

2^{es} rencontres
scientifiques
de la CNSA pour
l'autonomie

15 et 16 février
2012 - Paris

Obstacles et facilitateurs à la réinsertion sociale après un accident cérébral-vasculaire selon le point de vue des proches et des personnes atteintes d'aphasie.

Guylaine Le Dorze

Professeur, Faculté de médecine, Université de Montréal, et
Chercheur, Centre de Recherche Interdisciplinaire en
Réadaptation de Montréal,
Montréal, Canada



Atelier 11- Après un accident: réadaptation et réinsertion sociale

Pourquoi s'intéresser aux personnes qui ont de l'aphasie ?

- * **L'aphasie est fréquente après un accident cérébrovasculaire ou AVC**
- * **Les cas d'AVC avec aphasie seraient plus 'difficiles' à traiter à l'hôpital et en réadaptation**
- * **Les risques d'isolement et de rupture sociale sont élevés, surtout lorsque les services sont terminés, ainsi que les problèmes de santé**

Pourquoi s'intéresser aux proches des personnes qui ont de l'aphasie ?

- * **Les proches sont affectés par l'aphasie**
- * **Ils sont aussi à risque de problèmes de santé et d'isolement social, surtout l'aidant naturel**
- * **Le modèle actuel de réadaptation centrée sur la personne atteinte semble insuffisant (en dépit d'un discours inclusif)**
- * **Le regard de l'orthophonie sur la problématique des aphasies peut apporter un véritable éclairage et soutien aux intervenants et aux proches ainsi que des éléments utiles pour des lignes directrices concernant l'organisation des services**

L'aphasie c'est...

- * **Définition classique: Un trouble du langage occasionné par un dommage au cerveau entraînant des difficultés à parler, lire, écrire, suivre le langage parlé.**
- * **Et j'ajoute ceci : - l'aphasie entraîne des difficultés de communication interpersonnelle et - conduit rapidement à l'isolement de la personne atteinte et à une dépendance sur autrui n'étant pas en mesure de faire connaître ses besoins, ses choix, ni faire de reconnaître sa compétence**
- * **Ses proches vivent une rupture de communication avec elle**
- * **Les intervenants vivent aussi des difficultés de communication la personne atteinte qui vont affecter globalement les soins offerts**

Selon “La qualité des soins de l’AVC au Canada” (2011), un rapport produit par le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires.

- * 38, 000 patients hospitalisés au Canada pour AVC dans presque 300 hopitaux en 2008-2009**
- * La majorité des patient 58 % retournent chez eux après le congé de l’hôpital**
- * 19% vont vers un centre de réadaptation, et 10% vont dans des centres de soins de longue durée**
- * La majorité des 19% reçoivent 5 à 6 semaines de réadaptation et 70 % de ceux-ci retournent chez eux, ayant fait des gains significatifs.**
- * De ceux-ci seuls 38% ont accès à des services communautaires**
- * On ne connaît pas les services de réadaptation reçus ni les impacts car il n’y a pas de mesures en place pour documenter**

Extrapolons

- * **Sur 1000 cas d'AVC admis à l'hôpital, de ceux-ci :**
- * **580 retournent à la maison, 100 en soins de longue durée, 130 autres soins ou maison de retraite**
- * **190 vont en réadaptation**
 - 133 retournent ensuite à domicile et
 - 50 auront accès à des services de réadaptation dans leur communauté
- * **Les services des réadaptation sont peu accessibles et peu disponibles**

Au Québec

- * **En 2008-09, environ 12,000 hospitalisations au Québec pour AVC selon un rapport de l'INESS (Coté et Tessier,2011)**
- * **Des données supplémentaires fiables ne sont pas disponibles**
- * **Un registre de l'AVC est prévu**
- * **Estimation de 3200 nouveaux cas d'aphasie d'origine vasculaire par an au QC (Annoni et al., 1993)**

Quand l'aphasie est une conséquence de l'AVC 1

- * **35 % environ des cas d 'AVC au moment du congé de l'hôpital ont une aphasie (Dickey et al., 2010)**
- * **Le risque d'aphasie augmenterait avec l'âge (Engelter et al., 2006)**
- * **Avec intervention orthophonique, tous les types d'aphasie se sont améliorés (Bakheit et al., 2007)**
- * **La sévérité initiale de l'aphasie est un prédicteur de l'issue à moyen terme (Lazar et al., 2010)**

Quand l'aphasie est une conséquence de l'AVC 2

- * **Mortalité plus grande et degré de handicap plus grave avec la présence d'aphasie (Bersano et al., 2009)**
- * **Issue fonctionnelle ou sociale de la réadaptation moins bonne quand il y a présence d'aphasie (Gialanella et al., 2011)**
- * **Après la réadaptation, personnes avec aphasie vont plus souvent en soins de longue durée et moins de retours à domicile (Dickey et al., 2010)**

L'impact de l'aphasie dans la récupération de l'AVC serait négatif

- * **Pourquoi l'issue de l'AVC serait moins bonne avec aphasie?**
- * **-L'aphasie aurait un impact plus grand que le simple trouble de langage**
- * **- Pourrait influencer la motivation et les capacités à participer à la réadaptation; comprendre et retenir, interagir avec intervenants**
- * **- Pourrait influencer les intervenants qui peinent à s'adapter à la communication avec des personnes aphasiques.**

Que nous disent les personnes aphasiques et leurs proches après la réadaptation ?

- * Les besoins des proches
- * Les besoins des personnes aphasiques
- * La participation sociale des personnes aphasiques
- * L'adaptation des proches
- * L'inclusion des proches en réadaptation par les orthophonistes
- * La participation des proches en réadaptation et orthophonie

Conséquences de l'aphasie et l'AVC

- * **Proches:**
- * **Doivent s'adapter à des stress; ce qu'ils font avec des résultats plus ou moins satisfaisants selon le domaine de vie.**
- * **Vivent plusieurs conséquences négatives**
- * **Ils ont des besoins; qu'ils nomment plus aisément une fois la réadaptation terminée**
- * **Certains s'adaptent mieux. On aurait intérêt à savoir ce qu'ils font.**
- * **Personnes aphasiques:**
- * **Vivent plusieurs conséquences négatives**
- * **Leur participation est restreinte, parfois qu'à celle que leur offrent les associations de personnes aphasiques**

Quels sont les besoins des personnes avec aphasie ?

- * **Améliorer la communication**
- * **Accès aux environnements physiques, au transport et activités adaptées**
- * **Bien-être physique**
- * **Soutien**
- * **Amélioration des relations interpersonnelles**

* **(Le Dorze & Signori, 2010)**

La participation sociale des personnes aphasiques

* Les facilitateurs

- Facteurs identitaires favorables (personnalité, stratégies) 90
- La famille et le réseau social (ajusté à la communication avec la personne aphasique)70
- Les associations de personnes aphasiques 47
- Les services de réadaptation reçus (récupération des capacités) 38
- Leurs capacités (conduire, marcher, parler ..) 28
- Les attitudes des gens et de la société qui acceptent de s'adapter à eux 22

* Les obstacles

- Leurs incapacités (dont l'aphasie) 87
- La famille et le réseau social qui n'est pas ajusté à la communication avec eux 57
- Des facteurs identitaires défavorables (craintes, évitement) 47
- Les services insatisfaisants, inexistantes (rien post-réadaptation, congé subit) 42
- Les attitudes des gens et de la société (méconnaissance de l'aphasie, attentes de vitesse) 20

(Salois-Bellerose et Le Dorze, en cours)

Quels sont les besoins des proches de personnes avec aphasie ?

- * **Soutien**
- * **Répit**
- * **Moyen de communication efficace avec la PA**
- * **Information**
- * **Partenaire dans les soins**
- * **Amélioration des relations interpersonnelles**
- * **Soutien financier**
- * **(Michallet et al., 2001: Le Dorze & Signori, 2010)**

Des obstacles à obtenir de l'aide selon les proches

Facteurs individuels

Croyance que c'est sa responsabilité de s'occuper de son partenaire

Croyance que personne d'autre ne peut aider

Croyance que les intervenants n'ont pas le temps

La personne aphasique ne veut pas demander ou ne veut pas d'aide

Le proche n'est pas en mesure de chercher de l'aide

Les autres proches ne sont pas disponibles pour aider

Facteurs organisationnels

L'aide ou l'information voulue n'existe pas

L'aide proposée ne convient pas

Les services sont organisés de manière rigide

Il n'y a rien pour les familles ou encore leurs besoins ne sont pas considérés

Les références ne sont pas faites, les intervenants ne font pas l'affaire

Les listes d'attente pour certains services sont très longues

Certains services sont chers ou inaccessibles

(Le Dorze & Signori, 2010)

Comment les proches évaluent les services ?

- * **Services difficiles d'accès, insuffisants, inexistants surtout au retour à domicile (n.b. services à la personne avec aphasie sont plus souvent discutés)**
- * **Très difficile d'avoir de l'information, d'être inclus dans le processus de réadaptation, d'être considéré**
- * **Services de qualité inégale, satisfaction avec certains d'entre eux, certains intervenants, et lieux d'hébergement**

Est-ce que les orthophonistes incluent les familles dans la réadaptation ?

- * **Suède, 200 orthophonistes**
- * **Considèrent très important de donner des informations aux familles et l'enseignement des stratégies d'aide à la conversation**
- * **Dans les faits, 2/3 n'incluent pas les familles comme souhaité**
- * **17% font l'enseignement des stratégies d'aide à la conversation**
- * **6% du temps de thérapie inclut la famille**
- * **Pourquoi : pas le temps, pas les compétences**
- * **(Johansson, Carlsson, Sonnander, 2010)**

Les professionnels incluent-ils les proches ?

A partir de vignettes, 1755 professionnels de la réadaptation (physio, ergo et orthophonistes du Canada)

Identifient un problème familial

- Phase aigue 18 %
- Réadaptation 12 %
- Communauté 68 %

Très très peu évaluent le problème familial avec un outil de mesure

Interventions pour la famille

- Phase aigue 26 %
- Réadaptation 27 %
- Communauté 48%

Peu souhaiteraient pouvoir faire plus pour la famille

- Phase aigue 12 %
- Réadaptation 6%
- Communauté 17 %

(Rochette et al., 2007)

Malgré des services peu centrés sur leurs besoins, certains proches sont moins affectés

- * Identifié quatre proches sur 13 s'étant bien adaptés grâce à des stratégies d'adaptation
- * Etude de cas en profondeur

Stratégies de proches s'étant le mieux adaptés

Des stratégies actives d'aide qu'ils procurent à la personne devenue aphasique qui ont pour effet de favoriser son émancipation, autonomie et bien-être, sans surprotéger

Des stratégies de maintien/retour de la communication sont employées dans le but de garder/retrouver la relation

Des stratégies de réflexion, de recul, de protection de soi sont employées avec l'idée que l'expérience d'aider et d'accompagner son parent/son conjoint est une occasion d'apprendre, de s'enrichir, de se dépasser... Résilience ?

(Goulet & Le Dorze, en cours)

L'adaptation d'une fille aux conséquences de l'AVC et l'aphasie de sa mère

- * **Processus sur plus d'un an, relié à un besoin d'aide bien perçu et compris par la fille**
- * **Elle ne souhaite pas perdre la relations avec sa mère et constate ses besoins d'aide ainsi que l'aphasie**
- * **Elle procure de l'aide visant le bien-être de sa mère et son indépendance**
- * **Elle reconnaît la compétence de sa mère qui la démontre à diverses occasions**
- * **Elles ne vivent pas ensemble et la mère va vivre dans un appartement avec supervision minimale malgré la chaise roulante, l'aphasie grave limitée à 15 mots après un an (3 mots à l'hôpital)**
- * **Fille: meilleure estime d'elle-même, et reprise complète de ses activités professionnelles et parentales, relation satisfaisante avec sa mère**
- * **Mère: de plus en plus autonome, satisfaite et active, continue de progresser**
- * **Hallé et Le Dorze (sous presse)**

Recherche en cours

- * Perception des orthophonistes de leur inclusion ou non des proches en réadaptation
- * Perception des proches de leur participation à la réadaptation de leur conjoint/ parent/enfant devenu aphasique

* (Hallé, Marie-Christine, Ph.D.)

Comment pourrait-on améliorer la situation ?

- * **Mieux former les intervenants à la communication adaptée**
- * **Développer des interventions de réadaptation efficaces qui découlent des expériences vécues comprises par des méthodes de recherche qualitative**
- * **Avoir des politiques et des services accessibles et mieux ajustés aux besoins des gens**
- * **Utiliser les guides de pratiques optimales pour améliorer l'issue de la réadaptation pour tous**

Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (mise à jour 2010)

- * [2010BPR_FRENCH-stratégie canadienne-AVC.pdf](#)
- * Stratégie vise à « diminuer le fardeau de l'AVC en réduisant l'écart entre les connaissances et la pratique dans la prise en charge de la maladie ».
- * Destiné au professionnels de la santé d'un éventail de disciplines.
- * Processus structuré basé sur l'analyse des données et la consultation des des experts dirigé par un comité
- * Format: 1- la recommandation pour les pratiques optimales proprement dite décrit la pratique recommandée 2- la justification qui résume l'importance 3- les exigences pour le système 4- des indicateurs de rendement 5- les ressources pour la mise en oeuvre et les outils d'application des connaissances 6-un résumé des données probantes
- * <http://www.strokebestpractices.ca/?lang=fr>

Selon les recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins

* [continuum_FR.pdf](#)

* **la réintégration dans la communauté s'inscrit dans un parcours global et médical de prise en charge balisé**

* **La réintégration est le dernier point inscrit dans la recommandation qui concerne les transitions**

* *Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Singh S, et Phillips S. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (mise à jour de 2010). Au nom du Groupe de rédaction des pratiques optimales et des normes de la Stratégie canadienne de l'AVC. 2010; Ottawa, Ontario Canada : Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires.*

Définition de la Réintégration dans la communauté

- ✿ « Reprise de la participation aux activités de la vie quotidienne, regain des intérêts communautaires et réappropriation des rôles sociaux appréciés et importants après l'AVC. Le terme englobe le retour à une vie communautaire et familiale active et normale pour la personne atteinte et la possibilité qu'elle puisse reprendre sa place au sein de ses réseaux sociaux et de sa famille. La réintégration dans la communauté est une étape dans le continuum des soins après un AVC; la réadaptation aide les clients à identifier les objectifs les plus pertinents en vue de leur réintégration dans la communauté et, par l'entremise d'interventions structurées, elle facilite la reprise de ces activités au meilleur de leurs capacités. La personne qui survit à un AVC, sa famille, ses amis, les groupes d'entraide aux victimes de l'AVC, les programmes de réadaptation et la communauté en général, sont tous indispensables à la réussite de la réintégration dans la communauté. (*community reintegration*) (p.243) »

Réintégration dans la communauté ? Réinsertion sociale ?

- * **Concepts qui exigent des définitions plus claires**
- * **Un processus -- Une finalité -- L'état ou le statut d'une personne – L'objectif de la réadaptation ?**
- * **Dans les cas d'aphasie, c'est ici que les difficultés vont être les plus grandes et que les balises sont quasi-absentes**
- * **Quelques points dans le guide de pratique optimales peuvent aider**
- * **Des lois encadrent les droits des personnes handicapées au QC**

Au Québec, la participation sociale des personnes handicapées s'inscrit dans une politique gouvernementale:

- * **Politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées, *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*, 2009.**
- * **« La participation sociale se veut le résultat des influences multiples entre les caractéristiques d'une personne et les éléments de l'environnement physique et social. Elle se définit comme la pleine réalisation des « habitudes de vie » de la personne, ce qui fait référence à la réalisation d'activités courantes telles que se nourrir, se déplacer, se loger, communiquer avec les autres, et à l'exercice de rôles sociaux, notamment étudier, travailler, pratiquer des loisirs, s'impliquer dans des partis politiques, des clubs, des organismes communautaires. Une pleine participation sociale suppose aussi que les personnes puissent vivre dans leur famille ou leur communauté et qu'elles interagissent avec les autres personnes dans ces milieux.. » (p.12).**

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale 2004, c. 31, a. 1.

- * L'Office a pour mission de veiller au respect des principes et des règles énoncés dans la présente loi et de s'assurer, dans la mesure des pouvoirs qui lui sont conférés, que les ministères et leurs réseaux, les municipalités et les organismes publics et privés poursuivent leurs efforts afin d'améliorer les possibilités offertes aux personnes handicapées de s'intégrer et de participer ainsi pleinement à la vie en société.
- * Favoriser la coordination et la promotion, auprès des ministères et de leurs réseaux, des municipalités et des autres organismes publics ou privés de services répondant aux besoins des personnes handicapées en vue de faciliter leur accès à des logements et à des biens et services, leur déplacement, leur intégration au marché du travail, leur accès aux services d'éducation et leur participation à des activités socio-culturelles et de loisirs;

SECTION 6.0 PRISE EN CHARGE DES TRANSITIONS DANS LES SOINS DE L'AVC (NOUVEAU EN 2010)

- ✱ 6.1. Soutien des patients, familles et aidants lors des transitions : *répondre aux besoins au fur et à mesure qu'ils évoluent. requiert une collaboration étroite entre les professionnels de la santé, le patient, sa famille et ses aidants.*
- ✱ 6.2 Éducation du patient et de la famille ... inclure le partage d'information et de techniques (.) avec le patient et la formation de l'aidant ... couvrir tous les aspects des soins et de la récupération devrait inclure une formation portant sur les techniques de soins personnels, les stratégies de communication et les techniques de manipulation physique, les autres objectifs et les préférences en matière d'activités de la vie quotidienne, l'accès aux services et ressources communautaires, les techniques de résolution de problèmes, la navigation dans le système de la santé et l'autogestion
- ✱ 6.3. Les communications interprofessionnelles
- ✱ 6.4. La planification du congé
- ✱ 6.5. Le congé précoce assisté
- ✱ 6.6. La réintégration dans la communauté après l'AVC

Recommandation pour les pratiques optimales

6.6 Réintégration dans la communauté

- * **Une aide adéquate aux survivants d'un AVC et à leurs familles en termes de plan de soins évolutif et d'évaluations de suivi réguliers**
- * **Le soutien continu des aidants, qui essaient d'équilibrer leurs besoins personnels et leurs responsabilités à titre d'aidants, sous la forme de programmes communautaires, de répit et d'occasions d'apprentissage**
- * **Suivi et évaluation afin de détecter la dépression**
- * **Pour ceux dont l'état fonctionnel diminue à six mois ou davantage après l'AVC, évaluation et réadaptation ciblée**
- * **Des stratégies pour maintenir, renforcer et développer les soutiens sociaux et pour se réengager dans les activités professionnelles, sociales et récréatives souhaitées**
- * **Des listes des ressources communautaires et des processus pour y accéder fournies à tous les patients et à toutes les familles**

Au QC, l'INESS (2011), s'est penchée sur l'organisation des services en matière d'accident vasculaire :

- * « La réadaptation précoce pour tous les patients ayant subi un AVC, sans égard au type de centre hospitalier où ils sont admis;
- * la participation du patient et de ses proches aidants aux soins;
- * la planification du congé rapide avec soutien;
- * les critères d'admissibilité équitables aux services spécialisés de réadaptation;
- * l'accès aux services de proximité offerts par les centres de santé et de services sociaux (soutien à la réintégration sociale, réadaptation non spécialisée) lors du suivi, après la phase de réadaptation spécialisée;
- * l'accès en temps opportun aux cliniques de prévention secondaire;
- * la mise en application des guides de pratique clinique par tous les professionnels soignants;
- * l'évaluation périodique de la performance. (p. xii) »

Constats issue de cette analyse des connaissances sur les conséquences et les guides de pratique et rapports divers

- * Les écarts entre ce qui est souhaité et ce qui existe est très grand en matière de réinsertion sociale**
- * Il y a très peu ou pas d'information sur les pratiques à adopter auprès de personnes qui ont de l'aphasie en plus de leur AVC; or des données probantes seraient disponibles ***
- * Les services post réadaptation hospitalière sont quasi inexsistants de même que les suivis à long terme**
- * Pas de liens entre les services formels de réadaptation et les organismes ou associations communautaires**
- * L'impact des responsabilités confiées aux proches en matière de réinsertion sociale est méconnu et sous-estimé. Lorsqu'il y a de l'aphasie ce mandat pourrait être immense.**
- * Manque de connaissances sur les moyens efficaces pour soutenir les proches et les personnes aphasiques dans leur réinsertion sociale**

Autres recommandations pour les personnes ayant de l'aphasie et leurs proches 1

- * **Dès le début de la prise en charge de l'AVC à l'hôpital:**
- * **Assurer la participation des personnes atteintes à leurs soins**
 - Reconnaitre l'obstacle que pose l'aphasie pour les soignants et les former à la communication avec une personne qui a de l'aphasie
 - Mettre en place les moyens qui permettent aux personnes atteintes de faire connaître leurs volontés et d'interagir avec l'équipe des soignants
- * **Assurer le maintien des liens entre les personnes atteintes et leurs proches**
 - Information adéquate immédiate, accès aux sources d'information de manière continue
 - Enseignement des techniques de soutien à la conversation pour qu'ils puissent se parler
- * **Prevenir l'isolement social dès le début de la réadaptation et faire participer les gens du réseau social au processus de réadaptation**
 - Inclure le proche –aidant mais aussi toute la famille
 - Inclure les amis, les collègues de travail, les visiteurs
 - Leur donner des rôles précis, en fonction de leurs souhaits pour qu'ils participent eux aussi
 - Offrir de l'information et du soutien, faciliter la communication et les échanges

Autres recommandations pour les personnes ayant de l'aphasie et leurs proches 2

- * **Envisager la réadaptation comme un processus de co-apprentissage centré sur les projets de vie des personnes atteintes et leur participation sociale :**
 - des équipes de soignants qui aident de manière spécialisée en fonction des personnes atteintes, leurs besoins et leur projet de vie
 - et
 - des personnes atteintes, entourées d'une famille et d'amis, à se refaire un nouveau projet de vie en intégrant des nouvelles façons de faire et les conseils et soins
 - Utiliser des mesures de satisfaction pour documenter les impacts de la réadaptation en termes de participation sociale





- * **Placer la réadaptation dans une communauté ouverte, accessible et consciente des besoins changeants des personnes handicapées par l'AVC et l'aphasie, disposant des moyens pour y répondre**
 - Liens explicites avec les associations de personnes aphasiques
 - Former des unités multi sectorielles dont le mandat est de veiller à la participation sociale des personnes handicapées par l'AVC et l'aphasie
 - Développer les moyens qui assurent la participation

- * **Concevoir la réadaptation à nouveau avec des concepts issus des expériences positives: résilience, empowerment, patient-partenaire, et autres.**

Conclusions

- * **Ne séparons pas réadaptation et réinsertion sociale, comme s'il s'agissait de deux processus différents qui se font l'un à la suite de l'autre.**
- * **La réadaptation doit intégrer la finalité de la participation sociale pour être efficace et s'appuyer sur un modèle plus large que médical.**
- * **En s'intéressant aux personnes aphasiques après un AVC on a pu voir que leurs besoins sont méconnus et peu pris en compte tout comme ceux de leurs proches. Actuellement, le soutien à la réinsertion sociale se fait surtout par les associations de personnes aphasiques qui disposent de moyens aléatoires et insuffisants.**
- * **Les orthophonistes ont à réviser leurs pratiques pour mettre au premier plan des interventions qui facilitent ou rétablissent la communication entre les personnes et mettre au second plan les méthodes qui rétablissent le langage, mieux soutenir les proches et les personnes aphasiques pour qu'elles soient les auteurs de leur réadaptation.**
- * **Les meilleures pratiques doivent inclure d'autres types de données que les recherches sur de grands nombres, comme les expériences subjectives**

Références

-  **¹Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Singh S, et Phillips S. 2010. *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (mise à jour de 2010). Au nom du Groupe de rédaction des pratiques optimales et des normes de la Stratégie canadienne de l'AVC. Ottawa, Ontario Canada : Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires.***
-  **²Gialanella B, Bertolinelli M, Lissi M, et Prometti P. 2011. Predicting outcome after stroke: the role of aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 33, 122–129.**
-  **³Draper P, et Brocklehurst H. 2007. The impact of stroke on the well-being of the patient's spouse: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*. 16, 264–271.**
-  **⁴Le Dorze G, et Signori F-H. 2010. Needs, barriers and facilitators experienced by spouses of people with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 32, 1073–1087.**