

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE
FACULTE DE MEDECINE
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
Tél : 03 20 62 76 18
departement-orthophonie@univ-lille.fr



MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste
présenté par

Amandine THEVENART

soutenu publiquement en juin 2022

**Aphasie et dépression post-AVC :
Élaboration et validation d'un outil pictographique de dé-
pistage des troubles dépressifs post-AVC chez les patients
aphasiques**

MEMOIRE dirigé par

Yves MARTIN, Orthophoniste et neuropsychologue, Centre l'Espoir, Lille-Hellemmes

Lille –2022

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu, mon directeur de mémoire, Yves Martin pour sa confiance dans l'élaboration de ce sujet et son encadrement.

Je remercie également Constance et Clémence, qui ont été des maîtres de stage hors-pair : je vous suis reconnaissante pour cette passion pour l'orthophonie que vous avez su partager. Grâce à vous, j'ai consolidé la mienne au cours de cette dernière et cinquième année, fort éprouvante. Merci pour votre bienveillance et votre pédagogie mais aussi de m'avoir consacré de votre temps pour m'aider à devenir l'orthophoniste que je désire être.

Un grand merci à tous les patients qui ont accepté de participer aux passations des tests et de cet outil.

Merci aux graphistes : Maëve et Bryan pour ces heures passées sur ces pictogrammes, à Manon et Alexandre pour les traductions en anglais, ainsi qu'à Brigitte pour sa lecture rigoureuse et ses précieux conseils. Merci à toutes les personnes, qui de près ou de loin, ont participé à la rédaction de ce mémoire.

Je tiens également à remercier le Centre l'Espoir, et tous ses professionnels, pour cette année de stage qui fut très enrichissante, tant sur le plan personnel que professionnel, et qui n'a fait que renforcer mon attrait pour le domaine de la neurologie.

Merci à mes amies lilloises : Joséphine, Laure et Louise. Vous savez déjà tout mais je ne vous remercierai jamais assez pour votre soutien sans faille et pour avoir rendu ces 5 années plus chouettes.

Merci à ma famille pour leur présence, à mes (ex-)collègues pour leur bonne humeur et leur ludisme à toute épreuve, et à Maxence, d'avoir apporté un œil extérieur sur ce mémoire et d'être présent au quotidien.

Voilà c'est fini... Un dernier merci. Ce mémoire marque la fin de 5 années d'études, pendant lesquelles vous m'avez accompagnée, et le meilleur reste à venir !

Résumé :

La dépression est une des complications les plus fréquentes dans les suites d'un AVC. Cette dépression a des conséquences majeures en termes de récupération fonctionnelle et de qualité de vie. Néanmoins, aucun outil de dépistage des troubles de l'humeur n'est disponible actuellement pour les patients aphasiques les plus sévèrement atteints. Il est nécessaire de disposer d'outils adaptés pour dépister ces troubles dépressifs et prendre en charge ces patients.

Cette étude exploratoire vise à valider la pertinence de nos pictogrammes. Elle s'inscrit dans une approche fonctionnelle et de mise en autonomie du patient aphasique grâce à l'auto-évaluation qui est primordiale. Nous avons émis l'hypothèse que la création de pictogrammes à ajouter à la traduction française du SADQ-10 et de l'ADRS permettrait aux patients aphasiques de répondre aux questions évaluant la présence de signes cliniques de dépression malgré leurs difficultés langagières. Après avoir modifié nos pictogrammes afin d'obtenir une bonne congruence, objectivé ou non la présence d'un trouble de la compréhension orale, nous avons effectué des passations de cet outil pictographique chez neuf patients. Les résultats du questionnaire de retour montrent que l'ajout de pictogrammes leur permet de comprendre et de répondre aux questions notamment grâce à l'échelle pictographique. Au vu des résultats obtenus, il serait pertinent de tester cet outil pictographique sur une cohorte plus importante, et non exclusivement en structure, afin de le valider. Par la suite, la mise en place de groupes animés par des psychologues et des orthophonistes serait bénéfique grâce à leurs compétences croisées.

Mots-clés :

Aphasie, dépression post-AVC, orthophonie, dépistage, pictogramme.

Abstract :

Depression is one of the most frequent complications in the aftermath of a stroke. This depression has major consequences in terms of functional recovery and quality of life. Nevertheless, there are no screening tools for mood disorders which are adapted for the most severely affected aphasic patients. It is necessary to find adequate tools in order to detect these depressive disorders and to take care of these patients. In addition, this exploratory study, which goal is to validate the relevance of our pictograms, was part of a functional approach and help the aphasic patients become autonomous thanks to a self-evaluation method which is essential. We hypothesized that the creation of pictograms, which would be added to the French translation of the SADQ-10 and the ADRS, would allow aphasic patients to answer questions assessing the presence of clinical signs of depression despite their language difficulties. After modifying our pictograms (in order to obtain an adequate congruence) and after objectifying or not the presence of a disorder of oral comprehension, we carried out executions of this pictographic tool in nine patients. The results of the return questionnaire shows that the addition of pictograms allows them to understand and answer the questions, particularly thanks to the pictographic scale. In view of the results obtained, it would be relevant to test this pictographic tool on a larger cohort, and not exclusively in a specific facility, in order to validate it. Subsequently, the setting up of groups led by psychologists and speech therapists would be beneficial due to their combined skills.

Keywords :

Aphasia, post-stroke depression, speech and language therapy, screening, pictogram.

Introduction	6
Contexte théorique, buts et hypothèses	7
1. Dépression et aphasie	7
1.1 Dépression post-AVC	7
1.1.1 Définition et fréquence	7
1.1.2 Conséquences de la dépression	7
1.1.3 Traitements de la dépression	8
1.2 AVC et aphasie.....	8
1.2.1 Types et degrés de sévérité de l'aphasie	8
1.2.2 Répercussions sur la qualité de vie et sur la communication	9
2. Outils de dépistage des troubles dépressifs	10
2.1. Inadaptation des outils d'évaluation de la dépression chez les sujets aphasiques.....	10
2.2. SADQ-10 et SADQ-21 (Stroke Aphasic Depression Questionnaire)	10
2.3. ADRS (Aphasic Depression Rating Scale).....	11
3. Rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de la dépression post-AVC	11
3.1. Langage et communication.....	11
3.1.1. Impact de la dépression	11
3.1.2. Mise en place d'une aide à la communication : les pictogrammes	12
3.2. Dépistage et orientation	13
3.2.1. Dépistage des troubles dépressifs post-AVC	13
3.2.2. Orientation vers un psychologue ou un psychiatre.....	13
3.2.3. Adaptation des séances si diagnostic posé.....	13
4. Objectifs du mémoire	14
Méthode	14
1. Adaptation des tests	15
1.1 Traduction.....	15
1.2 Adaptation en auto-questionnaire	15
2. Création des pictogrammes	15
2.1 Flaticon	15
2.2 Procreate et Adobe Illustrator	16
3. Population.....	17
3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion	17
3.2 Participants	17
4. Procédures de passation.....	17
4.1 Sujets tout-venant	17
4.2 Sujets aphasiques.....	19
Résultats	19
1. Évaluation du pré-test pictographique.....	19

2. Résultats obtenus aux passations de la BETL et de la BCS.....	20
3. Résultats obtenus suite au questionnaire de retour.....	22
4. Résultats obtenus à l'ADRS et au SADQ-10.....	23
Discussion	24
1. Rappel des objectifs	24
2. Analyse des résultats	24
2.1 Modifications des pictogrammes.....	24
2.1.1 L'insomnie	25
2.1.2 Les symptômes gastro-intestinaux.....	25
2.1.3 Le refus de participation aux activités sociales	25
2.2 Objectivation de la présence d'un trouble de la compréhension.....	26
2.3 Questionnaires de satisfaction	26
2.4. Analyse qualitative des résultats suite aux passations	27
3. Limites de notre étude.....	28
4. Apports de notre étude et perspectives cliniques.....	29
Conclusion	30
Bibliographie.....	31

Introduction

Après un accident vasculaire cérébral (AVC), environ 30 000 personnes par an deviennent aphasiques. Cette aphasie a des répercussions sur la vie quotidienne des patients (isolement, anxiété, irritabilité, perte de l'estime de soi) et sur leur humeur. Parmi ces conséquences, la dépression représente une complication fréquente de l'AVC.

Selon Bassi et al. (2019), 88% des orthophonistes interrogés pensent que le dépistage des troubles dépressifs fait partie intégrante de leur rôle. En effet, ce dépistage repose sur le langage, mais les patients victimes d'une aphasie sévère présentent des déficits langagiers contraignants pour la passation de ces tests. Malgré une orientation vers des psychologues ou psychiatres, peu de patients passent le cap de demander à bénéficier d'un suivi psychologique afin de déceler un possible trouble de l'humeur. L'orthophoniste, qui intervient deux à trois fois par semaine auprès du patient aphasique, aurait un rôle légitime à jouer pour le dépistage d'une dépression post-AVC. Néanmoins, il n'existe à l'heure actuelle, que des outils anglo-saxons tels que le SADQ-10 (Stroke Aphasic Depression Questionnaire 10) ou l'ADRS (Aphasic Depression Rating Scale) qui ne sont pas directement exploitables pour des patients français.

La validation d'une échelle française d'évaluation de la dépression post-AVC, enrichie de pictogrammes, permettrait aux orthophonistes de détecter ce trouble même chez les patients aphasiques les plus sévères. A partir de ce dépistage, l'orthophoniste pourrait adapter le contenu ainsi que la durée de ses séances et orienter le patient vers des psychologues ou psychiatres. En effet, l'HAS (Haute Autorité de Santé) dans un rapport de 2007 indique « un état dépressif du patient aphasique peut être une des raisons de la réduction du temps de séance : l'orthophoniste doit adapter sa rééducation au contexte psychoaffectif dans lequel se trouve le patient. »

Ce travail fait suite à l'étude de Bassi et al. (2019) sur les pratiques des orthophonistes auprès des patients aphasiques post-AVC susceptibles de présenter une dépression et à l'étude de Evain et al. (2020) sur l'adaptation en français d'un outil de dépistage de la dépression : le SADQ. L'objectif de ce mémoire est d'enrichir de pictogrammes des outils de dépistage de la dépression afin qu'ils puissent être utilisés malgré les déficits langagiers et communicationnels liés à l'aphasie. *In fine*, les outils améliorés permettraient à l'orthophoniste d'orienter plus facilement ses patients vers des professionnels de la santé mentale.

Notons toutefois que l'orthophoniste ne se substituera en aucun cas à un professionnel de la dépression. Le diagnostic et la prise en charge de la dépression post-AVC ne font pas partie de son champ de compétences.

Dans une première partie théorique, nous présenterons la dépression post-AVC, telle qu'elle se manifeste chez les patients aphasiques, ses répercussions chez les patients et les outils de dépistage existants. Nous expliquerons ensuite la méthodologie utilisée. Enfin, nous présenterons les résultats obtenus à la suite des passations sur les sujets aphasiques ainsi que les hypothèses ayant pu être formulées.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Dépression et aphasie

Un accident vasculaire cérébral est à l'origine de nombreuses comorbidités entraînant des modifications corporelles, cognitives et psychologiques, parmi lesquelles on retrouve l'aphasie et fréquemment la dépression. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la dépression touche environ 300 millions de personnes dans le monde, constituant ainsi le premier facteur d'incapacité et de morbidité au niveau mondial.

1.1 Dépression post-AVC

1.1.1 Définition et fréquence

D'après l'OMS, la dépression est un trouble de l'humeur très fréquent, caractérisé par de la mélancolie, de l'anhédonie, un sentiment de culpabilité, une faible estime de soi ainsi que des troubles du sommeil, de l'appétit, de l'attention et une extrême fatigue. Elle a un retentissement sur la vie quotidienne en entravant les capacités des personnes à fonctionner au travail ou à l'école. Dans les cas les plus graves, la dépression peut conduire au suicide. Cette définition s'appuie sur le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5) (American Psychiatric Association, 2013). Le diagnostic de la dépression repose sur un examen clinique (cf. Annexe A1). La dépression post-AVC est référencée dans le DSM 5 dans la catégorie « Troubles de l'humeur dus à une affection médicale comme un AVC avec caractéristiques dépressives, avec épisode d'allure de dépression majeure, ou avec caractéristiques mixtes ».

Suite à un AVC, 31 % des patients développent une dépression dans les cinq premières années (Hackett & Pickles, 2014). Il s'agit d'une comorbidité très fréquente, à ne pas négliger, puisqu'elle concerne 1/3 des patients en post-AVC. Une dépression peut survenir après un AVC, soit directement en lien avec l'atteinte cérébrale, soit en raison des conséquences psychologiques qui modifient le fonctionnement initial de la personne.

1.1.2 Conséquences de la dépression

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (Chapireau, 2001) considère le handicap comme une réduction de l'autonomie en termes de déficience (niveau corporel), de limitation (activités) et de restriction (participation sociale). Les troubles cognitifs et comportementaux consécutifs à l'AVC se répercutent sur la personne et ses activités de la vie quotidienne, et ont donc un impact sur son environnement familial, social et professionnel.

La survenue d'un épisode dépressif influence la récupération fonctionnelle du patient. En effet, la dépression majore les conséquences de l'aphasie à savoir isolement, repli sur soi, baisse de l'estime de soi. Le patient doit faire le deuil de sa vie antérieure, accepter les changements et les handicaps consécutifs à l'AVC. Toutes ces conséquences augmentent la dégradation de la qualité de vie. Si les symptômes dépressifs apparaissent dans les trois premiers mois suivant l'AVC, on parle de dépression précoce (en opposition à la dépression tardive).

Au niveau somatique, la dépression conduit régulièrement les sujets à négliger leur santé notamment en adoptant une mauvaise hygiène de vie, consommation d'alcool, de stupéfiants, de junk-food, une hygiène délaissée pouvant entraîner une incurie (autonégligence extrême).

Elle est un facteur prédisposant à d'autres maladies telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires ou les maladies psychosomatiques.

Au niveau social, la dépression isole le patient, celui-ci a tendance à moins sortir donc à réduire peu à peu ses relations sociales et familiales. Ce cercle vicieux alimente davantage cette dépression en isolant le patient qui va se renfermer sur lui-même, ruminer, se dévaloriser et ne plus pouvoir exprimer ce qu'il ressent ou souhaite.

Au niveau professionnel, le ralentissement moteur et cognitif couplé à une dévalorisation persistante peut entraîner la perte de l'emploi.

D'après une étude de Kauhanen et al. (1999), il existe une corrélation entre les troubles cognitifs et la dépression post-AVC. Les domaines les plus altérés sont la mémoire, la résolution de problèmes non verbaux, l'attention et les fonctions exécutives (inhibition, planification et flexibilité mentale).

1.1.3 Traitements de la dépression

Afin de diminuer les symptômes dépressifs deux approches sont envisageables et parfois associées : la mise en place d'un traitement médicamenteux tel que les anti-dépresseurs, ou une intervention non médicamenteuse comme la psychothérapie avec différentes approches telles que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) par exemple.

Robinson & Spalletta (2010) soutiennent l'intérêt de prescrire un antidépresseur dans les trois mois suivant l'AVC, y compris chez les patients non déprimés, pour prévenir la dépression dans les douze mois post-AVC. Certains antidépresseurs auraient même un impact sur la récupération fonctionnelle et la plasticité cérébrale, même sans événement dépressif (Chollet, 2017). Néanmoins, certains effets indésirables des anti-dépresseurs comme les troubles de la vigilance, la sécheresse buccale, les vertiges peuvent interférer avec une prise en charge orthophonique.

Bien que la prise en charge pharmacologique ne relève pas des compétences de l'orthophoniste, avoir conscience des effets secondaires leur permet de s'adapter au patient et à ses difficultés.

1.2 AVC et aphasie

1.2.1 Types et degrés de sévérité de l'aphasie

Selon Chomel-Guillaume et al. (2010), l'aphasie correspond à « l'ensemble des troubles de la communication par le langage secondaire à des lésions cérébrales acquises entraînant une rupture du code linguistique. Elle se manifeste par une altération à des degrés divers de l'expression et/ou de la compréhension dans les modalités orale et/ou écrite, et survient suite à une lésion de l'hémisphère dominant pour le langage, en général l'hémisphère gauche. Selon les aires lésées, et le type d'aphasie, les déficits peuvent concerner différents niveaux de langage : lexical, sémantique, phonologique, morphosyntaxique, pragmatique ».

La classification des aphasies de Benson & Ardila (1996) distingue deux catégories : les aphasies fluentes et les aphasies non-fluents. La fluence se définit par le nombre de mots émis par minute en situation de langage spontané et par le nombre d'éléments syntaxiques produits.

Le type et la sévérité de l'aphasie sont des facteurs influençant la dépression. Selon Kauhanen et al. (2000), la fréquence de la dépression serait plus importante chez les patients aphasiques non-fluents que chez les patients aphasiques fluents. Néanmoins celle-ci augmente-

rait avec le temps chez les patients aphasiques fluents. Cette augmentation serait liée à l'amélioration des capacités de compréhension des patients fluents qui deviendraient de plus en plus conscients de leurs difficultés.

1.2.2 Répercussions sur la qualité de vie et sur la communication

Pour Mazaux (2008), l'aphasie est la conséquence d'une désorganisation du langage par une lésion cérébrale précise. Celle-ci représente un véritable drame psychologique, social et familial car elle entrave la communication du patient avec ses pairs, et entraîne ainsi isolement, repli sur soi, frustration pouvant provoquer des troubles de l'humeur. En effet, 63,9 % des patients aphasiques disent voir moins souvent leurs amis qu'avant l'AVC en raison de leurs difficultés langagières (Hilari & Northcott, 2006).

Les déficits langagiers chez la personne aphasique, mais aussi l'incapacité de son interlocuteur à percevoir ses compétences communicationnelles constituent un frein dans sa vie quotidienne et limitent ses échanges sociaux. Cela est d'ailleurs expliqué par Kagan (1995) : « Les obstacles à la communication ne résultent pas uniquement d'une incapacité au langage mais aussi du degré limité avec lequel un locuteur* sera capable ou non de « démasquer » la compétence à communiquer de la personne aphasique ». La personne aphasique étant jugée moins apte à comprendre et à communiquer, celle-ci réduit ses échanges par peur du jugement. Comme l'illustre la figure ci-dessous, un cycle négatif avec des répercussions sur la qualité de vie et sur la santé mentale se met en place.

**son interlocuteur*

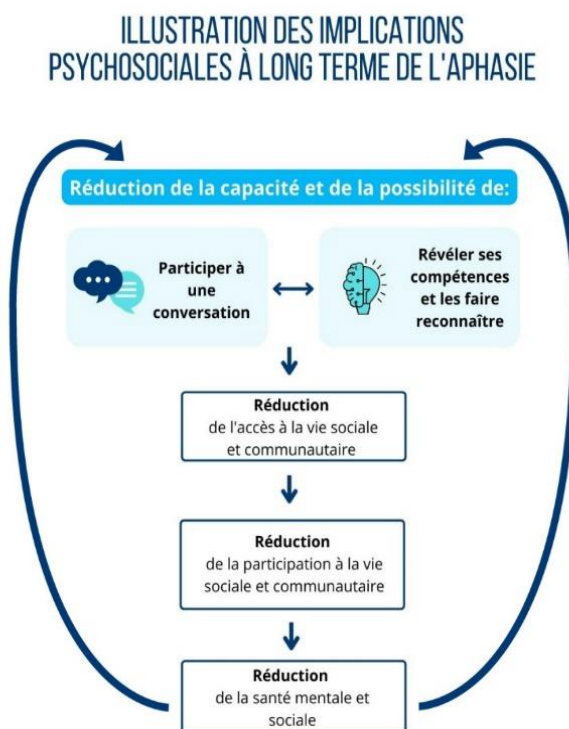


Figure 1. Modèle schématique illustrant les implications psychosociales à long terme de l'aphasie (adapté de Kagan A., 1995, avec l'autorisation de l'auteur).

Bien que tous les patients aphasiques ne soient pas atteints de troubles dépressifs, la survenue d'une aphasie est un facteur prédisposant.

2. Outils de dépistage des troubles dépressifs

Il existe plusieurs outils de dépistage de la dépression tels que la HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), le PHQ (Patient Health Questionnaire), l'HDRS (Hamilton Rating Scale for Depression), la MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale), le SoDS (Signs of Depression Scale). Cependant ces tests, à l'exception du SADQ (Stroke Aphasic Depression Questionnaire) et de l'ADRS (Aphasic Depression Rating Scale), ne sont pas spécifiques des patients aphasiques et ne feront, en conséquence, pas l'objet de ce mémoire.

2.1. Inadaptation des outils d'évaluation de la dépression chez les sujets aphasiques

Bien que le matériel classique de dépistage de la dépression puisse convenir aux patients ayant eu un AVC, il est inadapté pour mesurer la dépression de la population aphasique (Van Dijk et al., 2016). En effet, les outils d'évaluation actuels se présentent majoritairement sous forme de questionnaires reposant sur la compréhension écrite ou d'entretien clinique reposant sur le langage. Les capacités des patients aphasiques sur le plan productif et réceptif étant souvent déficitaires, les outils classiques d'évaluation ne sont pas utilisables de manière optimale auprès de cette population (Cobley & Lincoln, 2011).

L'adaptation de ces hétéro-questionnaires en auto-questionnaires permettrait aux patients aphasiques d'être acteurs de leur rééducation et de reconnaître leur capacité à prendre part aux décisions de soin les concernant. Kagan et al. (2020) affirment que le patient aphasique, même sévère, est en capacité de participer à des discussions sur de larges sujets et de prendre des décisions si le support de communication est adapté. En effet, il est primordial qu'il puisse comprendre les informations puis communiquer son choix et enfin de soutenir son appréciation des conséquences de son choix. L'orthophoniste a son rôle à jouer dans la compréhension et dans le soutien à la communication pendant la prise de décision.

Pour ce mémoire, deux tests ont été retenus : l'ADRS et le SADQ-10 car ils nous ont semblé les plus pertinents. L'étude comparative de Laures-Gore et al. (2017) entre des outils d'évaluation de la dépression et du stress chez la population aphasique a conclu à l'absence de gold standard pour dépister la dépression post-AVC chez les patients aphasiques. Toutefois, l'ADRS et le SADQ-10 constituent les outils disponibles offrant les meilleurs résultats.

2.2. SADQ-10 et SADQ-21 (Stroke Aphasic Depression Questionnaire)

Le SADQ est un outil de dépistage de la dépression post-AVC conçu spécifiquement pour les patients aphasiques (cf. Annexe A2). Il a été créé par Sutcliffe & Lincoln (1998). Il existe quatre versions de cet outil, le SADQ-21 (la version initiale), le SADQ-10 (la version courte), le SADQ-H (la version hospitalière) et le SADQ-H10 (la version courte hospitalière). Le SADQ-21 est un questionnaire composé de 21 items relatant les comportements présents dans la dépression et leur fréquence chez le patient aphasique au sein des sept derniers jours. Il s'agit d'une hétéro-évaluation, c'est le personnel soignant qui complète ce questionnaire après avoir interrogé le patient.

Le SADQ-10 est le plus adapté aux patients aphasiques au vu de sa plus courte durée de passation. Chaque item est noté de zéro à trois (jamais, un à quatre jours, quatre à six jours ou tous les jours). Plus le score est élevé, plus le patient est susceptible d'avoir un trouble dépressif associé. La passation du SADQ-21 est d'environ six minutes contre trois minutes pour le

SADQ-10 qui comprend les dix items les plus sensibles du SADQ original. La cohérence interne est un indicateur en statistique de fidélité des items d'un outil psychométrique. Le SADQ-21 a obtenu un coefficient alpha de 0,82 et le SADQ-10 un coefficient alpha de 0,79 (Zeltzer, 2008). Ces scores témoignent d'une très bonne cohérence interne ainsi qu'une certaine homogénéité entre les items de ce test.

2.3. ADRS (Aphasic Depression Rating Scale)

L'ADRS est un outil permettant d'objectiver la dépression chez les sujets aphasiques durant la phase aiguë de récupération de l'AVC (cf. Annexe A3). Cette échelle de dépistage a été développée par Benaim et al. (2004). Aucune formation spécifique n'est requise pour qu'un professionnel de la santé puisse administrer l'ADRS. Il s'agit d'une hétéro-évaluation, c'est le personnel soignant qui complète ce questionnaire après avoir interrogé le patient. Le temps de passation n'a pas été communiqué de manière exacte mais demeure court. L'ADRS se compose de neuf items mesurant l'insomnie, l'anxiété psychique, l'anxiété somatique, les symptômes gastro-intestinaux, l'hypocondrie, la perte de poids, la tristesse apparente, l'expression du visage et la fatigabilité.

Le score total des items est de 32. Le seuil de détection de la dépression est de 9/32. Plus le score sera élevé, plus la dépression sera conséquente. Une sensibilité globale de 0,83 et une spécificité de 0,71 (Benaim et al., 2004) ont été relevées, ce qui témoigne d'un test fiable quant au nombre de faux positifs et de faux négatifs.

3. Rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de la dépression post-AVC

La Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) indique que suite à un AVC, un orthophoniste doit effectuer un bilan afin d'évaluer les compétences cognitives et langagières du patient. Au terme de celui-ci, il rédige un compte-rendu faisant l'état des lieux des compétences acquises et des possibilités résiduelles en concluant, si une rééducation orthophonique est nécessaire.

En 2010, Robinson & Spalletta font une revue de littérature sur la dépression post-AVC qui démontre que celle-ci entrave la rééducation des patients aphasiques. De plus, ils établissent que sa présence est associée à un haut risque de développer un nouvel AVC ischémique : le dépistage de la dépression constitue donc un enjeu vital pour ces patients.

3.1. Langage et communication

3.1.1. Impact de la dépression

D'après des recherches de Hadidi et al. (2009), les sujets souffrant de dépression post-AVC récupèrent moins bien que les sujets aphasiques non dépressifs et ils sont 3,4 fois plus à risque de décéder dans les dix premières années post-AVC. Cela peut s'expliquer en partie par le fait qu'une dépression est retrouvée principalement dans les aphasies sévères, dont la récupération fonctionnelle est moins bonne.

Døli et al. (2017) ont démontré que plus l'aphasie était sévère et plus la dépression était majeure. Celle-ci vient s'ajouter à l'aphasie en majorant les troubles puisque des difficultés plus sévères en lecture à voix haute, en compréhension écrite et en répétition sont relevées.

Cet état dépressif nuit à la récupération du langage et de la communication du patient car il affecte sa motivation, sa participation à la rééducation, sa compréhension, sa cognition et ses facultés d'attention. Les modifications cognitives engendrent également une importante charge cognitive : l'attention du patient est labile, ce qui entrave sa participation active à la rééducation et affecte fortement la prise en charge orthophonique et les chances de récupération. Le dépistage précoce de la dépression post-AVC apparaît donc essentiel pour garantir la qualité de vie du patient.

3.1.2. Mise en place d'une aide à la communication : les pictogrammes

Selon Isaac Francophone (International Society for Augmentative and Alternative Communication), « La CAA (Communication Alternative et Améliorée) recouvre tous les moyens humains et matériels permettant de communiquer autrement ou mieux qu'avec les modes habituels et naturels, si ces derniers sont altérés (communication améliorée) ou absents (communication alternative). Elle vient compenser ou remplacer un manque ou une grande déficience de parole, un défaut de langage impactant la communication, pour la faciliter sous ses deux versants expressif et réceptif. »

L'objectif de la CAA est de permettre au sujet de communiquer dans toutes les situations de sa vie quotidienne, de comprendre son environnement et d'atteindre une certaine autonomie dans la société en utilisant la multimodalité (recours à plusieurs modes de communication). Il existe deux CAA : sans aide technique comme par exemple la communication non-verbale, les gestes, la posture, le pointage et le regard, ou avec aide technique comme le recours à un papier et à un crayon, à un cahier de communication, à des pictogrammes ou encore l'utilisation de tablettes tactiles avec des applications telles que GONG (application entièrement co-construite avec des orthophonistes, des patients et leurs proches) (Boulmé, 2017). Dans le cas d'une aphasie sévère, altérant les capacités de communication, il s'agira plutôt en première intention d'un outil de communication alternatif.

Notre choix s'est porté sur les pictogrammes (faisant appel à la modalité visuelle). Ils permettent en effet de pallier les troubles de la communication en facilitant la compréhension et l'expression des besoins du sujet aphasique tout en permettant une auto-évaluation plus précise (Kagan et al., 2011). Ils représentent également la meilleure alternative pour l'illustration des questions que nous avons adaptées.

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'évaluation de la dépression post-AVC chez les patients aphasiques est ardue car son dépistage et son diagnostic consistent en un entretien psychiatrique selon les critères de diagnostic de la dépression du DSM 5. Or, les patients aphasiques sont souvent incapables de répondre et de s'exprimer lors d'un entretien clinique car ils souffrent d'un manque du mot et leur trouble de la communication est parfois massif. Dans leur article de revue, Carr & Steiner (2017) rapportent que les troubles de l'humeur suite à un AVC sont plus problématiques pour les professionnels de santé qu'une dépression causée par un deuil. En raison du manque de connaissances psychologiques et neuropsychologiques de l'orthophoniste dans sa prise en charge. Tandis que le psychologue manque de connaissances sur les possibilités de communication notamment sur la communication multimodale. Par ailleurs, la majorité des instruments standardisés pour l'évaluation des symptômes dépressifs dépendent de la capacité du patient à communiquer de manière adéquate (Van Dijk et al., 2016). Ces méthodes de dépistage ne sont pas adaptées aux patients aphasiques et les résultats obtenus ne pourront donc, en l'occurrence, pas être représentatifs de leur état psychologique.

C'est dans ce contexte que la mise en place d'un soutien pictographique peut constituer une aide au dépistage de tous les patients aphasiques, quelles que soient leurs difficultés et en s'adaptant à leurs besoins et à leur niveau de compréhension. Ce soutien à la communication s'inscrit dans la démarche que mène l'orthophoniste tout au long de la rééducation fonctionnelle des troubles de la communication.

3.2. Dépistage et orientation

3.2.1. Dépistage des troubles dépressifs post-AVC

Selon les recherches de Baker (2020), il existe trois grands obstacles à la prise en charge psychologique post-AVC : les connaissances (un manque de formation sur l'aphasie et les aides à la communication), les compétences (un sentiment de sous-qualification) et les attitudes (le soutien). En effet, les troubles de la compréhension, plus ou moins sévères, sont présents chez la majorité des patients aphasiques et constituent un obstacle à ce dépistage car les restrictions linguistiques dues à l'aphasie rendent difficile la pose d'un diagnostic précis (Carr & Steiner, 2017). Une piste de réflexion et d'amélioration serait une formation spécialisée des professionnels de la santé de la communication, donc des orthophonistes, au dépistage des troubles de l'humeur (Northcott, 2017).

En cas d'aphasie post-AVC, l'orthophoniste intervient en moyenne deux à trois fois par semaine auprès du patient à raison de séance d'environ 45min (AMO 15.7). Sa formation théorique (psychopathologie) ainsi que sa présence importante et fréquente auprès du patient après sa sortie du circuit hospitalier, légitimerait son intervention dans l'évaluation des troubles dépressifs.

3.2.2. Orientation vers un psychologue ou un psychiatre

Néanmoins, si l'orthophoniste est en capacité de détecter les troubles dépressifs post-AVC, sa formation ne lui permet pas de poser un diagnostic. De plus l'évaluation et le traitement de la dépression ne figurent pas dans la nomenclature générale des actes en orthophonie. La prise en charge des troubles psychologiques appartient au champ de compétences des psychiatres et psychologues. L'orientation vers des services de santé adéquats après un AVC fait partie d'un programme de prévention de la dépression ayant obtenu des résultats concluants (Graven et al., 2016).

Un psychologue est un expert des émotions, du comportement et de la santé mentale. Son expertise clinique et théorique en fait un allié majeur pour ces patients. En effet, l'AVC provoque un véritable bouleversement psychologique dans la vie des patients aphasiques et de leurs proches : difficultés de communication, handicap, dépendance, fatigabilité sont autant de changements qu'il est parfois difficile à accepter. Si l'orthophoniste est perçu et se perçoit parfois comme un soutien psychologique et du bien-être du patient (Bassi et al., 2019), il n'est toutefois pas en mesure de remédier aux troubles de l'humeur. Il est de son devoir, en cas de suspicion, d'orienter le patient vers son médecin traitant, une structure ou un professionnel de la santé mentale.

3.2.3. Adaptation des séances si diagnostic posé

Selon la FNO, une rééducation selon l'AMO 15.7 « rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques d'origine

vasculaire, tumorale ou post-traumatique » dure en moyenne 45 minutes, ce qui représente une durée de séance conséquente pour le patient aphasique dépressif. En effet, ses fonctions cognitives sont altérées, et il peut donc être difficile de mobiliser son attention sur une telle durée. La dépression majore la déficience cognitive préexistante en post-AVC et elle est associée à d'autres troubles comme ceux de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives (Eskes et al., 2015). A partir de ce dépistage, l'orthophoniste peut modifier le contenu ainsi que la durée de ses séances.

En tant qu'orthophoniste, il faut tenir compte de cet état dépressif tout au long de la rééducation en proposant des solutions qui conviennent au patient, afin qu'il puisse communiquer et limiter ce repli social. L'adaptation des séances est nécessaire afin qu'elles ne soient ni trop longues ni trop denses. De plus, la valorisation de ses points forts et ses progrès est un véritable atout afin qu'il puisse gagner confiance en lui et investir au maximum sa rééducation.

4. Objectifs du mémoire

Le but de ce travail est de réaliser un outil pictographique de dépistage des troubles dépressifs post-AVC chez le patient aphasique qui lui permette de pouvoir répondre par lui-même malgré les barrières linguistiques et les difficultés associées. La dépression enferme le patient dans un sentiment de honte et d'illégitimité. Il peut alors ne pas oser en parler, et il est nécessaire que le professionnel de santé puisse repérer les signes cliniques et inviter le patient à s'exprimer à ce sujet. Le dépistage de la dépression post-AVC permettra d'orienter le patient aphasique auprès d'un psychologue ou psychiatre afin qu'un traitement médicamenteux et/ou une prise en charge adaptée puisse être mis en place.

Notre premier objectif est d'adapter un matériel anglo-saxon pour le sujet aphasique en y ajoutant un support visuel. Le second objectif est que cet outil de dépistage s'inscrive dans un travail d'approche fonctionnelle et de mise en autonomie du patient dans la prise de décisions. En effet, nous allons tester l'auto-évaluation notamment grâce aux pictogrammes pour s'adapter aux patients aphasiques afin qu'ils puissent être dépistés comme les patients non aphasiques.

Méthode

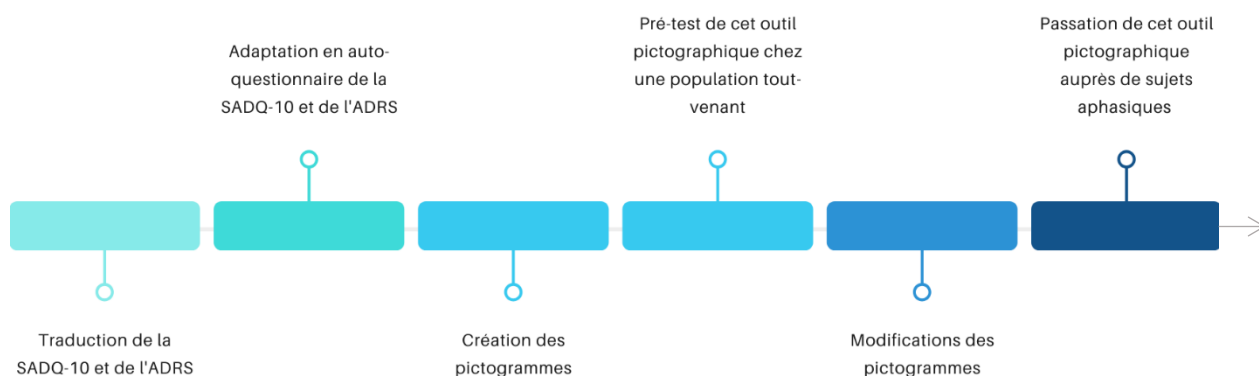


Figure 2. Déroulement chronologique des étapes de la méthodologie

1. Adaptation des tests

1.1 Traduction

Le SADQ-10 et l'ADRS sont des tests anglo-saxons, disponibles en anglais. Il est donc nécessaire de les traduire en français afin de pouvoir les exploiter. Pour le SADQ-10, un mémoire d'orthophonie intitulé "Protocole d'adaptation et de validation en français du SADQ, outil de dépistage de la dépression chez le patient aphasique post-AVC" de Ravella & Evain (2021) s'est intéressé à la validation d'une traduction via plusieurs traducteurs et professionnels afin qu'elle soit la plus fidèle possible. Ces deux auteurs n'ont pas donné leur accord pour exploiter cette traduction qui est encore en cours de validation. Nous avons pris l'initiative de contacter une étudiante en LEA (Langues Etrangères Appliquées) ainsi qu'un professeur d'anglais pour traduire le SADQ-10. Ils ont aussi vérifié la traduction de l'ADRS disponible en libre accès sur internet.

1.2 Adaptation en auto-questionnaire

L'ADRS et le SADQ-10 sont des hétéro-évaluations, ce sont donc habituellement le personnel soignant et les proches du patient qui répondent aux questions. L'objectif de ce mémoire consiste à adapter ces tests afin qu'ils deviennent des outils d'auto-évaluation.

Dans un premier temps, il a fallu sélectionner pour chaque test les questions qui étaient pertinentes en auto-évaluation. Le SADQ-10 se compose de dix questions dans sa version initiale, neuf questions ont été gardées afin de les adapter à l'auto-évaluation du patient. En effet, la question "est-ce que le patient remue beaucoup, est agité ?" ne nous a pas semblé pertinente car il est difficile d'auto-évaluer l'agitation. De plus, suite à un AVC, des hémipariés et des hémiparésies peuvent être présentes ce qui peut biaiser cette évaluation. L'ADRS se compose de neuf domaines dont deux semblent difficiles à auto-évaluer à savoir l'hypocondrie et la lenteur des mimiques faciales. Par conséquent, nous avons pris la décision de ne pas les illustrer et de ne pas les intégrer dans le cadre de ce travail.

La structure morphosyntaxique pour chaque question est concise et proche (elles débutent essentiellement par un verbe) car la répétition d'une même structure est facilitatrice pour accéder à la compréhension notamment chez le patient aphasique. Elle se compose de la question écrite qui a été lue à l'oral par la personne présente pendant les passations, du pictogramme représentant la question posée puis d'une échelle pictographique, afin que le patient puisse évaluer et partager son ressenti. Cette échelle est composée de trois pictogrammes (toujours, souvent et jamais) séparés par un espace afin d'obtenir une échelle plus nuancée.

2. Création des pictogrammes

Dès le début, les pictogrammes ont été réalisés en noir et blanc afin qu'ils soient les plus neutres possibles, avec des contours assez épais pour être bien visibles. Notons que ce test se compose de seize questions au total et que deux pictogrammes ont été utilisés pour deux questions différentes. Nous avons donc créé quatorze pictogrammes en tout.

2.1 Flaticon

Afin d'illustrer chaque question pour les deux tests, il a fallu procéder à la création des pictogrammes. Tout d'abord, nous avons comparé plusieurs bases de données de pictogrammes

selon certains critères : le coût d'utilisation, un large choix de données pictographiques, l'ergonomie du support et la possibilité de modifier les pictogrammes. En réponse à ces critères, c'est le site Flaticon qui s'est imposé à nous. Il propose en effet un accès gratuit à de nombreux contenus, et une vaste banque de données pictographiques. Il propose également un outil de suggestion proche, permettant d'affiner et de préciser les recherches, et offre la possibilité d'obtenir des pictogrammes en noir et blanc, en couleurs, ou encore des vecteurs. Une sélection de pictogrammes sur Flaticon a été réalisée pour illustrer les seize questions du test. Le concept de "l'insomnie" a par exemple été représenté par le pictogramme d'une personne en train de dormir, auquel nous avons ajouté l'élément "lune".

Finalement, après le choix des pictogrammes utilisés pour notre adaptation, le résultat final était trop abstrait par rapport à nos attentes. L'utilisation de pictogrammes déjà créés ne permettait pas d'avoir recours au même design pour chaque question. Par souci d'homogénéisation, il a été décidé de dessiner nous-mêmes les pictogrammes, qui seront utilisés pour ces tests afin qu'ils soient les plus congruents possible.

2.2 Procreate et Adobe Illustrator

Après avoir pris contact avec des graphistes et des illustrateurs en leur expliquant le projet, la création des pictogrammes a pu commencer. Ils ont été réalisés sur iPad à l'aide d'un stylet, sur l'application « Procreate ». Néanmoins, une fois le travail pictographique terminé, nous nous sommes questionnés afin de savoir si le recours à des pictogrammes informatisés, permettant ainsi un rendu plus uniforme, ne serait pas plus adapté. Les pictogrammes que nous avons dessinés ont donc été retravaillés et informatisés.

Dans un premier temps, les dessins modifiés ont été réalisés à la main sur feuille selon le cahier des charges établi : homogénéité du design, simplicité, noir et blanc. Les croquis ont ensuite été scannés afin d'être transférés sur ordinateur. Une mise au propre sur Adobe Illustrator (logiciel de création graphique vectorielle appartenant à la gamme Adobe) a été réalisée afin d'aboutir aux pictogrammes actuels.

Voici un exemple d'évolution pictographique selon les logiciels utilisés :



Figure 3. Evolution pictographique de la tristesse

Pictogramme de gauche : Réalisé avec Flaticon

Pictogramme central : Réalisé avec Procreate

Pictogramme de droite : Réalisé avec Adobe Illustrator

3. Population

3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Cette étude a ciblé des sujets présentant une aphasie consécutive à un AVC uniquement, dans le but d'harmoniser les caractéristiques que ces patients pouvaient présenter et de s'intéresser exclusivement à la dépression post-AVC.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none">➤ Lésion vasculaire cérébrale unilatérale de J0 à 5 ans➤ Entre 18 et 90 ans➤ Aphasie (fluente ou non-fluente)➤ Langue maternelle française	<ul style="list-style-type: none">➤ Aphasie non-consécutive à un AVC➤ Langue maternelle autre que le français➤ Trouble sévère de la compréhension rendant impossible la passation de ce test (Impossibilité de passation des pré-tests d'évaluation de la compréhension)

Figure 4. Tableau des critères d'inclusion et d'exclusion des sujets aphasiques

Quant aux sujets tout-venant, les critères sont identiques à l'exception qu'il ne devait pas y avoir présence d'une aphasie et des antécédents d'AVC.

3.2 Participants

Dans un premier temps a eu lieu la passation de ces tests de dépistage. Afin d'obtenir une population de sujets tout-venant hétérogène, ces outils ont été testés chez quatorze sujets : huit hommes et six femmes, âgés de 21 à 78 ans, dont deux orthophonistes. Cette phase de pré-test a permis de vérifier si nos pictogrammes étaient en adéquation avec les grands concepts abordés à savoir l'insomnie, la fatigabilité, la tristesse, la colère, la perte d'appétit, les symptômes gastro-intestinaux, les troubles somatiques, l'anxiété, la douleur, les activités sociales et la perte d'intérêt. Des modifications ont été effectuées selon les retours obtenus afin que cet outil soit le plus compréhensible possible, sans aucune ambiguïté.

Dans un second temps, ces outils de dépistage pictographiques ont été présentés à neuf patients aphasiques : sept hommes et deux femmes, âgés de 53 à 79 ans. Huit patients étaient au centre l'Espoir Lille (centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles) et une patiente à domicile.

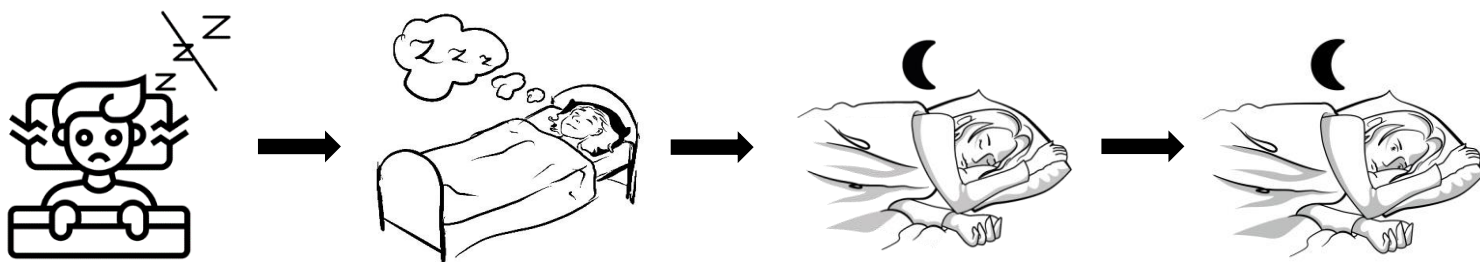
4. Procédures de passation

4.1 Sujets tout-venant

La passation de ce test consistait en la présentation des pictogrammes sans matériel verbal afin que les sujets trouvent le thème en lien avec le pictogramme pour chaque question, par exemple la perte de poids ou l'insomnie. La seule information fournie aux sujets était le thème de ces tests « le dépistage de la dépression ».

Des ajustements ont été réalisés selon les retours obtenus dans le but d'éviter toute ambiguïté et que cette aide à la communication soit la plus précise possible.

➤ L'insomnie :



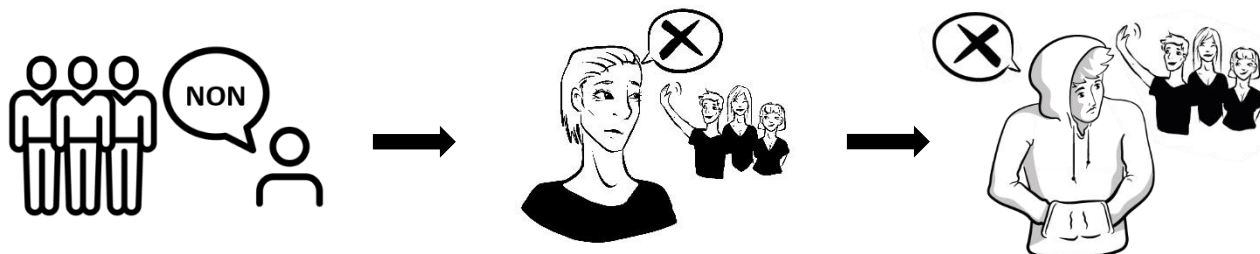
Le 1^{er} pictogramme a été réalisé à l'aide de la banque de données « Flaticon », le 2nd a été dessiné à la main à l'aide de l'application « Procreate » et le 3^{ème} ainsi que le 4^{ème} ont été réalisés via « Adobe Illustrator ». Lors des passations du pré-test pictographique, c'est le 3^{ème} pictogramme qui a été présenté. Le 4^{ème} correspond au pictogramme présent dans l'outil de dépistage que nous avons adapté après un retour de la cohorte des sujets tout-venant.

➤ Les symptômes gastro-intestinaux :



Le 1^{er} pictogramme a été réalisé à l'aide de la banque de données « Flaticon », le 2nd ainsi que le 3^{ème} ont été réalisés via « Adobe Illustrator ». Lors des passations du pré-test pictographique, c'est le 2^{ème} pictogramme qui a été présenté. Le 3^{ème} pictogramme correspond au pictogramme présent dans l'outil de dépistage que nous avons adapté après un retour de la cohorte des sujets tout-venant.

➤ Le refus de participation aux activités sociales :



Le 1^{er} pictogramme a été réalisé à l'aide de la banque de données « Flaticon », le 2nd a été réalisé via l'application « Procreate » et le 3^{ème} a été réalisé grâce à « Adobe Illustrator ». Lors des passations du pré-test pictographique, c'est le 2^{ème} pictogramme qui a été présenté. Le 3^{ème} pictogramme correspond au pictogramme présent dans l'outil de dépistage que nous avons adapté après un retour de la cohorte des sujets tout-venant.

4.2 Sujets aphasiques

Un consentement écrit et éclairé était remis et signé par tous les participants de l'étude avant le début de la passation (cf. Annexe A8).

Afin d'évaluer si les patients respectaient nos critères, nous avons fait passer au préalable deux épreuves de la Batterie d'Evaluation des Troubles Lexicaux (BETL) de Godefroy & Tran (2015), afin de vérifier que l'accès aux concepts sémantiques était globalement préservé pour accéder au sens des pictogrammes et quatre épreuves de la Batterie d'évaluation de la Compréhension Syntaxique (BCS) de Bourgeois et al. (2015), afin de voir si un trouble de la compréhension orale était présent.

BETL	BCS
<ul style="list-style-type: none">➤ Désignation d'images➤ Appariement sémantique d'images	<ul style="list-style-type: none">➤ Catégorisation grammaticale➤ Représentation lexico-argumentale du verbe➤ Prétest de compréhension lexicale➤ Assignation des rôles thématiques

Figure 5. Epreuves de la BETL et de la BCS proposées lors des passations

Ces différentes épreuves nous ont permis de faire l'état des lieux des capacités de compréhension orale de ces patients afin d'établir deux populations : une population avec trouble de la compréhension ou sans trouble de compréhension.

Notons que le pré-test de compréhension lexicale de la BCS est redondant avec l'épreuve de désignation de la BETL. Néanmoins, il est nécessaire afin de vérifier que les concepts sémantiques sont connus. Il permet également de corriger le patient si nécessaire pour que l'épreuve de l'assignation des rôles thématiques ne soit pas biaisée par un trouble de l'accès lexical. Cette épreuve a majoritairement été réussie et les résultats n'ont pas été inclus pour confirmer ou infirmer la présence d'un trouble de la compréhension. Un trouble de la compréhension a été objectivé (OK ou KO) selon les résultats obtenus aux épreuves de la BCS (figure 8) tandis que la BETL nous a plutôt permis d'évaluer l'accès aux concepts sémantiques.

La passation de ces pré-tests (BETL et BCS) et de l'outil de dépistage (cf. Annexe A5) a parfois dû être étalée sur deux séances. En effet, le coût attentionnel et la fatigabilité qu'elle engendrait chez certains patients n'ont pas permis de la réaliser en une seule fois.

Pour finir, un questionnaire de retour a été réalisé et présenté aux patients afin d'obtenir leur avis sur la concordance des pictogrammes avec les questions posées et leur utilité. Ce questionnaire se compose de dix questions courtes et fermées (cf. Annexe A7).

Résultats

1. Évaluation du pré-test pictographique

La passation de ces outils de dépistage a été effectuée auprès de quatorze sujets afin de vérifier la congruence des pictogrammes.

Sujets	Sexe	Âge	Propositions de modification des pictogrammes
1	Femme	22	Aucune
2	Femme	26	ADRS – Insomnie ADRS – Symptômes gastro-intestinaux SADQ-10 – Activités sociales
3	Femme	27	ADRS – Symptômes gastro-intestinaux
4	Femme	33	Aucune
5	Femme	52	ADRS – Insomnie
6	Femme	73	Aucune
7	Homme	21	Aucune
8	Homme	25	Aucune
9	Homme	28	ADRS – perte de poids SADQ-10 – Activités sociales
10	Homme	29	ADRS – Insomnie
11	Homme	33	ADRS – Symptômes gastro-intestinaux
12	Homme	57	Aucune
13	Homme	59	Aucune
14	Homme	78	ADRS – Symptômes gastro-intestinaux

Figure 6. Résultats obtenus au pré-test pictographique

Nous avons pu constater que quatre pictogrammes ne semblaient pas conformes aux attentes des sujets :

- L'insomnie pour trois sujets sur quatorze
- Les symptômes gastro-intestinaux pour quatre sujets sur quatorze
- La perte de poids pour un sujet sur quatorze
- Les activités sociales pour deux sujets sur quatorze

2. Résultats obtenus aux passations de la BETL et de la BCS

Voici le glossaire des abréviations utilisées :

- COMP = compréhension
- CG = catégorisation grammaticale
- RLAV = représentation lexico-argumentale du verbe
- CL = compréhension lexicale
- ART = assignation des rôles thématiques
- App sém = appariement sémantique
- Désig = désignation orale

Patient	Sexe	Age	Lésions	BETL	BCS	Comp
1	H	66 ans	AVC ischémique sylvien superficiel et profond gauche	- App sém : 34/54 - Désig : 40/54	- CG : 14/20 - RLAV : 10/10 - CL : 5/10 - ART : arrêt car trop difficile	KO
2	H	53 ans	AVC ischémique sylvien profond gauche	- App sém : 40/54 - Désig : 50/54	- CG : 16/20 - RLAV : 8/10 - CL : 8/10 - ART : 41/50	KO
3	H	64 ans	AVC ischémique sylvien supérieur gauche	- App sém : 52/54 - Désig : 54/54	- CG : 20/20 - RLAV : 10/10 - CL : 10/10 - ART : 49/50	OK
4	H	60 ans	Récidive d'AVC sylvien supérieur gauche	- App sém : 53/54 - Désig : 54/54	- CG : 19/20 - RLAV : 9/10 - CL : 10/10 - ART : 46/50	OK
5	H	79 ans	Récidive d'AVC sylvien supérieur gauche	- App sém : 49/54 - Désig : 48/54	- CG : 18/20 - RLAV : 9/10 - CL : 10/10 - ART : 13/25 puis arrêt car effet de longueur	OK
6	H	56 ans	AVC ischémique sylvien supérieur gauche	- App sém : 52/54 - Désig : 54/54	- CG : 20/20 - RLAV : 10/10 - CL : 10/10 - ART : 49/50	OK
7	H	59 ans	AVC hémorragique capsulo-caudé gauche	- App sém : 40/54 - Désig : 37/54	- CG : 16/20 - RLAV : 8/10 - CL : 10/10 - ART : arrêt car fatigabilité importante	KO
8	F	64 ans	Récidive d'AVC sylvien supérieur gauche	- App sém : 41/54 - Désig : 45/54	- CG : 17/20 - RLAV : 10/10 - CL : 10/10 - ART : 26/50	KO
9	F	76 ans	AVC ischémique sylvien profond gauche	- App sém : 45/54 - Désig : 47/54	- CG : 16/20 - RLAV : 8/10 - CL : 10/10 - ART : 31/50	KO

Figure 7. Résultats obtenus après passations des épreuves sélectionnées de la BETL et de la BCS

A l'issue des passations des épreuves de la BETL et de la BCS, nous avons pu relever que sur ces neuf patients, cinq présentent un trouble de la compréhension orale. Notre échantillon se compose donc de quatre patients sans trouble de la compréhension et de cinq patients avec trouble de la compréhension.

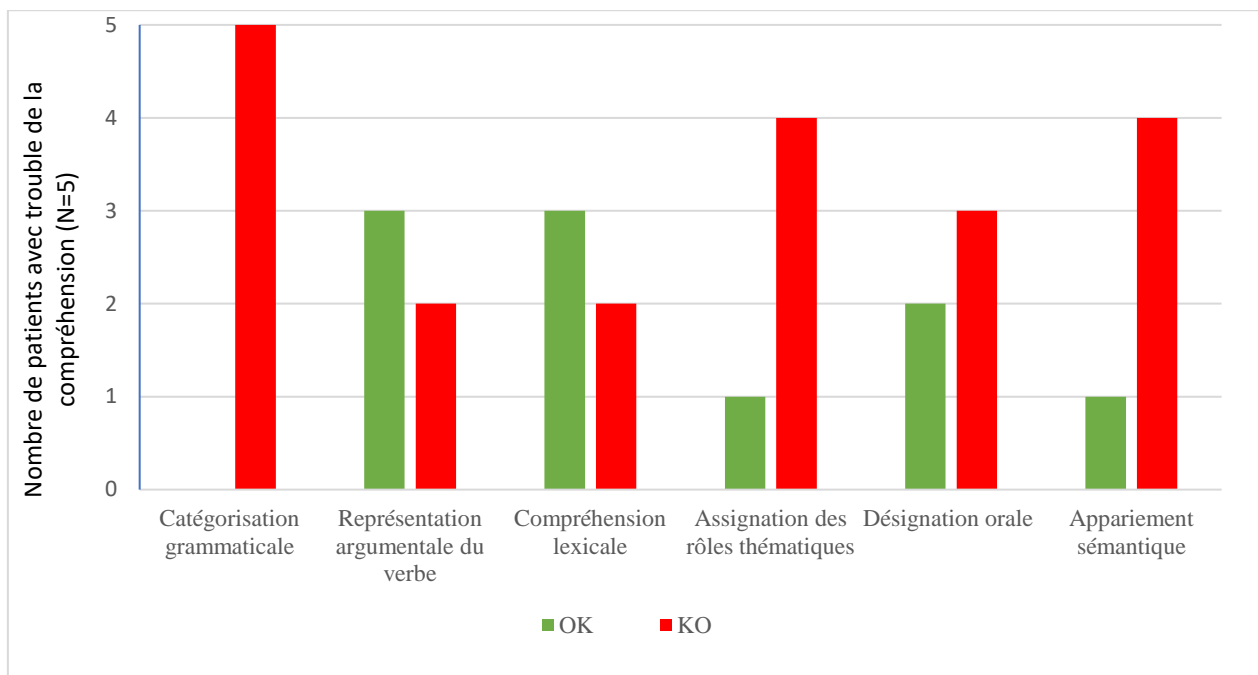


Figure 8. Résultats obtenus aux épreuves de la BCS et de la BETL pour les patients avec trouble de la compréhension

Notons que l'épreuve d'assignation des rôles thématiques a été arrêtée avant la fin pour un patient au vu de la longueur de cette épreuve et de ses difficultés attentionnelles. La comparaison entre ces deux populations nous permet de mettre en évidence la dimension facilitatrice ou non des pictogrammes pour des sujets atteints de troubles de compréhension, et leur adaptation aux questions.

3. Résultats obtenus suite au questionnaire de retour

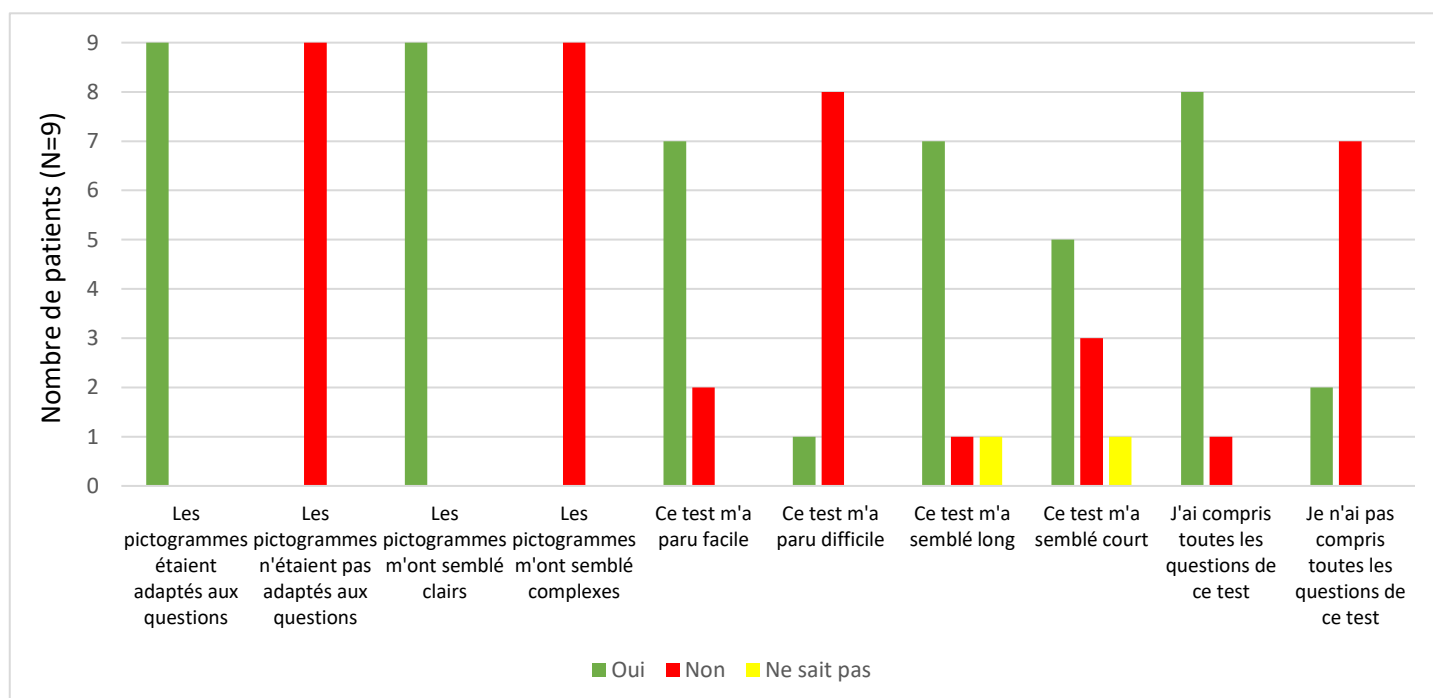


Figure 9. Réponses obtenues suite au questionnaire de retour

4. Résultats obtenus à l'ADRS et au SADQ-10

L'objectif actuel de ce mémoire ne consiste pas à objectiver la présence d'un trouble dépressif : nous n'avons en effet pas normalisé ce test ni fixé de seuil pour cela. Toutefois, l'analyse qualitative de ces résultats nous permet de voir si l'humeur est plus basse pour les patients qui présentent des troubles de la compréhension, donc une aphasie plus sévère, que pour les patients sans trouble de la compréhension.

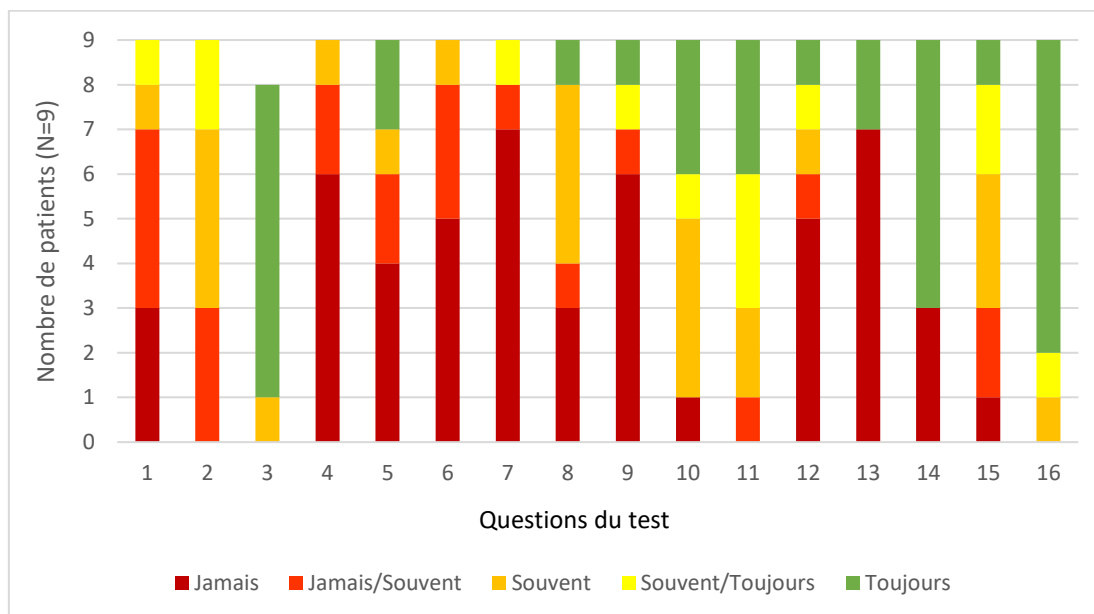


Figure 10. Réponses données par les patients aphasiques aux questions de l'outil pictographique de dépistage des troubles dépressifs post-AVC

- | | |
|--|---|
| 1. Avez-vous de petites crises de larmes ? | 9. Est-ce difficile de rester occupé toute la journée ? |
| 2. Dormez-vous bien la nuit ? | 10. Vous réveillez-vous la nuit ? |
| 3. Regardez-vous les autres dans les yeux ? | 11. Etes-vous stressé ? |
| 4. Pleurez-vous régulièrement ? | 12. Souffrez-vous de douleurs au ventre ou à la tête ? |
| 5. Avez-vous mal quelque part ? | 13. Avez-vous moins d'appétit qu'avant ? |
| 6. Etes-vous régulièrement en colère ? | 14. Pensez-vous avoir perdu du poids ? |
| 7. Refusez-vous de sortir avec vos proches ? | 15. Vous sentez-vous triste ? |
| 8. Restez-vous assis longtemps sans rien faire ? | 16. Vous sentez-vous plus vite fatigué ? |

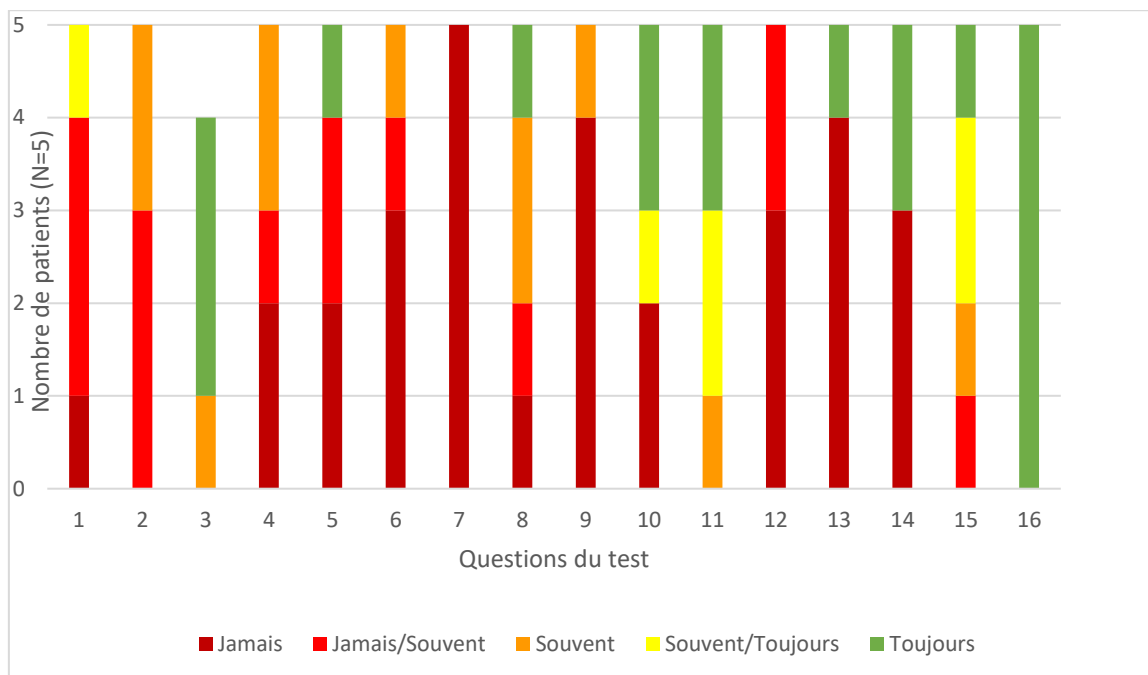


Figure 11. Réponses obtenues par les patients présentant un trouble de la compréhension suite aux passations de l’outil pictographique de dépistage des troubles dépressifs post-AVC

Discussion

1. Rappel des objectifs

Le premier objectif de ce mémoire consistait en l’adaptation d’un test de dépistage à des patients souffrant d’une aphasie post-AVC grâce à des pictogrammes pour pallier les troubles de la compréhension présents chez cinq patients parmi les neuf patients ayant participé à cette étude.

Le second objectif consistait à inscrire cet outil de dépistage dans un travail d’approche fonctionnelle et d’autonomisation du patient, en le rendant notamment davantage acteur des prises de décisions.

2. Analyse des résultats

2.1 Modifications des pictogrammes

Ces pictogrammes ont été réalisés en noir et blanc car suite à un AVC il est possible de présenter une achromatopsie rendant impossible la détection et la reconnaissance des couleurs. De plus, les couleurs peuvent être riches en information visuelle et nous souhaitons que cet outil soit le moins coûteux possible au niveau attentionnel. Les traits de dessin ont été réalisés suffisamment épais pour délimiter correctement les éléments pictographiques et être suffisamment visibles.

Suite aux résultats obtenus dans la figure 6 présente dans la partie résultats, les pictogrammes de l’insomnie (ADRS), des symptômes gastro-intestinaux (ADRS) et de l’activité sociale (SADQ-10) ont été retravaillés selon les suggestions des sujets tout-venant. Notons que la proposition de modification pour la perte de poids portait sur la taille de la flèche qui semblait trop large pour une personne sur quatorze, cette évolution pictographique ne fera

pas l'objet de plus de précision dans cette partie.

2.1.1 L'insomnie

Trois participants n'ont pas trouvé représentative l'illustration de la question « vous réveillez-vous la nuit ? ». L'incongruence portait sur le fait que la personne a les yeux fermés et semble dormir sereinement. Cette remarque nous a amenés à représenter la personne en pleine insomnie, fatiguée, les yeux ouverts et marqués par un regard dans le vide afin d'être plus représentatif de la réalité. Ce pictogramme ainsi modifié a alors été présenté de nouveau à ces sujets qui ont validé cette modification.

Quant au choix des éléments présents pour représenter le concept de l'insomnie, il nous semblait important que la lune soit présente car elle est un symbole universel de la nuit et du sommeil. L'usage des « Zzz » initiaux nous ont semblé trop abstrait pour accéder au sens, étant donné que l'accès aux concepts sémantiques n'est pas possible pour certains patients aphasiques. Par ailleurs, la lune est un symbole non verbal, contrairement au « Zzz » donc plus adéquat à utiliser dans cette adaptation de ces outils de dépistage qui se veut facilitatrice.

2.1.2 Les symptômes gastro-intestinaux

Quatre participants n'ont pas trouvé représentative l'illustration de la question « Avez-vous moins d'appétit qu'avant ? ». La confusion portait sur le fait que les éclairs, représentant la douleur abdominale, étaient placés au niveau de la main droite de la personne. Les sujets pensaient alors que la personne s'était brûlé la main et souffrait de cette brûlure. Nous avons alors modifié la localisation et colorié en noir l'intérieur par souci esthétique et pour plus de précision.

Quant au choix des éléments présents pour représenter le concept des symptômes gastro-intestinaux, nous avons choisi de nous appuyer sur la traduction des réponses de l'hétéro-questionnaire de l'ADRS que le clinicien remplit. Le choix des réponses est « perte d'appétit mais continue de manger et sensations de lourdeur dans l'abdomen » ou « difficulté à manger non due à une paresthésie du bras : nécessite des médicaments pour les symptômes gastro-intestinaux. » Il nous a semblé important de représenter la personne avec un air d'inconfort au niveau facial, une main qui repousse son assiette remplie afin de marquer la perte d'appétit et enfin une marque de souffrance intestinale qui peut expliquer la raison pour laquelle le patient ne mange pas et sur laquelle il faut agir. Ce pictogramme ainsi représenté nous semblait accessible au niveau conceptuel.

2.1.3 Le refus de participation aux activités sociales

Deux participants n'ont pas trouvé représentative l'illustration de la question « Refusez-vous de sortir avec vos proches ? ». L'incongruence portait sur le fait que la personne au 1^{er} plan semblait manifester une mine d'indifférence face au groupe qui lui propose de sortir, ce qui ne reflète pas le mal-être qui peut être ressenti à l'idée de s'isoler et d'être contraint de refuser de passer du temps avec ses pairs. Nous avons donc choisi de modifier la personne au 1^{er} plan en jouant sur le non-verbal : une posture avec les épaules basses comme s'il cherchait à se replier sur lui-même, un regard et une bouche marqués par une attitude triste, les mains dans les poches et la capuche sur la tête afin de symboliser qu'il se renferme et qu'il ne souhaite pas être remarqué. Après présentation de cette modification, ce pictogramme a été validé et a pu être ajouté à cet outil pictographique.

Quant au choix des éléments présents pour représenter le concept du refus de

participation aux activités sociales, dans un premier temps, nous avons utilisé la modalité verbale : le « non ». Après réflexion, c'est le seul pictogramme de notre adaptation qui reposait sur un matériel verbal. Nous avons alors choisi d'utiliser une croix, symbole universel, pour symboliser ce refus. Au cours de notre réflexion, il avait été envisagé d'utiliser le symbole du stop, néanmoins ce concept nous semblait moins adéquat à la situation sociale et marquait plutôt l'interdiction que le refus, nous n'avons donc pas exploité ce concept.

Par ailleurs, le pictogramme initial manquait d'une ambiance chaleureuse. Nous avons choisi de le modifier en représentant un groupe souriant, ouvert et dont une personne fait signe de se joindre à eux en arrière-plan.

2.2 Objectivation de la présence d'un trouble de la compréhension

Les passations de la BETL et de la BCS nous ont permis de mettre en évidence l'existence ou non d'un trouble de la compréhension orale, grâce aux résultats obtenus à la BCS. Il a d'ailleurs été compliqué de fixer un seuil de difficulté de compréhension. Nous nous sommes donc référés aux normes utilisées pour ces tests. Un trouble majeur de la compréhension (critère d'exclusion) a été établi si ces tests n'étaient pas possibles à administrer. Les résultats montrent que parmi nos neuf patients, cinq présentent une atteinte de la compréhension.

Néanmoins, la BCS est une batterie d'évaluation de la compréhension syntaxique suisse-québécoise, reposant sur le modèle de compréhension de phrases de Safran et al. (1992), qui n'a pas été étalonnée sur des patients français. Par conséquent, le lexique de certains items est peu utilisé en français tel que le verbe « bûcher » ou « débouler » et a posé des difficultés à certains patients. De plus, certaines illustrations sont ambiguës à l'instar des images de l'épreuve d'assignation des rôles thématiques, par exemple pour les items portant sur le verbe « embrasser » ou « donner ». Il subsistait un doute parmi trois patients pour chacun des items portant sur ces verbes d'action. L'épreuve d'assignation des rôles thématiques est une épreuve riche sur le plan syntaxique qui permet une analyse complète de la compréhension syntaxique, celle-ci se compose de 50 items répartis en deux blocs de 25 questions. Avec le recul, cette épreuve était longue à administrer au vu des difficultés attentionnelles et de la fatigabilité de certains patients. Nous avons dû stopper cette épreuve pour trois patients dont deux présentaient effectivement un déficit de la compréhension.

D'un point de vue qualitatif, ce sont les items comportant de la voix passive (simple et tronquée), des subordonnées objets et des subordonnées sujets qui sont les plus compliqués. De ce fait, ces structures syntaxiques n'ont pas été utilisées pour notre outil de dépistage. Le choix binaire de réponses que proposent ces épreuves de la BCS n'a parfois pas été représentatif des difficultés observées qualitativement car certains patients répondaient au hasard. Statistiquement, ils avaient une chance sur deux de donner la réponse attendue.

2.3 Questionnaires de satisfaction

D'un point de vue qualitatif, trois patients ont spécifié lors de cet entretien clinique avoir porté leur attention sur les images pour accéder au sens plutôt que sur la lecture des questions écrites ou sur l'écoute de leur lecture à voix haute.

Plusieurs résultats obtenus semblent contradictoires. En effet au vu de la fatigabilité accrue d'un des patients et de ses difficultés de compréhension verbale, ce test et ce questionnaire lui ont été coûteux. Certains résultats ne sont, par conséquent, pas représentatifs

ou alors imputables à un déficit attentionnel. En effet, ce patient ne répondait, sur la fin, que oui à toutes les questions avant même qu'on la lui ait posée.

Nous pouvons remarquer la présence de deux réponses « ne sait pas » car un patient n'a pas souhaité répondre à ces questions temporelles en raison de la notion de temps qui lui est trop abstraite et représente une source d'anxiété pour lui.

D'un point de vue compréhension, une patiente n'a pas compris les questions de ce test. Après discussion avec elle, il s'avère que ce sont les questions de l'épreuve d'assignation des rôles thématiques de la BCS qui lui ont posé problème. L'amalgame a été possible car cette épreuve avait été réalisée quelques minutes avant le test pictographique.

Notons qu'à la dernière question (je n'ai pas compris toutes les questions de ce texte) deux patients ont répondu « oui ». Ces résultats sont cohérents suite à l'amalgame avec la BCS, cette patiente a ici répondu « oui » comme elle avait répondu « non » à la question précédente qui allait de pair. Néanmoins, la 2^{ème} personne qui n'a pas accédé au sens de toutes les questions est le patient avec présence d'une fatigabilité et de difficultés attentionnelles qui n'écoutait plus les questions et répondait « oui » sans connaître le sujet dont il était question. Ce résultat est donc à mettre en lien avec les observations qualitatives.

Nous retenons de ces questionnaires que les pictogrammes de ces outils étaient congruents, clairs et précis, que ce test est rapide d'administration, bien qu'un peu court pour la moitié des sujets. Si les pictogrammes étaient inadaptés aux questions, nous aurions normalement dû relever une différence significative entre la population avec trouble de la compréhension et sans trouble de la compréhension. Or nous relevons une bonne tolérance et une bonne congruence entre les questions et les pictogrammes. Les résultats obtenus vont dans le sens de la confirmation de notre hypothèse selon laquelle les pictogrammes ont facilité l'accès à la compréhension, en levant la contrainte syntaxique, et rendraient ces outils adaptés aux patients aphasiques, même sévères.

Par ailleurs, les passations ont démontré que les patients victimes d'aphasie post-AVC étaient aptes à répondre en toute autonomie et ce, quelles que soient leurs difficultés. En effet, les cinq patients porteurs d'un trouble de la compréhension ont pu répondre au test de dépistage et au questionnaire sollicitant leur propre vécu de cette expérience, avec parmi cette cohorte trois patients non-fluents. Les résultats obtenus sont en adéquation avec les résultats apportés par Carling-Rowland et al. (2014), via la création du CACE (Communication Aid to Capacity Evaluation), l'ajout d'un support visuel, tel que des pictogrammes, combiné à une structure syntaxique simple permet au patient aphasique de participer aux décisions et d'être acteur de sa prise en charge, en soutenant la compréhension et la communication expressive.

Le manque de temps ne nous a pas permis de tester cet outil, sans illustrations pictographiques, sur un groupe contrôle composé de patients avec ou sans trouble de la compréhension afin de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse.

2.4. Analyse qualitative des résultats suite aux passations

D'un point de vue qualitatif, les résultats obtenus suggèrent que la qualité du sommeil est impactée pour la majorité de ces patients, qu'une tristesse récurrente est présente, qu'une fatigabilité est perçue par rapport à leur état antérieur et qu'une anxiété est présente chez sept patients sur neuf. De plus, on semble relever que l'anxiété est plus présente chez les patients aphasiques présentant un trouble de la compréhension : quatre patients sur cinq contre deux patients sur quatre sans atteinte de la communication. Néanmoins, l'appétit semble préservé pour la majorité de ces patients malgré une perte de poids pour près de la moitié d'entre eux.

Cette donnée est à objectiver en prenant en compte le changement d'alimentation entre le domicile et le centre l'Espoir, pouvant peut-être expliquer cette perte de poids. L'accès à la nourriture y est en effet plus restreint qu'à domicile, et les patients n'ont pas la possibilité d'y choisir leur menu.

A la question « Regardez-vous les autres dans les yeux ? », nous ne comptons que huit réponses sur neuf. L'un des patients interrogés présente effectivement une amblyopie congénitale sur l'œil droit et par conséquent n'a pas pu répondre à cette question. A la question « Avez-vous mal quelque part ? » deux patients ont répondu "toujours". Ils présentent en effet des douleurs du membre supérieur ou du membre inférieur en lien avec une hémiparésie et ne rentrent donc pas dans le cadre de douleurs somatiques. Par ailleurs, ces deux patients n'ont pas répondu qu'ils avaient des douleurs au ventre ou à la tête à la question présente dans l'ADRS. Cette question permet plus particulièrement de relever l'existence de douleurs somatiques.

En comparant les résultats obtenus à la présence ou non d'un trouble de la compréhension orale, on semble remarquer que les patients avec trouble de la compréhension, souffrant donc d'une aphasie plus sévère, seraient plus sujets à une baisse de l'humeur pouvant entrer dans le cadre d'un état dépressif consécutif à leur AVC (tel que nous l'avons défini dans la partie théorique). Ces patients semblent présenter plus de difficultés par rapport aux patients qui n'ont pas d'atteinte de la compréhension. Nos résultats semblent en accord avec les travaux de Nys et al. (2005) qui tendent à montrer que les patients présentant des symptômes dépressifs modérés à sévères sont moins autonomes et ont un degré de handicap plus important que ceux ne présentant pas de dépression ou des symptômes légers.

3. Limites de notre étude

Cette étude, constituée de la réalisation de pictogrammes, d'entretiens et d'un questionnaire comporte des imperfections méthodologiques qui seront expliquées ci-dessous.

Tout d'abord, il existe un biais lié à la sélection des sujets de cette étude. La source potentielle de ce biais est que huit patients sur neuf résidaient en structure. En effet, les questions de ce test portaient sur le quotidien à domicile comme les sorties sociales ou la gestion du temps. Or, en structure, l'emploi du temps est déjà établi avec les repas à heures fixes, et les rendez-vous auprès des différents professionnels de santé : orthophonistes, neuropsychologues, kinésithérapeutes... Les réponses relevées ne sont donc pas forcément représentatives. Il serait pertinent d'administrer ce test auprès de patients aphasiques résidant à domicile pour plus de cohérence sur certaines questions.

Cette étude est également concernée par un biais lors de la création de l'échelle pictographique de réponse reposant sur les critères : toujours – souvent – jamais. Aux questions sur les symptômes gastro-intestinaux et la perte de poids : « Avez-vous moins d'appétit ? » et « Pensez-vous avoir perdu du poids ? » les réponses verbales proposées ne sont pas adaptées. Or les pictogrammes associés qui ont été créés à partir des émotions (heureux – neutre – triste) sont cohérents avec les questions posées. On relève une incohérence syntaxique qu'il sera pertinent de corriger ultérieurement pour une utilisation adéquate de cet outil.

Une autre limite que nous pouvons souligner dans cette étude est que le questionnaire de retour est un matériel verbal sans pictogrammes, contrairement à l'outil créé et proposé aux patients. En effet, le manque de temps et la modification des objectifs de ce mémoire ne nous a pas permis la création des pictogrammes pour le questionnaire de satisfaction comme nous l'aurions escompté. Les troubles de la compréhension verbale de certains patients les ont

empêchés de répondre comme ils ont pu le faire lors de la passation de notre outil adapté. Des simplifications orales ont dû être mises en place pour quatre patients parmi ceux présentant un trouble de compréhension, notamment au niveau syntaxique au vu des résultats obtenus à l'épreuve d'assignation des rôles thématiques. Il a donc été relevé certaines incohérences lors du traitement des réponses. Toutefois, ces éléments semblent renforcer l'idée de la nécessité d'utiliser des pictogrammes pour pallier les troubles linguistiques et communicationnels liés à l'aphasie.

Enfin, cet outil de dépistage n'a pu être testé pour le moment que sur neuf sujets. Au vu des résultats obtenus, il serait pertinent de le tester sur une plus grande cohorte. Notons qu'au moment des passations, peu de patients aphasiques étaient présents sur le lieu de cette étude et peu répondaient à nos critères d'inclusion et d'exclusion car la langue maternelle n'était pas le français et certains patients présentaient une aphasie consécutive à un traumatisme crânien. Qualitativement une passation a été effectuée, à titre informatif, sur un patient dont l'aphasie faisait suite à un traumatisme crânien car celui-ci présente une aphasie sévère. Ce sujet n'a pas été inclus dans cette étude, bien que les résultats obtenus soient intéressants.

4. Apports de notre étude et perspectives cliniques

Malgré les limites évoquées ci-dessus, notre étude semble valider les pictogrammes créés spécifiquement pour cet outil de dépistage des troubles dépressifs. Ces deux échelles ainsi illustrées peuvent être utilisées afin d'être testées sur un plus grand nombre de patients, après modifications des quelques incohérences syntaxiques.

Concernant les perspectives de notre étude, il nous semblerait intéressant d'envisager une standardisation et une normalisation futures afin que cet outil puisse permettre le dépistage et la prise en charge par des psychologues de la dépression post-AVC, encore très fréquente chez les sujets aphasiques.

Après plusieurs recherches, il n'existe que peu de littérature sur la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire entre orthophonistes et psychologues pour les patients aphasiques. La mise en place de prise en charge de groupe serait peut-être une piste à exploiter davantage. Le partage de connaissances serait bénéfique, tant aux orthophonistes et aux psychologues qu'aux patients, au vu des compétences croisées de ces deux professions, dans le domaine de l'aphasie et des répercussions sur la qualité de vie.

Conclusion

La dépression est l'un des symptômes les plus fréquemment retrouvés chez les patients présentant une aphasie à la suite d'un AVC. Sa répercussion sur les capacités et la qualité de vie de ces patients est conséquente, il est donc primordial que chaque professionnel de santé gravitant autour de ces patients la prenne en compte. Cependant, ce sujet est peu référencé dans la recherche et la littérature scientifique, et les questionnaires disponibles ne sont pas adaptés aux difficultés de communication dont souffrent les patients aphasiques post-AVC.

L'objectif de ce mémoire consistait donc à rendre accessible aux patients aphasiques sévères un outil de dépistage des troubles dépressifs faisant suite à l'AVC. Pour cela, nous avons choisi d'utiliser les pictogrammes comme support à la communication.

Afin de réaliser ce travail, nous avons traduit et adapté en auto-évaluation les hétéro-questionnaires du SADQ-10 et de l'ADRS, puis nous avons créé des pictogrammes informatisés. Nous les avons utilisés en pré-test sur une population tout-venant afin de recueillir leur avis et leurs suggestions, avant d'apporter les modifications nécessaires à la passation auprès de patients aphasiques sévères.

Les résultats de ce travail suggèrent que l'ajout de pictogrammes semble favorable pour l'accès à la compréhension des patients aphasiques et cela malgré un déficit de la compréhension et une aphasie sévère. L'auto-évaluation et le recours à une aide à la communication visuelle semblent une piste prometteuse pour l'inclusion des personnes aphasiques sévères dans la prise de décision en matière de soins et dans leur autonomie de décision.

Par ailleurs, les résultats obtenus semblent montrer que les troubles dépressifs sont plus importants chez les sujets présentant un trouble de la compréhension majorant leur trouble de la communication. Cet outil de dépistage pictographique serait bénéfique afin d'orienter les patients dépressifs vers un psychologue ou un psychiatre pour qu'ils soient pris en charge. De plus, la mise en place de thérapie de groupe avec un orthophoniste et un psychologue semble une piste de rééducation nécessaire pour le patient. En effet, selon Ross et al. (2006), une thérapie de groupe peut être bénéfique sur le plan de la communication, de la vie quotidienne et du bien-être psychologique.

La validation et la normalisation de cet outil de dépistage auprès d'une cohorte plus importante semble pertinente par les résultats obtenus. Il serait aussi intéressant que cet outil de dépistage puisse être mis à disposition des psychologues et des psychiatres afin d'évaluer la fidélité entre l'hétéro-évaluation, l'entretien clinique et l'auto-évaluation du sujet aphasique.

Bibliographie

- Adobe Illustrator* (25.2.3). (2021). [Logiciel de création graphique vectorielle]. Adobe. <https://www.adobe.com/fr/products/illustrator.html>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5* (5e éd.). Arlington : VA : American Psychiatric Publishing
- Baker, C. (2020, 24 novembre). *Barriers and facilitators to implementing stepped psychological care for people with aphasia: Perspectives of stroke health professionals*. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33232219/>
- Bassi, M., Tari, Y., Dufour, J.-C., & Joyeux, N. (2019). Enquête des pratiques auprès des orthophonistes sur l'aphasie et la dépression post-AVC. *Revue Neurologique*, 175, S74. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2019.01.208>
- Benaim, C., Cailly, B., Perennou, D., & Pelissier, J. (2004). Validation of the aphasic depression rating scale. *Stroke*, 35(7), 1692–1696. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000130591.95710.20>
- Benson, D.F., & Ardila, A. (1996). *Aphasia : A clinical perspective*. Oxford University Press.
- Boulmé, A. (2017). *GONG* [Application d'aide à la communication]. Pulsalys. <https://gong-communication.fr/>
- Bourgeois, M.-E., Fossard, M., & Monetta, L. (2019). Développement, validation et normalisation de la Batterie d'évaluation de la compréhension syntaxique : une collaboration Québec-Suisse. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 43(2). https://www.researchgate.net/publication/334647527_Developpement_validation_et_normalisation_de_la_Batterie_d_evaluation_de_la_comprehension_syntaxique_une_collaboration_Quebec-Suisse
- Carling-Rowland, A., Black, S., McDonald, L., & Kagan, A. (2014). Increasing access to fair capacity evaluation for discharge decision-making for people with aphasia : A randomised controlled trial. *Aphasiology*, 28(6), 750-765. <https://doi.org/10.1080/02687038.2014.895975>
- Carr, S., & Steiner, M. J. (2017). Poststroke Depression (PSD) bei Aphasie Ein Thema für die Praxis ? *Fachbeiträge*, 164, 29-34.
- Chapireau, F. (2001). La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Gérontologie et société*, 24(99), 37-56. <https://doi.org/10.3917/gs.099.0037>

- 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](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30508-4)
- Chomel-Guillaume S, Leloup G, Bernard I (2010). Les aphasies. Évaluation et rééducation. Issy-les-Moulineaux, Masson : 61-73.
- Cobley, C., Thomas, S., Lincoln, N., & Walker, M. (2011). The assessment of low mood in stroke patients with aphasia: Reliability and validity of the 10-item Hospital version of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQH-10). *Clinical rehabilitation*, 26, 372-381. <https://doi.org/10.1177/0269215511422388>
- Døli, H., Helland, T. et Helland, W. A. (2017). Self-reported symptoms of anxiety and depression in chronic stroke patients with and without aphasia. *Aphasiology*, 31(12), 1392-1409. Doi :10.1080/02687038.2017.1280595
- Eskes, G. A., Lanctôt, K. L., Herrmann, N., Lindsay, P., Bayley, M., Bouvier, L., ... Swartz, R. H. (2015). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke Practice Guidelines, Update 2015. *International Journal of Stroke*, 10(7), 1130-1140. doi:10.1111/ijss.12557
- Evain, R., & Ravella, C. (2020). Protocole d'adaptation et de validation en français du SADQ, outil de dépistage de la dépression chez le patient aphasique post-AVC (Mémoire). <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02995404/document>
- Fédération Nationale des Orthophonistes. (2014). Orthophonie consécutive à un AVC. FNO. 13 <https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2018/09/FS-AVC.pdf>
- Flaticon. (2015). Free Icons and Stickers - Millions of resources to download. <https://www.flaticon.com/>
- Godefroy, O., & Tran, T. M. (2015). Batterie d'évaluation des troubles lexicaux. Ortho Editions.
- Graven, C., Brock, K., Hill, K. D., Cotton, S. et Joubert, L. (2016). First Year After Stroke: An Integrated Approach Focusing on Participation Goals Aiming to Reduce Depressive Symptoms. *Stroke*, 47(11), 2820-2827. doi:10.1161/STROKEAHA.116.013081
- Hackett, M. L. et Pickles, K. (2014). Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke: Official Journal of the International Stroke Society*, 9(8), 1017-1025. Doi :10.1111/ijss.12357
- Hadidi, N., Treat-Jacobson, D. J., & Lindquist, R. (2009). Poststroke depression and functional outcome: a critical review of literature. *Heart & lung: the journal of critical care*, 38(2), 151-162. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.05.002>

- HAS, Haute Autorité de Santé. (2007). Rééducation de la voix, du langage et de la parole. HAS. Repéré à <https://www.fno.fr/vous-etes/vie-professionnelle/recommandationsprofessionnelles/>
- Hilari, K. et Northcott, S. (2006). Social support in people with chronic aphasia. *Aphasiology*, 20(1), 17-36. doi:10.1080/02687030500279982
- Inserm. (2019, 6 décembre). Dépression. Inserm – La science pour la santé. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>
- Isaac Francophone. (s. d.). <https://www.isaac-fr.org/isaac/>
- Kagan, A. (1995). Revealing the competence of aphasic adults through conversation : A challenge to health professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2 :1, 15-28, DOI : 10.1080/10749357.1995.11754051.
- Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., McEwen, S., Threats, T., & Sharp, S. (2007). Counting what counts: A framework for capturing real-life outcomes of apha-sia intervention. *Aphasiology*, 22(3), 258-280.
- Kagan, A., Shumway, E., & MacDonald, S. (2020). Assumptions about Decision-Making Capacity and Aphasia: Ethical Implications and Impact. *Seminars in Speech and Language*, 41(03), 221-231. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712115>
- Kauhanen, M. (1999). Poststroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10471439/>
- Kauhanen, M.-L., Korpelainen, J. T., Hiltunen, P., Määttä, R., Mononen, H., Brusin, E., ... Myllylä, V. V. (2000). Aphasia, Depression, and Non-Verbal Cognitive Impairment in Ischaemic Stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 10(6), 455-461. doi:10.1159/000016107
- Laures-Gore, J. S., Farina, M., Moore, E., & Russell, S. (2017). Stress and depression scales in aphasia: Relation between the aphasia depression rating scale, stroke aphasia depression questionnaire-10, and the perceived stress scale. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(2), 114-118. <https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1198528>
- Mazaux, J. M. (2008). Aphasie, Evolution des concepts, évaluation et rééducation. DES Médecine Physique et de réadaptation, 2008, Module Neuropsychologie, Cofemer.
- Northcott, S. (2017). *How do speech-and-language therapists address the psychosocial well-being of people with aphasia? Results of a UK online survey*. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27593505/>
- Nys, G., Van Zandvoort, M., Van der Worp, H., De Haan, E., De Kort, P., & Kappelle, L. (2005). Early depressive symptoms after stroke: neuropsychological correlates and lesion characteristics. *Journal of the Neurological Sciences*, 228(1), 27–33

- Pratiques optimales de l'AVC au Canada. (2019). *Dépression après un AVC*.
<https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/l'humeur-cognition-et-fa-tigue-apres-un-avc/depression-apres-un-avc14>
- Procreate* (5.2). (2011). [Logiciel de création]. Savage Interactive. <https://procreate.art/>
- Robinson, R. G., & Spalletta, G. (2010). Poststroke depression: a review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 55(6), 341–349.
<https://doi.org/10.1177/070674371005500602>
- Simmons-Mackie, N., Kagan, A., Victor, J. C., Carling-Rowland, A., Mok, A., Hoch, J. S., Huijbregts, M., & Streiner, D. L. (2013). The assessment for living with aphasia : Reliability and construct validity. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(1), 82-94. <https://doi.org/10.3109/17549507.2013.831484>
- 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>
- Van Dijk, M. J., de Man-van Ginkel, J. M., Hafsteinsdóttir, T. B. et Schuurmans, M. J. (2015). Identifying depression post-stroke in patients with aphasia: a systematic review of the reliability, validity and feasibility of available instruments. *Clinical Rehabilitation*, 30(8), 795-810. Doi :10.1177/0269215515599665
- Viader F, Lambert J, de la Sayette V, Eustache F, Morin P, Morin I et Lechevalier B. (2002) Aphasie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Neurologie, 17-018-L-10, 1-32.
- Zeltzer, L. (2008). Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ) –Strokengine. <https://strokengine.ca/fr/assessments/stroke-aphasic-depression-questionnaire-sadq/#Propri%C3%A9t%C3%A9spsychom%C3%A9triques>