



**HAL**  
open science

# État des lieux des pratiques professionnelles et des besoins des orthophonistes français concernant l'évaluation et la remédiation de la Négligence Spatiale Unilatérale (NSU)

Marie Reynaud

► **To cite this version:**

Marie Reynaud. État des lieux des pratiques professionnelles et des besoins des orthophonistes français concernant l'évaluation et la remédiation de la Négligence Spatiale Unilatérale (NSU). Sciences cognitives. 2019. dumas-02545274

**HAL Id: dumas-02545274**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02545274>**

Submitted on 16 Apr 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Année universitaire 2018-2019

COLLEGE SCIENCES DE LA SANTE  
Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie

Mémoire (U.E. 7.5) pour l'obtention du

**CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE**  
**Grade Master**

Présenté et soutenu publiquement le 26/06/2019

par Marie REYNAUD

née le 29/01/1987 à Nice

**Etat des lieux des pratiques professionnelles et des besoins  
des orthophonistes français concernant l'évaluation et la  
remédiation de la Négligence Spatiale Unilatérale (NSU).**

**Sous la direction de :  
Gaëlle BENICHOU**

Membres du jury :

Mme Nathalie MINDREN, ergothérapeute

Mme Sophie LEMAROIS, orthophoniste

Année universitaire 2018-2019

COLLEGE SCIENCES DE LA SANTE  
Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie

Mémoire (U.E. 7.5) pour l'obtention du

**CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE**  
**Grade Master**

Présenté et soutenu publiquement le 26/06/2019

par Marie REYNAUD

née le 29/01/1987 à Nice

**Etat des lieux des pratiques professionnelles et des besoins  
des orthophonistes français concernant l'évaluation et la  
remédiation de la Négligence Spatiale Unilatérale (NSU).**

**Sous la direction de :  
Gaëlle BENICHOU**

Membres du jury :

Mme Nathalie MINDREN, ergothérapeute

Mme Sophie LEMAROIS, orthophoniste

## Remerciements

---

Je remercie infiniment Gaëlle Bénichou, -la directrice de mémoire, la maître de stage, la responsable des stages, l'enseignante-, pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire mais également pour son soutien, sa bienveillance et son investissement à mon égard et auprès des étudiant(e)s en général.

Merci à Nathalie Mindren et Sophie Lemarois d'avoir accordé de votre temps à la lecture de mon travail et d'avoir accepté de faire partie de mon jury de soutenance.

Je remercie également l'équipe de la Tour de Gassies et les patients du groupe L.E.S.P.A.C.E pour leur accueil chaleureux. Je remercie en particulier Céline et Olivier pour m'avoir donné l'envie de m'intéresser et me questionner sur la NSU.

Un grand merci à Bertrand Glize et Elisabeth Longère ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe pédagogique du CFUOB, et merci particulièrement à Sandess Makni.

Je remercie vivement l'ensemble de mes maîtres de stage, particulièrement Céline Lécureuil et Stéphanie Poulain pour leur accompagnement, leur bienveillance et le temps qu'elles accordent à ma formation.

Je remercie avec amour l'ensemble de ma famille pour leur soutien, mes parents, mes sœurs et nièces que j'aime profondément.

Je remercie également mes amis pour avoir toujours été présents et encourageants, la ligne directe Bordeaux-Nice va être interrompue sous peu ! Merci à la Genius Team, mes nouvelles collègues orthophonistes qui ont ajouté de la joie et des rires à ces 5 années de formation. L'aventure commence !

Enfin et surtout je dédie tout mon travail à Gaëtan et Jocelin, les hommes de ma vie, qui la rendent chaque jour plus belle.

# Table des matières

Remerciements.....	2
Table des illustrations.....	5
Introduction.....	6
1 Contexte théorique, problématique et hypothèses.....	8
1.1 La négligence spatiale unilatérale.....	8
1.1.1 La cognition visuo-spatiale.....	8
1.1.2 L'attention visuo-spatiale.....	8
1.1.3 Corrélations anatomo-cliniques.....	8
1.1.4 Les modèles théoriques de la NSU.....	9
1.1.4.1 Théories attentionnelles.....	9
1.1.4.2 Théories représentationnelles.....	10
1.1.5 Les tableaux cliniques.....	10
1.1.6 Les troubles associés.....	12
1.2 Evaluation de la NSU.....	14
1.3 Traitements dans le contexte de la NSU.....	16
1.3.1 La récupération spontanée.....	16
1.3.2 Traitement médicamenteux.....	16
1.3.3 Traitement non médicamenteux : Remédiation dans le contexte de la NSU.....	16
1.3.3.1 Méthode descendante (Top-down).....	17
1.3.3.2 Méthode ascendante (Bottom-up).....	18
1.3.3.3 Approches combinées.....	21
1.3.3.4 Stimulation cérébrale non invasive.....	21
1.3.4 La place de l'orthophonie.....	22
1.4 Recommandations de bonne pratique.....	23
1.5 Problématique et hypothèses.....	24
2 Sujets, matériel et méthode.....	25
2.1 Population d'étude.....	25
2.2 Matériel et méthode.....	25
2.2.1 Elaboration du questionnaire.....	25
2.2.2 Méthode de diffusion.....	27
2.3 Recueil et analyse des données.....	28
3 Résultats.....	29
3.1 Présentation de l'échantillon.....	29
3.1.1 Année d'obtention du diplôme.....	29
3.1.2 Centre de formation.....	29
3.1.3 Type d'exercice.....	30
3.1.4 Expérience de la prise en soins de patients présentant une NSU.....	30
3.1.5 Parcours coordonné par le médecin référent : prescription de soins en orthophonie ?.....	31
3.2 Etat des connaissances générales de la NSU.....	33

3.3	Etat des pratiques.....	35
3.3.1	Remédiation.....	35
3.3.2	Evaluation.....	37
3.4	Ressenti des orthophonistes concernant la thérapie proposée aux patients présentant une NSU 38	
3.4.1	Repérage du trouble et estimation de son action sur le trouble.....	38
3.4.2	Explication du trouble.....	39
3.4.3	Difficultés rencontrées par les orthophonistes au cours de la prise en soin de patients présentant une NSU.....	40
3.5	Evaluation du besoin d'informations.....	41
3.5.1	Formation concernant la NSU.....	41
3.5.2	Besoin d'informations.....	42
4	Discussion.....	44
4.1	Rappel des objectifs et hypothèses de l'étude.....	44
4.2	Validation ou invalidation des hypothèses.....	44
4.2.1	H1. La majorité des orthophonistes ne reçoit pas de patients présentant une NSU.....	44
4.2.2	H2. La NSU est un trouble peu connu des orthophonistes.....	45
4.2.3	H3. Les orthophonistes rencontrent des difficultés dans l'accompagnement des patients présentant une NSU.....	47
4.2.4	H4. Les orthophonistes nécessitent davantage d'informations concernant l'évaluation et la remédiation de la NSU.....	48
4.3	Limites.....	49
4.4	Perspectives.....	50
	Conclusion.....	51
	Bibliographie.....	52
	Annexes.....	58
	Annexe 1 : Recommandations pour la pratique clinique : Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral. Aspects paramédicaux. (HAS, 2002).....	58
	Annexe 2 : Questionnaire proposé aux orthophonistes.....	59

## Table des illustrations

---

### Table des tableaux

Tableau 1 : Outils existants pour l'évaluation de la NSU .....	15
Tableau 2 : Année d'obtention du diplôme .....	29
Tableau 3 : Répartition des orthophonistes répondants par centre de formation .....	29
Tableau 4 : Expérience de la rééducation de la NSU et raisons de la non prise en soins .....	30
Tableau 5 : Estimation personnelle de ses connaissances au sujet de la NSU.....	33
Tableau 6 : Les différents professionnels intervenants dans la remédiation de la NSU selon les orthophonistes répondants.....	35
Tableau 7 : Supports utilisés par les orthophonistes répondants .....	36
Tableau 8 : Expérience de l'évaluation de la NSU .....	37
Tableau 9 : « Pensez-vous savoir repérer une NSU chez un patient qui vient vous voir ? ».....	38
Tableau 10 : « Vous êtes-vous senti(e) capable d'expliquer son trouble au patient ? ».....	39
Tableau 11 : « Avez-vous été/êtes-vous en difficulté lors de cet accompagnement ? ».....	40
Tableau 12 : Formation concernant la NSU.....	41
Tableau 13 : Estimation de la formation/information des orthophonistes répondants et besoin d'informations et/ou conseils concernant la NSU .....	42
Tableau 14 : Utilité de la création d'un document d'information et les notions importantes à y faire figurer selon les orthophonistes répondants .....	43

### Table des figures

Figure 1 : Les tableaux cliniques.....	10
Figure 2 : Stratégies top-down et bottom-up dans la rééducation de la négligence spatiale unilatérale (Rode et al., 2017).....	17
Figure 3 : Les 4 phases de la procédure d'adaptation prismatique (S. Jacquin-Courtois et al., 2011) .....	20
Figure 4 : Type d'exercice de la profession.....	30
Figure 5 : Prescription de soins en orthophonie en première intention.....	31
Figure 6 : Motifs de la prescription .....	32
Figure 7 : Les éléments cliniques majeurs de la NSU pour les orthophonistes répondants.....	33
Figure 8 : Les activités de la vie quotidienne touchées par la NSU selon les orthophonistes répondants .....	34
Figure 9 : Les fonctions cognitives entraînées au cours d'une séance de rééducation de la NSU par les orthophonistes répondants.....	36
Figure 10 : « Pensez-vous pouvoir agir sur la NSU ? Sur une échelle de 1 à 10. ».....	38
Figure 11 : Les points sur lesquels les orthophonistes se sentent le plus en difficulté .....	40

## Introduction

---

Heilman et Valenstein (1979) ont décrit la Négligence Spatiale Unilatérale (NSU) il y a quarante ans comme « l'impossibilité de décrire verbalement, de répondre et de s'orienter aux stimulations controlatérales à la lésion hémisphérique, sans que ce trouble puisse être attribué à un déficit sensoriel ou moteur ». Ainsi, les patients atteints de NSU se comportent comme si la moitié de l'espace, voire de leur propre corps n'existait pas.

Si la définition de la NSU n'a pas été modifiée au cours des années, il n'en est pas de même pour son appellation. En effet, ce trouble est passé par les termes : imperception, hémi-inattention, agnosie spatiale unilatérale, syndrome de l'hémisphère droit... Après de nombreuses années sous le nom d'héminégligence, l'appellation partagée actuellement est Négligence Spatiale Unilatérale. Ces variations dans la terminologie introduisent la complexité que représente ce trouble, tant au niveau de ses bases théoriques que de sa symptomatologie.

La NSU est un trouble neurologique résultant d'une lésion cérébrale, droite le plus souvent. Des cas de NSU droite à la suite d'une lésion gauche sont rapportés mais le trouble est moins fréquent, moins sévère et moins persistant en raison de la dominance de l'hémisphère droit pour la cognition spatiale (Beis et al., 2004). L'étiologie la plus fréquente est l'accident vasculaire cérébral, mais des signes de NSU ont également été observés après une tumeur cérébrale et dans certaines maladies neurodégénératives dont l'atrophie corticale postérieure (Toba & Godefroy, 2017).

Environ 85% des patients souffrant d'une lésion hémisphérique droite présentent des signes de NSU en phase subaiguë, dans 36% des cas il s'agira d'une NSU modérée à sévère (Azouvi et al., 2002).

La NSU perturbe de manière non négligeable les activités de la vie quotidienne, notamment l'habillage, la toilette ou la conduite. Les patients peuvent, sans s'en rendre compte, ne raser que la moitié de leur visage, ne manger que la moitié de leur assiette, ne pas éviter des obstacles placés du côté controlésionnel, ne lire que la partie droite d'un journal...

De plus, il s'avère que le syndrome de NSU est signe d'un pronostic péjoratif de récupération fonctionnelle, (Jehkonen, Laihosalo, & Kettunen, 2006).

Au vu de l'impact fonctionnel et de la prévalence de la NSU, il apparaît primordial que l'évaluation et la réhabilitation de la négligence soit un objectif important de la prise en soins du patient cérébrolésé. L'étude et la compréhension des mécanismes de la NSU sont importantes pour fournir aux cliniciens des outils adaptés de diagnostic et de rééducation.

Une récupération spontanée des fonctions cognitives impactées par la NSU est possible jusqu'à trois mois après l'apparition de la lésion, la sévérité du trouble diminue difficilement par la suite (Nijboer, van



de Port, Schepers, Post, & Visser-Meily, 2013). Une rééducation spécifique et pluridisciplinaire est nécessaire pour pallier la sévérité de ces troubles.

Malheureusement aucune étude ne prouve encore l'efficacité d'une méthode de rééducation de la NSU. De nombreuses recherches sont effectuées sur le sujet, des revues systématiques de la littérature sont fréquemment proposées mais les études présentent un biais méthodologique, ou un échantillon trop restreint.

Si la réhabilitation de la NSU apparaît primordiale dans le traitement global des patients dans les suites d'un AVC, il s'avère que les orthophonistes ne disposent pas de recommandations de bonne pratique concernant leur fonction spécifique dans ce traitement non médicamenteux, tant au niveau de l'évaluation que de la rééducation cognitive de la NSU, de la preuve des bénéfices à long terme et la généralisation dans les activités de la vie quotidienne.

Dans ce contexte, nous nous sommes intéressés aux pratiques professionnelles et aux besoins des orthophonistes concernant ce trouble. Un questionnaire en ligne nous a permis de recueillir des informations que nous avons analysées quantitativement et qualitativement par la suite.

# 1 Contexte théorique, problématique et hypothèses

---

## 1.1 La négligence spatiale unilatérale

### 1.1.1 La cognition visuo-spatiale

Le traitement de l'information visuo-spatiale débute avec l'œil, au niveau de la rétine. Lors d'une première étape, perceptive de bas niveau, l'information est transmise aux aires visuelles primaires du cortex occipital. Puis, est effectué un traitement de haut niveau, selon deux voies. De nombreux éléments de convergences suggèrent l'existence de ces deux voies de traitement de haut niveau de l'information visuo-spatiale : la voie ventrale (ou voie du « quoi ») et la voie dorsale (ou voie du « où ») (Goodale & Keith Humphrey, 1998). La voie ventrale concerne l'identification des stimuli, elle repose sur un circuit occipito-temporal et la voie dorsale, concerne la localisation de stimuli et l'action vis-à-vis de ces stimuli, elle repose sur un circuit occipito-pariétal. Cette distinction anatomique s'observe dans le cas d'une double dissociation clinique : on a pu observer des patients ayant perdu la capacité à reconnaître les objets mais pouvant agir sur ceux-ci, alors que d'autres conservaient leur capacité d'identification mais perdaient leur capacité d'agir sur ces objets (Goodale & Milner, 1992).

Une atteinte de la voie dorsale pourrait engendrer une NSU alors qu'une atteinte de la voie ventrale pourrait être responsable d'une agnosie visuelle.

### 1.1.2 L'attention visuo-spatiale

Les données de neuroimagerie chez des sujets sains ont permis d'établir un modèle anatomo-fonctionnel de l'attention visuospatiale (Corbetta & Shulman, 2002). Le modèle se compose d'un réseau dorsal impliquant une partie du cortex intrapariétal et le cortex frontal supérieur et correspondant au traitement attentionnel volontaire ; et d'un réseau ventral, impliquant le cortex temporo-pariétal et le cortex frontal inférieur, correspondant aux processus attentionnels automatiques. De manière physiologique, les deux réseaux interagissent en permanence via des voies de substance blanche (faisceau longitudinal supérieur). De plus, le réseau dorsal est représenté bilatéralement sur les deux hémisphères, tandis que le réseau ventral est latéralisé dans l'hémisphère droit (Singh-Curry & Husain, 2009).

### 1.1.3 Corrélations anatomo-cliniques

Historiquement, les auteurs se sont accordés pour attribuer la cognition spatiale chez le sujet droitier à l'hémisphère droit (Brain, 1941, Bartolomeo, 2007, Urbanski et al., 2007). Il était retrouvé des tableaux de NSU après lésions du lobe pariétal postérieur inférieur droit, en particulier la jonction temporo-pariétale, du cortex préfrontal dorso-latéral inférieur, du cingulum antérieur, de l'aire motrice

supplémentaire, du gyrus temporal supérieur droit et des régions sous-corticales telles que le thalamus, le putamen, le noyau caudé et le pulvinar, l'insula ou les ganglions de la base (Lunven & Bartolomeo, 2017).

Des travaux récents suggèrent également le rôle des lésions de la substance blanche, interrompant les faisceaux d'association sous-corticaux reliant les zones pariétales et frontales (faisceau longitudinal supérieur) et les zones occipitales et frontales (faisceau longitudinal inférieur) (Lunven et al., 2015, Urbanski et al., 2008). Ainsi, la NSU pourrait résulter d'une dysconnexion au sein des réseaux attentionnels, notamment le réseau pariéto-frontal ventral. Il s'avère que l'atteinte des faisceaux de substance blanche pariéto-frontaux est un facteur déterminant de la persistance de la NSU (Bartolomeo, Thiebaut de Schotten, & Doricchi, 2007, Urbanski et al., 2008).

A ce jour, il n'existe pas de consensus concernant la localisation anatomique intra-hémisphérique des lésions pouvant entraîner une négligence. En effet, le localisationnisme est de plus en plus controversé par la communauté scientifique.

#### **1.1.4 Les modèles théoriques de la NSU**

Hécaen (1962) et Battersby et al. (1956) avaient initialement interprété la NSU comme un déficit sensoriel primaire, une forme d'amputation du champ visuel (hémianopsie latérale homonyme). Cette théorie a par la suite été réfutée. En effet, de nombreux cas de dissociations entre déficit sensoriel primaire et NSU ont été observés. La NSU ne peut être attribuée à une amputation du champ visuel dans la mesure où elle peut être observée même lorsque le patient a les yeux fermés, en l'absence de stimulation visuelle (Bisiach & Luzzatti, 1978, Chokron et al., 2002, Chokron, Colliot, & Bartolomeo, 2004).

Actuellement, la NSU est abordée comme un trouble de la cognition spatiale pouvant être expliqué selon deux groupes d'hypothèses théoriques : soit un trouble de l'attention sélective spatiale, soit un trouble de la représentation de l'espace.

##### *1.1.4.1 Théories attentionnelles*

De nombreux modèles attentionnels ont été proposés, n'étant pas nécessairement contradictoires entre eux. Actuellement, la caractéristique principale de ce syndrome serait un biais dans la façon dont l'attention est orientée dans le champ visuel. Les modèles attentionnels de référence sont : le modèle de Heilman (Heilman & Van Den Abell, 1980), le modèle de Mesulam (Mesulam, 1981), le modèle de Kinsbourne (Kinsbourne, 1970), le modèle de Gainotti (Guido Gainotti, D'Erme, Monteleone, & Silveri, 1986), le modèle de Posner (M. I. Posner, 1980), le modèle de Rizzolatti (G. Rizzolatti & Berti, 1990, Giacomo Rizzolatti, Riggio, Dascola, & Umiltà, 1987).

### 1.1.4.2 Théories représentationnelles

Selon les théories représentationnelles, si chaque hémisphère possède une représentation de l'espace controlatéral, la représentation globale serait stockée au sein de l'hémisphère droit. La NSU serait liée à un déficit au niveau de la représentation visuo-spatiale, ainsi, la lésion cérébrale engendrerait une destruction ou une déformation de la représentation du côté controlésionnel. Le modèle de Bisiach et Luzzatti décrit une « NSU représentationnelle » comme une destruction de la portion gauche d'une représentation visuo-spatiale, les patients n'auraient plus conscience de l'espace gauche d'une représentation cognitive de l'espace (E. Bisiach & Luzzatti, 1978).

De nombreux cas de dissociation entre NSU représentationnelle et perceptive ont été observés, il n'existe pas de consensus actuel permettant de distinguer NSU représentationnelle et NSU perceptive comme deux entités distinctes (Guariglia & Antonucci, 1992, Ortigue et al., 2001).

### 1.1.5 Les tableaux cliniques

Les manifestations cliniques de la NSU sont variées, non seulement d'un patient à un autre, mais également chez un même sujet. De multiples tableaux cliniques peuvent être décrits et peuvent être isolés, associés ou dissociés.

Les différentes manifestations cliniques de la NSU peuvent être décrites selon les différentes parties de l'espace concernées (espace corporel, extra-corporel, espace imaginé), les cadres de référence spatiale utilisés (égocentrés, allocentrés), selon les modalités sensorielles ou motrices concernées ou la nature déficitaire ou productive des symptômes.

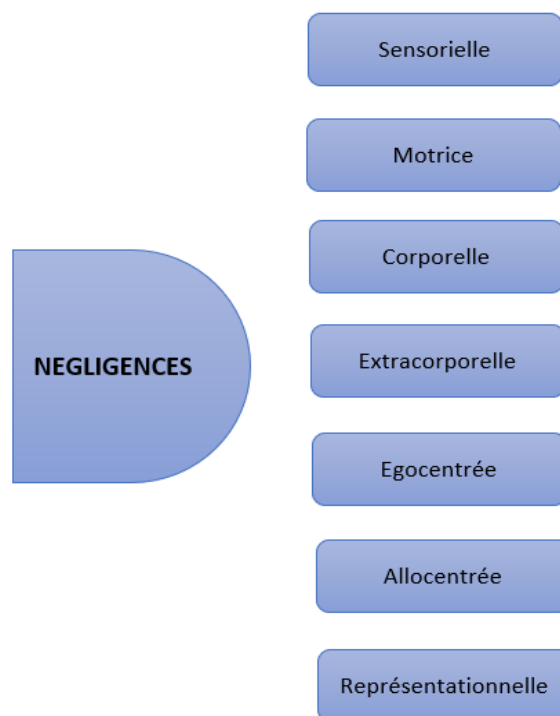


Figure 1 : Les tableaux cliniques

- La négligence sensorielle :

Elle se définit comme un défaut de prise en compte des stimuli provenant du côté opposé à la lésion cérébrale. Le patient ne réagit pas, ou bien présente une perturbation de la localisation du stimulus. Les différentes fonctions sensorielles peuvent être affectées (visuelle, auditive, somesthésique, olfactive) et l'atteinte peut être uni ou plurimodale (Vallar, 2001).

- La négligence motrice :

Elle se caractérise par un défaut d'utilisation de l'hémicorps opposé à la lésion cérébrale sans déficit de la force musculaire (Rode, Pagliari, Huchon, Rossetti, & Pisella, 2017).

Les patients atteints de négligence motrice présentent une perte spontanée des mouvements du membre supérieur controlésionnel : ils se comportent comme s'ils présentaient une hémiparésie ou hémiparésie mais peuvent effectuer des mouvements normaux lorsque le membre est spécifiquement sollicité.

- La négligence corporelle (ou personnelle) :

La négligence corporelle se caractérise par un manque d'exploration ou de prise en compte de l'hémicorps du côté controlésionnel. Le patient peut alors oublier de se raser ou de se maquiller la moitié gauche du visage.

Lorsque le trouble affecte la totalité de l'hémicorps, il peut se caractériser par l'oubli du membre atteint (souvent paralysé), le patient pourra alors être allongé ou assis sur son membre supérieur sans s'en rendre compte (Rode, Pagliari, Huchon, Rossetti, & Pisella, 2017).

- La négligence extracorporelle :

Différentes manifestations cliniques peuvent être décrites en fonction de la partie de l'espace concernée : le déficit peut se situer dans l'espace extracorporel proche, cela concerne l'espace de préhension du patient, celui-ci ne décrira que la partie gauche d'une image par exemple, et/ou dans l'espace extracorporel éloigné, cela implique alors l'espace de projection et de déplacement.

De nombreuses observations de double dissociation entre négligence corporelle et extracorporelle ont été rapportées, ainsi qu'entre négligence pour l'espace proche et négligence pour l'espace éloigné (Rode et Pisella, 2011).

- La négligence égocentree :

La négligence égocentree (centrée sur le corps) fait référence au codage spatial par rapport à l'analyse subjective par le sujet de la position de son corps, elle peut être définie en fonction de la position du milieu du tronc ou la position de la tête (Rode et Pisella, 2011). Le déficit peut être mis en évidence en demandant au sujet de pointer « droit devant » dans l'obscurité, c'est-à-dire dans la direction du milieu de leur corps : la négligence égocentree se traduit par un décalage systématique des mouvements de pointage du côté ipsilésionnel (Rode, Pagliari, Huchon, Rossetti, & Pisella, 2017). Ce déficit est également mis en évidence dans une tâche de reproduction de dessin, la partie gauche de la feuille en référence avec la position du sujet ne sera pas prise en compte (Rode et Pisella, 2011).

- La négligence allocentrée :

La négligence allocentrée (centrée sur l'objet) fait référence au codage spatial d'un objet par rapport à un autre et ceci en espace uni, bi ou tridimensionnel. Elle se caractérise par une omission complète ou partielle de la partie gauche de l'objet, quelle que soit la position de l'objet dans l'espace.

- La négligence représentationnelle :

La négligence peut également concerner l'espace imaginé ou représenté indépendamment de la présence physique du stimulus, elle se caractérise alors par une impossibilité à générer ou maintenir une représentation normale de la partie controlésionnelle d'une image mentale (Bisiach & Luzzatti, 1978, Berti, 2004).

En outre, il apparaît que l'absence de génération ou d'exploration d'une image dans sa partie controlésionnelle disparaît lorsque l'on demande au patient d'effectuer une rotation mentale de l'image de 180 degrés : celui-ci est alors capable de citer les détails précédemment négligés (Bisiach & Luzzatti, 1978).

- Les manifestations productives :

Le syndrome de NSU associant un défaut de conscience de l'hémi-espace controlésionnel et un biais comportemental dirigé du côté ipsilésionnel, des manifestations productives concernant l'espace ipsilésionnel peuvent être décrites.

Les manifestations productives se caractérisent par des persévérations, observées dans le dessin ou l'exploration visuomotrice, qui elles-mêmes se définissent comme la répétition inappropriée d'un comportement qui se poursuit en l'absence d'une stimulation appropriée (Goldberg, 1986).

Ces manifestations productives peuvent être observables dans un test de barrage ou de reproduction de dessin : le patient aura tendance à barrer plusieurs fois les mêmes lignes ou à ajouter des traits inappropriés sur la partie droite de leur dessin.

### **1.1.6 Les troubles associés**

- L'hémiplégie/hémi-parésie :

En fonction de l'atteinte cérébrale, une hémi-parésie ou hémiplégie des membres controlésionnels peut être associée à la NSU.

- L'anosognosie :

L'anosognosie correspond à l'absence de conscience de la maladie et des troubles qu'elle induit. Les patients négligents n'ont pas conscience de leurs troubles et peuvent aller jusqu'à les nier ou se montrer indifférents vis-à-vis de ceux-ci, empêchant ainsi la mise en place d'une compensation consciente des

déficits et l'implication dans une rééducation efficace. L'anosognosie est fréquemment associée au syndrome de NSU, elle peut porter sur les déficits cognitifs mais également sur les déficits moteurs (Vocat, Staub, Stroppini, & Vuilleumier, 2010).

- Le trouble du langage écrit :

Les patients atteints de NSU peuvent négliger l'espace de la feuille, de la phrase ou du mot. Ainsi, ils pourront omettre de lire la partie gauche d'un texte, les premières lettres d'un mot ou bien, au niveau graphique, avoir du mal à maintenir une écriture rectiligne, surinvestir la partie droite de la feuille, faire des paragraphies. Ces difficultés correspondent à une dyslexie de négligence et une dysgraphie de négligence (Vallar, Burani, & Arduino, 2010).

De la même manière, la négligence peut altérer l'espace nécessaire aux nombres et aux calculs, de ce fait nous pourrions observer une dyscalculie associée à la NSU. Les patients pourront faire des erreurs dans le placement des nombres, auront des difficultés dans l'organisation et la manipulation spatiales des nombres (Basso, Burgio, & Caporali, 2000).

- Les troubles en lien avec une lésion hémisphérique droite :

- Le trouble de la reconnaissance et expression des émotions
- Aprosodie/dysprosodie
- Le trouble de la pragmatique du langage

L'hémisphère droit étant décrit comme dominant concernant la pragmatique et les systèmes émotionnels de la communication (comme la prosodie, les expressions faciales), une lésion droite, en fonction de sa localisation, pourra engendrer des troubles au niveau de l'expression et l'interprétation des émotions, des inférences, de la prosodie (Carota & Bogousslavsky, 2018).

- Les troubles des fonctions exécutives :

Les fonctions exécutives dépendant principalement du cortex frontal et la NSU pouvant être corrélée à des lésions au niveau du cortex préfrontal et des réseaux de connexions entre les zones temporales et frontales, les patients souffrant de NSU pourront également présenter un syndrome dysexécutif en fonction de l'atteinte cérébrale.

- Les troubles attentionnels non latéralisés :

A la suite de la lésion cérébrale, les patients présentant une NSU peuvent également présenter des troubles d'attention non latéralisés qui participent à la sévérité du tableau clinique : le déficit de l'attention visuelle sélective non latéralisée, le déficit d'attention soutenue, le déficit de la mémoire de travail spatiale (Samuelsson, Hjelmquist, Jensen, Ekholm, & Blomstrand, 1998).

- L'extinction sensorielle :

L'extinction est définie par l'incapacité à détecter un stimulus du côté controlésionnel lorsqu'il est présenté simultanément à un stimulus du côté opposé (ipsilésionnel), alors qu'en présentation isolée le patient parvient à détecter ce stimulus contro-lésionnel. L'extinction peut être observée dans différentes modalités sensorielles : visuelle, auditive, tactile, olfactive.

Elle reflète un déficit spécifique dans le traitement simultané de plusieurs stimuli présentés brièvement et se distingue d'un défaut d'exploration active observé dans la négligence spatiale (De Haan, Karnath, & Driver, 2012).

- Hémianopsie latérale homonyme (HLH) :

L'HLH est un trouble visuel d'origine centrale, elle se caractérise par une amputation du champ visuel controlésionnel à la suite d'une lésion occipitale unilatérale, elle est essentiellement causée par des lésions occipitales mais peut être également observée en cas de lésions pariétales et temporales, de ce fait elle peut être associée à une NSU.

## 1.2 Evaluation de la NSU

Les tests de type « papier-crayon » ne peuvent pas à eux seuls déterminer la présence et le degré de sévérité de la négligence, en effet de nombreuses dissociations ont été observées entre les résultats aux épreuves dites papier-crayon et le comportement du patient en vie quotidienne. La NSU retentissant sur de nombreux aspects de la vie quotidienne, il apparaît nécessaire de proposer une évaluation écologique conjointement aux épreuves analytiques (Philippe Azouvi, 2017).

	Nom		Auteurs, année	Description
ANALYTIQUE	Epreuves visuo-perceptives	Identification des figures enchevêtrées	Gainotti, D'Erme, & Bartolomeo, 1991	Identifier différentes figures superposées
		Epreuves de lecture	Rousseau et al., 2001	Lire les 5 premières lignes d'un paragraphe
	Epreuves visuo-graphiques	Barrage de lignes	Albert, 1973	
		Single Letter Cancellation Test (SLCT)	Ben-Yishay, Diller, Mandelberg, Gordon, & Gerstman, 1974	
		Barrage d'étoiles	Wilson et al., 1987	
		Barrage de cloches	Gauthier et al., 1989	
		Bissection de lignes	Halligan et Marshall, 1991	
	Scène d'Ogden	Ogden, 1985	Copie d'un dessin	



	<b>Epreuve représentationnelle</b>	Test de la carte de France	Rode, Perenin, & Boisson, 1995	Evocation du plus grand nombre de villes de France
<b>E C O L O G I Q U E</b>	<b>Subtests comportementaux du Behavioral Inattention Test (BIT)</b>		Wilson et al., 1987	Simulation d'activités de la vie quotidienne
	<b>Evaluation standardisée des activités de la vie quotidienne</b>		Eschenbeck et al., 2010	
	<b>Echelles semi-structurées d'évaluation de la négligence personnelle et extrapersonnelle</b>		Zoccolotti et Judica, 1991 Zoccolotti, Antonucci et Judica, 1992	
	<b>Le parcours d'obstacles en fauteuil roulant</b>		Jacquin-Courtois et al., 2008	Manœuvrer selon un itinéraire
	<b>Subjective neglect questionnaire</b>		Towle et Lincoln, 1991	Questionnaire administré au patient et ses proches pour apprécier la présence de difficultés dans certaines situations de vie quotidienne
	<b>L'échelle de Catherine Bergego (ECB)</b>		Bergego et al., 1995	Observation du patient dans plusieurs situations de vie quotidienne
<b>B A T T E R I E S</b>	<b>Behavioral Inattention Test (BIT)</b>		Wilson et al., 1987	Subtests de type papier-crayon et subtests comportementaux
	<b>Batterie d'Evaluation de la Négligence (BEN)</b>		Groupe d'étude sur la rééducation de l'héminégligence (GEREN), 2002	Epreuves évaluant la présence de troubles associés, épreuves papier-crayon et l'ECB
<b>I N F O R M A T I S E</b>	<b>Test of Attention Performance (TAP)</b>		Zimmermann & Fimm, 1992	Subtest de la négligence
	<b>Battery Attention William Lennox (BAWL)</b>		Leclercq & Peters, 2007	Quatre épreuves : temps de réaction latéralisé, temps de réaction latéralisé avec fixation centrale, puce carrée, puce astérisque
	<b>Evaluation en réalité virtuelle</b>		Peskine et al., 2010	Situation d'immersion en réalité virtuelle lors d'une tâche de « déplacement »

Tableau 1 : Outils existants pour l'évaluation de la NSU

### **1.3 Traitements dans le contexte de la NSU**

#### **1.3.1 La récupération spontanée**

Une récupération spontanée est fréquemment observée, la récupération maximale de la NSU est atteinte dans les trois mois qui suivent l'AVC. 10 à 30% des patients victimes d'un AVC touchant l'hémisphère droit conservent une NSU de façon chronique (Toba & Godefroy, 2017).

La récupération serait plus importante le premier mois suivant l'AVC, de plus, un score élevé à l'épreuve de barrage de lignes au stade aigu serait prédictif de la récupération de la NSU, en revanche, des scores médiocres suggèrent un degré de négligence plus sévère et donc un pronostic plus sombre.

Enfin, une corrélation significative entre la récupération de la négligence et la récupération fonctionnelle a été démontrée.

#### **1.3.2 Traitement médicamenteux**

La persistance et l'intensité de la NSU pouvant être liées à l'existence concomitante de déficits d'attention non latéralisée, l'utilisation de traitements médicamenteux agonistes des neuromédiateurs impliqués dans une composante attentionnelle pourrait être appropriée.

L'utilisation d'un neuromédiateur impliqué dans le système attentionnel tel que les agents dopaminergiques ont montré un bénéfice dans la récupération des fonctions cognitives imputées par la NSU (Luauté J., Boisson D., 2011).

Ces résultats proposent une piste intéressante dans l'approche de la rééducation du syndrome de NSU comme moyen thérapeutique complémentaire à d'autres méthodes de rééducation.

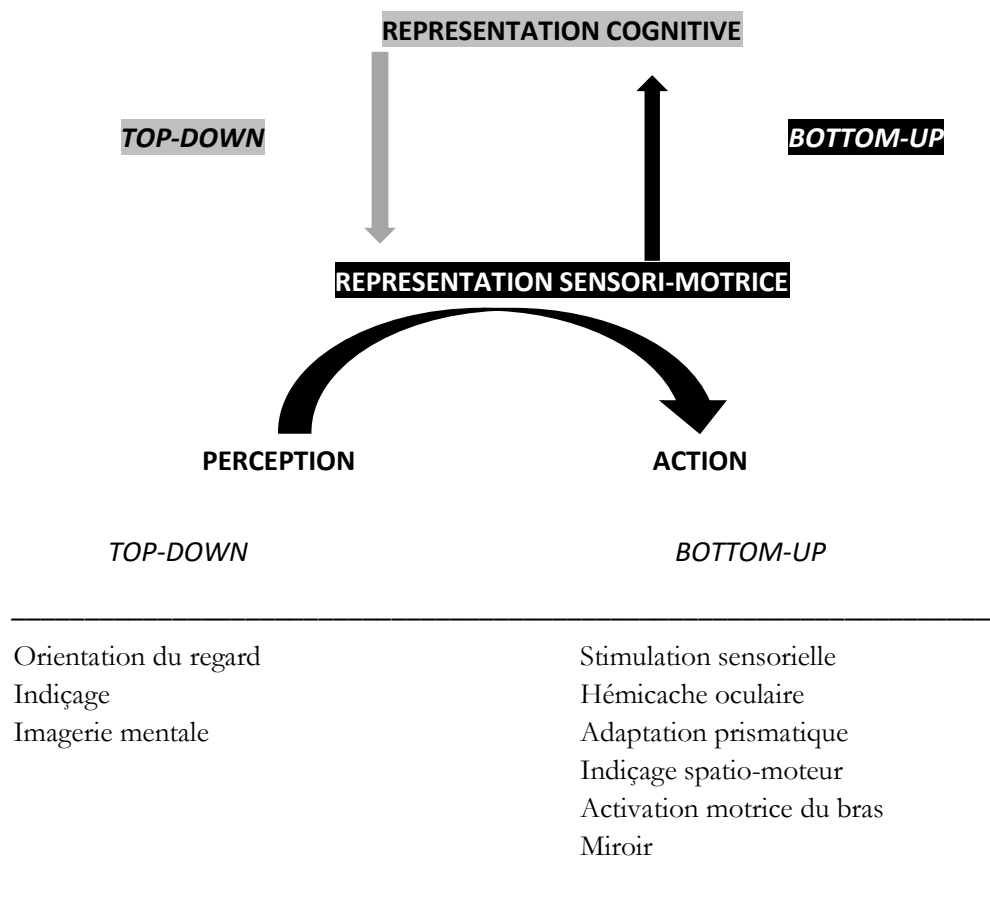
#### **1.3.3 Traitement non médicamenteux : Remédiation dans le contexte de la NSU**

Azouvi, Jacquin-Courtois et Luauté (2017) ont réalisé une revue de la littérature au sujet de l'efficacité des différentes techniques de rééducation de la négligence spatiale gauche. Malgré quelques résultats encourageants, le niveau de preuve reste globalement faible. Un biais méthodologique et la taille réduite des échantillons sont les principales limites de nombreux essais publiés (Azouvi, Jacquin-Courtois, & Luauté, 2017).

Depuis les années 1970, des études ont été menées en utilisant des approches qui visent à sensibiliser davantage le patient au comportement de négligence spatiale par le biais d'un mécanisme descendant. La première étape de la rééducation visait à faire prendre conscience de ses déficits au patient (Seron & Tissot, 1973). Cependant, les résultats mitigés de ces études initiales ont conduit à la mise au point d'autres approches.

De nouvelles interventions telles que les stimulations sensorielles, l'adaptation prismatique, la stimulation cérébrale non invasive, la réalité virtuelle et les agents pharmacologiques ont alors vu le jour

mais elles doivent être validées chez un plus grand nombre de patients avant de pouvoir attester de leur efficacité sur la rééducation.



**Figure 2 : Stratégies top-down et bottom-up dans la rééducation de la négligence spatiale unilatérale (Rode et al., 2017)**

### 1.3.3.1 Méthode descendante (Top-down)

La stratégie *top-down* repose sur la sollicitation des représentations cognitives spatiales et l'implication de la conscience du sujet dans le but de compenser volontairement le biais comportemental et améliorer le défaut de conscience (**figure 2**). Cette technique a notamment été étudiée sous l'impulsion de Diller et Weinberg (1977). Par la suite, la limite des méthodes descendantes a été soulignée, en effet ces méthodes sollicitent la conscience du sujet pour compenser un déficit dont il n'a pas conscience, du fait de l'anosognosie (Gialanella, Monguzzi, Santoro, & Rocchi, 2005).

- Entraînement à l'orientation du regard (*visual scanning training*)

La NSU étant décrite comme un déficit de l'exploration visuelle du côté controlésionnel, l'objectif des premières techniques de rééducation était de favoriser explicitement l'orientation du regard vers le côté négligé. Le patient est progressivement entraîné, via un dispositif de stimuli lumineux, à suivre les stimuli visuels placés de plus en plus vers son côté gauche (Diller & Weinberg, 1977). Cette technique,

longtemps considérée comme « la bonne pratique standard » de la rééducation de la négligence vise à stimuler l'exploration visuelle volontaire du côté négligé. Le recours à l'indiçage est fréquemment utilisé (visuels, kinesthésiques ou verbaux), le thérapeute propose une guidance active et une progression dans les tâches proposées en diminuant progressivement les indices.

Par la suite de nombreux programmes rééducatifs se sont appuyés sur cette méthode et ont proposé des variations dans la nature des stimuli, dans les *feed-backs* du thérapeute ou dans la durée, le nombre et la fréquence des sessions.

Cette approche propose un entraînement répétitif et progressif de tâches spécifiques de la vie quotidienne dans le but de favoriser le transfert des apprentissages (Cherney, Halper, & Papachronis, 2003).

L'importance de la prise de conscience du comportement de négligence spatiale a justifié l'utilisation de la vidéo pour montrer aux patients leurs omissions lors de tâches fonctionnelles enregistrées (Söderback, Bengtsson, Ginsburg, & Ekholm, 1992).

- Entraînement à l'imagerie mentale

Cette méthode inspirée par la théorie représentationnelle de la négligence spatiale vise à restituer les capacités de représentation mentale de l'espace via des exercices d'imagerie mentale. Bien que des études comparatives restent nécessaires pour affirmer l'efficacité de ce traitement, des résultats encourageants ont pu être observés (Smania, Bazoli, Piva, & Guidetti, 1997).

### 1.3.3.2 Méthode ascendante (Bottom-up)

Les techniques *bottom-up* ne requièrent ni un niveau élevé de conscience du trouble ni un contrôle volontaire de l'attention vers la gauche. La méthode est basée sur l'utilisation de stimulations sensorielles passives afin d'influer directement sur les systèmes de cognition spatiale (**figure 2**).

- Stimulation sensorielle

Des stimulations sensorielles multimodales telles que la stimulation vestibulaire calorique, la stimulation opto-cinétique, la rotation guidée du tronc, la vibration des muscles de la nuque et la stimulation électrique transcutanée répondent à cette méthode de rééducation dite ascendante. Ces techniques ont montré des effets bénéfiques sur les signes de NSU mais cette amélioration reste extrêmement limitée dans le temps, elle disparaît avec l'arrêt de la stimulation. Ces techniques aident à comprendre le fonctionnement de la NSU mais restent, à elles seules, difficilement exploitables en rééducation du fait de leur caractère éphémère et de l'absence de transfert possible dans les activités de la vie quotidienne (Y. Rossetti & Rode, 2002).

- Hémicache oculaire (*eye patching*)

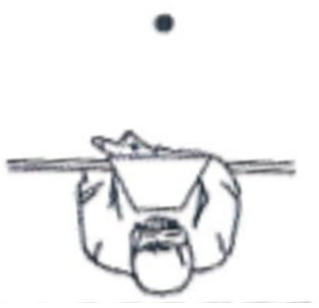



Il s'agit de stimuler l'orientation automatique du regard vers le côté négligé par l'application de patchs oculaires au niveau de l'hémichamp visuel droit des deux yeux. Cette méthode a montré une certaine amélioration des signes de NSU et serait corrélée à une amélioration significative de l'indépendance fonctionnelle. Cependant, l'effet à long terme n'a pas été mesuré et cette technique serait plus efficace en étant associée à d'autres méthodes de rééducation (Azouvi, Jacquin-Courtois, & Luauté, 2017).

- Adaptation prismatique

La rééducation par adaptation prismatique semble être la technique la plus utilisée et efficace à court terme (Azouvi, Jacquin-Courtois, & Luauté, 2017). Des effets bénéfiques ont été rapportés au niveau fonctionnel, sur des manifestations cliniques telles que la lecture, l'écriture ou la conduite du fauteuil roulant (Rode et al., 2017).

En utilisant des lunettes prismatiques, le champ visuel est dévié vers la droite, ainsi nous observons un décalage vers la droite entre la position réelle et la position visuelle d'une cible lors d'un mouvement de pointage. Cette erreur oblige le patient à une réorientation des mouvements de la main vers la gauche. Ainsi, l'adaptation prismatique induirait des effets indirects sur les fonctions supérieures et modulerait la cognition spatiale (Yves Rossetti et al., 1998, Pisella, Rode, Farnè, Tilikete, & Rossetti, 2006).

Le processus d'adaptation prismatique comprend trois étapes : viser sans lunettes dans la direction des cibles visuelles pour obtenir des valeurs de référence (pré-test) ; 50 à 60 mouvements de visée dans la direction des cibles visuelles avec des lunettes à prismes qui dévient l'environnement vers la droite (exposition prismatique). Dans un premier temps, les mouvements sont déviés vers la droite puis le sujet corrige progressivement ses erreurs ; enfin, viser des cibles visuelles sans les prismes pour mesurer les effets consécutifs. Si le patient s'est ajusté, les mouvements de visée seront automatiquement décalés vers la gauche (**figure 3**).

	<p style="text-align: center;"><b>Pré-test</b></p> <p>Le patient porte une paire de lunettes prismatiques déviant l'environnement visuel de 10°. Une tablette est placée sous le menton du patient pour éviter que celui-ci ne voit sa main en position de départ, autorisant cependant la vision de la cible, les 2/3 de la trajectoire de la main et les erreurs terminales de pointage.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Signal d'erreur lors des 1ers mouvements</b></p> <p>Le sujet pointe initialement à côté de la cible (en direction de l'image virtuelle de celle-ci), une erreur systématique se correspondant à l'effet direct des prismes. Cette erreur initiale se réduit au cours des quelques essais suivants, correspondant à la mise en route d'un contrôle stratégique perceptivo-moteur.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Comportement adapté en fin d'exposition</b></p> <p>Les erreurs de pontage diminuent ainsi progressivement et tendent à disparaître au fur et à mesure de l'exposition (après 50 mouvements de pointage durant de 2 à 5 minutes vers des cibles perçues au travers d'un déplacement de 10°), reflétant le lent développement de l'adaptation.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Post-test</b></p> <p>Après avoir enlevé les lunettes prismatiques, le sujet réalise un pointage décalé dans la déviation opposée à la déviation visuelle, produisant une erreur se rapportant à un effet consécutif compensatoire. Lors du pointage droit-devant, cet effet consécutif correspond à une déviation des représentations proprioceptives et constitue l'effet compensatoire majeur de l'exposition prismatique, correspondant au résultat d'un (ré)alignement spatial adaptatif.</p>

**Figure 3 : Les 4 phases de la procédure d'adaptation prismatique (S. Jacquin-Courtois et al., 2011)**

- Activation motrice du membre supérieur controlésionnel

Le principe repose sur la réalisation de mouvements actifs ou passifs dans l'hémiespace gauche. Par l'activation motrice du bras, nous observons l'activation des réseaux neuronaux associés à la représentation de l'espace, lesquels sont communs aux réseaux de la représentation du corps. Il existe un lien étroit entre l'attention visuelle et la fonction motrice, ainsi les mouvements du membre controlésionnel pourraient réduire la négligence visuelle (Robertson & North, 1993).

D'après le modèle attentionnel de Rizzolatti, les circuits de l'attention et les circuits moteurs seraient liés au niveau cérébral, ainsi, en activant les circuits moteurs de l'hémisphère lésé (le sujet utilise la main

gauche), les circuits attentionnels associés dans cet hémisphère seraient recrutés, ce qui améliorerait l'attention portée au côté gauche de l'espace.

- Réalité virtuelle

Le principe est d'utiliser des stimuli sensoriels passifs, visuels et auditifs, afin d'agir sur les représentations spatiales mentales. La réalité virtuelle propose des environnements riches, faciles à maîtriser et à modifier.

La réalité virtuelle est définie comme un environnement informatique, multisensoriel, stimulant et interactif qui se déroule en temps réel, l'individu est engagé dans des activités proches des événements du monde réel. L'utilisation de la réalité virtuelle dans la rééducation de la NSU est prometteuse et permet de proposer des situations plus écologiques dans un environnement sécurisé. Cependant, la preuve de l'efficacité par rapport aux méthodes plus conventionnelles n'a pas encore été démontrée (Ogoursova, Souza Silva, Archambault, & Lamontagne, 2017).

### 1.3.3.3 Approches combinées

Luaute et al. (2006) proposent une revue systématique de la littérature exposant les différentes interventions et leur efficacité concernant la NSU. Nous y trouvons de nombreuses études s'intéressant à la combinaison des approches ascendante et descendante. Ainsi, l'association d'une stimulation sensorielle avec un entraînement à l'orientation du regard, l'activation du membre supérieur associé à un entraînement de l'orientation du regard, l'association de la rotation guidée du tronc à un entraînement de l'orientation du regard et l'association d'une stimulation sensorielle (vibration des muscles du cou) avec une adaptation prismatique ont été étudiées. Ces travaux suggèrent que l'association de deux approches théoriques dans la rééducation de la NSU serait susceptible d'entraîner des effets supérieurs que l'utilisation cumulative d'une seule méthode. L'objectif serait de pouvoir cibler les méthodes adaptées, au cas par cas en fonction de la symptomatologie clinique et l'enjeu au niveau fonctionnel pour chaque patient (Luaute, Halligan, Rode, Rossetti, & Boisson, 2006).

### 1.3.3.4 Stimulation cérébrale non invasive

Deux techniques de neuromodulation ont été étudiées dans la rééducation de la NSU : la stimulation magnétique transcrânienne (TMS) et la stimulation électrique transcrânienne en courant continu (tDCS). Ces méthodes ont été développées à partir du modèle de compétition interhémisphérique pour diriger l'attention vers l'hémi-espace opposé. Dans le cas de la NSU, la lésion perturberait cette compétition interhémisphérique en faveur du cortex pariétal gauche (Rode et al., 2017).

L'objectif est de rétablir la balance interhémisphérique soit en réduisant l'hyperactivité de l'hémisphère sain consécutive à la lésion, soit en augmentant l'activité de l'hémisphère lésé, ou en combinant ces deux approches (Jacquin-Courtois, 2015).

Des améliorations sur des tâches visuomotrices ont été rapportées pour l'utilisation de la TMS et la tDCS (Rode et al., 2017).

Ces résultats proposent une nouvelle approche de la rééducation de la NSU, pouvant être associée avec d'autres méthodes ascendantes et descendantes, notamment avec l'adaptation prismatique. L'utilisation combinée de la tDCS et l'adaptation prismatique a été récemment étudiée et des bénéfices ont été observés (Panico et al., 2017).

### **1.3.4 La place de l'orthophonie**

Le rôle de l'orthophoniste auprès du patient atteint de NSU n'est pas évoqué dans les publications. Aucune donnée sur les pratiques et besoins des orthophonistes intervenant dans ce domaine n'est disponible alors que les compétences nécessaires à l'évaluation et la remédiation de la NSU font parties du référentiel de compétences orthophoniques, sont inscrites dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et sont abordées au cours de la formation initiale universitaire.

Ainsi, le décret de compétence de la profession (Décret n°2002-721 du 2 mai 2002) habilite les orthophonistes à la « rééducation des fonctions du langage oral ou écrit liées à des lésions cérébrales localisées (aphasie, alexie, agnosie, agraphie, acalculie) ».

Dans la NGAP, la NSU rentre dans le cadre du « bilan des troubles d'origine neurologique » et « rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post traumatique ».

Au cours de la formation initiale, les orthophonistes bénéficient d'un enseignement concernant l'évaluation et l'intervention orthophonique dans le cadre des troubles cognitivo-linguistiques acquis (Unités d'Enseignement 5.7.5 et 5.7.6).

De plus, la NSU étant rarement isolée, les patients présentent des troubles associés dont la sévérité peut être majorée par la négligence. Il apparait que l'évaluation et la remédiation des troubles fréquemment associés à la NSU rentrent pleinement dans le champ d'intervention des orthophonistes. En effet, les orthophonistes sont habilités à rééduquer les troubles du langage et de la communication, les troubles des fonctions mnésiques, attentionnelles et exécutives.



## 1.4 Recommandations de bonne pratique

En France, les recommandations de bonne pratique (R.B.P) sont établies par la Haute Autorité de Santé (HAS). Il s'agit de lignes de conduites élaborées dans le but d'officialiser et propager les prises en charge reconnues comme étant efficaces selon le principe de la médecine fondée sur les preuves (*evidence-based medicine*). Leur élaboration est soumise à un protocole rigoureux par un comité de professionnels spécialistes du sujet traité. Les RBP s'adressent aux professionnels de la santé ainsi qu'aux patients afin qu'ils puissent être informés des données actuelles concernant les soins qu'ils reçoivent.

Lorsque les preuves d'efficacité ne sont pas prouvées scientifiquement, la Haute Autorité de Santé peut avoir recours à des conférences de consensus regroupant une commission pluridisciplinaire d'experts sur un sujet, dans le but de rédiger un avis sur une doctrine thérapeutique.

Actuellement, la Haute Autorité de Santé ne propose pas de R.B.P. ni de compte-rendu de conférence de consensus sur la prise en soin de la NSU de manière spécifique.

En revanche, il existe un guide de recommandations de bonne pratique concernant la prise en soins initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral, selon les aspects médicaux et paramédicaux. Ce document datant de 2002, intègre la NSU dans les « Attitudes pratiques relatives à l'anosognosie, aux troubles attentionnels et à l'héminégligence (accord professionnel) » (**Annexe 1**). Il s'agit d'un tableau regroupant les attitudes « à faire » et « à éviter », lors de la prise en charge initiale, mais ne constitue pas un projet thérapeutique de rééducation.

Voici ce qu'il est précisé dans ce document au sujet du soin des patients présentant une NSU en phase initiale : « On apprécie l'importance de l'héminégligence dès les premiers jours. Tout patient présentant une héminégligence doit bénéficier de mesures de sécurité et d'une rééducation spécifique et interdisciplinaire précoce. Les troubles attentionnels et l'héminégligence doivent être pris en charge par l'ensemble de l'équipe. Pendant les soins infirmiers ou lors de la toilette ou des repas, l'attention du patient doit être portée vers son côté héminégligent. »

Plusieurs revues de la littérature proposent une évaluation de l'efficacité des pratiques d'évaluation et de remédiation de la NSU, malheureusement la conclusion de nombreuses études publiées suggère l'efficacité de diverses méthodes de réadaptation, mais le niveau de preuve reste encore insuffisant en raison d'un biais méthodologique dans les études, un échantillon d'étude trop restreint ou encore des études contradictoires (Azouvi, Jacquin-Courtois, & Luauté, 2017, Luauté, Halligan, Rode, Rossetti, & Boisson, 2006).

Ainsi, une revue systématique de la littérature proposant une méta-analyse des données récentes propose que les interventions telles que les stimulations sensorielles, l'adaptation prismatique, la stimulation cérébrale non invasive, la réalité virtuelle et les traitements par des agents pharmacologiques doivent être validées chez un plus grand nombre de patients avant de pouvoir tirer des conclusions sur leur efficacité. À l'heure actuelle, il n'est pas possible de recommander officiellement une rééducation par

rapport à une autre. Une approche combinée de plusieurs méthodes, adaptées au déficit spécifique de chaque patient peut s'avérer plus efficace (Philippe Azouvi, Jacquin-Courtois, & Luauté, 2017).

## 1.5 Problématique et hypothèses

Nous avons pu constater la complexité de la NSU du fait de sa diversité en termes d'étiologies et de manifestations cliniques, entre les patients mais également chez un même patient.

Le questionnement initial de cette recherche est né dans le cadre d'un service de médecine physique et réadaptation en Soins de Suite et Réadaptation (SSR) en Gironde, lorsque se pose la question du retour à domicile. Il apparaît que l'aphasie, trouble neuro-linguistique, est davantage identifiée et comprise par les patients, leur entourage et les soignants, alors que la NSU reste un trouble méconnu, difficilement identifiable voire obscur pour ces mêmes publics. De plus, certains patients aphasiques peuvent émettre une plainte quant à leurs troubles alors que le symptôme majeur de la NSU est l'anosognosie. Or, nous avons pu constater que la NSU entraîne des complications majeures dans les activités de la vie quotidienne.

Les études visant à mesurer l'efficacité des méthodes d'évaluation et de rééducation de la NSU ne proposent pas de consensus. De plus, les orthophonistes ne disposent pas de recommandations de bonne pratique concernant spécifiquement la NSU en dehors d'un guide de conduites à tenir ou à éviter lors de la phase de prise en soins initiale dans un document de la HAS datant de 2002.

Un état des lieux de la pratique professionnelle des orthophonistes s'avère alors primordial afin de recenser les pratiques générales concernant l'évaluation et la remédiation dans le contexte de la NSU et de cibler les difficultés rencontrées.

Nous avons alors décidé d'interroger des orthophonistes, afin d'apprécier leurs connaissances de la NSU, leurs pratiques professionnelles s'y référant et leur niveau de besoin d'informations. Nous espérons que ce travail permettra de dégager des perspectives de création d'outils à visée de formation continue des professionnels de l'orthophonie.

Les hypothèses suivantes ont été émises :

- Hypothèse 1 : La majorité des orthophonistes ne reçoit pas de patients présentant une NSU.
- Hypothèse 2 : La NSU est un trouble peu connu des orthophonistes.
- Hypothèse 3 : Les orthophonistes rencontrent des difficultés dans l'accompagnement des patients présentant une NSU.
- Hypothèse 4 : Les orthophonistes nécessitent davantage d'informations concernant l'évaluation et la remédiation de la NSU.

## 2 Sujets, matériel et méthode

---

### 2.1 Population d'étude

L'objet premier de ce mémoire est de faire un état des lieux des connaissances et pratiques professionnelles des orthophonistes concernant l'évaluation et la rééducation de la NSU. Notre expérimentation a donc porté sur une population d'orthophonistes exerçant en France, qu'ils aient déjà pris ou non en soins des patients présentant une NSU. Notre intérêt se porte autant sur les orthophonistes ne pratiquant pas ce type de rééducation que sur ceux qui le pratiquent régulièrement ou de manière épisodique.

Les répondants devaient donc satisfaire aux critères d'inclusion suivants :

- Être orthophoniste ;
- Exercer en France.

En conséquence, ont été exclus de l'étude :

- Les autres professionnels exerçant auprès de patients présentant une NSU ;
- Les orthophonistes n'exerçant pas en France.

### 2.2 Matériel et méthode

#### 2.2.1 Elaboration du questionnaire

Afin de s'adresser au plus grand nombre et de minimiser le temps nécessaire, nous avons fait le choix d'un questionnaire auto-administré, numérique et disponible en ligne (**Annexe 2**). Étant donné la démarche d'expérimentation et la population visée, le questionnaire informatisé nous a paru être le protocole expérimental le plus adapté. En effet, il permet une relative uniformisation des conditions de test et un recueil aisé des données. Nous avons utilisé l'outil *Google Forms* pour sa facilité de prise en main et les possibilités de traitement statistique qu'il offre. De plus, cette plateforme garantissait une réponse unique par participant et les données ont été traitées de manière anonyme.

Le questionnaire se compose de 33 questions interrogeant la pratique dans la remédiation et l'évaluation de la NSU, la pluridisciplinarité, la formation, les connaissances et les besoins dans ce domaine. Il n'était obligatoire de répondre à aucune question pour la poursuite du questionnaire. Certaines questions ont été présentées sous le format choix multiple et choix binaire oui/non pour permettre une quantification des résultats. Une mention « autre » était associée à la majorité des questions. D'autres questions proposaient des réponses libres afin de récolter un état des lieux concret des connaissances et de la pratique des professionnels sans induire la réponse.

Le questionnaire se compose de six parties : le profil des orthophonistes, l'état des connaissances de la NSU, la remédiation de la NSU, l'évaluation de la NSU, l'évaluation du besoin d'information et une dernière partie laissant la possibilité de laisser un commentaire libre.

- Profil des orthophonistes : cette partie vise à obtenir des informations décrivant le profil des répondants. Ainsi, nous proposons des questions fermées telles que l'année et le centre de formation d'obtention du diplôme, le type d'exercice.

Nous questionnons ensuite sur l'expérience de la NSU : « Avez-vous déjà pris en charge des patients présentant une NSU ? », la modalité de réponse est binaire oui/non. Les professionnels répondant par la négative peuvent justifier leurs réponses à l'aide d'un choix multiple et réponse unique : « J'estimais ne pas avoir suffisamment de connaissances sur ce trouble, le cas ne s'est pas présenté, je ne suis pas intéressé(e) par cette prise en charge, je n'ai jamais entendu parler de ce trouble, autre. ».

Enfin, nous proposons une question à réponse binaire oui/non : « Des patients vous sont-ils adressés en première intention pour la négligence spatiale unilatérale ? », si la réponse est non, nous proposons un choix multiple à réponses multiples pour connaître les motifs de la prescription : « Aphasie, syndrome dysexécutif, paralysie faciale, autre. ».

- Etat des connaissances de la NSU : nous interrogeons les orthophonistes sur leurs connaissances générales au sujet de la NSU et la manière dont ils les ont obtenues. Nous avons choisi de proposer des questions à réponse libre plutôt qu'à choix multiple pour ne pas induire les réponses et obtenir la vision personnelle des orthophonistes à propos des signes cliniques de la NSU et de ses répercussions sur la vie quotidienne.
- Remédiation dans le contexte de la NSU : dans cette partie nous cherchons à connaître les actions pratiques que proposent les orthophonistes dans la rééducation de la NSU. Ici encore, nous avons choisi de proposer des réponses libres afin de ne pas orienter vers une « bonne réponse » qui biaiserait notre étude, nous cherchons à connaître, sans porter de jugement, ce que proposent les orthophonistes en séances de rééducation, et si ceux-ci se sont sentis en difficultés lors de cet accompagnement. Nous proposons également dans cette partie des questions permettant d'apprécier la connaissance d'autres professionnels intervenants et les informations délivrées au patient et son entourage à propos de ce trouble.
- Evaluation de la NSU : cette partie succincte vise à savoir si les orthophonistes répondants ont déjà pratiqué une évaluation de la NSU et avec quel(s) outil(s).

- Evaluation du besoin d'information : nous questionnons les orthophonistes sur leur formation concernant la remédiation cognitive dans le contexte de NSU et leur besoin d'obtenir des informations complémentaires. Une question à choix multiple et réponses multiples permet de cerner les domaines qu'il serait utile de faire figurer dans un document d'information.
- Commentaire libre : cette rubrique a été ajoutée afin de permettre le recueil de suggestions ou de commentaires spontanés.

### 2.2.2 Méthode de diffusion

Actuellement, l'envoi par courrier électronique est un outil utilisé par le plus grand nombre. Appliqué à grande échelle, il permet une économie non négligeable de temps et de coût pour l'enquêteur comme pour l'enquêté. Le choix d'un questionnaire numérique nous permet donc un envoi par courrier électronique plutôt que par courrier postal. Nous avons donc choisi la diffusion de l'enquête par courrier électronique.

La demande a été adressée à plusieurs niveaux :

- Des orthophonistes de la région bordelaise que nous connaissons par le biais de stages ou de l'enseignement.
- Aux syndicats professionnels suivants afin qu'ils communiquent l'information à leurs adhérents : SDORMP (Syndicat des Orthophonistes de Midi-Pyrénées), SROA (Syndicat Régional des Orthophonistes d'Aquitaine), SROCPL (Syndicat Régional des Orthophonistes de Charentes-Poitou-Limousin), SDOLR (Syndicat des Orthophonistes du Languedoc Roussillon), SIOB (Syndicat Interdépartemental des Orthophonistes de Bretagne), SDORRA (Syndicat des orthophonistes de la Région Rhône-Alpes), SDORPACAC (Syndicat des Orthophonistes de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur Corse), SORC (Syndicat des Orthophonistes de la Région Centre), SORAL (Syndicat des Orthophonistes de la Région Alsace-Lorraine), SORB (Syndicat des Orthophonistes de la Région Bretagne), FOF-ARA (Fédération des Orthophonistes de France – Auvergne Rhône-Alpes), SORN-FOF (Syndicat des Orthophonistes de la Région Normandie - Fédération des Orthophonistes de France), SORP-FOF (Syndicat des Orthophonistes de la Région Parisienne), FOF Pays-de-Loire, FOF-Sud-Est.
- Aux centres de formation universitaires en orthophonie de Bordeaux et Paris afin qu'ils communiquent l'information aux enseignants et maîtres de stage de leur région.

- A des groupes Facebook d'orthophonistes via une publication : groupes fermés « Orthophonistes d'Aquitaine », « Les orthos du 06 », « Orthos de Martinique », « Ortho-Infos ». Plusieurs demandes ont été faites à d'autres groupes fermés afin de permettre une diffusion équitable au niveau national mais celles-ci n'ont pas été acceptées. Les groupes fermés ont fréquemment un thème précis sur lequel les adhérents partagent des informations et les administrateurs n'acceptent pas toujours de s'éloigner des objectifs du groupe.

### 2.3 Recueil et analyse des données

Une fois le questionnaire complété, il suffisait de valider pour qu'il soit envoyé et que nous puissions avoir accès aux réponses. Les données collectées ont été stockées sur la plateforme *Google Forms* qui permet une visualisation globale et individuelle des réponses.

Nous avons décidé d'analyser les données recueillies grâce à des statistiques descriptives, nous proposerons également une analyse qualitative des réponses aux questions ouvertes. Les résultats seront présentés sous forme de tableaux et de nuages de mots-clés.

Les tableaux exposeront les résultats aux questions fermées, de types binaire (oui/non) et réponses à choix multiple. Lorsque plusieurs réponses sont possibles, l'effectif dépasse alors l'échantillon et les pourcentages peuvent aller au-delà de 100.

Les réponses aux questions ouvertes seront exposées par des nuages de mots-clés. Les réponses recueillies sont copiées dans une page de traitement de texte, seuls les mots-clés sont gardés afin de pouvoir les copier dans un logiciel générateur de nuages de mots. Par exemple, en réponse à la question « Quel(s) point(s) vous a(ont) semblé être le(s) plus compliqués dans cette remédiation ? » nous obtenons de la part d'un répondant : « L'anosognosie du patient ». Nous ne gardons alors que le mot « anosognosie » à traiter pour la génération du nuage de mots.

Le logiciel propose une illustration des résultats en prenant en compte le nombre d'occurrences des mots inclus. Ainsi, plus le mot est cité plus il apparait en gros caractères dans l'illustration.

Nous proposons ainsi une analyse des résultats originale permettant de visualiser rapidement les éléments clés de certaines réponses au questionnaire. Les pourcentages correspondants aux nombres de fois où les mots sont cités ne seront pas exposés, les mots apparaissant en plus gros caractères ont été cités par la majorité des répondants. Nous désirions pour l'analyse de ces réponses mettre en avant une approche qualitative visant à apprécier l'idée générale qui en ressort.

### 3 Résultats

Notre questionnaire a été mis en ligne le 25 janvier 2019 et les résultats suivants ont été relevés le 08 avril 2019. Nous avons reçu soixante-deux réponses sur cette période. Nous avons dû exclure un répondant, car le questionnaire a été validé et envoyé sans avoir répondu à aucune question, ce qui rendait les données impossibles à analyser. Nous avons donc analysé les réponses d'une population de soixante et un orthophonistes.

Pour certaines questions il était possible de donner plusieurs réponses, cela explique que le total des effectifs soit parfois supérieur à notre échantillon et le total des pourcentages supérieur à 100%.

#### 3.1 Présentation de l'échantillon

##### 3.1.1 Année d'obtention du diplôme

Les soixante et un sujets de notre échantillon ont été diplômés entre 1971 et 2018 (tableau 2). Nous retrouvons les pourcentages les plus importants pour les années 1997 (8,2%), 2000 (6,6%) et 2009 (6,6%). L'année 2003 est la valeur médiane de notre échantillon.

	Valeurs
Effectif	61
Minimum	Année 1971
Médiane	Année 2003
Maximum	Année 2018

Tableau 2 : Année d'obtention du diplôme

##### 3.1.2 Centre de formation

88,6% des orthophonistes interrogés ont été formés en France (tableau 3), contre 11,5% à l'étranger. Les universités de Bordeaux, Lille et Paris sont les centres de formation qui recueillent les effectifs les plus conséquents.

Centre de formation	Effectif	Pourcentages (%)
Besançon	1	1.6
Bordeaux	22	36.1
Lille	7	11.5
Lyon	3	4.9
Marseille	2	3.3
Montpellier	2	3.3
Nantes	2	3.3
Nice	3	4.9
Paris	7	11.5
Toulouse	5	8.2
Autre	7	11.5
Total général	61	100

Tableau 3 : Répartition des orthophonistes répondants par centre de formation

### 3.1.3 Type d'exercice

Dans notre échantillon, 68,9% des orthophonistes ont un exercice libéral, 21,3% exercent en salariat et 9,8% ont un exercice mixte (figure 4).

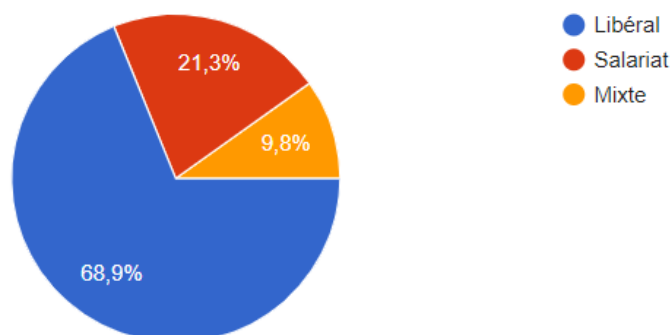


Figure 4 : Type d'exercice de la profession

### 3.1.4 Expérience de la prise en soins de patients présentant une NSU

Nous avons demandé aux orthophonistes s'ils avaient déjà accompagné des patients présentant une NSU. Nous constatons que 45,9% des orthophonistes interrogés n'ont jamais pris en soin de patients présentant une NSU contre 54,1% ayant déjà pratiqué ce type de rééducation (tableau 4).

Nous avons alors proposé aux orthophonistes n'ayant jamais pratiqué ce type de rééducation de nous en donner les raisons, nous leur avons suggéré des réponses nous paraissant pertinentes et ils avaient également la possibilité de répondre « autre » et de nous donner leur avis (tableau 4).

	Effectif	Pourcentages (%)
<b>OUI</b>	33	54.1
<b>NON</b>	28	45.9
<b>Raisons de la non prise en soins</b>		
Le cas ne s'est pas présenté	24	85.7
Je ne suis pas intéressé(e) par cette rééducation	1	3.6
Je n'ai jamais entendu parler de ce trouble	1	3.6
Autres	2	7.1

Tableau 4 : Expérience de la rééducation de la NSU et raisons de la non prise en soins



Ainsi, parmi les orthophonistes n'ayant jamais pratiqué l'accompagnement de patients présentant une NSU, soit 45,9% de notre échantillon :

- Pour 85,7% des orthophonistes le cas ne s'est pas présenté.
- 3,6% des orthophonistes ne sont pas intéressés par ce type de rééducation.
- 3,6% des orthophonistes n'ont jamais entendu parler de ce trouble.
- Pour 7,1% des orthophonistes les raisons sont autres (remédiation effectuée par les ergothérapeutes par exemple).

### 3.1.5 Parcours coordonné par le médecin référent : prescription de soins en orthophonie ?

Nous avons demandé aux orthophonistes si des patients leur étaient adressés en première intention pour la rééducation de la NSU. 13,3% des orthophonistes répondants affirment que des patients leur sont adressés en première intention contre 86,7% pour lesquels les patients ne leur sont pas adressés en première intention pour la rééducation de la NSU (figure 5).

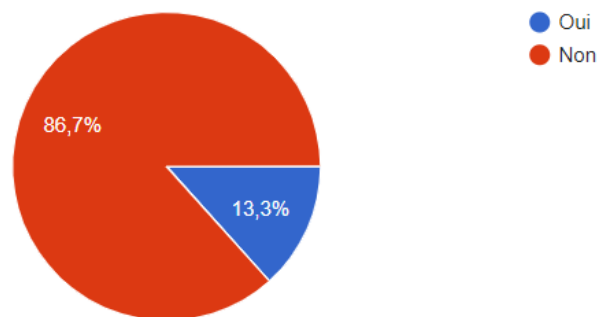
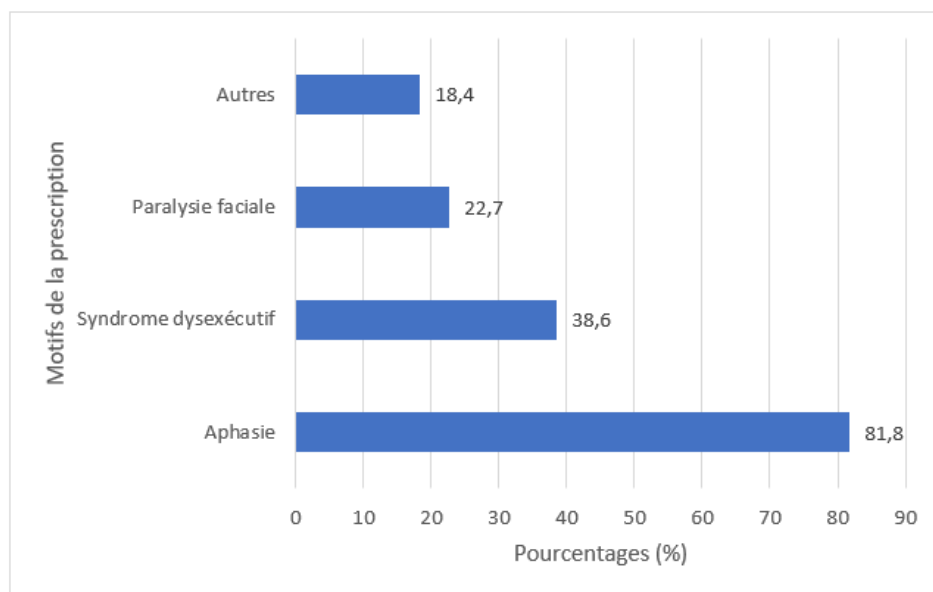


Figure 5 : Prescription de soins en orthophonie en première intention

Nous avons alors proposé aux orthophonistes ne recevant pas de prescription pour la rééducation de la NSU en première intention d'évoquer les motifs de la prescription (figure 6). Nous leur avons proposé des réponses nous paraissant pertinentes et ils avaient la possibilité de répondre « autre », plusieurs réponses étaient possibles.



**Figure 6 : Motifs de la prescription**

Ainsi, parmi les orthophonistes ne recevant pas de prescription pour la rééducation de la NSU en première intention :

81,8% des orthophonistes reçoivent des patients présentant une NSU dans le cadre d'une aphasie.

38,6% des orthophonistes reçoivent des patients présentant une NSU dans le cadre d'un syndrome dysexécutif.

22,7% des orthophonistes reçoivent des patients présentant une NSU dans le cadre d'une paralysie faciale.

18,4% des orthophonistes reçoivent des patients présentant une NSU dans le cadre d'autres prises en charge (troubles cognitifs neurodégénératifs, traumatisme crânien, dysarthrie).





### 3.3 Etat des pratiques

#### 3.3.1 Remédiation

Concernant les pratiques orthophoniques dans la remédiation de la NSU, nous avons d'abord demandé aux orthophonistes s'ils pensaient que d'autres professionnels intervenaient dans cette prise en soins et si oui, ils avaient la possibilité d'en citer, plusieurs réponses étaient possibles. Il apparaît que 100% des orthophonistes répondants suggèrent l'intervention d'autres professionnels (tableau 6).

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>OUI</b>	61	100
<b>NON</b>	0	0
<b>LESQUELS</b>		
<b>Médecin</b>	12	20
<b>Kinésithérapeute</b>	38	63.3
<b>Ergothérapeute</b>	50	83.3
<b>Psychologue</b>	12	20
<b>Neuropsychologue</b>	8	13.3
<b>Orthoptiste</b>	14	23.4
<b>Psychomotricien</b>	3	5.1

**Tableau 6 : Les différents professionnels intervenants dans la remédiation de la NSU selon les orthophonistes répondants**

Ainsi, une grande majorité des orthophonistes répondants (83,3%) estiment que les ergothérapeutes interviennent dans la prise en charge de la NSU. 63,3% pensent que les kinésithérapeutes interviennent également et 23,4% estiment que les orthoptistes ont leur rôle à jouer dans la rééducation de la NSU.

- **Fonctions entraînées**

Nous avons ensuite demandé aux orthophonistes de préciser les fonctions cognitives qu'ils proposent d'entraîner au cours d'une séance de rééducation avec un patient présentant une NSU (figure 9). Nous avons obtenu 33 réponses à cette question, ce qui correspond aux orthophonistes ayant déjà pratiqué ce type de rééducation.



**Figure 9 : Les fonctions cognitives entraînées au cours d'une séance de rééducation de la NSU par les orthophonistes répondants**

Ainsi, pour la majorité des orthophonistes répondants les fonctions entraînées sont l'attention, le langage, la mémoire, les fonctions exécutives (flexibilité, inhibition, planification). Il était également précisé de nombreuses fois l'importance du travail autour de la levée de l'anosognosie.

- **Matériel utilisé**

Nous questionnons ensuite sur le type de matériel utilisé, nous présenterons ce résultat sous la forme d'un tableau dans lequel nous distinguons l'utilisation de matériel de type « papier-crayon », de logiciels informatiques, d'un travail écologique et d'autres types (tableau 7). Nous obtenons 33 réponses correspondant aux orthophonistes ayant déjà pratiqué ce type de rééducation. Plusieurs propositions étaient possibles, nous obtenons donc des effectifs supérieurs à l'échantillon.

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Papier-crayon</b>	33	100
<b>Logiciel informatique</b>	7	21.3
<b>Ecologique</b>	5	15.2
<b>Autres</b>	6	18.2

**Tableau 7 : Supports utilisés par les orthophonistes répondants**

Ainsi, 100% des orthophonistes ayant répondu proposent l'utilisation d'un matériel de type papier-crayon. Parmi ce type de matériel les orthophonistes évoquent des tâches de barrages, d'attention visuelle, de reproduction de figures, des labyrinthes, de la lecture de textes.

Les orthophonistes proposant un travail écologique utilisent du matériel du quotidien comme le plateau repas, un emploi du temps.

Enfin, d'autres types de supports ont été cités comme : la poursuite oculaire de laser, le fait de bouger le bras gauche pendant la séance dans un but d'activation de l'hémisphère droit, des jeux de plateau, des puzzles, des constructions en 3D.

### 3.3.2 Evaluation

Nous avons demandé aux orthophonistes s'ils avaient déjà pratiqué l'évaluation de la NSU et quels outils avaient été utilisés (tableau 8). Il était possible de citer plusieurs outils.

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>OUI</b>	15	24.6
<b>NON</b>	46	75.4
<b>Si oui, quel(s) outil(s) avez-vous utilisé(s) ?</b>		
<b>BEN (batterie d'évaluation de la négligence)</b>	11	74.5%
<b>Autres</b>	14	93%

**Tableau 8 : Expérience de l'évaluation de la NSU**

Ainsi, 75,4% des orthophonistes répondants n'ont jamais pratiqué l'évaluation de la NSU contre 24,6% l'ayant déjà pratiquée.

Parmi les orthophonistes ayant déjà pratiqué une évaluation de la NSU, 74,5% ont utilisé la BEN et 93% ont utilisé d'autres tests tels que : le barrage de Zazzo (13,3%), le test de l'horloge (13,3%), des lectures de textes (13,3%), de la description d'images (6,6%), la figure de Rey (6,6%), des figures enchevêtrées (6,6%), le test de barrage de cloches (13,3%) et la scène d'Ogden (6,6%). Un orthophoniste évoque des fiches construites par lui-même et un autre propose une observation qualitative du patient dans des activités de la vie quotidienne.

### 3.4 Ressenti des orthophonistes concernant la thérapie proposée aux patients présentant une NSU

#### 3.4.1 Repérage du trouble et estimation de son action sur le trouble

Dans une optique d'appréciation du repérage de signes de négligence par les orthophonistes il nous a semblé intéressant de leur demander s'ils pensaient savoir repérer une NSU chez un patient (tableau 9). Nous avons obtenu 59 réponses à cette question, les deux réponses manquantes de l'échantillon correspondent à deux personnes n'ayant jamais pratiqué de soins à des patients présentant une NSU, ainsi il ne leur a peut-être pas semblé nécessaire de répondre à cette question.

	Effectif	Pourcentages (%)
OUI	40	67.8
NON	19	32.2

Tableau 9 : « Pensez-vous savoir repérer une NSU chez un patient qui vient vous voir ? »

67.8% des orthophonistes répondants pensent savoir repérer une NSU chez un patient contre 32.2% qui pensent ne pas savoir.

Nous proposons ensuite aux orthophonistes d'estimer leur action sur la NSU selon une échelle de 1 à 10 (figure 10). Nous récoltons 59 réponses à cette question, les deux réponses manquantes sont les mêmes personnes que la question précédente, probablement pour les mêmes raisons.

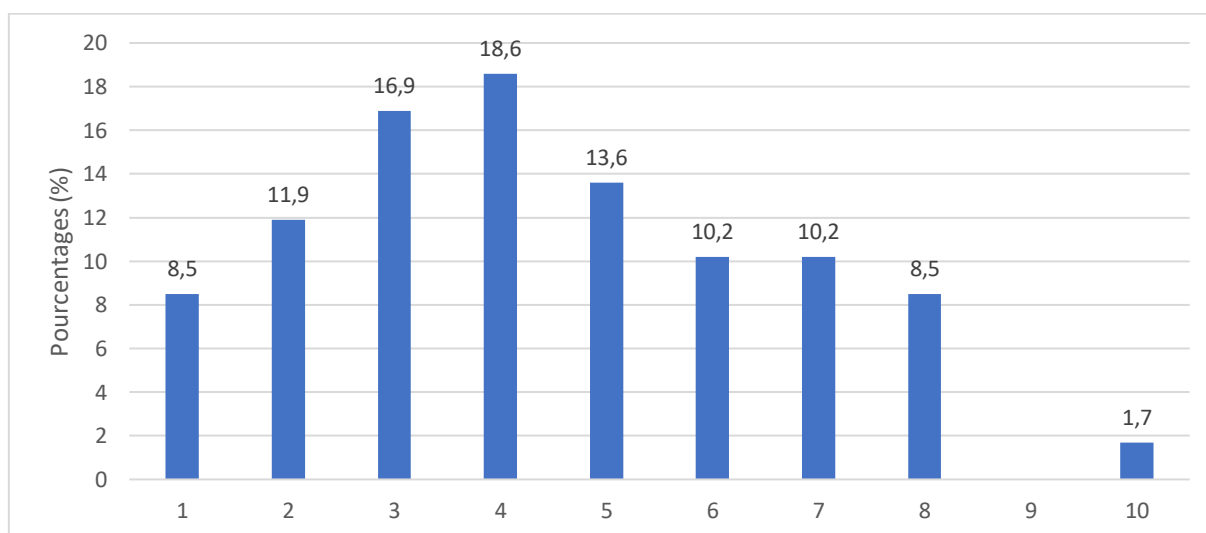


Figure 10 : « Pensez-vous pouvoir agir sur la NSU ? Sur une échelle de 1 à 10. »

Seulement 1 orthophoniste (soit 1,7%) évalue son action sur la NSU à 10, la majorité des orthophonistes évalue leur action entre 2 et 5 sur une échelle de 1 à 10.



### 3.4.2 Explication du trouble

Nous demandons aux orthophonistes s'ils se sont sentis capables d'expliquer son trouble au patient (tableau 10). Nous obtenons 33 réponses à cette question correspondant aux 33 orthophonistes ayant déjà pris en charge des patients présentant une NSU.

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Tout à fait</b>	7	21.4
<b>Plutôt oui</b>	19	57.6
<b>Plutôt non</b>	4	12
<b>Pas du tout</b>	1	3
<b>Je ne sais pas</b>	2	6

**Tableau 10 : « Vous êtes-vous senti(e) capable d'expliquer son trouble au patient ? »**

Parmi les 33 orthophonistes ayant déjà pris en charge des patients présentant une NSU, 57,6% estiment plutôt se sentir capables d'expliquer le trouble au(x) patient(s) et 21,4% s'estiment tout à fait capables.

Seulement un orthophoniste (soit 3%) ne s'estime pas du tout capable d'expliquer le trouble au(x) patient(s).

Nous avons ensuite questionné les orthophonistes sur l'importance d'informer l'entourage sur ce trouble, il apparaît que 100% des orthophonistes répondants estiment qu'il est important d'informer l'entourage. En revanche, 97% des orthophonistes n'ont pas connaissance de supports permettant de délivrer des informations sur la NSU aux familles. Les 2 orthophonistes connaissant un support d'information évoquent une plaquette conçue par le Centre de Médecine Physique et de Réadaptation de la Tour de Gassies (Bruges 33) et une plaquette conçue par le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers (49).

### 3.4.3 Difficultés rencontrées par les orthophonistes au cours de la prise en soin de patients présentant une NSU

Les 33 orthophonistes ayant déjà pris en soin des patients présentant une NSU ont répondu à la question : « Avez-vous été/êtes-vous en difficulté lors de cet accompagnement ? » (Tableau 11).

	Effectif	Pourcentages (%)
Tout à fait	3	9.2
Plutôt oui	4	12.3
Parfois	20	60.5
Plutôt non	6	18.3
Pas du tout	0	0

Tableau 11 : « Avez-vous été/êtes-vous en difficulté lors de cet accompagnement ? »

Seulement 18,3% des orthophonistes ayant déjà pris en soin des patients présentant une NSU ne se sont pas sentis en difficulté lors de cet accompagnement. En revanche, 60,5% se sont parfois sentis en difficulté, 12,3% se sont plutôt sentis en difficulté et 9,2% se sont tout à fait sentis en difficulté.

Nous avons alors proposé aux orthophonistes d'évoquer les points sur lesquels ils se sont sentis le plus en difficulté (figure 11). La réponse était libre, il leur était possible d'évoquer plusieurs points.



Figure 11 : Les points sur lesquels les orthophonistes se sentent le plus en difficulté

100% des orthophonistes ayant répondu à cette question ont évoqué l'anosognosie comme une difficulté dans l'accompagnement de ces patients. Sont également cités comme difficiles les points

suivants : le manque de connaissances au sujet de ce trouble et sa remédiation, le manque de matériel spécifique pour les orthophonistes, l'automatisation dans les activités de la vie quotidienne, les séquelles et troubles associés, la persistance du trouble dans la vie quotidienne malgré la rééducation ainsi que les échanges pluridisciplinaires nécessaires à ce trouble, parfois difficiles à mettre en place dans le cadre d'une activité libérale.

### 3.5 Evaluation du besoin d'informations

#### 3.5.1 Formation concernant la NSU

Nous avons demandé aux orthophonistes par quels moyens ils avaient pris connaissance de la NSU (tableau 12). Nous leur avons proposé des réponses qui nous paraissaient pertinentes et ils avaient la possibilité de répondre « autre » s'ils voulaient rajouter une information. Il leur était possible de donner plusieurs réponses.

Nous avons également demandé aux orthophonistes si leur formation initiale leur avait paru suffisante pour entreprendre une rééducation de la NSU.

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Formation initiale</b>	54	90
<b>Formation continue</b>	13	21.7
<b>Congrès</b>	5	8.3
<b>Lectures personnelles</b>	12	20
<b>Echanges avec d'autres professionnels</b>	12	20
<b>Autres</b>	2	3.4
<b>Votre formation initiale vous a-t-elle semblé suffisante pour vous permettre d'entreprendre la rééducation de ce trouble ?</b>		
<b>Tout à fait</b>	2	3.3
<b>Plutôt oui</b>	19	31.1
<b>Plutôt non</b>	31	50.8
<b>Pas du tout</b>	9	14.8

**Tableau 12 : Formation concernant la NSU**

Il apparaît que 90% des orthophonistes répondants ont pris connaissance de la NSU au cours de leur formation initiale. Deux orthophonistes (soit 3.4%) évoquent également l'observation et l'échange auprès des patients comme un enrichissement des connaissances de la NSU.

Seulement deux orthophonistes (soit 3,3%) estiment leur formation initiale tout à fait suffisante pour entreprendre la rééducation de la NSU et 31,1% l'estiment plutôt suffisante. En revanche, la majorité des orthophonistes répondants ne l'estime plutôt pas (50,8%) voire pas du tout (14,8%) suffisante.

### 3.5.2 Besoin d'informations

Nous avons d'abord demandé aux orthophonistes s'ils s'estimaient suffisamment formés/informés sur la NSU et s'ils auraient besoin d'obtenir des informations et/ou des conseils concernant cette pathologie (tableau 13).

	Effectif	Pourcentages (%)
<b>Tout à fait</b>	0	0
<b>Plutôt oui</b>	18	30
<b>Plutôt non</b>	34	55
<b>Pas du tout</b>	9	15
<b>Auriez-vous eu besoin d'obtenir des informations et/ou des conseils ?</b>		
<b>OUI</b>	48	79,5
<b>NON</b>	13	20,5

**Tableau 13 : Estimation de la formation/information des orthophonistes répondants et besoin d'informations et/ou conseils concernant la NSU**

Ainsi, 30% des orthophonistes répondants s'estiment plutôt suffisamment formés/informés concernant la NSU alors que la majorité ne s'estiment plutôt pas suffisamment (55%) voire pas du tout suffisamment (15%) formés/informés concernant cette pathologie.

Une grande majorité (79,5%) aurait eu besoin d'obtenir des informations/conseils au sujet de cette rééducation.

Nous proposons alors aux orthophonistes d'évoquer les points pour lesquels ils auraient besoin d'informations complémentaires.

Nous listerons ici tous les points cités :

Ainsi, les orthophonistes répondants ont besoin de

- Protocoles de rééducation détaillés, avec étapes de progression précises permettant une remédiation efficace et durable ;
- Matériel spécifique ;
- Supports destinés aux patients et leur entourage délivrant des informations claires sur la pathologie, les troubles associés et quelles stratégies mettre en place au quotidien ;
- Connaître les aides écologiques efficaces ;

- Pouvoir échanger en équipe pluridisciplinaire ;
- Supports d'informations destinés aux orthophonistes reprenant les avancées des différentes techniques de rééducation utilisables et leur efficacité.

Nous demandons aux orthophonistes si la création d'un document d'information concernant la NSU et sa prise en charge serait utile pour leur pratique et ce qu'il serait intéressant pour eux d'y faire figurer (tableau 14). Nous leur avons suggéré des réponses nous paraissant pertinentes et ils avaient la possibilité de répondre « autre » pour ajouter une proposition, plusieurs réponses étaient possibles.

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>OUI</b>	58	95.1
<b>NON</b>	3	4.9
<b>Que serait-il intéressant de faire figurer dans ce document ?</b>		
<b>Rappels anatomiques et physiologiques</b>	31	51.7
<b>Origines du trouble</b>	37	61.7
<b>Description du trouble et de ses manifestations</b>	55	91.7
<b>Comment bien expliquer son trouble au patient et son entourage</b>	54	90
<b>Pistes de rééducation et description des exercices</b>	58	96.7
<b>Outils d'évaluation</b>	42	70
<b>Autres</b>	5	8.5

**Tableau 14 : Utilité de la création d'un document d'information et les notions importantes à y faire figurer selon les orthophonistes répondants**

Pour 95,1% des orthophonistes répondants la création d'un document d'information concernant la NSU serait utile à leur pratique.

Une très forte majorité propose de faire figurer dans ce document une description du trouble et de ses manifestations (91.7%), comment bien expliquer son trouble au patient et son entourage (90%), des pistes de rééducation et description des exercices (96,7%).

8,5% proposent d'autres éléments à y faire figurer : les examens complémentaires pour confirmer le diagnostic, le rôle des différents professionnels intervenant auprès des patients, des exemples d'exercices pouvant être réalisés en autonomie par le patient, les possibilités d'évolution à distance de l'AVC et les dernières études concernant les techniques de remédiation fondées sur des preuves probantes.

## 4 Discussion

---

### 4.1 Rappel des objectifs et hypothèses de l'étude

Notre étude a pour objectif principal de dresser un état des lieux des pratiques professionnelles et des besoins des orthophonistes français concernant l'évaluation et la remédiation de la NSU.

L'élaboration d'un questionnaire destiné aux orthophonistes nous a permis de recenser anonymement les informations nécessaires à notre objectif.

Ainsi, en nous questionnant sur les pratiques professionnelles des orthophonistes français concernant la NSU nous avons posé les hypothèses suivantes :

- H1. La majorité des orthophonistes ne reçoit pas de patients présentant une NSU.
- H2. La NSU est un trouble peu connu des orthophonistes.
- H3. Les orthophonistes rencontrent des difficultés dans l'accompagnement des patients présentant une NSU.
- H4. Les orthophonistes nécessitent davantage d'informations concernant l'évaluation et la rééducation de la NSU.

### 4.2 Validation ou invalidation des hypothèses

#### 4.2.1 H1. La majorité des orthophonistes ne reçoit pas de patients présentant une NSU.

En questionnant les orthophonistes sur leur expérience professionnelle auprès de patients présentant une NSU, il apparaît que 54,1% des orthophonistes ont déjà pratiqué ce type de rééducation contre 45,9% ne l'ayant jamais pratiquée.

Notre hypothèse est donc invalidée, la majorité des orthophonistes reçoit des patients présentant une NSU et pratique ce type de prise en soins. Nous pouvons toutefois relever qu'il s'agit d'une légère majorité, proche de 50%.

En nous intéressant aux orthophonistes n'ayant jamais accompagné de patients présentant une NSU, il apparaît important d'en comprendre les raisons.

En effet, pour 85,7% le cas ne s'est jamais présenté. Il serait intéressant de pouvoir étudier plus précisément ce point, les patients présentant une NSU sont-ils, en amont, orientés vers les orthophonistes pour effectuer la rééducation ?

De plus, 86,7% des orthophonistes de l'échantillon ne reçoivent pas de patients pour une rééducation de la NSU en première intention. Les motifs les plus fréquents sont l'aphasie (81,8%) et le syndrome dysexécutif (38,6%).

Nous constatons que les orthophonistes pratiquent la remédiation de la NSU dans le cadre d'une rééducation plus globale des séquelles d'un AVC. Les patients ne sont, en grande majorité, pas adressés aux orthophonistes pour la rééducation de la NSU en première intention.

Il nous était alors primordial de nous intéresser aux connaissances qu'ont les orthophonistes de la NSU. En effet, si les patients leur sont adressés dans le cadre d'une prise en soins des troubles associés (l'aphasie par exemple), nous pouvons nous demander si les orthophonistes s'estiment être en mesure de repérer des signes de NSU et intégrer sa remédiation dans l'accompagnement global du patient. Nous avons pu constater dans la littérature de l'importance des répercussions dans la vie quotidienne de la négligence et de son facteur péjoratif dans la récupération fonctionnelle (Jehkonen, Laihosalo, & Kettunen, 2006).

#### **4.2.2 H2. La NSU est un trouble peu connu des orthophonistes.**

Nous avons posé la question suivante aux orthophonistes : « Connaissez-vous la négligence spatiale unilatérale ? », nous souhaitons apprécier leur estimation personnelle de leur connaissance générale au sujet de la NSU.

Ainsi, il apparaît que 52,5% des orthophonistes estiment plutôt connaître la NSU et 8,2% estiment tout à fait connaître la NSU.

Notre hypothèse est donc invalidée, la majorité des orthophonistes a connaissance de la NSU. Toutefois ces chiffres sont à nuancer et à mettre en lien avec les interprétations quantitatives et qualitatives qui vont suivre.

En effet, afin de préciser cette question nous proposons aux orthophonistes d'évoquer les éléments cliniques majeurs de ce trouble.

Il apparaît alors que la plupart des orthophonistes ont une connaissance incomplète voire erronée de la NSU. La notion de perte de l'acuité visuelle dans un hémichamp est évoquée fréquemment par les répondants. Or, pour de nombreux auteurs (Bisiach & Luzzatti, 1978, Chokron et al., 2002, Chokron, Colliot, & Bartolomeo, 2004), la NSU ne peut être attribuée à une amputation du champ visuel, elle ne résulte pas d'un trouble sensoriel mais est d'ordre attentionnel. Cette notion de trouble attentionnel pour définir la NSU n'apparaît pourtant que dans trois réponses parmi les soixante et une. Enfin, l'anosognosie étant le symptôme majeur de la NSU (Vocat, Staub, Stroppini, & Vuilleumier, 2010), ce terme et la notion qui en découle ne sont pas cités par la majorité.

Les terminologies scientifiques retrouvées dans la littérature pour décrire les manifestations cliniques de ce trouble, telles que : négligence sensorielle, motrice, corporelle/personnelle, extracorporelle, égocentrée, allocentrée, représentationnelle sont méconnues voire inconnues des orthophonistes. En

effet, aucune de ces terminologies n'est évoquée dans les réponses données pour citer les éléments cliniques majeurs de ce trouble.

En revanche, 100% des orthophonistes ont conscience des répercussions sur les activités de la vie quotidienne de la NSU et 100% pensent que d'autres professionnels que les orthophonistes interviennent dans la prise en soins de la NSU. Les orthophonistes interrogés ont conscience de la pluridisciplinarité mise en œuvre dans la prise en soin du patient après un accident vasculaire cérébral.

Concernant les pratiques de remédiation, les fonctions cognitives entraînées lors de séances de rééducation de la NSU sont pour la majorité, l'attention, le langage, la mémoire, les fonctions exécutives (flexibilité, inhibition, planification). Il est également mentionné un travail fréquent autour de la levée de l'anosognosie en parallèle de la remédiation des fonctions cognitives. En effet, l'anosognosie apparaît comme le symptôme majeur de la NSU et sa levée permet d'entrer pleinement et consciemment dans la rééducation des fonctions déficitaires.

Nous constatons à travers ces résultats que les orthophonistes ciblent davantage un travail autour des troubles associés à la NSU et incluent l'objectif de récupération des signes de négligence dans la prise en soins globale du patient. La NSU n'est pas traitée, par la majorité des orthophonistes de manière explicite et analytique, sa remédiation passe d'abord par la levée de l'anosognosie et s'intègre dans les activités de remédiation cognitive sous forme de compensations, par l'adaptation du matériel utilisé (par exemple, placer les feuilles de travail à gauche du patient). Or, la revue de Luaute et al. (2006) informe de l'efficacité de combiner les approches de types *top-down* et *bottom-up*. Une approche menée seule n'a pas montré d'efficacité dans la récupération complète et définitive de la NSU (Luaute, Halligan, Rode, Rossetti, & Boisson, 2006). Il apparaît à travers le questionnaire que les termes « *top-down* » et « *bottom-up* » ne sont pas cités alors que les orthophonistes pratiquent probablement selon ces approches, sans réellement le savoir.

Les recherches grandissantes au sujet de la remédiation de la NSU proposent de nombreuses interventions telles que les stimulations sensorielles, la stimulation cérébrale non invasive, la réalité virtuelle, l'entraînement à l'imagerie mentale et les agents pharmacologiques (Philippe Azouvi, Jacquin-Courtois, & Luauté, 2017). Bien que ces études doivent être validées chez un plus grand nombre de patients avant de pouvoir attester de leur efficacité, des résultats encourageants sont observés. La technique de l'adaptation prismatique apparaît aujourd'hui comme la technique la plus utilisée et efficace à court terme (Azouvi, Jacquin-Courtois, & Luauté, 2017). Malgré cela, les orthophonistes interrogés dans notre étude n'ont pas cité de telles interventions dans leur pratique.

De plus, 100% des orthophonistes pratiquant la rééducation de la NSU utilisent un matériel de type papier-crayon et 15,2% utilisent également du matériel dans un but d'accompagnement écologique. Nous



savons cependant combien la chronicité de la négligence dans la vie quotidienne handicape fortement le patient, alors même que les tests sous forme papier-crayon ne montrent plus de scores déficitaires (P. Azouvi et al., 2002).

Concernant les pratiques d'évaluation, 75,4% des orthophonistes de l'échantillon n'ont jamais pratiqué l'évaluation de la NSU. Il se peut que ces chiffres soient expliqués par le fait que les patients adressés aient déjà bénéficiés d'une évaluation dans le cadre hospitalier.

Le matériel utilisé par les orthophonistes pour l'évaluation de la NSU est varié, la majorité utilise une batterie spécifique (la BEN) et une grande majorité utilise également des tests non spécifiques permettant cependant de repérer des signes de négligence (le test de l'horloge, le barrage de Zazzo, la figure de Rey, de la lecture de textes).

#### **4.2.3 H3. Les orthophonistes rencontrent des difficultés dans l'accompagnement des patients présentant une NSU.**

Pour répondre à cette hypothèse nous avons questionné les orthophonistes au sujet de leurs ressentis face à cet accompagnement et les difficultés possiblement rencontrées.

Lorsque nous demandons aux orthophonistes s'ils rencontrent des difficultés lors de cet accompagnement, seulement 18,3% des orthophonistes ayant déjà pris en soins des patients présentant une NSU ne se sont pas sentis en difficulté alors que 60,5% se sont parfois sentis en difficulté, 12,3% se sont plutôt sentis en difficulté et 9,2% se sont tout à fait sentis en difficulté.

L'hypothèse selon laquelle les orthophonistes rencontrent des difficultés dans la prise en soins de la NSU est donc validée.

L'anosognosie du patient représente le point le plus difficile pour les orthophonistes dans l'accompagnement de ces patients. Sont également cités comme difficiles les points suivants : le manque de connaissances concernant ce trouble et sa remédiation, le manque de matériel spécifique pour les orthophonistes, l'automatisation dans les activités de la vie quotidienne, les séquelles et troubles associés, la persistance du trouble dans la vie quotidienne malgré la rééducation ainsi que les échanges pluridisciplinaires nécessaires à ce trouble, parfois difficiles à mettre en place dans le cadre d'une activité libérale.

De plus, il apparaît que la majorité (67,8%) des orthophonistes pense savoir repérer une NSU chez les patients atteints, en revanche la majorité évalue leur action dans la rééducation de la NSU, entre 2 et 5 sur une échelle de 1 à 10.

Si les orthophonistes estiment savoir repérer des signes de négligence, ils ne s'estiment pas suffisamment capables de pouvoir traiter ce trouble. Or, nous avons constaté combien la remédiation de ce trouble s'intègre tout à fait dans les compétences des orthophonistes. Que ce soit dans un traitement explicite de la négligence ou dans une approche globale l'incluant dans la remédiation des troubles associés (langage, communication, mémoire, attention, fonctions exécutives), pour lesquels les orthophonistes peuvent être au premier plan.

En effet, la NSU pouvant entraîner des répercussions sur le langage écrit et les fonctions de communication, son évaluation et sa remédiation rentrent tout à fait dans le champ d'intervention des orthophonistes.

Il existe une dyslexie et une dyscalculie de négligence, les patients sont gênés dans leurs déplacements et nombre d'activités de la vie quotidienne sont perturbées (toilette, repas, conduite...). Des troubles des fonctions exécutives et de la communication non verbale (interprétation des émotions, dysprosodie, pragmatique du langage) sont fréquemment associés au syndrome de NSU (Carota & Bogousslavsky, 2018).

De plus, l'anosognosie faisant partie des symptômes cliniques, la communication peut être perturbée, la formation et l'accompagnement de l'entourage représentent un élément majeur de la prise en soins. Domaine dans lequel les orthophonistes trouvent pleinement leur place, selon le décret de compétence de la profession : « La rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient » (Décret n°2002-721 du 2 mai 2002).

En ce qui concerne le fait de se sentir capable d'expliquer son trouble au patient, les orthophonistes ayant déjà pratiqué la remédiation de la NSU s'estiment, pour la majorité, plutôt capables d'expliquer le trouble au(x) patient(s) et 21,4% s'estiment tout à fait capables. Pour 100% des orthophonistes interrogés il est également important d'informer l'entourage à propos de la NSU, en revanche 97% n'ont pas connaissance de supports permettant de délivrer des informations aux familles des patients.

Nous pouvons conclure de ces résultats que les orthophonistes, bien que possédant des connaissances générales au sujet de la NSU, rencontrent des difficultés dans l'accompagnement de ces patients par un manque de confiance en leur rôle dans cet accompagnement et par un manque de supports permettant un accompagnement spécifique et global du patient et son entourage.

#### **4.2.4 H4. Les orthophonistes nécessitent davantage d'informations concernant l'évaluation et la remédiation de la NSU.**

90% des orthophonistes de notre échantillon ont pris connaissance de la NSU au cours de leur formation initiale, en revanche la majorité juge cet enseignement insuffisant pour entreprendre la prise

en soins de patients présentant une NSU. En ce sens, une grande majorité ne s'estime pas suffisamment formée/informée au sujet de cette pathologie et 79,5% des orthophonistes auraient eu besoin d'obtenir des informations/conseils lors de l'accompagnement de ces patients.

Notre hypothèse est ainsi validée, les orthophonistes nécessitent davantage d'informations concernant l'évaluation et la remédiation de la NSU.

Il s'avère que les points sur lesquels les orthophonistes nécessitent davantage d'informations correspondent à des éléments cruciaux de la remédiation de la NSU. En effet, les orthophonistes évoquent un besoin de matériels spécifiques, permettant la mise en place d'une ligne de conduite dans la rééducation, pouvant apprécier la progression du patient. Ils nécessitent également un matériel écologique permettant un transfert efficace en vie quotidienne, lequel représente l'enjeu principal de la remédiation de la NSU. Encore une fois, les patients restent longtemps invalidés en vie quotidienne même lorsque les tâches de type papier-crayon sont améliorées (Philippe Azouvi, 2017). Les orthophonistes ressentent aussi le besoin de pouvoir échanger avec les autres professionnels intervenant auprès du patient et pouvoir se référer à des études récentes fondées sur l'*evidence based medicine* au sujet de l'efficacité des thérapies de remédiation de la NSU. En ayant conscience de l'interdisciplinarité dans laquelle s'inscrit la prise en soins du patient présentant une NSU, les orthophonistes ont besoin de plus d'informations concernant le rôle des différents thérapeutes et de supports permettant de délivrer des informations claires aux patients et leur entourage concernant le trouble et ses répercussions.

### **4.3 Limites**

Au vu du nombre de répondants, les réponses obtenues ne peuvent être considérées comme représentatives de l'ensemble des orthophonistes français. Nos conclusions ne sont donc pas généralisables. Nous comptons sur davantage de réponses mais les non réponses peuvent être analysées comme symptomatiques, les personnes ne répondent pas par méconnaissance du trouble. En effet, certains orthophonistes ne pratiquant pas ce type de rééducation peuvent ne pas se sentir concernés par cette étude et/ou ne pas se sentir capables de répondre aux questions.

Le questionnaire ayant été diffusé en premier lieu aux orthophonistes que nous connaissions par le biais de stages ou de l'enseignement, l'échantillon est représenté par un fort pourcentage par des orthophonistes diplômés du Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Bordeaux (36,1%).

De plus, l'utilisation d'un questionnaire auto-administré peut entraîner un biais dans les réponses données. En effet, les personnes interrogées souhaitent – consciemment ou non – se montrer sous leur meilleur jour et répondre le mieux possible au questionnaire. Il est possible que certaines personnes aient

orienté leurs réponses en fonction de ce qu'ils pensaient attendu. Or, nous cherchons dans cette étude à faire un état des lieux objectif, nous ne portons aucun jugement de valeur sur les pratiques recueillies, en ce sens, il n'y a pas de « bonnes » réponses attendues.

#### **4.4 Perspectives**

Dans le cadre de notre étude nous avons questionné les orthophonistes sur l'utilité de créer un document d'information concernant la NSU. Ainsi, 95,1% des orthophonistes interrogés pensent que la création d'un document d'information serait bénéfique à leur pratique.

En réponse au besoin d'informations complémentaires à la formation initiale, il serait donc bénéfique de proposer un document d'information destiné aux orthophonistes et visant à leur faire gagner en confiance et en connaissances concernant leur rôle et l'efficacité de leur action dans la prise en soin des patients présentant une NSU.

La très forte majorité des orthophonistes propose de faire figurer dans ce document une description du trouble et de ses manifestations (91,7%), comment bien expliquer son trouble au patient et son entourage (90%), des pistes de rééducation et description des exercices (96,7%).

Ce document aurait pour objectif de servir de support résumant les interventions efficaces dans la remédiation de la NSU et les interventions pouvant être spécifiquement pratiquées par les orthophonistes, accessibles notamment dans le cadre d'un exercice libéral. Il serait intéressant d'élaborer ce document en se basant sur les besoins recueillis dans le questionnaire.

## Conclusion

---

La NSU est un déficit de la cognition spatiale résultant d'une lésion cérébrale, droite le plus souvent. Elle se caractérise par une perte de conscience de l'hémi-espace controlésionnel associée à un biais comportemental dirigé du côté de la lésion. Ainsi les patients se comportent comme s'ils ignoraient la moitié de l'espace voire de leur propre corps et présente une attirance inconsciente vers l'espace opposé.

Malgré de nombreuses recherches sur le sujet, la NSU reste encore méconnue du fait de sa complexité aux niveaux : théorique, neuroanatomique et clinique. En effet, les manifestations cliniques sont variées, tant au niveau de l'intensité que de la symptomatologie, non seulement d'un patient à l'autre mais également chez un même sujet. De nombreux tableaux cliniques peuvent être décrits selon les différentes parties de l'espace concernées, les cadres de référence spatiale utilisés, les modalités sensorielles ou motrices atteintes. Ces tableaux peuvent être isolés, associés ou dissociés.

Les recherches sur la prise en soins des patients présentant une NSU sont nombreuses, en revanche il n'existe à ce jour pas de preuves d'efficacité d'une technique particulière. De plus, si la mise en place d'une équipe soignante pluridisciplinaire est préconisée, les orthophonistes ne disposent pas de recommandations précisant leur action spécifique dans la remédiation dans un contexte de NSU. Les orthophonistes s'inscrivent dans la prise en soins cognitive globale du patient cérébrolésé, en utilisant les outils d'évaluation et de traitement non médicamenteux des troubles associés à la NSU. Comme les troubles du langage écrit, de la cognition mathématique, de la communication, du langage.

Au vu de la complexité de la NSU et de sa prévalence non négligeable, il nous a paru intéressant de dresser un état des lieux des pratiques professionnelles et des besoins des orthophonistes concernant cette prise en soins. Un questionnaire en ligne nous a permis de recueillir des informations auprès des orthophonistes français. Il est apparu que la majorité des orthophonistes répondants accompagne des patients présentant une NSU et possède des connaissances générales à ce sujet. En revanche nous avons pu constater que ces connaissances sont parfois incomplètes voire erronées, car de nombreux aspects définissant la NSU ne sont pas cités dans les réponses. Nous avons également relevé des difficultés dans l'accompagnement de ces patients et leur entourage et le besoin d'obtenir davantage d'informations concernant ce trouble, tant au niveau théorique que clinique.

Un nombre insuffisant de réponses au questionnaire ne nous permet pas de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble des orthophonistes français, mais les informations dégagées ouvrent de nouvelles pistes de recherches, notamment la création d'outils d'information concernant la prise en soins dans un contexte de NSU.

## Bibliographie

---

- Albert, M. L. (1973). A simple test of visual neglect. *Neurology*, 23(6), 658-664.
- Azouvi, P., Samuel, C., Louis-Dreyfus, A., Bernati, T., Bartolomeo, P., Beis, J.-M., ... Rousseaux, M. (2002). Sensitivity of clinical and behavioural tests of spatial neglect after right hemisphere stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 73(2), 160-166.
- Azouvi, Philippe, Jacquin-Courtois, S., & Luauté, J. (2017). Rehabilitation of unilateral neglect : Evidence-based medicine. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60(3), 191-197.
- Azouvi, P. (2017). The ecological assessment of unilateral neglect. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60(3), 186-190.
- Bartolomeo, Paolo. (2007). Visual neglect. *Current Opinion in Neurology*, 20(4), 381-386.
- Bartolomeo, Paolo, Thiebaut de Schotten, M., & Doricchi, F. (2007). Left Unilateral Neglect as a Disconnection Syndrome. *Cerebral Cortex*, 17(11), 2479-2490.
- Basso, A., Burgio, F., & Caporali, A. (2000). Acalculia, Aphasia and Spatial Disorders in Left and Right Brain-Damaged Patients. *Cortex*, 36(2), 265-280.
- Battersby, W. S., Bender, M. B., Pollack, M., & Kahn, R. L. (1956). Unilateral « spatial agnosia » (« inattention ») in patients with cerebral lesions. *Brain*, 79(1), 68-93.
- Beis, J.-M., Keller, C., Morin, N., Bartolomeo, P., Bernati, T., Chokron, S., ... French Collaborative Study Group on Assessment of Unilateral Neglect (GEREN/GRECO). (2004). Right spatial neglect after left hemisphere stroke : qualitative and quantitative study. *Neurology*, 63(9), 1600-1605.
- Ben-Yishay, Y., Diller, L., Mandleberg, I., Gordon, W., & Gerstman, L. J. (1974). Differences in matching persistence behavior during block design performance between older normal and brain-damaged persons : a process analysis. *Cortex ; a Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior*, 10(2), 121-132.
- Bergego et al. (1995). Validation d'une échelle d'évaluation fonctionnelle de l'héminégligence dans la vie quotidienne : l'échelle CB. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. 38, 183-189.
- Berti, A. (2004). Cognition in Dyschiria : Edoardo Bisiach's Theory of Spatial Disorders and Consciousness. *Cortex*, 40(2), 275-280.
- Bisiach, E., & Luzzatti, C. (1978). Unilateral neglect of representational space. *Cortex ; a Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior*, 14(1), 129-133.
- Brain, W. R. (1941). A Form of Visual Disorientation Resulting from Lesions of the Right Cerebral Hemisphere. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 34(12), 771-776.
- Carota, A., & Bogousslavsky, J. (2018). Minor Hemisphere Major Syndromes. *Frontiers of Neurology and Neuroscience*, 41, 1-13.
- Cherney, L. R., Halper, A. S., & Papachronis, D. (2003). Two approaches to treating unilateral neglect

- after right hemisphere stroke : a preliminary investigation. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 9(4), 22-33.
- Chokron, S., Colliot, P., & Bartolomeo, P. (2004). The Role of Vision in Spatial Representation. *Cortex*, 40(2), 281-290.
- Chokron, S., Colliot, P., Bartolomeo, P., Rhein, F., Eusop, E., Vassel, P., & Ohlmann, T. (2002). Visual, proprioceptive and tactile performance in left neglect patients. *Neuropsychologia*, 40(12), 1965-1976.
- Corbetta, M., & Shulman, G. L. (2002). Control of Goal-Directed and Stimulus-Driven Attention in the Brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(3), 215-229.
- de Haan, B., Karnath, H.-O., & Driver, J. (2012). Mechanisms and anatomy of unilateral extinction after brain injury. *Neuropsychologia*, 50(6), 1045-1053.
- Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, 2002-721 § (2002).
- Diller, L., & Weinberg, J. (1977). Hemi-inattention in rehabilitation: the evolution of a rational remediation program. *Advances in Neurology*, 18, 63-82.
- Eschenbeck, P., Vossel, S., Weiss, P. H., Saliger, J., Karbe, H., & Fink, G. R. (2010). Testing for neglect in right-hemispheric stroke patients using a new assessment battery based upon standardized activities of daily living (ADL). *Neuropsychologia*, 48(12), 3488-3496.
- Gauthier, L., Dehaut, F. & Joanette, Y. (1989). The bells test : a quantitative and qualitative test for visual neglect. *Int J Neuropsychol*, 11, 49-54.
- Gainotti, G, D'Erme, P., & Bartolomeo, P. (1991). Early orientation of attention toward the half space ipsilateral to the lesion in patients with unilateral brain damage. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 54(12), 1082-1089.
- Gainotti, Guido, D'Erme, P., Monteleone, D., & Silveri, M. C. (1986). Mechanisms of unilateral spatial neglect in relation to laterality of cerebral lesions. *Brain*, 109(4), 599-612.
- Gialanella, B., Monguzzi, V., Santoro, R., & Rocchi, S. (2005). Functional Recovery After Hemiplegia in Patients With Neglect : The Rehabilitative Role of Anosognosia. *Stroke*, 36(12), 2687-2690.
- Goldberg, E. (1986). Varieties of perseveration : a comparison of two taxonomies. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 8(6), 710-726.
- Goodale, M. A., & Keith Humphrey, G. (1998). The objects of action and perception. *Cognition*, 67(1-2), 181-207.
- Goodale, M. A., & Milner, A. D. (1992). Separate visual pathways for perception and action. *Trends in Neurosciences*, 15(1), 20-25.
- Guariglia, C., & Antonucci, G. (1992). Personal and extrapersonal space: A case of neglect dissociation. *Neuropsychologia*, 30(11), 1001-1009.
- Halligan, P. W., & Marshall, J. C. (1991). Left neglect for near but not far space in man. *Nature*,

350(6318), 498-500.

- Hecaen, H. (1962). The clinical symptomatology of right and left hemispheric lesions. *Les Cahiers Du College De Medecine Des Hopitaux De Paris*, 3, 259-270.
- Heilman, K. M., & Valenstein, E. (1979). Mechanisms underlying hemispatial neglect. *Annals of Neurology*, 5(2), 166-170.
- Heilman, K. M., & Van Den Abell, T. (1980). Right hemisphere dominance for attention : the mechanism underlying hemispheric asymmetries of inattention (neglect). *Neurology*, 30(3), 327-330.
- Jacquin-Courtois, S. (2015). Hemi-spatial neglect rehabilitation using non-invasive brain stimulation : Or how to modulate the disconnection syndrome ? *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 58(4), 251-258.
- Jacquin-Courtois, S. et al. (2011). Réhabilitation de la négligence spatiale unilatérale par adaptation prismatique. De l'adaptation sensori-motrice à la cognition spatiale : généralisation des effets consécutifs. Dans P. Azouvi, Y. Martin, et G. Rode. *De la négligence aux négligences*. Solal.
- Jacquin-Courtois, Sophie, Rode, G., Pisella, L., Boisson, D., & Rossetti, Y. (2008). Wheel-chair driving improvement following visuo-manual prism adaptation. *Cortex*, 44(1), 90-96.
- Jehkonen, M., Laihosalo, M., & Kettunen, J. E. (2006). Impact of neglect on functional outcome after stroke : a review of methodological issues and recent research findings. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 24(4-6), 209-215.
- Kinsbourne, M. (1970). A model for the mechanism of unilateral neglect of space. *Transactions of the American Neurological Association*, 95, 143-146.
- Leclercq, M. & Peters, J.-P. (2007). Batterie Attention William Lennox 4.0.
- Luauté, J., Boisson, D. (2011). Rééducation de l'héminégligence : revue de la littérature. Dans P. Azouvi, Y. Martin, et G. Rode. *De la négligence aux négligences*. Solal.
- Luauté, J., Halligan, P., Rode, G., Rossetti, Y., & Boisson, D. (2006). Visuo-spatial neglect : A systematic review of current interventions and their effectiveness. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(7), 961-982.
- Lunven, M., & Bartolomeo, P. (2017). Attention and spatial cognition : Neural and anatomical substrates of visual neglect. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60(3), 124-129.
- Lunven, M., Thiebaut De Schotten, M., Bourlon, C., Duret, C., Migliaccio, R., Rode, G., & Bartolomeo, P. (2015). White matter lesional predictors of chronic visual neglect : a longitudinal study. *Brain*, 138(3), 746-760.
- Mesulam, M.-M. (1981). A cortical network for directed attention and unilateral neglect. *Annals of Neurology*, 10(4), 309-325.
- Nijboer, T., van de Port, I., Schepers, V., Post, M., & Visser-Meily, A. (2013). Predicting functional outcome after stroke : the influence of neglect on basic activities in daily living. *Frontiers in*



*Human Neuroscience*, 7, 182.

- Ogden, J. A. (1985). Contralesional neglect of constructed visual images in right and left brain-damaged patients. *Neuropsychologia*, 23(2), 273-277.
- Ogourtsova, T., Souza Silva, W., Archambault, P. S., & Lamontagne, A. (2017). Virtual reality treatment and assessments for post-stroke unilateral spatial neglect: A systematic literature review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 27(3), 409-454.
- Ortigue, S., Viaud-Delmon, I., Annoni, J.-M., Landis, T., Michel, C., Blanke, O., ... Mayer, E. (2001). Pure representational neglect after right thalamic lesion. *Annals of Neurology*, 50(3), 401-404.
- Panico, F., Jacquin-Courtois, S., Di Marco, J., Perrin, C., Trojano, L., & Rossetti, Y. (2017). tDCS reactivation of dormant adaptation circuits. *Cortex*, 94, 196-199.
- Peskine et al., (2010). Virtual reality assessment for visuo-spatial neglect : importance of a dynamic task. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*.
- Pisella, L., Rode, G., Farnè, A., Tilikete, C., & Rossetti, Y. (2006). Prism adaptation in the rehabilitation of patients with visuo-spatial cognitive disorders. *Current Opinion in Neurology*, 19(6), 534-542.
- Posner, M. I. (1980). Orienting of attention. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 32(1), 3-25.
- Rizzolatti, G., & Berti, A. (1990). Neglect as a neural representation deficit. *Revue Neurologique*, 146(10), 626-634.
- Rizzolatti, Giacomo, Riggio, L., Dascola, I., & Umiltà, C. (1987). Reorienting attention across the horizontal and vertical meridians : Evidence in favor of a premotor theory of attention. *Neuropsychologia*, 25(1), 31-40.
- Robertson I.H & North N.T. (1993). Active and passive stimulation of left limbs : influence on visual and sensory neglect. *Neuropsychologia*, 31, 293-300.
- Rode, G., Pagliari, C., Huchon, L., Rossetti, Y., & Pisella, L. (2017). Semiology of neglect : An update. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60(3), 177-185.
- Rode, G., Perenin, M. T., & Boisson, D. (1995). Neglect of the representational space : demonstration by mental evocation of the map of France. *Revue Neurologique*, 151(3), 161-164.
- Rode, G., & Pisella, L. (2011). De la négligence aux négligences : sémiologie-dissociations. Dans P. Azouvi, Y. Martin, et G. Rode. *De la négligence aux négligences*. Solal.
- Rode et al. (2017). Quelles stratégies de rééducation dans la négligence spatiale unilatérale ? Dans *Troubles neurocognitifs vasculaires et post-AVC, de l'évaluation à la prise en charge*. *Neuropsychologie*.
- Rossetti, Y., & Rode, G. (2002). Reducing Spatial Neglect by Visual and Other Sensory Manipulations : Non-Cognitive (Physiological) Routes to the Rehabilitation of a Cognitive Disorder. In H.-O. Karnath, D. Milner, & G. Vallar (Éd.), *The Cognitive and Neural Bases of Spatial Neglect* (p. 375–396). Oxford University Press.
- Rossetti, Yves, Rode, G., Pisella, L., Farne, A., Li, L., & Boisson, D. (1998). *Prism adaptation to a rightward*

*optical deviation rehabilitates left hemispatial neglect.* 395, 4.

- Rousseau et al., (2001). Presenting a battery for assessing spatial neglect. Norms and effects of age, educational level, sex, hand and laterality. *Rev Neurol (Paris)*, 157, 1385-1400.
- Samuelsson, H., Hjelmquist, E. E. K., Jensen, C., Ekholm, S., & Blomstrand, C. (1998). Nonlateralized Attentional Deficits : An Important Component Behind Persisting Visuospatial Neglect ? *Journal of Clinical & Experimental Neuropsychology*, 20(1), 73.
- Seron, X., & Tissot, R. (1973). Attempt at rehabilitation in left unilateral spatial agnosia. *Acta Psychiatrica Belgica*, 73(4), 448-457.
- Singh-Curry, V., & Husain, M. (2009). The functional role of the inferior parietal lobe in the dorsal and ventral stream dichotomy. *Neuropsychologia*, 47(6), 1434-1448.
- Smania, N., Bazoli, F., Piva, D., & Guidetti, G. (1997). Visuomotor imagery and rehabilitation of neglect. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78(4), 430-436.
- Söderback, I., Bengtsson, I., Ginsburg, E., & Ekholm, J. (1992). Video feedback in occupational therapy : its effects in patients with neglect syndrome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73(12), 1140-1146.
- Toba, M., & Godefroy, O. (2017). Quelle organisation fonctionnelle cérébrale de l'exploration spatiale ? Dans *Troubles neurocognitifs vasculaires et post-AVC, de l'évaluation à la prise en charge. Neuropsychologie.*
- Towle, D., & Lincoln, N.B. (1991). Development of a questionnaire for detecting every problems in stroke patients with unilateral visual neglect. *Clinical Rehabilitation* 5, 135-140.
- Urbanski, M., Angeli, V., Bourlon, C., Cristinzio, C., Ponticorvo, M., Rastelli, F., ... Bartolomeo, P. (2007). Négligence spatiale unilatérale : une conséquence dramatique mais souvent négligée des lésions de l'hémisphère droit. *Revue Neurologique*, 163(3), 305-322.
- Urbanski, M., Thiebaut de Schotten, M., Rodrigo, S., Catani, M., Oppenheim, C., Touze, E., ... Bartolomeo, P. (2008). Brain networks of spatial awareness : evidence from diffusion tensor imaging tractography. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 79(5), 598-601.
- Vallar, G. (2001). Extrapersonal Visual Unilateral Spatial Neglect and Its Neuroanatomy. *NeuroImage*, 14(1), S52-S58.
- Vallar, G., Burani, C., & Arduino, L. S. (2010). Neglect dyslexia : a review of the neuropsychological literature. *Experimental Brain Research*, 206(2), 219-235.
- Vocat, R., Staub, F., Stroppini, T., & Vuilleumier, P. (2010). Anosognosia for hemiplegia : a clinical-anatomical prospective study. *Brain*, 133(12), 3578-3597.
- Wilson, B., Cockburn, J., & Halligan, P. (1987). Development of a behavioral test of visuospatial neglect. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68(2), 98-102.
- Zimmermann, P. & Fimm, B. (1992). Batterie de tests neuropsychologiques pour l'évaluation des troubles de l'attention. Freiburg : Vera Fimm, psychologische Testsysteme.

- Zoccolotti, P., & Judica, A. (1991). Functional evaluation of hemineglect by means of a semi-structured scale : Personal extrapersonal differentiation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 1, 33-44.
- Zoccolotti, P., Antonucci, G., & Judica, A. (1992). Psychometric characteristics of two semi-structured scales for the functional evaluation of hemi-inattention in extrapersonal and personal space. *Neuropsychological rehabilitation*, 2, 179-191.

### Annexe 1 : Recommandations pour la pratique clinique : Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral. Aspects paramédicaux. (HAS, 2002)

Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral – Aspects paramédicaux

**Tableau 6.** Attitudes pratiques relatives à l'anosognosie, aux troubles attentionnels et à l'héminégligence (accord professionnel).

À faire	À éviter
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager le patient à utiliser le membre supérieur et/ou inférieur non atteint pour :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- déterminer la température des aliments, de l'eau pour la toilette, etc.</li> <li>- déterminer la localisation et la texture des objets.</li> </ul> </li> <li>• Apprendre au patient à vérifier le positionnement des membres, l'ajustement des orthèses ou prothèses, des vêtements et le faire si nécessaire.</li> <li>• Toujours aborder le patient du côté héminégligent, ce qui peut déterminer son installation en chambre à plusieurs lits.</li> <li>• Installer le matériel du côté sain, en particulier sonnette et urinal.</li> <li>• Au moment des repas, demander au patient ce qu'il voit sur son plateau.</li> <li>• L'encourager à regarder du côté héminégligent à tout moment de la journée.</li> <li>• Informer la famille de l'héminégligence et l'encourager à se placer dans le champ visuel atteint.</li> <li>• Placer la télévision, des photos des proches du côté héminégligent.</li> <li>• Informer la famille de l'anosognosie et éviter les situations dangereuses pour le patient.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laisser le patient dans un environnement inconnu et susceptible d'être dangereux par manque d'information.</li> <li>• Se positionner du côté sain afin d'inciter le patient à être attentif à ce qui se passe dans son champ visuel atteint.</li> <li>• Poser le plateau devant le patient et s'en aller.</li> <li>• Laisser sans surveillance un patient anosognosique.</li> <li>• Laisser le bras hémiplégique coincé sous le tronc ou pendre hors du lit et du fauteuil.</li> <li>• Laisser la main se prendre dans les rayons de la roue du fauteuil roulant.</li> </ul>

## Annexe 2 : Questionnaire proposé aux orthophonistes

# Pratiques professionnelles des orthophonistes français(es) concernant la Négligence Spatiale Unilatérale (NSU).

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je cherche à faire un état des lieux de la pratique et des besoins des orthophonistes concernant l'évaluation et la rééducation de la négligence spatiale unilatérale. C'est pourquoi je sollicite votre aide pour répondre à ce questionnaire, les réponses seront anonymes et cela ne vous prendra pas plus de 15 minutes.

D'avance, merci pour votre précieuse participation!

N°	Question	Réponses proposées
<b>Profil des orthophonistes</b>		
1	Quel est votre type d'exercice ?	Choix unique : - Libéral - Salariat - Mixte
2	En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?	Question ouverte
3	Dans quel centre de formation avez-vous obtenu votre diplôme ?	Choix unique, menu déroulant : centres de formation
4	Avez-vous déjà pris en charge des patients présentant une négligence spatiale unilatérale ?	Oui/Non
5	Si non, pourquoi ?	Choix unique : - J'estimais ne pas avoir suffisamment de connaissances sur ce trouble - Le cas ne s'est pas présenté - Je ne suis pas intéressé(e) par cette prise en charge - Je n'ai jamais entendu parler de ce trouble - Autre
6	Des patients vous sont-ils adressés en première intention pour la négligence spatiale unilatérale ?	Oui/Non
7	Si non, quel est le motif de la prescription ?	Choix multiple : - Aphasie - Syndrome dysexécutif - Paralysie faciale - Autre
<b>Etat des connaissances de la NSU</b>		
8	Connaissez-vous la négligence spatiale unilatérale ?	Echelle : tout à fait, plutôt oui, plutôt non, pas du tout

9	Quels sont pour vous les éléments cliniques majeurs de ce trouble ?	Question ouverte
10	Pensez-vous savoir repérer une NSU chez un patient qui vient vous voir ?	Oui/Non
11	Pensez-vous que ce trouble a des répercussions sur la vie quotidienne du patient ?	Oui/non
12	Si oui, quelles pourront être les activités touchées ?	Question ouverte
13	Par quels moyens avez-vous pris connaissance de la NSU ?	Choix multiple : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation initiale</li> <li>- Formation continue</li> <li>- Congrès</li> <li>- Lectures personnelles</li> <li>- Echanges avec d'autres professionnels</li> <li>- Autre</li> </ul>
<b>Remédiation dans le contexte de la négligence spatiale unilatérale</b>		
14	Pensez-vous pouvoir agir sur la négligence spatiale unilatérale ?	Echelle : de 1 à 10
15	Pensez-vous que d'autres professionnels interviennent ?	Oui/Non
16	Si oui, lesquels ?	Choix multiple : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin</li> <li>- Kinésithérapeute</li> <li>- Ergothérapeute</li> <li>- Psychologue</li> <li>- Autre</li> </ul>
17	Au cours d'une séance de rééducation, quelles sont les fonctions cognitives que vous ré-entraînez ?	Question ouverte
18	Quel type de matériel utilisez-vous ?	Question ouverte
19	Vous êtes-vous senti(e) capable d'expliquer son trouble au patient ?	Echelle : tout à fait, plutôt oui, plutôt non, pas du tout, je ne sais pas
20	Avez-vous été en difficulté lors de cet accompagnement ?	Echelle : tout à fait, plutôt oui, parfois, plutôt non, pas du tout
21	Quels points vous ont semblé être les plus compliqués dans cette remédiation ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?	Question ouverte
22	Auriez-vous eu besoin d'obtenir des informations et/ou des conseils ?	Oui/Non
23	Si oui, quels seraient vos besoins ?	Question ouverte
24	Pensez-vous qu'il est important d'informer l'entourage sur ce trouble ?	Echelle : tout à fait, plutôt oui, plutôt non, pas du tout, je ne sais pas

25	Avez-vous connaissance de supports permettant de délivrer des informations aux familles ?	Oui/Non
26	Si oui, lesquels ?	Question ouverte
<b>Evaluation de la négligence spatiale unilatérale</b>		
27	Avez-vous déjà pratiqué une évaluation de la négligence spatiale unilatérale ?	Oui/Non
28	Si oui, quel(s) outil(s) d'évaluation avez-vous utilisé(s) ?	Question ouverte
<b>Evaluation du besoin d'information</b>		
29	Au cours de votre formation initiale avez-vous reçu un enseignement concernant la NSU ?	Oui/Non
30	Votre formation initiale vous a-t-elle semblé suffisante pour vous permettre d'entreprendre la rééducation de ce trouble ?	Echelle : tout à fait, plutôt oui, plutôt non, pas du tout
31	Estimez-vous être suffisamment formé(e)/informé(e) sur cette pathologie ?	Echelle : tout à fait, plutôt oui, plutôt non, pas du tout
32	La création d'un document d'information concernant ce trouble et sa prise en charge vous semblerait-elle utile pour votre pratique ?	Oui/Non
33	Selon vous, que serait-il intéressant de faire figurer dans ce document ?	Question ouverte
<b>Commentaire libre</b>		

**Titre :** Etat des lieux des pratiques professionnelles et des besoins des orthophonistes français concernant l'évaluation et la remédiation de la Négligence Spatiale Unilatérale (NSU).

**Résumé :** Il apparaît que 85% des patients souffrant d'une lésion hémisphérique droite présentent des signes de NSU en phase subaiguë, dans 36% des cas il s'agira d'une NSU modérée à sévère. Son impact sur de nombreuses activités de la vie quotidienne est important et durable et la NSU représente un facteur péjoratif de récupération fonctionnelle. Pour une prise en soin optimale de ces patients, la rééducation proposée associe différentes disciplines dont l'orthophonie. Il n'existe pas encore de recommandations officielles pour guider les orthophonistes dans l'évaluation et la remédiation de patients présentant une NSU. Il nous a alors paru intéressant d'établir un état des lieux des pratiques professionnelles et des besoins des orthophonistes concernant la NSU. Le questionnaire en ligne créé à destination des orthophonistes français, qu'ils pratiquent ou non la prise en soins de patients présentant une NSU, nous a permis d'objectiver que la majorité des orthophonistes possède des connaissances au sujet de la NSU mais la sémiologie et les pratiques de remédiation disponibles ne sont que partiellement connues. De plus, les orthophonistes disent se sentir limités dans l'accompagnement de ces patients et nécessiter davantage d'informations concernant ce trouble, son évaluation et le matériel spécifique de remédiation disponibles. Il nous paraît aussi intéressant d'ouvrir cette recherche à des perspectives pratiques et cliniques en orthophonie ; notamment avec l'élaboration d'un outil d'information dans le cadre de la formation continue.

**Mots clés :** Négligence spatiale unilatérale, pratiques professionnelles, évaluation, remédiation.

---

**Title :** Professional practices and needs of French speech therapists regarding the evaluation and rehabilitation of the Unilateral Spatial Neglect (USN).

**Abstract :** 85% of patients with a right hemisphere injury show signs of USN, in 36% of cases it will be moderate to severe USN. Its impact on many activities of daily living is important and sustainable and the USN represents a pejorative factor of functional recovery. For optimal care, the proposed rehabilitation must be multidisciplinary including speech therapy. There are no formal guidelines yet to guide speech therapists in the remediation of patients with USN. It seemed interesting to establish an inventory of the professional practices and needs of speech therapists concerning the USN. The online questionnaire created showed that the majority of speech therapists have knowledge about USN but the semiology and available remediation practices are only partially known. Moreover, speech therapists feel limited in the rehabilitation of these patients and require more information regarding this disorder, its evaluation and the specific remedial material available. It also seems interesting to open this research to practical and clinical perspectives in speech therapy; particularly with the development of an information tool in the context of continuous training.

**Keywords :** Unilateral spatial neglect, professional practices, speech therapy, evaluation, rehabilitation.

---

**Nombre de pages : 62. Nombre de références : 80**