

SCOR-AVC : un outil de Screening COgnitif Rapide des troubles consécutifs à un AVC en phase aiguë.

Poursuite de la validation auprès d'une population AVC

Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie

présenté par Marine GUILLOUZIC et Aurélie SCHUELLER

dirigé par Madame Muriel LEFEUVRE, orthophoniste, professeur à l'Institut
Orthophonique Gabriel Decroix de Lille et Madame Hélène CUVILLIER, orthophoniste

soutenu publiquement en juin 2014

RÉSUMÉ

Le Screening COgnitif Rapide des troubles consécutifs à un AVC en phase aiguë (SCOR-AVC) est un outil de dépistage élaboré et normalisé lors d'un précédent mémoire d'orthophonie. Cet outil a pour objectif de détecter les troubles cognitifs présentés par des patients en phase aiguë en étant adapté au contexte hospitalier et aux particularités de ces patients. Il est composé de 21 épreuves, sa passation dure environ 45 minutes et le matériel nécessaire est facilement disponible. Notre travail a consisté à poursuivre la validation commencée lors d'un précédent mémoire. Cette validation a finalement porté sur 57 patients victimes d'AVC. L'analyse statistique a permis de conclure que la majorité des épreuves sont sensibles à la pathologie et que la localisation de la lésion influence la réussite aux épreuves. Elle a aussi montré une faible cohérence interne des épreuves ainsi qu'une corrélation significative entre certaines épreuves du SCOR-AVC et celles d'un test de référence.

Mots-clés : Neuropsychologie – Troubles – Bilan – Dépistage – Adulte – AVC

ABSTRACT

The "Screening COgnitif Rapide" of troubles due to a stroke (cerebrovascular accident) in its acute phase (SCOR-AVC) is a screening tool elaborated and normalised in a previous speech therapy dissertation. This tool aims to track down cognitive troubles on patients in the acute phase. It is also adapted to hospitals and to these patients' specificities. It is composed of 21 tests, the test period lasts about 45 minutes and the necessary equipment is easily available. Our work consisted in continuing the validation started in a previous dissertation. This validation focused on 57 stroke victims. The statistics analysis led to the conclusion that the damage has an influence on the tests success. It has also shown a low coherence of the tests as well as a significant link between some tests of the SCOR-AVC and those of a reference test.

Keywords : Neuropsychology – Troubles – Assessment – Screening – Adult – Stroke

INTRODUCTION

Aujourd'hui, en France, l'accident vasculaire cérébral touche 360 personnes par jour dont environ la moitié garde des séquelles à long-terme. L'AVC constitue une cause majeure de déficit cognitif. Une prise en charge précoce entraîne une meilleure récupération fonctionnelle à distance. Pour qu'elle soit la mieux adaptée possible, il est important de procéder à une évaluation précise des déficits et des capacités du patient. L'état du patient en phase aiguë et les circonstances de l'hospitalisation ne permettent pas toujours une passation optimale des tests orthophoniques dont nous disposons à ce jour. De plus, les difficultés rencontrées par le patient peuvent concerner d'autres fonctions cognitives que le domaine langagier. Il est important de les dépister afin de les prendre en compte lors de la rééducation.

En partant de ces observations, Hélène Cuvillier et Stéphanie Bouquet ont, sous la direction de Mme Lefeuvre et de M. le Dr Rousseaux, dans le cadre de leur mémoire d'orthophonie en 2007, créé un bilan de dépistage des troubles cognitifs pour l'adulte cérébrolésé en phase aiguë : le SCOR-AVC (Screening COgnitif Rapide des troubles consécutifs à un AVC en phase aiguë). Il a été étalonné auprès de 120 sujets témoins et a ensuite fait l'objet d'une première validation sur 25 patients victimes d'AVC par Céline Gazaigne en 2008. L'objectif de notre mémoire est de poursuivre la validation de ce bilan auprès de patients ayant eu un AVC et étant hospitalisés en unité neurovasculaire.

CONTEXTE THÉORIQUE

L'Accident Vasculaire Cérébral

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est communément défini comme un « déficit neurologique soudain d'origine vasculaire » (Boussier *et al.*, 2009, 2). Il s'agit d'une perturbation brutale de l'irrigation sanguine dans une région du cerveau, qui est l'expression soudaine d'une pathologie vasculaire chronique. Les AVC sont généralement distingués selon leur nature : ischémique ou hémorragique. Cette distinction n'est cependant pas suffisante pour caractériser les AVC, c'est pourquoi ils sont schématiquement classés

en cinq grands types : infarctus cérébral, accident ischémique transitoire, hémorragie cérébrale, hémorragie sous-arachnoïdienne et thrombose veineuse cérébrale. Même si chaque AVC est particulier, il va engendrer des séquelles fonctionnelles chez 60 à 75% des patients (Bugnicourt *et al.*, 2010, 131), liées aux troubles moteurs, sensitifs, visuels, cognitifs et comportementaux. Les troubles cognitifs pouvant être observés après un AVC sont les aphasies, les apraxies, les agnosies, les amnésies, les troubles des fonctions exécutives, les troubles de l'attention, la négligence spatiale unilatérale. Des troubles de la parole peuvent aussi être relevés. Tous ces troubles peuvent être isolés ou associés à d'autres signes cliniques. L'importance de ces manifestations dépend de l'étendue et de la localisation des lésions mais est aussi déterminée par l'efficacité du traitement mis en place à la phase aiguë. Il est alors important de poser un diagnostic précoce et précis car il permet la mise en place rapide d'un traitement adapté. Celui-ci se pose en plusieurs étapes : diagnostic de l'AVC, de sa nature, de son territoire et de son étiologie.

Prise en charge initiale des AVC

La diversité des atteintes possibles après un AVC nécessite une prise en charge spécifique et adaptée, notamment lors de la phase initiale. Des mesures thérapeutiques spécifiques sont mises en place pour rétablir la circulation sanguine au niveau cérébral. Elles dépendent du type d'AVC. Lors d'un AVC ischémique, la priorité est la désobstruction de l'artère pour rétablir le flux sanguin. Le traitement d'urgence est la thrombolyse mais il existe également d'autres mesures thérapeutiques tels que les antithrombotiques ou la chirurgie. Le traitement principal de l'AVC hémorragique est une intervention neurochirurgicale. Ces traitements spécifiques sont associés à des mesures plus globales qui s'appliquent à tous les types d'AVC avec pour objectifs de corriger tous les facteurs pouvant aggraver leurs conséquences (hypoxie, hyperglycémie, hyperthermie) et de prévenir une éventuelle récurrence. Cette prise en charge initiale de l'AVC doit se faire, dans la mesure du possible, dans un environnement propice à une surveillance continue de l'état du malade. Les unités neurovasculaires ont été créées dans le but de réunir les conditions optimales de prise en charge pendant la phase aiguë. Cependant, l'UNV ne représente qu'une étape de la prise en charge de l'AVC. Il est donc nécessaire d'articuler cette unité dans une filière afin d'assurer la continuité des soins, de mettre en place un accompagnement médico-social post-AVC et d'informer le grand public sur cette pathologie.

Bilans à disposition des orthophonistes

Afin d'évaluer les troubles du patient et d'orienter la rééducation, les orthophonistes disposent de deux types de tests : des batteries générales et des tests plus spécifiques. Les batteries sont des bilans diagnostiques complets mais, dans un contexte d'hospitalisation de phase aiguë post-AVC, elles sont longues pour un patient fatigable et déjà très sollicité par les examens médicaux et les bilans des autres professionnels. Le bilan peut également être interrompu par les soins et les visites des proches. De plus, il est parfois nécessaire de scinder ces batteries sur plusieurs séances, ce qui peut être à l'origine de biais puisque le tableau clinique en phase aiguë peut changer très rapidement. Les tests plus spécifiques sont complets et précis mais limités à un seul domaine et il est donc nécessaire d'en faire passer plusieurs pour mettre en évidence tous les déficits du patient. Dans ce contexte d'hospitalisation, tous les bilans ne peuvent être proposés et certains troubles ne peuvent donc pas être détectés. Il paraissait alors intéressant de disposer d'un outil dépistant l'ensemble des fonctions cognitives afin de mieux cerner les composantes

cognitives atteintes avant de sélectionner les bilans ultérieurs les plus adaptés. Dans ce but, un Screening COgnitif Rapide des troubles consécutifs à un AVC en phase aiguë, le SCOR-AVC, a été élaboré et normalisé. Cet outil vise une évaluation précoce des fonctions cognitives et permet de commencer une prise en charge orthophonique ciblée et donc de limiter les séquelles sur le long-terme, car plus la rééducation est précocement entreprise, plus elle impactera la communication.

BUTS ET HYPOTHÈSES

Le contexte théorique que nous avons exposé a permis de démontrer la nécessité d'un outil de dépistage des troubles cognitifs de l'adulte cérébrolésé en phase aiguë.

Le but principal de notre travail est de continuer la validation du SCOR-AVC auprès d'un plus grand nombre de patients victimes d'AVC afin d'observer s'il répond aux qualités métrologiques d'un test.

Nos hypothèses sont les suivantes :

- Hypothèse n°1 : cet outil est sensible à la pathologie.
- Hypothèse n°2 : les résultats varient selon la localisation de l'AVC.
- Hypothèse n°3 : les résultats varient selon les variables démographiques « âge » et « niveau d'études ».
- Hypothèse n°4 : le SCOR-AVC a une faible cohérence interne.
- Hypothèse n°5 : cet outil répond à la qualité métrologique de validité externe.

MÉTHODOLOGIE

Sujets

Les patients inclus ont eu un diagnostic d'AVC confirmé par imagerie et devaient être en phase initiale (dans le mois suivant l'AVC).

Les patients présentant les critères suivants ont été exclus de la validation : trouble psychiatrique sévère, démence diagnostiquée antérieurement à l'AVC, syndrome confusionnel, non connaissance du français oral et/ou écrit.

La validation a porté au total sur 57 patients ayant eu un AVC. Parmi ces 57 patients : 22 ont des lésions droites (LD), 28 ont des lésions gauches (LG), 7 ont des lésions du tronc cérébral (LT).

Matériel

Le SCOR-AVC est constitué de 21 épreuves dont certaines sont scindées en plusieurs sous-épreuves et d'autres en deux niveaux de difficulté. Sa passation dure environ 45 minutes. L'ensemble des épreuves tente d'évaluer un maximum de fonctions cognitives : l'orientation spatio-temporelle, la parole, l'expression et la compréhension à l'oral et à l'écrit, les gnosies visuelles, les praxies, les fonctions exécutives, l'attention la négligence spatiale unilatérale et la mémoire. Certains subtests nécessitent des objets de la vie courante, facilement disponibles et transportables.

Cet outil a été normalisé en 2007 sur une population de 120 sujets témoins, répartis selon le sexe, 5 tranches d'âge et 3 niveaux d'études. D'après l'analyse statistique effectuée, seul le niveau d'études a montré une réelle influence sur les résultats. C'est pourquoi l'étalonnage est réparti en fonction du niveau d'études des sujets. Une première validation a été effectuée en 2008 auprès de 25 patients victimes d'AVC. Ce mémoire a pour but d'étendre cette validation sur un plus grand nombre de patients.

Méthode

Les passations ont eu lieu au sein de l'unité neurovasculaire de l'hôpital Saint-Philibert, Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille, à Lomme. Elles ont été faites dans les chambres des patients, au lit ou au fauteuil selon leur état. En général, le temps passé dans la chambre avec le patient était d'une heure environ, comprenant l'information sur la passation, la lecture et la signature du formulaire du consentement de participation, la passation du SCOR-AVC ainsi que la passation du test de référence : le Montreal Cognitive Assessment MoCA (Bedirian *et al.*, 2005).

En ce qui concerne la méthode statistique, les résultats de chaque épreuve ont été comparés à la norme afin d'étudier la sensibilité à la pathologie du test ainsi que l'influence de la lésion, de l'âge et du niveau d'études sur les performances du patient. Les résultats aux épreuves du SCOR-AVC ont été comparés entre eux pour étudier la corrélation entre les subtests évaluant les mêmes compétences. Enfin, les résultats aux épreuves du SCOR-AVC ont été comparés à ceux obtenus aux épreuves du MoCA afin d'étudier la corrélation entre les épreuves testant les mêmes compétences. L'analyse statistique repose sur une analyse de la variance obtenue au moyen du logiciel informatique SPSS. Lors de l'analyse, la valeur p est considérée comme significative lorsqu'elle est inférieure ou égale à 0,01 et comme tendance p lorsqu'elle est comprise entre 0,01 et 0,05. Si la valeur est strictement supérieure à 0,05, elle est considérée comme non significative.

RÉSULTATS

Les résultats obtenus par les 57 sujets pathologiques aux différentes épreuves du SCOR-AVC et du MoCA ont été recueillis puis analysés. L'analyse statistique a démontré que seulement quatre épreuves (désignation écrite de mots fréquents, superposition mots-objets, tapping et bissections de lignes) ne sont pas sensibles à la pathologie pour l'ensemble de notre échantillon. Ces épreuves ne permettent pas de mettre en évidence les troubles qu'elles sont censées détecter chez les sujets pathologiques. L'hypothèse n°1 « cet outil est sensible à la pathologie » est donc validée.

Nous avons pu observer que la localisation de la lésion influence les résultats obtenus aux différentes épreuves. En particulier, les patients cérébrólésés gauches présentent le plus de difficultés dans les épreuves évaluant le langage et les patients cérébrólésés droits ont principalement des difficultés à l'épreuve de barrage de cloches, détectant la présence éventuelle d'une négligence spatiale unilatérale. L'hypothèse n°2 « les résultats varient selon la localisation de l'AVC » est donc aussi validée.

En ce qui concerne les variables démographiques, l'analyse statistique n'a montré aucun effet significatif de l'âge ou du niveau d'études sur les scores des patients. L'hypothèse n°3 « les résultats varient selon les variables démographiques âge et niveau d'études » est invalidée.

L'analyse statistique a démontré que le SCOR-AVC a une faible cohérence interne puisque ses épreuves balayent des fonctions cognitives différentes. L'hypothèse n°4 « le SCOR-AVC a une faible cohérence interne » est validée.

Lors de la comparaison entre les résultats aux épreuves du SCOR-AVC et du MoCA pouvant être appariées, nous avons pu observer une corrélation significative entre ces épreuves, sauf pour l'épreuve de rappel. L'hypothèse n°5 « cet outil répond à la qualité métrologique de validité externe » est donc validée.

DISCUSSION

Critiques méthodologiques

Cadre et moment de la passation

Le recrutement des patients n'a pas toujours été évident. Dans certains cas, le diagnostic d'AVC était encore en attente et, pour d'autres, malgré les symptômes présentés, le diagnostic posé n'était finalement pas celui d'un AVC. Compte tenu de la moyenne d'âge des patients présents dans ce service, il n'était pas rare d'exclure des sujets à cause d'une démence préalablement diagnostiquée. Enfin, quelques personnes étaient étrangères et elles ne pouvaient donc pas être incluses dans notre étude. Cependant, nous n'avons pas pu faire passer le SCOR-AVC à tous ces patients sélectionnés. En effet, certains étaient occupés avec d'autres rééducateurs ou partis en examen. D'autres ont refusé de participer à notre étude car ils étaient trop fatigués ou trop préoccupés par leur état de santé. Enfin, certains patients dont le niveau de vigilance était trop altéré n'ont pas pu être inclus. La réalité du terrain a donc compliqué le recrutement des patients et toutes les passations envisagées n'ont finalement pas pu être réalisées.

Le SCOR-AVC a été soumis à 57 patients ayant eu un AVC. La répartition de la localisation des lésions est globalement équilibrée entre les lésions droites (22) et gauches (26). La répartition homme/femme n'est pas équilibrée, nous avons 15 femmes et 42 hommes. Cependant, la normalisation ayant démontré que le sexe n'avait pas d'influence significative sur le score, ce déséquilibre n'est pas problématique. La répartition des sujets au sein des tranches d'âge n'est pas équilibrée mais cela est inhérent à la pathologie de l'AVC qui touche plus fréquemment les sujets âgés. En ce qui concerne les niveaux d'études, la répartition entre les niveaux 1 et 2 est équivalente. Le niveau d'études 3 est moins représenté.

Certaines passations ont été interrompues par le passage d'une infirmière, d'une aide-soignante, du neurologue ou encore d'un rééducateur. Ces interruptions ont parfois pu perturber le patient mais il est difficile de savoir dans quelle mesure elles ont influencé les résultats.

Remarques concernant le SCOR-AVC

Nous avons pu remarquer que certaines consignes étaient un peu longues et donc plus difficilement compréhensibles par les patients. La consigne ayant posé le plus de difficulté est celle de l'épreuve de bissection de lignes car elle est longue et contient beaucoup d'informations, nous avons souvent dû l'accompagner de gestes pour rendre sa compréhension plus facile. Au niveau de la cotation, seule l'épreuve de praxies constructives nous a posé des difficultés pour l'attribution des points, notamment au niveau de l'évaluation de la position et de la délimitation des différents éléments. Certaines épreuves, comme

l'appariement de deux photos identiques, sont réussies par la majorité des patients et ne paraissent pas assez sensibles à la pathologie. Il aurait pu être intéressant de les complexifier afin d'améliorer leur sensibilité. Cependant, il faut noter que notre échantillon n'est peut-être pas représentatif de tous les troubles cognitifs observables suite à un AVC. L'épreuve de rappel a été échouée dans la majorité des cas. Cette épreuve repose sur les objets présentés lors du premier niveau de l'épreuve de désignation. Or, cette épreuve ayant deux niveaux avec des objets différents, les patients rappelaient indifféremment des objets de chacun des niveaux. D'une manière générale, chaque épreuve sollicite plusieurs capacités et peut être échouée à cause de difficultés à différents niveaux : langage (compréhension de la consigne, de l'item, sortie orale), autre domaine cognitif, trouble périphérique ou état général du patient. Il est donc important de recouper les résultats aux épreuves entre-eux afin d'identifier au mieux les capacités cognitives touchées.

Les compléments à la validation

Au cours de la validation, il aurait pu être intéressant d'évaluer la fidélité du SCOR-AVC. On appelle fidélité la « constance des résultats obtenus au même test par le même sujet » (Brin-Henry *et al.*, 2004, 113), ainsi quel que soit l'examineur ou le moment de la passation, les mêmes résultats doivent être retrouvés. Cependant, cette fidélité ne peut être démontrée en phase aiguë car les performances des patients évoluent rapidement et la comparaison des résultats ne serait pas pertinente.

Discussion des résultats

Sensibilité à la pathologie

L'étude statistique a montré que la majorité des épreuves du SCOR-AVC sont sensibles à la présence de l'AVC (sauf quatre d'entre elles). Ferro (2001) constate que les troubles cognitifs sont une manifestation clinique courante de l'AVC. Cela concorde avec nos résultats : les sujets présentant un AVC ont des résultats moins bons que les sujets sains. Nous pouvons donc dire que le SCOR-AVC détecte bien les troubles cognitifs présentés par les patients AVC.

Lorsque cette sensibilité est étudiée en fonction de la localisation de la lésion, l'analyse statistique révèle que cet outil semble plus apte à déceler les troubles cognitifs présentés par les patients avec une lésion gauche. Ces résultats sont à modérer car notre échantillon n'est peut-être pas totalement représentatif de la population étudiée. En effet, seulement sept patients avec une lésion du tronc cérébral ont pu être inclus dans cette étude. Avec un plus grand nombre de patients, l'analyse statistique aurait pu être plus pertinente pour ce groupe de patients. De plus, les patients inclus ne présentaient pas obligatoirement les troubles évalués par le SCOR-AVC. Par exemple, les épreuves détectant la négligence spatiale unilatérale ne sont pas considérées comme sensibles mais cela peut s'expliquer par le fait que peu, voire pas, de patients étaient négligents. Si d'autres patients avaient présenté une négligence, ces épreuves auraient alors pu être considérées comme sensibles à la pathologie par l'analyse statistique. Il est donc difficile de conclure sur la réelle sensibilité de ces épreuves.

Influence de la lésion sur les résultats

L'analyse statistique a permis de déterminer distinctement que les épreuves évaluant la parole et le langage étaient plus échouées par les patients avec une lésion gauche, et que l'épreuve de barrage,

évaluant l'héminégligence, était plus chutée par les patients avec une lésion droite. Les autres épreuves n'ont pas permis de distinguer clairement le groupe de patients ayant le plus échoué dans chaque domaine. Ces résultats concordent avec ce que l'on peut trouver dans la littérature du point de vue anatomo-clinique qui relie « la perturbation de telle ou telle capacité cognitive à la lésion de l'un ou l'autre des hémisphères » (Desgranges et *al.*, 2013, 21). En effet, selon ces auteurs, les lésions de l'hémisphère gauche sont notamment associées à des troubles du langage et les lésions de l'hémisphère droit à des altérations des habiletés visuo-spatiales. Ils précisent néanmoins que l'approche cognitive tend à élaborer un « découpage n'étant plus établi au niveau de grandes fonctions (langage *versus* espace) mais de modules cognitifs (ou niveaux de traitement) plus petits au sein d'une fonction ». Dans ce cas, les deux hémisphères peuvent avoir un fonctionnement complémentaire. Cette approche peut alors expliquer le fait qu'un déficit cognitif n'est pas toujours caractéristique d'un type de lésion. Par exemple, pour les gnosies, certaines épreuves sont chutées par les patients avec une lésion droite et d'autres épreuves par les patients ayant une lésion gauche. De plus, même si les épreuves de langage sont le plus échoué par les patients avec une lésion gauche, elles peuvent aussi être échouées par les patients avec une lésion droite mais dans une moindre mesure.

Étude des variables démographiques

Les résultats de l'analyse statistique montrent qu'il n'y a pas d'effet significatif de l'âge ou du niveau d'études sur les performances obtenues par les sujets pathologiques. L'étude de De Haan et al. (2006) avait pourtant révélé que ces variables démographiques pouvaient influencer les résultats aux tests cognitifs. Cette divergence peut s'expliquer par le fait que le SCOR-AVC est un test de dépistage et non un test diagnostique. En effet, ce test de dépistage s'attachant à détecter la présence de troubles cognitifs, il ne permet pas de distinguer les sujets pathologiques entre eux par des variables plus fines telles que l'âge ou le niveau d'études. De plus, l'importance des troubles en phase aiguë minimise peut-être l'influence des différences liées à l'âge et au niveau d'études sur les scores.

Cohérence interne

L'analyse statistique indique que le SCOR-AVC a une faible cohérence interne car son coefficient Alpha de Cronbach est très faible. Ce coefficient est calculé « pour vérifier si les énoncés partagent des notions communes » (Bertrandias et *al.*, 2010, 61). Le SCOR-AVC cherche à tester sélectivement les différentes fonctions cognitives en les évaluant de manière isolée, dans la mesure du possible. Il paraît alors cohérent que les subtests partagent peu de notions communes.

Validité externe

L'étude de la validité externe a montré que les épreuves du SCOR-AVC appariées à celles du MoCA évaluant les mêmes compétences sont corrélées entre elles, à l'exception du rappel. Ces résultats sont à nuancer puisque le MoCA n'a pas encore été validé en langue française. Cependant, il n'existe pas à ce jour d'outils de certitude permettant le dépistage des fonctions cognitives après un AVC pouvant valoir de test de référence.

Intérêt du SCOR-AVC pour l'orthophonie

Au cours de la phase aiguë, le temps est un facteur clé. La fatigabilité du patient et le contexte hospitalier demandent une évaluation rapide qui permette néanmoins de cerner l'ensemble des troubles. De plus, en dehors du langage, d'autres fonctions cognitives peuvent être perturbées et influencer les résultats. Il est donc important de ne pas négliger les différentes composantes cognitives impliquées dans chaque épreuve et d'en tenir compte afin d'interpréter les résultats de manière adéquate. Notre outil, le SCOR-AVC, est un Screening COgnitif Rapide des troubles consécutifs à un AVC en phase aiguë. Sa passation est rapide tout en permettant de balayer un maximum de fonctions cognitives susceptibles d'être altérées suite à l'AVC. Cet outil répond aux besoins de la pratique hospitalière, notamment ceux d'une unité neurovasculaire, car la passation peut se faire en une seule fois et au lit du patient, le matériel est facilement accessible et transportable et les manipulations sont simples. La cotation est également rapide et permet de cerner les difficultés du patient dès la passation. Ainsi, l'orthophoniste peut débiter une rééducation adaptée dès la phase aiguë. Les domaines déficitaires du patient pourront par la suite être évalués plus précisément par des outils diagnostiques, plus complets et plus spécifiques mais aussi plus longs et donc moins adaptés à la phase aiguë.

Le SCOR-AVC a été normalisé auprès de 120 sujets sains, ce qui permet de comparer les résultats du patient à la norme afin d'objectiver ses difficultés. Ces normes tiennent compte du niveau d'études, ce qui réduit le biais lié au niveau socio-culturel du patient. Il a ensuite été validé auprès de 57 patients AVC et a fait l'objet d'une analyse statistique complète qui démontre que cet outil répond aux qualités métrologiques d'un bilan. Les résultats obtenus pourront alors être analysés objectivement et être communiqués aux structures qui prendront en charge le patient par la suite afin de permettre une continuité dans les objectifs de la prise en charge.

CONCLUSION

Notre étude a porté sur la validation du SCOR-AVC, Screening COgnitif Rapide des troubles consécutifs à un AVC en phase aiguë. Lors de la normalisation, un étalonnage a été établi selon le niveau d'études des sujets, variable ayant un impact sur les résultats. La validation a permis de conclure que ce test répond bien aux qualités métrologiques attendues d'un bilan de dépistage. Nous avons également pu observer que la localisation de l'AVC a un effet sur les troubles présentés par le patient. Au terme de notre travail, nous pouvons donc dire que nous disposons d'un outil de dépistage des troubles cognitifs chez l'adulte cérébrolésé suite à un AVC, qui a été normalisé et validé auprès de cette population.

Dans la pratique hospitalière, l'orthophoniste est susceptible de rencontrer d'autres pathologies cérébrales demandant une évaluation orthophonique dès la phase initiale. Il serait alors intéressant d'élargir la validation du SCOR-AVC auprès d'autres pathologies telles que les traumatismes crâniens afin que ces patients puissent également bénéficier d'une évaluation précoce. Celle-ci leur permettrait de bénéficier d'une rééducation adaptée dès la phase aiguë, dans l'attente d'une évaluation plus complète des troubles par des bilans diagnostiques.

RÉFÉRENCES

- Bedirian V., Charbonneau S., Chertkow H., Collin I., Cummings J., Nasreddine Z., Phillips N., Whitehead V. (2005). « The Montreal Cognitive Assessment, MoCA : a Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment », *J.Am.Geriatr.Soc.* 53(4), 695-99
- Bertrandias L., Carricano M., Poujol F. (2010). *Analyse de données avec SPSS*. Paris : Pearson Education France
- Bousser M.-G., Mas J.-L. (2009). « Introduction » in : Bogousslavsky J., Léger J.-M., Mas J.-L.. *Accidents vasculaires cérébraux*. Reuil-Malmaison : DOIN. 1-8
- Bouquet S., Cuvillier H. (2007). *Bilan de Dépistage Cognitif pour l'Adulte Cérébrolésé (BDCAC): Elaboration et normalisation*. Mémoire d'orthophonie, Université Lille 2
- Brin-Henry F., Courrier C., Lederlé E., Masy V. (2004). *Dictionnaire d'Orthophonie*. Isbergues : Ortho Edition
- Bugnicourt J.-M., Canaple S., Garcia P.-Y., Godefroy O., Lamy C., Roussel M., Serot J.-M. (2010). « Poststroke dementia and cognitive disorders », *Les cahiers de l'année Gériatologique* 2, 131-135
- De Haan E., Nys G., Van Zandvoort M. (2006). « Cognitive function following stroke and vascular cognitive impairment », *Neurology* 19, 559-564
- Desgranges B., Eustache F., Faure S. (2013). *Manuel de neuropsychologie 4è édition*. Dunod : Paris
- Ferro J.M. (2001). « Hyperacute cognitive stroke syndromes », *Journal of Neurology* 248, 841–849
- Gazaigne C. (2008). *Validation d'un outil de dépistage des troubles cognitifs chez des patients cérébrolésés*. Mémoire d'orthophonie, Université Lille 2