était quant à lui de 7 (intervalle interquartile 3-9).

### Fidélité du SADQ-A10

#### *Consistance interne*

La consistance interne du SADQ-A10 a été mesurée selon la méthode de bissection (cf. figure 1). L'échelle a donc été divisée en deux parties (items pairs/items impairs) dont les scores composites ont été comparés à l'aide de la corrélation de Spearman ( $r_s = 0.52$ ,  $p = 0.0113$ ). La formule de Spearman-Brown a ensuite été employée afin d'estimer la fidélité du test entier : le coefficient de corrélation est alors évalué à 0.68.

Cette corrélation modérée interroge sur la capacité des deux moitiés du test à dépister la même chose.

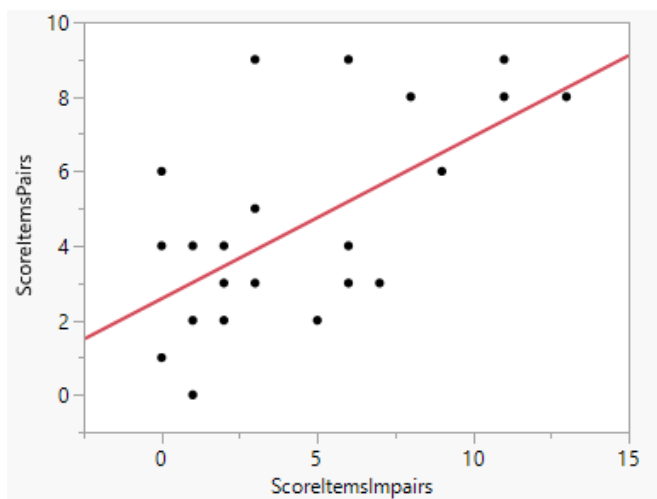


Figure 1. Corrélation entre le score aux items pairs (« ScoreItemsPairs » dans le graphique) et le score aux items impairs (« ScoreItemsImpairs » dans le graphique) du SADQ-A10.



La corrélation item-total ainsi que l'alpha de Cronbach ont également été calculés (cf. tableau 2). L'alpha de Cronbach prenant en compte tous les items est en faveur d'une cohérence interne acceptable avec  $\alpha = 0,77$ .

En ce qui concerne la corrélation item-total, toutes les corrélations ont une valeur  $p < 0.05$  sauf les items 2 et 10. De plus, ces deux items ont une faible corrélation avec le reste du test, avec respectivement  $r = 0.25$  et  $r = 0.23$ . L'alpha de Cronbach augmente d'ailleurs lorsque l'item 2 ( $\alpha = 0.79$ ) ou l'item 10 ( $\alpha = 0.78$ ) est supprimé.

Ces résultats remettent donc en question la pertinence de ces deux items au sein du questionnaire.

Tableau 2. *Corrélation item-total et alpha de Cronbach.*

	<b>Corrélation item-total</b>	<b>Valeur p</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach si l'item est supprimé</b>
<b>Item 1</b>	0.74	< 0.0001	0.73
<b>Item 2</b>	0.25	0.2574	0.79
<b>Item 3</b>	0.48	0.0205	0.76
<b>Item 4</b>	0.55	0.0069	0.75
<b>Item 5</b>	0.76	< 0.0001	0.72
<b>Item 6</b>	0.60	0.0025	0.75
<b>Item 7</b>	0.64	0.0011	0.74
<b>Item 8</b>	0.74	< 0.0001	0.72
<b>Item 9</b>	0.65	0.0007	0.74
<b>Item 10</b>	0.23	0.2893	0.78

### ***Fidélité test-retest***

La fiabilité dans le temps du SADQ-A10 a été évaluée lors de deux passations, réalisées à au moins sept jours d'intervalle. La corrélation entre ces deux passations a été mesurée (cf. figure 2).

La forte corrélation de Spearman retrouvée ( $r_s = 0.91$ ,  $p < 0.0001$ ) ainsi que le coefficient Kappa pondéré ( $k = 0.91$ ,  $p < 0.001$ ), qui illustre un accord excellent entre les deux jugements, vont dans le sens d'une bonne fidélité test-retest.

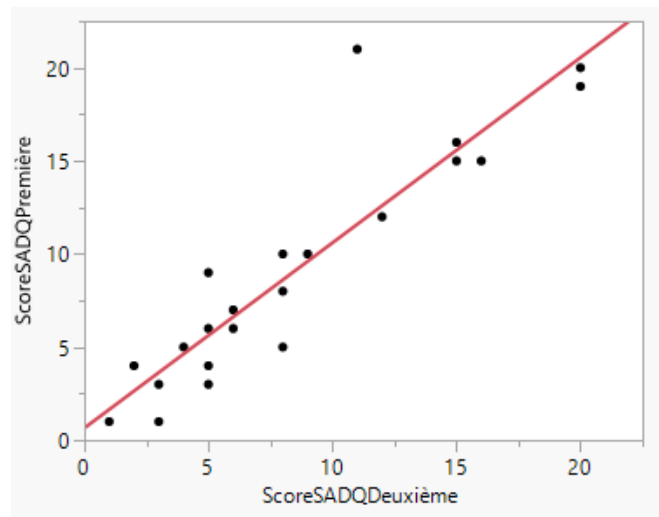


Figure 2. Corrélation entre les résultats à la première passation (« ScoreSADQPremière » dans le graphique) et les résultats à la deuxième passation (« ScoreSADQDeuxième » dans le graphique) du SADQ-A10.

## **Validité du SADQ-A10**

### ***Validité de contenu***

Le SADQ a été développé en se basant sur des comportements observables associés à une humeur dépressive et en incluant des items d'autres échelles de mesure de la dépression validées.

Compte-tenu du protocole codifié qui a été suivi pour la traduction, la validité de contenu du SADQ-A10 est assurée par le fait que la version traduite de l'outil repose sur les mêmes bases théoriques que sa version originale.

### ***Validité de critère et validité de construit***

La validité de critère, évaluée à l'aide d'une validité concomitante, et la validité de construit, jugée à partir d'une validité convergente, ont été analysées en mesurant la corrélation convergente entre les scores au SADQ-A10 et les scores à l'ADRS (cf. Figure 3).

La corrélation de Spearman retrouvée ( $r_s = 0.73$ ,  $p < 0.0001$ ) indique une forte corrélation entre les deux tests.

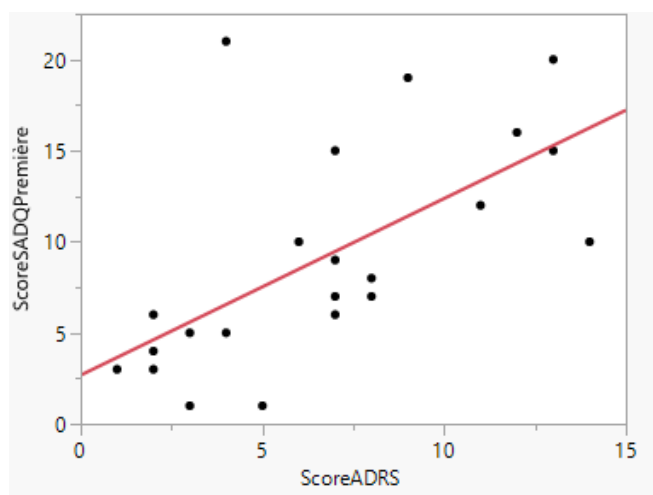


Figure 3. Corrélation entre les résultats à la première passation du SADQ-A10 (« ScoreSADQPremière » dans le graphique) et les résultats à l'ADRS (« ScoreADRS » dans le graphique).

Dans le cadre de la validité de critère, en se basant sur le score seuil de dépistage ( $\geq 14$ ) choisi par les auteurs de la version originale de l'échelle il a également été possible de déterminer la sensibilité et la spécificité de la version française de l'outil.

Parmi les 6 patients dépistés à risque de dépression avec l'ADRS, seuls 4 ont été dépistés correctement par le SADQ-A10. De plus, le SADQ-A10 a dépisté comme étant à risque 2 patients alors qu'ils ne l'ont pas été par l'ADRS.

L'adaptation française de l'outil, en se basant sur le seuil de dépistage  $\geq 14$ , présente donc une sensibilité qui permet de détecter avec justesse 66% des patients à risque de dépression et une spécificité permettant de discriminer correctement 88% des patients n'étant pas à risque de dépression.

### **Comparaison avec une mesure objective**

La moyenne de la déviation standard de la fréquence fondamentale (F0) a été calculée sur trois extraits de 10 secondes (début, milieu, fin) pour chaque enregistrement et comparée aux scores obtenus à la première passation du SADQ-A10.

Une corrélation de Spearman a été appliquée ( $r_s = -0.13$ ,  $p = 0.79$ ) mais elle n'est pas significative.

# DISCUSSION

## **Synthèse des résultats et liens avec la littérature**

Les résultats de l'étude présument que l'adaptation française du SADQ-10 permet un dépistage fiable et valide de la dépression chez le patient aphasique post-AVC. Cependant, compte-tenu du faible nombre de participants, l'étude nécessite d'être répliquée auprès d'un échantillon plus grand et plus représentatif de la population cible afin de confirmer sa validité externe.

Cette recherche a été réalisée en commençant par évaluer la consistance interne du test. Les résultats à la première passation du SADQ-A10 ont également été comparés aux résultats à la deuxième passation du SADQ-A10 pour mesurer la fidélité test-retest de l'outil. Le SADQ-A10 a ensuite été comparé à l'ADRS, qui était considéré ici comme le *gold standard*, afin de juger de sa validité. Enfin, dans le but d'ajouter une mesure objective, les résultats au SADQ-A10 ont été comparés à la déviation standard de la fréquence fondamentale de la voix pour un sous-groupe de patients.

Bien que les résultats obtenus soient en faveur d'une validité suffisante du SADQ-A10 et confirment que le test mesure bien la potentielle présence d'une dépression chez les patients aphasiques post-AVC, ils interrogent quant à sa fidélité. En effet, si la fiabilité test-retest est confirmée par cette étude, la consistance interne de l'outil, bien que correcte, pourrait être améliorée par l'abandon et/ou le remaniement des items 2 (« A-t-il/elle des nuits agitées et non reposantes ? ») et 10 (« Garde-t-il/elle une occupation au long de la journée ? »). En ce qui concerne l'analyse de la F0 des patients enregistrés, les résultats ne peuvent être interprétés en raison du nombre trop faible de participants dans ce sous-groupe.

Certains des résultats trouvés dans cette étude peuvent être mis en parallèle avec ceux décrits par Sutcliffe et Lincoln (1998) lors de leur travail sur le développement de la version originale de l'outil. Bien qu'ils aient mesuré un alpha de Cronbach similaire ( $\alpha = 0.80$ ), leur coefficient de corrélation à la méthode de bissection était supérieur ( $r_s = 0.81$ ). Il est toutefois à noter que la méthode utilisée (pair/impair ou aléatoire) n'était pas explicitée. En ce qui concerne la fidélité test-retest de l'outil ( $r_s = 0.69$ ) elle était bien inférieure à celle retrouvée dans la présente étude. Ceci peut s'expliquer par le délai entre les deux passations qui était de quatre semaines pour Sutcliffe et Lincoln (1998), alors qu'il était en moyenne de 15 jours dans l'étude décrite ici.

Laures-Gore et ses collaborateurs (2017) se sont pour leur part intéressés à la relation entre le SADQ-10 et la version anglaise de l'ADRS. Cette étude a montré une corrélation entre les deux tests ( $r = 0.708$ ,  $p < 0.001$ ) similaire à celle présentée ici. Pareillement à ce qui a été retrouvé ici, l'alpha de Cronbach augmente à la suppression de l'item 10. Il est à noter que ces analyses de résultats ont été réalisées sur 24 et 23 patients respectivement pour le SADQ-10 et l'ADRS, un nombre de participants sensiblement similaire à celui de l'étude ici exposée.

### **Limitations et biais de l'étude**

Cette étude présente des limites. Tout d'abord, l'ADRS a été utilisé ici dans le cadre d'un exercice ambulatoire alors qu'il est initialement destiné à une pratique hospitalière. L'absence d'autres outils actuellement validés en langue française pour dépister la dépression chez le patient aphasique post-AVC est à l'origine de cette décision.

Aussi, il n'a pas été possible de s'appuyer sur la méthode d'équivalence, comme le recommande l'ITC (2017), en plus de l'évaluation de la fiabilité test-retest et de la consistance interne, pour estimer la fidélité du SADQ-A10. Cette limite s'explique par la tâche supplémentaire que cela aurait constituée pour les orthophonistes recrutées.

Cette dernière raison explique également l'absence d'analyse de la validité divergente du test (ITC, 2017). La validité concomitante, quant à elle, a seulement été évaluée à partir des cotations d'orthophonistes parlant français. Il aurait été intéressant de recruter des orthophonistes bilingues anglais-français afin de comparer leurs cotations à la version originale et leur cotation à l'adaptation française du test (Vallerand, 1989). Aussi, l'analyse factorielle, recommandée par l'ITC (2017) pour évaluer la validité de construit du SADQ-A10, n'a pas été possible en raison du trop faible échantillon de l'étude.

Ce faible échantillon d'étude n'a pas permis non plus d'établir des normes comme le recommande Vallerand (1989) dans la dernière étape de son protocole. En effet, définir un score seuil de dépistage en se basant sur les résultats de 23 sujets paraissait peu pertinent (ITC, 2017).

Le SADQ-A10 étant un questionnaire indirect qui demande une connaissance du patient de la part de l'évaluateur, cette étude a fait appel à plusieurs observateurs. Ceci a nécessairement entraîné une variabilité inter-juge et des conditions de testing potentiellement différentes, contrairement à ce qui est recommandé par l'ITC (2017). De plus, 3 orthophonistes recrutées ont eu besoin de faire appel à une personne de confiance pour les aider à compléter le

questionnaire. Il aurait donc été intéressant d'étudier la satisfaction des orthophonistes quant à leur capacité à pouvoir répondre seules à tous les items en se basant uniquement sur leurs observations, ou encore d'étudier l'équivalence des cotations entre une complétion du questionnaire par l'entourage du patient et une complétion par son orthophoniste.

Concernant les biais (Orlikoff et al., 2015), il a été tenté de les réduire en amont de la recherche. Tout d'abord, l'intérêt a porté sur la réduction du biais d'histoire qui affecte particulièrement les études longitudinales. Il a été ainsi demandé aux orthophonistes de signaler si un événement particulier (deuil, divorce...) était arrivé dans la vie du patient entre les deux passations du SADQ-A10, ce qui aurait entraîné son exclusion de l'étude.

Ensuite, les tests étant indirects, le biais d'environnement ne concernait pas les patients mais les évaluateurs. Etant donné que la passation des questionnaires se déroulait déjà en ambulatoire, sur les lieux visés par la recherche (cabinet libéral et HDJ), les performances des évaluateurs semblent bien généralisables et le biais d'environnement réduit.

Enfin, il a été tenté de contrôler le biais d'instrumentation en standardisant les procédures à l'aide des consignes de passation distribuées à chaque orthophoniste recrutée.

Malgré ces efforts, cette recherche comporte tout de même certains biais. Plusieurs sont dus au design de l'étude. En effet, en dépit des nombreuses relances, le temps limité n'a pas permis de recruter un nombre suffisant de patients. Le faible échantillon d'étude peut donc être à l'origine d'un biais de sélection quant à la représentativité de la population cible.

Aussi, le SADQ-A10 étant un test subjectif complété dans cette étude par plusieurs observateurs différents, la cotation des réponses restait dépendante des évaluateurs malgré la tentative de standardisation des procédures (consignes identiques données à toutes). Ceci interroge sur la présence d'un biais d'instrumentation, tout comme l'intervalle entre les deux passations du SADQ-A10 qui était parfois très élevé (entre 7 et 41 jours) alors qu'un délai de 7 jours était préconisé dans les instructions données.

Enfin, deux orthophonistes n'ont pas renvoyé tous les documents de passation. Il manquait en effet la deuxième passation du SADQ-A10, ce qui a constitué des patients perdus de vue entre la première et la deuxième passation. Ceci entraîne un biais d'attrition car ces sujets ont été écartés de l'étude. Ces non-respects des consignes peuvent amener à se demander si elles étaient assez claires et si elles ne mériteraient pas une amélioration.

Afin d'améliorer les futures recherches, il est donc d'abord suggéré d'avoir un échantillon de taille plus conséquente et plus représentatif de la population cible dans le but de réduire le biais de sélection. Cela permettrait également d'établir des normes afin de définir un score seuil de dépistage. Ensuite, il conviendrait de recruter un évaluateur unique pour tous les participants afin de contrôler la variabilité inter-juge et de s'assurer du respect des procédures. Cela semble néanmoins difficilement réalisable compte-tenu du fait que l'observateur doit connaître le patient pour pouvoir l'évaluer à l'aide du SADQ-A10. Le recrutement d'orthophonistes bilingues paraît également pertinent pour appuyer la validité concomitante selon le critère d'équivalence entre la version française et la version originale du test. Enfin, s'intéresser à l'équivalence du test avec une autre version de lui-même et à sa validité divergente avec un autre outil permettrait d'investiguer davantage la validité du SADQ-A10.

En conclusion, cette étude met en évidence des éléments en faveur de la validité et de la fiabilité du SADQ-A10. Toutefois, elle nécessite d'être répliquée auprès d'un échantillon plus grand et représentatif de la population cible. Le SADQ-A10 pourrait alors être utilisé par des professionnels de santé et constituer le seul instrument de mesure actuellement disponible en français permettant de dépister la dépression chez les patients aphasiques post-AVC pris en charge en ambulatoire.

# Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (M.-A. Crocq, & J.-D. Guelfi, Trans. ; 5<sup>th</sup> ed.). Elsevier Masson. (Travail original publié en 2013).
- 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(S1) 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., & Lincoln, N. B. (2006). Potential screening measures for depression and anxiety after stroke. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 13(9), 401-406. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2006.13.9.21784>
- Brin, F., Courrier, C., Lederle, E., & Masy, V. (2018). *Dictionnaire d'orthophonie* (4<sup>ème</sup> édition). Ortho Edition.
- Boersman, P., & Weenink, D. (1992-2022). *Praat: doing phonetics by computer* (version 5.2.01). [Logiciel]. <https://www.praat.org>
- Cobley, C.S., Thomas, S.A., Lincoln, N. B., & Walker, M. F. (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(4), 372-381. <https://doi.org/10.1177/0269215511422388>
- Chollet, F. (2017). Médicaments antidépresseurs et récupération fonctionnelle après accident vasculaire cérébral. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 201(1-3), 467-479.
- Dancey, C.P., & Reidy, J. (2007). *Statistics without maths for psychology* (4<sup>th</sup> ed.). Pearson Education.
- George, D., & Mallery, P. (2019). *IBM SPSS statistics 26 step by step : A simplement guide and reference* (16<sup>th</sup> ed). Routledge.



- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1972). *The assessment of aphasia and related disorders*. Lea & Febiger.
- Hackett, M. L., & Pickles, K. (2014). Part I: Frequency of depression after stroke: An updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke*, 9(8), 1017-1025. <https://doi.org/10.1111/ijvs.12357>
- International Test Commission. (2017). *ITC Guidelines for Translating and Adapting Test* (2<sup>nd</sup>ed.). [https://www.intestcom.org/files/guideline\\_test\\_adaptation\\_2ed.pdf](https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf)
- Joyeux, N., Evain, R., & Ravella, C. (2022). Traduction et adaptation du SADQ (questionnaire de repérage de la dépression chez l'aphasique post-AVC). *Revue neurologique*, 178, 4 (S1), S104. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2022.02.365>
- Landis J. R., & Koch G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- 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>
- Mokkink, L.B., Terwee, C.B., Patrick, D.L., Alonso, J., Strasford, P.W., Knol, D.L., Bouter, L.M., & de Vet, H.C. (2010). The COSMIN study reached international consensus of taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Clinical Epidemiology*, 63(7), 737-745. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>
- Orlikoff, R.F., Schiavetti, N., & Metz, D.E. (2015). *Evaluating research in communicative disorders* (7<sup>th</sup> ed). Pearson.
- Shehata, G.A., Mistikawi, T.E., Risha, A.K., & Hassan, H.S. (2015). The effect of aphasia upon personality traits, depression and anxiety among stroke patients. *Journal of Affective Disorders*, 172, 312-314. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.027>
- 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>

University of Nottingham. (2007). Stroke Aphasic Depression Questionnaire – Community version (10 items).

<http://www.nottingham.ac.uk/medicine/about/rehabilitationeing/publishedassessments.aspx>

Vallerand, R.J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implication pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology*, 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), 785-810. <https://doi.org/10.1177/0269215515599665>

Villain, M. (2016). *Facteurs de risque et de protection pour la dépression post AVC : approche en vie quotidienne*. [Thèse de doctorat en Neurosciences, Ecole Pratique des Hautes Etudes de Paris]. TEL. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02102299>



# Annexes

Annexe 1 : Tableau des caractéristiques démographiques et cliniques de l'échantillon d'étude

<b><u>ECHANTILLON TOTAL DE L'ETUDE</u></b>			
<b>Variables</b>	<b>Sujets (%)</b>	<b>Variables</b>	<b>Sujets (%)</b>
Sexe		Troubles associés	
Homme	13 (56,5)	Oui	11 (47,8)
Femme	10 (43,5)	Non	12 (52,2)
Niveau socio-culturel		Autre(s) prise(s) en charge paramédicale(s)	
>Baccalauréat	12 (52,2)	Oui	12 (52,2)
< Baccalauréat	10 (43,5)	Non	11 (47,8)
Ne sait pas	1 (4,3)	Diagnostic de dépression	
Types d'AVC		Oui	4 (17,4)
Hémorragique	6 (26,1)	Non	18 (78,3)
Ischémique	15 (65,2)	Ne sait pas	1 (4,3)
Ne sait pas	2 (8,7)	Prise d'anti-dépresseurs	
Phase de l'AVC		Oui	6 (26,1)
Subaiguë	2 (8,7)	Non	16 (69,6)
Chronique	21 (91,3)	Ne sait pas	1 (4,3)
Localisation de la lésion		Mode de vie	
Gauche	21 (91,3)	Seul	3 (13,1)
Droit	2 (8,7)	Accompagné	20 (86,9)
Type de prise en charge orthophonique		Adaptations pour les troubles moteurs	
Libéral	20 (86,9)	Oui	7 (30,4)
HDJ	3 (13,1)	Non	16 (69,6)
<b><u>SOUS-GROUPE DE PATIENTS ENREGISTRES</u></b>			
<b>Variables</b>	<b>Sujets (%)</b>	<b>Variables</b>	<b>Sujets (%)</b>
Sexe		Diagnostic de dépression	
Homme	5 (71,4)	Oui	2 (28,6)
Femme	2 (28,6)	Non	4 (57,1)
Types d'AVC		Ne sait pas	1 (14,3)
Hémorragique	1 (14,3)	Prise d'anti-dépresseurs	
Ischémique	6 (85,7)	Oui	2 (28,6)
Phase de l'AVC		Non	5 (71,4)
Subaiguë	2 (28,6)		
Chronique	5 (71,4)		
Localisation de la lésion			
Gauche	7 (100)		
Droit	0 (0)		

## Annexe 2 : Formulaire d'informations patient

**LURCCO**  
Laboratoire Universitaire de Recherche  
Clinique en Orthopédie

**SORBONNE**  
UNIVERSITÉ

### Formulaire d'informations patient

1) Informations générales

Sexe :  Masculin  Féminin

Âge :

Niveau socio-culturel :  Brevet ou équivalent  Bacalauréat  Etudes supérieures

Langue maternelle :

Le patient vit :  Au sein d'une institution  A domicile

Si « à domicile », précisez la date du retour :  Accompagné  Seul

Si « à domicile », précisez si le patient vit :  Hôpital De Jour  Libéral

Le patient suit une rééducation orthophonique en :  Hôpital De Jour  Libéral

A quelle fréquence ?

Le patient suit-il d'autres rééducations (kinésithérapie, ergothérapie, etc.) ? Si oui, précisez lesquelles :

2) Informations concernant l'AVC et l'aphasie

Date du ou des AVC :

Type du dernier AVC :  Isolémiq.  Hémiorragique

Localisation du dernier AVC :

Score de gravité de l'aphasie - BDAE : 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Etat cognitif et autonomie avant l'AVC :

Pas de trouble  Suspicion de perte d'autonomie  Démence

Autre(s) :

3) Autres informations

Le patient présente-t-il des troubles associés ? Si oui, précisez lesquels :

Surdité  C citi   Troubles psychiatriques  Dysarthrie

Apraxie de la parole  Autres :

**LURCCO**  
Laboratoire Universitaire de Recherche  
Clinique en Orthopédie

**SORBONNE**  
UNIVERSITÉ

Le patient présente-t-il des troubles moteurs nécessitant des adaptations pour se déplacer (fauteuil, canne...) ou des adaptations de son domicile (rampes d'escalier...) ? Si oui, précisez lesquelles :

Le patient prend-il des antidépresseurs ?

Le patient a-t-il eu un diagnostic de dépression ? Si oui, quand :

4) Informations concernant l'orthophoniste ayant réalisé les passations

Sexe :  Masculin  Féminin

Âge :

Type d'exercice :  Libéral  Salarial  Mixte

Lieu d'exercice (ville) :

Avez-vous fait appel à une personne de confiance pour compléter le questionnaire ?

Oui  Non

*Les chercheurs étudient les données recueillies dans le but de proposer aux professionnels de santé un outil de dépistage de la dépression chez le patient aphasique post-AVC en langue française, simple d'utilisation et adapté à la prise en charge ambulatoire. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, r pandez-vous à la lettre d'information et de non-opposition ci-jointe.*

**Stroke Aphasic Depression Questionnaire-10  
Version Ambulatoire**

Date : / /

Merci d'indiquer à quelle fréquence vous avez observé les comportements suivants au cours de la dernière semaine.

1. Pleure-t-il/elle ?

Souvent (3) Parfois (2) Rarement (1) Jamais (0)

2. A-t-il/elle des nuits agitées et non reposantes ?

Souvent (3) Parfois (2) Rarement (1) Jamais (0)

3. Evite-t-il/elle le contact visuel quand vous lui parlez ?

Souvent (3) Parfois (2) Rarement (1) Jamais (0)

4. Eclate-t-il/elle en sanglots ?

Souvent (3) Parfois (2) Rarement (1) Jamais (0)

5. Se plaint-il/elle de maux ou de douleurs ?

Souvent (3) Parfois (2) Rarement (1) Jamais (0)

6. A-t-il/elle des colères ?

Souvent (3) Parfois (2) Rarement (1) Jamais (0)

7. Refuse-t-il/elle de participer à des activités en groupe ?

Souvent (3) Parfois (2) Rarement (1) Jamais (0)

8. Est-il/elle agité(e) et nerveux(se) ?

Souvent (3) Parfois (2) Rarement (1) Jamais (0)

9. Reste-t-il/elle assis(e) sans rien faire ?

Souvent (3) Parfois (2) Rarement (1) Jamais (0)

10. Garde-t-il/elle une occupation au long de la journée ?

Souvent (0) Parfois (1) Rarement (2) Jamais (3)

Score total : /30

Annexe 4 : *Aphasic Depression Rating Scale* (Benaim et al., 2004)

Aphasia Depression Rating Scale (ADRS)

<b>1 - Insomnie du milieu de la nuit</b>	<input type="text"/>
0 Pas de difficulté	
1 Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit	
2 Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit – sauf si c'est pour uriner)	
<b>2 - Anxiété somatique chronique</b>	<input type="text"/>
0 Absente	
1 Discrète (gastro-intestinaux, bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations)	
2 Moyenne	
3 Grave (cardio-vasculaires : palpitations, céphalées)	
4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle (respiratoires : hyperventilation, soubres, transpiration)	
<b>3 - Symptômes somatiques gastro-intestinaux</b>	<input type="text"/>
0 Aucun	
1 Perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale	
2 A des difficultés à manger en l'absence d'indications du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques	
<b>4 - Perte de poids</b>	<input type="text"/>
0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine	
1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine	
2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine	
<b>5 - Tristesse apparente correspond au découragement, à la dépression au désespoir (plus qu'un carard passager) reflétés par la parole, la mimique, la posture, le regard.</b>	<input type="text"/>
Coter selon la profondeur et l'incapacité à se déridier	
0 Pas de tristesse	
1 entre 0 et 2	
2 Semble découragé mais peut se déridier sans difficulté	
3 Entre 2 et 4	
4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps	
<b>6 - Lenteur et rareté des mouvements de la tête et du cou : mimique</b>	<input type="text"/>
0 La tête est mobile, son port est souple, le regard explore la pièce et fixe alternativement l'examinateur et d'autres centres d'intérêts de façon adaptée. Les mouvements de la bouche sont d'amplitude normale	
1 Il existe peut-être une réduction de mobilité, difficile à affirmer	
2 La réduction de la mobilité est indiscutable mais légère. Le regard souvent fixe est encore capable de mobilité, la mimique encore expressive est monotone	
3 Le malade ne bouge pas la tête, n'explore pas la pièce, a le regard fixé le plus souvent vers le bas et regarde rarement l'examinateur. Il articule mal, ses lèvres sont peu mobiles, il ne sourit jamais, la mimique est figée	
4 Faciès entièrement figé et douloureusement inexpressif	

<b>7 - Anxiété psychique</b>	<input type="text"/>
0 Aucun trouble	
1 Tension subjective et irritabilité (anxiété légère)	
2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs (anxiété modérée)	
3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage (anxiété sévère)	
4 Peurs exprimées sans qu'on pose de questions (anxiété invalidante)	
<b>8 - Hypochondrie</b>	<input type="text"/>
0 Absente	
1 Attention concentrée sur son propre corps	
2 Préoccupations sur sa santé	
3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide, conviction d'être malade physiquement	
4 Idées délirantes hypochondriaques	
<b>9 - Fatigabilité</b>	<input type="text"/>
0 La fatigue n'est ni spontanément signalée, ni retrouvée à l'interrogatoire ou la sollicitation	
1 La fatigue n'est pas signalée spontanément, mais peut être mise en évidence par l'interrogatoire ou la sollicitation	
2 Le malade est gêné par sa fatigue dans la vie quotidienne (manger, faire sa toilette,...)	
3 La fatigue oblige le malade à une réduction de ses activités	
4 Réduction quasi totale des activités mise sur le compte de la fatigue	

**SCORE TOTAL :**  /32

*Épisode dépressif probable si le score est supérieur ou égal à 9/32*

## Lettre d'information pour les orthophonistes et protocole de passation des tests

Madame/Monsieur,

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude concernant la validation de la version française du SADO-10. Cette recherche s'inscrit dans le cadre de notre mémoire de fin d'études d'orthophonie et est en lien avec l'UNADREO ([umidreco@gmail.com](mailto:umidreco@gmail.com)), et plus précisément l'ERU 22.

Elle vise à savoir si la version traduite du SADO-10 est efficace pour dépister la dépression chez les sujets aphasiques post-AVC. De ce fait, nous avons choisi de la comparer à l'ADRS, seul outil actuellement disponible en français pour ce dépistage.

Nous vous prions donc de trouver ci-joint :

- Une lettre d'information et de non-opposition à faire lire et cocher à votre patient en première intention pour vous assurer de sa participation volontaire et informée au sein de notre étude.
- Un questionnaire, nommé formulaire informations patient, qui nous permettra de recueillir les données de santé de votre patient de manière à pouvoir l'inclure dans la recherche et analyser par la suite les variables de la population étudiée. Afin de le compléter au mieux, vous pouvez vous appuyer sur le dossier médical du patient ou interroger directement le patient ou sa personne de confiance. A la fin de ce document, vous trouverez également quelques questions vous concernant.
- La version traduite du SADO-10, nommée SAQD-A10.pdf, pour laquelle vous trouverez le protocole de passation à la page suivante.
- La version française de l'ADRS, nommée ADRS.pdf, pour laquelle vous trouverez le protocole de passation à la page suivante.
- Si vous exercez en région parisienne, nous pourrions également nous déplacer afin d'enregistrer une production orale de votre patient sur la « Scène des Cookies » (issue de la BDAD). Cet enregistrement, que nous réaliserons avec une vingtaine de patients, nous permettra de mener une analyse objective acoustique de la voix en vue de la comparer aux résultats obtenus aux questionnaires.

Vous pouvez nous renvoyer les documents remplis à l'adresse mail suivante ou par voie postale à

En cas de renvoi par mail, nous vous prions, dans une optique de confidentialité, soit de **surligner le mail** une fois que nous en accuserons bonne réception soit de **crypter les documents joints**.

### Protocole de passation de l'ADRS :

Vous devez prendre connaissance du test au préalable. Vous pouvez vous entraîner seul ou en proposant le test à une tierce personne.

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

Le score final est noté sur 32.

### Protocole de passation du SADO-A10 :

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

Cotation :

- Pour les questions 1-2-3-4-5-6-7-8-9, la cotation va de 3 points pour « Souvent » à 0 point pour « Jamais ».
- Pour la question 10, la cotation va de 0 point pour « Souvent » à 3 points pour « Jamais ».

Le score final est sur 30.

*Ce test doit être de nouveau complété, au minimum 7 jours après la première passation, afin de nous permettre d'évaluer sa fiabilité dans le temps. Si un événement (déménagement, etc.) pouvant influencer l'humeur de votre patient a eu lieu entre les deux passations, nous vous remercions de l'indiquer lors de la deuxième passation.*

**Important :** les deux questionnaires ci-dessus doivent être complétés à l'aide de vos observations et de vos connaissances à propos du patient, sans intervention directe de celui-ci.

Si vous éprouvez des difficultés à compléter certains items, vous pouvez faire appel à la personne de confiance du patient afin de vous guider dans vos réponses.



