

# Évaluation des effets d'une prise en charge de l'entourage sur les capacités de communication d'un patient aphasique et de son partenaire de communication

Sophie Gillet<sup>1</sup>, M. Sc., Juliette Bonnet<sup>1</sup>, M. Sc., Anne Hiernaux<sup>2</sup>, B. Sc. et Martine Poncet<sup>1</sup>, Ph. D.

<sup>1</sup>Centre de recherche en psychologie et neurosciences cognitives, University de Liège

<sup>2</sup>Centre Hospitalier Universitaire Ourthe-Ambève, Belgique

L'aphasie affecte à la fois la communication de la personne aphasique et celle de son entourage qui peut adopter des comportements inadaptés de communication avec le patient. Nous avons mis en place un programme d'intervention inspiré de Simmons-Mackie, Kearns, & Potechin (2005) qui avait pour objectif de réduire l'occurrence de comportements non facilitateurs de communication produits par le conjoint d'une personne aphasique. Cinq comportements non facilitateurs ont été sélectionnés en fonction de leur nombre élevé d'occurrences. Deux d'entre eux ont fait la cible d'une intervention spécifique consistant à entraîner le conjoint à les identifier et à les remplacer par des stratégies de communication plus adaptées. Un comportement a fait l'objet d'une intervention psychoéducatrice et deux comportements n'ont fait l'objet d'aucune intervention afin d'évaluer une éventuelle généralisation de l'intervention à des comportements non travaillés. Les résultats montrent que seule l'intervention spécifique a permis d'améliorer les habiletés de communication du couple.

*Mots clés* : aphasie, capacités de communication, entraînement, entourage, étude de cas

Aphasia affects both aphasic persons and their communication partners. Family members are not always skilled communication partners in that they can use conversational strategies that do not facilitate communication with the aphasic person. We conducted a study inspired from Simmons-Mackie, Kearns, & Potechin (2005) who aimed to reduce the occurrence of non-facilitative communication behaviors in the partner of an aphasic person. Five non-facilitative behaviors were selected in a sample of conversations because of their high rate of occurrence. A single subject multiple baseline design examined the impact of a specific training of two non-facilitative communication behaviors in comparison with a counseling session for another non-facilitative behavior or no intervention for two other behaviors. During training sessions, the partner was trained to identify non-facilitative behaviors and to implement alternative facilitative behaviors. Results showed that only the specific training lead to a durable improvement of the couple's communication.

*Keywords*: aphasia, communication abilities, training, family member, case study

L'aphasie est un trouble de la communication verbale consécutif à une lésion acquise du système nerveux central située, dans la majorité des cas, dans l'hémisphère gauche. Les causes les plus courantes sont les accidents vasculaires cérébraux (AVC). L'aphasie peut se manifester sous différentes formes affectant un ou plusieurs processus de compréhension ou de production des messages verbaux (Goodglass, 1993). Certains auteurs (Ardila, 2010) suggèrent l'existence de deux formes primaires d'aphasie liées aux déficits dans les systèmes lexico-sémantiques et grammaticaux du langage. Il s'agit des aphasies de type Wernicke (ou fluente) affectant davantage la compréhension du langage, mais peu la production et

les aphasies de type Broca (ou non-fluente) affectant davantage la production du langage dont les aspects syntaxiques, mais peu la compréhension. Les difficultés éprouvées par le patient aphasique (PA) sont susceptibles d'affecter la qualité de vie de la personne aphasique, mais aussi celle de sa famille, provoquant alors des situations de stress qui peuvent encore se manifester plusieurs années après l'accident cérébral (voir Ross & Wertz, 2003). Une revue systématique sur les facteurs associés à la qualité de vie chez la personne aphasique a mis en évidence que le stress émotionnel, la dépression, la sévérité des difficultés de communication, la présence d'autres problèmes médicaux tels que des troubles moteurs (une hémiplegie, soit la moitié du corps paralysé, fréquemment associée à l'aphasie) et le niveau d'activité constituaient des prédicteurs de la qualité de vie du patient (Hilari, Needle, & Harrison, 2012). D'autres études ont également souligné l'importance

---

La correspondance concernant cet article doit être adressée à / Correspondence concerning this article should be addressed to:  
Sophie Gillet, Université de Liège, Belgique  
Courriel/email: [s.gillet@uliege.be](mailto:s.gillet@uliege.be)

des facteurs sociaux tels que les relations sociales et familiales satisfaisantes et le support social (Brown, Worrall, Davidson, & Howe, 2012; Cruice, Hill, Worrall, & Hickson, 2010). Ces études mettent en évidence l'importance d'une approche holistique dans la prise en charge de la personne aphasique qui considère son contexte et en particulier, son contexte social. Ainsi, pour mieux comprendre et communiquer avec le PA, l'entourage du PA nécessite également d'être informé de ce qu'est l'aphasie, de ce que cette pathologie est susceptible de modifier dans leur vie quotidienne, notamment au niveau de leur communication, et enfin, d'obtenir des outils pour faciliter cette communication. Néanmoins, la majorité des études s'intéressant aux besoins liés à la communication des proches du PA met en évidence le fait que, de façon générale, les proches manquent d'informations sur l'aphasie et sur les comportements à adopter face aux difficultés de communication de la personne aphasique et qu'ils apprécieraient être davantage impliqués dans la prise en charge afin d'améliorer leur communication avec le partenaire aphasique (Hilton, Leenhouts, Webster, & Morris, 2014). En outre, les études décrivant les comportements communicationnels entre les PA et leur entourage semblent indiquer que les partenaires de communication tels que l'époux ou la famille proche ne sont pas toujours des communicateurs habiles (Linebaugh, Kryzer, Oden, & Myers, 1982; Webster, Dans, & Saunders, 1982). Les partenaires adoptent des comportements inadaptés en ce sens qu'ils ne facilitent pas la communication avec leur conjoint/parent. Ces comportements inadaptés peuvent prendre différentes formes : des interruptions du tour de parole (Wilkinson et al., 2010), le manque de stratégies pour aider la personne aphasique en cas d'échec de la communication (Cunningham & Ward, 2003) ou encore les questions fermées ou convergentes à outrance (Simmons-Mackie, Kearns, & Potechin, 2005).

Dans ce contexte, il semble évident que la communication de la personne aphasique avec son entourage pourrait être améliorée par une information et une intervention thérapeutique ayant pour cible les comportements communicationnels de l'entourage du PA. Différents types de thérapies impliquant l'entourage de patients aphasiques ont ainsi vu le jour. Certains programmes proposent des conseils au patient et à son entourage afin d'aider les partenaires à s'adapter aux difficultés qu'ils risquent de rencontrer au quotidien (Johannsen-Horbach, Crone, & Wallesch, 1999 ; Linebaugh & Young-Charles, 1978). Ils ont pour objectif de mieux faire comprendre aux proches ce qu'est l'aphasie et les difficultés qui en découlent afin de les aider à y faire face et de diminuer la charge associée à la gestion de ces difficultés.

D'autres types de thérapies tentent spécifiquement d'améliorer la communication au sein de la dyade patient-aidant. Pour cela, un entraînement des partenaires de conversation de la personne aphasique est proposé (Simmons-Mackie, 2001). Plusieurs études montrent un effet bénéfique de ce type d'entraînement spécifique du partenaire à la communication qu'il s'agisse de l'époux(se) (le plus fréquent), de la famille ou encore du personnel soignant (Kagan, Black, Duchan, Simmons-Mackie, & Square, 2001; Lyon, Cariski, Keisler, Rosenbek, & Levine, 1997; Purdy & Hindenlang, 2005; Simmons-Mackie, 2001; pour une revue voir Simmons-Mackie, Raymer, & Cherney, 2016). L'étude de Purdy et Hindenlang (2005), par exemple, est particulièrement intéressante dans la mesure où elle combine l'éducation des partenaires et l'entraînement spécifique de ceux-ci à la production de comportements communicationnels adaptés. L'étude comprend 10 participants (5 dyades) entraînés en groupes à raison d'une heure par semaine pendant 12 semaines. L'entraînement, divisé en plusieurs étapes, se base sur le modèle d'apprentissage de Kolb (1984) qui prône la répétition, la pratique et le feedback par des personnes expérimentées pour apprendre un nouveau comportement, par exemple. Lors d'une première phase, les partenaires reçoivent des informations sur l'aphasie puis ils sont amenés à raconter leur expérience au quotidien avec leur proche aphasique. Par le biais de jeux de rôle, il leur est ensuite demandé de communiquer des messages sans l'usage de la parole. Dans une seconde phase, la phase réflexive, les participants visionnent des enregistrements vidéo de situations de communication qui se sont déroulées entre eux et leur partenaire aphasique et sont amenés à identifier, avec l'aide du thérapeute, les comportements facilitateurs (p. ex., les encouragements) versus non facilitateurs (p. ex., les changements de sujet de conversation abruptes ou encore les questionnements rapides) qu'ils ont produits au cours de ces situations de communication. La phase suivante, la phase de conceptualisation abstraite, comprend une discussion des membres du groupe sur les situations de communication vécues la semaine précédente. Les participants analysent ensemble les stratégies utilisées et proposent éventuellement d'autres stratégies. La dernière phase est la phase d'expérimentation active durant laquelle les dyades revivent les situations de communication et tentent d'appliquer ce qu'ils ont appris lors des entraînements. Les résultats de cette intervention montrent que l'éducation et l'entraînement en groupe peuvent être bénéfiques. L'entraînement permet d'améliorer la communication entre les partenaires, une meilleure compréhension de l'aphasie et un gain de confiance par rapport à l'utilisation des stratégies facilitatrices.

Une autre étude qui nous a particulièrement intéressée, incluant également les membres de la famille du PA, est celle de Simmons-Mackie, Kearns, et Potechin (2005). Après une phase de référence (ligne de base) permettant de s'assurer de la stabilité de la fréquence d'apparition des comportements non facilitateurs sélectionnés et durant laquelle aucune intervention n'était proposée, un traitement a été appliqué de manière séquentielle en vue de modifier deux comportements de communication non facilitateurs de l'épouse (interruptions ou questions convergentes). Un troisième comportement non facilitateur (enseignements négatifs), ne faisant pas l'objet d'un entraînement, permettait d'observer une éventuelle généralisation de la thérapie sur des comportements non entraînés. Enfin, une évaluation un mois post-thérapie était proposée afin d'évaluer le maintien des effets de l'entraînement. La thérapie ciblait l'entraînement à la reconnaissance, par l'épouse, de ses comportements non facilitateurs par l'entremise des enregistrements vidéo hebdomadaires du couple. Le clinicien et l'épouse regardaient la vidéo et notaient l'apparition ou non de comportements non facilitateurs. Ils comparaient ensuite leurs notes. Les critères d'arrêt de l'entraînement étaient 90 % de reconnaissance et 10 % ou moins d'occurrences du comportement cible sur deux sessions consécutives dans les séquences vidéo enregistrant les interactions du couple entre chaque session. À la suite de l'entraînement, l'occurrence des comportements non facilitateurs a diminué dans des situations entraînées, mais également au cours de situations non entraînées (généralisation). Le troisième comportement non entraîné en séance était également moins présent après la thérapie. En outre, les capacités expressives de l'époux s'étaient améliorées après la prise en charge malgré le fait qu'il n'ait pas pris part à la thérapie (centrée sur l'épouse). Les auteurs concluent qu'un programme d'entraînement spécifique d'un membre de la famille modifie considérablement les comportements conversationnels du partenaire de communication. Ces améliorations se généralisent à des situations non entraînées et sont maintenues dans le temps (évaluation post-entraînement). Cette généralisation pourrait être la conséquence d'une plus grande vigilance par rapport à ses propres actes de communication ainsi qu'à l'impact de ses comportements sur les réactions et productions de son partenaire.

En somme, la littérature sur la prise en charge des partenaires de communication du PA montre qu'une prise en charge complète comprenant de la psychoéducation, des jeux de rôle, l'identification de comportements non adéquats et l'entraînement de stratégies alternatives semble participer à l'amélioration des interactions de la dyade personne aphasique-aidant (Sorin-Peters & Patterson, 2014).

## La présente étude

L'objectif de la présente étude était d'évaluer l'efficacité d'une prise en charge impliquant l'épouse d'un PA chronique, MS. Son épouse se plaignait de difficultés de communication persistantes altérant leur qualité de vie. Pour ce faire, nous nous sommes inspirés des ingrédients actifs des études précédemment décrites. Nous avons proposé à l'épouse de MS et à MS lui-même une prise en charge comprenant deux parties : la psychoéducation et l'entraînement spécifique. La première, la partie psychoéducation, comprenait des informations sur l'aphasie et les difficultés présentées par le patient, une information sur les comportements non facilitateurs et une proposition de stratégies alternatives sans entraînement. La seconde, la partie entraînement spécifique, avait pour objectif d'entraîner l'épouse du PA à la détection de ses comportements non facilitateurs et à l'utilisation de stratégies alternatives. Des évaluations calculant la fréquence d'apparition des comportements non facilitateurs retenus entre les différentes interventions ont permis d'observer l'effet des différentes techniques d'intervention (psychoéducation ou entraînement spécifique). Deux comportements non facilitateurs n'ont pas été travaillés afin de voir si une généralisation à d'autres comportements pouvait être observée.

## Hypothèses

Compte tenu des données de la littérature, nous supposons que la prise en charge du comportement par de la psychoéducation et des conseils centrés sur le couple pourrait ne pas être suffisante pour diminuer sa fréquence d'occurrence. Cependant, nous nous attendons à ce que les comportements ciblés par la partie de l'entraînement spécifique (détection et entraînement à l'utilisation de comportements alternatifs) diminuent rapidement pour laisser place à d'autres comportements plus adéquats. La fréquence d'apparition des comportements n'ayant pas fait l'objet d'une intervention spécifique pourrait diminuer malgré qu'ils n'aient pas été spécifiquement travaillés puisque certaines études ont mis en évidence une généralisation de la prise en charge à d'autres comportements non travaillés (Simmons-Mackie et al., 2005). Suite à l'introduction plus fréquente de comportements facilitateurs dans les situations de conversation, nous nous attendons à ce que la communication du patient s'améliore également tant en termes de temps de parole que de nombre d'énoncés produits au sein des situations communicationnelles du couple (Simmons-Mackie et al., 2005). En effet, le patient bénéficiant de plus de temps ou de moins d'interruptions, par exemple,

devrait pouvoir traduire et exprimer plus efficacement ses pensées et intentions.

Enfin, nous nous attendons à ce que ces améliorations aient un impact sur les mesures de communication dans des situations naturelles de la vie quotidienne, telles que répondre au téléphone, ainsi que sur la confiance du patient en ses habiletés de communication.

### **Méthodologie**

Cette étude a reçu l'accord du Comité d'Éthique hospitalo-facultaire du Centre Hospitalier Université de Liège en Belgique. Les participants ont reçu une lettre d'information expliquant les fondements de l'étude et signé un consentement écrit de participation.

### **Participants**

Un PA, MS, et son épouse ont participé à l'étude. Le couple est francophone et vit en Belgique en Province de Liège. MS est droitier et âgé de 62 ans. Il est retraité depuis six ans, il occupait un poste d'électromécanicien. Il vit avec son épouse âgée de 60 ans qui est une employée administrative. Ils sont mariés depuis 39 ans. MS a subi, huit ans plus tôt, un accident vasculaire cérébral ischémique secondairement hémorragique au niveau sylvien gauche. Il présente alors une aphasie de type Broca (difficultés sur le versant production du langage principalement) ainsi qu'une hémiparésie droite (paralysie incomplète du côté droit) et est pris en charge dans un centre pluridisciplinaire pour ses difficultés motrices et langagières. Six mois après son hospitalisation, il est retourné vivre à domicile avec son épouse et bénéficie depuis d'une prise en charge pluridisciplinaire dans un centre de réhabilitation. Au moment où l'étude débute, il est toujours suivi par une logopède (orthophoniste) une fois par semaine.

Lors du dernier bilan logopédique, MS présentait une aphasie non fluente. Ses capacités de compréhension orale semblaient préservées. Cependant, il présentait des difficultés d'accès au lexique phonologique de sortie, de la conversion phonème-graphème et du buffer graphémique (mémoire à court terme impliquée dans la production écrite). En production orale, ce déficit d'accès au lexique se manifeste par de nombreux manques du mot et la production de circonlocutions. Ces difficultés altèrent la communication du couple dans certaines situations de la vie quotidienne. Le patient présentait par exemple des difficultés à exprimer le déroulement de sa journée ou encore les étapes d'une activité de la vie quotidienne qu'il demande à son épouse de faire à sa place. En effet, outre ses difficultés langagières, le patient présente une hémiparésie qui le pousse régulièrement à demander de l'aide à son épouse lors

d'activités physiques (telles que le jardinage). Cette dernière rapporte la persistance de difficultés quotidiennes de communication ayant un impact sur leur bien-être. Elle demande à être davantage impliquée dans la prise en charge de son mari afin d'apprendre à mieux gérer leurs interactions. C'est pourquoi nous leur avons proposé de participer à une intervention améliorant la communication au sein du couple.

### **Méthode de recrutement**

Une présentation du projet a été réalisée aux différent(e)s logopèdes de la région Liégeoise travaillant dans un centre de réhabilitation neurologique. Le projet a également été présenté lors d'une réunion de l'association « Ensemble » (Groupe de cérébrolésés de Liège et ses environs). La présentation décrivait le design de la prise en charge ainsi que les critères d'inclusion des participants (patient(e) aphasique chronique, non fluent(e), en couple, désireux(se) d'améliorer ses capacités de communication). Les logopèdes ont proposé le projet aux patients satisfaisant aux critères définis par le projet.

### **Présentation générale de la prise en charge**

Dans la présente étude, nous avons mis en place une intervention auprès d'un patient aphasique chronique et, particulièrement, de son épouse. Dans cette prise en charge, les deux partenaires étaient présents à chaque séance. Les cinq comportements non facilitateurs les plus fréquents ont été identifiés à partir d'enregistrements vidéo de situations conversationnelles diverses (dirigées, semi-dirigées et spontanées) (Simmons-Mackie, Rayme, Armstrong, Holland, & Cherney, 2010) par deux logopèdes. Ils étaient abordés un à un durant la prise en charge. Le premier comportement non facilitateur sélectionné (changement de sujet de conversation) a fait l'objet d'une séance de psychoéducation (des conseils personnalisés sans entraînement à l'identification ou à la mise en place d'autres comportements facilitateurs). Les deux suivants (interruptions, absence de stratégies) ont fait l'objet d'un entraînement incluant plusieurs techniques visant à apprendre à identifier les comportements non facilitateurs et à trouver des alternatives. Enfin, les deux derniers (questions convergentes et compensation) n'ont pas été entraînés afin de mesurer la généralisation de l'intervention à d'autres comportements non travaillés. Des mesures intermédiaires des comportements communicationnels ont permis d'évaluer l'effet de chacune des prises en charge (Simmons-Mackie et al., 2010). Une évaluation un mois post-thérapie a également été proposée afin de mesurer la stabilité des résultats.

### Situations de communication choisies pour l'évaluation

Pour permettre l'identification des comportements facilitateurs versus non facilitateurs et permettre l'évaluation de l'efficacité de l'intervention proposée, le couple a été filmé dans cinq situations différentes. Ces vidéos ont permis, d'une part, d'obtenir une banque de vidéos à partir desquelles travailler avec le couple, et d'autre part, d'observer l'évolution des comportements cibles dans des situations travaillées et d'autres situations moins structurées (Simmons-Mackie & al., 2005).

Les situations filmées sont les suivantes :

1. Le couple visionne 3 minutes d'un programme télévisé sur les actualités, puis ils en discutent ensemble. (3 à 5 minutes)
2. Le couple visionne 3 minutes d'un programme télévisé de type divertissement, puis ils en discutent ensemble. (5 minutes)
3. Le couple choisit un sujet de conversation et en discute. (5 minutes)
4. Conversation dirigée par un questionnement de l'examineur adressé au PA sur ses loisirs, activités, etc. (10 minutes) Les questions ciblaient les centres d'intérêt du patient (p. ex. : jardinage, séries TV préférées).
5. Conversation « naturelle » lors d'un repas à domicile, seuls. Cette situation est filmée par le couple lui-même. (13 minutes)

La durée des enregistrements est identique pour une même situation d'une session à l'autre afin de garder des temps d'analyse identiques pour chaque session.

### Sélection des comportements ciblés par la prise en charge

Avant la mise en place des différentes interventions, une première séance d'enregistrements vidéo a été réalisée. Celle-ci visait à mesurer l'occurrence de certains comportements identifiés comme non facilitateurs. Deux évaluateurs ont participé à l'identification des différents comportements de communication : une logopède et une étudiante en dernière année d'études de logopédie (BAC +5). À l'aide d'une liste de vérification préalablement établie avec l'aide d'une logopède expérimentée exerçant dans un centre de revalidation neurologique de la région, les deux évaluateurs ont noté séparément l'apparition de comportements facilitateurs ou non et leur moment d'apparition dans la séquence filmée. Cinq comportements dont la fréquence d'apparition était la plus élevée ont été retenus pour l'étude. Les comportements sélectionnés pour le couple sont énumérés dans le Tableau 1. Le premier comportement était le changement abrupt de sujet de conversation. En effet, l'épouse, sans prendre la peine de prévenir son partenaire, changeait régulièrement et de manière abrupte de sujet de conversation. Le deuxième comportement sélectionné était le nombre d'interruptions. Il s'agit d'interrompre son partenaire de communication avant qu'il n'ait terminé d'exprimer son idée. Le troisième comportement était l'absence d'aide ou de stratégie efficace en cas d'échec de communication. Le quatrième était l'utilisation excessive de questions convergentes par l'épouse (« Veux-tu une glace au chocolat ? » par opposition à une question divergente qui serait « Quel parfum souhaiterais-tu pour ta glace ? »). En effet, l'épouse utilisait beaucoup de questions pour lesquelles la réponse se limitait à un « oui » ou un « non ». Enfin, le cinquième comportement était le comportement de compensation. Il s'agit de

Tableau 1

*Comportements non facilitateurs sélectionnés avec leur attribution à une condition d'intervention et le nombre de séances proposées par comportement*

Comportement	Comportement de l'épouse de MC ciblé	Condition d'intervention	Nombre de séance(s)
1	Changement de sujet de conversation	Intervention par psychoéducation et conseils	1
2	Interruption	Entraînement à l'identification et à l'utilisation d'autres comportements	4
3	Absence de stratégie efficace	Entraînement à l'identification et à l'utilisation d'autres comportements	4
4	Question convergente	Comportement non entraîné	0
5	Compensation	Comportement non entraîné	0

compenser les difficultés de son partenaire de communication en communiquant à sa place de manière inappropriée par exemple. Ils ont chacun été aléatoirement attribués à une condition d'intervention.

### Modalités de l'intervention

L'intervention, effectuée par l'une des deux logopèdes, a pour but de réduire les comportements non facilitateurs et de les remplacer par des comportements favorisant la communication. Neuf séances d'intervention sont proposées à raison d'une à deux heures, une fois par semaine.

**Condition « Conseil ».** Le premier comportement (changement de sujet) est travaillé grâce à une séance de psychoéducation permettant d'informer le couple sur le trouble et les difficultés présentées par le patient ainsi que sur leurs impacts dans la vie quotidienne. La partie éducative reprend de façon personnalisée des notions sur l'AVC et les liens avec les difficultés rencontrées par le patient aphasique. L'utilité des enregistrements vidéo leur est rappelée. En effet, des comportements de communication facilitateurs et non facilitateurs ont été observés et certains d'entre eux vont être abordés spécifiquement. Une discussion autour des stratégies compensatoires et augmentatives utilisées par le couple est entreprise. Le premier comportement non facilitateur est décrit, définit et illustré par des exemples. Une discussion autour des éventuelles alternatives est engagée afin de trouver ce qui pourrait convenir le mieux au couple. Si aucun comportement n'est mentionné ou ne fait l'unanimité au sein du couple, d'autres comportements alternatifs tels que prévenir lorsqu'un changement de sujet a lieu et attendre un instant avant d'aborder le nouveau thème sont proposés par l'expérimentateur.

**Condition « entraînement à l'identification et à l'utilisation de comportements facilitateurs ».** Le deuxième (interruption) et le troisième (absence d'aide) comportement sont la cible des quatre séances suivantes. Chacune d'elles se compose de plusieurs étapes. La première étape vise à amener le couple à réfléchir sur les stratégies qu'il pense avoir mises en place pour s'adapter aux difficultés de communication rencontrées dans leur vie quotidienne. Ensuite, un jeu de rôle est proposé dans lequel le partenaire doit communiquer une série d'informations sans pouvoir employer certains mots indiqués sur une fiche. Ce jeu de rôle a pour objectif de faire ressentir au conjoint la difficulté dans laquelle se trouve le patient pour exprimer ses idées. L'identification du comportement à diminuer est ensuite exercée sur base d'extraits vidéo du couple en interaction. Le comportement est d'abord nommé et défini. Ensuite, un entraînement spécifique à sa détection débute (Simmons-Mackie et al., 2005). Pour terminer, le couple réfléchit aux stratégies qu'il pourrait mettre en place pour modifier le

comportement non facilitateur. Plusieurs situations de conversation sont proposées au couple à chaque séance afin de s'entraîner à les mettre en pratique.

À la suite de cette mise en situation, l'expérimentateur donne un retour d'informations sur l'exercice et propose éventuellement d'autres comportements alternatifs. Les trois autres séances se déroulent suivant des étapes similaires. Elles débutent par le rappel du comportement entraîné. Le couple est à nouveau invité à prendre un moment pour s'interroger sur l'application des stratégies compensatoires utilisées au quotidien, sur la qualité de leur communication depuis la séance précédente ainsi que sur les situations dans lesquelles la communication a été problématique. Le proche s'entraîne ensuite à détecter l'apparition du comportement sur base d'enregistrements vidéo préalablement sélectionnés par une des deux logopèdes.

Des stratégies alternatives sont à nouveau définies avec l'expérimentateur. Ensuite, le couple est invité à discuter d'un extrait de programme télévisé visionné ensemble en appliquant les stratégies alternatives proposées. La séance prend fin avec un retour d'informations de l'expérimentateur concernant la séance et l'application des stratégies.

**Condition « non entraîné ».** Les comportements restants ne font pas l'objet d'une prise en charge. Ceux-ci sont utilisés afin d'observer si la prise en charge se généralise à d'autres comportements non ciblés par l'intervention.

**Évaluations.** Cinq évaluations sont réalisées, une après chaque étape de l'intervention, selon le décours du Tableau 2. Une première évaluation pré-test (1) est réalisée avant le début de l'intervention. Une deuxième évaluation (2) est réalisée après la session de psychoéducation. La troisième évaluation (3) suit les quatre sessions ciblant les interruptions (comportement 2), la quatrième évaluation (4) est proposée après les quatre sessions visant la diminution du comportement 3 (absence d'aide). Une cinquième évaluation (5) est proposée un mois post-thérapie afin d'évaluer le maintien des résultats.

**Analyses des enregistrements vidéo.** Pour rappel, cinq situations de communication ont été enregistrées à chaque évaluation (5 au total). Deux évaluateurs indépendants ont analysé les enregistrements vidéo dans le but de comptabiliser le nombre d'apparitions des comportements sélectionnés. Deux évaluateurs ont pris part à l'évaluation afin de tenter d'en diminuer la subjectivité. La fiabilité inter-évaluateurs était de 90 % pour juger du nombre de comportements non facilitateurs présents dans la séquence ( $r = .90$ ,  $p < .01$ ).

Tableau 2

*Résumé du design expérimental*

<i>Périodes</i>	<i>Evaluation 1</i>	<i>Intervention</i>	<i>Evaluation 2</i>	<i>Intervention</i>	<i>Evaluation 3</i>	<i>Intervention</i>	<i>Evaluation 4</i>	<i>Evaluation 5</i>
	Pré-intervention	Psychoéducation et conseils		Entraînement		Entraînement	Post-intervention	Post-intervention maintien
Matériel	Questionnaire Vidéos		Vidéos		Vidéos		Questionnaire Vidéo	Vidéos
Comportement(s) ciblé(s)		Changement de sujet de conversation	Tous les comportements ciblés	Interruptions	Tous les comportements ciblés	Absence d'aide	Tous les comportements ciblés	Tous les comportements ciblés

*Note.* Périodes d'évaluations (5) et d'interventions (3) avec pour chaque période la description du type d'intervention procurée, du matériel utilisé pour l'évaluation et des comportements ciblés par les interventions et évaluations (5).

Au total, les effets des deux types d'intervention (psychoéducation et conseil et entraînement) ont été mesurés sur 3 variables dépendantes : le nombre de comportements conversationnels non adaptés de l'épouse, le pourcentage de temps de parole et le nombre d'énoncés du patient ainsi qu'une mesure de la motivation et de la confiance en soi par rapport à la communication quotidienne.

#### **L'analyse des comportements de l'épouse.**

L'analyse de la fréquence d'apparition des cinq comportements ciblés par la prise en charge a été réalisée de la manière suivante : les deux évaluateurs ont comptabilisé le nombre de fois qu'un comportement cible apparaissait au cours des différents enregistrements. Un pourcentage d'apparition du comportement a été calculé pour chaque situation à l'aide du nombre d'apparitions du comportement cible et du nombre total d'énoncés produits par le conjoint pour chaque conversation. La formule était la suivante :  $\text{taux d'apparition} = \frac{\text{nombre d'apparitions du comportement cible}}{\text{nombre total d'énoncés produits par le conjoint}} * 100$ .

**L'analyse des productions de la personne aphasique.** L'ensemble du contenu des conversations a été transcrit à l'aide du programme CLAN (Computerized Language Analysis) issu du système CHILDES (Child Language Data Exchange System; MacWhinney, 2000). L'unité d'analyse retenue était le nombre d'énoncés produits par la personne aphasique à chacune des cinq évaluations.

#### **L'analyse du pourcentage de temps de parole.**

Pour chaque enregistrement, le temps de parole en secondes a été calculé pour la personne aphasique et son partenaire. Le pourcentage de temps de parole de la personne aphasique était calculé par rapport au temps de parole total selon le calcul suivant :  $\% = \frac{\text{temps de parole} * 100}{\text{temps de parole de la personne aphasique} + \text{temps de parole du proche}}$ .

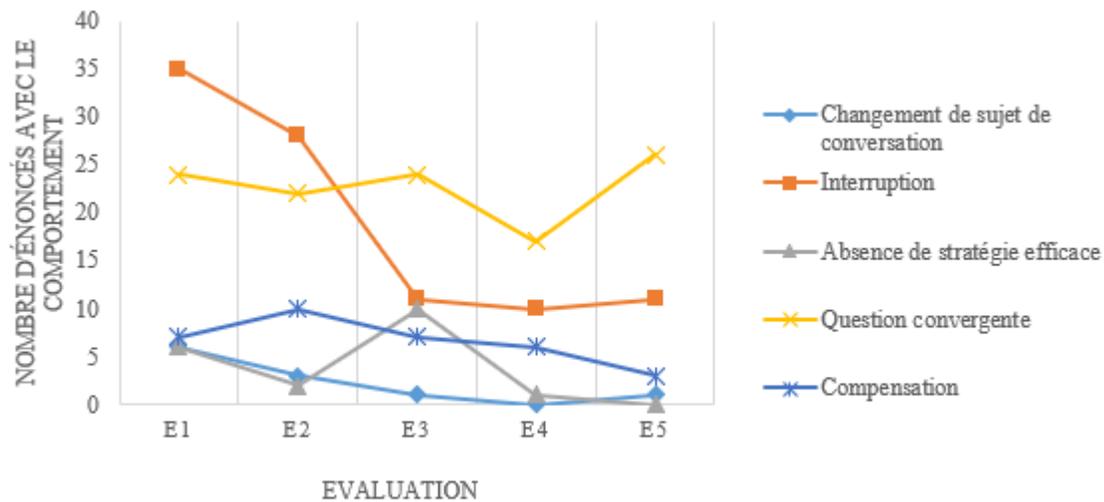
**L'impact de l'intervention sur la motivation et la confiance en soi de MS dans la communication quotidienne.** Afin de déterminer si l'intervention a eu un impact sur les capacités de communication de MS, un questionnaire, inspiré du questionnaire Profinteg (Outil d'évaluation des activités de la vie quotidienne chez les patients présentant des déficits cognitifs; Anselme et al., 2013), a été créé dans le cadre du projet. Le questionnaire Profinteg est doté d'une excellente fiabilité inter-juges ( $r > .90$ ,  $p < .01$ ) pour toutes les mesures ainsi que d'une bonne sensibilité aux changements (concernant les difficultés présentes dans les activités de la vie quotidienne) au cours du temps ( $T = 2.37$ ,  $p < .02$ ). Pour la présente étude, seuls les items abordant nos questions d'intérêt ont été proposés au patient. La version abrégée de ce questionnaire permet d'observer l'évolution de la

motivation (10 questions) et de la confiance en soi (10 questions) pour communiquer dans différentes situations de la vie quotidienne. Les questions concernent la période avant l'AVC et donc avant l'aphasie et après. La personne doit sélectionner sur une échelle de cinq points la fréquence avec laquelle il émettait ou émet actuellement le comportement cible. Par exemple, à la question « À ce jour, dans quelle mesure êtes-vous motivé(e) à avoir une conversation avec une personne que vous ne connaissez pas ? », le patient sélectionne une fréquence sur une échelle qui va de « pas du tout » à « tout à fait motivé(e) ». Une seconde question mesure l'assurance/confiance avec laquelle le patient entreprend ce comportement. Une version adaptée du questionnaire Profinteg (2013) a été administrée à MS lors d'un entretien semi-structuré en début et en fin de prise en charge. Ce questionnaire vise à investiguer la motivation et la confiance en soi du patient pour communiquer dans différentes situations de la vie quotidienne. La comparaison des périodes avant l'aphasie et au moment de l'évaluation (après l'aphasie) nous permet d'observer les changements causés par l'aphasie.

### **Résultats**

#### **Analyse de la fréquence d'apparition des comportements non facilitateurs de l'épouse en fonction de la condition d'intervention**

La fréquence d'apparition de comportements non facilitateurs émis par l'épouse de MS au fil de la prise en charge est illustrée dans la Figure 1. En vue du design expérimental, nous avons choisi une technique quasi-statistique. La quasi-statistique Tau-U permet de mesurer le non-recouvrement de résultats entre deux phases (A et B). Il s'agit d'une technique non-paramétrique dotée d'une puissance entre 91% et 95% d'une régression linéaire quand les données sont conformes aux exigences d'application du test (voir Brossart, Laird, & Armstrong, 2018). Premièrement, nous avons utilisé la correction Tau de la ligne de base. En effet, d'après les résultats des tests réalisés à l'aide du site web <http://www.singlecaseresearch.org/calculators/tau-u>, l'instabilité de la ligne de base est statistiquement significative ( $p = .03$ ), ce qui suggère l'application de Tau avec une correction. Le Tableau 3 nous indique les résultats de l'évolution des différents comportements au cours des cinq évaluations. Seul le comportement travaillé 2 (interruptions) présente une tendance significative sur le plan quasi-statistique (Tau = -0.68,  $p = .07$ ) à la diminution du nombre de comportements au cours de la prise en charge. Au niveau quasi-statistique, aucune autre différence n'est observée.



**Figure 1.** Nombre d'énoncés de l'épouse de MS comportant les comportements non facilitateurs décrits par comportements ciblés au cours des cinq séances d'évaluation. E1 = Évaluation 1 (pré-test); E2 = Évaluation 2 (suite à la psychoéducation et les conseils pour les changements de sujet de conversation); E3 = Évaluation 3 (suite à l'entraînement à l'identification et à l'utilisation d'autres comportements que les interruptions); E4 = Évaluation 4 (suite à l'entraînement à l'identification et à l'utilisation d'autres comportements que les absences d'aide); E5 = Évaluation 5 (post-test, un mois après la dernière intervention)

Tableau 3

Résultats des différences de fréquence d'apparition des comportements non facilitateurs (Tau,  $p$ ) entre les différents temps d'évaluations chez l'épouse de MS par comportement ciblé

Comportements de l'épouse de MS	PEC	Tau ( $p$ )			
		E1-E2	E1-E3	E1-E4	E1-E5
<b>Comportement 1</b> Changement de sujet de conversation	Psychoéducation et conseil	0.12 $p = .75$	-0.16 $p = .67$	-0.24 $p = .53$	-0.16 $p = .67$
<b>Comportement 2</b> Interruption	Entraînement à l'identification et l'utilisation d'un comportement alternatif	-0.32 $p = .40$	-0.60 $p = .11$	-0.68 $p = .07$	-0.60 $p = .11$
<b>Comportement 3</b> Absence de stratégie efficace	Entraînement à l'identification et l'utilisation d'un comportement alternatif	-0.12 $p = .75$	0.28 $p = .46$	-0.24 $p = .53$	-0.36 $p = .34$
<b>Comportement 4</b> Question convergente	Comportement non entraîné	-0.20 $p = .60$	-0.16 $p = .67$	-0.36 $p = .34$	0.08 $p = .83$
<b>Comportement 5</b> Compensation	Comportement non entraîné	0.44 $p = .25$	0.12 $p = .75$	0.04 $p = .91$	-0.16 $p = .67$

Note. \* <  $p$  .05, PEC = prise en charge; E = Évaluation. Les probabilités de déplacement marginalement significative sont montrées en gras.

### Analyse des productions de la personne aphasique en fonction des conditions d'intervention

Afin de montrer l'impact de l'intervention sur les compétences communicationnelles de MS en situation de conversation avec son épouse, nous avons également mesuré le temps de parole et le nombre d'énoncés produits par MS aux cinq moments d'évaluation. Le Tableau 4 illustre les pourcentages de temps de parole de MS.

La comparaison des pourcentages de temps de parole de MS n'indique aucune augmentation significative (Tau = 1,  $p = .31$ ) du pourcentage de temps de parole de MS. Enfin, le Tableau 5 indique l'évolution du nombre d'énoncés produits par MS aux différents moments de l'évaluation. Les analyses montrent une évolution positive significative du nombre d'énoncés produits par MS (Tau = 1,  $p = .01$ ) qui se maintient un mois après la fin de l'intervention.

### L'impact de l'intervention sur la communication quotidienne

Nous avons également voulu déterminer l'impact fonctionnel de notre intervention sur la communication du patient MS. Les résultats (voir Tableau 6) indiquent que les réponses aux questions

qui concernent la motivation et la confiance en soi avant l'aphasie restent stables avant et après l'intervention. Ceci indique une certaine validité dans les réponses du patient. Cependant, une légère amélioration non significative des scores (Tau = -0.16,  $p = .73$ ) est constatée en ce qui concerne les deux aspects investigués avant et après l'intervention. Ces changements ont lieu au niveau des conversations avec un inconnu, les situations telles que prendre les transports en commun, téléphoner pour avoir un renseignement ou encore sortir seul.

### Discussion

La présente étude avait pour but d'évaluer l'impact d'une intervention ciblant la communication au sein d'un couple composé d'une personne aphasique et de son épouse. Celle-ci visait à diminuer l'utilisation de comportements non facilitateurs de l'épouse et à l'entraîner à l'utilisation d'autres comportements facilitateurs. Nous nous attendions également à une amélioration de la prise de parole (mesurée en termes de temps de parole et de nombre d'énoncés produits) du patient ainsi que de sa motivation et sa confiance à prendre la parole en situation de communication quotidienne. L'entraînement était divisé en deux types d'intervention dont les effets ont été comparés. La

Tableau 4

*Évaluation des pourcentages de temps de parole du patient MS aux différentes évaluations*

	Évaluation 1	Évaluation 2	Évaluation 3	Évaluation 4	Évaluation 5
Pourcentage	68,38 %	44,74 %	70,78 %	71,48 %	67,21 %

Tableau 5

*Évolution du nombre d'énoncés produits par MS à chaque moment d'évaluation*

	Évaluation 1	Évaluation 2	Évaluation 3	Évaluation 4	Évaluation 5
Nombre d'énoncés produits par MS	206	237	259	261	279

Tableau 6

*Scores obtenus par MS avant et après l'intervention sur le questionnaire visant l'évaluation de la motivation et de la confiance en soi dans différentes situations de communication*

Questionnaire MS	Évaluation 1 (pré-test)	Évaluation 4 (post-test)
Motivation avant l'aphasie	23/25	23/25
Motivation après l'aphasie	16/25	20/25
Confiance avant l'aphasie	23/25	23/25
Confiance après l'aphasie	18/25	20/25

première intervention comprenait une seule séance de psychoéducation et de conseils, la seconde comprenait un entraînement du conjoint à identifier et diminuer le nombre de comportements non facilitateurs émis lors de leurs conversations. Nous nous sommes inspirés de la méthodologie proposée par Simmons-Mackie et al. (2005) tout en incluant davantage le PA, présent et sollicité à toutes les séances.

Concernant la fréquence d'apparition des comportements non facilitateurs chez l'épouse de MS, le comportement 1 (conseil) ciblé par l'intervention « psychoéducation » n'a pas diminué significativement à la suite de l'intervention. En revanche, le comportement 2 (interruptions) qui a fait l'objet d'un entraînement spécifique durant quatre semaines, diminue de manière marginalement significative au cours de la prise en charge. En outre, cette diminution semble avoir persisté dans le temps (un mois post-thérapie). Le comportement 3 (absence de stratégie efficace), ayant également fait l'objet d'un entraînement spécifique, a diminué progressivement au cours de la prise en charge, mais de manière non significative. Concernant les comportements 4 (question convergente) et 5 (compensation), tous deux non travaillés, peu de différences ont été observées en termes de nombre d'apparitions de ces comportements au cours de l'intervention. Nous n'avons donc pas observé de généralisation de la prise en charge à des comportements non travaillés contrairement à ce que Simmons-Mackie et collaborateurs (2005) avaient mis en évidence dans leur étude.

Concernant l'impact de l'intervention sur les productions du PA, MS bénéficiant de plus de temps ou de moins d'interruptions devrait pouvoir traduire et exprimer plus efficacement ses pensées et intentions. Néanmoins, les résultats de l'intervention ne semblent que partiellement confirmer nos hypothèses. En effet, la prise en charge semble ne pas avoir eu d'impact positif sur le pourcentage de temps de parole de MS au sein des conversations du couple. Cependant, les analyses montrent une évolution positive et significative du nombre d'énoncés produits par MS qui se maintient un mois après la fin de l'intervention.

Enfin, les résultats indiquent que les réponses aux questions qui concernent la motivation et la confiance en soi avant l'aphasie sont restées stables tandis que nous avons constaté une légère amélioration quantitative, mais non significative, des scores en ce qui concerne les deux aspects investigués avant et après l'intervention. Ces changements ont eu lieu au niveau des conversations avec un inconnu, les situations telles que prendre les transports en commun, téléphoner pour avoir un renseignement ou

encore sortir seul (mais non significatifs sur le plan statistique).

En résumé, les résultats de cette étude montrent que la session de psychoéducation et de conseils personnalisés n'est pas à elle seule suffisante pour voir émerger des effets à long terme sur la communication du partenaire (nombre d'énoncés contenant un comportement non facilitateur). En revanche, un entraînement spécifique à l'identification et à la diminution d'occurrence de comportements inadaptés pourrait permettre de diminuer la fréquence d'apparition de certains comportements non facilitateurs de l'épouse sans se généraliser à d'autres comportements non travaillés. Concernant l'impact de cet entraînement sur la communication de MS, bien que le pourcentage de temps de parole n'augmente pas de manière significative au fil des évaluations, le nombre d'énoncés montre une évolution positive et significative qui se maintient dans le temps. Les résultats du questionnaire visant à évaluer la communication fonctionnelle montrent une légère amélioration bien que non significative de la motivation et de la confiance en soi pour communiquer dans différentes situations de la vie quotidienne en post-thérapie.

Cette étude va dans le sens des résultats obtenus par d'autres études concernant l'utilisation de comportements non facilitateurs (pour une revue voir Simmons-Mackie et al., 2016). En effet, il apparaît que l'unique séance de psychoéducation et de conseils n'apporte pas d'amélioration significative immédiate sur l'utilisation de comportements non facilitateurs alors qu'un entraînement spécifique semble plus efficace. Cependant, l'absence de généralisation ne confirme pas notre hypothèse de départ. Celle-ci s'appuie sur les résultats de Simmons-Mackie et collaborateurs (2005) montrant une généralisation aux comportements non entraînés dans des situations non entraînées. Toutefois, dans cette étude, l'apparition de ce comportement non entraîné (enseignement négatif) était fluctuante. L'épouse a fortement réduit l'utilisation de ce comportement dès les premiers entraînements pour ensuite le réutiliser après l'entraînement du second comportement comme si, d'après les auteurs, elle ne savait pas quel comportement alternatif mettre en place. Chez l'épouse de MS, nous constatons également des fluctuations dans l'utilisation d'un des deux comportements non entraînés (questions convergentes). Le deuxième comportement non travaillé, la compensation, a quant à lui diminué au fil des évaluations sans que la diminution ne devienne significative sur le plan statistique. Il s'agit cependant d'un comportement dont la fréquence d'apparition est

modérée à faible dès le début de l'entraînement, ce qui rend plus difficile la possibilité de voir apparaître une diminution significative sur le plan statistique. En outre, le nombre de nos évaluations intermédiaires était moins important que celui de l'étude de Simmons-Mackie et collaborateurs (2005). Ces différences méthodologiques pourraient également expliquer certaines différences au niveau des résultats. Notre entraînement a également eu un impact sur les compétences langagières de MS en termes de nombre d'énoncés produits. Un délai supplémentaire pourrait être nécessaire afin de voir apparaître des effets sur leurs interactions quotidiennes. Il se peut également que le nombre ou le type de comportements travaillés ne soit pas suffisant pour engendrer un changement plus important au niveau de la communication du patient lui-même. Les mesures fonctionnelles mettent en évidence certains changements positifs à la suite de l'intervention (non significatifs sur le plan statistique). Cette amélioration va dans le sens des résultats obtenus par Sorin-Peters et Paterson (2014). L'originalité de notre étude réside dans l'inclusion du partenaire dans la prise en charge ciblée sur le couple ainsi que dans la dissociation des interventions basées sur la psychoéducation et sur l'entraînement du conjoint. Nous nous attendions à des améliorations plus conséquentes qui seraient observées à tous les niveaux grâce à la participation active du PA. En effet, les changements au niveau de la communication doivent provenir d'un effort des deux partenaires. Cependant, les résultats ne vont pas dans ce sens, car la prise en charge n'apporte pas plus de bénéfices que celle proposée par Simmons-Mackie et al. (2005). Une piste d'amélioration afin de favoriser la progression de la personne aphasique pourrait être de lui proposer un entraînement à la communication qui l'implique encore davantage. En effet, le patient pourrait également être entraîné à utiliser davantage de moyens alternatifs et augmentatifs tels que l'écriture ou l'utilisation de gestes en cas d'échec de communication par exemple (Beeke et al., 2015).

### Limites et pistes futures

Plusieurs limites sont inhérentes à notre étude. En effet, les enregistrements vidéo ne sont pas réalisés à l'insu des participants ce qui peut biaiser les résultats. Les participants peuvent en conséquence agir différemment et faire davantage d'efforts pour intégrer les conseils proposés en séance. Les évaluatrices n'étaient pas des aphasiologues expérimentées, ce qui a également pu modifier les résultats, bien que la liste de vérification sur laquelle les évaluations se sont basées ait été validée par une logopède d'expérience. En outre, les analyses statistiques sont peu puissantes et les résultats sont par conséquent faiblement généralisables.

Les futures études devraient tenter de répliquer cette méthodologie sur un plus grand effectif afin d'augmenter la puissance statistique des résultats ainsi que leur généralisation. Plusieurs lignes de base pré-thérapeutiques et, éventuellement, post-thérapeutiques, devraient être proposées afin de vérifier la stabilité des comportements observés et/ou traités. L'évaluation devrait être effectuée par des spécialistes dans l'aphasiologie avec si possible un nombre plus important d'évaluations. L'ajout de questionnaires pré- et post- test évaluant la qualité de vie du patient et du couple devrait également être envisagé dans les futures études. Des méta-analyses seraient utiles pour identifier plus précisément les caractéristiques de la dyade PA-aidant (temps post-AVC, motivation, etc.) et le type d'entraînement qui semble le plus efficace à proposer et dans quel contexte.

### Conclusion

En conclusion, nous avons, avec un PA et son épouse, appliqué les recommandations de Simmons-Mackie et al. (2016) en intégrant le PA dans toutes les séances proposées. Cette étude met en évidence une diminution (marginale et significative) de l'utilisation d'un comportement non facilitateur chez l'épouse et une amélioration significative des capacités expressives de MS. Cette dernière amélioration semble se maintenir un mois après la thérapie et influencer positivement sur la confiance et la motivation de MS en ses capacités communicationnelles sur certaines activités de la vie quotidienne. La prise en charge de l'entourage intégrant un dispositif consistant à entraîner celui-ci à reconnaître et à écarter des comportements ne facilitant pas la communication de la personne aphasique semble constituer un type d'intervention qui procure des résultats encourageants.

### Références

- Anselme, P., Poncelet, M., Bouwens, S., Knips, S., Lekeu, F., Olivier, C., . . . Majerus, S. (2013). Profinteg: a tool for real-life assessment of activities of daily living in patients with cognitive impairment. *Psychologica Belgica*, 53, 3-22. doi: 10.5334/pb-53-1-3
- Ardila, A. (2010). A proposed reinterpretation and reclassification of aphasic syndromes. *Aphasiology*, 24, 363-394. doi: 10.1080/02687030802553704
- Beeke, S., Beckley, F., Johnson, F., Heilemann, C., Edwards, S., Maxim, J., & Best, W. (2015). Conversation focused aphasia therapy: investigating the adoption of strategies by People with agrammatism. *Aphasiology*, 29, 355-377. doi: 10.1080/02687038.2014.881459
- Brossart, D. F., Laird, C., & Armstrong, T. W. (2018). Interpreting Kendall's Tau and Tau-U for single-case experimental designs. *Cogent Psychology*, 5, 1-26.

- Brown, K., Worrall, L. E., Davidson, B., & Howe, T. (2012). Living successfully with aphasia: a qualitative meta-analysis of the perspectives of individuals with aphasia, family members, and speech-language pathologists. *International Journal of Speech-Language Pathology, 14*, 141-155. doi: 10.3109/17549507.2011.632026
- Cruice, M., Hill, R., Worrall, L., & Hickson, L. (2010). Conceptualising quality of life for older people with aphasia. *Aphasiology, 24*, 327-347. doi:10.1080/02687030802565849
- Cunningham, R. & Ward, C. (2003). Evaluation of a training program to facilitate conversation between people with aphasia and their partners. *Aphasiology, 17*, 687-707. doi: 10.1080/02687030344000184
- Darrigrand, B. & Mazaux, J.-M. (2000). *Échelle de communication de Bordeaux*. Isbergues, France : Ortho Editions.
- Goodglass, H. (1993). *Foundations of neuropsychology: Understanding aphasia*. San Diego, CA: Academic Press.
- Hilari, K., Needle, J. J., & Harrison, K. L. (2012). What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 93*, 86-95. doi: 10.1016/j.apmr.2011.05.028
- Hilton, R., Leenhouts, S., Webster, J., & Morris, J. (2014). Information, support and training needs of relatives of people with aphasia: Evidence from the literature. *Aphasiology, 28*, 797-822. doi: 10.1080/02687038.2014.906562
- Johannsen-Horbasch, H., Crone, M., & Wallesch, C. W. (1999). Group therapy for spouses of aphasic patients. *Seminars in Speech and Language, 20*, 73-82.
- Kagan, A., Black, S., Duchan, J., Simmons-Mackie, N., & Square, P. (2001). Training volunteers as conversation partners using "Supported Conversation Adults With Aphasia" (SCA): A controlled trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 44*, 624-638. doi: 10.1044/1092-4388(2001/051)
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc.
- Linebaugh, C., & Young-Charles, H. (1978). The counselling needs of families of aphasic patients. In R. Brookshire (Ed.), *Clinical Aphasiology Conference Proceedings* (pp. 304-313). Minneapolis, MN: BRK Publishers.
- Linebaugh, C., Kryzer, K., Oden, S., & Myers, P. (1982). Reapportionment of communicative burden in aphasia: A study of narrative interactions. In R. Brookshire (Ed.), *Clinical Aphasiology Conference Proceedings* (pp. 234-243). Minneapolis, MN: BRK Publishers.
- Lyon, J., Cariski, D., Keisler, L., Rosenbek, J., & Levine, R. (1997). Communication partners: Enhancing participation in life and communication for adults with aphasia in natural settings. *Aphasiology, 11*, 693-708. doi: 10.1080/02687039708249416
- MacWhinney, B. (2000). *The CHILDES Project: Tools for Analyzing Talk (3rd Edition)*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Purdy, M. & Hindenlang, J. (2005). Educating and training caregivers of persons with aphasia. *Aphasiology, 19*, 377-388. doi : 10.1080/0268703044000822
- Ross, K. & Wertz, R. (2003). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology, 17*, 355-364. doi: 10.1080/02687030244000716
- Rousseaux, M., Delacourt, A., Wyrzykowski, N., & Lefeuvre, M. (2001). *TLC: Test Lillois de Communication*. Isbergues, France: Ortho Editions.
- Simmons-Mackie, N. (2001). Social approaches to aphasia intervention. In R. Chapey (Ed.), *Language strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (4<sup>th</sup>ed., pp. 246-268). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Simmons-Mackie, N. N., Kearns, K. P., & Potechin, G. (2005). Treatment of aphasia through family member training. *Aphasiology, 19*, 583-593. doi: 10.1080/02687030444000408
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., & Cherney, L.R. (2016). Communication partner training in aphasia: An updated systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 97*, 2202-2221. doi: 10.1016/j.apmr.2016.03.023
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A., & Cherney, L. (2010). Communication partner training in aphasia: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 91*, 1814-1837. doi: 10.1016/j.apmr.2010.08.026
- Sorin-Peters, R. & Patterson, R. (2014). The implementation of a learner-centred conversation training program for spouses of adults with aphasia in community setting. *Aphasiology, 28*, 731-749. doi: 10.1080/02687038.2014.891094
- Webster, E., Dans, J., & Saunders, P. (1982). Descriptions of husband-wife communication pre and post aphasia. In R. Brookshire (Ed.), *Clinical Aphasiology Conference Proceedings* (pp. 64-74). Minneapolis, MN: BRK Publishers.

---

Reçu le 26 novembre 2019

Révision reçue le 25 mars 2019

Accepté le 28 juillet 2019 ■