



LES IMPACTS FONCTIONNELS DE L'ADAPTATION PRISMATIQUE AUPRÈS D'UNE POPULATION ATTEINTE DE NÉGLIGENCE SPATIALE UNILATÉRALE : UNE REVUE SYSTÉMATIQUE

Natasha Brassard¹, Julien Voisin²

¹ Ergothérapeute, MSc, Université Laval, Canada

² Ergothérapeute, PhD, Université Laval, CIRRIIS-IRDPO, Canada

Adresse de contact : julien.voisin@rea.ulaval.ca

Reçu le 16.01.2015 – Accepté le 09.08.2016

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v2n2.26

ISSN: 2297-0533. URL: <http://www.rfre.org/>



RÉSUMÉ

La négligence spatiale unilatérale (NSU) constitue l'un des plus importants prédictors du devenir fonctionnel des personnes atteintes d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Parmi les approches proposées pour réduire cet important symptôme, l'adaptation prismatique est applicable peu importe le niveau de conscience de la personne face à son déficit et permet d'intervenir sur les déficits moteurs intentionnels. L'objectif du présent article est de documenter les conséquences de ce traitement novateur sur le fonctionnement de sujets souffrant de NSU. Pour ce faire, une revue de littérature scientifique a été réalisée via CINAHL et PubMed. Au total, la recherche a mené à l'analyse de 10 articles scientifiques portant sur l'impact fonctionnel de l'adaptation prismatique chez des sujets présentant une NSU causée par une lésion cérébrale droite. Bien que le niveau de preuve demeure modéré, principalement en raison du petit nombre d'études existantes et de leur hétérogénéité, les résultats suggèrent que l'adaptation prismatique pourrait être une avenue intéressante pour le traitement de l'héminégligence.

MOTS-CLÉS

Adaptation prismatique, négligence, négligence spatiale unilatérale, impacts fonctionnels, réadaptation.

THE FUNCTIONAL IMPACTS OF PRISMATIC ADAPTATION IN CLIENT WITH UNILATERAL SPATIAL NEGLECT : A SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT

Unilateral spatial neglect (USN) is one of the most important predictors of functional outcome following stroke. Among the proposed approaches to mitigate this important symptom, prismatic adaptation is applicable regardless of the level of consciousness and allows intervention on intentional motor deficits. The objective of the present paper is to document the consequences of this promising approach. A review of the scientific literature was conducted via PubMed and CINAHL databases. This led to selecting 10 scientific papers reporting the functional impact of prismatic adaptation in patient with USN following right brain injury. Overall, and although the level of evidence remains moderate due to the heterogeneity of the few existing studies, it is suggested that prismatic adaptation represents an interesting approach.

KEYWORDS

Prismatic adaptation, neglect, hemispatial neglect, functional outcome, rehabilitation

INTRODUCTION

Dans son rapport de 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fait état d'un phénomène alarmant, décrit comme l'un des plus grands défis du ^{xxi}^e siècle dans le domaine de la santé et du développement : la présence accrue des maladies non transmissibles. Ces affections sont responsables de 36 millions de décès par année au niveau mondial (OMS, 2013a). De ce nombre, la majorité, soit 17,3 millions, sont imputables aux maladies cardiovasculaires, principalement les AVC, ce qui en fait l'une des principales causes de mortalité dans le monde (OMS, 2013b). Sur les 15 millions de personnes qui souffrent chaque année d'un AVC (World Stroke Organization, 2012), 5 millions demeurent avec des séquelles permanentes, ce qui en fait également la deuxième plus importante cause d'incapacité, suivant la démence (World Heart Federation, 2015). Les incapacités occasionnées par un AVC varient grandement selon les individus et sont, entre autres, fonction du site et de l'étendue de la lésion cérébrale (Radomsky et Trombly, 2008). À titre d'exemple, près de la moitié des individus ayant subi un AVC présentent une négligence spatiale unilatérale [NSU] (Buxbaum *et al.*, 2004), laquelle se caractérise par l'incapacité à répondre ou à diriger son attention vers des stimuli présentés du côté controlatéral à la lésion cérébrale (Heilman, Watson et Valenstein, 1993, cités dans Radomsky et Trombly, 2008). Or, la NSU est associée à une performance moindre chez les personnes ayant subi un AVC pour plusieurs mesures d'incapacité dont celles en lien avec les activités de la vie quotidienne (AVQ) (Katz, Hartman-Maeir, Ring et Soroker, 1999). Plus encore, il ressort que la présence et la sévérité de la NSU est un prédicteur majeur de l'effet de la réadaptation et du devenir fonctionnel du client (Katz *et al.*, 1999; Di Monaco *et al.*, 2011), ce qui en fait une problématique majeure qu'il importe de considérer plus amplement.

Nombreuses sont les interventions développées dans le but de diminuer la NSU. Parmi celles-ci, on retrouve notamment la thérapie par adaptation prismatique. Ce traitement consiste à faire porter des lunettes dont les prismes dévient l'environnement visuel vers la droite à une personne présentant une NSU, alors qu'elle effectue des mouvements répétés de pointage en direction d'une cible. Afin de compenser pour le déplacement du champ visuel vers la droite, cette dernière en vient à réorienter son mouvement vers la gauche afin d'atteindre la cible. Cette compensation, nommée adaptation sensorimotrice, aurait le pouvoir de modifier certaines fonctions cognitives de haut niveau à l'origine de la problématique de NSU (Làdavasa, Bonifazic, Catenad et Serino, 2011). Ce traitement se distingue des autres approches notamment par son caractère novateur, mais également par le fait qu'il ne requiert pas que la personne soit consciente de son déficit. Ceci est intéressant considérant que l'incidence d'anosognosie est plus grande en présence de NSU (Buxbaum *et al.*, 2004). Également, certains auteurs stipulent que l'approche permettrait d'intervenir sur les déficits moteurs intentionnels (« *aiming* ») en complément aux autres approches, qui elles, agiraient plutôt sur les déficits visuo-perceptuels (« *where* ») (Barrett, Goedert, et Basso, 2012). Rossetti *et al.* (1998) ont été parmi les premiers chercheurs à proposer qu'une brève séance de ce traitement puisse diminuer les signes de NSU. Depuis, plusieurs chercheurs ont tenté d'évaluer les effets potentiels de cette approche, majoritairement par la passation de divers tests neuropsychologiques, et de façon moindre, via l'évaluation des capacités fonctionnelles des personnes atteintes de NSU. Ainsi, cette revue systématique a pour objectif de documenter un aspect encore peu étudié, soit l'effet de l'adaptation prismatique sur le fonctionnement des personnes présentant une NSU par la question de re-

cherche suivante : l'approche d'adaptation prismatique a-t-elle un impact fonctionnel chez les personnes présentant une NSU ?

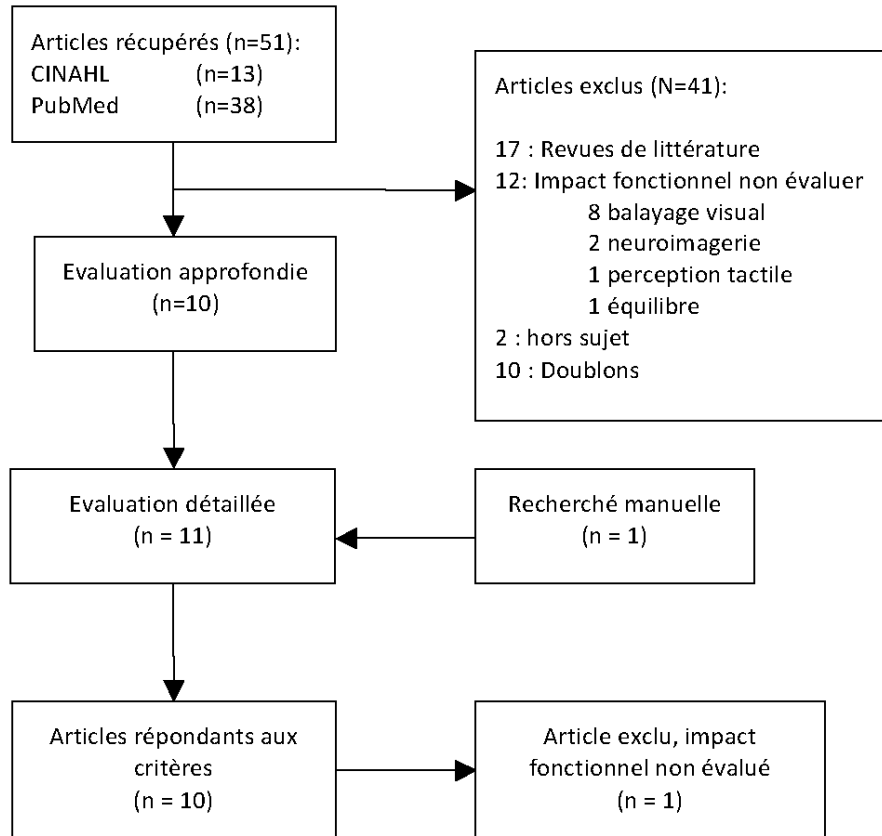
MÉTHODES

Dans le but de trouver les articles pouvant répondre à la question de recherche, deux bases de données bibliographiques ont été consultées, soit CINAHL et PubMed. Les différents mots-clés ont été élaborés en fonction de trois aspects pertinents à l'étude à savoir : la présence d'une NSU, la présence d'un traitement par adaptation prismatique, et l'exploration de l'effet de ce traitement sur le fonctionnement. Plusieurs variantes ont été introduites dans la recherche afin de pouvoir accéder à l'ensemble des articles pertinents, ce qui a mené à l'utilisation de l'équation suivante pour la base de données CINAHL : [(*stroke* OR *cerebrovascular accident* OR *hemispatial neglect* OR *CVA* OR *unilateral neglect* OR *brain damage* OR *visuo-spatial neglect* OR *unilateral spatial neglect*)] AND [(*prism* adaptation* OR *prism* intervention* OR *prism* approach**)] AND [(*functional improvement* OR *functional outcome* OR *functional assessment* OR *functional status* OR *ADL performance* OR *activit* of daily living* OR *wheel-chair* OR *self-care* OR *mobility* OR *rehabilitation*)]. Les mots-clés utilisés avec PubMed sont sensiblement les mêmes, à l'exception que les termes *prism**, *approch** et *activit** ont été développés afin de compenser l'impossibilité d'utiliser les troncatures. Ces mots-clés ont été développés de la façon suivante : *prism adaptation*, *prismatic adaptation*, *prism intervention*, *prismatic intervention*, *prism approach*, *prismatic approach*, *prism approaches*, *prismatic approaches*, *activity of daily living*, *activities of daily living*. À noter que, comme l'adaptation prismatique est un sujet relativement récent (fin du xx^e siècle/début du xxi^e siècle), tous les articles répondant aux mots-clés ont été considérés, peu importe leur année de parution.

À l'issue de cette recherche réalisée le 27 mars 2014, 51 articles ont été recensés (voir tableau 1), soit 13 via la base de données bibliographique CINAHL et 39 via PubMed. La lecture des titres et des résumés a mené à l'exclusion de 41 articles. De ce nombre, 17 étaient des revues de littérature, 12 n'évaluaient pas précisément l'impact fonctionnel de l'approche prismatique, 2 étaient tout simplement hors sujet et 10 étaient des doublons. Ainsi, 10 articles ont été sélectionnés pour une évaluation plus approfondie. L'examen des références bibliographiques a permis l'ajout d'un article supplémentaire. Les 11 articles ont finalement été analysés en fonction des différents critères d'inclusion/exclusion indiqués dans le tableau 2.

Un seul article a été retiré suite à cette analyse puisqu'il ne respectait pas le critère selon lequel l'article devait inclure une évaluation fonctionnelle. Ainsi, 10 articles répondant aux critères ont été retenus afin de répondre à cette recension des écrits scientifiques.

Tableau 1. Démarche à l'appui de la recension des écrits



Ces 10 articles ont ensuite été soumis à l'évaluation PEDro afin de déterminer leur qualité méthodologique (voir Annexe 1). Plus précisément, cet outil a permis de documenter la validité interne, d'une part, et de vérifier que les articles contenaient suffisamment d'information statistique pour permettre une interprétation appropriée des résultats, d'autre part. Il s'agit d'une échelle comportant 11 items et dont le score peut varier entre 1 et 10 points. Outre le premier item qui n'est pas inclus dans le score global, un point est accordé lorsque l'article mentionne explicitement la présence d'un critère. Ainsi, lorsque dans l'article, on ne faisait pas mention du respect d'un critère, le point n'a pas été accordé. À noter que, les articles ont été classés selon leur niveau de confiance, soit du plus élevé au plus faible, afin d'en faciliter la lecture. Finalement, le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) (Polatajko, Townsend et Craik, 2007) a été utilisé afin de structurer et organiser les informations recensées.

Tableau 2. Critères d'inclusion et d'exclusion

<p>Critères d'inclusion</p> <p>Diagnostic de négligence spatiale unilatérale causée par une lésion cérébrale droite ;</p> <p>Approche d'adaptation prismatique (sans égard aux modalités) ;</p> <p>Évaluation fonctionnelle (sans égard aux modalités) ;</p> <p>Étude de type expérimental.</p> <p>Critères d'exclusion</p> <p>Langue autre que l'anglais ou le français ;</p> <p>Revue de littérature.</p>

RÉSULTATS

Les 10 articles retenus dans le cadre de cet essai s'intéressent à plusieurs variables qui concernent principalement les soins personnels (9 études), mais aussi la productivité (1 étude). Dans le domaine des soins personnels, les effets rapportés concernent d'une part les aspects plus généraux tels que l'indépendance fonctionnelle, les symptômes de NSU et l'expérience subjective du fonctionnement, et d'autre part les aspects plus spécifiques tels que les habiletés de lecture, le repérage d'objets du quotidien et les déplacements en fauteuil roulant.

Les études diffèrent pour ce qui est des modalités privilégiées. Sept études ont opté pour l'adaptation prismatique lors d'une tâche de pointage, deux études ont choisi d'utiliser les prismes lors de la réalisation de diverses activités et une étude s'est intéressée à comparer les deux approches. Les échantillons à l'étude sont tout aussi variés ; trois études s'intéressent à une population AVC en phase aiguë, une s'attarde à la phase subaiguë, quatre à la phase chronique et deux visent une population hétérogène. C'est également le cas du degré de déviation des prismes, lesquels varient entre 6 et 15 degrés.

Étant donné les critères de sélection, toutes les études ont des devis de type expérimentaux. Plus spécifiquement, on retrouve une étude à interventions croisées, quatre essais cliniques randomisés/quasi randomisés et cinq essais quasi expérimentaux. La qualité méthodologique de chacune des études prises individuellement est néanmoins variable. En effet, une étude seulement possède un niveau de confiance qualifié d'élevé, quatre sont de qualité modérée et cinq sont de qualité faible. Compte tenu de la qualité des devis de recherche utilisés et des niveaux de confiance, la qualité de l'ensemble de la preuve scientifique peut être considérée comme modérée.

Domaines des soins personnels

Indépendance fonctionnelle

Parmi les quatre études qui se sont intéressées au niveau d'indépendance fonctionnelle dans les soins personnels, trois relèvent une amélioration significative chez les personnes ayant pris part aux séances d'adaptation prismatique (Mizuno *et al.*, 2011; Fortis *et al.*, 2010; Shiraishi, Muraki, Itou et Hirayama, 2010) et une étude n'observe aucun changement significatif (Shiraishi, Yamakawa, Itou, Muraki et Asada, 2008). Bien que la majorité des

études révèlent des effets positifs quant à cet aspect, ces dernières se distinguent à plusieurs niveaux. Dans leur essai clinique randomisé visant à documenter l'efficacité de l'adaptation prismatique notamment sur le fonctionnement de personnes présentant une NSU en phase subaiguë, Mizuno *et al.* (2011) notent une amélioration significative ($p < 0.01$) du niveau d'indépendance fonctionnelle suite à une tâche de pointage, et ce, en faveur du groupe expérimental. Cette amélioration n'est toutefois observée que pour le groupe avec NSU modérée. Ces chercheurs sont par ailleurs les seuls à avoir regroupé les résultats en fonction de la sévérité de la NSU. Fortis *et al.* (2010) ont quant à eux réalisé une étude à interventions croisées dans le but de comparer les effets de l'adaptation prismatique par mouvements de pointage à celle impliquant la réalisation d'activités. Ces derniers notent une amélioration significative ($p < 0.05$) pour les deux groupes évalués, suggérant une efficacité similaire pour les deux procédures. L'étude de Shiraishi *et al.* (2008), qui elle est sans groupe contrôle, n'observe pas de changement significatif au plan quantitatif suite à un traitement impliquant le port de prismes durant la réalisation de diverses activités. Les auteurs mentionnent toutefois que des changements ont été rapportés de façon qualitative par les participants. À l'opposé, l'étude de Shiraishi *et al.* (2010), dont les résultats proviennent de 5 des 7 participants de l'étude précédente, observent une amélioration significative ($p < 0.05$) de l'indépendance fonctionnelle à plus long terme, soit de 2 à 3,5 ans post-traitement. L'absence de groupe contrôle complexifie toutefois l'analyse qu'il est possible de faire quant à ces résultats qui paraissent contradictoires.

Outre la tâche demandée (pointage versus activités), les modalités proposées diffèrent notamment pour ce qui est des prismes utilisés ainsi que pour la fréquence, la durée et l'intensité des interventions. La tâche pointage de l'étude de Mizuno *et al.* (2011) est réalisée à raison de deux fois par jour, cinq jours par semaine durant deux semaines avec des prismes de 12 degrés de déviation alors que celle proposée par Fortis et son équipe (2010) est effectuée sur une semaine seulement avec des prismes de 10 degrés de déviation. Le type d'évaluation constitue également un élément de variabilité entre les études. Le *Functional independence measure* est utilisé dans les études de Mizuno *et al.* (2011) et de Fortis *et al.* (2010), tandis que c'est le *Barthel Index* qui est privilégié dans les études de Shiraishi *et al.* (2008 ; 2010) afin d'évaluer l'indépendance fonctionnelle. Bien que ces deux évaluations soient reconnues pour leurs bonnes qualités métrologiques, le *Barthel Index* présenterait un effet « plafond » chez les individus ayant un plus haut niveau de fonctionnement (Radomsky et Trombly, 2008), comme c'est possiblement le cas dans l'étude de Shiraishi *et al.* (2008).

Symptômes de NSU

Dans leurs études respectives, Mizuno *et al.* (2011), Turton, O'Leary, Gabb, Woodward et Gilchrist (2010) et Fortis et ses collaborateurs (2010) rapportent des résultats contradictoires quant à l'efficacité de l'adaptation prismatique sur l'occurrence des symptômes de NSU dans les AVQ. Fortis et son équipe (2010) relèvent une amélioration significative ($p < 0.05$), autant pour le groupe ayant effectué une tâche de pointage que pour celui s'étant soumis à la réalisation d'activités. Mizuno *et al.* (2011) observent eux aussi une amélioration des symptômes de NSU comparativement au groupe contrôle, laquelle est toutefois non significative. Turton *et al.* (2010), à l'opposé, ne remarquent aucun changement d'un groupe à l'autre. Bien que les études recensées consistent en deux essais cliniques randomisés et une étude à interventions croisées de qualité méthodologique élevée et modérée, il s'avère qu'elles diffèrent selon plusieurs aspects importants. En effet, les trois études présentent

des échantillons similaires au plan de l'âge, du diagnostic ainsi que du temps passé depuis la lésion et ont toutes recours au *Catherine Bergego Scale* en tant qu'outil d'évaluation. Toutefois, on note certaines disparités en ce qui a trait aux différentes modalités de traitement. Mizuno *et al.* (2011) ont choisi une tâche de pointage avec le port de prismes de 12 degrés de déviation, laquelle a été réalisée à une fréquence de deux fois par jour, cinq jours par semaine, pendant deux semaines. La tâche de pointage de Fortis *et al.* (2010), tout comme celle impliquant la réalisation d'activités, était réalisée avec des prismes de 10 degrés de déviation à raison de deux fois par jour, cinq jours par semaine pendant une semaine. Turton *et al.* (2010) ont, quant à eux, proposé une même tâche de pointage, mais cette fois-ci avec le port continu de prismes de 6 degrés de déviation à raison d'une fois par jour, cinq jours par semaine, pendant deux semaines. Il est possible que l'utilisation de prismes de plus faible déviation et la durée plus limitée du traitement de Turton et ses collaborateurs (2010) aient pu avoir une incidence négative sur son effet. Également, le dernier temps de mesure de cette étude a été réalisé à deux mois post-traitement alors que celui des deux autres études a été effectué à environ trois mois post-traitement. Cela donne à penser que les individus n'avaient pas le même niveau de rétablissement, ce qui encore une fois a le potentiel d'affecter les résultats de l'étude.

Expérience subjective du fonctionnement

La seule étude recensée ayant exploré l'expérience subjective du fonctionnement est celle de Vangkilde et Habekost (2010). Dans leur essai clinique quasi aléatoire, les auteurs ont cherché à évaluer l'impact de l'adaptation prismatique sur sept domaines du fonctionnement (dont celui plus spécifique aux AVQ), scindés sur 24 variables distinctes. L'intervention a été effectuée de façon bi-journalière, cinq jours par semaine, pendant deux semaines et a impliqué le port de prismes de 10 degrés de déviation. À l'issue de cette étude, le groupe expérimental a fait état d'un changement positif plus important ($p < 0.001$) que le groupe contrôle pour les sept domaines du fonctionnement, soit 18 des 23 variables à l'étude (1 exclue). À noter que les résultats des personnes et de leurs proches étaient fortement corrélés lors des deux temps de mesure ($r = .80$, $p = 0.003$ et $r = .85$, $p = 0.001$). Ainsi, selon cette étude, l'adaptation prismatique aurait des effets positifs potentiels, non seulement sur le fonctionnement tel que mesuré de façon objective (comme le suggèrent certaines des études précédentes), mais également sur la perception qu'en ont la personne et ses proches.

Habilités de lecture

Fortis *et al.* (2010), Serino, Barbiani, Rinaldesi et Làdavas (2009), Frassinetti, Angeli, Meneghello, Avanzi et Làdavas (2002) et Rousseaux, Bernati, Saj et Kozlowski (2006) ont tous observé une amélioration significative en regard de cet aspect. Les effets ont été relevés dès la fin du traitement (Serino *et al.*, 2009), à cinq semaines post-traitement (Frassinetti *et al.*, 2002) et ont persisté jusqu'à trois mois suivant l'arrêt de l'intervention (Fortis *et al.*, 2010). Ces études incluaient des échantillons de personnes souffrant de NSU de différentes phases. Dans les trois cas, l'évaluation impliquait la lecture de mots et de non-mots. Fortis *et al.* (2010) ont quant à eux ajouté la lecture de phrases. En revanche, Rousseaux *et al.* (2006) ne constatent aucun changement vis-à-vis des habiletés de personnes présentant une NSU à lire des mots, des non-mots ainsi qu'un texte. Dans ce cas-ci toutefois, le groupe expérimental a été comparé à un groupe de sujets sains, ce qui n'est pas le cas des autres études discutées ci-haut. Également, cette étude a proposé un seul traitement d'adaptation prismatique

tandis que les études ayant noté un changement positif impliquaient un minimum de 10 séances.

Déplacements en fauteuil roulant

Watanabe et Amimoto (2010), dans leur étude, ont documenté l'efficacité de l'adaptation prismatique en tant que modalité de traitement en proposant deux tâches impliquant des déplacements en fauteuil roulant. La première tâche consistait à effectuer un déplacement précis au centre de deux cônes (mesure de distance) alors que la deuxième impliquait un déplacement rapide et dirigé vers une cible parmi un choix de quatre (mesure de temps). Suite à un traitement par adaptation prismatique comportant 50 mouvements de pointage réalisés avec des lunettes prismes de sept degrés de déviation, une amélioration significative a été observée pour les deux tâches ($p < 0.01$ et $p < 0.031$ respectivement). Toutefois, l'absence de groupe contrôle ne permet pas d'assurer avec certitude que les résultats ne sont pas liés au rétablissement spontané, d'autant plus que l'AVC de la plupart des participants était survenu moins d'un mois avant l'intervention.

Repérage d'objets

En plus de faire état de l'expérience subjective du fonctionnement tel que discuté plus haut, Vangkilde et Habekost (2010) ont souhaité documenter une difficulté souvent rapportée par les personnes souffrant de NSU, soit celle de trouver des objets de leur quotidien. Ces derniers ont donc évalué les habiletés de repérage d'objets spécifiques à l'intérieur d'un placard par la passation du *Cupboard test*, en mesurant le nombre d'omission d'objets, d'une part, et l'écart entre le temps nécessaire pour repérer les objets situés à l'hémichamp gauche et celui situé à l'hémichamp droit, d'autre part. Les résultats ont révélé une amélioration significative pour ces deux aspects ($p = 0.033$ et $p = 0.001$) suite à un traitement impliquant des mouvements de pointage avec le port de prismes de 10 degrés de déviation.

Domaine de la productivité

L'étude de Shiraishi *et al.* (2010) est la seule à avoir considéré les activités de la vie domestique (AVD). Pour ce faire, ces derniers ont proposé un traitement impliquant des prismes de 15 degrés de déviation durant la réalisation de diverses activités. À l'issue de l'étude, quatre des cinq participants ont présenté une amélioration non significative des capacités à réaliser huit AVD, tel qu'évalué par le *Lawton's IADL scale*. Les participants étaient tous en phase chronique de rétablissement et ils ne bénéficiaient par conséquent plus des traitements usuels de réadaptation, ce qui limite de façon importante l'influence potentielle de certaines variables confondantes.

DISCUSSION

Les études analysées suggèrent que les approches d'adaptation prismatique pourraient améliorer plusieurs aspects du fonctionnement de personnes présentant une NSU, soit l'indépendance fonctionnelle, les habiletés de lecture, le repérage d'objet, les déplacements en fauteuil roulant, ainsi que la perception de progrès qu'ont la personne et ses proches. Des améliorations, toutefois non significatives, ont également été relevées pour plusieurs AVD. Les résultats relatifs à l'efficacité de l'adaptation prismatique sur l'occurrence

des symptômes de NSU dans les AVQ, quant à eux contradictoires, seraient possiblement positifs dans le cas de traitements de plus longue durée et impliquant des prismes ayant un plus grand degré de déviation.

Bien que ces résultats soient, somme toute, encourageants concernant les impacts potentiels de l'adaptation prismatique en regard du fonctionnement de personnes souffrant de NSU, il importe de tenir compte de plusieurs limites. En particulier, les informations retenues proviennent d'un faible nombre d'études dont le niveau de confiance est faible ou modéré, et leur hétérogénéité affaiblit cette qualité puisqu'il devient alors plus difficile de comparer les études entre elles. Il importe également de mentionner que la cotation du niveau de confiance des données probantes de chacun des articles ainsi que leur catégorisation a été de la responsabilité d'une seule et unique personne. Par conséquent, cette cotation n'a pas la valeur qu'aurait assuré l'établissement d'un consensus par un groupe d'évaluateurs. Enfin, la méthodologie et les caractéristiques des études sélectionnées restreignent également la possibilité de généraliser les résultats. En effet, les études divergent pour ce qui est des échantillons à l'étude et des modalités de traitement privilégiées. Elles s'intéressent à des personnes présentant une NSU dont la phase de la maladie varie d'aiguë à chronique et proposent des traitements qui se distinguent par leur nature, leur fréquence, leur durée et leur intensité. Également, ces études ciblent des variables qui sont pour la plupart très générales et variées, tout comme c'est le cas des outils d'évaluation utilisés. En fait, seules quelques variables plus précises ont fait l'objet d'une étude, tels que les variables documentant les déplacements en fauteuil roulant, les habiletés de repérage et d'écriture. Par ailleurs, les études présentent toutes un échantillon de petite taille. Or, le nombre limité de participants est susceptible d'engendrer une erreur de type II, et donc de laisser passer sous silence des résultats qui auraient normalement dû être significatifs. Enfin, il importe de mentionner que dans la plupart des cas, les interventions de réadaptation étaient maintenues, en parallèle avec le traitement par adaptation prismatique. Ainsi, il demeure difficile de déterminer ce qui est réellement à l'origine du changement, et ce, particulièrement en absence de groupe contrôle.

CONCLUSION

À la lumière des différents résultats recensés, l'adaptation prismatique semble un sujet d'étude possiblement négligé, mais pourrait intéresser les ergothérapeutes ayant pour préoccupation l'amélioration des soins personnels. Cette approche novatrice pourrait s'avérer complémentaire à celles déjà proposées en clinique. Toutefois, l'applicabilité clinique serait facilitée par des recherches démontrant quelles sont les modalités (type de prismes, tâche demandée, fréquence et durée des interventions) du traitement par adaptation prismatique qui permettent d'améliorer de façon optimale le fonctionnement des personnes présentant une négligence spatiale unilatérale. Une meilleure exploration des effets sur la productivité serait également souhaitable.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Barrett, A.M., Goedert, K.M., et Basso, J.C. (2012). Prism adaptation for spatial neglect after stroke: translational practice gaps. *Nature Reviews Neurology*, 8(10), 567-577.
- Buxbaum, L.J., Ferraro, M.K., Veramonti, T., Farne, A., Whyte, J., Ladavas, E., ... et Coslett, H.B. (2004). Hemispatial neglect : Subtypes, neuroanatomy, and disability. *Neurology*, 62(5), 749-756.
- Di Monaco, M., Schintu, S., Dotta, M., Barba, S., Tappero, R., et Gindri, P. (2011). Severity of unilateral spatial neglect is an independent predictor of functional outcome after acute inpatient rehabilitation in individuals with right hemispheric stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(8), 1250-1256. doi: 10.1016/j.apmr.2011.03.018
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. (2014). *Ensemble pour lutter contre un fléau : Améliorer les systèmes de soins de l'AVC*. Repéré à : <http://canadianstrokenetwork.ca/fr/wp-content/uploads/2014/08/StrokeMonthReport2014-FR.pdf>
- Fortis, P., Maravita, A., Gallucci, M., Ronchi, R., Grassi, E., Senna, I., ... et Vallar, G. (2010). Rehabilitating patients with left spatial neglect by prism exposure during a visuomotor activity. *Neuropsychology*, 24(6), 681-697. doi: 10.1037/a0019476
- Frassinetti, F., Angeli, V., Meneghello, F., Avanzi, S., et Ladavas, E. (2002). Long-lasting amelioration of visuospatial neglect by prism adaptation. *Brain*, 125(3), 608-623.
- Katz, N., Hartman-Maeir, A., Ring, H., et Soroker, N. (1999). Functional disability and rehabilitation outcome in right hemisphere damaged patients with and without unilateral spatial neglect. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(4), 379-384.
- Ladavasa, E., Bonifazic, S., Catenad, L., et Serino, A. (2011). Neglect rehabilitation by prism adaptation : Different procedures have different impacts. *Neuropsychologia*, 49(5), 1136-1145. doi :10.1016/j.neuropsychologia.2011.01.044
- Maher, C.G., Sherrington, C., Herbert, R.D., Moseley, A.M., et Elkins, M. (2003). Reliability of the PEDro scale for rating quality of randomized controlled trials. *Physical Therapy*, 83(8), 713-721.
- Mizuno, K., Tsuji, T., Takebayashi, T., Fujiwara, T., Hase, K., et Liu, M. (2011). Prism Adaptation Therapy Enhances Rehabilitation of Stroke Patients With Unilateral Spatial Neglect A Randomized, Controlled Trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 25(8), 711-720. doi : 10.1177/1545968311407516
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé) (2013a). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Récupéré à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé) (2013b). *Maladies non transmissibles*. Repéré à : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/>
- Polatajko, H.J., Townsend, E.A., et Craik, J. (2007). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). Dans E. A. Townsend, et H. J. Polatajko, *Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Radomsky, M.V., et Trombly, C.A. (2008). *Occupational therapy for physical dysfunction* (6^e édition). Philadelphie, PA : Lipincott Williams & Wilkins.
- Rossetti, Y., Rode, G., Pisella, L., Farné, A., Li, L., Boisson, D.,... Perenin, M.T. (1998). Prism adaptation to a rightward optical deviation rehabilitates left hemispatial neglect. *Nature*, 395(6698), 166-169.
- Rousseaux, M., Bernati, T., Saj, A., et Kozlowski, O. (2006). Ineffectiveness of prism adaptation on spatial neglect signs. *Stroke*, 37(2), 542-543. doi: 10.1161/01.STR.0000198877.09270.e8
- Serino, A., Barbiani, M., Rinaldesi, M. L., et Ladavas, E. (2009). Effectiveness of prism adaptation in neglect rehabilitation a controlled trial study. *Stroke*, 40(4), 1392-1398. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.530485
- Shiraishi, H., Muraki, T., Itou, A., et Hirayama, K. (2010). Prism intervention helped sustainability of effects and ADL performances in chronic hemispatial neglect: A follow-up study. *NeuroRehabilitation*, 27(2), 165-172. doi: 10.3233/NRE-2010-0593
- Shiraishi, H., Yamakawa, Y., Itou, A., Muraki, T., et Asada, T. (2008). Long-term effects of prism adaptation on chronic neglect after stroke. *NeuroRehabilitation*, 23(2), 137-151.

- Turton, A.J., O'Leary, K., Gabb, J., Woodward, R., et Gilchrist, I.D. (2010). A single blinded randomised controlled pilot trial of prism adaptation for improving self-care in stroke patients with neglect. *Neuropsychological rehabilitation*, 20(2), 180-196. doi : 10.1080/09602010903 040683
- Vangkilde, S., et Habekost, T. (2010). Finding Wally: Prism adaptation improves visual search in chronic neglect. *Neuropsychologia*, 48(7), 1994-2004. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2010. 03.020
- Watanabe, S., et Amimoto, K. (2010). Generalization of prism adaptation for wheelchair driving task in patients with unilateral spatial neglect. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 91(3), 443-447. doi:10.1016/j.apmr.2009.09.027
- World Heart Federation (2015). *Stroke*. Repéré à : <http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/stroke/>
- World Stroke Organization. (2012). *World stroke campaign*. Repéré à : <http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>

ANNEXE 1

Synthèse du contenu des articles selon leur niveau de confiance respectif

Auteurs, année, devis et but de l'étude	Caractéristiques de l'échantillon à l'étude	Intervention	Mesures de résultats	Résultats	Niveau de confiance*
Mizuno <i>et al.</i> (2011)					
Essai clinique randomisé But : déterminer si l'approche prismatique améliore la NSU et l'aspect fonctionnel chez des personnes en phase subaiguë d'un AVC	Diagnostic : AVC droit avec NSU en phase subaiguë (entre 1-3 mois post-AVC). Deux groupes : NSU sévère et NSU modérée EXP (n=20) : Âge moy = 66, 6 ans T moy post-AVC = 67,1 j CTRL (n=18) : Âge moy = 66 ans T moy post-AVC = 64,4 j	EXP : Prismes : 12° de déviation droite - Thérapie 2 sem : 2x/j, 5j/sem - Mvts de pointage : 30 sans prismes, 90 avec prismes, 60 sans prismes. - Cibles aléatoires (centre, gauche, droite) Seuls doigts visibles à la fin de la trajectoire CTRL : même procédure avec port de lunettes sans prismes	Fonctionnement AVQ: <i>Catherine Bergego Scale</i> (CBS) et <i>Functional Independence Measure</i> (FIM) Mesures : T1 : début de l'étude T2 : après 2 sem T3 : à la sortie de l'hôpital : EXP : moy= 95,5 j CTRL : moy= 99,3 j Évaluation selon la sévérité de la NSU (modérée vs sévère)	Amélioration non sign pour EXP au CBS comparé à CTRL (score total et score NSU modérée) Amélioration sign pour NSU modérée ($p < 0,01$) au FIM comparé à CTRL. Gain significatif entre T1-T2 et T2-T3	Niveau 1 Elevé (8/10) Thérapeutes pas « en aveugle » Absence d'analyse en intention de traiter
Fortis <i>et al.</i> (2010)					
Étude à interventions croisées	Diagnostic : Lésion hémisphère droit - Vasculaire (n=9) - Néoplasique (n=1) Âge moy = 72,7 (66 à 82 ans) T moy depuis la survenue = 3,4 mois	EXP : Nouvelle procédure - 10 séances de 20min (2x/j pendant 5j) Traitement : - Réalisation d'au moins 4 activités parmi une sélection de 12	Lecture : <i>Word nonword reading test</i> et <i>Sentence reading test</i> Fonctionnement AVQ : <i>CBS</i> , <i>FIM</i>	Efficacité des 2 procédures s'est révélée similaire	Niveau 2 Modéré (6/10) Thérapeutes et participants pas « en aveugle » Absence de répartition aléatoire des sujets

EXP : groupe expérimental ; CTRL : groupe contrôle ; NSU : négligence spatiale unilatérale ; FR : fauteuil roulant ; moy : moyen/-ne ; AVC : accident vasculaire cérébral ; mvts : mouvements ; j : jours ; sem : semaines ; T : temps ; sign : significatif

*Le niveau de confiance a été déterminé sur la base de l'échelle PEDro (Maher *et al.*, 2003). Un niveau de confiance qualifié de *élevé* correspond à un résultat de 8 à 10/10, *modéré* est associé à un résultat de 5 à 7/10, *faible* indique un résultat de moins de 5/10. Les critères non rencontrés de la grille sont spécifiés pour chacun des articles recensés.

Synthèse du contenu des articles selon leur niveau de confiance respectif (suite)

Auteurs, année, devis et but de l'étude	Caractéristiques de l'échantillon à l'étude	Intervention	Mesures de résultats	Résultats	Niveau de confiance
But : Comparer les effets de la procédure d'adaptation prismatique classique à ceux d'une nouvelle méthode impliquant des activités visuomotrices écologiques		CTRL : Procédure classique - 10 séances (2x/j pendant 5j) Pré-traitement (sans prismes) : - 30 mvts de pointage avec feedback visuel (seulement la 1 ^{re} fois) - 30 mvts de pointage sans feedback visuel Traitement : - Prismes de 10° de déviation droite 90 mvts de pointage (cible au centre, 21° à gauche/droite) Post-traitement (sans prismes) : - 30 mvts de pointage sans feedback visuel	Mesures : T0 : avant le traitement T1 : le jour du traitement T2 : fin de la 1 ^{ère} sem. de traitement T3 : 1 ^{er} j de la 2 ^e sem. T4 : fin de la 2 ^e sem. T5 : début 3 ^e sem. T6 : 1 mois post-traitement T7 : 2 mois post-traitement T8 : 3 mois post-traitement	Amélioration sign de EXP et CTRL entre T0 et T4 : <i>Sentence reading test</i> ($p<0.05$) <i>Word nonword reading test</i> ($p<0.001$) CBS ($p<0.05$) / FIM ($p<0.05$) Maintien des gains à T6, T7, T8	Absence d'assignation secrète des sujets
Serino <i>et al.</i> (2009)					
Essai clinique quasi aléatoire But : Investiguer l'efficacité d'un traitement de 2 sem. basé sur l'approche prismatique sur la négligence comparativement à un traitement visuo-moteur réalisé sans prismes	Diagnostic : AVC droit avec NSU EXP (n=10) : âge moy = 62,4 ans, T moy post-AVC = 11,4 mois CTRL (n=10) : âge moy = 60,8 ans, T moy post-AVC = 6,7 mois	EXP : Prismes de 10° de déviation droite - Thérapie 5x/sem. Pendant 2sem. - 90 mvts de pointage, cibles aléatoires (30x centre, 30x gauche, 30x droite) Seul l'index est visible à la fin de la trajectoire CTRL : Même procédure mais port de lunette sans prismes - traitement EXP pendant 2 semaines	Lecture : <i>Reading test</i> ** Mesures : T1 : pré-traitement T2 : post-traitement T3 : post-traitement prismatique du groupe CTRL	Amélioration sign de EXP ($p<0.04$) ce qui n'est pas le cas de CTRL Amélioration sign de CTRL à T3 ($p<0.0004$)	Niveau 2 Modéré (6/10) Thérapeutes et évaluateurs pas « en aveugle » Absence de répartition aléatoire des sujets Absence d'assignation secrète des sujets

EXP : groupe expérimental ; CTRL : groupe contrôle ; NSU : négligence spatiale unilatérale ; FR : fauteuil roulant ; moy : moyen/-ne ; AVC : accident vasculaire cérébral ; mvts : mouvements ; j : jours ; sem : semaines ; T : temps ; sign : significatif

*Le niveau de confiance a été déterminé sur la base de l'échelle PEDro (Maher *et al.*, 2003). Un niveau de confiance qualifié de *élevé* correspond à un résultat de 8 à 10/10, *modéré* est associé à un résultat de 5 à 7/10, *faible* indique un résultat de moins de 5/10. Les critères non rencontrés de la grille sont spécifiés pour chacun des articles recensés.

** Ladavàs, E., Shallice, T. et Zanella, M.T. (1997). Preserved semantic access in neglect dyslexia. *Neuropsychologia*, 35(3), 257-270.

Synthèse du contenu des articles selon leur niveau de confiance respectif (suite)

Auteurs, année, devis et but de l'étude	Caractéristiques de l'échantillon à l'étude	Intervention	Mesures de résultats	Résultats	Niveau de confiance*
Turton <i>et al.</i> (2010)					
Essai clinique randomisé But : Déterminer la faisabilité de fournir un traitement basé sur l'adaptation prismatique à un échantillon clinique valide et évaluer l'impact sur les soins personnels	Diagnostic : AVC droit avec NSU EXP (n=16) : Âge moy = 72 ans T moy post-AVC = 45j CTRL (n=18) : Age moy = 71 ans T moy post-AVC = 47j	EXP : Prismes de 6° de déviation droite - Traitement de 5j/sem pendant 2sem - 3 blocs de 30 mvts de pointage (10 cibles aléatoires au centre, droite, gauche) Seule la fin de la trajectoire est visible CTRL : Même procédure avec lunettes sans prismes	Fonctionnement AVQ : CBS Mesure : T1 : début de l'intervention T2 : 4 j post-traitement T3 : 8 sem post-traitement	Augmentation sign pour EXP et CTRL au CBS à T2 et T3 Cette différence est similaire lorsque les 2 groupes sont comparés entre eux Ainsi il n'est pas possible de conclure à un impact au niveau des soins personnels	Niveau 2 Modéré (5/10) Thérapeutes, évaluateurs et participants pas « en aveugle » Groupes initiaux hétérogènes Absence d'analyse en intention de traiter
Vangkilde <i>et al.</i> (2010)					
Essai clinique quasi aléatoire But : Déterminer l'efficacité de l'approche d'adaptation prismatique sur les habiletés de recherche visuelle chez des personnes atteintes de NSU en phase chronique	Diagnostic : Lésion cérébrale droite avec NSU en phase stable de rétablissement (>6 mois) Âge des participants varie entre 35 et 71 ans. EXP (n=6) : T moy post-lésion = 39,8 mois CTRL (n=5) : T moy post-lésion = 15,2 mois	EXP : Pré-traitement (sans prismes) - 30 mvts de pointage sans feedback visuel - 30 mvts de pointage avec feedback visuel Traitement : - Prismes de 10° de déviation droite - séances 2x/j, 5J/sem pendant 2 sem - 90 mvts de pointage (cible centre, 21° gauche / droite) Seule la fin de la trajectoire est visible Post-Traitement (sans prismes) : - 30 mvts de pointage avec feedback visuel CTRL : Réadaptation cognitive variée	Tâches de recherche : <i>Cupboard test</i> Mesures : T1 : pré-traitement T2 : post-traitement T3 : 5 sem post-traitement <i>Questionnaire</i> évaluant l'expérience subjective du client et de son proche dans 7 domaines (24 variables) du fonctionnement (dont fonctionnement dans les AVQ ; orientation spatiale ; lecture/écriture ; transport) Mesures : T1 et T3	<i>Cupboard test</i> : Effet d'interaction sign de la différence entre le nombre d'omissions ainsi que le temps de réaction côté gauche vs au côté droit <i>Questionnaire</i> : Différence sign du groupe EXP pour les 7 domaines évalués ($p < 0.001$) EXP démontre un changement positif plus important que CTRL pour 18 variables sur 23 (1 variable exclue)	Niveau 2 Modéré (5/10) Absence de répartition aléatoire des sujets Absence d'assignation secrète des sujets Pas d'indication sur une réalisation « en aveugle » des participants, des évaluateurs et des thérapeutes

EXP : groupe expérimental ; CTRL : groupe contrôle ; NSU : négligence spatiale unilatérale ; FR : fauteuil roulant ; moy : moyen/-ne ; AVC : accident vasculaire cérébral ; mvts : mouvements ; j : jours ; sem : semaines ; sign : significatif

*Le niveau de confiance a été déterminé sur la base de l'échelle PEDro (Maher *et al.*, 2003). Un niveau de confiance qualifié d'élevé correspond à un résultat de 8 à 10/10, *modéré* est associé à un résultat de 5 à 7/10, *faible* indique un résultat de moins de 5/10. Les critères non rencontrés de la grille sont spécifiés pour chacun des articles recensés.

Synthèse du contenu des articles selon leur niveau de confiance respectif (suite)

Auteurs, année, devis et but de l'étude	Caractéristiques de l'échantillon à l'étude	Intervention	Mesures de résultats	Résultats	Niveau de confiance*
Frassinetti <i>et al.</i> (2002)					
Devis avec groupe contrôle non équivalent (mais apparié pour la gravité et la durée du trouble) But : Déterminer si les résultats obtenus aux tests neuropsychologiques classiques peuvent être généralisés à des tests écologiques	Diagnostic : AVC droit avec NSU en phase chronique (>3 mois) EXP (n=7) : Âge moy = 65,1 ans T moy post-lésion = 8,7 mois CTRL (n=6) : Âge moy = 62,7 ans T moy post-lésion = 10,2 mois	EXP : Pré-traitement (sans prismes) - 30 mvts de pointage avec feedback visuel - 30 mvts de pointage sans feedback visuel Traitement : - Prismes de 10° de déviation droite - Traitement 2x/j 5j/sem pendant 2 sem - 90 mvts de pointage en direction d'un crayon déplacé par le thérapeute (cible centre, 21° gauche/droite présentée aléatoirement) Seule la fin de la trajectoire est visible Post-traitement (sans prismes) : - 30 mvts de pointage sans feedback visuel CTRL : Même procédure avec lunettes sans prismes	Lecture : <i>Reading test</i> ** Mesures : T1 : pré-traitement T2 : 2 jours T3 : 1 sem post-traitement T4 : 5 sem post-traitement	Diminution sign ($p < 0.006$) du nombre d'erreur pour EXP ce qui n'est pas le cas de CTRL	Niveau 3 Faible (4/10) Absence de répartition aléatoire des sujets Absence d'assignation secrète des sujets Pas d'indication sur une réalisation « en aveugle » des participants, des évaluateurs et des thérapeutes Aucune estimation de la variabilité

EXP : groupe expérimental ; CTRL : groupe contrôle ; NSU : négligence spatiale unilatérale ; FR : fauteuil roulant ; moy : moyen/-ne ; AVC : accident vasculaire cérébral ; mvts : mouvements ; j : jours ; sem : semaines ; sign : significatif

*Le niveau de confiance a été déterminé sur la base de l'échelle PEDro (Maher *et al.*, 2003). Un niveau de confiance qualifié de : *élevé* correspond à un résultat de 8 à 10/10, *modéré* est associé à un résultat de 5 à 7/10, *faible* indique un résultat de moins de 5/10. Les critères non rencontrés de la grille sont spécifiés pour chacun des articles recensés.

** Ladavàs, E., Shallice, T. et Zanella, M.T. (1997). Preserved semantic access in neglect dyslexia. *Neuropsychologia*, 35(3), 257-270.

Synthèse du contenu des articles selon leur niveau de confiance respectif (suite)

Auteurs, année, devis et but de l'étude	Caractéristiques de l'échantillon à l'étude	Intervention	Mesures de résultats	Résultats	Niveau de confiance*
Watanabe et Amimoto (2010)					
Devis quasi expérimental But : Vérifier l'efficacité de l'adaptation prismatique chez des personnes souffrant de NSU via l'évaluation d'une AVQ, soit la conduite en FR	Diagnostic : Lésion cérébrale droite avec NSU EXP (n=10) : Âge moy = 74 ans T moy post-lésion = 13,7j	EXP : Prismes de 7° de déviation droite - 50 mvts de pointage - Trajectoire du bras non visible	Déplacement en FR via 2 tâches principales : 1. Déplacement au centre de 2 cônes (mesure de la distance par rapport au centre) 2. Déplacement en direction d'un cône cible marqué d'une couleur parmi 4 (mesure du temps)	Amélioration sign ($p<0.01$) pour la tâche de déplacement au centre ainsi que pour la tâche de déplacement vers une cible ($p<0.031$)	Niveau 3 Faible (4/10) Absence de répartition aléatoire et d'assignation des sujets Groupes non similaires Pas d'indication sur une réalisation « en aveugle » des participants et des thérapeutes Pas de comparaison statistique intergroupe
Rousseau <i>et al.</i> (2006)					
Devis avec groupe contrôle non équivalent (mais apparié pour l'âge et l'éducation). But : Évaluer l'effet de l'approche par adaptation prismatique sur les signes de NSU	Diagnostic : AVC droit avec NSU EXP (n=10) : - Infarctus de l'artère cérébrale moy (n=8) - Hémorragie subcorticale (n=2) T moy post-AVC = 54,3j CTRL (n=8) : sujets sains	EXP : 1 session d'adaptation prismatique / 1 session avec port de lunettes neutres à 1sem d'intervalle ; ordre varie selon les participants - Prismes de 10° de déviation droite - minimum 50 mvts de pointage (cible placée à 10° gauche/droite) La trajectoire n'est pas visible CTRL : aucune procédure	Lecture (mots, non-mots et texte) Mesures : T0 : évaluation initiale T1 : 1h pré-traitement T2 : 5min post-traitement T3 : 3h post-traitement T4 : 3j post-traitement	Aucun effet sign n'est noté sur les habiletés de lecture	Niveau 3 Faible (3/10) Absence de répartition aléatoire et d'assignation secrète des sujets Groupes non similaires Pas d'indication sur une réalisation « en aveugle » des participants et des thérapeutes Aucune estimation de la variabilité

EXP : groupe expérimental ; CTRL : groupe contrôle ; NSU : négligence spatiale unilatérale ; FR : fauteuil roulant ; moy : moyen/-ne ; AVC : accident vasculaire cérébral ; mvts : mouvements ; j : jours ; sem : semaines ; sign : significatif

*Le niveau de confiance a été déterminé sur la base de l'échelle PEDro (Maher *et al.*, 2003). Un niveau de confiance qualifié de *élevé* correspond à un résultat de 8 à 10/10, *modéré* est associé à un résultat de 5 à 7/10, *faible* indique un résultat de moins de 5/10. Les critères non rencontrés de la grille sont spécifiés pour chacun des articles recensés.

Synthèse du contenu des articles selon leur niveau de confiance respectif (suite)

Auteurs, année, devis et but de l'étude	Caractéristiques de l'échantillon à l'étude	Intervention	Mesures de résultats	Résultats	Niveau de confiance*
Shiraishi <i>et al.</i> (2008)					
Étude quasi expérimentale But : Déterminer l'effet à long terme de l'approche prismatique impliquant la réalisation d'activités plutôt que des tâches de pointage chez des sujets souffrant de NSU	Diagnostic : AVC droit avec NSU en phase chronique EXP (n=7) : Âge moy = 56,1 ans T moy post-AVC = 33,3 mois	EXP : en moy 50 min d'activités diverses avec le membre non parétique (10-15 min de lancer d'anneaux, 10-15 min de jeu de type <i>pegboard</i> et 20-30 min d'activités variées telles que lancer de balles/fléchettes) - Prismes de 15° de déviation droite Durée : 8 sem, moy = 4,2 séances/sem	AVQ : <i>Barthel Index (BI)</i> Mesures : T0 : pré-traitement T1 : post-traitement	Améliorations notées sur le plan qualitatif Pas de différence sign	Niveau 3 Faible (3/10) Absence de répartition aléatoire et d'assignation secrète des sujets Pas de groupe CTRL Pas d'indication sur une réalisation « en aveugle » Aucune comparaison statistique intergroupe
Shiraishi <i>et al.</i> (2010)					
Étude quasi-expérimentale But : Investiguer la durabilité de l'effet d'une intervention prismatique de 8 sem ainsi que les changements au plan AVQ/AVD chez des sujets en phase chronique d'un AVC	Diagnostic : AVC droit avec NSU en phase chronique EXP (n=5) : Âge moy = 59,2 ans T moy post-AVC = 34,2 mois	EXP : 50 min d'activités diverses (jeux d'adresse, lancer de balles/ fléchettes) avec le membre non parétique - Prismes de 15° de déviation droite Intervention 4x/sem pendant 8 sem	Fonctionnement AVD : <i>Lawton's IADL scale (LS)</i> Fonctionnement AVQ : <i>BI</i> Mesures : Évaluation post-traitement entre 2 et 3,5 ans	Amélioration sign ($p=0.041$) au <i>BI</i> Amélioration non sign pour 4/5 participants au <i>LS</i>	Niveau 3 Faible (1/10) Absence de répartition aléatoire et d'assignation secrète des sujets Pas de groupe CTRL Pas d'indication sur une réalisation « en aveugle » Mesures non obtenues pour au moins 85% des participants Aucune comparaison statistique intergroupe Absence d'analyse en intention de traiter

EXP : groupe expérimental ; CTRL : groupe contrôle ; NSU : négligence spatiale unilatérale ; FR : fauteuil roulant ; moy : moyen/-ne ; AVC : accident vasculaire cérébral ; mvts : mouvements ; j : jours ; sem : semaines ; sign : significatif

*Le niveau de confiance a été déterminé sur la base de l'échelle PEDro (Maher *et al.*, 2003). Un niveau de confiance qualifié de *élevé* correspond à un résultat de 8 à 10/10, *modéré* est associé à un résultat de 5 à 7/10, *faible* indique un résultat de moins de 5/10. Les critères non rencontrés de la grille sont spécifiés pour chacun des articles recensés.