Validation préliminaire du SADQ-10 en français, outil de dépistage de la dépression post-AVC chez le patient aphasique pris en charge en ambulatoire.

Autrices :
Auriane Nonga Yomb[1]
Elora Roudet[1]
Nathaly Joyeux[2]

Affiliations :
[1] Orthophoniste, France
[2] LURCO, ERU 22, Paris, France

Autrice de correspondance :
Nathaly Joyeux
nathalyjoyeux@gmail.com

Dates :
Soumission : 28/09/2022
Acceptation : 12/09/2023
Publication : 28/12/2023

Comment citer cet article :
Nonga, A., Roudet, E., & Joyeux, N. (2023). Validation préliminaire du SADQ-10 en français, outil de dépistage de la dépression post-AVC chez le patient aphasique pris en charge en ambulatoire. *Glossa*, 138, 44-58. https://doi.org/10.61989/3zsvnh93

e-ISSN : 2117-7155

Licence :
© Copyright Auriane Nonga Yomb, Elora Roudet, Nathaly Joyeux, 2023. Ce travail est disponible sous licence Creative Commons Attribution 4.0 International.

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 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 de 23 sujets a été évaluée.

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 (α = 0,77) qui pourrait cependant être améliorée. Sa validité a également été démontrée (r_s = 0.73, $p < 0.0001$).

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 premier 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

Preliminary validation of the SADQ-10 in french, a screening tool for post-stroke depression in ambulatory aphasic patients.

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 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 of 23 study subjects were assessed.

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 ($r_s = 0.73$, $p < 0.0001$).

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 first 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 (Cobley et al., 2012). Cependant, l'*Aphasic Depression Rating Scale* (ADRS) de Benaïm et al. (2004) et le *Stroke Aphasic Depression Questionnaire* (SADQ) de Sutcliffe et Lincoln (1998) répondent aux particularités de cette population. En effet, ces deux questionnaires indirects sont remplis par le soignant ou par l'entourage du patient. Le recueil du comportement observable ainsi collecté permet d'éviter l'écueil du trouble du langage. L'ADRS, seul test actuellement disponible en français, a été créé par ses auteurs pour une pratique hospitalière, et présenterait selon van Dijk et al. (2016), des limites dans son utilisation clinique en raison de l'entraînement préalable nécessaire à son administration. La version courte en dix questions du SADQ (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 & Lincoln, 2006) mais a été développée en anglais (Sutcliffe & Lincoln, 1998). Il existe également une version hospitalière du test, SADQ-H (Lincoln et al., 2000) dont la traduction en français (Amossé, s.d.) est disponible sur le site internet de l'Université de Nottingham mais n'a pas fait l'objet d'une validation.

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 trois grandes références : le protocole de Vallerand (1989), les *Guidelines for Translating and Adapting Test* de l'*International Test Commission* ([ITC], 2017) et les *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures* (Beaton et al., 2000), 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. Ces références ne sont toutefois pas spécifiques à l'adaptation des hétéro-questionnaires.

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 vise donc à vérifier que l'adaptation française du SADQ-10 permet un dépistage fiable et valide de la dépression chez le patient aphasique post-AVC.

MÉTHODE

Sujets de l'étude

Mode de recrutement

Pour cette étude longitudinale, 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 des Orthophonistes (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 (95, 91, 77, 75, 56, 42, 38, 37, 34, 33, 21), 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 l'AVC afin de correspondre aux critères diagnostiques de la dépression. En effet, le DSM-5 (*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 n'étaient pas inclus à l'étude s'ils présentaient : une surdité, une cécité, un diagnostic de démence précédant leur AVC et/ou d'un autre trouble psychiatrique.

Échantillon 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 ; μ = 55,7 ; σ = 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, Goodglass & Kaplan, 1972), 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. Les patients ont présenté des scores allant de 1 à 5.

Ces informations ont été récoltées via le « Formulaire informations patient » (cf. annexe A).

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

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

Le SADQ-10 Community version 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 (University of 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 (cf. annexe B).

L'Aphasic Depression Rating Scale (ADRS)

Tout comme le SADQ, l'ADRS est un questionnaire indirect. 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 (Benaïm et al., 2004).

TABLEAU 1 : Caractéristiques démographiques et cliniques de l'échantillon de l'étude

Variables		Nombre de sujets (%)
Sexe	Homme	13 (56,5)
	Femme	10 (43,5)
Niveau socio-culturel	>Baccalauréat	12 (52,2)
	< Baccalauréat	10 (43,5)
	Ne sait pas	1 (4,3)
Types d'AVC	Hémorragique	6 (26,1)
	Ischémique	15 (65,2)
	Ne sait pas	2 (8,7)
Phase de l'AVC	Subaigue	2 (8,7)
	Chronique	21 (91,3)
Localisation de la lésion	Gauche	21 (91,3)
	Droite	2 (8,7)
Type de prise en charge orthophonique	Libéral	20 (86,9)
	HDJ	3 (13,1)
Troubles associés	Oui	11 (47,8)
	Non	12 (52,2)
Autre(s) prise(s) en charge paramédicale(s)	Oui	12 (52,2)
	Non	11 (47,8)
Diagnostic de dépression	Oui	4 (17,4)
	Non	18 (78,3)
	Ne sait pas	1 (4,3)
Prise d'anti-dépresseurs	Oui	6 (26,1)
	Non	16 (69,6)
	Ne sait pas	1 (4,3)
Mode de vie	Seul	3 (13,1)
	Accompagné	20 (86,9)
Adaptations pour les troubles moteurs	Oui	7 (30,4)
	Non	16 (69,6)

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

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 Éthique et Scientifique pour les Recherches, les Études et les Évaluations dans le domaine de la Santé (CESREES). Un avis favorable a été rendu, avec des recommandations qui ont été suivies. 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.

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. 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 ».

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 Reidy (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 Reidy (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 Reidy (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.

Dans le but d'évaluer ces différents paramètres, plusieurs hypothèses nulles ont été déterminées (cf. tableau 2).

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.

RÉSULTATS

Le score médian à la première passation du SADQ-A10 était de 7 (intervalle interquartile 4-15)

TABLEAU 2 : Hypothèses de recherche sur le SADQ-A10 selon le consensus COSMIN

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

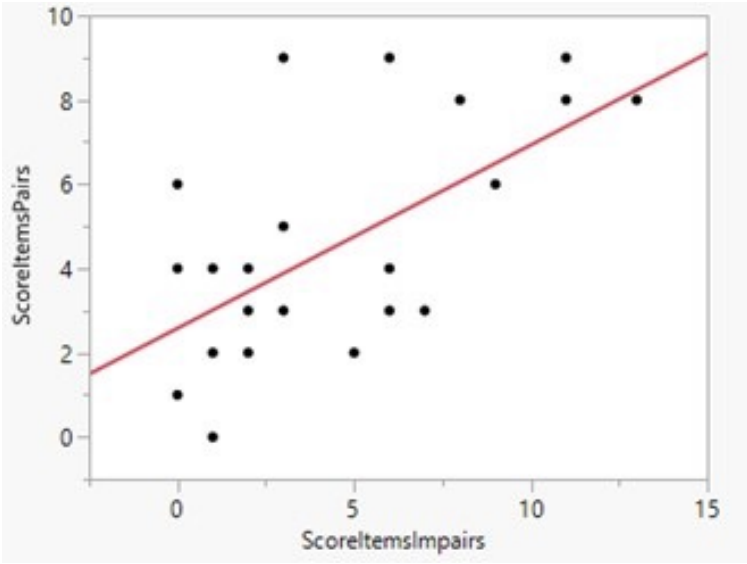


FIGURE 1 : Corrélation entre le score aux items pairs et impairs du SADQ-A10

et de 6 (intervalle interquartile 5-12) à la deuxième passation du SADQ-A10. Le délai moyen entre les deux passations était de 16 jours. 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.

TABLEAU 3 : Corrélation item-total et alpha de Cronbach

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

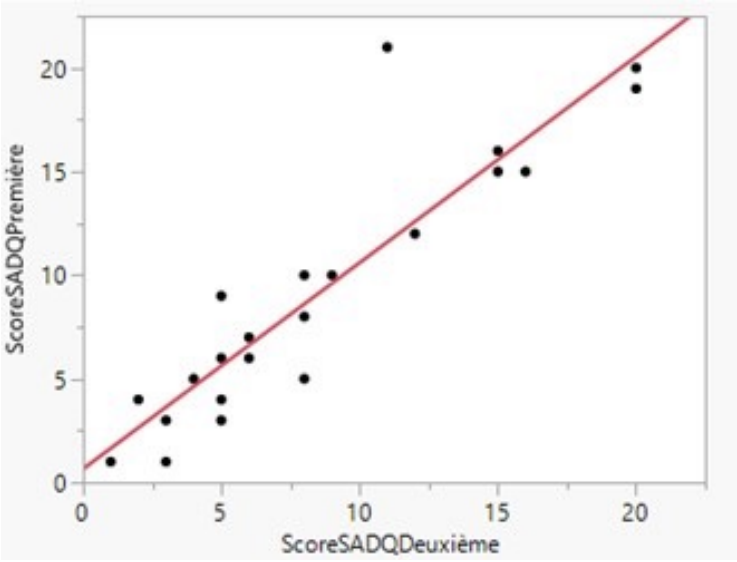


FIGURE 2 : Corrélation entre les résultats à la première et à la deuxième passation du SADQ-A10

La corrélation item-total ainsi que l'alpha de Cronbach ont également été calculés (cf. tableau 3). L'alpha de Cronbach prenant en compte tous les items est en faveur d'une cohérence interne acceptable avec α = 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.

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.

Validité du SADQ-A10

Validité de contenu

Le SADQ a été développé en se basant sur des comportements observables associés à une

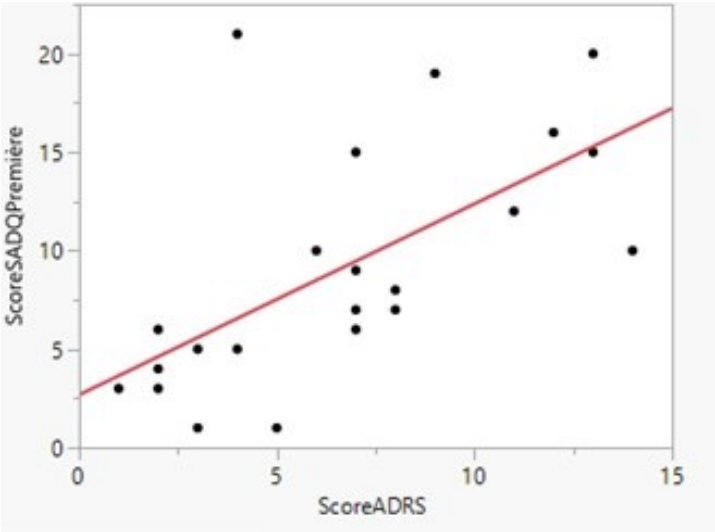


FIGURE 3 : Corrélation entre les résultats au SADQ-A10 (1ère passation) et à l'ADRS

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.

Dans le cadre de la validité de critère, en se basant sur le score seuil de dépistage (≥ 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 ≥ 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.

DISCUSSION

Synthèse des résultats et liens avec la littérature

Après avoir évalué la consistance interne du test, l'étude s'attachait à comparer les résultats de la première passation du SADQ-A10 aux résultats de sa deuxième passation 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.

Les résultats obtenus sont 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. En ce qui concerne la fidélité, la fiabilité test-retest est confirmée par cette recherche et la consistance interne est correcte. Toutefois, cette dernière pourrait être améliorée par l'abandon et/ou le remaniement de certains items. Ainsi, les 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 ? ») montrent une corrélation moins significative avec le reste du test.

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 16 jours dans l'étude décrite ici.

Laures-Gore et al. (2017) se sont pour leur part intéressés à la relation entre le SADQ-10 et la version anglaise de l'ADRS. L'étude de ces auteurs 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.

Maîtrise des biais inhérents à la validation

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.

Perspectives de l'étude

Afin d'améliorer les futures recherches, il est 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.

Limites 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 constitué 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).

Le faible échantillon d'étude n'a pas permis d'établir une analyse factorielle afin d'évaluer la validité de construit du SADQ-A10 (ITC, 2017), ni de proposer 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).

D'après Carlsberg et al. (2020), les orthophonistes évalueraient avec plus d'objectivité les capacités des patients aphasiques à l'aide d'hétéro-questionnaires, que d'autres professionnels de santé. Cependant, 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.

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 premier instrument de mesure actuellement disponible en français permettant de dépister la dépression chez les patients aphasiques post-AVC pris en charge en ambulatoire. De plus, compte-tenu des conséquences de la dépression sur la qualité de prise en soin (Oosterveer, et al., 2017), s'assurer que ce dépistage permet une meilleure orientation du patient et ainsi une meilleure prise en charge de sa DPAVC pourrait constituer une nouvelle perspective de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association. (2015). DSM-5 : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (M.-A. Crocq, & J.-D. Guelfi, Trans. ; 5e ed.). Elsevier Masson. (Travail original publié en 2013).

Amossé, C. (s.d.). *SADQ-H : Stroke Aphasic Depression Questionnaire – Version Hôpital*. https://www.nottingham.ac.uk/medicine/documents/published-assessments/sadq-h10french.pdf

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), 74. https://doi.org/10.1016/j.neurol.2019.01.208.

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Bosi Ferraz, M. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine, 25*(24), 3186-3191. https://journals.lww.com/spinejournal/Citation/2000/12150/Guidelines_for_the_Process_of_Cross_Cultural.14.aspx

Benaïm, C., Cailly, B., Perennou, D., & Pelissier, J. (2004). Validation of the Aphasic Depression Rating Scale (ADRS). *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., Lederlé, E., & Masy, V. (2018). *Dictionnaire d'orthophonie* (4e ed.). Ortho Edition.

Carlsberg, M., Percey, V., Arheix-Parras, S., Charaire, P., Cogné, M., Dehail, P., De Seze, M., Prouteau, A., Sibon, I., & Glize, B. (2020). Disability of people with aphasia is overestimated by general practitioners. *Annals of Physical and Rehabilitation Medecine, 63*(3), 252-254. https://doi.org/10.1016/j.rehab.2020.02.003

Chollet, F. (2017). Médicaments antidépresseurs et récupération fonctionnelle après accident vasculaire cérébral. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 201*(1-3), 467-479. https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30508-4

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

Dancey, C. P., & Reidy, J. (2007). *Statistics without maths for psychology* (4e ed.). Pearson Education.

George, D., & Mallery, P. (2019). I*BM SPSS statistics 26 step by step: A simple guide and reference* (16e 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/ijs.12357

International Test Commission. (2017). *ITC Guidelines for translating and adapting test* (2e ed.). https://www.intestcom.org/page/14

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*(S), 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

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

Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2010). The COSMIN study reached international consensus on 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

Oosterveer, D. M., Mishre, R. R., van Oort, A., Bodde, K., & Aerden, L. A. M. (2017). Depression is an independent determinant of life satisfaction early after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine, 49*(3), 223–227. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28218342/

Orlikoff, R. F., Schiavetti, N., & Metz, D. E. (2015). *Evaluating research in communicative disorders* (7e 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)*. https://www.nottingham.ac.uk/medicine/documents/published-assessments/sadq10community.pdf

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), 785-810. https://doi.org/10.1177/0269215515599665

ANNEXE A : FORMULAIRE D'INFORMATION PATIENT

LURCO
Laboratoire Unadréo de Recherche Clinique en Orthophonie

SORBONNE UNIVERSITÉ

Formulaire d'informations patient

1) Informations générales

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin
Âge :
Niveau socio-culturel : ☐ Brevet ou équivalent ☐ Baccalauréat ☐ Etudes supérieures
Langue maternelle :

Le patient vit : ☐ Au sein d'une institution ☐ A domicile
Si « à domicile », précisez la date du retour :
Si « à domicile », précisez si le patient vit : ☐ Accompagné ☐ Seul

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 : ☐ Ischémique ☐ Hémorragique

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 ☐ Cécité ☐ Troubles psychiatriques ☐ Dysarthrie
☐ Apraxie de la parole ☐ Autres :

DOCUMENT DE TRAVAIL EN LIEN AVEC L'ERU 22

LURCO
Laboratoire Unadréo de Recherche Clinique en Orthophonie

SORBONNE UNIVERSITÉ

Le patient présente-t-il des troubles moteurs nécessitant des adaptations pour se déplacer (fauteuil, canne…) ou des adaptations de son domicile (rampe 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

DOCUMENT DE TRAVAIL EN LIEN AVEC L'ERU 22

Les chercheuses-étudiantes traiteront 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, reportez-vous à la lettre d'information et de non-opposition ci-jointe.

memoire2022.sadqa10@free.fr unadreo@gmail.com

ANNEXE B : STROKE APHASIC DEPRESSION QUESTIONNAIRE-10 VERSION AMBULATOIRE

LURCO
Laboratoire Unadréo de Recherche Clinique en Orthophonie

SORBONNE UNIVERSITÉ

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

memoire2022.sadqa10@free.fr unadreo@gmail.com

DOCUMENT DE TRAVAIL EN LIEN AVEC L'ERU 22