

UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de médecine et de pharmacie
Ecole d'orthophonie

Année 2012-2013

MEMOIRE

En vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie
présenté par

Julie Vautrin

Le Vendredi 21 juin 2013 à Poitiers

**ELABORATION D'UNE PLAQUETTE A L'ATTENTION DES
ORTHOPHONISTES POUR UNE INFORMATION
CONCERNANT LES PARALYSIES FACIALES
PERIPHERIQUES.**

Directeur(s) du mémoire : Madame Isabelle Eyoum, Orthophoniste

Membres du jury : Monsieur Xavier Dufour, Professeur
Madame Louise Martin, Orthophoniste

UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de médecine et de pharmacie
Ecole d'orthophonie

Année 2012-2013

MEMOIRE

En vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie
présenté par

Julie Vautrin

Le Vendredi 21 juin 2013 à Poitiers

**ELABORATION D'UNE PLAQUETTE A L'ATTENTION DES
ORTHOPHONISTES POUR UNE INFORMATION
CONCERNANT LES PARALYSIES FACIALES
PERIPHERIQUES.**

Directeur(s) du mémoire : Madame Isabelle Eyoum, Orthophoniste

Membres du jury : Monsieur Xavier Dufour, Professeur
Madame Louise Martin, Orthophoniste

Remerciements

Je tiens à exprimer mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans l'élaboration de ce mémoire, qui m'ont soutenue et conseillée.

Je remercie particulièrement Isabelle Eyoum pour m'avoir guidée tout au long de ce travail. Sa disponibilité, son humanité ainsi que ses conseils ont été pour moi une aide précieuse. Tout au long de cette année, son encadrement m'a permis de me sentir réellement guidée et mise en confiance.

Mes remerciements s'adressent aussi, particulièrement :

- A Mme Martin et Mr Dufour pour avoir accepté de faire partie de mon jury de soutenance.
- A Frédéric Martin pour avoir accepté ma présence au sein de son cabinet afin de découvrir la prise en charge des paralysies faciales périphériques. Mais également pour son aide et ses nombreux conseils dans la réalisation de ce mémoire.
- A mes maîtres de stages : Martine Courvoisier, Isabelle Hamou, Manuela Francisco-Harzallaoui et Nancy Jaeger pour leurs soutiens et leurs bienveillances. Merci également à elles pour avoir su me faire partager la richesse de leurs expériences cliniques.
- A Hélène Cadoret pour son aide, sa disponibilité et son soutien.
- Aux orthophonistes ayant accepté de répondre à mon questionnaire et qui ont eu la gentillesse de transférer le questionnaire à leurs contacts.
- A Adeline et Matthieu pour les nombreux mercredis soir passés chez eux pendant mon stage sur Paris.
- A Mathilde et Bruno pour avoir eu la gentillesse de m'accueillir également quelques soirées sur Paris.

Et bien sûr à ma famille pour sa disponibilité tout au long de cette année et aussi pour les nombreuses relectures effectuées.

Enfin, à mes ami(e)s pour leur soutien.

Sommaire

INTRODUCTION	1
PARTIE THEORIQUE.....	3
I. Anatomie.....	3
1. Les fibres efférentes.....	3
1.1 Les fibres motrices.....	3
1.2 Les fibres végétatives.....	5
1.2.1 Fonction sécrétoire des glandes submandibulaires et sublinguales : le noyau salivaire supérieur.....	5
1.2.2 Fonction sécrétoire des glandes lacrymales, nasales et palatines : le système lacrymo-palato-nasal.....	5
2. Les fibres afférentes.....	6
2.1 Les fibres sensibles.....	6
2.2 Les fibres sensorielles.....	6
II. Le diagnostic d'une Paralysie Faciale Périphérique (PFP).....	7
1. La reconnaissance de la PFP.....	7
2. L'estimation de la gravité.....	8
3. La détermination de l'étiologie.....	9
III. Les conséquences fonctionnelles.....	11
1. Le trouble des mimiques et les répercussions psychologiques	11
2. Le trouble de l'articulation.....	11
3. Le trouble de la déglutition et du goût.....	11
4. L'inocclusion palpébrale et l'hypoesthésie de la zone de Ramsay Hunt.....	12
5. Les éventuelles complications : syncinésies, co-contractions et hémispasme.....	12
IV. Les traitements.....	13
1. Les traitements médicaux	13
2. Les traitements paramédicaux.....	14
3. Les traitements chirurgicaux.....	14
V. Le bilan orthophonique	17
1. L'entretien avec le patient.....	17
2. L'examen du tonus musculaire.....	18
3. L'évaluation de la force musculaire.....	18

4. L'examen des mouvements fonctionnels	18
5. Les examens complémentaires : l'examen des mimiques, l'examen articuloire, l'examen de la mastication, de la déglutition et du souffle.....	18
6. Les résultats des examens pratiqués par d'autres professionnels.....	19
7. Les échelles parfois utilisées pour l'évaluation.....	20
VI. Le toucher thérapeutique en orthophonie.....	21
VII. La rééducation orthophonique d'une PFP	22
1. Les objectifs et le plan de rééducation.....	22
2. Les principes de base de la rééducation d'une PFP.....	22
3. Le matériel.....	23
4. La rééducation des paralysies faciales flasques, hypotonique.....	23
4.1 Les différents stades de rééducation.....	23
4.2 La Méthode du Neuromuscular Retraining (NMR, Jacqueline Diels).....	24
4.3 Les techniques préparatoires au travail musculaire.....	25
4.4 Le travail musculaire de type analytique.....	26
4.5 La rééducation de l'articulation.....	29
4.6 La rééducation de la mastication et de la déglutition	29
4.7 La rééducation de la sensibilité et des fonctions sécrétrices.....	30
5. La rééducation en cas de séquelles : syncinésies, co-contractions et spasme de l'hémiface.....	31
6. La rééducation après chirurgie reconstructrice.....	32
6.1 La rééducation après myoplastie d'allongement du temporal.....	32
6.2 La rééducation après anastomose hypoglosso-faciale ou anastomose 7 – 12.....	37
VIII. Les techniques de feed-back.....	40
IX. L'appétence à la communication.....	41
PARTIE PRATIQUE.....	42
I. Problématique et objectif	42
1. Problématique	42
2. Objectif	42
II. Méthodologie.....	43
1. Le questionnaire	43
1.1 Les types de question.....	43
1.2 Les rubriques du questionnaire.....	44

1.3	Le mode d'administration du questionnaire.....	45
1.4	Le recueil des données.....	46
1.5	Les résultats.....	47
1.6	Intérêt pour l'élaboration de la plaquette.....	57
2.	Illustrations de cas.....	58
2.1	Forme et contenu.....	58
2.2	Recueil des données, synthèse des résultats.....	59
2.3	Patients n'ayant pas eu de chirurgie reconstructrice.....	59
2.3.1	Paralysie faciale idiopathique.....	59
2.3.2	Paralysie faciale zostérienne.....	61
2.3.3	Paralysie faciale et affection neurologique.....	63
2.3.4	Paralysie faciale d'origine infectieuse.....	63
2.3.5	Paralysie faciale tumorale.....	64
2.3.6	Paralysie faciale traumatique.....	66
2.3.7	Autres étiologies.....	66
2.4	Patients ayant eu recours à une chirurgie reconstructrice.....	69
2.5	Intérêt pour l'élaboration de la plaquette.....	71
3.	Les difficultés rencontrées.....	72
III.	Elaboration de la plaquette.....	73
1.	Support.....	73
2.	Mise en forme.....	73
3.	Contenu.....	73
4.	Structure de la plaquette.....	74
5.	Utilisation de la plaquette.....	76
	DISCUSSION.....	77
	CONCLUSION.....	79
	GLOSSAIRE.....	80
	BIBLIOGRAPHIE.....	81
	ANNEXES	

Introduction

La Paralyse Faciale Périphérique (PFP) est une pathologie invalidante sur le plan fonctionnel car elle entraîne un trouble de l'articulation, de la déglutition et un défaut de fermeture de l'œil. Elle constitue également une gêne sur le plan esthétique avec une perturbation des mimiques faciales. Enfin, les répercussions psychologiques ne sont pas négligeables.

Outre les traitements médicaux et chirurgicaux, la rééducation orthophonique est également prescrite. L'objectif de cette prise en charge est de rendre de la mobilité aux différents éléments de la face pour que ces derniers puissent être fonctionnels mais aussi pour que le visage puisse retrouver son expressivité, être le reflet des émotions et ressentis du patient.

Ce type de prise en charge fait donc partie du champ de compétences de l'orthophoniste. Néanmoins, la prise en charge des PFP reste une pratique marginale parmi les orthophonistes, souvent peu connue.

Nous nous sommes alors interrogées sur cette méconnaissance et sur la pertinence d'élaborer une plaquette d'information sur le sujet. Cette plaquette devra répondre avant tout à un besoin de la part des professionnels. Dans ce but, afin de connaître leurs attentes et leurs demandes, une enquête sera menée grâce à l'envoi d'un questionnaire spécifique. Pour enrichir la plaquette, nous nous intéresserons à la rééducation de plusieurs patients atteints de PFP.

Dans la première partie de notre étude, nous présenterons, d'une façon théorique, l'anatomie du nerf facial, le diagnostic d'une PFP, les conséquences fonctionnelles ainsi que les différents traitements. Nous étudierons ensuite le bilan orthophonique, le toucher thérapeutique puis la rééducation orthophonique. Nous détaillerons également les techniques de feedback et expliquerons l'appétence à la communication.

Dans la seconde partie, nous exposerons notre démarche dont le but était de s'assurer du besoin d'une plaquette d'information sur la rééducation des PFP. Pour ce faire, nous analyserons les réponses des professionnels à un questionnaire dédié que nous aurons élaboré

spécifiquement. Nous étudierons aussi la rééducation de plusieurs cas cliniques afin d'apporter des éléments rééducatifs à notre plaquette.

Enfin, à partir de notre partie théorique, des réponses au questionnaire et des illustrations de cas, nous élaborerons notre plaquette. Des pistes de discussion et d'ouvertures viendront clore cette étude.

I. Anatomie

Le nerf facial forme avec son homologue controlatéral la septième paire crânienne. C'est un nerf mixte et bilatéral. Il possède des fibres efférentes (fibres motrices et végétatives) ainsi que des fibres afférentes (fibres sensibles et sensorielles).

1. Les fibres efférentes :

1.1 Les fibres motrices :

Le nerf facial prend son origine dans le noyau facial, situé dans le tronc cérébral. Le noyau facial est divisé en deux parties :

- La partie supérieure du noyau va innerver les muscles supérieurs de la face, ils bénéficient d'un contrôle cortical bilatéral.
- La partie inférieure du noyau va innerver la partie inférieure du visage, qui est contrôlée par le cortex controlatéral.

Ainsi, une lésion en amont du noyau (lésions supra-nucléaires et corticales) va entraîner une paralysie du territoire inférieur uniquement car le côté controlatéral (sain) va contrôler les mouvements du territoire supérieur du visage. Ce type de lésion se retrouve dans les Paralysies Faciales Centrales (PFC).

Ensuite, le nerf facial émerge du tronc cérébral, traverse l'angle pontocérébelleux et atteint le conduit auditif interne.

Il pénètre alors dans un canal osseux, appelé Aqueduc de Fallope pour décrire trois portions : la portion labyrinthique, la portion tympanique et la portion mastoïdienne.

Sur son trajet, le nerf facial donne trois branches collatérales motrices :

- Le nerf du muscle de l'étrier qui naît au niveau de la portion mastoïdienne. Il contient les fibres efférentes du réflexe stapédien.
- Le rameau auriculaire postérieur qui naît dans la région rétro-parotidienne. Il se divise en deux rameaux secondaires : l'un ascendant pour les muscles auriculaire postérieur, auriculaire supérieur et pour les muscles de la face interne du pavillon. Ces muscles

auriculaires sont des dilatateurs du conduit auditif externe et des orientateurs du pavillon. L'autre est horizontal et est destiné au muscle occipital.

- Le nerf du stylo-hyoïdien et du ventre postérieur du digastrique naît dans la loge parotidienne. Ces muscles sont essentiellement des élévateurs de l'os hyoïde.

Enfin, le nerf facial devient extra-crânien : il pénètre dans la glande parotide pour donner deux branches terminales, à savoir la branche temporo-faciale, dite branche supérieure et la branche cervico-faciale, dite branche inférieure.

- La **branche temporo-faciale** est la plus volumineuse. Elle donne de nombreux rameaux : les rameaux temporaux, les rameaux zygomatiques et les rameaux buccaux supérieurs.
- La **branche cervico-faciale** est la plus grêle. Elle se divise en plusieurs rameaux au niveau de l'angle de la mandibule : les rameaux buccaux inférieurs, le rameau marginal de la mandibule et le rameau du cou.

Ainsi ces branches terminales vont innerver les muscles cutanés de la face et du cou :

Branche temporo-faciale	Branche cervico-Faciale
Muscle frontal	Muscle risorius
Muscle corrugateur du sourcil	Muscle buccinateur
Partie palpébrale du muscle orbiculaire de l'œil	Muscle orbiculaire de la bouche (inférieur)
Partie transverse du muscle nasal	Muscle abaisseur de l'angle de la bouche
Partie alaire du muscle nasal	Muscle mentonnier
Muscle abaisseur du septum nasal	Muscle abaisseur de la lèvre inférieure
Muscle releveur de l'aile du nez et de la lèvre supérieure	Muscle platysma
Muscle releveur de l'angle de la bouche	
Muscles petit et grand zygomatiques	
Muscle orbiculaire de la bouche (supérieur)	

La physiologie des muscles innervés par le nerf facial (muscles des paupières, des sourcils, du nez, des lèvres et du pavillon de l'oreille) est décrite dans l'annexe I.

1.2 Les fibres végétatives :

L'innervation sécrétoire des glandes lacrymales, nasales, palatines mais aussi des glandes submandibulaires et sublinguales se fait grâce aux noyaux parasymphatiques pré-ganglionnaires.

Ces noyaux peuvent être répartis en deux groupes : le système lacrymo-palato-nasal et le noyau salivaire supérieur.

Les afférences de ces noyaux proviennent des cortex frontaux et amygdaliens et font relais au niveau de l'hypothalamus et des noyaux mésencéphaliques.

1.2.1 Fonction sécrétoire des glandes submandibulaires et sublinguales : le noyau salivaire supérieur :

L'innervation de ces glandes provient du noyau salivaire supérieur. C'est une innervation parasymphatique dont les fibres empruntent le nerf intermédiaire (confondu avec le nerf facial après le ganglion géniculé), le nerf facial, la corde du tympan et le nerf lingual.

Enfin, ces fibres vont se terminer au niveau des ganglions sécrétoires des glandes sous-mandibulaires et sublinguales ainsi qu'au niveau des deux tiers antérieurs de la langue.

1.2.2 Fonction sécrétoire des glandes lacrymales, nasales et palatines : le système lacrymo-palato-nasal :

L'innervation de ces glandes provient du noyau lacrymo-palato-nasal situé dans le tronc cérébral. C'est une innervation parasymphatique dont les fibres empruntent le nerf facial, le nerf grand pétreux superficiel, pour enfin se terminer au niveau du ganglion ptérygo-palatin. C'est à ce niveau que l'on trouve les neurones ganglionnaires dont les axones assurent l'innervation des glandes lacrymales, de la muqueuse nasale et du palais.

2. Les fibres afférentes :

2.1 Les fibres sensibles :

La partie sensitive du nerf facial est composée de neurones ayant leurs corps cellulaires dans le ganglion géniculé. Ces neurones possèdent un prolongement central et un prolongement périphérique :

- Le prolongement central des cellules du ganglion géniculé constitue le nerf intermédiaire de Wrisberg (VII bis) qui se termine au niveau du noyau du tractus solitaire.
- Le prolongement périphérique véhicule les informations sensibles provenant de la zone de Ramsay-Hunt. Cette zone correspond à la conque, le conduit auditif externe et le tympan.

2.2 Les fibres sensorielles :

Les corps cellulaires de ces fibres sont situés au niveau du ganglion géniculé. On peut également parler de prolongement central et de prolongement périphérique :

- Le prolongement central emprunte le trajet de Wrisberg pour se terminer à la partie supérieure du tractus solitaire. A ce niveau, les fibres sensorielles sont alors rejointes par d'autres fibres sensorielles issues de la partie postérieure de la langue et véhiculées par le nerf glosso-pharyngien (IX).

De plus, des rameaux du nerf vague (X) vont enrichir l'information gustative. Les fibres gustatives se projettent au niveau du thalamus. Il existe ensuite une voie gustative thalamo-corticale qui aboutit à la partie inférieure de la pariétale ascendante (aire somesthésique correspondant à la langue).

- Les terminaisons nerveuses périphériques de ces fibres sensorielles sont en contact avec les papilles des deux tiers antérieurs de la langue. Ensuite, ces fibres rejoignent le nerf facial au niveau de sa portion mastoïdienne et remontent jusqu'au ganglion géniculé.

II. Le diagnostic d'une Paralysie Faciale Périphérique (PFP)

Le diagnostic d'une Paralysie Faciale Périphérique (PFP) comprend 3 étapes : la reconnaissance de la paralysie, l'estimation de la gravité et la détermination de l'étiologie (Lannadère & Gatignol, 2011).

1. La reconnaissance de la PFP :

Au cours de l'examen clinique, de nombreux signes vont nous permettre de reconnaître une PFP.

Tout d'abord, les PFP concernent en général, les territoires faciaux supérieur, moyen et inférieur. La paralysie peut être légère ou incomplète (qu'une partie du territoire). Les signes cliniques présents du côté atteint sont : une hypotonie de l'hémiface, une absence de rides frontales, un sourcil abaissé, une fente palpébrale élargie, un abaissement de la paupière inférieure avec ectropion, un effacement du sillon naso-génien, une chute de la commissure labiale et une joue flasque (Couture, Eyoum & Martin, 1997).

Au repos, on remarque que la face du patient est asymétrique. Les mouvements vont exagérer cette asymétrie car il y a une contraction exclusive des muscles du côté sain. On remarque également une asymétrie du tonus lors du gonflement forcé des joues. La mimique émotionnelle, les mouvements spontanés ainsi que les réflexes sont abolis.

Lors de la mastication, le patient peut baver en raison de l'hypotonie labiale (fuite labiale). De plus, en raison de l'hypotonie jugale, les morsures sont fréquentes. On observe également une stagnation des aliments dans le sillon jugal, un tarissement des sécrétions salivaires et une perte du goût.

Certains patients ressentent un changement au niveau de la sensibilité de la face : une impression de picotements, de lourdeur ou de gonflement. Cet aspect sensitif concerne essentiellement la zone entourant la conque de l'oreille.

Dans le cadre des PFP, les signes de Charles Bell, de Babinski, des cils de Souques et de Collet peuvent être présents :

- Le **signe de Charles Bell** est marqué par un déplacement du globe oculaire en haut et en dehors. De plus, la fermeture de l'œil est impossible. Les conséquences étant

gravissimes, le travail au niveau de l'œil est donc une priorité thérapeutique. Avec la rééducation, ce signe doit progressivement disparaître.

- Le **signe de Babinski** correspond à la non-contraction du muscle platysma.
- Le **signe des cils de Souques** se note par la présence plus apparente des cils du côté paralysé.
- Le **signe de Collet** montre un retard du côté atteint lors de mouvements rapides d'occlusion palpébrale.

L'atteinte est dans la majorité des cas unilatérale. Cependant, la paralysie peut être bilatérale comme dans la maladie de Guillain et Barré, dans les polynévrites, les multinévrites, les virus ainsi que la fracture des deux Rochers.

En fonction de la topographie de la lésion, la paralysie est souvent associée à d'autres syndromes tels qu'un déficit cochléaire et vestibulaire, une hypoesthésie dans le territoire du V, une diminution du réflexe cornéen, une atteinte de l'oculomotricité externe, une hypoacousie ou une hyperacousie, un tarissement lacrymal et salivaire, une anosmie ou une agueusie.

Après avoir analysé l'ensemble des signes cliniques, on s'intéresse à la seconde étape du diagnostic : l'estimation de la gravité.

2. L'estimation de la gravité :

La gravité est appréciée par l'examen clinique, associé à l'examen électromyographique (EMG), à l'électroneuronographie (ENOG) mais aussi à l'aide de la classification de House et Brackmann (annexe II).

Tout d'abord, l'examen électromyographique (EMG) va permettre un suivi des patients car cet examen peut être facilement répété. A l'aide d'aiguilles-électrodes insérées dans l'épaisseur du muscle ou d'électrodes de surface collées sur la peau, les potentiels électriques sont enregistrés lors d'un mouvement volontaire ou involontaire.

Il permet d'analyser la vitesse de conduction de l'influx nerveux du nerf facial, d'observer la contraction de chaque muscle et de calculer la perte axonale par comparaison avec le côté sain. C'est l'intensité de la perte axonale et l'évolution qui va permettre de préciser le type de lésion nerveuse ainsi que son pronostic.

Si vers le 10^{ème}, 12^{ème} jour, des potentiels de fibrillation sont présents au repos, ceci traduit l'existence d'une dénervation (activité spontanée aberrante qui se produit au niveau de la membrane des fibres musculaires dénervées).

Lors des contractions, on recherche des potentiels de ré-innervation. Si après 6 mois, 1 an, on observe une absence d'activité électrique ou une grande pauvreté des tracés alors le pronostic est défavorable.

L'électroneuronographie (ENOG) va permettre de connaître le pourcentage de fibres nerveuses détruites (dégénérées) et le pourcentage de fibres nerveuses actives.

Cet examen est considéré comme le meilleur test pronostique au cours des 12 premiers jours (Le Simple, 2002).

Enfin, la classification de House-Brackmann (House-Brackmann Grading Scale) est une échelle qui permet une évaluation globale du fonctionnement moteur de la face. Elle prend en compte le tonus, la symétrie de la face au repos et lors de mouvements volontaires, ainsi qu'une évaluation des séquelles pour qualifier la sévérité de l'atteinte.

Cette classification permet de classer la paralysie en six grades allant de la fonction normale à la paralysie complète (annexe II).

Pour une meilleure utilisation, Lazarini, Mitre, Takatu et Tidei (2006) proposent une représentation graphique schématisée des différents critères de House-Brackmann.

En effet, les illustrations descriptives permettent une évaluation rapide et facilitent la mémorisation.

3. La détermination de l'étiologie :

Contrairement aux Paralysies Faciales Centrales (PFC), les PFP sont dues à des lésions du nerf facial ou de son noyau. Les lésions peuvent être inflammatoires, infectieuses, expansives ou traumatiques.

Selon l'étiologie, on distingue différents types de paralysie faciale :

- Les paralysies faciales idiopathiques ou paralysies a frigore ou paralysies de Bell :

Il est fréquent que la cause ne soit pas trouvée ; on évoque alors une paralysie faciale idiopathique (Bell's palsy en anglais) ou encore paralysie faciale a frigore.

D'après Lamas et Tankéré (2004), il semblerait que 80% des PFP soient diagnostiquées au départ comme idiopathiques, l'incidence annuelle est de 13,5 à 20 pour 100 000 habitants.

Cette paralysie arrive de manière brutale et se complète en 48h. Elle aura souvent tendance à guérir de façon spontanée après quelques jours mais des séquelles pourront persister.

(30% des paralysies faciales idiopathiques vont laisser des séquelles invalidantes pour le patient d'après Lamas et Tankéré, 2004).

- Les paralysies faciales zostériennes ou syndrome de Ramsay-Hunt :

Il s'agit de la réactivation du virus de la varicelle au niveau du ganglion géniculé. C'est la deuxième cause de paralysie faciale.

- Les paralysies faciales d'origine infectieuse :

La paralysie faciale est secondaire à une maladie infectieuse de type rougeole, oreillons, tuberculose, paludisme, syphilis, sida (toxoplasmose) ou encore maladie de Lyme.

- Les paralysies faciales traumatiques :

La paralysie faciale est alors secondaire à une fracture du Rocher, ou à des plaies de la région parotidienne ou encore suite à une chirurgie du Rocher, de l'angle ponto-cérébelleux ou de la glande parotide.

- Les paralysies faciales tumorales :

La paralysie est alors d'apparition progressive et est secondaire à une tumeur du nerf facial (neurinome) ou une tumeur de voisinage comprimant le nerf.

- Les paralysies faciales otitiques :

Elle est secondaire à une otite moyenne aiguë, une otite moyenne chronique ou une otite externe maligne nécrosante.

- Les paralysies faciales dans le cadre de maladies générales ou d'infections neurologiques :

La paralysie faciale peut être secondaire à des maladies de type diabète, à la maladie de Goujerot-Sjogren, au syndrome de Guillain-Barré ou encore à des vascularites (Maladie de Horton).

- Les paralysies faciales du nouveau-né et de l'enfant :

Elles sont peu visibles chez le nouveau-né car le tonus est très important mais elles se voient lors des cris ou des pleurs.

Elles peuvent être traumatiques lors de l'accouchement, congénitales (cas du syndrome de Moebius) ou idiopathiques pour les enfants et adolescents.

Un diagnostic précis est essentiel pour la prise en charge car la PFP est à l'origine de nombreux troubles fonctionnels.

III. Les conséquences fonctionnelles

1. Le trouble des mimiques et les répercussions psychologiques :

On observe un trouble des mimiques. Il est très important de ne pas négliger la perturbation de la communication non verbale (mimiques, expressions et sentiments) car des troubles psychologiques sont souvent présents et peuvent faire l'objet d'un suivi psychologique (perte de l'estime de soi, processus dépressif).

2. Le trouble de l'articulation :

Le patient présente un trouble de l'articulation, essentiellement sur les bilabiales [p], [b] et [m], dû à un défaut d'occlusion labiale. On observe un écoulement d'air, ce qui rend les consonnes moins explosives. De plus, la joue du côté paralysé est hypotonique donc elle oppose moins de résistance et se gonfle lors de la production de ces phonèmes.

On observe également des difficultés à produire les labiodentales [f] et [v] car la lèvre inférieure est hypotonique donc elle modifie la vitesse et la direction de l'écoulement de l'air.

On peut observer parfois un manque de motilité des lèvres, donc des difficultés sur les voyelles étirées [i] et [é] et sur les voyelles antérieures [ou] et [u].

3. Le trouble de la déglutition et du goût :

On peut observer un trouble de la déglutition ; en effet, dans les paralysies de forme complète, le premier temps de la déglutition est très perturbé. Le patient a des difficultés pour retenir les liquides car la fermeture des lèvres est inefficace.

De plus, on observe une stagnation des aliments du côté paralysé entre la joue et la gencive. Le patient peut également avoir tendance à se mordre la joue, dû à l'hypotonie jugale.

L'atteinte du nerf facial va provoquer un trouble du goût (agueusie ou dysgueusie). De plus, la sensibilité olfactive est souvent diminuée.

On observe également un tarissement des sécrétions car les glandes salivaires et lacrymales sont moins productives.

4. L'inocclusion palpébrale et l'hypoesthésie de la zone de Ramsay-Hunt :

Le nerf facial VII sensitif, appelé VII bis ou intermédiaire de Wrisberg, innerve la zone de Ramsay-Hunt donc son atteinte va entraîner une hypoesthésie de cette zone.

De plus, le nerf facial est indispensable au fonctionnement correct des structures faciales comme la protection cornéenne. L'inocclusion palpébrale est une priorité dans la rééducation car les conjonctivites ou les kératites sont fréquentes.

5. Les éventuelles complications : syncinésies, co-contractions et hémispasme :

Au cours de la rééducation, des séquelles telles que les syncinésies, les co-contractions et le spasme de l'hémiface peuvent apparaître :

Les syncinésies (ou mouvements associés) sont des contractions coordonnées et involontaires d'un groupe de muscles, lors de l'exécution de mouvements volontaires ou réflexes d'un autre groupe musculaire. Il s'agit d'une erreur d'aiguillage des fibres de régénération. Le type le plus fréquent est les co-contractions œil-bouche ou bouche-œil. Pour éviter ce type de complications, il est très important au cours de la rééducation de travailler en séparant chaque groupe musculaire et en effectuant des mouvements lents.

Le spasme de l'hémiface correspond à une contraction spasmodique, involontaire, intermittente et irrégulière des muscles de l'hémiface paralysée. Les symptômes débutent généralement au niveau du muscle orbiculaire de l'œil, pour s'étendre ensuite à la joue, puis à la région péri-orale et enfin atteindre en quelques mois ou quelques années toute l'hémiface concernée.

Le spasme de l'hémiface peut correspondre également à un mouvement anormal accompagné d'une contracture musculaire. Il s'agit en règle générale d'une distorsion entre les territoires supérieur et inférieur. Par exemple, la fermeture de la paupière provoque un étirement de la commissure labiale, accompagné parfois d'une contraction du menton et du cou. A l'inverse, les mouvements de protraction des lèvres ou de pincement entraînent la fermeture parfois complète de l'œil et une contraction du frontal et du sourcilier. C'est un signe clinique qui se

manifeste dans les cas de paralysies sévères, qui récupèrent lentement et de façon non homogène.

IV. Les traitements

1. Les traitements médicaux :

- Les corticoïdes :

Ils sont prescrits dans le cadre des paralysies faciales idiopathiques, zostériennes, inflammatoires et traumatiques. Dans le cas de paralysies idiopathiques ou zostériennes, ils ont pour rôle de réduire l'inflammation nerveuse. Dans le cas de paralysie faciale inflammatoire, la corticothérapie est associée au traitement de fond de l'affection. Enfin, pour une paralysie faciale traumatique, la corticothérapie est d'emblée administrée puis la gravité sera ensuite précisée.

Aujourd'hui, l'efficacité des corticoïdes est un sujet controversé par de nombreux auteurs.

- Les collyres et pommades :

L'œil nécessite des soins quotidiens : un collyre sous forme de gel, une pommade ophtalmique contenant de la vitamine A sont alors prescrits ainsi que des larmes artificielles. Puis, si l'œil ne se ferme pas, il faut impérativement le fermer la nuit avec du « stérilstrip » pour éviter le dessèchement de la cornée qui entraînerait une conjonctivite et/ou une kératite.

- Les antidépresseurs :

Ce traitement peut être envisagé en cas de troubles psychologiques.

- La toxine botulique :

Tout d'abord, les injections se font au minimum six mois après l'apparition de la paralysie faciale. D'après Lannadère et Gatignol (2011), la toxine botulique est proposée dans trois situations : pour une meilleure symétrie du visage par des injections, pour protéger la cornée par des injections dans le releveur de la paupière et enfin dans le traitement des syncinésies et des spasmes.

Dans le cadre des syncinésies ou des spasmes, le patient est généralement soulagé deux à quatre jours après l'injection et l'effet peut durer jusqu'à six mois. Enfin, des injections répétées sont nécessaires pour éviter les récurrences (May, Croxon & Klein, 1989).

Selon l'étude de Bulstrode et d'Harrison (2005), l'injection de toxine botulique, au niveau du front et de l'orbiculaire, entraînerait une amélioration significative de la symétrie faciale, une augmentation de l'estime de soi et l'acceptation de sorties dans des lieux publics.

Cependant, les injections entraîneraient de légers effets secondaires (difficultés pour boire, mâcher, difficulté à parler ou à sourire) principalement durant les quinze premiers jours (De Maio & Bento, 2007).

2. Les traitements paramédicaux :

Avant toute chirurgie, associée au traitement médical, la rééducation kinésithérapique et orthophonique sont prescrites.

3. Les traitements chirurgicaux :

- La tarsorrhaphie :

A long terme, en cas de séquelle au niveau de l'œil, le patient peut avoir recours à une chirurgie palpébrale.

Quand la cornée est très abîmée en raison de l'assèchement, le chirurgien fait une suture partielle de la paupière inférieure et de la supérieure. Le tiers interne de l'œil est laissé ouvert pour permettre la vue et l'écoulement lacrymal.

Cette chirurgie a des conséquences fonctionnelles mais aussi esthétiques. L'immobilisation des paupières entraîne une récupération motrice plus longue. De plus, l'asymétrie faciale est accentuée car les deux tiers externes de l'œil sont fermés.

La plupart du temps, elle est provisoire et les points de suture sont retirés lorsque la récupération motrice est définitive. Cependant, dans certains cas, la tarsorrhaphie est définitive.

- La décompression du nerf facial :

Cette opération est plutôt réservée aux PFP dues à une fracture du Rocher ou à des otites chroniques.

Cette technique chirurgicale est rarement indiquée dans les cas de paralysies faciales a frigore car en plus du risque opératoire, les résultats sont peu significatifs sur le plan fonctionnel (Couture et al. 1997).

Elle peut aussi être pratiquée en cas d'aggravation d'une paralysie d'origine œdémateuse ou en cas d'état stationnaire, si après trois semaines de traitement, une contraction musculaire inférieure à 3 microvolts à l'EMG est présente.

- Les chirurgies reconstructrices : La greffe facio-faciale (VII-VII), L'anastomose VII – XII et la myoplastie d'allongement du temporal :

La chirurgie reconstructrice est proposée en cas d'absence de récupération fonctionnelle. Avant d'avoir recours à ce type de chirurgie, il faut savoir qu'un nerf périphérique peut mettre jusqu'à trois ans pour se régénérer (Couture et al. 1997).

La chirurgie vise à rétablir une certaine mobilité du visage et une certaine symétrie faciale, notamment au niveau du front, des paupières et de la joue.

La greffe facio-faciale (VII-VII) :

La greffe facio-faciale (VII-VII) consiste à reconnecter le noyau facial aux branches périphériques par une suture nerveuse directe ou par l'interposition d'un greffon nerveux prélevé sur les nerfs sensitifs grand auriculaire ou sural.

La greffe nerveuse, effectuée dans de courts délais chez des patients jeunes ou d'âge moyen, permet d'obtenir des résultats très satisfaisants (Pasche, 2011).

Comme l'indiquent Labbé, Bardot et Krastinova (1998), la suture nerveuse est cependant plus lente après une greffe qu'après une simple suture nerveuse. Classiquement, on considère que la récupération est de 1 mm par jour.

Enfin, des syncinésies peuvent apparaître dues aux erreurs d'aiguillage des axones recolonisant la greffe et à l'absence d'organisation somatotopique du nerf facial. Ceci explique que plus la greffe est réalisée en périphérie, meilleurs seront les résultats.

L'anastomose hypoglossofaciale ou anastomose VII-XII :

Cette technique n'utilise qu'une partie du nerf hypoglosse pour ainsi préserver la fonction linguale. Le délai entre le début de la paralysie faciale et l'opération doit être le plus court possible, inférieur à quatre ans car au-delà les résultats en sont aléatoires (Gatignol, 2004).

L'anastomose hypoglossofaciale consiste à greffer une partie du grand hypoglosse (XII) au nerf facial (VII) d'où l'appellation anastomose VII – XII.

Cette opération est proposée lorsque le tronc du nerf facial ne peut plus être réparé par suture directe ou par greffe. Les branches périphériques du nerf facial doivent cependant être intactes.

Le chirurgien prélève une partie du grand hypoglosse à la base de la langue et procède à l'anastomose sur la partie sectionnée du nerf facial. Les premiers signes de récupération sont visibles un mois après la chirurgie.

Cette technique chirurgicale permet d'obtenir le plus souvent une face symétrique au repos, un sourire volontaire avec parfois une certaine spasticité et une protection cornéenne.

Par la suite, la récupération est longue et souvent incomplète : les syncinésies et/ou les co-contractions peuvent être nombreuses.

La myoplastie d'allongement du temporal :

Cette chirurgie est réservée aux PFP qui vont affecter, de façon irréversible et à plus de 50% la force des muscles élévateurs de la commissure labiale. Ainsi, le but principal de cette intervention est la réhabilitation du sourire.

Le muscle temporal est innervé par le nerf trijumeau (V) et reste donc fonctionnel dans le cas d'une paralysie faciale. C'est l'un des quatre muscles masticateurs ; il élève la mandibule lors de la mastication.

Le transfert de ce muscle sur la commissure labiale paralysée permet la suspension de celle-ci et la réanimation des fonctions labiales.

Suite à l'opération, le patient va récupérer une symétrie faciale due à la suspension de la commissure et à la réanimation labiale et jugale. La respiration nasale est également améliorée.

Les inconvénients sont les suites opératoires sur deux mois : le visage est tuméfié et l'ouverture de la mâchoire est réduite.

Le contenu de la rééducation est intense, il est très important d'effectuer des exercices quotidiens à domicile sans forçage musculaire afin d'éviter les complications.

Nous détaillerons ensuite le bilan pré et post-opératoire ainsi que la rééducation suite à ce type de chirurgie.

V. Le bilan orthophonique

Ce bilan permet de quantifier le degré d'atteinte du patient puis de préciser le déficit moteur et fonctionnel (Lannadère & Gatignol, 2011). Le professionnel proposera alors une prise en charge adaptée qui se modifiera en fonction de la récupération du patient.

1. L'entretien avec le patient :

Comme tout bilan orthophonique, la première partie est consacrée aux renseignements administratifs : le nom, le prénom, l'adresse, la profession, le numéro de sécurité sociale etc.

Puis, on s'intéresse à l'histoire de la paralysie faciale : la date d'apparition, le mode d'installation (brutal, progressif), les circonstances (chirurgicales, accidentelles...) ainsi que les différents traitements (ophtalmologique, stomatologique, neurologique...).

On interroge le patient sur ses différentes gênes, ses sensations (« sensation d'avoir un visage très dur », « avoir des douleurs, des picotements, des raideurs »...) mais aussi sur les sécrétions lacrymales et salivaires (hyposécrétion ou hypersécrétion...).

On veut savoir s'il y a un trouble des mimiques (« est-il gêné dans sa communication sociale ? » « un trouble des mimiques est-il présent ? »...) et d'articulation. On s'intéresse également aux 5 sens, s'il y a un trouble, une baisse ou s'il n'y a pas eu de changement dans leur fonctionnement.

Enfin, on prend en compte l'alimentation, la déglutition et la mastication (« a-t-il modifié son alimentation ? Trouble de la déglutition ? De la mastication ? »...). L'interrogatoire du patient doit être très précis.

Par ailleurs, tout au long du bilan, il est essentiel de prendre le temps d'écouter son patient : ses plaintes et ses ressentis (des picotements, des raideurs, des douleurs...) car au cours de la rééducation, le patient va ressentir de nouvelles sensations.

Il faut donc prendre en compte les signes subjectifs, les gênes ressenties par le patient en fonction des moments de la journée, des conditions climatiques, des situations (au téléphone, pendant la lecture, au cours d'une conversation etc.). En effet, il est important de s'intéresser au point de vue subjectif du patient et à l'impact de sa PFP dans sa vie quotidienne, sociale et professionnelle.

2. L'examen du tonus musculaire :

Selon A. Maertens (1998, p1), « *le tonus est la résistance ressentie par l'examineur lorsqu'il mobilise passivement un segment du membre du patient* ». On peut observer une hypertonie, c'est-à-dire une résistance excessive par rapport à la norme ou dans le cas contraire, une résistance trop amoindrie par rapport à la norme, appelée hypotonie.

On note la tonicité des muscles de la face, du cou et de la langue. L'observation des rides frontales, du sillon naso-génien et de la commissure labiale va nous renseigner sur l'état tonique du visage.

Enfin, pour faire une évaluation rapide et objective du sphincter buccal et du tonus global de la face, on peut utiliser un dynamomètre (Lannadère & Gatignol, 2011).

3. L'évaluation de la force musculaire :

Ensuite, on évalue la force musculaire de chaque muscle de manière séparée (évaluation locale) à l'aide d'une cotation de 0 à 3 proposée par G. Freyss (annexe III).

On demande au patient de réaliser des mouvements (par exemple : « lever les sourcils », « sourire à pleines dents ») et on cote selon la force musculaire.

La cotation va de 0 : rien à l'œil nu (aucune contraction) à 3 : mouvement contre résistance. Ce test est très simple d'utilisation (c'est une grille) et très rapide à faire passer.

4. L'examen des mouvements fonctionnels :

Enfin, on fait un examen des mouvements fonctionnels : on demande au patient de réaliser certains gestes (sourire, cligner des yeux) et on observe si ces mouvements sont possibles, limités ou impossibles. Les mouvements demandés vont solliciter le visage, la mandibule, la langue et le cou.

En fonction de notre observation au cours de l'examen clinique et des gênes décrites par le patient, on peut réaliser différents examens complémentaires.

5. Les examens complémentaires : l'examen des mimiques, l'examen articulaire, l'examen de la mastication, de la déglutition et du souffle :

Au cours de l'examen des mimiques, on se renseigne sur l'expressivité antérieure du patient pour savoir si elle a été modifiée ou non. On observe tout d'abord les mimiques du

patient en spontané lors d'une conversation. Puis, on lui fait réaliser des mimiques (de joie, de tristesse, de dégoût, de surprise) sur ordre puis sur imitation.

Au cours de l'examen articulatoire, on utilise la répétition des phonèmes [b], [p] et [m]. Ces consonnes bilabiales vont nous renseigner sur l'occlusion labiale. En général, elles sont atteintes en priorité.

Puis, avec les consonnes labiodentales [f] et [v], on observe la tonicité de la lèvre inférieure ainsi que le souffle.

Enfin, les voyelles [i], [é], [ou] et [u] nous donnent l'aperture buccale et l'étirement labial.

On s'intéresse également à la motilité linguale en faisant répéter des syllabes avec des occlusives apicodentales ou des constrictives apicoalvéolaires ou encore des occlusives dorsovélares [ta-ta-ta, la-la-la, da-da-da, ka-ka-ka...].

La motilité labiale est analysée en utilisant des bilabiales [pa-pa-pa, map-map-ma...]. Enfin la motilité vélaire est évaluée en opposant une voyelle orale et une voyelle nasale [[a]-[an], [o]-[on], [é]-[in]] ou en faisant répéter des mots comme « parent, coton et pépin ».

Lors de l'examen de la mastication et de la déglutition, on observe si la déglutition des solides et des liquides est possible, si le larynx s'élève, si le réflexe nauséeux et de toux sont présents, si le souffle est synchronisé et si la sensibilité au chaud, au froid, au salé, à l'amertume, à l'acidité et au sucré est présente.

Au cours de l'examen du souffle, sur imitation, on demande au patient d'avoir une expiration nasale, buccale, une inspiration nasale, buccale...

6. Les résultats des examens pratiqués par d'autres professionnels :

Le patient a généralement passé plusieurs examens. Les résultats apportent des informations parfois nécessaires à la prise en charge du patient.

L'électromyographie (EMG) constitue une aide précieuse au cours de la rééducation car elle indique s'il y a une éventuelle ré-innervation.

Le réflexe stapédien correspond à la contraction réflexe du muscle de l'étrier rendant la chaîne tympano-ossiculaire plus rigide afin de protéger l'oreille interne des bruits supérieurs à 80/100 décibels. Son étude en audiométrie va permettre de savoir s'il y a ou non une atteinte au niveau de l'oreille moyenne.

Le test d'électrogustométrie (test de Blatt) explore la corde du tympan qui est responsable de l'innervation gustative des deux tiers antérieurs de la langue. L'examen s'effectue au moyen d'une stimulation électrique au bord latéral de la langue ; l'intensité de la stimulation est progressivement augmentée jusqu'à détermination du seuil de perception. Une différence de seuil supérieure à 50% entre les deux héli-langues est pathologique.

Le test de Schirmer nous renseigne sur la capacité lacrymale des yeux. C'est un bon indicateur pour savoir si l'œil peut supporter la lubrification que demande le port de lentilles cornéennes. Le patient respire de l'ammoniac, et une certaine quantité de larmes est recueillie sur des bandelettes. S'il y a une différence de 50% entre les deux bandelettes (gauche-droite) ; alors c'est pathologique, il y a donc une atteinte de l'œil.

7. Les échelles parfois utilisées pour l'évaluation :

Facial grading system ou encore Toronto grading system (Ross et al., 1996) :

Ce système permet l'évaluation de la symétrie au repos, du degré de contraction volontaire des différents muscles faciaux et du degré de syncinésies associé à chacun des mouvements volontaires spécifiques.

Les différents territoires musculaires sont examinés séparément en utilisant cinq pressions standards (correspondant aux cinq rameaux faciaux).

L'intérêt de cette échelle est qu'elle intègre les syncinésies et/ou les co-contractions. Mais l'inconvénient est la part de subjectivité de l'observateur.

Echelle de motricité bucco linguo faciale (Gatignol & Lannadère, 2010) :

Cette échelle évalue la contraction des différents muscles de la face, au niveau de l'œil, des joues, des mandibules, des lèvres et de la langue.

Elle est particulièrement utilisée lors de l'évaluation après une anastomose 7-12 car seule cette échelle prend en compte l'évaluation linguale (Gatignol, Lannadère, Bernat, Tankéré & Lamas, 2011).

Pour finir, il ne faut pas oublier que le patient ayant une paralysie faciale peut être amené à consulter un dentiste, un stomatologue, un neurologue, un ORL, un ophtalmologue, un orthodontiste ainsi qu'un chirurgien. C'est donc une prise en charge multidisciplinaire où les relations interprofessionnelles sont nombreuses et permettent un meilleur suivi du patient.

VI. Le toucher thérapeutique en orthophonie

Contrairement à la plupart des rééducations orthophoniques, la rééducation des paralysies faciales utilise des techniques où le thérapeute est en contact avec son patient. Il semble alors intéressant d'évoquer le toucher thérapeutique.

D'après J.C. Farenc (2008, p80), sous l'expression « toucher thérapeutique », il y a un double sens : la notion de « toucher » qui renvoie à un contact physique, à l'affect, tandis que le terme de « thérapeutique » renvoie clairement au soin avec une connotation technique.

Au sein des rééducations orthophoniques, l'acte de toucher est un acte de soin. Le toucher va permettre à l'orthophoniste de mieux cerner les difficultés du patient, de renforcer le groupe musculaire lésé, de lever des tensions ou d'apaiser certains spasmes en accompagnement des autres moyens thérapeutiques. Il faut également respecter le seuil de sensibilité et de tolérance du sujet.

Comme le dit G. Capet (2008, p10), « *le toucher dans le travail de l'orthophoniste m'a vraiment aidée car il m'a permis de retrouver des sensations perdues* ». Cette citation montre que le toucher est ressenti à la fois par le soignant mais également par le patient.

Par ailleurs, les gestes effectués sur le patient peuvent être vécus comme une intrusion, il est donc très important d'expliquer l'intérêt de ces derniers au patient et surtout d'avoir son accord. Comme l'indique L. Mouton (2008, p58), « *A notre époque où tout contact peut être interprété comme une agression voire une atteinte à l'intégrité corporelle, jamais un patient, quel que soit son âge, n'a refusé d'être touché si l'empathie et le professionnalisme sont au rendez-vous* ».

Ainsi, une « distance thérapeutique » doit s'installer pour permettre au praticien de garder du recul et de rester dans le champ thérapeutique sans tomber dans l'affect. Le patient conserve donc sa liberté. Il n'y a pas de fusion mais simplement un travail qui passe par le toucher.

Dans la rééducation des paralysies faciales, le toucher tient une place essentielle. L'objectif est de limiter les mouvements musculaires trop importants ou trop globaux par des stimulations ciblées et spécifiques. Puis, par l'intermédiaire du toucher, on va pouvoir repérer les spasmes et les hypertonies. Le toucher est donc un outil supplémentaire et complémentaire à la rééducation orthophonique des PFP.

VII. La rééducation orthophonique d'une PFP

1. Les objectifs et le plan de rééducation :

L'objectif de la rééducation est d'une part de rétablir, du mieux possible, les mouvements subtils du visage qui sont la base de l'expression et de la communication. D'autre part, la rééducation devra permettre de restaurer l'équilibre du visage au repos.

D'après J. Diels (2000), la rééducation doit également permettre l'amélioration de l'estime de soi, de la qualité de vie du patient ainsi que l'acceptation de soi.

Le plan de la rééducation va s'établir en fonction du bilan orthophonique ; c'est-à-dire de l'examen articulaire, du souffle, de la mastication, de la déglutition, de la sensibilité, des mimiques faciales ainsi que des mouvements fonctionnels.

La rééducation doit débiter le plus précocement possible même s'il n'y a pas de réponse clinique significative. De nombreux conseils seront donnés au patient sur les gestes à éviter, l'évolution et le risque éventuel de séquelles.

Chaque rééducation est individuelle et personnalisée. De plus, le patient doit être acteur de sa rééducation, il est amené à effectuer certaines praxies ou stimulations faciales. Il doit être motivé et bien respecter les conseils donnés.

2. Les principes de base de la rééducation des PFP :

Nous agissons selon différents principes : tout d'abord, on respecte **une dissociation entre le territoire supérieur et inférieur**. L'orthophoniste cible un territoire à travailler (inférieur ou supérieur) et les mouvements effectués dans ce territoire ne doivent pas entraîner des mouvements dans l'autre territoire.

De plus, les mouvements doivent être effectués **lentement, sans forçage** et alternés avec **des phases de détente**. Le côté sain doit être bloqué car il a tendance à effectuer tous les mouvements avec une force considérable du fait de la non-résistance de l'autre hémiface. On pourra pour cela appliquer le plat de la main sur le côté sain en bloquant tout mouvement.

On distingue différentes zones, différents groupes musculaires qui correspondent au trajet du nerf facial ; chaque muscle est abordé **séparément**, étage par étage et de haut en bas.

Au cours des séances, l'orthophoniste a recours à des **moyens de facilitation**, comme l'imitation ou l'imagerie mentale pour aider le patient à mobiliser certaines zones musculaires.

3. Le matériel :

Au cours de la rééducation, nous pouvons utiliser des crèmes pour les stimulations oro-faciales. Ainsi, les doigts ne rentrent pas directement en contact avec la peau car parfois cela peut s'avérer douloureux.

Pour le travail en endobuccal, on utilise un doigtier ou un gant de chirurgien.

Selon I. Eyoum (2012), nous allons utiliser « les 3 B », c'est-à-dire des Ballons de baudruche, des Boutons de diamètres différents et des Bâtonnets (abaisse-langue).

On peut également utiliser des pailles, des bougies, un miroir, un vibreur, un électrofeedback, des haltères labiaux et linguaux ainsi que des brosses à dents (pour stimuler les bords de langue).

4. La rééducation des paralysies faciales flasques, hypotoniques :

Ce sont généralement des patients vus précocement. La rééducation va permettre d'obtenir des mouvements harmonieux et automatiques tout en surveillant l'apparition d'éventuelles séquelles. On cible une ré-organisation équilibrée, sans forçage et sans électrostimulation.

Avant de détailler la rééducation, nous allons étudier les différents stades par lesquels passera le patient au cours de sa rééducation.

4.1 Les différents stades de rééducation :

Pour suivre la rééducation, M. Barat décrit 3 stades de rééducation (le stade passif total, le stade passif assisté et le stade actif) auxquels G. Couture, I. Eyoum et F. Martin en ont ajouté deux autres (le stade actif-assisté et le stade final).

Tout d'abord, lors du **stade passif total**, on n'observe aucun mouvement des muscles. L'orthophoniste imprime le mouvement puis laisse la fibre se relâcher. Il n'y a aucune participation du patient.

Ensuite, lors du **stade passif-assisté**, le patient se regarde dans un miroir et essaye de lancer la programmation du mouvement lui-même. Dès que le moindre frémissement est perçu, l'orthophoniste accompagne le geste en le maintenant légèrement quelques secondes supplémentaires afin de solliciter l'attention visuelle et cognitive du patient. Ce dernier doit avoir une demande au niveau cognitif (ex : « je veux sourire ») et l'orthophoniste exécute le mouvement sur le côté atteint, ainsi le cerveau retrouve le lien de connexion. Au cours des mouvements, la symétrie du visage doit être bien respectée.

Au cours du **stade actif-assisté**, on va apercevoir une ébauche de mouvement sur le côté atteint. Ce mouvement, ou plutôt cette ébauche, est donc accompagnée. Ainsi le patient ébauche le mouvement et l'orthophoniste le termine. L'orthophoniste maintient le côté sain pour éviter une attraction par celui-ci et/ou une hypertonie.

Au **stade actif**, le mouvement est alors possible mais ne peut être réalisé avec une force opposée. Le patient travaille seul, devant la glace et surtout sans forçage.

Enfin, au **stade final**, le mouvement est réalisé contre résistance.

La durée de chacun des stades est variable selon les patients. Le passage par ces stades ainsi que le respect de leur durée est fondamentale pour éviter des co-contractions, voire des spasmes (Lannadère & Gatignol, 2011).

4.2 La Méthode du Neuromuscular Retraining (NMR, Jacqueline Diels) :

Au cours de la rééducation, nous allons suivre les principes de la méthode du Neuromuscular Retraining (NMR).

Tout d'abord, la NMR a pour objectif de développer le contrôle cortical dans les mimiques faciales mais aussi de réhabiliter le sourire dans les situations de communication de la vie quotidienne.

Les mouvements sont initiés lentement et exécutés graduellement. Ainsi, le patient peut observer et modifier l'aspect, la force et la vitesse des mouvements. Cette lenteur d'exécution va permettre d'inhiber les syncinésies ou les co-contractions.

Puis, le patient réalise des petits mouvements pour limiter l'hyperactivité des muscles voisins et ainsi permettre une contraction isolée du muscle cible. Avec la pratique de petits mouvements, la coordination s'améliore.

Enfin, la symétrie permet de renforcer les réponses physiologiques normales et ainsi éviter les contractures excessives des muscles de l'hémiface saine.

La lenteur d'exécution, la pratique de petits mouvements et de mouvements symétriques sont les trois principes fondamentaux de cette méthode. Enfin, pour la réussite de la rééducation, le patient doit être motivé et participer à sa rééducation de manière active ; il doit effectuer chaque jour ses exercices.

4.3 Les techniques préparatoires au travail musculaire :

Avant de passer au travail musculaire, on pratique de la relaxation en particulier du visage, du cou et des épaules.

Puis, des stimulations faciales sont réalisées en début de chaque séance dans le but d'échauffer et d'assouplir la fibre. Elles peuvent également être proposées en fin de séance pour détendre et relâcher. Il s'agit d'effleurage sans force excessive avec des étirements lents et sans relâchement brusque.

Les différentes techniques (empaumage, pétrissage, effleurement, lissage, stretching et décollement) vont faciliter la circulation sanguine pour échauffer ou relâcher les fibres musculaires. Il est essentiel de respecter le sens de la fibre : les stimulations faciales vont donc se pratiquer du centre du visage vers l'extérieur, et se font muscle par muscle ou groupe musculaire par groupe musculaire.

Pour éviter l'hypertonie, des stimulations faciales peuvent aussi être effectuées sur le côté sain. La durée moyenne des stimulations faciales est de 10, 15 minutes pas plus mais en continu pendant les 18 mois en moyenne de prise en charge. Le patient doit réaliser ces stimulations faciales tous les jours.

A la suite du bilan, on définit le choix des axes de stimulations faciales qui seront modifiés en fonction de la récupération.

La vibrothérapie ainsi que la thermothérapie sont également des techniques qui préparent au travail musculaire.

Le patient peut appliquer des compresses chaudes sur son hémiface paralysée. Ceci va permettre le relâchement musculaire. Ce sont des plaques chauffantes que l'on achète en parapharmacie. La stimulation par le chaud va permettre d'augmenter l'élasticité de la fibre (thermothérapie).

Puis, l'utilisation d'un appareil à vibrations de basse fréquence (100Hz) peut contribuer à un travail des fibres en profondeur. L'appareil ne peut pas être utilisé chez des patients ayant des problèmes cardiaques ou porteurs de piles implantées (Parkinson, surdité).

Toutes ces techniques vont préparer au travail musculaire. En effet, de nombreux auteurs soulignent l'importance de la détente du visage avant tout travail musculaire (Couture et al. 1997).

4.4 Le travail musculaire de type analytique :

Le travail est basé sur des exercices pratiques. En début de prise en charge, les exercices se font en simultané (mouvements de sourcils, des paupières, des narines) puis alternativement.

Ensuite, avec l'évolution de la prise en charge, on remplacera les exercices simultanés et alternés par des exercices dissociés, par exemple : lever les sourcils (mimique d'étonnement) tout en faisant un sourire.

En effet, suivant le stade de rééducation, on voudra, par l'intermédiaire des exercices, obtenir un mouvement sur le visage, faire un travail avec une résistance de plus en plus importante, ou travailler l'alternance de mouvements droite/gauche tout en respectant la symétrie du visage.

On distingue des zones précises allant du muscle frontal au muscle du menton : la zone front-œil, la zone nez-joue et la zone bouche-menton-cou.

Pour commencer, nous allons aborder **la zone front-œil**. Au début de la rééducation, le travail de l'œil est prioritaire. En effet, l'œil est fragilisé par l'absence de fermeture des paupières, donc les kératites et les conjonctivites sont très fréquentes. L'objectif prioritaire est d'obtenir la fermeture de l'œil.

On peut à l'aide de deux doigts maintenir l'œil en position de fermeture, et on essaye en même temps de l'ouvrir puis on relâche. Ainsi, l'œil se ferme instantanément. Cet exercice consiste à créer une force d'opposition pour déclencher en retour une ébauche de mouvement du muscle abaisseur antagoniste par réaction réflexe.

Puis, on peut demander au patient de fermer fortement les yeux. Si la fermeture est incomplète, le fait de pencher la tête vers l'arrière et de regarder vers le bas (vers le sol) améliore celle-ci.

Pour travailler le muscle frontal, on peut demander au patient de lever les sourcils. On observe si une activité musculaire au niveau des cervicales est présente. En effet, le muscle frontal part du front et descend jusqu'aux cervicales. Si le patient présente des difficultés, l'imagerie mentale du mouvement peut être utilisée : « faire comme s'il était étonné, émerveillé ».

On peut également demander au patient de froncer les sourcils, comme s'il était mécontent ; le muscle procérus est alors sollicité.

Pour tous ces exercices, il faut surtout bien surveiller les syncinésies possibles au niveau de la bouche.

Au niveau de **la zone nez-joue**, on observe une atteinte importante des releveurs des narines dans la plupart des PFP. L'aile du nez est alors plate et collée à la paroi nasale, la respiration nasale n'est souvent possible que du côté sain.

Lors des exercices, il va falloir maintenir le côté sain de manière efficace afin de ne faire travailler que le côté atteint. On demande alors au patient de plisser le nez en relevant les narines, ce qui correspond à une mimique de dégoût. Le releveur des ailes du nez est alors sollicité.

Au niveau de la joue, il y a systématiquement une paralysie des muscles (le risorius, le grand et le petit zygomatique) ; la joue est flasque. Lors de la production de phonèmes bilabiaux, on observe un gonflement involontaire de celle-ci.

Il est très important de travailler l'opposition traction/allongement, car en l'absence de mouvement et de stimuli nerveux, une atrophie des muscles de la joue apparaît rapidement.

Dans le cas des paralysies longues à récupérer, après la période d'hypotonie musculaire, la joue se tend, se durcit et les mouvements de protraction des lèvres sont difficiles car les muscles zygomatiques se sont raccourcis. Ainsi, le travail de la joue va permettre la restauration de la mastication et du sourire.

On peut également « entraîner » la joue en plaçant un abaisse-langue entre les dents et la joue et exercer une pression vers l'extérieur de la joue (travail du petit, grand zygomatiques et du

risorius). Enfin, dès l'apparition d'une contraction, on peut travailler le sourire. Il est d'abord réalisé lèvres fermées, devant un miroir pour contrôler l'homogénéité et la symétrie de ce dernier. Au début, le sourire est toujours accompagné de son mouvement antagoniste, c'est-à-dire l'avancement des lèvres vers l'avant. Lorsque le sourire devient plus ample, pour travailler l'endurance, le patient peut faire un sourire pendant 10 secondes. Puis, le patient peut s'entraîner en faisant un sourire dents serrées et lèvres ouvertes et enfin un sourire bouche grande ouverte.

Le travail de la joue est indissociable de celui des lèvres. En effet, lors du gonflement des joues, la fermeture labiale doit être efficace. Si le patient ne peut gonfler les joues, une fuite d'air est certainement présente au niveau de la commissure labiale.

Au niveau de la **zone lèvres-langue-menton-cou**, l'orbiculaire des lèvres est généralement le muscle qui reste le plus longtemps atteint. On observe un manque de pression au niveau des lèvres, il se produit une déperdition d'air du côté atteint qui se rajoute au gonflement de la joue pendant l'articulation. La rééducation a donc pour objectif de restaurer la pression des lèvres.

Tout d'abord, on peut placer un bouton attaché à un fil entre les dents et les lèvres du patient. On tire légèrement sur le fil soit de manière continue, soit par saccades. On peut également demander au patient de serrer des bouchons de différents diamètres ; cela permet de rapprocher la commissure labiale lors de la contraction des lèvres.

Ensuite, la langue n'est pas atteinte dans les PFP isolées, mais on peut parfois observer une légère déviation de langue due à un défaut d'ouverture labiale.

Dans le cas d'atteinte non isolée (syndrome méningé, maladie de Guillain et Barré...), on observe une hypotonie ou une paralysie linguale. On proposera alors des exercices tels que pousser la pointe de la langue dans la joue, des mouvements latéraux de la langue, à droite, à gauche, de gauche à droite, de droite à gauche, claquer la langue, production des phonèmes [t,d,n,l] pour le travail de l'apex ou encore les phonèmes [k/g], [kr], [gr] pour le travail du dos de la langue.

Au niveau du menton, le muscle mentonnier est généralement le muscle qui récupère le plus rapidement. Cette récupération est expliquée par la repousse du nerf paralysé ou l'action du nerf opposé qui prend le relais.

Comme exercice, on peut demander au patient de montrer les dents du bas. Ainsi, la lèvre inférieure est attirée en bas et en dehors. Le muscle abaisseur de la lèvre inférieure est alors sollicité. On peut également demander au patient de maintenir un abaisse langue entre ses lèvres et d'exercer des pressions successives.

Au niveau du cou, il est important de travailler le muscle platysma car il joue un rôle dans la mastication et le sourire. On pourra demander au patient de serrer les molaires et tirer les commissures labiales vers le bas (mimique du clown triste) : le cou se crispe, le muscle platysma est alors sollicité.

Enfin, des exercices d'auto-rééducation doivent être donnés au patient à l'aide d'une fiche qui récapitule les différents exercices (annexe IV). Il faut bien insister sur la fréquence des exercices et non sur la durée car la charge électrique de la fibre est de courte durée. En effet, les exercices doivent être faits de manière brève mais répétée (plusieurs fois par jour).

4.5 La rééducation de l'articulation :

Les troubles concernent essentiellement les bilabiales ([p], [b] et [m]), les labiodentales ([f] et [v]), parfois les voyelles étirées ([i] et [é]) et les voyelles antérieures ([ou] et [u]).

En cas d'anastomose, on observe une hémiparalysie de la langue, le patient a alors des difficultés à prononcer les [l], [t], [d], [n], [k], [g] parfois [gn] et plus rarement les [r]. Un travail de la base de langue est effectué pour les [k], [g], [r] et un travail de la pointe de langue est réalisé pour les [t], [d], [l] et [n].

L'amélioration de l'articulation suit l'évolution de la récupération fonctionnelle. On travaille l'articulation à l'aide de répétition de syllabes, de mots puis de phrases. On sélectionne le matériel en fonction de la difficulté phonémique.

Il est important de faire des enregistrements pour comparer et apprécier les progrès.

4.6 La rééducation de la mastication et de la déglutition :

Dans les paralysies de forme complète, le premier temps de la déglutition est très perturbé. Le travail musculaire va permettre d'améliorer la fermeture des lèvres ainsi que la tonicité jugale et labiale.

Pour les liquides, on peut proposer des exercices comme faire passer de l'eau dans les joues de droite à gauche ou retenir de l'eau plus de 10 secondes en gonflant les joues. On peut également demander au patient de retenir de l'air dans les joues. Il peut aussi avec de l'eau faire comme s'il se lavait les dents, par exemple « je gonfle, je plaque ». Il y a alors un travail des agonistes et des antagonistes à tour de rôle.

Pour le travail de la mastication, le patient peut mâcher du chewing-gum du côté paralysé afin d'obtenir un tonus jugal. On peut également renforcer la langue pour compenser la joue flasque. La rééducation va permettre l'amélioration du tonus jugal et labial.

Lors des exercices de mastication, on cherche à prévenir le syndrome des larmes de crocodile (écoulement lacrymal à la déglutition) en limitant et en contrôlant la force. Il n'y a pas d'émotion sous-jacente, ce syndrome traduit seulement un mauvais arrimage de fibres.

Au cours de la récupération, il faut être bien attentif car la langue peut entraîner d'importantes co-contractions au niveau de la partie palpébrale du muscle orbiculaire de l'oeil et du frontal, surtout au moment de la déglutition.

4.7 La rééducation de la sensibilité et des fonctions sécrétrices :

La sensibilité faciale est assurée par le nerf trijumeau (V). Dans le cas de paralysie faciale, elle est généralement préservée. Cependant, il y a souvent une diminution de la sensibilité gustative et olfactive.

Des exercices sur le goût comme la reconnaissance d'aliments salés, sucrés, amers, acides, froids ou chauds peuvent être proposés au patient. Un travail sur **la reconnaissance olfactive** à l'aide de petites boîtes odorantes peut être effectué.

Il faut très souvent interroger son patient sur ce qu'il ressent (des picotements, des fourmillements, voire des douleurs). L'apparition de picotements et de fourmillements peut être le signe d'une reprise fonctionnelle imminente.

On observe un tarissement des sécrétions car les glandes salivaires sont moins productives. Ceci entraîne un assèchement partiel de la bouche. Ainsi, le patient peut ressentir une gêne pour l'articulation. Pour la stimulation des glandes salivaires, le patient peut mastiquer du chewing-gum ou sucer des produits acides.

Les glandes lacrymales sont également moins productives. Des pressions circulaires peuvent être exercées au niveau du bord inférieur et interne de la paupière pour stimuler ces glandes. Pour entraîner une hydratation immédiate, le patient peut exercer une pression le long du canal lacrymal en remontant avec son doigt contre l'os nasal jusqu'au bord inférieur de l'œil.

5. La rééducation en cas de séquelles : syncinésie, co-contraction, spasme de l'hémiface :

Les objectifs en cas de séquelles seront d'obtenir un relâchement des tissus ainsi qu'un contrôle volontaire à l'aide de feed-back. La rééducation doit également tenter de faire régresser l'hypertonie, les co-contractions et les syncinésies.

Tout d'abord, à l'aide d'exercices respiratoires, de relaxation et de stimulations faciales, on cherche à diminuer la tonicité qui est trop importante. La relaxation est accompagnée d'une contraction/décontraction des membres pour ainsi renforcer le contrôle cortical des mouvements.

Certaines stimulations faciales, pratiquées en endobuccal, permettent de lever les points douloureux par des étirements en arc de cercle (le point d'ancrage étant la commissure labiale). Les douleurs seront progressivement régressives. Une photographie vue du dessus est pertinente pour juger de la régression du spasme.

Ensuite, l'objectif est d'inhiber les co-contractions en focalisant l'attention du patient sur le spasme et non sur le mouvement effectué (qui est léger, tenu au moins 10 secondes). Lorsque la co-contraction apparaît, le mouvement est tenu jusqu'à la disparition complète ou quasi-complète de celle-ci. Cet exercice est très coûteux au niveau attentionnel. Au fur et à mesure, les exercices demandent de moins en moins d'attention et sont faits plus rapidement. En effet, au départ le contrôle volontaire est très important puis petit à petit cela deviendra automatique. Les principes de la NMR doivent être suivis dans ce type de rééducation.

L'électrofeedback (électromyographie de surface) est un matériel sophistiqué qui permet d'objectiver les mouvements minimaux, pas toujours perçus par le patient. L'appareil sert aussi à prévenir d'éventuelles syncinésies, les électrodes étant placées sur un territoire différent de celui que l'on met en mouvement. Ainsi, le patient prend conscience des

mouvements anormaux. Enfin, la diminution des syncinésies et des co-contractions est fonction de la récupération du nerf.

D'après Beurskens et Heymans (2004), la Mime Therapy permettrait de diminuer l'asymétrie au repos, d'améliorer les mouvements volontaires du visage et de diminuer de manière significative les syncinésies. En effet, la Mime Therapy est une combinaison d'autostimulations faciales et de relaxation. Les autostimulations vont permettre de connaître et de localiser les tensions mais aussi de sentir la détente des muscles faciaux. De plus, en faisant des exercices pour stimuler les expressions faciales et les mouvements fonctionnels, le patient surveille et limite les syncinésies. Les mouvements doivent être contrôlés et lents.

La thermothérapie, la magnétothérapie ainsi que des exercices corporels (yoga, gymnastique) sont également recommandés dans un but de détente (Gatignol, 2004).

Enfin, des injections de toxine botulique sont possibles dans le traitement du spasme et des syncinésies.

6. La rééducation après chirurgie reconstructrice :

6.1 La rééducation après myoplastie d'allongement du temporal :

La rééducation va permettre au muscle temporal transféré d'intégrer de nouvelles fonctions, c'est-à-dire les fonctions labiales et jugales.

Bilan pré-opératoire :

Avant l'opération, l'orthophoniste réalise un **bilan pré-opératoire**. Nous n'allons pas détailler à nouveau les différentes parties du bilan orthophonique mais nous allons nous intéresser aux éléments du bilan les plus importants dans le cadre de cette chirurgie.

Comme dans tout bilan, l'anamnèse est effectuée. Lors du questionnaire, il est nécessaire de porter une attention particulière aux cinq sens du patient et principalement à la sensibilité jugale et labiale, à ses sensations, à la respiration et aux sécrétions nasales.

Puis, lors de l'examen clinique, on privilégiera l'étude de la chute de la commissure labiale, de l'effacement du sillon naso-génien et de l'affaissement de la base de l'aile du nez.

Lors de l'examen clinique, pour l'évaluation de la force musculaire, la cotation de G.Freyss peut être reprise avec une attention particulière pour les muscles labiaux et masticateurs.

Au cours de l'évaluation des masticateurs, il faut évaluer le masséter qui est sollicité lors du sourire mandibulaire. En effet, ce sera le principal muscle élévateur de la mandibule. Le muscle temporal (sa contraction) est également évalué.

On observe également l'articulation de la mandibule et la qualité des mouvements de déplacements de la mandibule du côté paralysé (serrage, rétro-pulsion, diduction). Au début de la rééducation, ces trois déplacements sont sollicités car ils sont la base des exercices.

Contrairement au bilan « traditionnel », on mesure la course de la commissure labiale dans 3 situations : de la posture de repos au sourire très exagéré, de la propulsion exagérée au sourire exagéré et enfin de la posture de repos à la propulsion. On mesure alors avec une règle plate transparente la distance entre les deux commissures labiales dans les différentes situations.

Lors de l'évaluation des mimiques, on s'intéresse principalement aux mimiques labiales mais aussi aux gestes intentionnels précis (siffler, envoyer un baiser...).

Le sourire fait l'objet d'une attention particulière car lors de l'opération, afin d'obtenir une bonne symétrie, le chirurgien doit connaître le type de sourire du côté sain. En effet, Rubin (1974) distingue trois types de sourire : le sourire « Mona Lisa » (67% de la population générale), le sourire « canin » (31%) et le sourire « à pleines dents » (2%).

Au cours de l'évaluation de l'articulation, on s'intéresse aux phonèmes qui nécessitent la participation active des lèvres, par exemple les phonèmes bilabiaux ([p], [b], [m]), labiodentaux ([f], [v]), étirés ([i], [é], [in]) et arrondis ([o], [on], [eu], [u], [ou], [w], [ch], [j]). On observe également les joues lors des explosives ([p], [b], [t], [d]) et des fricatives ([f], [v]).

Lors du bilan de la mastication et de la déglutition, on s'intéresse principalement au premier temps de la déglutition : à la préhension de la bouchée par les lèvres, à la jonction des lèvres qui vont permettre le maintien du bol alimentaire, aux mouvements mandibulaires ainsi qu'à la pression du bol alimentaire entre les joues et les dents.

Enfin, lors de ce bilan préopératoire, le rôle de l'orthophoniste est également d'informer le patient et de répondre à ses éventuelles questions sur l'intervention chirurgicale, les avantages et les raisons de cette technique. Il faut également s'assurer de sa motivation pour la rééducation qui va nécessiter un entraînement quotidien de qualité (auto-rééducation).

Bilan post-opératoire :

Le bilan post-opératoire s'effectue quinze jours après l'intervention, il est régulièrement refait pour apprécier la récupération.

On va observer une amélioration de la respiration, de l'évacuation et du drainage des sécrétions nasales car avec l'opération, l'ouverture nasale est élargie. Il y a également une amélioration de la symétrie au niveau des lèvres, de la commissure, du sillon naso-génien et de la base de l'aile du nez. Le patient exprime un changement de sensations au niveau de la commissure, des lèvres, du sillon naso-génien, de la joue et de la tempe.

Des modifications de la force musculaire sont également observées. Grâce au temporal transféré, la commissure peut être tractée en haut et en dehors. La course de la commissure labiale est alors différente de lors du bilan préopératoire : on la remeure du repos au sourire, du repos à la propulsion des lèvres et de la propulsion au sourire.

On apprécie ensuite les mouvements labiaux : la propulsion et l'abaissement de la commissure sont limités au début. L'amélioration va dépendre de la récupération de l'élasticité du temporal. Les mimiques seront aussi évaluées.

Le sourire est possible dès le 15^{ème} jour grâce à la mobilisation mandibulaire en diduction, rétropulsion et/ou serrage.

La rééducation :

L'objectif de la rééducation est de réanimer les lèvres et la joue paralysées en sollicitant principalement le temporal. La rééducation comprend une détente du visage, un travail musculaire et un travail fonctionnel.

Tout d'abord, **la détente du visage** va permettre d'éviter les contractions excessives du côté sain et l'apparition de séquelles du côté paralysé (syncinésies, co-contractions, spasme). Le patient va également se réapproprier cette zone.

Des stimulations faciales et des auto-stimulations peuvent être effectuées sur le côté sain afin de réduire l'hypertonie. Sur le côté atteint, il faut les faire au plus tôt 21 jours après la chirurgie et de façon très légère, toujours dans le sens des fibres, du centre vers l'extérieur du visage pour augmenter l'élasticité.

Des massages quotidiens doivent être faits au niveau de la cicatrice naso-génienne, dès trois semaines après l'intervention. La cicatrice va s'assouplir en pratiquant des pressions par petits mouvements circulaires des doigts sur le sillon, et par l'action de la langue à ce niveau sur la face interne de la joue.

Lors du **travail musculaire**, les mouvements sont effectués sans forçage. Le côté sain est contrôlé par la main pour éviter une contraction excessive.

Tout d'abord, les exercices concernent l'élévation commissurale ou l'étirement labial. On sollicite les mouvements mandibulaires qui vont dorénavant entraîner la formation du sourire. Le patient doit mobiliser sa mandibule soit par serrage (serrer les dents, serrer un bouchon de liège), soit par diduction du côté réanimé (en mordant la lèvre inférieure du côté sain et en portant du côté réanimé la langue vers les molaires ou à l'extérieur de la bouche) ou encore par rétropulsion.

Au début, le patient peut s'aider par accompagnement de la main posée sur le temporal (aide motrice à l'élévation de la commissure) mais très vite, il contracte le temporal sans aide de la main.

Pour entraîner le temporal, chaque mouvement est travaillé en alternance avec le mouvement opposé, en réalisant par exemple des mouvements mandibulaires combinés par deux : diduction + serrage, rétropulsion + serrage ou diduction + rétropulsion.

Ensuite, les exercices vont chercher à abaisser les commissures : la propulsion et le serrage de l'orbiculaire. Ces mouvements sont les antagonistes des mouvements précédents, ils vont permettre l'étirement et l'augmentation de la plasticité du temporal.

Enfin, la jonction des lèvres va permettre d'éviter les fuites salivaires. Parfois, elle est insuffisante et demande à être entraînée. On peut la travailler en demandant au patient de presser au maximum les lèvres l'une contre l'autre plusieurs fois.

Ces trois types de mouvements labiaux sont exercés de façon alternée : une jonction, une propulsion, un abaissement de la commissure puis un étirement labial. On surveille les syncinésies et les contractures palpébrales quand le patient travaille le constricteur des lèvres.

Un travail musculaire des joues est également effectué, en utilisant un abaisse-langue mis contre la face interne de la joue. L'abaisse-langue est poussé vers l'extérieur mais la contraction du temporal tend à le ramener contre les dents.

Enfin, **le travail fonctionnel** va supposer l'intervention de plusieurs muscles. Il concerne entre autres, le sourire qui est le point essentiel de la rééducation. Grâce à la plasticité cérébrale, le temporal va changer de fonction. M.P. Lambert-Prou (1998) distingue trois étapes pour ce changement ; tout d'abord, le patient passe par le stade de sourire mandibulaire : il mobilise sa mandibule (fonction d'origine du temporal) pour qu'une contraction du muscle temporal transféré provoque une élévation commissurale.

Dans la seconde étape, dit de sourire temporal volontaire, le patient contracte le temporal sans avoir recours aux déplacements de la mandibule. Cette contraction reste encore volontaire. On essaie d'obtenir un sourire le plus symétrique possible.

Enfin, la dernière étape est celle du sourire temporal spontané : le sourire est spontané et indépendant d'une mobilisation mandibulaire. Lors de la rééducation, ces trois étapes sont suivies.

Ainsi, lorsque la contraction du temporal est de bonne qualité, le patient choisit avec l'orthophoniste le mouvement mandibulaire le plus efficace et le plus confortable pour lui (sourire mandibulaire). Ensuite, un sourire sans déplacement de la mandibule (sourire temporal volontaire) est recherché. Des petits exercices tels qu'alterner un sourire provoqué par un mouvement mandibulaire et un sourire sans mouvement mandibulaire sont effectués. Le patient se représente mentalement le mouvement et le sourire à exécuter, ce qui favorise le contrôle cortical. Peu à peu, la contraction temporelle autonome apparaît.

Enfin, une bonne symétrie du sourire est recherchée en mettant plus de tension du côté opéré et moins de tension du côté sain ou inversement.

Ensuite, on travaille l'apparition du sourire de manière spontanée en utilisant des petites formules quotidiennes dans lesquelles il est naturel de sourire (sourire temporal spontané). En rééducation, des situations de la vie quotidienne sont proposées sous la forme de jeux de rôles (chez le commerçant ; rencontre avec un ancien ami etc).

On travaille l'articulation quand la contraction du temporal est obtenue sans déplacement mandibulaire. Certains phonèmes induisant une jonction labiale sont difficiles pour les patients. Par exemple, les bilabiales [b], [p] et [m] perdent leur caractère explosif et les labiodentales [f], [v] sont faiblement marquées.

Les troubles articulatoires peuvent également concerner la force jugale qui est très dépendante de la jonction labiale. On cherche à éviter le gonflement de la joue sur les bilabiales et les labiodentales.

L'étirement labial ([é], [i], [in]) ainsi que l'opposition propulsion/étirement des lèvres ([i]-[ou] – [i]-[ou]) sont également travaillés.

Le mouvement articulaire est travaillé d'abord à partir de phonèmes, puis de syllabes, de mots, de phrases et enfin en spontané.

La déglutition va être améliorée en fonction de la préhension labiale (exercice de rentrer un fil dans la bouche qu'avec la force des lèvres), de la jonction labiale (sur un bol, un verre ou encore à la paille) et de la mastication.

Enfin, la fermeture palpébrale sera également améliorée lors de la rééducation. On essaiera d'associer, si possible des contractions du temporal à l'élévation de la paupière inférieure quand il y a un besoin de lubrification.

La rééducation après une myoplastie d'allongement du temporal commence vers le vingtième jour en raison des suites opératoires. Pour certaines myoplasties, la rééducation devra être plus précoce afin de prévenir les adhérences sous-cutanées.

Une trentaine de séances sont préconisées, à raison d'une fois par semaine. On contrôle la bonne acquisition des exercices présentés et on apprend de nouveaux exercices. De plus, un travail quotidien devra être effectué à la maison, environ 10 minutes et 4 à 5 fois par jour. La fréquence est très importante.

Pour conclure, la rééducation orthophonique va donc améliorer la symétrie labiale et l'élévation de la commissure. A la fin de la rééducation, l'élévation est obtenue avec la contraction spontanée du temporal lors du sourire, lors de l'articulation des phonèmes (qui étirent les commissures) et lors de la vidange salivaire.

6.2 La rééducation après anastomose hypoglosso-faciale ou anastomose VII-XII :

Le nerf grand hypoglosse (ou hypoglosse XII) est le nerf moteur de la langue. Lors de l'opération, on sacrifie ce nerf pour venir l'anastomoser au tronc du nerf facial paralysé.

Les avantages de cette opération sont la récupération d'une symétrie faciale au repos, l'apparition d'un sourire volontaire au bout de 3-4 mois et l'obtention d'une protection cornéenne. Il existe cependant des inconvénients, comme une paralysie de l'hémi-langue suivie d'une atrophie dans 25% des cas, l'obtention d'un sourire non expressif et d'une

contracture en masse de l'hémiface, des troubles de la déglutition et l'existence d'une co-contraction bouche-œil (Labbé, Bénateau & Bardot, 2002).

De nombreux auteurs sont en désaccord quant aux conséquences de la section de l'hypoglosse. Certains évoquent un trouble d'articulation et de la déglutition, d'autres citent un trouble de la mastication. Ces inconvénients n'ont pas l'objet d'une évaluation précise (Lannadère & Gatignol, 2011).

Néanmoins, si l'on veut aboutir à une motricité correcte et efficace de la langue, la rééducation orthophonique doit débiter dans les quinze jours qui suivent l'intervention (Gatignol, 2004).

De même, selon Gatignol, Lannadère et Lamas (2008) une prise en charge précoce de la langue puis de la face optimise la ré-innervation et minimise les séquelles liées à la section de l'hypoglosse.

Avant l'anastomose, l'orthophoniste mesure la distance entre l'extrémité gauche de la langue et le sillon ainsi qu'entre le sillon et l'extrémité droite de la langue. Ensuite, cette mesure est refaite au cours de la rééducation, pour ainsi évaluer l'atrophie linguale.

Les trois premiers mois de la rééducation sont basés sur le travail lingual et la détente de l'hémiface saine. Puis, un travail de coordination, avec appui lingual derrière les incisives, permettra l'occlusion palpébrale et la mobilisation de la commissure lors du sourire. A tout cela, s'ajoutent les stimulations faciales qui ont une place capitale et quotidienne au cours de la réhabilitation de la face.

Le travail lingual et la détente de l'hémiface saine :

Dans un premier temps, on propose au patient des exercices progressifs pour travailler la motilité linguale et plus particulièrement la capacité de la langue à alterner des mouvements de translation droite/gauche. Ceci permet de réduire l'atrophie de la langue et d'améliorer son efficacité pour les déplacements des aliments lors de la mastication.

Le travail de coordination et de posture linguale est primordial. Il doit être réalisé tous les jours en fonction d'un programme établi. En effet, le but est d'obtenir des déplacements sagittalement, verticalement et horizontalement de l'apex.

On propose donc au patient des praxies linguales, comme par exemple : une alternance

« langue-plate immobile » / « langue-tendue », ou bien de « tirer » la langue, rentrer la langue, la mettre latéralement à droite puis à gauche etc.

Les exercices sont proposés de manière continue, bi quotidiennement à raison de 5 à 10 fois par session. De plus, des exercices sont réalisés pour détendre l'hémiface saine afin de ne pas sur-investir cette dernière.

Le travail de la coordination :

A partir du 4^{ème} mois, la réapparition du tonus et de la symétrisation de la face montrent le début de la ré-innervation. On peut donc proposer des exercices mettant en jeu plusieurs groupes musculaires. Par exemple, par le biais d'une bougie, on va travailler plusieurs muscles : la mise en mouvement des muscles péribuccaux, le sterno-cléido-mastoïdien et les muscles intercostaux (souffle).

Progressivement, des mouvements sont possibles, mais l'évolution naturelle se fait vers l'hypertonie, les syncinésies et les mouvements en masse. Il est donc primordial de bien séparer les mouvements du territoire supérieur de ceux du territoire inférieur et d'obtenir des mouvements les plus symétriques possibles.

Le travail articulaire est commencé lorsque le patient a une bonne maîtrise de la coordination bucco-linguo-faciale. Les déformations entendues sont principalement dues à une stase salivaire et non à un mauvais point articulaire. La stase salivaire est omniprésente et sa vidange ne se fait pas automatiquement en raison de la faiblesse jugale. Les difficultés praxiques des lèvres se rajoutent. Il faut donc proposer des exercices praxiques quotidiennement pour les joues et les lèvres.

On propose également de la répétition de syllabes, de mots, puis de phrases devant un miroir pour que le patient contrôle la symétrie faciale et qu'il évite le plus possible le gonflement des joues.

Ensuite, on travaille la déglutition et la mastication. Le sphincter buccal est alors travaillé et l'orbiculaire des lèvres doit être renforcé. Le patient déglutit en laissant sa langue sur la papille rétro-incisive.

Après le début de la ré-innervation, des exercices comme le « piège à eau » peuvent être proposés. Le patient prend une petite gorgée d'eau, place sa langue sur la papille, ouvre

ensuite la bouche, tête inclinée vers l'avant. Il doit maintenir l'eau avec le dos de la langue.

Un travail musculaire et fonctionnel est également proposé. Le travail fonctionnel se fait à partir d'exercices pratiques (stimulations endo et extra buccales, travail des différentes mimiques en respectant les différents stades de rééducation) pour chaque zone du visage. Les stimulations faciales ont une place capitale et quotidienne lors de cette rééducation.

Le travail musculaire et fonctionnel se fait soit sur commande, soit sur imitation, avec ou sans miroir. Ce travail est repris par le patient chez lui.

L'établissement de la motricité fine et de la rééducation de la motilité linguale permet de réduire les difficultés de début de prise en charge. Enfin, il faut tenir compte des plaintes, de l'anatomie, de la physiologie ainsi que du bilan initial lors de la rééducation.

VIII. Les techniques de feed-back

Le cortex cérébral reçoit en permanence des informations concernant le mouvement en cours. Le retour d'informations (feed-back) va permettre de contrôler l'activité musculaire et ainsi, si besoin, permettre un ajustement.

Le feed-back visuel (avec un miroir) va permettre d'adapter le mouvement en fonction du mouvement demandé tout en gardant une certaine symétrie faciale.

Le feed-back sonore utilise l'électro-myo-feed-back. L'activité musculaire est alors convertie en signal sonore. Le patient va alors adapter sa contraction musculaire en fonction du signal sonore, à savoir que l'intensité du signal est proportionnelle au degré de contraction du muscle testé.

Le patient va pouvoir effectuer un contrôle volontaire et donc lutter contre les co-contractions musculaires car il est informé, par des informations visuelles ou auditives, de la contraction aberrante.

L'Electro-myo-bio-feed-back est un matériel sophistiqué qui peut être utilisé en séance. Il va permettre une électromyographie de surface. Ainsi, il va objectiver les mouvements minimaux par un retour sonore ou visuel. Il permet également de prévenir les éventuelles syncinésies ou co-contraction dont la plus fréquente est l'union musculaire œil-bouche.

Le patient a donc une meilleure prise de conscience des mouvements anormaux (Couture, Eyoum & Martin, 2004).

IX. L'appétence à la communication

Les patients ayant une paralysie faciale ont tendance à vouloir éviter les relations sociales par crainte du regard de l'autre. En effet, ils ne peuvent s'exprimer par leurs mimiques. De plus, le regard d'autrui peut être insistant, rempli d'embarras et de gêne ou encore moqueur : ce qui conduit le patient à éviter le contact avec l'autre. En tant que thérapeutes de la communication, nous allons donc expliquer les différents comportements d'autrui et évidemment la façon de réagir.

Tout d'abord, nous allons aborder « l'effet boomerang de l'absence de sourire » comme le dit M.P. Lambert-Prou (2004). En effet, l'inconnu sourit au paralysé mais il ne reçoit pas de sourire en retour donc il réduira ou cessera de sourire. Le patient est alors gêné, son absence de sourire lui est renvoyée. Il est important que le patient comprenne cette réaction de surprise, de curiosité ou d'embarras et surtout qu'il aille au-delà. Il peut alors aller vers son interlocuteur et expliquer tout simplement que sa paralysie faciale fait qu'il a des difficultés pour contrôler les mouvements faciaux. Ensuite, il peut naturellement orienter la conversation vers un sujet différent ou un centre d'intérêt.

De plus, on informera le patient qu'il y a des manières de sourire, autrement qu'avec les lèvres, c'est-à-dire avec le langage oral, la gestuelle, le regard, les postures corporelles ou encore avec l'intonation de la voix.

Enfin, une étude a permis de montrer que la conversation téléphonique est la situation la moins altérée chez les patients ayant une paralysie faciale (Gatignol, 2005). En effet, certains patients ne sortent plus ou se cachent le visage pour sortir. La joie de participer à la vie sociale tend à disparaître.

Le fait d'aborder ces différentes situations en rééducation et de faire éventuellement des simulations va permettre au patient de mieux s'accepter et de comprendre les éventuelles réactions de l'autre. En effet, « aller vers l'autre » semble être le seul moyen pour éviter l'isolement et ainsi pouvoir se reconstruire.

I. Problématique et objectif

1. Problématique :

La paralysie faciale est une pathologie très invalidante car elle affecte le visage, donc une partie de l'identité et de la personnalité. En plus des stimulations faciales, de la rééducation de l'articulation et de la déglutition, l'orthophoniste va proposer des aides à la relation à l'autre, des conseils adaptés afin de rétablir une communication saine et spontanée avec autrui.

De plus, d'après Lamas et Tankéré (2004), la prise en charge précoce d'une Paralysie Faciale Périphérique (PFP) est un facteur de meilleur pronostic. De ce fait, la rééducation orthophonique ne doit pas tarder à se mettre en place dès l'apparition de la paralysie faciale.

Cependant, la rééducation orthophonique des paralysies faciales ne fait pas l'objet d'une médiatisation importante. Ce domaine est relativement récent donc de nombreux orthophonistes ignorent ce type de prise en charge.

Il paraît donc légitime de vérifier les connaissances des orthophonistes afin de savoir s'il existe un intérêt à élaborer une plaquette d'information à destination de la profession.

2. Objectif :

La démarche de ce mémoire est d'apprécier les connaissances actuelles des orthophonistes sur la prise en charge des PFP, de mieux cerner leur besoin d'information et d'évaluer l'intérêt d'une plaquette sur le sujet.

Pour parvenir à cet objectif, nous avons élaboré un questionnaire succinct à destination des orthophonistes (annexe VI). Composé d'une dizaine de questions, les orthophonistes peuvent y répondre de manière rapide. Les réponses vont nous permettre d'établir un état des lieux sur les connaissances des professionnels puis de cerner les différents domaines où l'information est lacunaire.

Nous avons ensuite voulu introduire des illustrations de cas concernant la prise en charge des PFP. Un tableau avec plusieurs critères a été rempli par des orthophonistes suivant des patients ayant une PFP.

Ce tableau s'intéresse à la prise en charge orthophonique (annexe VIII). La synthèse des réponses données va nous permettre d'apporter des éléments rééducatifs à notre plaquette.

Enfin, nous espérons que l'élaboration de la plaquette permettra de combler les manques en ce qui concerne la rééducation orthophonique des PFP.

II. Méthodologie

1. Le questionnaire :

1.1 Les types de questions :

Le questionnaire comporte des questions ouvertes et des questions fermées (annexe VI).

Lors des questions fermées, des réponses sont proposées au participant. Il peut y avoir un choix unique (oui/non) ou un choix multiple. Notre questionnaire est principalement constitué de questions fermées. Cela permet ainsi d'y répondre très rapidement. En effet, la rapidité pour répondre au questionnaire nous a semblé essentielle car c'est un questionnaire qui s'adresse uniquement aux orthophonistes qui, généralement, ont peu de temps libre à accorder à ce type d'enquêtes.

L'avantage de ce type de question est que les hésitants doivent faire un choix et se prononcer. Ces questions vont ensuite permettre d'orienter les questions suivantes (si oui.... si non...).

Néanmoins, le fait de se prononcer clairement peut présenter l'inconvénient de ne pas laisser de place aux réponses ambivalentes, le participant devant en effet ne choisir que parmi les réponses proposées. Ainsi, pour une question, nous avons choisi d'introduire une rubrique (autre) pour permettre au participant de réellement donner une réponse personnelle.

Enfin, ces questions sont faciles à coter et permettent une analyse chiffrée.

Notre questionnaire est également constitué de questions ouvertes, c'est-à-dire des questions à réponse libre. Ces questions permettent au participant de donner son avis et son opinion sur le sujet donné.

Ces questions font appel à une réflexion personnelle, elles demandent donc plus de temps et risquent de décourager le participant. Par ailleurs, elles sont plus difficiles à coter et à analyser.

1.2 Les rubriques du questionnaire :

Notre questionnaire est organisé en différentes parties qui nous semblaient intéressantes en vue de l'élaboration de la plaquette.

La première rubrique concerne **les renseignements administratifs** (nom, prénom, mail...). Cette rubrique permet de faire connaissance avec l'enquêté. Nous avons introduit dans cette rubrique le type d'exercice ainsi que le nombre d'années d'exercice.

Le type d'exercice va nous permettre de savoir si la rééducation des PFP est plus fréquente en libéral qu'en institut ou inversement.

Le nombre d'années d'exercice nous a paru intéressant à prendre en compte pour comprendre les réponses aux questions concernant l'enseignement et la formation sur les PFP.

Enfin, les participants étaient priés de noter leur mail afin que la plaquette leur soit envoyée.

La deuxième rubrique concerne **l'enseignement et la formation sur la paralysie faciale périphérique** (connaissances théoriques et rééducation).

Cette partie comprend une première question : « Avez-vous abordé la rééducation des paralysies faciales périphériques dans votre formation ? ». Si l'enquêté répond positivement à cette question, nous lui demandons s'il a été satisfait de cet enseignement. Dans le cas contraire, il doit expliquer pourquoi (question ouverte).

Cette partie va nous permettre de savoir si un enseignement a été reçu dans les centres de formation. Puis, nous nous intéressons à la qualité de cet éventuel enseignement. En cas de non enseignement, si l'enquêté a pris l'initiative de s'informer ou de se former, nous lui demandons alors quelles sont ses sources.

La troisième rubrique concerne **l'orthophonie et la paralysie faciale périphérique**. Nous interrogeons les participants sur le rôle de l'orthophonie dans le cadre d'une PFP. Puis, nous nous intéressons à leurs pratiques.

A la première question : « Selon vous, la rééducation des paralysies faciales périphériques entre-t-elle dans le champ d'intervention de l'orthophonie ? », nous demandons au participant de justifier sa réponse.

Ce type de question va nous permettre de connaître l'avis des professionnels sur le lien entre l'orthophonie et la rééducation des PFP.

La deuxième question (« Suivez-vous des patients présentant une paralysie faciale périphérique ? Si oui, combien de patients ? Vos patients ont-ils eu des difficultés pour trouver un orthophoniste acceptant de traiter leur pathologie ? ») s'intéresse à la pratique des professionnels, s'ils ont en rééducation des patients ayant une PFP et si ces derniers ont eu des difficultés pour trouver un orthophoniste acceptant de traiter leur pathologie.

Ces questions vont nous permettre de connaître l'avis des professionnels sur ce type de prise en charge, leurs disponibilités et leurs accords de prise en charge.

La quatrième rubrique porte sur **la rééducation de la paralysie faciale périphérique**. Cette partie est constituée de deux questions dichotomiques (oui/non) qui prennent peu de temps pour y répondre.

A travers ces deux questions générales, nous interrogeons les professionnels sur leurs connaissances en termes de signes cliniques : la différence entre une paralysie faciale centrale et périphérique et les rééducations qui en découlent.

Enfin, à travers la dernière question, nous demandons au professionnel s'il pense qu'une plaquette d'information lui serait utile dans sa pratique.

1.3 Le mode d'administration du questionnaire :

Nous avons suivi la modalité dite « auto-administrée » pour proposer ce questionnaire. Ainsi, les orthophonistes peuvent y répondre de manière autonome et en toute franchise. Ce questionnaire leur a été adressé par mail accompagné d'une lettre de présentation du sujet (annexe V). De ce fait, les professionnels pouvaient y répondre dès qu'ils avaient du temps à y consacrer.

Nous avons étendu notre envoi à plusieurs régions de France par l'effet de chaîne. En effet, de nombreux professionnels ont répondu au questionnaire et l'ont ensuite transféré à leurs contacts.

L'envoi du questionnaire s'est fait au cours du mois d'octobre 2012. La date butoir pour y répondre était fixée en janvier. Mais compte tenu du peu de réponses, nous avons choisi de laisser le questionnaire en ligne jusqu'au 8 avril 2013.

Le nombre de questionnaires envoyés est difficilement estimable du fait du rôle de chacun pour transférer le mail. Cependant, nous avons pu envoyer 162 questionnaires par mail.

Sur tous les questionnaires envoyés, nous avons reçu 61 réponses, ce qui correspond à un faible taux de participation soit 37,7%. En réalité, ce taux doit être encore plus faible, compte tenu de l'effet de chaîne.

Sur les 61 réponses recueillies, nous avons jugé que 3 questionnaires n'étaient pas exploitables car un enquêté n'était pas orthophoniste et deux questionnaires étaient remplis de manière incomplète (une voire deux réponses sur l'ensemble du questionnaire).

1.4 Le recueil des données :

Les questions ont été numérotées de Q1 à Q9, Q1 correspondant à la première question, et ce jusqu'à Q9.

Il y a quelques sous-questions, qui sont numérotées avec une lettre de l'alphabet, par exemple Q3A correspond à la première sous-question de la troisième question du questionnaire :
Q3 : « Avez-vous abordé la rééducation des paralysies faciales périphériques dans votre formation ? »

Q3A : « Si oui, avez-vous été satisfait de cet enseignement ? »

Toutes les réponses sont analysées et traitées de manière anonyme. Pour traiter les réponses, nous avons construit une trame sur la base de séquences de O1 à O61. (O pour Orthophoniste, O1 pour le premier questionnaire reçu, et O61 pour le soixante et unième questionnaire reçu).

Concernant la question Q1 : « Type d'exercice (libéral, institution...) » : nous avons établi quatre catégories :

- 1 : Libéral
- 2 : Institution
- 3 : Milieu hospitalier
- 4 : Mixte (libéral/hôpital ou libéral/institution)

Concernant la question Q2 : « Nombre d'années d'exercice » : nous avons choisi de faire quatre catégories :

- < 1 an
- $1 < x < 10$ ans
- $11 < x < 20$ ans et $x > 20$ ans

Pour les questions Q3, Q3A, Q4, Q5, Q6, Q6A, Q7 et Q8 qui sont des questions fermées ou dites « dichotomiques », nous avons côté de la sorte : 1 pour oui et 2 pour non.

Pour la question Q3B qui est une question ouverte, en raison des réponses récurrentes obtenues nous avons fait deux catégories :

- 1 : Sujet abordé trop succinctement.
- 2 : Aucun élément concret concernant la pratique, la rééducation.

Pour la question Q4A qui est une sous-question de la 4^{ème} question, nous avons côté de la sorte :

- 1 : Pendant une formation
- 2 : Au cours de lectures
- 3 : Autres

Pour la question Q5A, nous avons classé les réponses en plusieurs catégories :

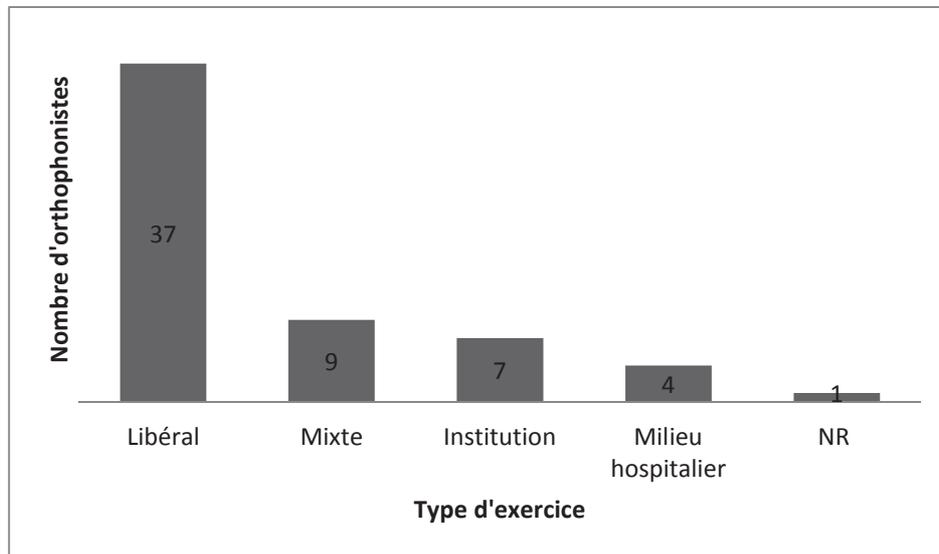
- 1 : Trouble de l'articulation, de la déglutition
- 2 : Perturbations des mimiques faciales, des expressions faciales
- 3 : Trouble de la communication
- 4 : Trouble psychologique
- 5 : Trouble ORL

1.5 Les résultats :

Nous avons repris dans un tableau Excel toutes les réponses aux questions et ainsi constitué une base de données en vue d'une analyse statistique descriptive (annexe VII). Nous pouvons alors réaliser des graphiques et mieux interpréter les résultats.

- Renseignements administratifs :

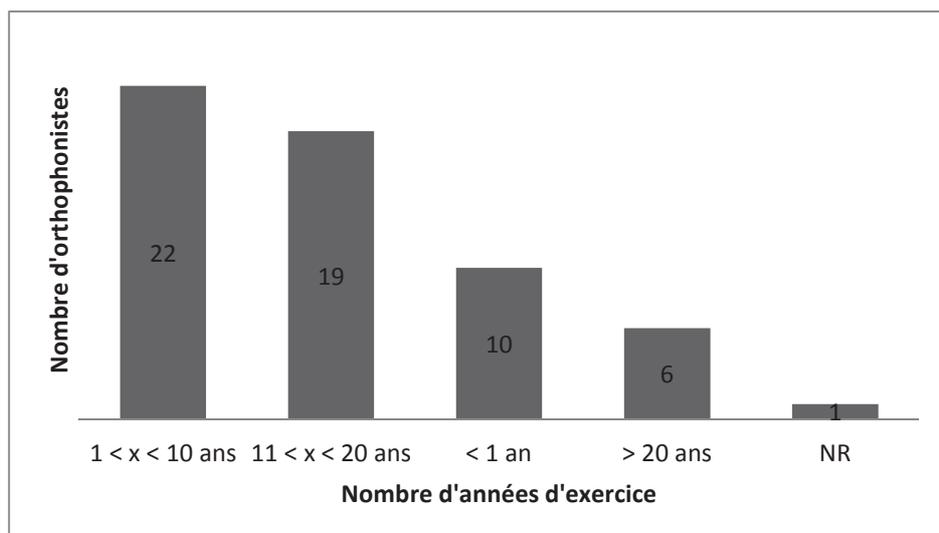
Q1 : Type d'exercice



Graphique 1 : Type d'exercice des orthophonistes.

Une grande partie des orthophonistes (soit 63,8%) ayant répondu au questionnaire exerce en libéral. 15,5% des participants ont une activité mixte (libéral + Institution). 12,1% exercent en institution (CMPP, IME...). Enfin, 6,9% exercent en milieu hospitalier. Un enquêté n'a pas répondu à cette question (NR : Non Réponse).

Q2 : Nombre d'années d'exercice



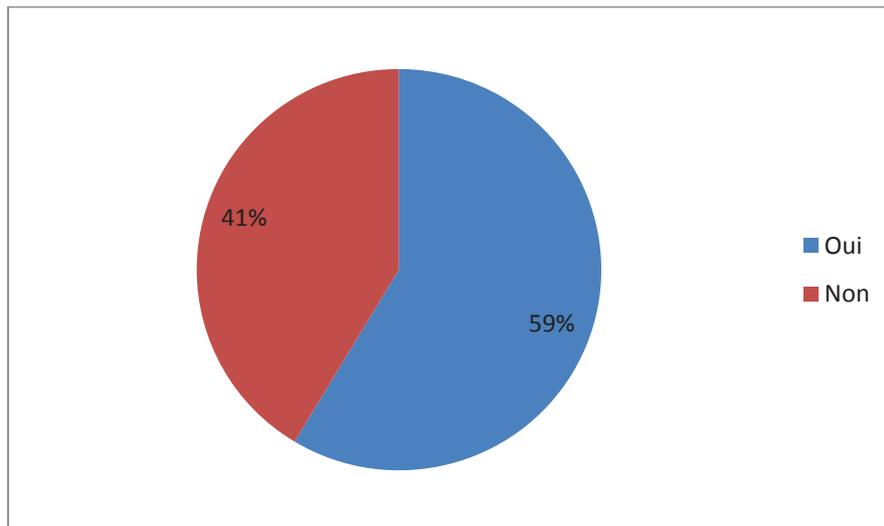
Graphique 2 : Nombre d'années d'exercice des orthophonistes.

Parmi les orthophonistes interrogés, 37,9% d'entre eux ont entre un an et dix ans d'expérience professionnelle. Peu d'orthophoniste, soit 10,3%, ont plus de vingt ans

d'expérience professionnelle. Selon l'année d'obtention du diplôme, nous allons pouvoir certainement constater des différences dans les réponses concernant les formations reçues par les orthophonistes sur les PFP.

- **Concernant l'enseignement sur les paralysies faciales périphériques :**

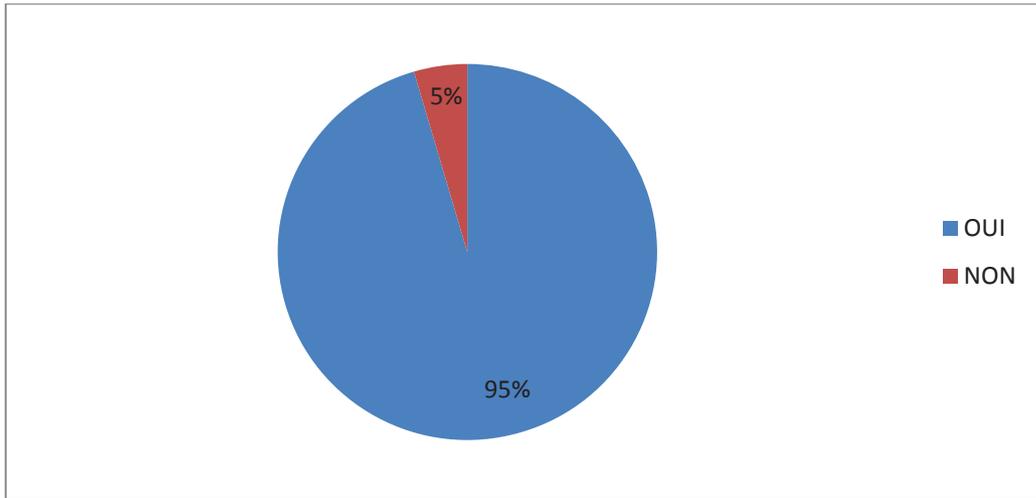
Q3 : Avez-vous abordé la rééducation des paralysies faciales périphériques dans votre formation ?



Graphique 3 : Formation des professionnels concernant les PFP.

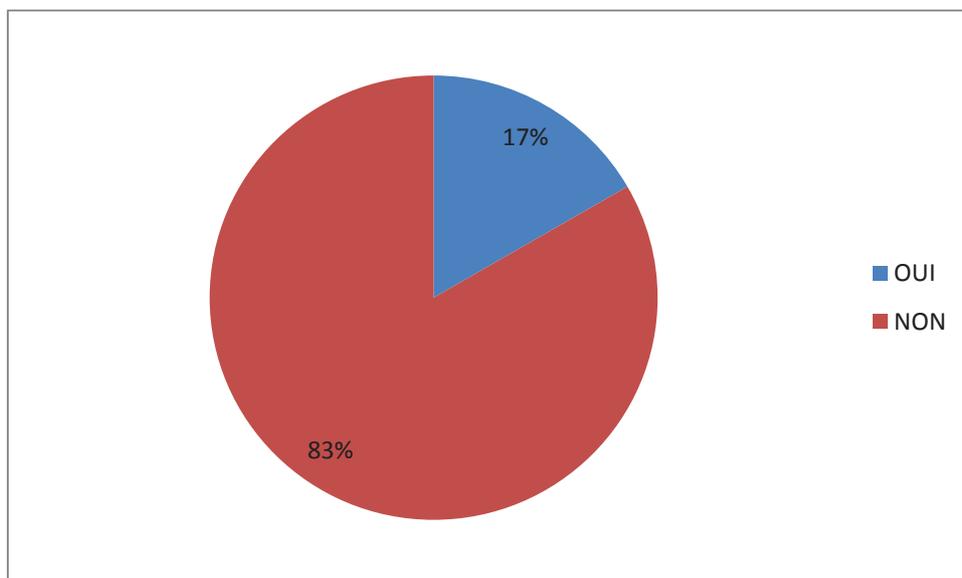
Nous pouvons voir que 59% des orthophonistes ayant répondu au questionnaire ont reçu un enseignement dans leur formation sur la rééducation des PFP.

Le domaine des paralysies est relativement récent, nous nous sommes donc intéressées aux orthophonistes n'ayant pas reçu d'enseignement afin de vérifier si ce manque n'était pas dû à la date d'obtention du diplôme.



Graphique 4 : Formation sur les PFP pour les orthophonistes diplômés depuis moins de 10 ans.

Nous pouvons remarquer que les orthophonistes récemment diplômés (moins de 10 ans) ont pratiquement tous reçu un enseignement concernant les PFP.

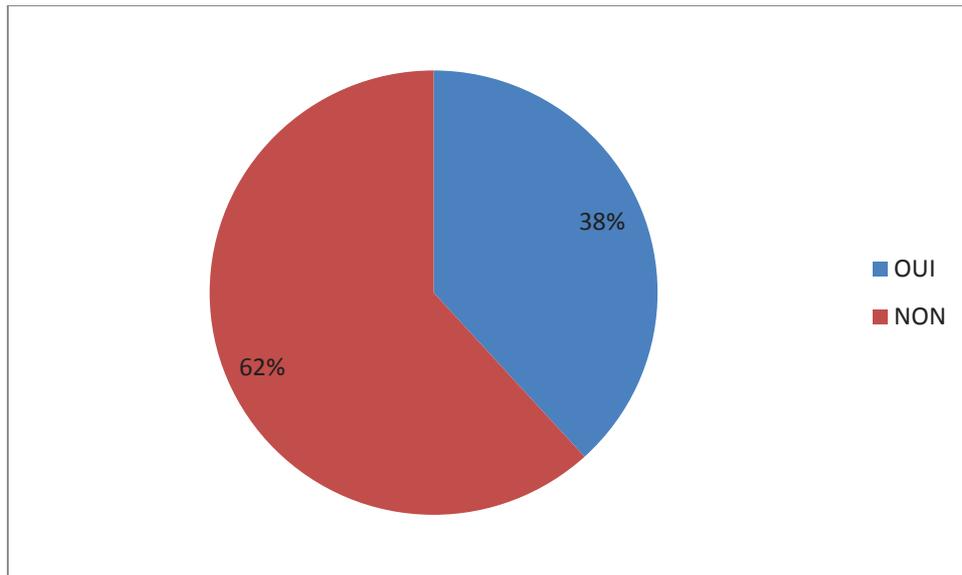


Graphique 5 : Formation sur les PFP pour les orthophonistes diplômés depuis plus de 20 ans.

Nous constatons une nette différence avec les orthophonistes diplômés depuis plus de 20 ans. En effet, par rapport aux orthophonistes récemment diplômés, seulement 17% ont reçu un enseignement.

Nous pouvons donc penser que les centres de formation se sont adaptés et proposent aujourd'hui un enseignement sur les PFP.

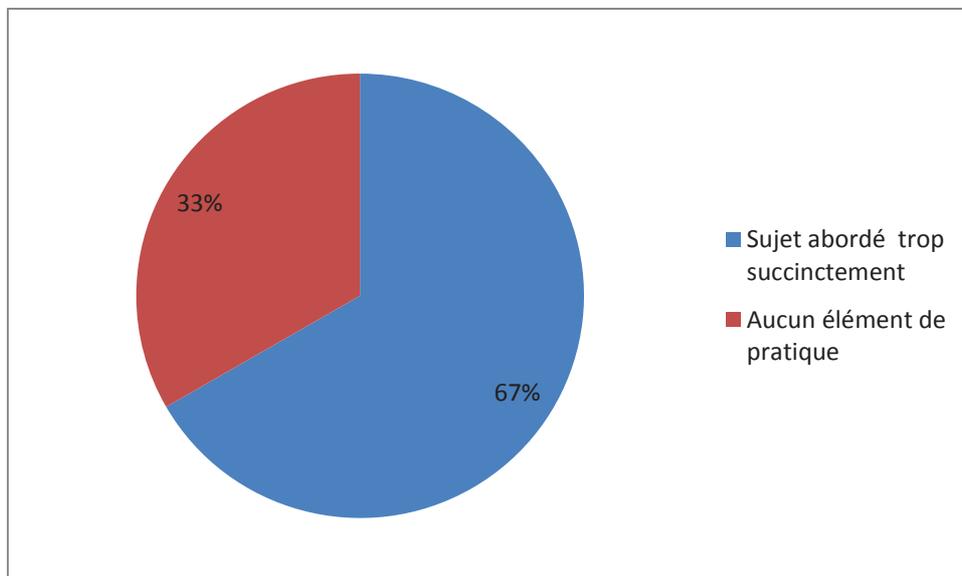
Q3A : Si oui, avez-vous été satisfait de cet enseignement ?



Graphique 6 : Satisfaction de l'enseignement reçu.

Concernant les orthophonistes ayant reçu un enseignement sur les PFP, seulement 38% d'entre eux sont satisfaits. Nous nous sommes donc intéressées aux raisons de non-satisfaction.

Q3B : Si vous n'avez pas été satisfait, pouvez-vous nous dire pourquoi ?



Graphique 7 : Raisons de la non-satisfaction de l'enseignement reçu.

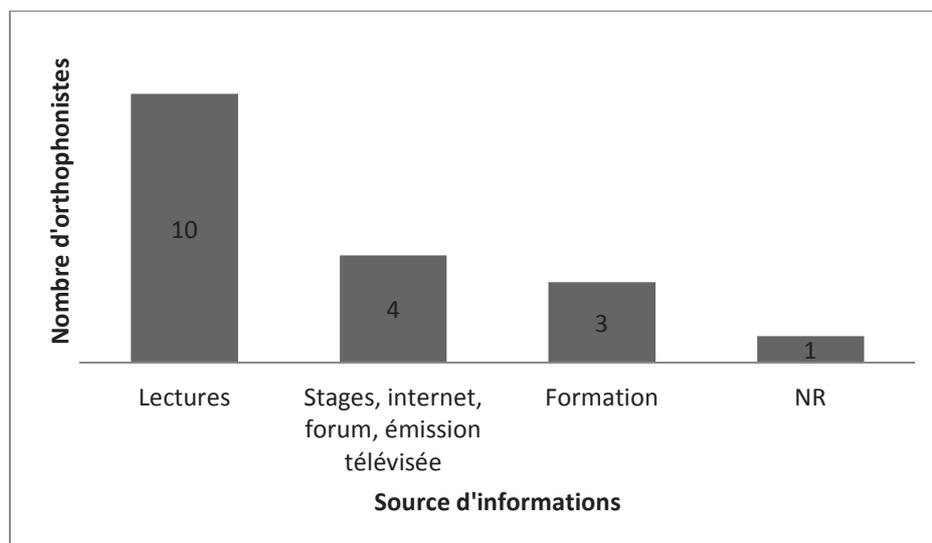
Cette question ouverte permet d'avoir le point de vue de l'enquêté par rapport aux raisons de sa non-satisfaction. Soit le sujet était abordé trop succinctement (67% de non-satisfaction), soit l'enseignement manquait d'éléments concrets concernant la pratique, c'est-

à-dire la rééducation (33%). Pour la plupart, le domaine des PFP n'a pas été abordé de manière approfondie.

Q4 : Si vous n'avez pas abordé la rééducation des paralysies faciales périphériques lors de votre formation, en avez-vous entendu parler ailleurs ?

Concernant les orthophonistes n'ayant pas abordé la rééducation des PFP lors de leur formation, nous pouvons voir que 78% d'entre eux en ont entendu parler ailleurs. Nous nous sommes alors intéressées à la source de leurs informations.

Q4A : Si oui, dans quel contexte ?

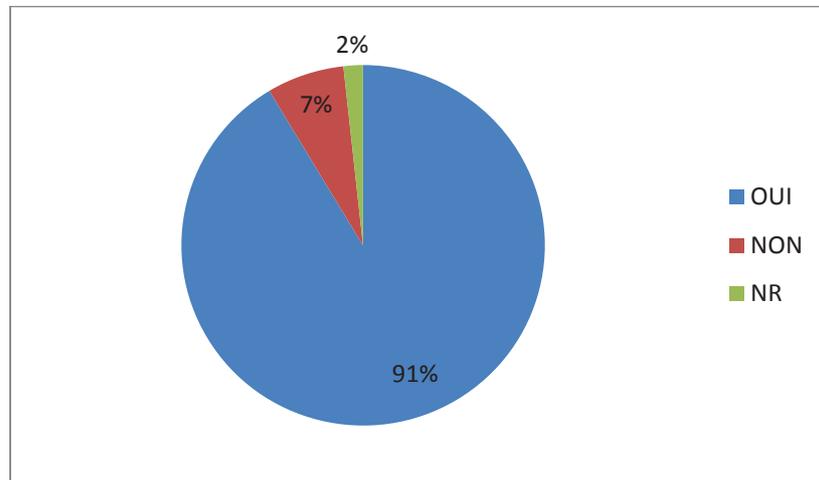


Graphique 8 : Moyen d'information.

Concernant les orthophonistes n'ayant pas eu d'enseignement, 55,6% d'entre eux se sont renseignés au cours de lectures. D'autres en ont entendu parler au cours de stages, sur internet ou lors d'émissions télévisées (22,2%). Enfin 16,7% ont pris connaissance des PFP lors de formations.

- L'orthophonie et la paralysie faciale périphérique :

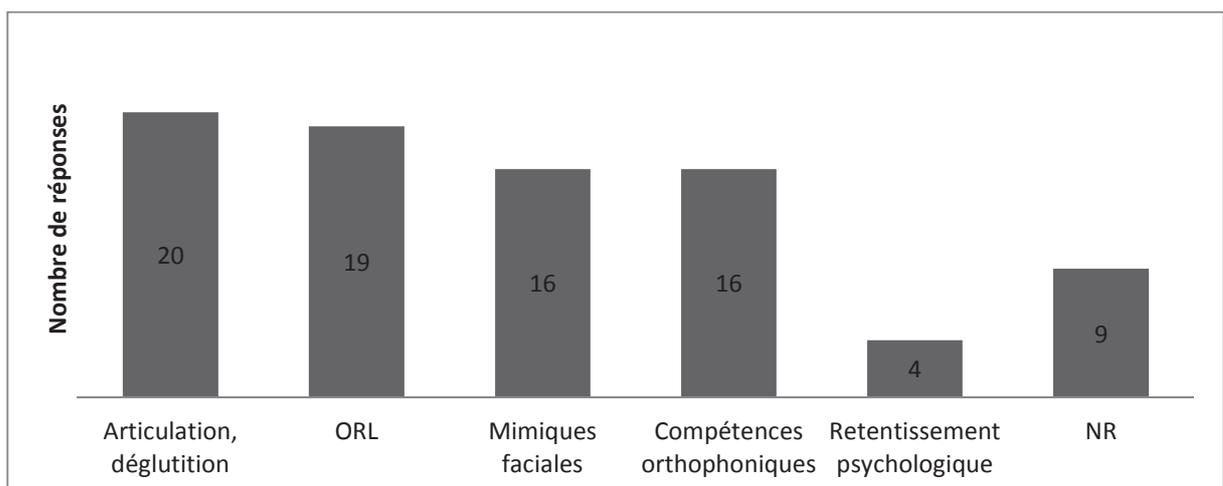
Q5 : Selon vous, la rééducation des paralysies faciales périphériques entre-t-elle dans le champ d'intervention de l'orthophonie ?



Graphique 9 : Avis des orthophonistes sur la rééducation des PFP comme un des champs d'intervention de l'orthophonie.

Nous remarquons qu'une grande majorité des orthophonistes ayant répondu au questionnaire (91%) pensent que la rééducation des PFP entre dans le champ de compétence orthophonique. 2% ne se sont pas prononcés, et enfin 7% des enquêtés pensent qu'il ne s'agit pas du domaine de l'orthophonie.

Q5A : Si oui, pourquoi ?



Graphique 10 : Raisons pour lesquelles la rééducation des PFP fait partie du champ de compétences des orthophonistes.

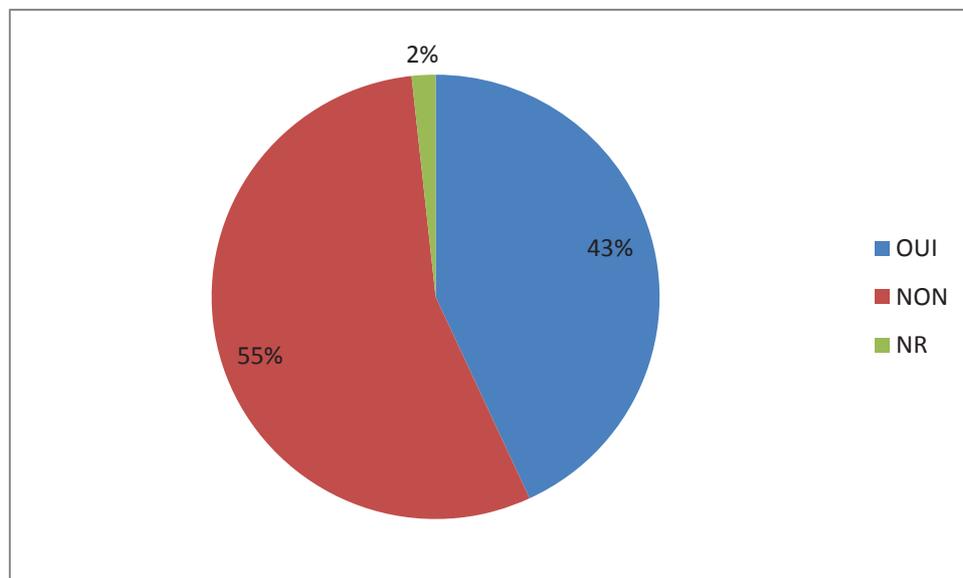
Cette question permettait de connaître le point de vue des orthophonistes sur la raison de notre intervention auprès des PFP. On remarque que les troubles de l'articulation et de

déglutition sont de nombreuses fois cités. De manière plus générale, les orthophonistes citent les troubles ORL. Ensuite, les mimiques faciales sont également évoquées. Certaines réponses sont brèves, expliquant que cela fait partie du champ de compétences des orthophonistes. Puis, le retentissement psychologique est souligné de manière minoritaire.

Enfin, ce type de question (ouverte) demande une réflexion, donc plus de temps pour y répondre. Ainsi, 9 enquêtés n'ont pas répondu (NR : Non Réponse).

Les enquêtés répondant négativement à la question 5 ont également répondu à la question 5A de manière brève. Ils ont considéré que la rééducation des PFP ne devait pas faire partie du champ de compétences de l'orthophonie.

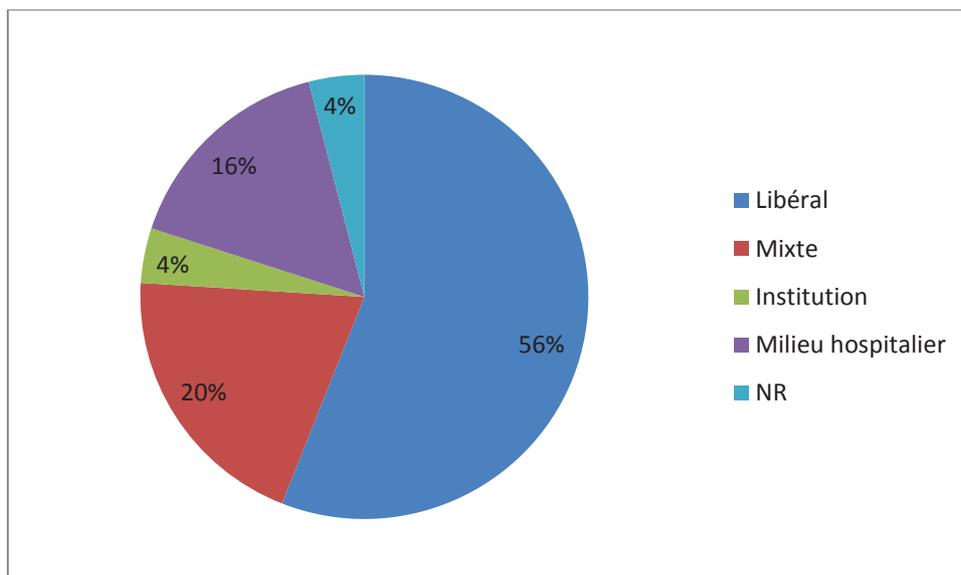
Q6 : Suivez-vous des patients présentant une paralysie faciale périphérique ?



Graphique 11 : Orthophonistes ayant en charge des patients présentant une PFP.

Plus de la moitié des orthophonistes ayant répondu au questionnaire (55%) ne suivent pas de patient présentant une PFP. Seulement 43% ont actuellement des patients présentant une PFP.

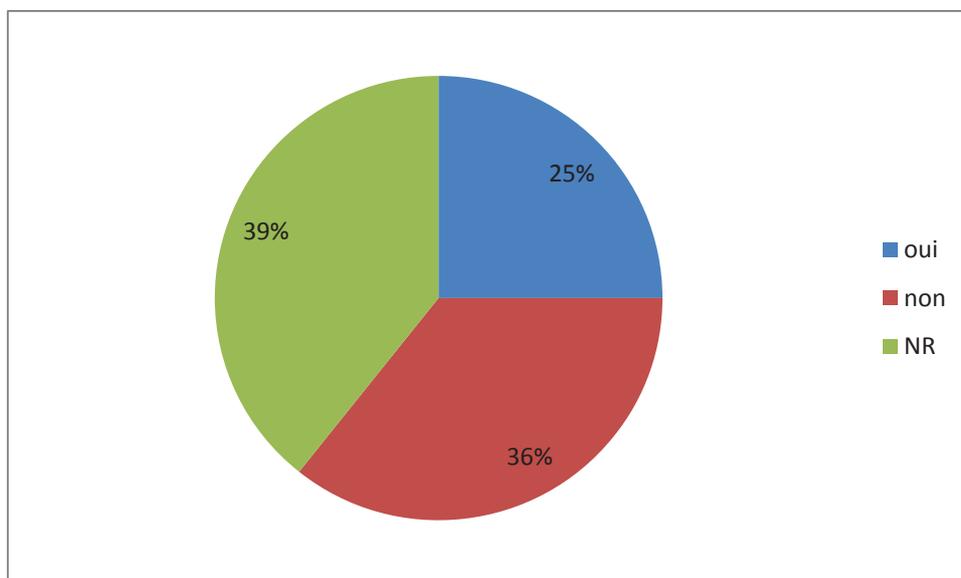
Ce pourcentage nous a quelque peu étonnées. En effet, nous aurions pensé avoir plus d'orthophonistes pratiquant ce type de rééducation.



Graphique 12 : lieu d'exercice des orthophonistes prenant en charge des PFP.

Sur l'ensemble des réponses obtenues aux questionnaires, les prises en charge des PFP se font en grande partie en libéral (56%), pour seulement 16% en milieu hospitalier.

Q6A : Si oui, combien de patients ? Vos patients ont-ils eu des difficultés pour trouver une orthophoniste acceptant de traiter leur pathologie ?



Graphique 13 : Difficulté ou non pour être pris en charge par un orthophoniste.

Les orthophonistes ayant répondu au questionnaire suivent environ entre 1 et 5 patients présentant une PFP.

La difficulté pour les patients à trouver un orthophoniste concerne 25% des patients. Trois motifs sont cités : soit la difficulté est due à un manque de formation, soit à une liste d'attente trop longue ou encore liée au déplacement à domicile.

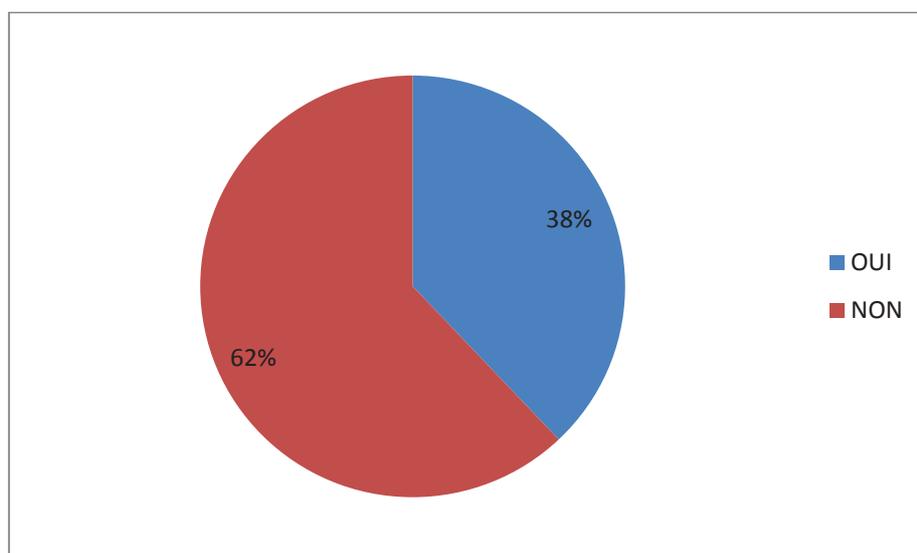
Parmi les patients n'ayant pas eu de difficulté pour trouver un orthophoniste, il y a plusieurs raisons : soit le patient est dans un service de médecine physique et de réadaptation donc la rééducation orthophonique fait partie de son parcours de soins (rééducation en centre, en service de médecine physique et de réadaptation), soit un prescripteur les adresse à des orthophonistes « connus » pour prendre en charge les patients ayant une PFP.

- **Concernant la paralysie faciale périphérique et sa rééducation :**

Q7 : Connaissez-vous la différence entre une paralysie faciale centrale et une paralysie faciale périphérique ? (Signes cliniques)

66% des orthophonistes interrogés connaissent la différence de signes cliniques entre une PFP et une Paralysie Faciale Centrale (PFC).

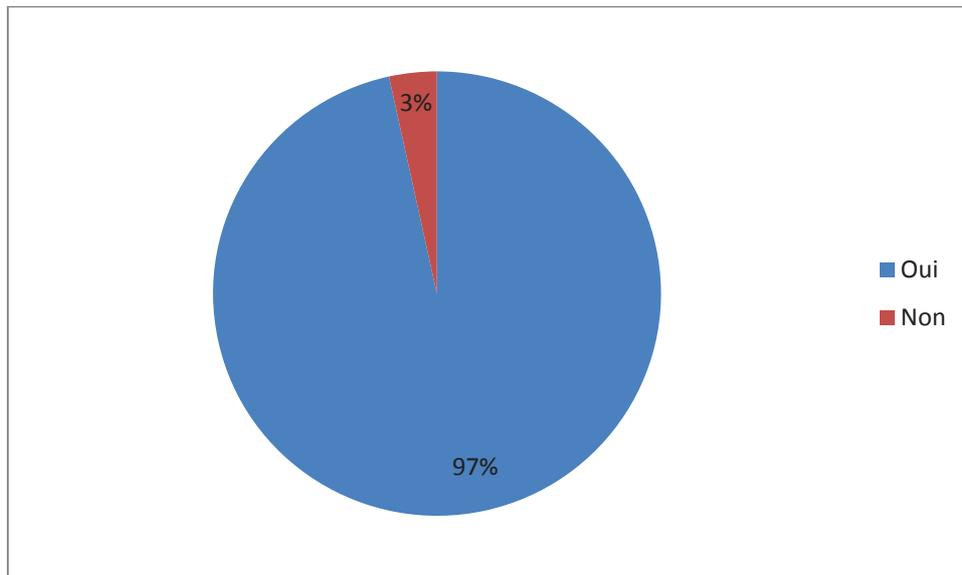
Q8 : En rééducation, traiteriez-vous une paralysie faciale centrale de la même façon qu'une paralysie faciale périphérique ?



Graphique 14 : Manière de rééduquer une PFP et une PFC : identique ou différente ?

62% des orthophonistes adapteraient leur rééducation selon le type de paralysie faciale (centrale ou périphérique). On observe que 38% pratiqueraient une rééducation identique.

Q9 : Pensez-vous qu'une plaquette d'information sur les paralysies faciales périphériques vous serait utile dans votre pratique ?



Graphique 15 : Souhait d'avoir une plaquette sur la rééducation des PFP.

97% des orthophonistes pensent qu'une plaquette sur la rééducation des PFP leur serait utile dans leur pratique. Nous allons donc répondre à cette demande.

1.6 Intérêt pour l'élaboration de la plaquette :

Tout d'abord, les résultats obtenus au questionnaire nous ont montré que les centres de formation ne proposent pas d'enseignement sur la rééducation des PFP ou proposent un enseignement très succinct sans éléments concrets pour la pratique. Les professionnels ne sont pas satisfaits de cet enseignement. Ils sont donc en attente d'exercices qu'ils pourraient utiliser dans leur pratique de rééducation.

Notre plaquette doit donc répondre à cette attente, qu'elle soit accessible mais surtout qu'elle apporte des éléments concrets concernant la rééducation.

Lors de la question concernant les moyens d'information en cas d'absence d'enseignement, aucune plaquette n'a été citée. A notre connaissance, aucune plaquette sur la rééducation des PFP n'existe à ce jour. Nous allons donc tenter de pallier ce manque.

Puis, nous avons pu constater que 7% des orthophonistes interrogés pensent que la rééducation des PFP ne fait pas partie du champ de compétence des orthophonistes. Nous allons donc bien décrire sur la plaquette les conséquences fonctionnelles d'une PFP et ainsi montrer que l'orthophoniste joue un rôle primordial dans ce type de rééducation.

Enfin, 38% des orthophonistes pratiqueraient une rééducation identique pour les PFP et les PFC. De ce fait, nous allons, dans une très courte partie, expliquer l'atteinte dans le cas d'une paralysie faciale centrale.

2. Illustrations de cas :

2.1 Forme et contenu :

Nous avons choisi d'ajouter une partie sur des illustrations de cas pour avoir plusieurs éléments sur la rééducation des PFP.

En effet, l'étude de patients et de leur rééducation va nous permettre d'apporter des éléments rééducatifs à notre plaquette d'information.

Nous avons choisi de faire deux tableaux : un pour les patients n'ayant pas eu de chirurgie reconstructrice et un autre pour les patients en ayant bénéficié (annexe VIII).

Le tableau concernant **les patients n'ayant pas eu de chirurgie reconstructrice** commence par une présentation succincte du patient : c'est-à-dire son sexe et son âge.

Nous avons ensuite une partie sur la PFP : l'hémiface atteinte (droite/gauche), l'étiologie, la date d'apparition de la paralysie ainsi que la présence ou non du compte-rendu de l'EMG (Electromyogramme).

Puis, nous nous sommes intéressées au bilan orthophonique initial : la date, le grade initial (selon House et Brackmann), la forme (spastique ou flasque) et l'éventuelle prédominance sur un territoire (supérieur ou inférieur).

La dernière partie concerne la rééducation orthophonique (des stimulations faciales, des praxies, un travail de contrôle, de détente), la date des premiers signes de récupération et l'évolution de la PFP (récupération finale ou en cours de rééducation, séquelles suivies ou non d'opération).

Le tableau concernant **les patients ayant eu une chirurgie** est un peu différent. Tout d'abord, nous avons une partie sur la présentation du patient (sexe, âge). Puis, les questions concernent la PFP (droite/gauche), le type de chirurgie ainsi que la date de l'intervention.

Ensuite, on s'intéresse à la date du bilan orthophonique initial, aux principaux axes de rééducation et à l'évolution de la PFP (récupération finale ou en cours de rééducation, séquelles suivies ou non d'opération).

2.2 Recueil des données, synthèse des résultats :

Plusieurs orthophonistes, suivant des patients avec une PFP, ont accepté de remplir le tableau (annexe VIII).

De plus, nous avons eu la chance pour certains patients d'avoir accès à leurs dossiers, rendus anonymes, pour pouvoir étudier leur rééducation.

Nous avons pris en compte des patients ayant des paralysies faciales ou des diplégies faciales (les deux hémifaces atteintes). Nous allons décrire en quelques lignes chaque cas clinique.

2.3 Les patients n'ayant pas eu de chirurgie reconstructrice :

2.3.1 Paralysie faciale idiopathique :

Les mots marqués d'un astérisque (*) sont définis dans le glossaire page 80.

Mr Men :

Mr Men, 76 ans, présente une paralysie faciale gauche idiopathique*, apparue début mars 2012.

Le bilan orthophonique est réalisé à J20. La fermeture palpébrale n'est pas complète : environ 7 mm d'ouverture. Lors de l'examen de la force musculaire, on constate de nombreuses ébauches de mouvements. Certains mouvements fonctionnels (cligner des yeux, sourire, siffler ou encore gonfler les joues) sont limités mais tout de même présents.

C'est une paralysie faciale de grade V selon la classification de House et Brackmann. Toute l'hémiface est touchée, il n'y a pas de prédominance.

Au niveau de l'articulation, la production des bilabiales est assez soufflée. On observe des fuites labiales lors du premier temps de la déglutition.

Avec la rééducation, les premiers signes de récupération apparaissent à J75 : l'élévation de la commissure labiale (sourire). Des exercices sont proposés pour renforcer le tonus jugal car le patient a tendance à se mordre la joue.

Au repos, la face est assez symétrique. Lors du sourire, la lèvre inférieure a tendance à rentrer vers l'intérieur.

Lors de la rééducation, quelques co-contractions apparaissent, par exemple, quand on demande au patient de rentrer la lèvre inférieure, l'œil se ferme. Les exercices seront donc effectués en séparant bien le territoire supérieur du territoire inférieur.

Enfin, des stimulations en arc de cercle sont effectuées car on observe une hypertonie au niveau de la joue. En effet, le sillon naso-génien est fort marqué du côté paralysé. Le vibreur va être utilisé au niveau du sillon naso-génien, du front et des lèvres.

Mme Dum :

Mme Dum, 49 ans, présente une paralysie faciale droite, depuis le 5 février 2012. C'est une paralysie faciale idiopathique.

Le bilan orthophonique est réalisé un an après l'apparition de la paralysie. L'atteinte est de grade V. La paralysie est spastique avec une prédominance au niveau du territoire inférieur. L'orthophoniste a pu obtenir le compte-rendu de l'EMG.

La rééducation orthophonique est principalement axée sur la détente musculaire. Des stimulations faciales sont effectuées et le biofeedback* est utilisé. Les premiers signes de récupération arrivent 70 jours après le début de la rééducation.

Aujourd'hui, Mme Dum présente un spasme au niveau de la partie palpébrale de l'orbiculaire. De plus, son sourire est limité.

Mr Ede :

Mr Ede, 60 ans, présente une paralysie faciale droite, d'origine idiopathique. La paralysie faciale date du 15 mai 2012.

Le bilan orthophonique se fait 12 jours après l'apparition de la paralysie. Selon la classification de House et Brackmann, la paralysie est de grade V, elle est flasque et sans prédominance au niveau des territoires supérieur ou inférieur. L'orthophoniste n'a pas reçu le compte-rendu de l'EMG.

Avec la rééducation orthophonique, principalement composée de stimulations faciales (manuellement et avec le vibreur) et de praxies, les premiers signes de récupération apparaissent 8 jours après le début de la rééducation. Le patient n'a pas eu de séquelle, il a récupéré totalement.

2.3.2 Paralysie faciale zostérienne :

Mme Cha :

Mme Cha, 46 ans, présente une paralysie faciale zostérienne* droite, en janvier 2007.

Après 4 mois de prise en charge chez un kinésithérapeute et n'ayant pas constaté de progrès, elle consulte un orthophoniste.

Le bilan orthophonique a été réalisé en mai 2007. Selon la classification de House et Brackmann, c'est une paralysie faciale de grade IV : la fermeture de l'œil est incomplète à l'effort. Le signe de C. Bell* est présent. La joue est flasque, il n'y a aucun mouvement au niveau du muscle frontal (droit) et du muscle corrugateur du sourcil (droit).

De plus, on remarque une asymétrie avec déviation du visage vers la gauche au sourire et à la parole.

La rééducation orthophonique démarre au rythme de trois séances par semaine. Ceci permet de vérifier si le rythme, plus soutenu, va accélérer la myélinisation de la gaine nerveuse.

Après deux mois de rééducation, selon la cotation de G.Freyss, certains mouvements, impossibles lors du bilan, sont au stade d'ébauche ou de contraction ample mais non maintenue ; par exemple, pour le risorius (tirer la commissure vers l'extérieur), pour le muscle releveur de l'angle de la bouche (sourire à pleines dents) et pour le muscle procérus (froncer les sourcils). On remarque donc des améliorations pour certains mouvements faciaux.

Mme Lop :

Mme Lop, 53 ans, présente une PFP zostérienne droite en 2011. Le bilan orthophonique se fait à J7, c'est-à-dire une semaine après l'apparition de la paralysie.

Au cours du bilan orthophonique, on remarque que la paralysie est plus importante au niveau de la partie inférieure. C'est une paralysie faciale de grade IV selon la classification de House et Brackmann. Quelques mouvements sont impossibles à réaliser tels que montrer les dents, sourire en ouvrant la bouche ou tirer la commissure vers l'extérieur.

Au niveau de la mastication, elle a des difficultés pour ouvrir la bouche et une impression de blocage.

Le premier temps de la déglutition est altéré : on observe une fuite labiale. De plus, le syndrome des larmes de crocodile* est présent.

Au cours de la rééducation orthophonique, les premiers signes de récupération apparaissent 8 jours après le bilan initial. La fermeture de l'œil sans effort est très vite obtenue. Après un travail des mouvements fonctionnels, une amélioration significative des mouvements est observée assez rapidement. De plus, le syndrome des larmes de crocodile a disparu. La face est symétrique au repos et lors des mouvements.

On observe que la lèvre inférieure a tendance à rentrer du côté atteint. Des stimulations faciales ainsi que des mouvements vers l'extérieur sont montrés à la patiente.

Au cours de la récupération, un spasme du côté atteint apparaît, au niveau du sillon nasogénien et du front. De ce fait, la rééducation est ciblée davantage sur les stimulations faciales avec le vibreur qui permettent de détendre l'hémiface concernée.

Des stimulations faciales sont réalisées au niveau du front, de la joue et de l'aile du nez. De plus, les stimulations endobuccales permettent de relever les points douloureux par des étirements. C'est assez douloureux pour Mme Lop mais après les séances, elle se sent beaucoup mieux et a moins de douleur.

Mme Cho :

Mme Cho, 48 ans, présente une paralysie faciale zostérienne, l'hémiface gauche est atteinte. La paralysie faciale date du 15 mars 2011.

Le bilan orthophonique est effectué 35 jours après l'apparition de la paralysie. La paralysie est de stade V, il n'y a pas de prédominance au niveau de l'atteinte. La paralysie est flasque.

La rééducation orthophonique est composée de praxies et de stimulations faciales tout en surveillant les éventuelles séquelles. Les premiers signes de récupération surviennent 95 jours après l'apparition de la paralysie, soit un peu plus de trois mois après le bilan initial.

Cependant, un spasme au niveau du territoire supérieur et inférieur est apparu, la rééducation est alors composée de détente musculaire. Le biofeedback est également utilisé. Au niveau des mouvements faciaux, on observe un manque de force (territoire inférieur et supérieur).

2.3.3 Paralyse faciale et affection neurologique :

Mr Gra :

Mr Gra, 37 ans, présente une paralysie faciale bilatérale dans le cadre d'un syndrome de Guillain-Barré.

Le bilan orthophonique a lieu le 28 août 2011, c'est-à-dire 150 jours (environ 5 mois) après l'apparition de la paralysie. La paralysie est flasque, de grade V selon la classification de House et Brackmann. Il n'y a pas de prédominance au niveau des territoires supérieur ou inférieur.

La rééducation orthophonique est composée de stimulations faciales et de praxies tout en surveillant l'existence de séquelles.

Les premiers signes de récupération apparaissent 90 jours (soit 3 mois) après le bilan initial. La rééducation orthophonique s'est arrêtée, le patient présente comme seule séquelle : un manque de force au niveau de l'orbiculaire de la bouche.

2.3.4 Paralyse faciale d'origine infectieuse :

Mr Clé :

Mr Clé, 5 ans, présente une paralysie faciale droite en novembre 2010 d'origine infectieuse (probablement suite à des oreillons).

Les résultats de l'EMG montrent que l'atteinte axonale prédomine sur le territoire facial inférieur : il n'y a aucune activité de contraction. Au niveau du territoire facial supérieur, les contractions sont très réduites mais tout de même présentes.

Le bilan orthophonique a lieu en janvier 2011, à J44, le grade initial de la paralysie est le grade V : la face est asymétrique au repos et hypotonique. On remarque quelques ébauches de mouvements.

Au cours de la rééducation orthophonique, un travail sur les mimiques et les mouvements fonctionnels sera effectué suivant les cinq stades de la rééducation. Les mouvements seront effectués sans forçage. Chaque muscle est abordé séparément, étage par étage, de haut en bas. Enfin, une dissociation entre le territoire supérieur et inférieur sera bien entendu respectée.

Les premiers signes de récupération apparaissent dès avril, mai (à J134 environ) avec notamment le sourire comme principal signe.

2.3.5 Paralysie faciale tumorale :

Mme Vin :

Mme Vin, 41 ans, présente une PFP droite suite à un neurinome de l'acoustique* en mars 2009. Il n'y a pas de prédominance : toute l'hémiface est atteinte.

Le bilan orthophonique a été réalisé 11 jours après l'apparition de la paralysie, au sein de l'hôpital. C'est une paralysie faciale de grade IV selon la classification de House et Brackmann. Au niveau de l'œil, le signe de C. Bell est présent.

Lors des praxies bucco-faciales, il n'y a aucun mouvement labial à droite. On remarque un défaut d'occlusion labiale lors du gonflement des joues. La bouche est tombante à droite mais il n'y a pas de fuite labiale.

Les sécrétions salivaires et lacrymales sont normales. Par ailleurs, Mme Vin ressent des fourmillements, difficiles à supporter, au niveau du visage.

La rééducation est principalement basée sur des stimulations faciales. Les premiers signes de récupération apparaissent 19 jours après le début de la rééducation (ébauche de réponse du muscle orbiculaire de la bouche).

Mme Vin réalise des exercices chez elle entre les séances, des progrès sont vite apparus au niveau de l'œil (fermeture), de la bouche puis du front.

A chaque séance, tous les exercices sont retravaillés en insistant sur la tenue de chaque mouvement, la souplesse de sa réalisation et l'importance des temps de pause. On conseille également à Mme Vin des effleurements faciaux doux.

Après une année de rééducation, on observe une ébauche de certains mouvements tels que dilater les narines, serrer les narines ou encore montrer les dents.

De plus, de nombreux mouvements sont au stade de contraction ample mais non maintenue (sourire en ouvrant la bouche, froncer les sourcils, tirer les lèvres vers le bas ou encore serrer les lèvres avec force).

Aujourd'hui, Mme Vin présente un spasme hémifacial. Le travail est donc axé sur la détente et la prise de conscience de ce dernier.

Mme Cle :

Mme Cle, 53 ans, présente une paralysie faciale gauche suite à l'exérèse d'un neurinome de l'acoustique en juillet 2004.

Au cours du bilan orthophonique, à J41, on remarque une perte du tonus jugal et une hypotonie labiale. C'est une paralysie faciale de grade IV selon la classification de House et Brackmann. De nombreux mouvements fonctionnels sont impossibles, comme « cligner les yeux », « gonfler les joues » ou encore « siffler ».

Au niveau de l'articulation, des difficultés sont rencontrées au niveau des bilabiales et des labiodentales, ce qui entraîne un manque d'intelligibilité.

Quelques fuites salivaires sont présentes au niveau de la commissure gauche dues à un manque de sensibilité et à un défaut de fermeture. Le tonus jugal est à travailler concernant la mastication.

Au niveau de l'œil, la fermeture n'est pas complète et le signe de Charles Bell est présent.

Mme Cle se plaint également d'une gêne au niveau esthétique.

La rééducation orthophonique est composée de différents exercices, de mouvements fonctionnels et d'un travail de l'articulation.

Après 16 séances de rééducation, à J61, on remarque une petite amélioration concernant la fermeture des lèvres. Cela entraîne une meilleure intelligibilité et une plus grande facilité à retenir les liquides.

La mobilité palpébrale est également meilleure, mais la fermeture complète n'est pas encore obtenue. Enfin, l'asymétrie du visage est persistante lors du sourire et de l'élocution.

Après trois mois de rééducation, on remarque toujours une perte du tonus au repos, la commissure labiale est abaissée et le gonflement des joues est impossible. On note que le signe de C.Bell est toujours présent. Au niveau de la déglutition, Mme Cle note des progrès mais une fuite est parfois encore présente.

Mme Cle envisage une chirurgie réparatrice, de type anastomose VII-XII.

2.3.6 Paralysie faciale traumatique :

Mme Cui :

Mme Cui, 54 ans, présente une paralysie faciale gauche. Sa paralysie, d'origine traumatique, date du 15 septembre 2011.

Le bilan orthophonique se fait 25 jours après l'apparition de la paralysie.

La paralysie est de grade V et de type flasque : les mouvements sont difficiles à percevoir. On n'observe pas de prédominance au niveau de l'atteinte. L'orthophoniste n'a pas reçu le compte-rendu de l'EMG.

La rééducation orthophonique est constituée de stimulations faciales et de praxies. Les différents stades de rééducation sont bien respectés pour éviter toute séquelle. Ainsi, les premiers signes de récupération apparaissent 15 jours après le bilan orthophonique.

Au cours de la récupération, on observe un spasme modéré au niveau de l'orbiculaire de l'œil.

2.3.7 Autres étiologies :

Mr Ban :

Mr Ban, 12 ans, présente une diplégie faciale, secondaire à une tumeur de la fosse postérieure avec des métastases médullaires. Mr Ban a été opéré en 2005 puis a eu de la chimiothérapie et des rayons.

Il présente alors des troubles de l'équilibre, une dysarthrie, une diplopie, un strabisme convergent de l'œil gauche et une paralysie faciale totale.

Le bilan orthophonique a été réalisé en juin 2006 : l'atteinte des muscles faciaux est bilatérale et symétrique.

Au cours de l'évaluation des mouvements faciaux, on remarque que peu de mouvements sont présents : un petit mouvement vers le haut à la tête du sourcil gauche, un léger mouvement du muscle releveur de l'aile du nez à droite et une légère contraction du platysma à gauche.

Le muscle frontal gauche et droit, le muscle corrugateur du sourcil droit, les zygomatiques, le risorius, le buccinateur et le mentonnier ne se contractent plus.

Au niveau des paupières, elles descendent à mi-course, on observe un signe de C.Bell bilatéral.

Au niveau lingual, il n'y a pas de trouble de la mobilité.

Nous pouvons conclure que la présence de petits mouvements montre qu'il y a une très légère activité des deux branches des nerfs VII. Un programme de rééducation est donc proposé pour stimuler les muscles où il y a une ébauche de mouvement.

Après deux mois de rééducation orthophonique, on observe une meilleure fermeture palpébrale et une diminution du réflexe de C. Bell.

On remarque également un mouvement au niveau du muscle releveur de l'aile du nez et un début de résistance au niveau des lèvres. De plus, la tonicité jugale est meilleure.

Malheureusement, nous n'avons pas d'information sur la poursuite de la rééducation à ce jour et sur son évolution.

Mr Gue :

Mr Gue, 29 ans, présente une diplégie faciale suite à l'exérèse complète d'une tumeur du IV^{ème} ventricule, en 2010.

Le bilan orthophonique date de 2012, donc deux ans après l'intervention. Selon la classification de House et Brackmann, le grade initial est le V^{ème} grade : la face est asymétrique au repos et hypotonique. On remarque quelques ébauches de mouvements. La fermeture des yeux est incomplète.

Au repos, la fermeture de la bouche est incomplète, de ce fait, Mr Gue a une respiration nasobuccale.

Au niveau de l'articulation, il a des difficultés pour réaliser les bilabiales et les labiodentales.

L'orthophoniste en charge de ce patient n'a jamais reçu le compte-rendu de l'EMG.

La rééducation orthophonique est composée de stimulations faciales et d'exercices pratiques pour obtenir une fermeture buccale, une fermeture des yeux et une meilleure production des phonèmes bilabiaux et labiodentaux.

Par ailleurs, les mouvements fonctionnels seront travaillés selon les 5 stades de la rééducation.

Ainsi, grâce à la rééducation orthophonique, les premiers signes de récupération ont lieu environ 9-10 mois après le bilan orthophonique : la fermeture buccale s'est améliorée.

Aujourd'hui, Mr Gue est toujours en cours de rééducation. En février 2013, il a subi une opération pour son strabisme. Enfin, un rendez-vous avec un chirurgien esthétique est prévu dans les prochains mois pour « récupérer » un sourire.

Mme Cap :

Mme Cap, 25 ans, présente une diplégie faciale suite à un AVC du tronc cérébral et du cervelet en avril 2006.

Le bilan orthophonique date de 2008. Le grade initial, selon la classification de House et Brackmann est VI : c'est une paralysie complète : pas de contraction possible. Il n'y a pas de territoire prédominant, tout le visage est atteint.

On remarque que le signe de Charles Bell est présent des deux côtés. Lors de l'examen de la force musculaire, de nombreux mouvements sont impossibles comme lever les sourcils, froncer les sourcils ou encore cligner des yeux.

Au niveau de l'articulation, Mme Cap présente des difficultés lors de la production des bilabiales dues aux lèvres qui ont du mal à se joindre spontanément.

Elle fait également quelques fausses routes à la déglutition, notamment de l'eau.

La rééducation orthophonique associe des praxies et des stimulations faciales et des pressions manuelles ou avec le vibreur. Les premiers signes de récupération apparaissent environ 7 mois après, au travers d'un léger abaissement des paupières.

Le visage est plus symétrique au repos et moins amimique lors de la conversation. Au niveau de ses productions, Mme Cap est plus intelligible mais elle est obligée d'aspirer ses lèvres pour obtenir les bilabiales (p,b,m).

Les résultats de l'EMG sont encourageants et montrent une franche réinnervation au niveau du territoire facial inférieur droit, supérieur gauche et surtout au niveau du territoire facial inférieur gauche. En effet, on obtient des ébauches de mouvements même si elles sont longues à s'installer. Les fausses routes ont disparu.

Par la suite, Mme Cap subira une myoplastie d'allongement du temporal droit et gauche. (Cf Illustrations de cas – les patients ayant une chirurgie reconstructrice).

2.4 Les patients ayant eu recours à une chirurgie reconstructrice :

Mme Cap (patiente étudiée également dans les illustrations de cas – « les patients n'ayant pas eu de chirurgie reconstructrice ») :

Mme Cap présente une diplégie faciale depuis 2006. Elle bénéficie d'une myoplastie d'allongement du temporal droit et gauche par le Dr Labbé réalisée en 2010.

Le bilan orthophonique post-opératoire est effectué. On observe des ébauches de mouvements, notamment au niveau du front. De plus, les joues peuvent se gonfler légèrement.

Au niveau de l'articulation, Mme Cap est compréhensible, cependant quelques phonèmes sont encore à travailler, notamment les [b], [p], [m], [f], [v] et le [i] (voyelle étirée).

La rééducation orthophonique a repris. Les trois étapes du sourire seront abordées : le sourire mandibulaire, le sourire temporal volontaire et enfin le sourire temporal spontané.

Un an après son opération, le sourire temporal volontaire est possible. De plus, la course commissurale est de bonne qualité.

Un travail par vibreur est réalisé sur chaque hémiface et consiste à la poursuite du programme de stimulation électrique et mécanique pour la neurotisation* de la face.

Un travail pratique est également réalisé pour l'articulation des phonèmes bilabiaux et dentolabiaux.

Enfin, la rééducation s'oriente vers la dernière étape du sourire, celle du sourire temporal spontané. L'articulation du [i] s'est d'ailleurs améliorée au cours de cette étape.

Mme Tai :

Mme Tai, 33 ans, présente une paralysie faciale congénitale gauche. Cette patiente bénéficie d'une myoplastie d'allongement du temporal gauche en 2011 par le Dr Labbé.

A la suite de cette opération, le bilan orthophonique est effectué et la rééducation du sourire est envisagée selon les trois étapes.

Un travail praxique est également effectué sur l'articulation des phonèmes bilabiaux et labiodentaux.

Un travail est aussi réalisé avec le vibreur sur l'hémiface gauche tout en bloquant le côté sain dans le but de ne stimuler que le côté gauche et de restaurer une symétrie au niveau de la bouche et des narines.

Après une année de rééducation, le sourire est de très bonne qualité. Par la suite, une opération est envisagée au niveau du sillon naso-génien afin de libérer des brides fibreuses. L'opération aura pour but de libérer, de façon à couvrir au repos, l'incisive latérale et la canine. La patiente envisage également des injections de Manycam pour calmer l'hyperactivité du côté sain et ainsi obtenir une meilleure symétrie.

La difficulté de la rééducation a résidé dans la multiplicité des interventions chirurgicales avant vingt ans qui ont compliqué le trajet des fibres musculaires et leur réorganisation.

Mme Art :

Mme Art, 38 ans, présente une paralysie faciale droite suite à un AVC cérébelleux. Cette patiente a eu une anastomose hypoglossofaciale droite réalisée par le Pr Darrouzet, en janvier 2006.

A la suite du bilan orthophonique en mars 2008, la rééducation orthophonique est principalement axée sur la langue.

La fermeture palpébrale est obtenue et est de qualité. La paralysie faciale reste surtout visible lors du sourire car au repos, la symétrie est quasi-optimale. Le tonus facial est également de qualité.

Après deux années de rééducation, on remarque des améliorations lors de différents mouvements faciaux tels que lever les sourcils, fermer les yeux avec force ou encore sourire à pleines dents.

La rééducation est axée sur les mimiques et sur la récupération des mouvements faciaux spontanés sans utiliser la langue.

L'articulation reste saccadée en raison de l'atteinte cérébelleuse mais elle est très intelligible.

2.5 Intérêt pour l'élaboration de la plaquette :

L'objectif de cette partie « illustrations de cas » est de recueillir différents éléments sur la rééducation orthophonique des PFP.

Tout d'abord, la prise en charge d'un patient ayant une PFP doit être précoce ; cela doit être une priorité thérapeutique pour optimiser les résultats. Cependant, la récupération est propre à chaque patient et à la sévérité de son atteinte. Nous ne pouvons pas nous prononcer sur la date des premiers signes de récupération ou encore sur les éventuelles séquelles à venir. Ainsi dans la plaquette, nous ne soulignerons que la nécessaire précocité de la prise en charge.

Selon le type de paralysie faciale, flasque ou spastique, la rééducation orthophonique sera différente ; nous avons extrait les lignes de bases de la rééducation selon la PFP.

Si la PFP est flasque, la rééducation est constituée de stimulations faciales faites manuellement ou avec le vibreur, d'exercices pratiques associés à un travail sur les mouvements fonctionnels et sur les mimiques. De plus, les mouvements sont effectués sans forçage. Enfin, au cours de la rééducation, les cinq stades sont identifiés et respectés.

La rééducation en cas de séquelles est différente : le but principal est la détente. Ainsi, des stimulations faciales faites manuellement ou avec le vibreur peuvent être effectuées pour détendre l'hémiface. Des stimulations endobuccales vont permettre de lever les points douloureux par des étirements. Puis, l'électrofeedback peut être utilisé.

Enfin, à l'aide des illustrations de cas, nous avons constaté que tous les orthophonistes n'ont pas reçu le compte-rendu de l'EMG de leurs patients. Pourtant, cet examen peut être d'une grande utilité car il indique s'il y a une éventuelle ré-innervation. L'orthophoniste peut être amené à demander cet examen chez le neurologue, l'ORL ou à l'hôpital d'origine.

Concernant les patients ayant eu une chirurgie reconstructrice, nous pouvons voir que le bilan orthophonique est relativement proche de l'intervention. Ainsi, la rééducation des PFP après chirurgie est relativement connue des médecins ou chirurgiens qui envoient chez des orthophonistes pour une rééducation.

Nous avons pu constater que les principaux axes de rééducation dépendent du type de chirurgie.

Pour une myoplastie d'allongement du temporal, on distingue trois étapes dans la rééducation : le sourire mandibulaire, le sourire temporal volontaire et le sourire temporal

spontané. Pour ce type d'opération, quand la prise en charge orthophonique débute suite à l'opération, les résultats sont plutôt satisfaisants.

Pour l'anastomose hypoglossofaciale, le principal axe de rééducation est le travail lingual qui permet l'envoi de l'influx nerveux dans le nerf facial anastomosé.

3. Les difficultés rencontrées :

La principale difficulté rencontrée a été d'obtenir un nombre élevé de réponses au questionnaire.

Nous avons essayé de dépasser cette difficulté en décalant la date butoir, laissant ainsi plus de temps aux orthophonistes pour y répondre. De plus, une majorité de questionnaires ont été adressés par Internet, ce qui facilitait les réponses. Puis, le questionnaire étant relativement court, le professionnel pouvait y répondre rapidement à un moment choisi.

Nous avons donc recueilli 61 réponses, ce qui a permis malgré tout de poursuivre notre objectif. Toutefois, en termes de statistiques, cet échantillon ne représente pas un nombre suffisant d'éléments pour une analyse robuste.

Cependant, ce faible taux de participation a suscité quelques interrogations. Nous nous sommes demandées si ceci était dû à un manque de temps ou à un désintérêt pour ce type de rééducation.

Concernant le tableau d'illustrations de cas, nous avons eu des difficultés pour recueillir certaines informations concernant la rééducation car des dossiers étaient incomplets ou avec très peu d'éléments écrits sur la rééducation et son évolution. Nous avons pensé à un tableau avec plusieurs critères, mais il était illusoire de vouloir remplir tous les critères pour chaque patient.

III. Elaboration de la plaquette :

1. Support :

Nous avons choisi d'utiliser un support papier recto/verso de type A4 plié en 3. Le support papier ne nécessite pas d'installation de programme ni de connaissances informatiques particulières ; il est donc facile d'accès.

De plus, il peut être photocopié et distribué à volonté. Il est donc destiné à un large public ; autant pour les orthophonistes en libéral que ceux en institution.

Par ailleurs, nous avons également choisi de faire une version PDF de la plaquette en 2 pages. Ainsi, l'avantage de ce support est qu'il peut être envoyé par mail, ne nécessitant pas automatiquement d'impression papier.

Le choix de faire une version en PDF a été initialement envisagé pour faire un retour, par mail aux orthophonistes ayant répondu au questionnaire.

Cette version nous permettra donc de diffuser plus largement au public concerné.

2. Mise en forme :

Nous avons conçu la plaquette à l'aide du logiciel WORD, sur un format type paysage avec trois colonnes.

Le titre de la plaquette est écrit en gras et se trouve dans un encadré orange. Sur le premier feuillet, nous avons choisi de mettre deux triangles pour ainsi préciser le début de la plaquette.

Puis, les différents titres sont écrits en bleu marine et en gras. En dessous de chaque titre, nous avons choisi de mettre une fine ligne de points pour ainsi bien marquer les différentes parties et également pour égayer la plaquette.

Les sous-titres de chaque partie sont écrits en rouge et sont soulignés. Certains mots dans la plaquette sont écrits en gras pour bien montrer leur importance et attirer l'attention du lecteur.

3. Contenu :

Cette plaquette est un outil de présentation de la rééducation des PFP ; elle apporte des idées globales. Elle ne présente pas une méthode de rééducation des PFP mais informe le lecteur sur les différents principes. C'est une plaquette de présentation à destination des orthophonistes sur la rééducation des PFP.

Le contenu de la plaquette a été basé sur des lectures, les réponses aux questionnaires et les illustrations de cas. Le texte contient un vocabulaire adapté et normalement connu par les orthophonistes. La plaquette contient deux dessins qui schématisent le texte pour ainsi bien visualiser ce qui est décrit.

4. Structure de la plaquette :

Le premier feuillet contient le titre : « La rééducation des Paralysies Faciales Périphériques ». Juste en dessous, nous avons précisé « A l'attention des orthophonistes » pour que l'éventuel lecteur sache directement à qui s'adresse cette plaquette.

Ensuite, une brève introduction énonce les conséquences fonctionnelles qu'entraîne une PFP. En lisant les différents troubles engendrés par la PFP, le rôle de l'orthophoniste au sein de cette rééducation se précise pour le lecteur. Puis, pour terminer cette brève introduction, nous avons choisi de parler de la nécessité de la précocité des soins afin d'optimiser les résultats.

Nous avons choisi de rappeler les différentes fibres du nerf facial dans la partie « Le nerf facial : bref rappel anatomique ». Puis, nous avons un schéma sur les deux branches motrices du nerf facial. Ce schéma est important à connaître pour ensuite aborder la rééducation.

Sur le second feuillet, nous avons la « Rééducation des PFP flasques » : nous avons alors différentes sous-parties avec tout d'abord les objectifs de la rééducation.

Puis, les différents stades de rééducation sont présentés. A la suite, une phrase est écrite « **Identifier** et **respecter** chaque stade pour éviter les séquelles ». En effet, ces stades sont très importants et le respect de leur durée est fondamental pour éviter les co-contractions, les syncinésies voire les spasmes.

Nous avons ensuite évoqué les techniques préparatoires au travail musculaire.

Sur le troisième feuillet, nous avons présenté le travail musculaire de type analytique. Nous avons alors rappelé les principes de la méthode NMR (Neuromuscular Retraining).

Puis, nous avons évoqué les exercices pratiques selon les 3 zones. Dans cette partie, nous n'avons pas détaillé d'exercices pratiques mais avons seulement donné des éléments fondamentaux dans ce type de rééducation, comme par exemple le travail de la fermeture de l'œil en priorité pour éviter les complications ophtalmiques (conjonctivite ou kératite).

Nous avons indiqué que la durée des exercices doit être courte mais que les exercices doivent

être répétés au cours de la journée car la charge électrique de la fibre est de courte durée. Nous avons ajouté un dessin qui représente les trois zones du visage. Ainsi, le professionnel connaît les trois zones du visage et sait que tout mouvement d'une zone ne doit pas entraîner de mouvement d'une autre zone pour éviter les co-contractions.

Puis sur le quatrième feuillet, nous avons trois autres parties : la rééducation de l'articulation, de la mastication et de la déglutition, de la sensibilité et des fonctions sécrétoires. Nous avons énuméré de manière succincte quelques exercices.

Enfin, nous avons décrit les objectifs de la rééducation en cas de séquelles (syncinésies, co-contractions et spasme de l'hémiface).

Sur le cinquième feuillet, nous avons présenté une partie sur les stimulations faciales, les exercices respiratoires et de relaxation.

Puis, nous avons une partie qui explique l'intérêt de l'électrofeedback dans ce type de prise en charge.

Nous avons ensuite présenté la rééducation après anastomose hypoglossofaciale. Nous avons simplement cité la priorité de cette rééducation et nous avons fait référence à une orthophoniste qui a beaucoup écrit sur ce type de prise en charge. Ainsi, le lecteur peut aller se documenter s'il veut en savoir plus.

Nous avons également introduit la rééducation après myoplastie d'allongement du temporal. Nous avons cité les trois étapes de la rééducation et fait référence à une autre orthophoniste qui a également beaucoup travaillé sur ce domaine.

Enfin, sur le sixième feuillet, nous avons choisi de mettre une courte partie sur la paralysie faciale centrale pour ainsi sensibiliser et préciser que l'atteinte était différente de celle de la PFP. Donc la rééducation est également différente.

Une liste sur le matériel utilisé lors de la rééducation des paralysies faciales est présentée.

Ensuite, nous avons une partie sur l'appétence à la communication. En tant que thérapeute de la communication, nous allons aussi aider notre patient dans sa communication au quotidien, l'informer et également faire des simulations au cours des séances de rééducation.

Enfin, la rubrique « Pour aller plus loin... » donne les références d'un livre et d'un DVD pour ainsi rendre le lecteur actif. Cette rubrique permet d'aider le lecteur s'il désire en savoir davantage.

5. Utilisation de la plaquette :

Cette plaquette présente les idées globales sur la rééducation des PFP. C'est un étayage du sujet. Elle n'a pas la prétention de présenter la rééducation des PFP et de remplacer une formation. Elle a pour objectif de guider et d'aider les professionnels dans leur pratique.

En effet, certains enseignements concernant les PFP sont assez succincts et très théoriques. Cette plaquette va donc apporter aux professionnels des débuts d'éléments concrets concernant la rééducation des PFP.

En cours d'élaboration, nous avons pensé à une deuxième utilisation de la plaquette. En effet, elle pourrait être distribuée aux professionnels à la fin d'une formation sur les PFP. Ainsi, au cours de la formation, les professionnels auraient des connaissances pratiques (stimulations faciales, présentation éventuelle du matériel) et théoriques. La plaquette serait alors un petit rappel que les professionnels emmèneraient avec eux. Ils pourraient consulter cette dernière en cas de doute au cours de leur rééducation.

Nous nous demandions si un éventuel manque de formation, d'enseignement et de connaissance de la part des professionnels au sujet des paralysies faciales périphériques et de leur prise en charge était présent.

Ainsi, avant d'élaborer cette plaquette, nous avons conçu un questionnaire évaluant les connaissances des orthophonistes sur ce sujet. Bien qu'il s'agisse d'un questionnaire rapide demandant peu de temps pour le remplir, nous n'avons pas eu un échantillon de population important (58 réponses exploitables). Nous nous sommes alors demandées si cela était dû à un manque de temps, à un désintérêt pour ce domaine ou si la version informatisée avait éventuellement rebuté les professionnels.

Dans le questionnaire, avec du recul, nous aurions aimé savoir, concernant les orthophonistes n'ayant pas eu d'enseignement sur les PFP, plus précisément les titres des ouvrages qu'ils ont pu consulter ou les formations suivies. En effet, le fait d'avoir de nombreuses références nous aurait été utile pour pouvoir les citer dans la plaquette.

Lors de l'analyse des réponses, nous avons pu constater que la majorité des orthophonistes ayant reçu un enseignement sur les PFP n'étaient pas satisfaits de ce dernier. Pour certains, l'enseignement était abordé de manière succincte, pour d'autres, il manquait d'éléments concrets. Notre plaquette se devait donc d'apporter des éléments utiles et concrets pour la rééducation plutôt que de la théorie, pour répondre ainsi aux attentes des professionnels s'étant exprimés.

En plus du questionnaire, nous avons ajouté, dans notre étude, une partie sur des illustrations de cas afin de pouvoir répondre à cette demande des orthophonistes. Il nous semblait essentiel d'étudier la rééducation de plusieurs patients pour mieux comprendre et objectiver les différents axes du traitement.

Lors de l'élaboration de notre plaquette, nous avons essayé d'être au plus proche de la pratique réelle afin qu'elle apporte les éléments concrets attendus par les professionnels.

Il n'a pas été simple de délimiter le sujet de la plaquette, l'objectif étant de présenter les principaux axes de la rééducation orthophonique des PFP. Cette plaquette ne décrit pas une méthode de rééducation spécifique mais présente les grands principes de rééducation sur la

PFP flasque, au stade de séquelles, ou encore sur la prise en charge secondaire à une chirurgie reconstructrice.

Nous pensons donc que ce document apportera des éléments plus précis pour aider les orthophonistes dans leur prise en charge. Toutefois, dans ce type de rééducation, certaines techniques comme les stimulations faciales ne peuvent être enseignées que par des formations pratiques. En effet, il est important de pouvoir s'entraîner aux sensations apportées par le toucher grâce aux stimulations manuelles.

Dans cet esprit, nous avons pensé que cette plaquette pouvait être distribuée également après une formation en tant que « memento » ou synthèse en cas d'hésitation(s) de la part du professionnel.

Enfin, par manque de temps, dû à certains questionnaires retournés trop tardivement par les orthophonistes enquêtés, nous n'avons pas pu effectuer d'analyses statistiques sur les retours d'impression générale des orthophonistes quant à notre plaquette.

Néanmoins, toutes les remarques recueillies, concernant la clarté, l'organisation et la rééducation selon la PFP, ont pu confirmer l'utilité et l'importance d'un tel support.

L'intérêt porté aux PFP nous a permis de nous rendre compte que ce type de rééducation est peu connu et donc peu pratiqué par les professionnels. De plus, le domaine est relativement vaste et peu documenté.

Au cours de nos recherches, nous avons pu constater que certains professionnels estimaient que ce type de prise en charge relevait plus de la compétence des kinésithérapeutes que des orthophonistes. Pour notre part, nous ne pensons pas qu'il y ait une exclusivité de l'un ou de l'autre, considérant qu'une prise en charge pluridisciplinaire ne peut être que bénéfique pour accompagner le patient.

Enfin, ce type de sujet nous a fait prendre conscience du vaste domaine d'intervention de l'orthophoniste. Ainsi, même une fois diplômé(e)s, nous pourrions avoir à faire face à des domaines encore peu 'connus' pour lesquels il nous faudra continuer à faire des recherches plus poussées afin de continuer à apprendre. C'est aussi la richesse de notre futur métier.

Conclusion

Etant donné les conséquences fonctionnelles qu'entraîne une PFP, la rééducation orthophonique est préconisée. Il nous a donc paru intéressant de vérifier si les orthophonistes étaient informés et formés sur ce type de prise en charge.

Nous avons pensé qu'un besoin d'information de la part des professionnels était bien réel. Suite aux retours des questionnaires, nous avons pu constater que 62% des professionnels ayant reçu un enseignement sur les PFP ne sont pas satisfaits de ce dernier. Le domaine a été abordé de manière trop succincte ou sans éléments concrets concernant la pratique. Enfin, 97% des orthophonistes pensent qu'une plaquette sur les PFP leur serait utile dans leur pratique. Ce constat a confirmé l'intérêt d'élaborer une plaquette d'information sur les PFP.

Pour élaborer la plaquette, nous avons également étudié plusieurs cas cliniques pour mieux comprendre la rééducation des PFP. Ainsi, une plaquette sur la rééducation des PFP a été réalisée pour combler les lacunes des différents professionnels, les aider et les guider dans leur pratique. Nous avons également envisagé une deuxième utilisation de celle-ci, comme résumé, suite à une formation sur les PFP.

En prolongement et en complément de ce travail, un futur mémoire pourrait envisager la création d'un site internet sur la rééducation des PFP. Ainsi, le site, contrairement à la plaquette, pourrait proposer davantage d'explications, de schémas, de photographies et de petits films.

Glossaire

Biofeedback : technique grâce à laquelle on utilise des informations relatives à une fonction normalement inconsciente du corps pour en acquérir un contrôle conscient, volontaire.

Idiopathique : se dit d'une pathologie d'origine inconnue.

Neurinome de l'acoustique : appelé également schwannome vestibulaire, est une tumeur bénigne d'origine nerveuse, développée aux dépens de la 8^{ème} paire crânienne ou nerf acoustique.

Neurotisation : régénération d'un nerf sectionné

Signe de C. Bell : signe marqué par un déplacement du globe oculaire en haut et en dehors. De plus, la fermeture de l'œil est impossible.

Syndrome des larmes de crocodile : écoulement lacrymal à la déglutition. Il n'y a pas d'émotion. Ce syndrome traduit un mauvais arrimage de fibres.

Zostérien, ienne : relatif au zona

Bibliographie

Beursken C.H. & Heymans P.G. (2004). Physiotherapy in Patients With Facial Nerve Paresis : Description of Outcomes. *American Journal of Otolaryngology*, 25 (6), 394 – 400.

Bonfils P. & Chevallier J.M. (2011). Le nerf facial. *Anatomie ORL* 3, (pp.358-391). Paris : Médecines-Sciences Publications.

Brin F. (2004), *Dictionnaire d'orthophonie*, Isbergues : Ortho Edition.

Bulstrode N.W., & Harrison D.H. (2005). The Phenomenon of the Late Recovered Bell's Palsy : Treatment Options to Improve Facial Symmetry. *Plastic & Reconstructive Surgery*, 115 (6), 1466 – 1471.

Capet G. (2008). Rencontre tactile soignant/soigné. *Rééducation orthophonique, Le Toucher thérapeutique en orthophonie*, 236, (pp.7-10).

Couture G. (2002). Bilan orthophonique : Points de repères. *Rééducation orthophonique, Cancers et traumatismes de la face*, 210, (pp.57-61).

Couture G, Eyoum I. & Martin F. (1997). Paralysies faciales. *Les fonctions de la face* (pp 15 – 26). Isbergues : Ortho Edition.

Couture G, Eyoum I. & Martin F. (1997). Les massages. *Les fonctions de la face* (pp161 – 175). Isbergues : Ortho Edition.

De Maio M., & Bento R.F. (2007). Botulinum Toxin in Facial Palsy : An Effective Treatment for Contralateral Hyperkinesis. *Plastic & Reconstructive Surgery*, 120 (4), 917 – 927.

Diels HJ. (2000). Facial Paralysis : Is There a Role for a Therapist ?. *Facial Plastic Surgery*, 16, 361 – 364.

Eyoum I. (2012). *Les Paralysies Faciales* (Film Video).

Farenc J.C. (2008). « Toucher thérapeutique en orthophonie » - Les traitements des tumeurs cancéreuses de la cavité buccale et de la région oro-pharyngée. *Rééducation orthophonique, Le Toucher thérapeutique en orthophonie*, 236, (pp.79-85).

Gatignol P. (2004). Rééducation des anastomoses hypoglossofaciales. In P. Gatignol & G. Lamas (Eds) *Paralysies faciales*. (pp121-126). Marseille : Solal.

- Gatignol P. (2005). Qualité de vie après anastomose hypoglossofaciale ; intérêts et bénéfices communicationnels d'une prise en charge spécifique. *Rééducation orthophonique, Qualité de vie*, 224, (pp.49-62).
- Gatignol P., Tankere F., Bernat I., Martin F., Soudant J. & Lamas G. (2002). Evaluation de l'articulation et de la déglutition après anastomose hypoglosso-faciale. *Rééducation orthophonique, Cancers et traumatismes de la face*, 210, (pp. 63-76).
- Gatignol P., Lannadère E., Bernat I., Tankéré F. & Lamas G. (2011). Bénéfices de la rééducation d'une paralysie faciale périphérique. *Revue Médicale Suisse*, 311, 1908 – 1913.
- Gatignol P., Lannadère E. & Lamas G. (2008). Le toucher dans la rééducation des paralysies faciales périphériques. *Rééducation orthophonique, Le toucher thérapeutique en orthophonie*, 236, (pp.99-112).
- Labbé D., Bénateau H. & Bardot J. (2002). Les procédés chirurgicaux de réanimation labiale dans la paralysie faciale. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 47, 580 – 591.
- Labbé D. & Soubeyrand E. (2002). Myoplastie d'allongement du muscle temporal et traitement de la paralysie faciale. *Rééducation orthophonique, Cancers et traumatismes de la face*, 210, (pp.121-127).
- Labbé D., Bardot J. & Krastinova D (1998). Chirurgie de la paralysie faciale périphérique et de ses séquelles. Techniques chirurgicales – Tête et cou 46 – 190, 1998, 22p.
- Lamas G. & Tankéré F. (2004). Traitement médical et chirurgical des paralysies faciales. In P. Gatignol & G. Lamas (Eds). *Paralysies faciales*. (pp. 43-55). Marseille : Solal
- Lamas G. & Tankéré F. (2004). Diagnostic d'une paralysie faciale. In P.Gatignol & G.Lamas (Eds). *Paralysies faciales*. (pp. 32-42). Marseille : Solal
- Lambert-Prou M.P (1998). Prise en charge orthophonique de la paralysie faciale périphérique corrigée par transfert du muscle temporal sur la commissure labiale. *Glossa*, 63, 4 – 25.
- Lambert-Prou M.P. (2002). Le sourire temporal. Rééducation orthophonique post-myoplastie d'allongement du temporal, pour le changement de fonction du muscle temporal et la réanimation de la face paralysée. *Rééducation orthophonique, Cancers et traumatismes de la face*, 210, (pp.103-119).
- Lannadère, E. & Gatignol, P. (2011). Prises en charges des paralysies faciales périphériques. *Entretiens de Bichat*, 79-93.

Lazarini, P., Mitre, E., Takatu, E., & Tidei, R. (2006). Graphic-visual adaptation of House-Brackmann facial nerve grading for peripheral facial palsy. *Clinical Otolaryngology*, 31, 192 – 197.

Le Simple H. (2002). L'électromyographie de la face. *Rééducation orthophonique, Cancers et traumatismes de la face*, 210, (pp.77-83).

Maertens de Noordhout A., Delvaux V., Delwai PJ. (1998). Le tonus musculaire et ses troubles. *EMC Neurologie, Fasc 17007A20*, 1-21.

Martin F., Bellème S. & Léon S. (2002). Le biofeedback électromyographique appliqué aux fonctions oro-faciales. *Rééducation orthophonique, Cancers et traumatismes de la face*, 210, (pp.129-137).

May M., Croxon GR. & Klein SR. (1989). Bell's palsy : management of sequelae using EMG rehabilitation, botulinum toxin, and surgery. *The American Journal of Otology*, 10, 220 – 229.

Mouton L. (2008). Toucher thérapeutique ou thérapeutique du toucher. *Rééducation orthophonique, Le Toucher thérapeutique en orthophonie*, 236, (pp.57-60).

Pasche P. (2011). Le traitement chirurgical de la paralysie faciale définitive. *Revue Médicale Suisse*, 7, 1914 – 1918.

Rousseau T. (2008) Rééducation des anomalies des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole. Martin F. *Les Approches Thérapeutiques en Orthophonie* (pp 213 – 238). Isbergues : Ortho Edition.

Sources tirées d'Internet :

Azizzadeh, B., (nc). The facial paralysis institute,
http://www.facialparalysisinstitute.com/26/Physical_therapy.html (consulté en octobre 2012).

Opoliner J., (2000) Bell's palsy information site, <http://www.bellspalsy.ws/> (consulté en novembre 2012).

ANNEXES

Annexe I : Physiologie des principaux muscles innervés par le nerf facial

Annexe II : Classification de House et Brackmann

Annexe III : Cotation de G.Freyss : Evaluation de la force musculaire

Annexe IV : Récapitulatif d'exercices de rééducation

Annexe V : Mail accompagnant le questionnaire

Annexe VI : Questionnaire sur les paralysies faciales périphériques à l'attention des orthophonistes

Annexe VII : Tableau récapitulatif des réponses recueillies suite à l'envoi du questionnaire

Annexe VIII : Tableau récapitulatif pour les illustrations de cas

Annexe I : Physiologie des principaux muscles innervés par le nerf facial

- Muscles des paupières et des sourcils :
 - Le muscle occipito-frontal va permettre l'élévation du sourcil,
 - Le muscle pyramidal va permettre d'abaisser la tête du sourcil et de la rapprocher de la ligne médiane,
 - La partie palpébrale du muscle orbiculaire de l'œil permet l'occlusion palpébrale douce. La partie orbitaire du muscle orbiculaire de l'œil permet l'occlusion forte des paupières,
 - le muscle corrugateur du sourcil tire les sourcils en dedans et en bas.

- Muscles du pavillon de l'oreille :
 - Les muscles auriculaires antérieur, supérieur et postérieur sont des dilatateurs du conduit auditif externe et permettent d'orienter le pavillon.

- Muscles du nez :
 - La partie transverse du muscle nasal rétrécit l'ouverture nasale,
 - La partie alaire du muscle nasal porte l'aile du nez en dehors et augmente le diamètre transversal des narines,
 - Le muscle abaisseur du septum nasal (myrtiliforme) abaisse l'aile du nez et rétrécit transversalement l'orifice des narines.

- Muscles des lèvres :

Nous allons distinguer trois groupes parmi les muscles des lèvres :

- Les dilatateurs profonds :
 - Le muscle releveur de l'angle de la bouche élève la commissure de la lèvre inférieure,
 - Le buccinateur tire en arrière la commissure, appuie ainsi la joue contre les dents
 - Le muscle abaisseur de la lèvre inférieure attire en bas la lèvre inférieure,
 - Le muscle mentonnier relève et fait avancer la lèvre inférieure, plisse la peau du menton.

○ Les dilatateurs superficiels :

- Le releveur de l'aile du nez et de la lèvre supérieure va attirer en haut l'aile du nez et la lèvre supérieure,
- Le petit zygomatique attire en haut et en dehors la lèvre supérieure,
- Le grand zygomatique porte en haut et en dehors la commissure labiale,
- Le risorius attire en dehors et en arrière la commissure des lèvres,
- Le muscle abaisseur de l'angle de la bouche attire la commissure en bas et en dehors.

○ Les muscles constricteurs :

- L'orbiculaire de la bouche ferme les lèvres,
- Le compresseur des lèvres comprime les lèvres d'avant en arrière (il est particulièrement développé chez le nourrisson, il joue un rôle important lors de la succion),
- Le muscle platysma attire en bas la peau du menton et abaisse la commissure labiale, il peut aussi tendre et plisser la peau du cou.

Grade I : Normal

Fonction faciale normale dans tous les territoires

Grade II : Dysfonction légère

Légère faiblesse qu'on ne remarque seulement que lors d'une inspection très rapprochée.

Au repos : symétrie et tonus normaux

En mouvement :

* Sourcil et front : mouvement normal.

* Fermeture des yeux : possible avec un effort minimal et une asymétrie légère.

* Bouche : possibilité de mobiliser les coins de la bouche avec un effort maximal et une légère asymétrie

Pas de syncinésies.

Pas de spasme hémifacial.

Grade III : Dysfonction modérée

Différence évidente entre les deux côtés, mais pas de défiguration.

Pas de handicap fonctionnel.

Syncinésies, contractures et/ou spasme de l'hémiface présents mais non sévères.

Au repos : symétrie et tonus normaux

En mouvement :

* Sourcil et front : diminution du mouvement

* Paupières : possibilité de fermer les paupières avec un effort maximal et une asymétrie évidente.

* Commissure labiale : possibilité de mobiliser les angles labiaux avec un effort maximal et une asymétrie évidente.

Spasme, syncinésie, contracture : les patients présentant des syncinésies, un spasme ou une contracture évidents, mais sans défiguration, sont classés grade III, sans tenir compte de leur activité motrice.

Grade IV : Dysfonction modérément sévère

Faiblesse évidente et/ou asymétrie avec défiguration.

Au repos : symétrie et tonus normaux.

En mouvement :

* Sourcil et front : pas de mouvement.

* Paupières : fermeture complète impossible avec un effort maximal.

* Angles labiaux : mouvement asymétrique avec un effort maximal.

Spasme, syncinésies, contractures : les patients présentant un spasme, des syncinésies, des contractions en masse assez sévères pour interférer avec la fonction sont classés grade IV, indépendamment de leur activité motrice.

Grade V : Dysfonction sévère

Perception d'un mouvement très ténu.

Au repos : asymétrie possible avec chute de la commissure labiale et diminution ou disparition du pli naso-génien.

En mouvement :

* Sourcil et front : pas de mouvement

* Fermeture incomplète des yeux et mouvement très léger des paupières avec un effort maximal

* Mouvements tenus de la commissure avec un effort maximal

Spasme, syncinésies, contractures : habituellement absents.

Grade VI : Paralysie complète

Au repos : perte du tonus et de la symétrie.

En mouvement : tout mouvement est impossible.

Pas de syncinésies, contractures ou spasme.

Annexe III : Cotation de G.Freyss : Evaluation de la force musculaire

0 : Aucun mouvement

1 : Ebauche de mouvement

2 : Contraction ample, mais non maintenue

3 : Contraction normale, contre résistance

Muscle	Consigne	Cotation à droite	Cotation à gauche
Frontal et corrugateur du sourcil	Lever les sourcils	1 2 3	1 2 3
Procérus	Froncer les sourcils	1 2 3	1 2 3
Orbiculaire supérieur de l'œil	Cligner les yeux	1 2 3	1 2 3
Orbiculaire inférieur de l'œil	Fermer les yeux avec force	1 2 3	1 2 3
Masséter	Serrer fortement les mâchoires	1 2 3	1 2 3
Temporal	Serrer fortement les mâchoires	1 2 3	1 2 3
Transverse du nez	Dilater les narines	1 2 3	1 2 3
Dilatateur des narines	Dilater les narines avec force	1 2 3	1 2 3
Abaisseur du septum nasal	Serrer les narines	1 2 3	1 2 3
Releveur des ailes du nez	Montrer les dents	1 2 3	1 2 3
Buccinateur	Resserrer la joue contre résistance	1 2 3	1 2 3
Zygomatique	Sourire en ouvrant la bouche	1 2 3	1 2 3
Abaisseur de l'angle de la bouche	Tirer les lèvres vers le bas	1 2 3	1 2 3
Risorius	Tirer la commissure vers l'extérieur	1 2 3	1 2 3
Releveur de l'angle oral	Sourire à pleines dents	1 2 3	1 2 3
Orbiculaire de la bouche	Serrer les lèvres avec force	1 2 3	1 2 3
Abaisseur de la lèvre inférieure	Sortir la lèvre inf. vers l'extérieur	1 2 3	1 2 3
Mentonnier	Rentrer la lèvre inférieure	1 2 3	1 2 3
Compresseur	Serrer les lèvres fortement	1 2 3	1 2 3
Platysma	Serrer les dents en plissant le cou	1 2 3	1 2 3

Récapitulatif d'exercices

Cette liste est donnée au patient dès le début de la rééducation. Il effectuera les exercices chez lui, devant un miroir, avec assistance ou contre-résistance. Parfois, le patient devra maintenir, à l'aide de la main, le côté sain, afin d'éviter une contraction excessive de ce côté.

Zone 1

- Plisser le front en relevant les sourcils.
- Fermer les yeux à l'aide de deux doigts et maintenir cette position en essayant d'ouvrir les yeux.
- Froncer les sourcils.
- Froncer alternativement un sourcil puis l'autre.
- Cligner des yeux simultanément.
- Cligner des yeux alternativement.
- Fermer fortement les yeux.
- Regarder vers le haut en écarquillant les paupières.
- Tourner le regard vers la droite, la gauche, le haut, le bas.
- Fermer et ouvrir les yeux au maximum en variant le rythme (vérifier la dissociation œil-joue).

Zone 2

- Plisser le nez.
- Mordre la joue droite.
- Mordre la joue gauche.
- Gonfler les joues.
- Faire passer de l'air d'une joue à l'autre.
- Faire passer de l'eau d'une joue à l'autre.
- Créuser les joues.

Zone 3

- Souffler sur du coton.
- Souffler sur une bougie.
- Souffler avec une paille dans de l'eau.
- Boire à la paille.
- Mâcher du chewing-gum.
- Placer un guide-langue ou le manche d'une cuillère entre la joue et l'arcade dentaire, écarter puis relâcher et reprendre le même exercice.
- Exercices articulatoires, en opposition, [o, q, x], [u, x], [a, o], [a, u, ou].
- Mordre la lèvre supérieure.
- Mordre la lèvre inférieure.
- Tenir un papier entre les lèvres.
- Tenir un crayon entre les lèvres.
- Placer un bouton, attaché à un fil, entre les lèvres et les dents et exercer de légères tractions.
- Montrer les dents du haut.
- Faire la moue.
- Écarter les commissures labiales par un sourire exagéré, les tirer vers le bas; demi-sourire à gauche, puis à droite; avancer et retourner la lèvre inférieure.
- Bruit du baiser, bruits [f, v].

Exercices complémentaires

- Répétition de syllabes, de mots, de phrases en contrôlant la mimique devant un miroir.
- Faire des mimiques d'expression.
- Exercices de mouvements de la langue (droite-gauche, avant-arrière, ta ta ta, claquements de la langue contre le palais, presser un ballonnet contre le palais).

Annexe V : Mail accompagnant le questionnaire

Bonjour,

Je suis étudiante à l'école d'Orthophonie de Poitiers. Je réalise mon mémoire de fin d'études sur la rééducation orthophonique des paralysies faciales périphériques, mémoire encadré par Mme Eyoum.

Mon projet est d'élaborer une plaquette d'information pour les orthophonistes sur la prise en charge des paralysies faciales périphériques.

Les conséquences d'une paralysie faciale périphérique sont des troubles de l'articulation, de l'alimentation, de l'audition, du goût, une perturbation des mimiques expressives, ainsi que des troubles psychologiques. L'orthophoniste a donc sa place auprès de ces patients.

Dans un premier temps, j'aurai besoin que vous répondiez à ce questionnaire en quelques minutes. Les réponses aux questions, traitées de manière anonyme, vont me permettre d'élaborer la plaquette qui vous sera ensuite distribuée.

Puis, afin d'évaluer les informations apportées par la plaquette, je me permettrai de vous envoyer par mail un deuxième questionnaire pour connaître les oublis et les modifications à apporter à celle-ci.

En vous remerciant par avance de votre participation, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de mes sincères salutations.

Julie Vautrin

Annexe VI : Questionnaire sur les paralysies faciales périphériques à l'attention des orthophonistes

Questionnaire sur les paralysies faciales périphériques

***Obligatoire**

Renseignements administratifs :

Nom :

Prénom :

Adresse professionnelle :

.....

Mail : *

Type d'exercice (libéral, institution...) :

Nombre d'années d'exercice :

Concernant l'enseignement sur la paralysie faciale périphérique :

Avez-vous abordé la rééducation des paralysies faciales périphériques dans votre formation ?

- Oui
- Non

Si oui, avez-vous été satisfait de cet enseignement ?

- Oui
- Non

Si vous n'avez pas été satisfait, pouvez-vous nous dire pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si vous n'avez pas abordé la rééducation des paralysies faciales périphériques lors de votre formation, en avez-vous entendu parler ailleurs ?

- Oui
- Non

Si oui, dans quel contexte ?

- Pendant une formation
- Au cours de lectures
- Autre :

L'orthophonie et la paralysie faciale périphérique :

Selon vous, la rééducation des paralysies faciales périphériques entre-t-elle dans le champ d'intervention de l'orthophonie ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Suivez-vous des patients présentant une paralysie faciale périphérique ?

- Oui
- Non

Si oui, combien de patients ? Vos patients ont-ils eu des difficultés pour trouver une orthophoniste acceptant de traiter leur pathologie ?

.....
.....
.....
.....

Concernant la paralysie faciale périphérique et sa rééducation :

Connaissez-vous la différence entre une paralysie faciale centrale et une paralysie faciale périphérique ? (Signes cliniques)

- Oui
- Non

En rééducation, traiteriez-vous une paralysie faciale centrale de la même façon qu'une paralysie faciale périphérique ?

- Oui
- Non

Pensez-vous qu'une plaquette d'information sur les paralysies faciales périphériques vous serait utile dans votre pratique ?

- Oui
- Non

Annexe VII : Tableau récapitulatif des réponses recueillies suite à l'envoi du questionnaire

En gris : réponses non exploitables

O	Q1	Q2	Q3	Q3A	Q3B
O1	1	30	2		
O2	1	8	1	1	
O3	4	28	2		
O4	2	31	2		
O5	1	15	1	1	
O6	1	22	1	1	
O7	1	27	2		
O8	4	19	2		
O9	1	20	2		
O10	1	7	1	2	1
O11	1	6	1	2	2
O12	1	5	1	2	1
O13	2	15	2		
O14	2	20	1	1	
O15	1	7	1	2	1
O16	2	19	2		
O17	1	10	2		
O18	4	7	1	2	1
O19	1	6	1	1	
O20	3	14	2		
O21	1	4	1	1	
O22			1	1	
O23	1	9	1	1	
O24	3	5	1	1	
O25	4	15	2		
O26	4	2	1	2	1
O27	3	7	1	2	1
O28	1	15	1	2	2
O29	1	33	2		
O30	1	1	1	2	2
O31	4	6 mois	2		
O32	4	6 mois	2		
O33	4	4 mois	1	2	2
O34	1	6mois	2		
O35	1	6 mois	2		
O36	1	15	1	1	
O37	1	1ère année	2		
O38			1	1	

O	Q1	Q2	Q3	Q3A	Q3B
O39	3	13	1	1	
O40	4	9 mois	2		
O41	1	8	1	2	2
O42	1	6	1	2	1
O43	1	5	1	2	1
O44	2	17	2		
O45	1	5	1	1	
O46	2	1	1	1	
O47	1	14	2		
O48	1	15	1	2	1
O49	1	1			
O50	1	1	2		
O51	1	8	1	2	2
O52	1	12	1	2	1
O53	1	8	1	2	1
O54	1	13	1	2	2
O55	1	18	2		
O56	1	1	1	1	
O57	1	6	1	2	1
O58	2	18	2		
O59	1	4	1	2	1
O60	1	15	2		
O61	1	9	1	2	1

O	Q4	Q4A	Q5	Q5A
O1	1	3	1	1 2 3
O2			1	1 2
O3	1	1	1	5
O4	2		1	5
O5			1	2
O6			1	3
O7	1	1	1	1
O8	1	2	1	
O9	1	2	1	1 2
O10	2		1	1 5
O11	1	1	1	3 5
O12			1	
O13	2		1	3
O14			1	3
O15	1	2	1	1 2 5
O16	1	2	1	1 2 3

O	Q4	Q4A	Q5	Q5A
O17	1	2	1	
O18			1	1
O19			1	1 2
O20	1	2	1	1 5
O21			1	1 2 5
O22				
O23			1	3
O24			1	1 2 5
O25	2			NR
O26			1	NR
O27			1	1 2 5
O28	2		1	5
O29			1	1 2
O30			1	2 3 4
O31	1	2	1	1 3 4
O32	1	2	1	
O33	1	3	1	1
O34	1	2	1	5
O35	1	3	1	
O36			1	3
O37	1	3	1	3
O38		2	1	1 2 4
O39			1	1
O40	2		1	3
O41	1	2	1	5
O42	2		1	1 2
O43	1	2	1	5
O44	1	2	1	3
O45	1	2	2	Rien à voir
O46	1	3	2	
O47	1	3	1	5
O48	1	2	1	5
O49				
O50	1		1	5
O51	1	2	2	La place de l'orthophonie n'est pas dans ce domaine
O52			1	
O53	1	2	1	3
O54	1	1	1	3
O55	2		2	L'orthophonie n'a pas sa place au sein de ses rééducations

O	Q4	Q4A	Q5	Q5A
O56			2	En tant que kinésithérapeute, je pense que nous sommes plus aptes à pratiquer certains massages faciaux
O57			1	3
O58	1	2	1	1 2 3
O59	1	1	1	2
O60	1	1	1	3 4
O61			1	3

O	Q6	Q6A
O1	1	4 actuellement oui elles ont des difficultés à trouver des orthos
O2	1	actuellement 1 paralysie faciale centrale (mais j'ai eu plusieurs cas de PF périphériques, et nous sommes plusieurs dans le secteur à prendre en charge ce type de pathologies).
O3	1	3
O4	2	
O5	1	4 Non car envoyés par le même médecin
O6	1	1
O7	1	un seul patient en ce moment Difficulté car certaines orthophonistes ont dit qu'il n'y avait rien à faire (manque de formation)....
O8	1	4 cette année ce sont des personnes habitant là où j'exerce donc je les ai pris sans problème.
O9	2	
O10	2	
O11	1	actuellement un (pas venu pour cela : AVC et SEP) ! la paralysie est maintenant quasiment résorbée. A Poitiers, j'ai suivi mon 1er patient et c'est pour lui que je me suis formée à Toulouse avec mme Eyoum. J'ai aussi parcouru le livre de Peggy Gatignol.
O12	2	
O13	2	

O	Q6	Q6A
O14	2	
O15	2	
O16	2	
O17	2	
O18	2	
O19	1	<p>J'en avais un...</p> <p>Il n'a pas eu réellement de difficulté à trouver une orthophoniste, d'autant plus que la demande ne ciblait pas la pathologie en elle-même mais plutôt ses conséquences (troubles de la déglutition et de l'articulation)</p>
O20	1	<p>je suis régulièrement des patients présentant des PFP dans le service où j'exerce (service MPR).</p> <p>j'en suis 2 actuellement (origine = trauma facial et Guillain-Barré)</p>
O21	2	
O22		
O23	2	
O24	1	<p>Je suis actuellement trois patients présentant une PFP.</p> <p>Je ne pense pas qu'ils aient eu des difficultés particulières pour trouver une orthophoniste puisque cette PEC intervient dans le cadre de leur hospitalisation en centre de rééducation.</p>
O25	2	
O26	1	<p>2 pas de problème pour trouver une orthophoniste car ils étaient en service de médecine physique et de réadaptation</p>
O27	1	<p>Rarement, mais quelques-uns par an. En sortant de l'hôpital ils ont du mal à trouver une orthophoniste qui se déplace.</p>
O28	2	
O29	1	<p>En ce moment 2 patients. Ici à La Chatre nous sommes des artisans généralistes qui si nous ne prenons pas nos patients nous savons qu'ils n'iront pas ailleurs. La diversité de notre énorme patientèle fait d'ailleurs le charme de notre cabinet.</p>
O30	2	<p>Non, j'en ai suivi en centre de rééduc fonctionnelle quelques-uns mais plus actuellement.</p>

O	Q6	Q6A
O31	1	5 patients, 1 en libéral et 4 au Centre (CRF neuro). Les 4 patients du CRF n'ont pas eu de difficulté à trouver puisque la rééducation de la paralysie faciale fait partie intégrante de leur parcours de soins. Le patient suivi en libéral a lui attendu plus longtemps pour sa prise en charge, mais cela était plus lié à la longueur de la liste d'attente au cabinet qu'à des refus de la part de mes collègues.
O32	1	oui, un en centre de rééducation
O33	2	
O34	1	1 il n'a pas eu de difficulté à trouver une orthophoniste
O35	2	
O36	2	
O37	2	
O38	1	J'en ai suivi et les résultats ont été bons.
O39	1	en ce moment personne. en moyenne 1 à 2 par an je ne sais pas (car la prise en charge en hôpital n'a pas nécessité une poursuite de prise en charge en libéral)
O40	2	
O41	2	
O42	1	3 patients actuellement, oui, ils ont eu des difficultés car les orthos ne sont pas assez formées sur ce domaine
O43	1	2. difficultés pour trouver une ortho
O44	2	
O45	2	
O46	1	2 patients
O47	2	
O48	1	4 patients en 15 ans
O49		
O50	2	
O51	2	

O	Q6	Q6A
O52	1	4 Difficulté à trouver une orthophoniste
O53	1	J'en ai très peu, de temps à autres. La difficulté de trouver un orthophoniste n'a jamais été évoquée
O54	2	
O55	2	
O56	2	
O57	2	
O58	2	
O59	2	
O60	2	
O61		

O	Q7	Q8	Q9
O1	1	2	1
O2	1	2	1
O3	2	1	1
O4	2	1	1
O5	1	2	1
O6	1	2	1
O7	2	1	1
O8	2	1	1
O9	2	2	1
O10	2	1	1
O11	1	2	1
O12	2	1	2
O13	2	1	1
O14	2	2	1
O15	1	2	1
O16	1	2	1
O17	2	2	1
O18	1	2	1
O19	1	2	1
O20	1	2	1

O	Q7	Q8	Q9
O21	1	2	1
O22			2
O23	1	2	1
O24	1	2	1
O25	2	1	1
O26	1	2	1
O27	1	2	1
O28	2	2	1
O29	1	2	1
O30	1	2	1
O31	1	2	1
O32	1	2	2
O33	1	2	1
O34	2	1	1
O35	1	1	1
O36	1	1	1
O37	2	1	1
O38	1	1	1
O39	1	2	1
O40	2	2	1
O41	1	1	1
O42	1	2	1
O43	1	1	1
O44	2	1	1
O45	1	2	1
O46	2	2	1
O47	2	2	1
O48	1	2	1
O49			1
O50	2	2	1
O51	2	1	1
O52	1	2	1
O53	1	2	1
O54	1	1	1
O55	1	1	1
O56	1	1	1
O57	1	1	1
O58	1	1	1
O59	1	2	1
O60	1	1	1
O61	1	2	1

Annexe VIII : Tableau récapitulatif pour les illustrations de cas

Patients n'ayant pas eu de chirurgie reconstructrice :

Paralysie Faciale Idiopathique :

Patient (F/H)	Age	Paralysie faciale (D/G)	Etiologie	Date d'apparition de la PF	Date du bilan initial	Grade initial	EMG (Oui / Non)
H Men	76	G	Idiopathique	02/03/2012	J 20	V	non
F Dum	49	D	Idiopathique	05/02/2012	J 1 an	V	oui
H Ede	60	D	Idiopathique	15/05/2012	J 12	V	non

Patient (F/H)	Forme (Flasque/Spastique)	Territoire prédominant (Sup - Inf)	Date des 1 ^{er} signes de récupération
H Men	Flasque	Idem	J 75
F Dum	Spastique	Territoire inférieur	J 70
H Ede	Flasque	Idem	J 20

Patient (F/H)	Rééducation	Evolution
H Men	Stimulations faciales, praxies	Poursuite de la rééducation, quelques co-contractions sont apparues.
F Dum	Stimulations faciales, détente musculaire, BFB	Séquelle : sourire limité, spasme à l'orb. Palpébral
H Ede	Praxies, stimulations faciales, prévention spasme	Récupération complète

Paralysie Faciale Zostérienne :

Patient (F/H)	Age	Paralysie faciale (D/G)	Etiologie	Date d'apparition de la PF	Date du bilan initial	Grade initial	EMG (Oui / Non)
F Cha	46	D	Zostérienne	10/01/2007	J 135	IV	Non
F Lop	53	D	Zostérienne	22/06/2011	J 7	IV	non
F Cho	48	G	Zostérienne	15/03/2011	J 35	V	oui

Patient (F/H)	Forme (Flasque/Spastique)	Territoire prédominant (Sup - Inf)	Date des 1 ^{er} signes de récupération
F Cha	Flasque	Idem	J 195
F Lop	Flasque puis spastique	Territoire inférieur	J 15
F Cho	Flasque puis spastique	Idem	J 130

Patient (F/H)	Rééducation	Evolution
F Cha	Stimulations faciales, praxies	Amélioration de certains mouvements faciaux
F Lop	Stimulations faciales, praxies puis détente musculaire	Poursuite de la rééducation mais une rééducation ciblée davantage sur les massages (spasme)
F Cho	Praxies, massages, puis détente musculaire, BFB	Séquelles : manque de force et spasme territoire inf et sup

Paralysie Faciale et affection neurologique :

Patient (F/H)	Age	Paralysie faciale (D/G)	Etiologie	Date d'apparition de la PF	Date du bilan initial	Grade initial	EMG (Oui / Non)
H Gra	37	Bilatérale	Guillain-Barré	28/08/2011	J 150	V	Oui

Patient (F/H)	Forme (Flasque/Spastique)	Territoire prédominant (Sup - Inf)	Date des 1 ^{er} signes de récupération
H Gra	Flasque	Idem	J 90

Patient (F/H)	Rééducation	Evolution
H Gra	Stimulations faciales, praxies, prévention du spasme	Séquelles : manque de force dans orb. Labial.

Paralysie Faciale d'origine infectieuse :

Patient (F/H)	Age	Paralysie faciale (D/G)	Etiologie	Date d'apparition de la PF	Date du bilan initial	Grade initial	EMG (Oui / Non)
M Clé	5	D	Infectieuse	nov-10	J 44	V	Oui

Patient (F/H)	Forme (Flasque/Spastique)	Territoire prédominant (Sup - Inf)	Date des 1 ^{er} signes de récupération
M Clé	Flasque	Territoire inférieur	J 134

Patient (F/H)	Rééducation	Evolution
M Clé	Stimulations faciales, praxies	

Paralysie Faciale Tumorale :

Patient (F/H)	Age	Paralysie faciale (D/G)	Etiologie	Date d'apparition de la PF	Date du bilan initial	Grade initial	EMG (Oui / Non)
F Vin	41	D	Neurinome de l'acoustique	20/03/2009	J 11	IV	Oui
F Cle	53	G	Neurinome de l'acoustique	26/07/2004	J 41	IV	Non

Patient (F/H)	Forme (Flasque/Spastique)	Territoire prédominant (Sup - Inf)	Date des 1 ^{er} signes de récupération
F Vin	Flasque puis spastique	Idem	J 30
F Cle	Flasque	Idem	J 61

Patient (F/H)	Rééducation	Evolution
F Vin	Stimulations faciales, praxies puis détente musculaire	Bonne récupération, spasme hémifacial
F Cle	Stimulations faciales, praxies	Anastomose VII-XII

Paralysie Faciale Traumatique :

Patient (F/H)	Age	Paralysie faciale (D/G)	Etiologie	Date d'apparition de la PF	Date du bilan initial	Grade initial	EMG (Oui / Non)
F Cui	54	G	Traumatique	15/09/2011	J 25	V	Non

Patient (F/H)	Forme (Flasque/Spastique)	Territoire prédominant (Sup - Inf)	Date des 1 ^{er} signes de récupération
F Cui	Flasque	Idem	J 40

Patient (F/H)	Rééducation	Evolution
F Cui	Praxies, stimulations faciales, prévention spasme	Spasme modéré à l'orb. Palpébral

Autres étiologies :

Patient (F/H)	Age	Paralysie faciale (D/G)	Etiologie	Date d'apparition de la PF	Date du bilan initial	Grade initial	EMG (Oui / Non)
M Ban	12	Bilatérale	Radiothérapie	18/07/2005	juin-06	IV	Non
H Gue	29	Diplégie	Tumeur du IVème ventricule	2010	J 2 ans	V	Non
F Cap	25	Bilatérale	AVC du tronc cérébral	2006	J 2 ans	VI	Oui

Patient (F/H)	Forme (Flasque/Spastique)	Territoire prédominant (Sup - Inf)	Date des 1 ^{er} signes de récupération
M Ban	Flasque	Idem	J 60
H Gue	Flasque	Idem	J 270
F Cap	Flasque	Idem	J 210

Patient (F/H)	Rééducation	Evolution
M Ban	Stimulations faciales, praxies	
H Gue	Stimulations faciales, praxies	Opération du strabisme des yeux en février 2013 + prise de rdv pour chirurgie esthétique afin de récupérer un sourire (mai-juin 2013)
F Cap	Stimulations faciales, praxies	Opération proposée : myoplastie d'allongement du temporal

Patients ayant eu recours à une chirurgie reconstructrice :

Patient (F/H)	Age	Paralysie faciale (droite - gauche)	Date de l'intervention	Type de chirurgie	Date du bilan initial
F Cap	25	bilatéral	2010	Myoplastie d'allongement du temporal droit et gauche	2010 à la suite de l'opération
F Tai	33	G	2011	Myoplastie d'allongement du temporal gauche	2011 à la suite de l'opération
F Art	38	D	janv-06	Anastomose hypoglossofaciale droite	07/03/2008

Patient (F/H)	Principaux axes de rééducation	Evolution (récupération, en cours)
F Cap	3 Etapes de la rééducation : - sourire mandibulaire - sourire temporal volontaire - sourire temporal spontané	1 an après l'opération, le sourire temporal volontaire est possible donc la rééducation s'oriente vers la dernière étape du sourire.
F Tai	3 Etapes de la rééducation : - sourire mandibulaire - sourire temporal volontaire - sourire temporal spontané	1 an après l'opération = sourire de bonne qualité. Opération envisagée au niveau du sillon nasogénien + des injections de Manycam pour l'hyperactivité du côté sain.
F Art	Travail lingual en priorité	Aujourd'hui, rééducation axée sur les mimiques et articulation ainsi que la récupération des mouvements faciaux spontanés sans utiliser la langue

Résumé

La Paralyse Faciale Périphérique (PFP) entraîne un trouble des mimiques, de l'articulation, de la déglutition et un défaut de fermeture de l'œil. Cette pathologie peut avoir des répercussions psychologiques car elle affecte le visage, donc une partie de l'identité et de la personnalité. La prise en charge orthophonique doit être précoce afin d'optimiser les résultats. Ce type de rééducation, étant relativement récent, ne fait généralement pas l'objet d'un enseignement particulièrement important. Nous nous attendons donc à une insuffisance de formation et de connaissances de la part des orthophonistes. Aussi, par l'intermédiaire d'un questionnaire, nous nous sommes alors intéressées aux connaissances des professionnels sur ce domaine. Suite à l'analyse des réponses, nous avons pu voir qu'un enseignement a été transmis, mais que celui-ci ne satisfait pas pleinement les professionnels, qui restent en attente d'éléments pratiques pour leur rééducation. Nous avons donc élaboré une plaquette qui tente de répondre à leurs besoins. Pour créer cette plaquette, nous avons étudié la rééducation de nombreux patients pour ainsi comprendre les différents axes de rééducation selon la paralysie faciale (flasque, post-séquelle, après chirurgie reconstructrice). Nous avons alors élaboré une plaquette d'information présentant des éléments sommaires mais utiles à la rééducation des PFP. Cette plaquette ne se veut pas exhaustive sur le sujet mais elle a pour but d'aider et de guider les professionnels dans leur pratique.

Mots-clés : Paralyse faciale périphérique, insuffisance de formation, prise en charge orthophonique, questionnaire, plaquette d'information, enseignement, éléments pratiques, axes de rééducation.