



HAL
open science

Les prises en charge orthophonique et kinésithérapique des paralysies faciales périphériques chez l'adulte : complémentarité et collaboration

Julie Poutrieux, Ann-Gaelle Porté

► To cite this version:

Julie Poutrieux, Ann-Gaelle Porté. Les prises en charge orthophonique et kinésithérapique des paralysies faciales périphériques chez l'adulte : complémentarité et collaboration. Médecine humaine et pathologie. 2015. hal-01827328

HAL Id: hal-01827328

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01827328v1>

Submitted on 2 Jul 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE
DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE

MÉMOIRE

présenté par :

Ann-Gaëlle PORTE et Julie POUTRIEUX

soutenu le : 23 septembre 2015

pour l'obtention du **Certificat de Capacité d'Orthophoniste**
de l'Université de Lorraine

**Les prises en charge orthophonique et
kinésithérapique des paralysies faciales
périphériques chez l'adulte : complémentarité et
collaboration**

MÉMOIRE dirigé par : M. ROUBLLOT Pierre, Orthophoniste, IRR Nancy

PRÉSIDENT DU JURY : Pr PAYSANT Jean, Professeur de Médecine Physique et de Réadaptation,
IRR Nancy

ASSESEUR : Mme CHABAUX Catherine, Masseur-kinésithérapeute, IRR Nancy

Année universitaire : 2014-2015

« *Le visage est l'image de l'âme* »

Cicéron

Remerciements

Nous adressons nos sincères remerciements,

A Monsieur le Professeur PAYSANT, pour nous avoir fait l'honneur de présider notre jury de mémoire.

A Monsieur Pierre ROUBLLOT, pour avoir accepté de diriger notre mémoire. Nous tenons également à vous remercier pour vos précieuses relectures et vos commentaires constructifs quant à notre travail.

A Madame Catherine CHABAUX, pour avoir accepté de faire partie de notre jury, et pour votre intérêt porté à notre étude.

Aux orthophonistes et aux kinésithérapeutes qui ont répondu à nos questionnaires, pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail et le temps que vous y avez consacré. Sans votre participation, ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

A tous les professionnels et étudiants ayant participé à la diffusion de nos questionnaires.

A Nico, pour ton talent de dessinateur.

Remerciements d'Ann-Gaëlle

Je tiens à adresser des remerciements particuliers :

Au SROAL Formation, pour m'avoir permis de participer à la formation de Frédéric Martin sur la rééducation des paralysies faciales les 15 et 16 janvier 2015 à Molsheim.

A mes maîtres de stage, qui ont partagé avec moi leurs savoirs, leur savoir-faire et leur savoir-être. Merci pour vos transmissions et pour m'avoir communiqué votre passion pour cette belle profession qu'est l'orthophonie.

A ma famille. Merci à mes parents pour votre bienveillance et votre soutien sans faille depuis toujours, et pour m'avoir permis de réaliser ces études passionnantes. Merci à mon petit frère, mon *Tutur*, pour les éclats de rires et les moments de décompression régressifs.

A Julie. Merci pour ta « zénitude » en (presque) toute circonstance, ton écoute, ta franchise, tes conseils et tes avis éclairés. Ce travail et ces quatre années n'auraient pas eu la même saveur sans toi !

A mes orthocopines, pour tous ces moments partagés et ceux à venir. Vous avez, chacune avec votre singularité, embelli et rendu délectables ces quatre années d'études.

A mes amis, les anciennes et celles rencontrées au fil de ma vie étudiante. Merci pour votre présence constante malgré la distance géographique et pour m'avoir fait vivre des moments joyeux en dehors de la sphère orthophonique.

A Nico, qui m'aura vu évoluer, des prémices jusqu'à l'aboutissement de mon parcours de future orthophoniste. Merci pour ta présence quotidienne et ton soutien bien au-delà de ce mémoire. Une nouvelle aventure palpitante s'offre désormais à nous !

Remerciements de Julie

Une pensée toute particulière,

A ma famille, sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui. Merci pour tout.

A mes amis pour leur présence, tout particulièrement mes amies rencontrées au cours de ces quatre années d'études : Amélie, Hélène, Kaïna, Marine, Marion, Mathilde. Quel bonheur de vous connaître !

Aux maîtres de stage qui m'ont accueillie avec enthousiasme et m'ont transmis leurs savoirs et leur passion pour l'orthophonie.

Enfin, un grand merci à **Ann-Gaëlle**, je n'aurais pas pu trouver meilleure binôme. Je suis ravie d'avoir réalisé ce travail à tes côtés.

Table des matières

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : ASSISES THEORIQUES	4
1. Anatomie et fonctions du nerf facial	5
1.1. Anatomie descriptive.....	5
1.1.1. Origines du nerf facial.....	5
1.1.2. Trajet du nerf facial	6
1.2. Fonctions du nerf facial.....	7
2. Paralysies faciales périphériques chez l'adulte	8
2.1. Sémiologie.....	8
2.1.1. Paralysies faciales unilatérales de forme complète	9
2.1.2. Formes cliniques particulières.....	10
2.2. Etiologies des paralysies faciales périphériques chez le sujet adulte.....	10
2.2.1. Paralysies faciales idiopathiques	11
2.2.2. Paralysies faciales d'origine infectieuse	11
2.2.3. Paralysies faciales et affections otologiques	12
2.2.4. Paralysies faciales traumatiques.....	13
2.2.5. Paralysies faciales tumorales.....	13
2.2.6. Paralysies faciales et affections neurologiques	13
2.2.7. Paralysies faciales d'origine métabolique	13
2.2.8. Paralysies faciales d'origine tumorale.....	14
2.3. Conséquences fonctionnelles	14
2.3.1. Risque d'atteinte de la cornée	14
2.3.2. Troubles de la déglutition et de la mastication.....	15
2.3.3. Troubles de l'articulation	15
2.3.4. Troubles de l'audition	15
2.3.5. Troubles du goût.....	16
2.3.6. Troubles sécrétoires.....	16
2.3.7. Troubles de la sensibilité.....	16
2.3.8. Inexpressivité du visage	16

2.4.	Séquelles.....	16
2.4.1.	Séquelles motrices.....	17
2.4.2.	Séquelles sensorielles et sécrétoires.....	17
2.4.3.	Séquelles psychologiques.....	18
2.5.	Traitements.....	18
2.5.1.	Traitements médicaux.....	18
2.5.2.	Traitements chirurgicaux.....	19
2.6.	Prise en charge rééducative.....	20
3.	Des prémices de la prise en charge des anomalies des fonctions de la face jusqu'à la prise en charge des paralysies faciales périphériques.....	20
3.1.	Ancrages historiques et évolution de l'orthophonie et de la kinésithérapie.....	21
3.1.1.	Origines de l'orthophonie et extension de son champ de compétences.....	21
3.1.2.	Origines et évolution de la kinésithérapie.....	23
3.2.	Formation initiale.....	24
3.2.1.	Formation initiale en orthophonie.....	25
3.2.2.	Formation initiale en masso-kinésithérapie.....	26
3.3.	Formation continue.....	27
3.4.	Frontières de l'orthophonie et de la kinésithérapie.....	28
4.	Prise en charge rééducative des paralysies faciales périphériques.....	31
4.1.	Prise en charge des paralysies faciales périphériques non opérées.....	31
4.1.1.	Bilan clinique.....	31
4.1.2.	Rééducation.....	37
4.2.	Rééducation des paralysies faciales périphériques opérées.....	50
4.2.1.	Rééducation après anastomose hypoglossofaciale (AHF).....	50
4.2.2.	Rééducation après myoplastie d'allongement du muscle temporal (MAT).....	51
4.3.	Perspective d'une collaboration interprofessionnelle.....	54
DEUXIEME PARTIE : PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET HYPOTHESES.....		56
1.	Problématique.....	57
2.	Objectifs.....	57
3.	Hypothèses.....	57
TROISIEME PARTIE : PARTIE METHODOLOGIQUE.....		59
1.	Population cible.....	60

1.1.	Critères d'inclusion	60
1.2.	Critère d'exclusion	60
2.	Outil méthodologique	61
2.1.	Choix du questionnaire.....	61
2.2.	Choix du type de questions	62
2.2.1.	Questions de fait et questions d'opinion	62
2.2.2.	Types de questions	62
3.	Organisation générale du questionnaire	64
3.1.	Etat des lieux dans la littérature	64
3.2.	Structuration du questionnaire	65
3.2.1.	Partie introductive	65
3.2.2.	Parcours du professionnel	65
3.2.3.	Prise en charge des paralysies faciales non opérées.....	66
3.2.4.	Prise en charge de l'anastomose hypoglossofaciale (AHF)	68
3.2.5.	Prise en charge de la myoplastie d'allongement du temporal.....	68
3.2.6.	Orthophonie et kinésithérapie	69
3.2.7.	Commentaires.....	69
4.	Choix du questionnaire en ligne	69
5.	Création du questionnaire en ligne	70
6.	Lettre d'accompagnement du questionnaire	70
7.	Mode d'administration du questionnaire	71
8.	Période de diffusion	72
9.	Mode de traitement des données	72
9.1.	Codage des questions	72
9.2.	Analyse des résultats	72
10.	Précautions méthodologiques	73
 QUATRIEME PARTIE : ANALYSE DES RESULTATS		74
1.	Profil des professionnels de notre échantillon	75
1.1.	Profil général de l'échantillon	75
1.2.	Mode d'exercice des professionnels	76
1.3.	Formation initiale	77
1.4.	Formation continue	78
1.5.	Autres moyens utilisés par les professionnels pour se former	79

1.6.	Type(s) de paralysie faciale périphérique rencontré(s) par les professionnels	80
2.	Prise en charge des paralysies faciales non opérées	81
2.1.	Bilan clinique	81
2.1.1.	Anamnèse et entretien avec le patient	81
2.1.2.	Evaluation clinique.....	82
2.2.	Rééducation.....	86
2.2.1.	Préalables	86
2.2.2.	Accompagnement du patient.....	87
2.2.3.	Travail préparatoire au travail musculaire	91
2.2.4.	Travail musculaire.....	95
2.2.5.	Travail fonctionnel	98
2.2.6.	Moyens	100
2.2.7.	Déroulement des séances	102
3.	Prise en charge des paralysies faciales opérées	106
3.1.	Prise en charge de l'anastomose hypoglossofaciale.....	106
3.2.	Prise en charge de la myoplastie d'allongement du temporal.....	107
4.	Orthophonie et kinésithérapie	108
4.1.	Refus de prise en charge d'un patient porteur d'une paralysie faciale périphérique	108
4.2.	Difficultés rencontrées par les professionnels au cours de la prise en charge d'un patient porteur d'une paralysie faciale périphérique	108
4.3.	Un suivi complémentaire pour une prise en charge de meilleure qualité	110
4.4.	Connaissances des praticiens concernant les pratiques de leur collègue auprès des patients porteurs d'une paralysie faciale périphérique	111
4.5.	Professionnels ayant déjà pris en charge un patient bénéficiant d'un double suivi orthophonique-kinésithérapique.....	112
4.6.	Contacts établis entre les professionnels lorsque le patient bénéficiait d'une double prise en charge.....	113
4.7.	Nature des contacts établis	114
4.8.	Intérêts à proposer une double prise en charge orthophonie-kinésithérapie	114
4.9.	Intérêts à proposer une collaboration interprofessionnelle	115
4.10.	Volonté des professionnels à collaborer.....	116
5.	Commentaires	116
6.	Conclusion des résultats	117

CINQUIEME PARTIE : DISCUSSION	120
1. Mise en perspective des résultats avec la littérature	121
2. Examen des hypothèses	122
3. Réflexion personnelle sur la collaboration interprofessionnelle	123
4. Limites de l'étude	124
4.1. Limites liées à notre échantillon.....	124
4.2. Limites liées au mode d'exercice des professionnels.....	124
4.3. Limites liées aux types de paralysies faciales périphériques rencontrés par les professionnels.....	124
4.4. Limites liées à la longueur du questionnaire	125
4.5. Limites liées aux questions	125
4.5.1. Limites liées aux types de questions	125
4.5.2. Limites liées à la formulation et aux suggestions de réponses de certaines questions.....	126
4.6. Limites liées aux réponses obtenues	127
4.7. Limites liées au choix de l'outil méthodologique	128
5. Pistes de recherche et perspectives	129
CONCLUSION	131
REFERENCES	134
ANNEXES	143
ABSTRACT	162
RESUME	163

Introduction

Les expressions faciales sont au centre de la communication non verbale, source d'information essentielle lors de l'interaction entre deux individus (Mehrabian, 1968, cité par Danalet, 2007). Elles constituent également un outil relationnel majeur en permettant d'exprimer, parfois de manière inconsciente, certains états émotionnels, notamment les émotions dites fondamentales : la joie, la peur, la surprise, la tristesse, la colère et le dégoût (Ekman, 1972, cité par Danalet 2007). La paralysie faciale périphérique (PFP), en entravant la réalisation de ces expressions du visage, peut donc avoir des conséquences relationnelles importantes pour tout individu qui en est porteur.

Les orthophonistes, tout autant que les kinésithérapeutes, sont habilités à prendre en charge cette pathologie de la sphère oro-faciale afin de redonner au visage sa motricité fonctionnelle. Nos recherches bibliographiques nous ont confortées dans notre postulat qu'il existe des différences notables entre les connaissances et les prises en charge respectives de ces deux thérapeutes. Ainsi, il paraît difficile d'attribuer l'exclusivité de cette prise en charge à un seul de ces deux praticiens.

Cependant, au sein de la littérature spécialisée, les documents mettant en corrélation ces deux prises en charge se font extrêmement rares. Il est difficile, en conséquence, d'avoir une vue d'ensemble des pratiques de ces deux thérapeutes concernant cette pathologie. Il existe toutefois deux mémoires d'orthophonie traitant de ce sujet. L'un fut réalisé par Mélody Choquet en 2011 et avait pour objectif d'informer les médecins prescripteurs quant aux prises en charge rééducatives menées par les orthophonistes et les kinésithérapeutes. Un inventaire des rôles de chacun de ces deux professionnels paramédicaux avait été établi en s'appuyant sur des données théoriques. Le second, qui fut réalisé par Vanessa Devron en 2014, avait pour but d'établir un état des lieux des prises en charge orthophonique et kinésithérapique dans la réhabilitation du sourire. Notre mémoire s'inscrit dans la continuité thématique de ces deux travaux, en établissant un inventaire précis des pratiques de ces deux professionnels dans chaque domaine d'intervention, fondé non seulement sur des données issues de divers ouvrages ou articles théoriques, mais également sur la pratique clinique de chacun.

Les informations concrètes disponibles sur cette thématique étant peu abondantes, nous nous sommes interrogées sur l'existence d'une complémentarité entre les prises en charge orthophonique et kinésithérapique dans le cadre de cette pathologie ainsi que sur le positionnement des professionnels concernant une potentielle collaboration interprofessionnelle.

Connaître les spécificités de chacun au sein de cette prise en charge, et ainsi se questionner sur leur complémentarité, est primordial afin de pouvoir apporter aux patients une prise en charge complète et adaptée à leurs besoins. Les orthophonistes et kinésithérapeutes doivent pouvoir s'informer sur les pratiques de leurs collègues afin de conseiller et orienter, avec l'accord du médecin, leur patient si besoin, mais également avoir recours à leurs savoirs et à leurs compétences respectifs s'ils en ressentent le besoin. Cette démarche est également intéressante pour les médecins qui adressent leurs patients à ces thérapeutes selon leur profil puisqu'ils pourront avoir une idée plus précise des champs d'intervention et des pratiques professionnelles de chacun.

En premier lieu, après un rappel théorique concernant le nerf facial et les PFP, nous nous intéresserons à la manière dont, à travers l'évolution de leur discipline et de leur formation, les orthophonistes et les kinésithérapeutes ont été amenés à prendre en charge PFP. Nous terminerons cette première partie en exposant les prises en charge qu'ils proposent aux patients porteurs de PFP, qu'elles soient non opérées ou opérées.

Dans un second temps, nous exposerons notre problématique, nos objectifs et nos hypothèses, avant d'expliquer notre démarche expérimentale.

Enfin, les résultats obtenus suite à l'administration de nos questionnaires seront analysés quantitativement et qualitativement afin de valider s'il existe ou non une complémentarité entre les prises en charge orthophonique et kinésithérapique, mais aussi si une collaboration interprofessionnelle pourrait voir le jour.

Première partie :

Assises théoriques

1. Anatomie et fonctions du nerf facial

Le nerf facial correspond à la septième paire des nerfs crâniens et trouve son origine dans le tronc cérébral. C'est un nerf mixte ayant pour principale fonction la motricité des muscles de la face. Il joue un rôle primordial dans les mimiques du visage et donc dans la communication non verbale. Il est également impliqué dans le goût, la sécrétion salivaire et lacrymale.

Le nerf facial est un nerf fragile, dont le trajet est complexe et sinueux. Il est donc très exposé à des atteintes diverses.

Le nerf facial est formé de deux racines accolées sur un long trajet intracrânien :

- **une racine motrice**, le nerf facial à proprement parler, composée de fibres motrices ;
- **une racine mixte** (ou nerf intermédiaire de Wrisberg ou VII bis) composée de fibres sensibles, sensorielles et sécrétoires.

1.1. Anatomie descriptive

1.1.1. Origines du nerf facial

Les deux racines du nerf facial ont des origines distinctes.

▪ **Racine motrice**

La racine motrice représente les trois quarts des fibres du nerf facial. Les fibres motrices naissent du noyau moteur du nerf facial, qui se situe dans la protubérance. Le noyau moteur du nerf facial est divisé en deux parties :

- la partie supérieure du noyau, qui contrôle la motricité du territoire facial supérieur, reçoit des afférences corticales des cortex moteurs homo- et controlatéral ;
- la partie inférieure du noyau qui innerve la partie inférieure du visage et reçoit uniquement des afférences corticales provenant du cortex moteur controlatéral.

Cette particularité explique qu'une lésion responsable d'une paralysie faciale centrale (PFC), atteinte située en amont du noyau moteur du nerf facial, entraîne une paralysie faciale touchant le territoire inférieur du côté opposé à la lésion neurologique, sans atteinte du territoire facial supérieur (Mondain, Uziel, 1993) (Annexe I).

- **Racine mixte : fibres sensitivosensorielles et fibres végétatives (ou parasymphatiques)**

Les fibres de la racine mixte du nerf facial représentent le quart restant des fibres du nerf. Les fibres sensitivosensorielles prennent naissance dans le ganglion géniculé.

Les fibres végétatives ont deux noyaux :

- le noyau muco-lacrymal-nasal qui trouve son origine dans la protubérance et donne naissance à des fibres qui suivent le VII jusqu'au ganglion géniculé ;
- le noyau salivaire supérieur qui se situe au plancher du IV^{ème} ventricule.

1.1.2. Trajet du nerf facial

Le nerf facial réalise un trajet complexe dont nous décrirons uniquement les étapes principales pouvant être mises en lien avec les signes associés aux PFP (Annexe II).

Les fibres motrices prennent naissance dans la protubérance. Elles effectuent ensuite un parcours complexe dans la partie basse de la protubérance avant d'émerger entre le nerf oculomoteur VI et le nerf auditif VIII au niveau du sillon bulbo-protubérantiel. Par la suite, elles se dirigent dans l'angle ponto-cérébelleux pour pénétrer dans le conduit auditif interne. Le trajet du nerf facial devient alors commun avec celui du nerf auditif. Une atteinte dans l'angle ponto-cérébelleux entraîne une atteinte du VII associée à une atteinte du V et du VIII. Le rapport étroit entre les deux nerfs à la sortie de la protubérance explique la fréquence des paralysies faciales liées au neurinome du nerf acoustique.

Dans la traversée du rocher, le nerf facial réalise un trajet complexe en forme de baïonnette, appelé « *trajet intrapétreux* ». Il décrit trois segments (labyrinthique, tympanique et mastoïdien) :

- la première portion du nerf forme un genou à l'emplacement du ganglion géniculé d'où s'échappent les deux nerfs pétreux. En cas d'atteinte nerveuse après l'émergence du nerf grand pétreux superficiel, il n'existe pas de diminution de la sécrétion lacrymale (Greffard, Ameri, 2000) ;
- la deuxième portion se dirige en arrière et vers le bas dans le canal facial (anciennement appelé aqueduc de Fallope). A ce niveau, le nerf est très exposé aux otites du fait de sa proximité avec l'oreille moyenne (risques de compression) ;
- après avoir effectué un coude, la troisième portion du nerf se dirige en oblique, en bas

et en dehors. Ce segment donne la corde du tympan qui se compose de fibres salivaires et gustatives. S'il y a une atteinte du nerf après l'émergence de cette corde, la sensibilité gustative des deux tiers de la langue est normale (Greffard, Ameri, 2000). Plus bas, se trouve le muscle de l'étrier dont l'atteinte entraîne une hyperacousie douloureuse. Par la suite, la troisième portion donne naissance au nerf auriculaire postérieur qui a un rôle moteur nul chez l'homme (Couture, Eyoum, Martin, 1997).

A la fin de la troisième portion, le nerf termine son trajet intrapétreux avant d'émerger du crâne par le trou stylo-mastoïdien et donner naissance à trois rameaux : un rétroauriculaire allant innerver les muscles auriculaires et l'occipital et deux autres innervant respectivement le muscle stylo-hyoïdien et le ventre postérieur du digastrique. Enfin, le nerf facial pénètre dans la parotide puis se divise en deux branches terminales :

- la branche temporo-faciale pour la partie supérieure de la face ;
- la branche cervico-faciale pour la partie inférieure de la face.

Ces deux branches se divisent ensuite en multiples rameaux qui innervent les muscles impliqués dans les mimiques (Chevalier 2003) (Annexe III).

Tous les muscles de la face ne sont pas innervés par le nerf facial ; c'est le cas des muscles masticateurs (temporal, masséter, ptérygoïdiens latéral et médial) qui sont innervés par le nerf trijumeau (V) et du releveur de la paupière supérieure qui est innervé par le nerf oculomoteur (III).

Par ailleurs, les muscles faciaux peuvent être divisés en deux catégories :

- **les muscles constricteurs** (ou muscles suspendus) qui sont représentés par l'orbiculaire des lèvres et l'orbiculaire des paupières (Penteado, Gurgel Testa, Antunes et coll., 2009) ;
- **les muscles dilatateurs** (ou muscles suspenseurs) qui sont représentés par les autres muscles de la face. Il s'agit des muscles les plus forts.

1.2. Fonctions du nerf facial

Trois fonctions sont assurées par le nerf facial :

- une **fonction motrice** : les fibres motrices innervent les muscles peauciers de la face et du cou, le ventre postérieur du muscle digastrique, le muscle stylo-hyoïdien et le

muscle de l'étrier ;

- une **fonction sécrétrice** : les fibres végétatives innervent les glandes lacrymales, les glandes muqueuses des fosses nasales et les glandes sous-maxillaires et sublinguales ;
- une **fonction sensitivo-sensorielle**: les fibres sensibles sont responsables de l'innervation sensitive de la zone cutanée de Ramsay-Hunt qui comprend le tympan, la paroi postérieure du conduit auditif externe et la conque. Elles conduisent également la sensation gustative des deux tiers antérieurs de la langue.

Le nerf facial est l'un des nerfs les plus souvent atteints lors d'affections neurologiques périphériques. Lorsque c'est le cas, les conséquences fonctionnelles possibles sont variées et dépendent du lieu d'atteinte du nerf sur son trajet. Ainsi, une bonne connaissance de son anatomie est nécessaire pour comprendre la sémiologie des PFP, que nous allons à présent développer, avant de nous pencher sur les étiologies des PFP, leurs conséquences fonctionnelles et les complications et séquelles qu'elles peuvent engendrer. Les traitements et la prise en charge rééducative qui leur sont dédiés clôtureront ce deuxième chapitre.

2. Les paralysies faciales périphériques chez l'adulte

Les paralysies faciales périphériques sont consécutives d'une atteinte au niveau du nerf facial ou de son noyau. Elles sont unilatérales dans la plupart des cas et elles concernent l'ensemble de l'hémiface homolatérale à l'atteinte nerveuse. Les territoires supérieur, moyen et inférieur de la face sont atteints de façon proportionnelle. Globalement, la face est marquée par une asymétrie avec une déviation des traits du côté sain, et par une hypotonie avec un affaissement du côté atteint.

2.1. Sémiologie

Dans les PFP, plusieurs formes de paralysies peuvent être observées : les paralysies faciales unilatérales ou bilatérales, de forme complète ou incomplète ou de forme fruste. Le diagnostic est plus facile à poser lorsque la paralysie est de forme complète puisque de nombreux signes sont observables au niveau de l'hémiface atteinte. L'inspection de la face est réalisée en deux temps : au repos et lors de la réalisation d'une mimique.

2.1.1. Paralysies faciales unilatérales de forme complète

▪ La face au repos

D'après Lamas et Tankéré (2004), dans la forme complète de la PFP, l'examen de la face au repos du côté atteint met en évidence de haut en bas :

- une disparition des rides frontales ;
- un abaissement du sourcil ;
- un élargissement de la fente palpébrale voire une éversion de la paupière (ectropion) chez le sujet âgé ;
- un effacement du sillon naso-génien ;
- un abaissement de la commissure labiale.

▪ La face en mouvement

Il n'y a pas de dissociation automatico-volontaire, la motricité volontaire et la motricité automatique sont toutes les deux affectées. Ainsi, « *en cas de paralysie périphérique, le sujet ne peut sourire ni de manière volontaire, ni de manière réflexe, alors que le rire réflexe est possible dans une atteinte centrale corticale, du fait de l'activation des aires motrices par le cortex associatif et limbique* » (Devèze, Ambrun, Gratacap et coll., 2013).

Les mouvements, qu'ils soient spontanés ou sur commande, engendrent une accentuation de l'asymétrie et des déviations observées au repos, du fait de la contraction exclusive des muscles du côté sain. Ils permettent d'observer les signes cliniques suivants du côté paralysé (Tankéré, Bodenez, 2009 ; Lagarde, Améri, 2012) :

- une impossibilité de froncement et d'élévation du sourcil ;
- une occlusion palpébrale impossible : l'œil se porte en haut et en dehors, la pupille venant se cacher sous la paupière supérieure : c'est le signe de Charles Bell ;
- une occlusion palpébrale réflexe abolie lors de la recherche des réflexes nasopalpébral ou cochléopalpébral ;
- une absence de dilatation de l'orifice narinaire ;
- une bouche prenant une forme de virgule dont la grosse extrémité est dirigée vers le côté sain lorsque le patient montre ses dents ;
- une impossibilité à souffler et à siffler correctement ;

- une déviation de la langue vers le côté sain lorsqu'elle est en protraction car elle est repoussée par la commissure labiale paralysée. Cette déviation disparaît lorsque la langue est ramenée à sa position normale ;
- le signe du peaucier de Babinski : le muscle peaucier du côté atteint ne se contracte pas lorsque le patient abaisse le menton contre résistance.

2.1.2. Formes cliniques particulières

2.1.2.1. Formes bilatérales

Dans de rares cas, les PFP sont bilatérales ; le terme de « *diplégie faciale* » est alors utilisé. Elles peuvent être bilatérales d'emblée, ce qui est rare, ou de manière asynchrone (paralysie à bascule). Elles provoquent une perte totale des mimiques et une gêne importante pour parler et pour mastiquer. Il existe un signe de Charles Bell bilatéral.

2.1.2.2. Formes frustes

Les paralysies peuvent être de forme fruste, ce qui signifie que l'atteinte est légère. Le diagnostic se fait alors à l'étage palpébral (Pons, Ukkola-Pons, Ballivet de Régloix et coll., 2013) :

- la fente palpébrale est légèrement élargie ;
- le clignement palpébral est retardé du côté atteint par rapport au côté sain ;
- lorsque le patient veut fermer les yeux, la fermeture palpébrale est retardée et le regard part vers le haut (signe du plafonnement de Froment) ;
- les cils apparaissent plus long du côté atteint lors de l'occlusion palpébrale forcée (signe des cils de Souques) ;
- à la fermeture forcée des yeux, la résistance de la paupière supérieure est affaiblie.

2.2. Etiologies des paralysies faciales périphériques chez le sujet adulte

De multiples causes peuvent être à l'origine d'une PFP chez une personne adulte.

2.2.1. Paralysies faciales idiopathiques

- **Paralysie faciale idiopathique « classique »**

La paralysie faciale idiopathique est également appelée « *paralysie a frigore* » ou « *paralysie de Charles Bell* ». Il s'agit de la PFP la plus fréquente : à elle seule, elle représenterait entre 6 à 8 paralysies faciales sur 10.

La paralysie faciale de Charles Bell est unilatérale et isolée. Elle apparaît brutalement et se complète en 48 heures. Son apparition serait favorisée par certains facteurs : une baisse de l'état général, une exposition au froid, un choc vasomoteur ou un état de stress ou de fatigue. Elle s'accompagne souvent de douleurs mastoïdiennes d'intensité variable et peut être précédée de signes prodromiques (syndrome grippal, céphalées, otalgie ou douleur rétroauriculaire, dysgueusie, hyperacousie douloureuse homolatérale).

Bien que son étiopathogénie reste imprécise, c'est souvent une origine virale qui est décrite avec une réactivation du virus herpès simplex 1 (HSV-1), rendant le terme « idiopathique » obsolète. Le concept d'atteinte virale impliquant le virus HSV est communément admis depuis 1972.

Généralement, le pronostic est plutôt favorable avec 85% de récupération spontanée.

- **Cas particuliers des grossesses**

D'après Devèze, Ambrun, Gratacap et coll. (2013), le risque de paralysie faciale est trois fois plus élevé chez la femme enceinte. Son étiopathogénie n'est pas encore connue mais des théories pathogéniques telles que l'origine virale par herpès simplex, sa présence accrue lors de la grossesse, l'hypertension, la distribution extracellulaire d'eau et l'immunosuppression associée, sont discutées. Certains auteurs évoquent une origine compressive par œdème dans le canal de Fallope.

L'installation de la paralysie faciale est toujours brutale et douloureuse. Selon Darrouzet, Houliat, Lacher Fougere et coll. (2002), « *le pronostic est habituellement favorable, sauf en cas de récurrence à plusieurs grossesses et en cas de diplégie* ».

2.2.2. Paralysies faciales d'origine infectieuse

- **Paralysie faciale zoostérienne**

La paralysie faciale zoostérienne, également appelée « *syndrome de Ramsay-Hunt* » dans la littérature anglo-saxonne, survient dans la plupart des cas chez le sujet âgé ou

immunodéprimé. Elle est la conséquence d'une réactivation du varicelle-zona-virus (VZV) au niveau du ganglion géniculé. Elle se caractérise par une éruption vésiculeuse pathognomonique au niveau de la zone sensitive de Ramsay-Hunt qui précède généralement la paralysie et peut être très discrète.

Son pronostic est classiquement plus grave que celui de la paralysie faciale idiopathique.

- **Maladie de Lyme**

La maladie de Lyme est causée par un spirochète, *Borrelia burgdorferi*, qui est transmis par la morsure d'une tique contaminée. Elle évolue schématiquement selon trois phases : une phase primaire dont la manifestation principale est une lésion cutanée appelée érythème chronique migrant, une phase secondaire et une phase tertiaire. Durant la phase secondaire, diverses atteintes, dont une PFP, peuvent se manifester. Celle-ci peut être uni- ou bilatérale et est parfois isolée (Marsot-Dupuch, Gallouedec, Bousson et coll., 2000).

- **Syndrome d'immunodéficience acquise**

L'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) peut entraîner une paralysie faciale. Son apparition survient généralement au cours de la primo-infection avant la séro-conversion.

- **Autres paralysies faciales d'origine infectieuse**

Une paralysie faciale peut compliquer l'évolution d'autres maladies d'origine infectieuse telles que la lèpre, la syphilis, la rougeole, le paludisme, les oreillons et la tuberculose.

2.2.3. Paralysies faciales et affections otologiques

D'après Lamas et Tankéré (2004), une paralysie faciale peut s'observer au cours de l'otite externe maligne nécrosante, de l'otite moyenne aiguë et de l'otite moyenne chronique, en particulier cholestéatomateuse.

L'otite externe maligne nécrosante se rencontre essentiellement chez le sujet âgé et diabétique, plus rarement chez le sujet immunodéprimé. Il est indispensable de traiter cette otite en urgence, auquel cas son évolution est fatale.

L'otite moyenne aiguë peut se compliquer d'une paralysie faciale. En règle générale, la paralysie faciale régresse avec le traitement de l'otite.

L'otite moyenne chronique peut causer une paralysie faciale du fait d'une ostéite (rare) ou d'un cholestéatome. Dans tous les cas, la présence d'une paralysie faciale nécessite une intervention chirurgicale d'urgence (Devèze, Ambrun, Gratacap et coll., 2013).

2.2.4. Paralysies faciales traumatiques

La paralysie faciale peut être secondaire à une fracture du rocher, à des plaies de la région parotidienne ou de la face ainsi qu'à un traumatisme opératoire dans l'oreille moyenne, au cours de la chirurgie du neurinome de l'acoustique ou de la chirurgie de l'implant auditif. (Tankéré, Bodenez, 2009 ; Devèze, Ambrun, Gratacap et coll., 2013). La fracture du rocher constitue la première cause de paralysie faciale traumatique.

2.2.5. Paralysies faciales tumorales

Selon Tankéré et Bodenez (2009), deux types de tumeurs peuvent provoquer une paralysie faciale : les tumeurs propres du nerf facial appelées neurinomes et les tumeurs de voisinage comprimant le nerf facial. Ces dernières peuvent être situées dans le tronc cérébral, l'angle pontocérébelleux, le rocher et la glande parotide. Les tumeurs malignes de la parotide constituent l'étiologie la plus fréquente de paralysie faciale tumorale.

Classiquement, la PFP s'installe progressivement et n'a aucune tendance à la récupération tant que la lésion tumorale persiste (Greffard, Ameri, 2000).

2.2.6. Paralysies faciales et affections neurologiques

La sclérose en plaques et le syndrome de Guillain-Barré sont deux affections neurologiques pouvant être responsables d'une PFP. Dans le deuxième cas, la paralysie est souvent bilatérale.

2.2.7. Paralysies faciales d'origine métabolique

Le diabète, en particulier s'il est insulino-dépendant, est une cause reconnue de diplo-gie faciale. La paralysie faciale s'inscrit alors dans le cadre de la neuropathie diabétique et est d'installation progressive.

D'autres maladies métaboliques telles que la porphyrie aiguë, le béribéri, la maladie de Biermer, la pellagre et l'amylose peuvent également être responsables d'une paralysie faciale.

2.2.8. Paralysies faciales d'origine tumorale

▪ Sarcoïdoses et syndrome de Heerfordt

La sarcoïdose est une granulomatose systémique de cause inconnue touchant principalement le système nerveux central, la peau, les articulations et l'œil. La paralysie faciale survient essentiellement dans le cadre d'un syndrome de Heerfordt. Ce dernier est rare et ne concerne que 5 à 10% des cas de sarcoïdose.

Généralement, la paralysie faciale apparaît brutalement, faisant suite à l'inflammation parotidienne. Elle peut être bilatérale (Devèze, Ambrun, Gratacap et coll., 2013).

▪ Syndrome de Melkersson-Rosenthal

Ce syndrome extrêmement rare est d'étiopathogénie inconnue. Il associe classiquement une paralysie faciale récidivante ou à bascule, un œdème unilatéral de la face ou des lèvres et une langue fissurée.

▪ La granulomatose de Wegener

Il s'agit d'une vascularite, c'est-à-dire une inflammation des parois des vaisseaux sanguins. La paralysie faciale, qui peut être bilatérale, est retrouvée dans 5% des cas et est souvent associée à une atteinte de l'oreille moyenne.

2.3. Conséquences fonctionnelles

Une PFP engendre des conséquences fonctionnelles de nature et de gravité variables selon le lieu d'atteinte du nerf sur son trajet.

2.3.1. Risque d'atteinte de la cornée

Le risque majeur lors d'une PFP réside en une atteinte de la cornée, que ce soit sous forme de conjonctivite ou, plus grave, de kératite (terme générique utilisé pour les diverses atteintes infectieuses et inflammatoires de la cornée d'après Hoang-Xuan, Prisant, 1998). Ce risque s'explique par une absence d'occlusion palpébrale et une diminution de la sécrétion

lacrymale. Lors d'une paralysie faciale, le patient peut en effet élever sa paupière supérieure mais ne peut pas la fermer. Une attention toute particulière doit donc être portée à l'œil dont la cornée est exposée.

2.3.2. Troubles de la déglutition et de la mastication

La phase orale de la déglutition peut être très perturbée en cas de PFP complète. Certains muscles faciaux touchés lors de la paralysie jouent un rôle majeur au cours de la première phase de la déglutition. Leur atteinte entraîne une difficulté ou une impossibilité de retenir les liquides par défaut de fermeture des lèvres et une stagnation des aliments du côté paralysé, entre la joue et la gencive. D'autres signes peuvent être observés tels que des morsures lors de la mastication du fait de l'atonie jugale (Couture, Eyoum, Martin, 1997).

2.3.3. Troubles de l'articulation

Des troubles d'articulation peuvent être notés en cas de paralysie faciale. Les perturbations articulatoires principales sont les suivantes :

PHONEMES ALTERES	CAUSES
[p], [b], [m]	Occlusion buccale imparfaite
[f], [v]	Inocclusion des lèvres et gonflement de la joue paralysée par manque de résistance
[i], [e], [y], [u]	Manque de mobilité labiale

Ces difficultés articulatoires résultent de l'hypotonie du sphincter buccal que la paralysie a entraînée. L'articulation peut également être entravée par l'assèchement buccal engendré par le défaut de sécrétion salivaire (Couture, Eyoum, Martin, 1997).

2.3.4. Troubles de l'audition

Une hyperacousie douloureuse peut parfois se manifester, en raison d'une absence de contraction du muscle du tendon de l'étrier, dont la fonction est de protéger l'oreille interne en cas de bruit intense.

2.3.5. Troubles du goût

Les troubles du goût (agueusie ou dysgueusie) sont précoces, ils précèdent parfois la paralysie faciale et touchent les deux tiers antérieurs de la langue.

2.3.6. Troubles sécrétoires

Les glandes salivaires et lacrymales sont moins productives, ce qui engendre une diminution de ces sécrétions. Le patient peut alors ressentir une sécheresse oculaire et/ou une sécheresse buccale.

2.3.7. Troubles de la sensibilité

Les troubles de la sensibilité touchent majoritairement la zone de Ramsay-Hunt, le nerf facial assurant la sensibilité de cette zone via le nerf intermédiaire de Wrisberg. Néanmoins, cette altération est rare.

La sensibilité du visage est assurée par le nerf trijumeau (V) et non pas par le nerf facial, elle est donc à cet endroit peu souvent affectée. Toutefois, dans certains cas, la sensibilité exo-buccale et endo-buccale peut être touchée, soit par atteinte directe du nerf trijumeau, ce qui engendre une baisse, voire une perte de la sensibilité de la face, soit par diffusion de contractures musculaires ou d'inflammations. Dans le second cas, il y a une manifestation de phénomènes douloureux, des algies de la face et des gencives ainsi qu'une hypersensibilité des lèvres et de la face (Martin, 2013).

2.3.8. Inexpressivité du visage

Les mimiques du visage sont perturbées, ce qui a un impact sur la communication non verbale. Le patient ne peut plus ou peut difficilement transmettre ses émotions, ce qui peut induire un repli sur soi et des troubles psychologiques majorés par l'atteinte esthétique.

2.4. Séquelles

Outre les conséquences fonctionnelles, des séquelles motrices, sensorielles et psychologiques peuvent émailler l'évolution d'une PFP dont la récupération est incomplète.

2.4.1. Séquelles motrices

- **Hémispasme facial**

C'est la séquelle musculaire la plus grave, présente dans les cas les plus sévères de paralysie faciale. Il s'agit de contractions spasmodiques involontaires de l'hémiface paralysée, ou « spasmes », plus ou moins sévères. L'asymétrie est inversée et l'hémiface touchée est hypercontractée au repos. Lorsqu'il est léger, il touche l'orbiculaire des paupières, mais, dans sa forme sévère, il entraîne un grimacement intense de tout le côté paralysé (Bernard, 2013).

- **Syncinésies**

Ce sont des mouvements involontaires qui apparaissent lors de mouvements volontaires, d'un ou de plusieurs groupes musculaires distincts de celui mobilisé. Les syncinésies sont dues à des repousses aberrantes des fibres axonales à l'intérieur des gaines. Les informations transmises ne sont alors pas destinées aux bons muscles. Cette séquelle extrêmement gênante apparaît dans les cas de paralysies faciales sévères, qui récupèrent lentement et de façon non homogène. Les émotions peuvent les aggraver.

Généralement, elles touchent l'œil et la bouche. Ainsi, apparaissent des contractions de l'orbiculaire de l'œil lors de la contraction volontaire de l'orbiculaire de la bouche et inversement.

- **Contracture controlatérale**

Dans le but de parvenir à une contraction nette du côté paralysé, il y a un excès de contraction du côté sain qui majore l'asymétrie faciale. Par conséquent, le côté paralysé est attiré vers le côté sain.

2.4.2. Séquelles sensorielles et sécrétoires

- **Syndrome des larmes de crocodile**

Une repousse anormale des fibres à destinée salivaire vers la glande lacrymale engendre ce qui est appelé le « syndrome des larmes de crocodile » : un larmoiement unilatéral est observé lors de la prise alimentaire entre le cinquième et le dixième mois d'atteinte du nerf (Bernard, 2013).

- **Syndrome de Frei**

L'innervation des glandes sudoripares par les fibres sécrétoires destinées à la parotide est responsable de ce syndrome qui se manifeste par une sudation parfois abondante, survenant lors des repas, qui fait bien souvent croire à une fistule salivaire (Bernard, 2013).

2.4.3. Séquelles psychologiques

L'atteinte physique lors d'une paralysie faciale est ce qui est visible de tous, mais elle peut s'accompagner de troubles psychologiques graves. En effet, l'image de soi du patient est atteinte, ce qui peut provoquer un sentiment de perte de personnalité, d'identité, de pouvoir. De plus, la gêne sociale et professionnelle est majeure. Des détresses morales graves pouvant aller jusqu'à des dépressions peuvent de ce fait avoir lieu. Un suivi psychologique peut alors s'avérer nécessaire (Chevalier, 2003).

2.5. Traitements

2.5.1. Traitements médicaux

Plusieurs traitements médicaux, qui diffèrent en fonction de l'étiologie de la PFP, peuvent être proposés aux patients. Ils sont présentés dans le tableau ci-dessous.

TRAITEMENTS	PFP CONCERNEES
Corticothérapie	PFP idiopathiques, zoostériennes, inflammatoires et traumatiques
Traitement antiviral	PFP idiopathiques et zoostériennes
Traitements oculaires : <ul style="list-style-type: none"> - protection palpébrale nocturne - larmes artificielles - pommade ophtalmique de vitamine A 	Tout type de PFP
Injection de toxine botulique dans les muscles concernés par des syncinésies ou un hémispasme facial, qui perdurent malgré la rééducation	Tout type de PFP

2.5.2. Traitements chirurgicaux

Lorsque la paralysie faciale est complète et définitive, et que le nerf n'est plus réparable, c'est-à-dire non accessible au traitement par greffe ou suture nerveuse, deux techniques chirurgicales de traitement palliatif peuvent être proposées au patient ; il s'agit de l'anastomose hypoglossofaciale (AHF) et de la myoplastie d'allongement du muscle temporal (MAT). Ces dernières ont pour but de restaurer la symétrie et la motricité faciale mais aussi de corriger les différents troubles fonctionnels. Une rééducation préopératoire et une rééducation postopératoire orthophonique et/ou kinésithérapique sont alors primordiales.

A ce jour, il existe également d'autres techniques de réhabilitation chirurgicale mais nous avons choisi de nous intéresser exclusivement à l'AHF et à la MAT puisqu'elles font toutes deux l'objet d'une prise en charge rééducative spécifique.

▪ **Anastomose hypoglossofaciale (AHF)**

L'anastomose hypoglossofaciale, qui consiste en la suture d'une partie du nerf hypoglosse avec le nerf facial, est proposée lorsque le tronc du nerf facial ne peut être réparé et que ses branches périphériques sont intactes. Cette intervention est réservée aux PFP définitives, dont la survenue date d'il y a 12 à 15 mois minimum. Les nerfs glosso-pharyngien, pneumogastrique et hypoglosse ne doivent pas être atteints.

Cette intervention permet au patient, dans la majorité des cas, de retrouver sur le long terme une tonicité musculaire du visage, une motricité volontaire des muscles faciaux ainsi qu'une protection cornéenne par une fermeture palpébrale.

Néanmoins, l'AHF engendre des inconvénients non négligeables. En effet, la section du nerf hypoglosse provoque une paralysie de l'hémilangue et une hémiatrophie linguale par la suite. Les syncinésies sont très fréquentes suite à cette intervention qui entraîne également des complications ophtalmiques.

▪ **Myoplastie d'allongement du muscle temporal (MAT)**

La myoplastie d'allongement du muscle temporal est une technique chirurgicale palliative qui a été mise au point en 1994 par le Dr. Labbé. Cette technique consiste à transférer le muscle temporal innervé par le nerf trijumeau (V) sur la commissure labiale paralysée afin de réanimer les lèvres. Elle est proposée au patient en cas de paralysie faciale complète et définitive, quelle que soit l'étiologie de la paralysie, à condition que le muscle temporal soit intact.

Cette intervention permet de retrouver un sourire plus symétrique. Elle donne de bons résultats au repos et lors de mouvements volontaires. Les troubles articulatoires antérieurs sont moindres suite à cette technique, qu'ils concernent les voyelles ou les consonnes bilabiales et labiodentales. Néanmoins, la motricité automatique de la zone labiale doit être rééduquée. La rééducation permettra également d'éviter l'atrophie du muscle temporal.

2.6. Prise en charge rééducative

Pour une prise en charge optimale de la paralysie faciale, les orthophonistes et les kinésithérapeutes s'accordent pour dire qu'une rééducation précoce doit être mise en place afin de réduire les risques de séquelles, de retrouver une mobilité et une symétrie des muscles faciaux (Lannadère, Gatignol, 2011 ; Bernard, 2013 ; Xhardez et coll., 2015). La rééducation doit débuter le plus tôt possible afin d'établir une évaluation précise et de communiquer au patient les informations, les conseils et les mises en garde nécessaires concernant sa PFP et les gênes qu'elle occasionne.

Les prises en charge orthophonique et kinésithérapique s'adressent à tous les types de PFP, quelle que soit leur étiologie. Selon les besoins et les demandes du patient, mais aussi selon les savoirs et les savoir-faire du thérapeute, elles peuvent combiner diverses techniques adjuvantes, un travail musculaire analytique et/ou un travail fonctionnel au moyen de techniques et de méthodes propres à chaque professionnel.

Par le biais de notre prochain chapitre, nous tenterons de comprendre comment kinésithérapeutes et orthophonistes ont été tous deux amenés à prendre en charge les PFP, et comment se sont construites ces deux identités professionnelles, ce qui pourrait éclairer leurs pratiques actuelles et nos questionnements concernant leur complémentarité.

3. Des prémices de la prise en charge des anomalies des fonctions de la face jusqu'à la prise en charge des paralysies faciales périphériques

Nous commencerons par explorer les origines et l'extension des champs de compétences de ces deux disciplines, puis nous porterons notre attention sur les formations

respectives de ces deux praticiens, et enfin nous ferons le point sur les frontières établies quant à leurs pratiques.

3.1. Ancrages historiques et évolution de l'orthophonie et de la kinésithérapie

3.1.1. Origines de l'orthophonie et extension de son champ de compétences

Le terme « orthophonie » est prononcé pour la première fois en 1829 par le Dr. Colombat, qui ouvre à cette date l'institut orthophonique de Paris qui accueille des patients souffrant de bégaiement. L'orthophonie est alors définie comme étant « *l'étude des vices de la parole* ». En 1920, le médecin ORL André Castex définit le champ de compétences de l'orthophoniste, qui serait à même de prendre en charge les retards d'acquisition du langage articulé, les défauts d'articulation, l'aphasie, le bégaiement, les fissures palatines, les voix infantiles, les accents ainsi que le mutisme. Un glissement du champ d'intervention des « vices » de la parole seule a donc lieu vers les « vices » à la fois de la parole et du langage. Néanmoins, c'est plus tardivement que de réelles rééducations voient le jour, puisqu'elles n'existaient jusqu'alors que par les « *efforts sporadiques de gens de bonne volonté* » (Borel Maisonny (1963) citée par Tain (2007)).

C'est en effet à partir des années 1920 que l'orthophonie s'est essentiellement développée en France sous l'impulsion de Suzanne Borel-Maisonny (1900-1995), grammairienne et phonéticienne de formation. Cette dernière a commencé à mener ses premières rééducations auprès des enfants atteints de « becs-de-lièvre » pour les aider à recouvrer une articulation et une voix meilleures, avant d'élargir son champ d'intervention à l'articulation et au bégaiement auprès d'enfants tout-venants avec l'aide de « *pionnières* » (Tain, 2007). Du fait de sa démarche cohérente, elle en vient progressivement à s'occuper également de la parole, du langage et de la pensée-langage. Les compétences des orthophonistes s'accroissent alors de plus en plus, pour finir par concerner le langage dans son ensemble, qu'il soit oral ou écrit, dès les années 1930. Le champ d'intervention de l'orthophonie n'a pas cessé de se développer ensuite, il « *a fini par embrasser la communication, le langage tout entier, qu'il soit oral ou écrit et quelle que soit son origine fonctionnelle, organique, traumatique ou due à des handicaps divers* ». (Kremer, Lederlé,

2009). En effet, à partir des années 1990, l'accent est porté non plus seulement sur le langage et la parole, mais également sur la communication de manière générale, qu'elle soit verbale ou non verbale. Ainsi, les orthophonistes se sont intéressés à des pathologies ayant comme symptôme un trouble de la communication, telles que l'autisme, les personnes cérébro-lésées ou les troubles du langage oral sévères. L'objectif de la rééducation orthophonique n'est donc plus de corriger des défauts de langage ou de parole mais « *de donner au patient la possibilité de se faire comprendre, d'être autonome et d'être informatif auprès de ses interlocuteurs* » (Magnin, Poncet, 2012). Au fil des années, l'orthophonie s'est donc affirmée, s'est distinguée et s'est structurée, « *en confrontation mais aussi en lien avec différents domaines que sont la médecine, la psychanalyse, la pédagogie et la linguistique* » (Thibault, Pitrou, 2014).

Bien que les premiers diplômes d'orthophonie soient délivrés en 1955, la profession acquiert son statut légal seulement en 1964, avec la loi du 10 juillet qui instaure le Certificat de Capacité d'Orthophoniste. Les compétences des orthophonistes sont décrites pour la première fois dans les décrets du 25 mars 1965 et du 24 août 1983 avant qu'ils soient modifiés par ceux du 30 mars 1992 et du 2 mai 2002. Le décret du 2 mai 2002 promulgue une extension du champ de compétences des orthophonistes sous des libellés plus explicites que par le passé. A compter de cette date, les orthophonistes sont officiellement habilités à rééduquer des anomalies des fonctions oro-myo-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole, et à rééduquer des troubles de la déglutition dans le domaine des pathologies oto-rhino-laryngologiques. Les PFP s'inscrivent dans ce cadre.

L'orthophonie, qui s'est créée au carrefour de plusieurs disciplines, a donc vu son champ d'intervention énormément s'élargir au fil des années. D'après Magnin et Poncet (2012), « *lorsque l'orthophonie prend en charge une pathologie avec ses symptômes, elle se légitime le droit de traiter d'autres pathologies qui comprennent le ou les même(s) symptôme(s), puisqu'il s'agirait de la même compétence professionnelle* ». C'est donc assez naturellement que les PFP ont commencé à être prises en charge par les orthophonistes du fait de leurs conséquences sur la déglutition et sur la parole, et à avoir leur place dans la littérature spécialisée. Par ailleurs, les PFP embrassent plusieurs domaines qui ont contribué à la naissance et à l'évolution de l'orthophonie : la neurologie, l'oto-rhino-laryngologie, la psychologie et la linguistique. Au cours des années 1990, avant même que les anomalies des fonctions oro-faciales soient intégrées au décret de compétences des orthophonistes, les PFP apparaissent dans la presse spécialisée puisqu'elles peuvent provoquer des troubles de la

parole, troubles qui constituent l'ancrage du métier d'orthophoniste (Magnin, Poncet, 2012). Les premiers articles traitant de ce sujet apparaissent à cette période, et ce, que ce soit au sein des revues *Glossa*, *L'Orthophoniste* ou *Rééducation orthophonique* (Magnin, Poncet, 2012). En 1997, Couture, Eyoum et Martin éditent *Les fonctions de la face : évaluation et rééducation*, qui est le premier ouvrage orthophonique dédié aux rééducations des anomalies des fonctions oro-faciales. Il traite notamment des paralysies faciales, des troubles de la déglutition et de l'exercice des massages. La volonté de ces auteurs était de s'intéresser aux pathologies altérant la face, puisqu'elle est le lieu d'expression privilégié.

Les PFP sont donc au cœur du champ d'intervention orthophonique. Elles sont prises en charge en tant que pathologie porteuse de troubles de la communication, les mimiques faciales étant affectées lors de cette pathologie. Nous pouvons ainsi lire dans la littérature qu'« *en tant que mimique de communication fondamentale dans notre société* », les troubles du sourire relèvent d'une prise en charge orthophonique (Magnin, Poncet, 2012). Les PFP sont également prises en charge par les orthophonistes en raison des conséquences fonctionnelles qu'elles entraînent sur la parole et la déglutition. Enfin, elles s'inscrivent dans la rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales.

Se plonger dans l'histoire de la profession nous aide donc à comprendre comment l'orthophonie a été amenée à prendre en charge des patients atteints de paralysie faciale. Il est également important de comprendre comment la kinésithérapie l'a été elle aussi.

3.1.2. Origines et évolution de la kinésithérapie

La kinésithérapie est une discipline plus ancienne que l'orthophonie. Le terme « kinésithérapie » fut créé en 1845 par un Suédois nommé Georgii. Il fut utilisé sur le plan médical en France dès les années 1890 avec l'apparition d'une revue médicale portant ce nom.

Les premières origines écrites de la gymnastique médicale datent du XVIII^e siècle. Un ouvrage publié par Joseph Clément Tissot, un pionnier dans l'histoire de la kinésithérapie, intitulé « *Gymnastique médicale et chirurgicale ou essai sur l'utilité du mouvement ou des différents exercices du corps et du repos dans la cure des maladies* » voit le jour en 1780 (Remondière, 2008). La gymnastique suédoise est découverte et introduite en France par le Dr. Tissot en 1897. Bien que le terme de massage n'apparaisse alors pas dans ce document, il s'agit, selon Hindermayer, d'un « *vrai traité où sont décrites les manœuvres de traitement manuel et de mobilisation* ». C'est au cours des années 1870 que le massage connaît un essor

en Europe. Le Dr. Reibmayr a écrit à ce propos en 1884 : « *le traitement par le massage a rapidement conquis dans ces dix dernières années l'estime du corps médical et du public. Il a pris rang aujourd'hui dans la thérapeutique à côté de l'hydrothérapie, de la gymnastique, de l'électrothérapie...* ». L'électrothérapie, méthode aujourd'hui encore utilisée par certains praticiens, est très ancienne puisque les premiers essais furent entrepris aux alentours de 1750 à Paris, auprès de patients paralytiques. Quant aux massages, ils sont au départ enseignés aux infirmiers. En effet, à cette époque, la kinésithérapie n'était pas telle qu'on la connaît aujourd'hui puisque plusieurs professions coexistaient : la profession d'infirmier masseur de l'Etat à partir de 1924, date à laquelle le premier service de récupération fonctionnelle des hôpitaux de Paris est créé, la profession de moniteur de gymnastique médicale à partir de 1942, et la profession de masseur médical à partir de 1943. Le 30 avril 1946, l'activité des masseurs est réglementée et le diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute est créé. Il faudra attendre la fin de l'après-guerre pour l'individualisation des professions d'infirmier et de kinésithérapeute (Wirocius, 1999). Les massages et la gymnastique médicale et orthopédique forment donc les prémices du champ de la kinésithérapie.

Le premier décret de compétences relatif aux actes et à l'exercice de la masso-kinésithérapie date du 26 août 1985. Il est remplacé par la suite par le décret du 8 octobre 1996.

Au travers de nos recherches, nous avons trouvé peu d'éléments concernant la prise en charge des troubles des fonctions de la face, en dehors des références bibliographiques ayant émergé depuis les années 1990, notamment sous l'impulsion d'Anne-Marie Chevalier. Ainsi, nous pouvons nous demander si le peu de données historiques disponibles au sujet de la rééducation des troubles de la sphère oto-rhino-laryngologique reflète le fait qu'il s'agit d'un domaine délaissé par les kinésithérapeutes comme le suggère Bernard (2013) : « *la paralysie faciale fait partie de ces pathologies souvent abandonnées, ou que l'on croit secondaires, peut-être parce qu'elles sont en minorité ou qu'elles nécessitent des compétences spécifiques, ou peut-être aussi parce que nous les traitons plus rarement et qu'elles possèdent donc un caractère méconnu qui nous plonge dans l'hésitation* ».

3.2. Formation initiale

S'intéresser aux formations des orthophonistes et des kinésithérapeutes permet de savoir comment les PFP y ont trouvé leur place. Cette exploration a également pour but de

mettre en lumière la manière dont les professionnels sont formés à la prise en charge de cette pathologie.

3.2.1. Formation initiale en orthophonie

La formation initiale des orthophonistes est régie pour la première fois par l'arrêté du 16 mai 1986, qui sera modifié par la suite par l'arrêté du 25 avril 1987, puis par le décret du 30 août 2013.

A compter de 1987, elle se déroule sur quatre années, contre trois auparavant. En théorie, 40 heures sont consacrées à la rééducation des troubles de l'articulation et de la parole, isolés ou liés à des déficiences perceptives ou motrices et 20 heures sont accordées à la rééducation oro-myo-fonctionnelle qui inclut les troubles de la déglutition, la dysphagie et les dyspraxies (Kremer, Lederlé, 2009). Toutefois, ces libellés manquent de précision d'où une divergence observable entre les enseignements proposés dans les différents centres de formation en orthophonie comme le démontrent Lafoucrière et Sarrazin (2012) dans leur mémoire d'orthophonie. Ainsi, seuls quatre centres de formation – sur les seize existant cette année-là – proposaient un enseignement sur les paralysies faciales en 2012. Par conséquent, de nombreux étudiants en orthophonie ont achevé leur formation initiale sans avoir de connaissances relatives à cette prise en charge spécifique.

Avec l'obtention du grade Master le 25 janvier 2013, la formation initiale en orthophonie a connu une réorganisation complète de l'ensemble de ses enseignements théoriques et dirigés. Désormais, les étudiants en orthophonie des 18 centres de formation devraient bénéficier d'un enseignement sur les paralysies faciales avec le même volume horaire, ce qui n'était pas le cas par le passé.

L'enseignement sur les paralysies faciales s'inscrit dans l'unité d'enseignement « *Données générales concernant l'oralité, les fonctions oro-myo-faciales et leurs troubles* », ce qui fait référence, dans le décret de compétences, aux anomalies des fonctions oro-myo-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole. Les étudiants en orthophonie bénéficieront désormais de 20 heures de cours magistraux, de 15 heures de travaux dirigés et de 35 heures de travaux personnels encadrés dans ce domaine, dont les objectifs sont d'identifier les aspects développementaux, congénitaux et/ou acquis, des fonctions oro-myo-faciales, d'identifier les dysfonctions oro-myo-faciales et de connaître les thérapeutiques médicales et chirurgicales concernant le traitement de certains troubles associés aux fonctions

oro-myo-faciales. En revanche, le contenu détaillé des enseignements proposés dans cette unité n'est pas connu. Ainsi, nous ignorons présentement si les futurs orthophonistes auront un enseignement plus approfondi sur l'anatomie et la physiologie de la face. Cela leur serait notamment nécessaire pour pratiquer des massages qui sont une technique manuelle très largement citée dans la littérature orthophonique traitant de la prise en charge des PFP.

Grâce à la réorganisation et à l'harmonisation de la formation initiale, les futures générations d'orthophonistes devraient être mieux formées que leurs prédécesseurs. La formation initiale en 5 ans devrait permettre à tous les orthophonistes diplômés de bénéficier d'un enseignement sur les PFP.

Actuellement, de nombreux orthophonistes sont encore peu disposés à prendre en charge les PFP. Les résultats de l'étude menée par Lebrun (2012) le prouvent puisque sur les 133 orthophonistes de son échantillon n'ayant jamais pris en charge une PFP, 52% ont déclaré avoir déjà refusé ou ne pas être enclins à prendre en charge un patient présentant une PFP. Ce refus est majoritairement lié à un manque de connaissances. Pallier ce manque en proposant une formation initiale plus complète pourrait donc inciter les futurs orthophonistes à s'investir davantage dans la prise en charge de cette pathologie.

3.2.2. Formation initiale en masso-kinésithérapie

A l'instar de la formulation initiale en orthophonie, la formation initiale en masso-kinésithérapie a connu plusieurs extensions au cours des dernières décennies : elle se déroulait sur deux années entre 1924 et 1969 puis sur trois années entre 1969 et 2014. Le 9 décembre 2014, la réingénierie du diplôme d'Etat, qui correspond à la refonte du contenu des études de masso-kinésithérapie, a été officialisée par le gouvernement français. La formation se déploiera désormais sur quatre années dès septembre 2015. Toutefois, aucun renseignement au sujet d'une évolution du contenu de la formation initiale ne circule pour le moment.

Le contenu de la formation initiale en masso-kinésithérapie actuellement en vigueur est fixé par l'arrêté du 5 septembre 1989. A compter de cette date, les étudiants en kinésithérapie bénéficient d'un module de « *Kinésithérapie en médecine, chirurgie et gériatrie* » pendant les 2^{ème} et/ou 3^{ème} années d'études dans lequel figurent les enseignements sur la chirurgie maxillo-faciale et les paralysies faciales. Le volume horaire pour ce module est de 40 heures.

Concernant les compétences transversales nécessaires à la prise en charge des PFP, les étudiants en kinésithérapie ont des enseignements consacrés à l'anatomie et à la topographie des os du crâne, de la face et des muscles qui s'y rapportent. De plus, ils bénéficient tout au long de leur cursus d'enseignements sur le massage, qui est l'une de leurs techniques de rééducation de base, contrairement aux étudiants en orthophonie. En ce qui concerne la prise en charge de la déglutition, d'après le programme d'études conduisant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute datant de 1989, la formation initiale proposerait un enseignement relatif aux complications pulmonaires des troubles de la déglutition mais pas d'enseignement spécifique à sa rééducation.

Les formations initiales en orthophonie et en kinésithérapie, en ce qui concerne la prise en charge des PFP, semblent donc différentes. Bien que tous deux bénéficient d'enseignements à ce sujet et/ou à des domaines s'y rattachant, les kinésithérapeutes semblent être mieux armés, en théorie, pour prendre en charge des patients porteurs d'une PFP. Néanmoins, ce constat est à relativiser puisque nous ne connaissons pas de manière précise le contenu actuel de ces deux formations concernant la sphère oro-faciale.

3.3. Formation continue

Que ce soit en 4^{ème} année d'études en orthophonie ou en 3^{ème} année d'études en kinésithérapie, les étudiants estiment que l'enseignement dispensé sur les paralysies faciales pendant leur formation initiale n'est pas suffisant pour prendre en charge cette pathologie oro-faciale (Lafoucrière, Sarrazin, 2012). Ainsi, la formation complémentaire apparaît particulièrement utile pour pallier le manque de formation initiale dans ce domaine.

La formation continue existait déjà pour les orthophonistes et les kinésithérapeutes, mais elle est devenue une obligation annuelle depuis le 1^{er} janvier 2013 pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux, hospitaliers et salariés. Ce nouveau dispositif de formation a été instauré par l'article 59 de la loi HPST du 29 juillet 2009 sous le libellé « *Développement Professionnel Continu* » (DPC). En 2015, plusieurs formations agréées DPC ont pour thème les paralysies faciales :

- la formation « *Kinésithérapie et neurologie bucco-faciale et kinésithérapie à la suite de chirurgies réparatrices liées à des pathologies neurologiques* » encadrée par

François Clouteau (masseur-kinésithérapeute) qui est destinée, en ce qui concerne les professionnels paramédicaux, à la fois aux kinésithérapeutes et aux orthophonistes ;

- la formation « *Rééducation des paralysies faciales* » encadrée par Frédéric Martin (orthophoniste) qui est destinée exclusivement aux orthophonistes.

Outre les formations continues qui se tiennent généralement sur une ou deux journées, les professionnels ont également accès à des diplômes universitaires (D.U.) spécialisés. Ces D.U. sont soit réservés aux orthophonistes ou aux kinésithérapeutes, soit ouverts aux deux.

Il existe donc des formations continues spécifiques aux kinésithérapeutes ou aux orthophonistes, mais également d'autres formations qui s'adressent aussi bien à l'un qu'à l'autre. Hormis les formations centrées sur les PFP, les thérapeutes peuvent avoir accès à des formations pluri-professionnelles visant l'acquisition de compétences utiles non seulement à la prise en charge des PFP, mais aussi à celle d'autres pathologies.

Les formations ouvertes à la fois aux orthophonistes et aux kinésithérapeutes montrent qu'en plus de leurs connaissances respectives, ces professionnels partagent un savoir commun. Ce constat contribue à renforcer la difficulté à établir les frontières de l'orthophonie et de la kinésithérapie dans le domaine des PFP.

3.4. Frontières de l'orthophonie et de la kinésithérapie

S'interroger sur une potentielle complémentarité et collaboration des orthophonistes et des kinésithérapeutes dans la prise en charge des PFP requiert d'explorer les frontières établies dans la littérature entre ces deux praticiens paramédicaux au sujet de cette prise en charge.

Le référentiel d'activités publié dans le Bulletin Officiel N°32 du 5 septembre 2013 définit l'orthophonie comme « *une profession de santé relevant de la famille des métiers de soins.*

*Elle consiste à **prévenir, à évaluer et à traiter** les difficultés ou troubles :*

- *du langage oral et écrit et de la communication,*
- *des fonctions oro-myo-faciales [...].*

*L'orthophonie s'intéresse également à toutes les altérations de la sphère oro-faciale sur les plans moteur, sensitif et physiologique, ce qui recouvre les altérations de phonèmes, les dysfonctions linguales, les troubles des modes respiratoires, la dysphagie, **les troubles observés dans les paralysies faciales** et les dysfonctionnements de l'appareil manducateur. »*

Une nouvelle définition législative de la profession de kinésithérapeute a été, quant à elle, adoptée en avril 2015, la définition de 1946 devenant obsolète. D'après l'amendement N°1983, « *la pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :*

- *des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;*
- *des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles. »*

L'article R4321-5 du Code de la Santé Publique précise que les kinésithérapeutes sont habilités à rééduquer la mobilité faciale et la mastication, ainsi que la déglutition. L'article R4321-7 référence les techniques qu'ils peuvent mettre en œuvre dans leurs traitements, à savoir des massages, notamment le drainage lymphatique manuel, mais aussi des techniques d'électro-physiothérapie (courants électriques et infrasons) et de physiothérapie (thermothérapie et cryothérapie).

Quelques similitudes sont d'ores et déjà à noter : l'orthophonie et la kinésithérapie sont deux professions de soins, qui interviennent au niveau de la prévention, de l'évaluation, du diagnostic et du traitement. Pour autant, nous cernons aisément que leurs objectifs thérapeutiques ne visent pas les mêmes fonctions, la rééducation orthophonique étant surtout axée sur le langage, la parole et la communication dans sa globalité, tandis que la rééducation kinésithérapique porte surtout sur les aspects moteurs. De ce fait, nous comprenons que de grandes divergences existent en matière d'objectifs de rééducation. Pour autant ce fossé est-il toujours si important dans les faits ?

Répondre à cette question d'une manière tout à fait affirmative paraît complexe. En effet, orthophoniste et kinésithérapeute possèdent tous deux, dans certains domaines, les compétences de mener une rééducation pour un même trouble. C'est notamment le cas de la déglutition, qui figure à la fois dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des orthophonistes et dans celle des kinésithérapeutes. De même, ils sont tous deux habilités, comme nous l'avons déjà évoqué, à prendre en charge les PFP. Se pose alors la question des frontières entre les champs d'intervention de ces deux professionnels, qui ne sont pas toujours claires.

Ce questionnement apparaît également lors de la lecture des différents ouvrages et articles traitant des PFP. Dans ces derniers, les auteurs de ces documents nomment parfois clairement le professionnel auquel s'adresse le texte, en employant le terme de

« kinésithérapeute » ou d'« orthophoniste ». Néanmoins, majoritairement, le professionnel évoqué dans l'article n'est pas clairement nommé, laissant place au terme général de « thérapeute » qui laisse à penser que la prise en charge peut être réalisée de manière indifférenciée par l'un ou l'autre de ces professionnels.

Par ailleurs, ce flou est renforcé par l'utilisation de méthodes thérapeutiques similaires, voire identiques. L'une des pratiques employée à la fois par des kinésithérapeutes, mais aussi à présent par de nombreux orthophonistes, fait l'objet de débats. Il s'agit des massages. En effet, certains kinésithérapeutes, mais également certains orthophonistes, estiment que seuls les kinésithérapeutes peuvent effectuer des massages thérapeutiques. Un kinésithérapeute s'exprime à ce sujet en 1994 dans la revue *Rééducation orthophonique*, en affirmant que « *le massage est une technique très élaborée, demandant une connaissance et une pratique approfondie n'appartenant qu'aux masseurs-kinésithérapeutes de par la formation qu'ils en ont reçue* » (Delignières, 1994). Plus récemment, une kinésithérapeute évoque le massage en tant qu'un « *exercice réservé* » ou encore « *monopole d'une corporation* » (Marinho Codemard, 2008).

Pourtant, les orthophonistes sont de plus en plus nombreux à pratiquer ce qu'ils nomment le « *toucher thérapeutique* », et ce dans divers domaines. C'est une pratique qui s'est démocratisée, notamment avec la formation Ostéovox, formation en thérapie manuelle qui enseigne des manipulations en s'appuyant sur des principes ostéopathiques. Les techniques manuelles sont apparues en premier lieu dans la prise en charge des dysphonies et des troubles de la déglutition, qui figurent parmi les premiers champs d'intervention des orthophonistes, alors qu'aujourd'hui elles embrassent de nombreux autres domaines. Le toucher thérapeutique peut donc être utilisé dès qu'il existe des troubles des fonctions oro-faciales. De multiples pathologies sont concernées : les troubles de l'oralité, les neuropathies dégénératives, les dysmorphoses du visage liées à des paralysies faciales, les maladies génétiques rares, les cancers de la face ou encore certaines suites de chirurgies. En ce qui concerne les paralysies faciales, certains orthophonistes, tels que Gatignol, Couture, Eyoum et Martin ont respectivement rédigé les ouvrages *Paralysies faciales* (2004) et *Les Fonctions de la Face* (1999) dans lesquels ils expliquent les massages faciaux qui peuvent être réalisés auprès du patient, ce qui a dû participer à la démocratisation de cette pratique chez les orthophonistes. Ils transmettent également leurs savoirs en ce qui concerne les massages notamment, par le biais de formations continues. Cette pratique ancrée dans diverses rééducations orthophoniques est par ailleurs défendue par bon nombre d'orthophonistes, comme Eyoum (2008) qui pense que « *le toucher devrait être présenté au cours des études comme une*

thérapeutique orthophonique à part entière ».

L'orthophonie et la kinésithérapie sont deux professions paramédicales ayant chacune leur « essence » spécifique, comme en témoignent leur histoire et leur définition respectives. L'évolution de ces deux disciplines a amené les orthophonistes et les kinésithérapeutes à intervenir parfois dans les mêmes domaines et à rencontrer les mêmes pathologies, voire à utiliser des moyens similaires, ce qui ne permet pas d'en dessiner des frontières claires lors de la prise en charge de certains troubles. C'est particulièrement le cas dans le cadre de la prise en charge des PFP. La question d'une complémentarité, ou au contraire d'une certaine indifférenciation de leur prise en charge des PFP se pose alors.

Voyons à présent, dans notre dernière partie, de quels outils, techniques et méthodes sont constituées les prises en charge de ces deux praticiens, de l'évaluation à la rééducation.

4. Prise en charge rééducative des paralysies faciales périphériques

Les paralysies faciales périphériques, qu'elles soient non opérées ou opérées, requièrent une prise en charge orthophonique et/ou kinésithérapique adaptée.

4.1. Prise en charge des paralysies faciales périphériques non opérées

4.1.1. Bilan clinique

Le bilan clinique, qu'il soit effectué par l'orthophoniste ou par le kinésithérapeute, est réalisé sur prescription médicale avec la mention : « *Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire* » pour les orthophonistes et « *Bilan et rééducation des muscles de la face et du cou* » pour les kinésithérapeutes.

Le bilan clinique se divise en deux étapes, quelle que soit la discipline. Il débute par un temps d'anamnèse et d'entretien pendant lequel le thérapeute interroge soigneusement son patient, puis est suivi par l'évaluation clinique. A l'issue du bilan clinique, le professionnel

pose son diagnostic qui ouvrira la porte à une prise en charge personnalisée répondant aux besoins et aux demandes du patient.

4.1.1.1. Anamnèse et entretien avec le patient

Avant de procéder à l'examen clinique, les orthophonistes et les kinésithérapeutes mènent tous les deux un entretien avec le patient présentant une paralysie faciale. Le but de cet entretien pour les professionnels est de recueillir l'ensemble des informations concernant l'histoire de la paralysie faciale mais aussi de connaître les éventuels antécédents médicaux et familiaux, les examens réalisés et les traitements suivis.

Les thérapeutes poursuivent leur investigation en questionnant minutieusement le patient sur les éventuelles perturbations générées par la PFP. Les orthophonistes s'intéressent en particulier aux troubles que peut entraîner la paralysie faciale chez le patient au niveau de la parole, de la déglutition et de la mastication.

Les informations recueillies auprès du patient au moment de l'anamnèse sont précieuses pour la rééducation à venir, d'autant plus qu'« *il peut parfois exister un décalage entre l'examen clinique et l'appréciation du malade dont il faudra tenir compte lors de la rééducation* ». (Couture, Eyoum, Martin, 1997).

4.1.1.2. Evaluation clinique

Au cours de l'évaluation clinique, le thérapeute, qu'il soit orthophoniste ou kinésithérapeute, va faire passer un certain nombre d'examens à son patient (Annexe VI).

Tous les examens décrits dans ce mémoire ne seront pas nécessairement proposés au patient, d'autant plus que certains relèvent de l'expertise de l'un ou l'autre des professionnels. Le thérapeute orientera ses choix en fonction de l'anamnèse, de ses observations au cours du bilan clinique, ainsi que des plaintes et des demandes du patient.

- **Examen exo-buccal**

Le thérapeute observe la face au repos pour apprécier la symétrie des deux hémifaces et rechercher la présence d'œdème et de cicatrices. L'observation du visage doit également se faire lors d'une conversation pour apprécier la motricité émotionnelle et automatique.

▪ **Examen du tonus musculaire de la face**

Le tonus musculaire de l'hémiface atteinte est apprécié au repos. Les kinésithérapeutes réalisent également un étirement intrabuccal ou « stretch » pour repérer les muscles hypertoniques. Sa cotation varie selon qu'il s'agit d'une paralysie faciale en phase flasque, avec séquelles d'hypertonies ou avec syncinésies (Bernard, 2013).

Lannadère et Gatignol (2011) et Xhardez et coll. (2015) recommandent l'utilisation du dynamomètre qui est un outil permettant de mesurer rapidement la pression labiale mais aussi le tonus global de la face afin d'évaluer le pronostic de la paralysie, lié à son intensité.

▪ **Examen des fonctions motrices de la face**

De nombreuses échelles permettant d'évaluer localement ou globalement la motricité faciale de manière subjective sont à disposition des orthophonistes et des kinésithérapeutes. L'objectif des échelles d'évaluation locale est d'évaluer chaque groupe musculaire de la face et la conséquence fonctionnelle de la paralysie, alors qu'une approche plus globale vise à évaluer la sévérité de l'atteinte musculaire en prenant en compte la face dans sa totalité.

Les échelles apparaissant le plus fréquemment dans les articles et dans les ouvrages spécialisés sont les suivantes :

- **le Grading de House et Brackmann (1985)**
- **le testing musculaire de Freyss (1980)**
- **le testing musculaire de Lacôte et Chevalier**
- **l'échelle de Motricité Bucco-Linguo-Faciale (MBLF) de Gatignol et Lannadère (2010)**
- **le Sunnybrook Facial Grading System de Ross et al. (1996)**

Ces échelles sont toutes mentionnées à la fois dans la littérature orthophonique et kinésithérapique, hormis le testing musculaire de Lacôte et Chevalier qui apparaît seulement dans la littérature kinésithérapique. L'échelle MBLF, qui a été mise au point par deux orthophonistes, est quant à elle exclusivement mentionnée dans la littérature orthophonique.

Un descriptif de ces différentes échelles est présenté dans l'Annexe IV.

▪ **Examen endo-buccal**

Cet examen est décrit exclusivement dans la littérature orthophonique, pourtant il ne relève pas spécifiquement du savoir-faire de l'orthophoniste. Le thérapeute observe l'état de l'articulé dentaire, l'aspect de la langue et des joues du patient et vérifie s'il y a d'éventuelles traces de morsure. Il introduit ensuite son index dans sa cavité buccale pour palper la face

muqueuse de chaque joue. En cas de paralysie ancienne, l'orthophoniste pince et fait rouler la face muqueuse des deux joues pour rechercher des points de tension (Martin, 2015).

- **Recherche du côté dominant et du côté dominé de la face**

Avant de procéder à la rééducation, les kinésithérapeutes étudient les lignes de convergence du visage qui se construisent sur des repères morphologiques (Annexe V). La littérature orthophonique ne mentionne pas cette pratique.

L'intérêt de l'exploration de ces lignes de convergence est d'avoir une idée plus précise de la facilité de récupération du patient. Une paralysie faciale se situant du côté dominant a plus de chance de récupérer mais est aussi davantage exposée aux risques d'hypertonies et de syncinésies car les muscles sont plus forts donc plus labiles, et sont plus souvent sollicités. A contrario, si la paralysie se situe du côté dominé, le patient a beaucoup de difficultés à récupérer mais présente moins de séquelles (Chevalier, 2003).

- **Examen de la coordination**

Ce libellé se retrouve exclusivement dans la littérature kinésithérapique. Il vise à rechercher la présence de syncinésies, et plus particulièrement les syncinésies œil-bouche et bouche-œil (Chevalier, 2003).

- **Examen des mouvements fonctionnels**

Cet examen permet de repérer les mouvements possibles. Le thérapeute demande au patient de réaliser des mouvements tels que fermer les yeux, ouvrir la bouche ou sourire, et note si ceux-ci sont possibles, limités ou impossibles (Couture, Eyoum, Martin, 1997).

- **Examen de la sensibilité**

Pour tester la sensibilité, Martin (2015) utilise plusieurs type de stimulations : l'application de chaud et de froid sur les deux hémifaces pour tester la sensibilité externe, et des stimulations de l'intérieur des joues, de la langue et des gencives avec un abaisse-langue pour tester la sensibilité interne.

Les kinésithérapeutes testent la sensibilité dans la zone de Ramsay-Hunt mais aussi dans les autres zones du visage dont la sensibilité est attribuée au nerf trijumeau, à savoir la zone supra-oculaire, la zone inter-oculo-buccale et la zone infrabuccale (Bernard, 2013).

- **Examen des troubles sensitivosensoriels**

Cet examen proposé par Chevalier (2003) consiste à évaluer le goût, la gustométrie chimique, l'audition, la sensibilité de la zone de Ramsay-Hunt, la cornée et les sécrétions lacrymales et salivaires afin de cerner les modifications occasionnées par la paralysie faciale. La littérature orthophonique n'évoque pas d'examen similaire, bien que les orthophonistes interviennent dans plusieurs de ces domaines dans le cadre d'autres pathologies que les PFP.

- **Examen des mimiques**

Cet examen est réalisé pour vérifier si le patient a gardé une expressivité ou non. Le thérapeute demande au patient de réaliser des mimiques sur ordre oral puis sur imitation et observe s'il existe une disparité entre les deux. Il propose ensuite 4 types de stimulations (visuelles, auditives, olfactives, gustatives) susceptibles d'entraîner des mimiques spontanément (Couture, Eyoum, Martin, 1997).

- **Examen de la déglutition et de la mastication**

D'après la littérature, l'évaluation de la déglutition et de la mastication semble exclusivement réalisée par les orthophonistes, bien qu'elle s'inscrive également dans le champ de compétences des kinésithérapeutes. L'orthophoniste évalue les deux premiers temps de la déglutition, notamment la mastication et l'envoi du bol alimentaire vers l'isthme du gosier.

- **Examen de l'articulation (orthophonistes) – Examen de l'élocution (kinésithérapeutes)**

Pour apprécier la qualité de l'articulation du patient, Lamas et Gatignol (2007) préconisent la réalisation de palatogrammes (empreintes de la langue sur la voûte du palais), la passation d'un test phonétique d'intelligibilité et des épreuves de lecture. Martin (2015) précise qu'il est intéressant de proposer en lecture à voix haute des textes comportant de nombreuses bilabiales et labiodentales qui sont généralement les phonèmes les plus atteints.

D'après Bernard (2013), un bilan de l'élocution est réalisé par le kinésithérapeute en collaboration avec l'orthophoniste. Toutefois, aucun renseignement supplémentaire n'est donné concernant le contenu de ce bilan.

- **Examen du souffle**

Le thérapeute teste l'inspiration et l'expiration buccales ainsi que l'inspiration et

l'expiration nasales chez le patient (Couture, Eyoum, Martin, 1997). Ce dernier peut en effet ressentir une gêne respiratoire en raison de la fermeture de la narine à l'inspiration (collapsus narinaire). De surcroît, certaines maladies telles que la maladie de Lyme peuvent être responsables de difficultés respiratoires, d'où l'intérêt de proposer cet examen au patient.

- **Auto-évaluation par le patient**

Des échelles de qualité de vie telles que le Short Form Health Survey (SF-36) et le Derriford Appereace Scale 59 peuvent être proposées au patient pour connaître les répercussions qu'a la paralysie faciale sur sa vie quotidienne (Martin, 2013). Il existe également des questionnaires auto-administrés comme le Facial Disability Index qui a pour objectif d'évaluer les incapacités des patients (Vanswearingen et coll., 2008).

La plupart des examens cliniques décrits dans la littérature sont communs aux deux professionnels. Certains domaines sont cependant préférentiellement examinés par le professionnel qui en a l'expertise. Ainsi, ce sont les orthophonistes qui évaluent l'articulation et la déglutition, ce qui est congruent avec leur champ de compétences et le fait que ce deuxième domaine soit délaissé par les kinésithérapeutes. Ces derniers vont, quant à eux, explorer les lignes de convergence, ce qui ne relève pas des compétences connues des orthophonistes. Toutefois, il semblerait que certains domaines, alors qu'ils ne sont spécifiques ni aux orthophonistes ni aux kinésithérapeutes, ne sont évalués que par un seul type de professionnel sans qu'il n'y ait d'explication évidente.

Hormis les examens proposés par ces thérapeutes, les patients porteurs d'une PFP peuvent être amenés à réaliser chez leur médecin des examens électrophysiologiques de la face tels que l'électromyographie, afin d'objectiver l'absence ou les progrès du processus de réinnervation et/ou de dépister l'apparition de syncinésies. Lannadère et Gatignol (2011), et Xhardez et coll. (2015) décrètent que le rééducateur doit avoir connaissance des résultats de l'électromyographie de son patient.

Outre les explorations électrophysiologiques, des tests de localisation, tels que l'examen de la fonction gustative, peuvent être proposés au patient afin de rechercher les signes associés à la PFP. La connaissance des résultats de ces tests est précieuse pour le thérapeute puisqu'ils lui permettront de prodiguer des conseils d'hygiène de vie adaptés au profil thérapeutique du patient (Bernard 2013).

4.1.2. Rééducation

La rééducation fait suite au bilan clinique qui a permis au thérapeute d'établir un projet thérapeutique individuel et personnalisé selon les besoins et les demandes du patient (Annexe VII).

Ces deux disciplines paramédicales prennent en considération les différentes phases de récupération de la paralysie faciale qui occasionneront une adaptation de la prise en charge :

- **phase de paralysie flasque** : c'est lorsque la PFP se situe au stade initial ou est complète et définitive. Lorsque la paralysie est unilatérale, la flaccidité entraîne rapidement une hypertonie de l'hémiface controlatérale qui renforce le déséquilibre (Martin, 2012).
- **phase de paralysie avec anomalies de récupération (spasmes, syncinésies)** : elle correspond à l'évolution naturelle de la paralysie flasque lorsque l'atteinte est sévère.

4.1.2.1. Accompagnement du patient

Le thérapeute éduque le patient à sa pathologie en lui donnant de multiples renseignements pour qu'il puisse mener à bien sa rééducation et gérer le maximum de contraintes. Il lui donne une multitude de conseils fonctionnels pour l'aider à retrouver une vie quotidienne plus confortable. Ces conseils portent en particulier sur la protection de l'œil : le thérapeute explique au patient l'importance des soins oculaires et lui montre comment réaliser la fermeture oculaire la nuit à l'aide de sparadrap hypoallergénique pour préserver l'œil et prévenir les kératites. Ces conseils peuvent également concerner d'autres domaines tels que l'alimentation, la protection de l'oreille ou la salive en fonction des gênes ressenties par le patient.

Le thérapeute informe également le patient sur les conduites à tenir. Certains gestes sont inappropriés car ils risquent de favoriser l'apparition de spasmes ou de syncinésies ou de majorer ceux-ci. De ce fait, la mastication de chewing-gum, les grimaces et les mouvements rapides et exagérés sont à proscrire (Couture, Eyoum, Martin, 1997 ; De Chavigny, 2009).

4.1.2.2. Techniques préparatoires au travail musculaire

A chaque séance, des techniques adjuvantes sont proposées au patient pour préparer la face à recevoir les exercices musculaires. Si la plupart des techniques décrites semblent

utilisées par l'ensemble des professionnels, certaines ne sont énoncées que dans la littérature orthophonique ou dans la littérature kinésithérapique.

- **Relaxation**

Cette technique adjuvante est utilisée à la fois par les orthophonistes et les kinésithérapeutes. Elle peut être utile pour relâcher le corps, et plus particulièrement le visage, le cou et les épaules en cas de forte tension.

- **Thermothérapie**

La thermothérapie est le terme générique des thérapies qui utilisent la chaleur pour réchauffer plus ou moins profondément certaines parties du corps (Bussièrès cité par Xhardez et coll., 2015). Son but diffère en fonction de la phase de récupération de la paralysie faciale. En phase flasque, elle a pour rôle d'entretenir la vascularisation et les échanges cellulaires au niveau musculaire, en attendant l'arrivée de l'influx nerveux. En phase de séquelles, elle a pour but de détendre les muscles et de préparer les étirements musculaires.

La thermothérapie est pratiquée en début de séance, le plus souvent à l'aide d'un coussin auto-chauffant qui est appliqué sur la face du patient pendant 10 minutes à l'exception de l'œil, de la tempe et du cou pour des raisons vasculaires. D'autres moyens sont cités dans la littérature kinésithérapique, tels que les lampes infrarouges, les pulvérisations chaudes, l'air chaud pulsé ou l'application de parafango (Xhardez et coll., 2015).

- **« Choc thermique »**

En cas de paralysie faciale débutante se trouvant au stade flasque, il peut être intéressant d'appliquer sur l'hémiface paralysée ce que Martin (2015) nomme un « *choc thermique* » afin d'avoir une action sur les voies sensibles. Cette technique consiste à alterner successivement sur l'hémiface une compresse froide et une compresse chaude pendant environ cinq minutes. Elle ne semble pas être répandue chez les professionnels puisqu'elle n'est pas évoquée dans la littérature.

- **Points gâchettes**

Les points gâchettes ou « trigger points » sont des points douloureux à la palpation se situant sur le parcours d'un muscle. Martin (2013) préconise une compression manuelle endo-buccale forte et maintenue de 90 secondes au niveau de ces points plus ou moins hyperalgiques pour travailler sur les nœuds musculaires. Le traitement des points gâchettes

n'est pas mentionné dans la littérature kinésithérapique consacrée aux PFP, alors qu'il fait partie des pratiques des kinésithérapeutes (Paumard, 2002).

- **Massages exo-buccaux et endo-buccaux**

Dans le cadre d'une paralysie flasque

Le massage, qui constitue l'une des techniques manuelles de base du kinésithérapeute, occupe une place importante dans la rééducation des PFP. Bien qu'ils n'aient pas été formés à la pratique de massages au cours de leur formation initiale, d'après la littérature, les orthophonistes utilisent également cette technique lors des rééducations qu'ils proposent.

Les massages sont en général effectués à chaque début de séance. Ils ont un double rôle : la relaxation et un rôle trophique. Ils requièrent une bonne connaissance anatomique des muscles de la face et du cou de la part des professionnels. De surcroît, ils demandent de respecter certaines précautions, à savoir suivre le sens des fibres et maintenir le côté sain car de nombreux muscles n'ont pas d'insertion osseuse. Les grandes zones de massages sont la zone « bouche – joue », la zone « nez – orbiculaire des paupières – muscles du front », la zone « cou » et la zone « muscles masticateurs ».

Suivant leur objectif, les professionnels peuvent avoir recours à différents types de massages externes. Pour avoir une action sur la peau, ils pratiquent des massages enveloppants et très légers du type effleurages (ou pressions glissées superficielles) (Dufour, Colne, Gouilly, 2007). Pour agir davantage sur les muscles, ils emploient la technique dite « *réflexe* » qui consiste à étirer lentement le muscle en suivant son insertion avec le majeur qui est plus puissant, avant de le relâcher rapidement (Martin 2012). Les massages de la zone environnant la bouche ont davantage d'efficacité quand ils sont effectués par voie endo-buccale. Il s'agit de massages profonds par pincements/étirements entre le pouce et l'index.

En plus des massages des zones du visage précédemment décrites, les kinésithérapeutes étendent leur art à d'autres zones. Xhardez et coll. (2015) préconisent d'élargir la zone de massage à la nuque et au haut du dos, la contracture des trapèzes étant très fréquente, mais aussi à tout le cuir chevelu. Outre les massages externes, les kinésithérapeutes pratiquent des massages intranasaux pour atteindre les muscles profonds. Ils proposent également des massages plus « techniques » qui n'apparaissent pas dans la littérature

orthophonique, tels que le massage du « point central » (à 1-1,5 cm au-dessus de la racine des sourcils) et du point se situant à environ un tiers du médian du cuir chevelu par des frictions circulaires dans la sens des aiguilles d'une montre (Chevalier, 2003).

Dans le cadre d'une paralysie séquellaire

Les professionnels pratiquent des massages externes relaxants, c'est-à-dire très doux et très lents, dans le cas de paralysies séquellaires. En plus de ces massages, ils pratiquent des massages internes qui ont pour objectif de débusquer des points douloureux au niveau des muscles dilatateurs. Pour les réaliser, les thérapeutes utilisent la même technique : ils placent leurs doigts en pince et écrasent chaque point douloureux afin de faire disparaître les contractures. Après avoir bien massé les points d'insertion des muscles, ils étirent lentement le muscle vers la commissure labiale pendant quelques secondes, puis ils relâchent progressivement la pression afin d'éviter l'effet « boomerang », c'est-à-dire, la contraction réflexe du muscle étiré (Auch-Roy, Duault, Gouilly, 2003).

Techniques de massage particulières

Outre les massages du type effleurages ou étirements, des techniques de massage alternatives peuvent s'appliquer aux PFP. Si nous nous référons à la littérature, les kinésithérapeutes utilisent les méthodes décrites dans le tableau ci-dessous.

TECHNIQUES DE MASSAGE	PRINCIPES
Drainage lymphatique manuel	Il est proposé dans le cadre de paralysies traumatiques ou post-opératoires. Des manœuvres de résorption manuelle sont pratiquées afin de traiter l'inflammation et l'œdème.
Technique du masque	Elle est utilisée en cas de co-contraction entraînant une déviation du côté sain vers le côté paralysé. L'hémiface paralysée doit être étirée en dehors et l'hémiface active, en dedans, avec une composante rotatoire dans le geste pour respecter l'orientation des fibres. Pendant la mobilisation, il est intéressant que le patient place ses mains sur celles du kinésithérapeute afin de pouvoir reproduire la technique chez lui. (Bernard, 2013).
Massage chinois ou « énergétique »	Il s'inspire de l'une des techniques du massage chinois qui consiste à proposer un massage crânien des points chinois dont le but est l'équilibration énergétique et la diminution de la douleur (Xhardez et coll., 2015)

▪ **Massage des cicatrices**

Il est recommandé de ne pas débiter le massage des cicatrices avant les 15 à 20 premiers jours faisant suite à une opération. Le thérapeute exerce de légères pressions parallèles à la cicatrice, des petits étirements perpendiculaires et un décollement des adhérences. En cas de cicatrices hypertrophiques, des plaques de silicone adhésives peuvent être utilisées pour les aplanir.

▪ **Vibrothérapie**

Elle peut être utile pour réaliser un travail de la fibre plus en profondeur grâce au vibreur à infrasons de basse fréquence (100 Hz). Le vibreur est vivement recommandé pour masser les cicatrices dans les suites opératoires en cancérologie (Eyoum 2012). Bien qu'elle soit mentionnée dans le décret de compétences des kinésithérapeutes, cette technique est davantage décrite dans la littérature orthophonique (Couture, Eyoum, Martin, 1997 ; Eyoum 2008). Cela peut être lié au fait que les orthophonistes ont également recours à ce moyen dans le cadre de la prise en charge d'autres pathologies (Eyoum, 2012).

4.1.2.3. Travail musculaire analytique

Le travail musculaire constitue l'un des socles de la rééducation des PFP. Il a pour objectif, associé aux techniques préparatoires et au travail fonctionnel, de permettre au patient de « *retrouver tout ou majeure partie de la physiologie fonctionnelle perturbée [...], mais aussi de restaurer l'équilibre du visage au repos* » (Couture, Eyoum et Martin 1997).

Afin d'éviter la survenue de complications musculaires, l'orthophoniste et le kinésithérapeute respectent un certain nombre de principes au cours de ce travail :

- les mouvements demandés doivent être **lents** pour recruter le maximum de fibres et ainsi éviter l'apparition de syncinésies ;
- ils doivent être **peu amples** pour limiter l'hyperactivité des muscles voisins ;
- ils doivent être réalisés **sans forçage** pour éviter la fatigue du muscle qui travaille ;
- le travail ne doit **pas être excessif en terme de durée** ;
- la rééducation se fait **étage par étage**, par groupes musculaires bien dissociés ;
- **le côté sain doit être maintenu** pour éviter l'asymétrie du visage.

Les articles de kinésithérapie insistent également sur le fait de débiter le travail musculaire par les muscles constricteurs qui sont les plus forts, puis dans un second temps

d'entreprendre la rééducation des muscles dilatateurs de la face. Ils informent également sur la nécessité d'attendre un petit laps de temps entre chaque contraction car les muscles dénervés sont très fatigables.

Trois zones sont ainsi communément délimitées afin d'effectuer un travail musculaire en dissociant les zones musculaires : la zone « front – œil », la zone « nez – joue » et la zone « bouche – menton – cou ». Les professionnels travaillent au niveau de chaque zone musculaire séparément en respectant certains stades, selon l'évolution de la paralysie. Le travail est d'abord passif, ce qui signifie que le thérapeute imprime le mouvement puis laisse la fibre se relâcher, sans que la participation du patient ne soit demandée. Peu à peu, ce travail va être de plus en plus actif pour finir par devenir un travail actif contre résistance, ce qui signe le retour à la normale (Couture, Eyoum, Martin, 1997 ; Bernard, 2013). Pour les exercices contre résistance, Bernard (2013) recommande d'utiliser des résistances mécaniques, telles que des abaisse-langues ou des crayons, plutôt que des résistances manuelles pour le travail de l'orbiculaire des lèvres.

4.1.2.4. Mise en place d'une auto-rééducation

Si l'âge, la compréhension et les déficits du patient le permettent, la rééducation de la PFP prendra la forme d'une « auto-rééducation », faisant du patient l'acteur à part entière de sa rééducation. Le thérapeute fournit au patient une liste d'automassages respectant les insertions et les directions musculaires, et d'exercices qui évolueront au cours de la rééducation. Ce travail effectué à domicile a pour but de renforcer l'action des séances réalisées avec le thérapeute.

Préalablement à la mise en œuvre d'une auto-rééducation, le praticien doit avoir suffisamment explicité les exercices à réaliser afin de permettre au patient de saisir le bien-fondé des mouvements pour une récupération la plus optimale possible. Il doit également s'assurer de sa motivation puisque celle-ci servira de moteur dans la rééducation qui peut, dans certains cas, engendrer une lassitude ou une fatigue (Chevalier, 2003 ; Lannadère, Gatignol, 2011).

4.1.2.5. Rééducation en cas de spasmes et de syncinésies

En cas de spasmes et de syncinésies, la rééducation débute par des exercices respiratoires, voire de relaxation en position allongée afin de réduire la tonicité qui est trop importante. Ces exercices peuvent s'accompagner de massages des tissus, lents et sans à-coups, ainsi que de massages internes de la joue en ramenant la commissure vers l'avant. Des vibrations à basses fréquences peuvent également être proposées au patient. Lors du travail musculaire, l'inhibition des syncinésies est recherchée en focalisant l'attention du patient sur le spasme et non pas sur le mouvement réalisé. Lorsqu'une syncinésie apparaît, le patient maintient le mouvement jusqu'à disparition complète ou quasi complète de celle-ci avant de relâcher totalement et de recommencer le même exercice après un temps de repos. Au début, ces exercices sont réalisés consciemment et volontairement avant de devenir de plus en plus spontanés jusqu'à être automatisés (Martin 2013).

4.1.2.6. Stimulations électriques : une pratique controversée

Alors qu'elle est utilisée par les kinésithérapeutes depuis le XVIII^{ème} siècle, l'efficacité de l'électrothérapie est aujourd'hui débattue. Certains thérapeutes, qu'ils soient orthophonistes comme Lanadère et Gatignol (2011) ou kinésithérapeutes comme Chevalier (2003), sont fermement opposés à cette pratique qui peut provoquer des syncinésies voire un spasme de l'hémiface. D'autres auteurs, kinésithérapeutes de fonction, ne sont, au contraire, pas fermement opposés à l'utilisation des stimulations électriques qui présenteraient des effets intéressants lorsqu'elles sont réalisées de façon stricte et contrôlée. Toutefois, ils attestent que l'électrothérapie est difficile à mettre en œuvre (Le Bot-Le Borgne, Gallien, Robineau et coll., 1998).

4.1.2.7. Travail fonctionnel

Au vu de la littérature, le travail fonctionnel serait davantage proposé par les orthophonistes que par les kinésithérapeutes qui semblent privilégier une rééducation analytique des muscles paralysés associée à des techniques adjuvantes telles que la thermothérapie et les massages faciaux. Les kinésithérapeutes prennent tout de même en charge les troubles de la déglutition et de la mastication.

- **Rééducation de l'articulation**

Dans de nombreux cas, le travail de l'articulation à proprement parler peut être couplé à un travail respiratoire. L'orthophoniste propose alors un travail axé sur le contrôle abdominal, la coordination pneumo-phonique, le souffle nasal-buccal et la respiration alternée d'une narine à l'autre.

L'amélioration de l'articulation est corrélée à l'évolution de la récupération fonctionnelle. La rééducation de l'articulation concerne les phonèmes que le patient a du mal à produire. La rééducation s'appuie sur des exercices de répétition suivant la progression suivante : répétition de syllabes, de mots puis de phrases (Couture, Eyoum, Martin, 1997).

- **Rééducation de la déglutition et de la mastication**

Lorsque la paralysie faciale est complète, le premier temps de la déglutition est particulièrement touché. La littérature orthophonique et kinésithérapique fournit de multiples conseils dont le but est de rendre la déglutition et la prise alimentaire du patient les plus confortables possibles et mentionne les gestes à proscrire. (De Chavigny, 2009 ; Couture, Eyoum, Martin, 1997).

Pour améliorer la déglutition aux liquides et la mastication, la littérature orthophonique décrit des exercices de renforcement jugal et lingual (Couture, Eyoum, Martin, 1997). La littérature kinésithérapique évoque également des exercices pratiques pour muscler les organes oro-faciaux, mais aussi la pratique éventuelle de stimulations électriques. (Bleeckx, Postiaux, 2002).

- **Travail des mimiques et des expressions faciales**

Les orthophonistes proposent un travail portant sur les mimiques et les expressions faciales, puisqu'elles jouent un rôle important dans la communication non verbale. Pour ce faire, un travail particulier sur le contrôle cortical de la mimique faciale, par des exercices de représentation mentale du mouvement, peut être proposé en début de rééducation. (Martin, 1998). Lorsque le visage du patient a retrouvé une certaine mobilité, le thérapeute pratique des exercices sur imitation ou sur ordre oral en prenant appui sur des supports visuels, auditifs ou olfactifs.

Même si ce travail n'est pas décrit dans leur littérature, les kinésithérapeutes se servent des mimiques pour guider le travail musculaire de leurs patients. Ils se basent sur d'anciennes photographies pour connaître les mimiques antérieures à la PFP (Bernard, 2013).

- **Stimulation de la sensibilité**

En cas d'hyposensibilité, Martin (2013) préconise d'exercer différents types de stimulations sur la zone hyposensible et hors de cette zone. Le patient a les yeux fermés et compare les zones non atteintes.

En cas d'hypersensibilité, les stimulations fortes et la suractivité musculaire sont proscrites au profit de la relaxation et des effleurages sur l'ensemble de la face.

Une altération de la sensibilité gustative et olfactive est souvent observée. Dans la littérature orthophonique, des exercices de reconnaissance de goûts en aveugle mais aussi de reconnaissance d'odeurs sont mentionnés. Bien que la littérature kinésithérapique fasse état d'un bilan des troubles sensitivo-sensoriels, il n'y a pas de données concernant la stimulation de la sensibilité dans la prise en charge des PFP.

- **Stimulation des fonctions sécrétrices**

Le professionnel stimule les glandes lacrymales par des pressions au bord inférieur et interne de la paupière. La fermeture de l'œil est travaillée en remontant l'index contre l'os nasal jusqu'au bord inférieur de l'œil. Par cette action, une pression le long du canal lacrymal est exercée, ce qui entraîne une hydratation oculaire immédiate. Il peut également proposer au patient de sucer régulièrement des produits acides afin de stimuler les glandes salivaires (Martin 2013 ; De Chavigny, 2009).

4.1.2.8. Méthodes de rééducation

Diverses méthodes de rééducation ont été élaborées ces dernières décennies pour pallier les conséquences esthétiques et fonctionnelles provoquées par la paralysie faciale. Les plus largement citées dans la littérature sont le Neuromuscular Retraining et la Mime Therapy qui sont mentionnées de manière indifférenciée par les orthophonistes et les kinésithérapeutes. Certaines méthodes telles que la méthode Kabat apparaissent exclusivement dans la littérature kinésithérapique alors que d'autres, telles que le Video Self-Modeling sont reprises par les deux thérapeutes sous des noms distincts.

- **Neuromuscular Retraining (NMR)**

La méthode du Neuromuscular Retraining a été mise au point par Diels et Combs, qui sont respectivement ergothérapeute spécialisée dans la rééducation faciale et audiologiste. Il s'agit d'un programme de rééducation fonctionnelle ayant pour objectif de développer le

contrôle cortical dans les mimiques faciales et la réhabilitation du sourire dans les situations de communication de la vie quotidienne. Cette méthode thérapeutique repose sur trois principes fondamentaux :

- **La lenteur d'exécution**, afin que le patient puisse observer et modifier l'aspect, la force et la vitesse d'exécution du mouvement. Ainsi, le contrôle moteur s'améliore progressivement.
- **Les petits mouvements** qui permettent de contracter isolément le muscle cible et d'éviter l'hyperactivité des muscles voisins.
- **La symétrie** des mouvements réalisés, dont l'objectif est de renforcer la réponse physiologique normale et d'éviter les contractures excessives des muscles de l'hémiface saine.

La NMR combine à la fois, de la part du professionnel, des explications anatomiques et physiologiques concernant la face de la part du thérapeute, des conseils sur les conduites à tenir et celles à éviter, ainsi que des exercices musculaires. Lors de ces derniers, chaque muscle est abordé isolément, étage par étage, de haut en bas. Basé sur le principe d'une auto-rééducation, le programme NMR requiert une motivation et un investissement personnel importants de la part du patient qui doit pratiquer les exercices quotidiennement (Lannadère, Gatignol, 2011).

▪ **Mime Therapy**

La Mime Therapy est une méthode de rééducation créée en 1980 aux Pays-Bas par le mime J. Bronk et le médecin ORL P. Devriese pour les patients présentant des séquelles de paralysie faciale.

Le but de la Mime Therapy est de restaurer la symétrie faciale, au repos et en mouvement, en permettant au patient de contrôler les syncinésies et les mouvements de masse. Il s'agit d'une combinaison d'automassages de la face et du cou, d'exercices de respiration et de relaxation, d'exercices qui stimulent les expressions faciales et les mouvements fonctionnels en limitant les syncinésies, ainsi que d'exercices d'expression des émotions associés à une guidance du patient (Beurskens, Heymans, 2003).

▪ **Méthode Kabat (ou *proprioceptive neuromuscular facilitation*)**

La méthode Kabat a été créée à la fin des années 1940 par le Dr. H. Kabat et son équipe. Elle consiste à « *utiliser des renseignements d'origine superficielle (tactile) et d'origine profonde (position articulaire, étirements des tendons et des muscles) pour mettre*

en jeu le système nerveux central qui à son tour fait agir la musculature en recherchant qualité de contraction et endurance » (Louchet, 2012).

Selon Noël-Ducret (2001), elle peut être utilisée lors de la rééducation d'une PFP pour travailler sur la motricité des muscles de la face mais aussi sur les troubles de la déglutition. L'un des adjuvants indispensable de la méthode Kabat est la cryothérapie, l'hémiface paralysée étant stimulée avec de la glace avant de débiter le travail musculaire. Dans le traitement des troubles de la déglutition, le kinésithérapeute propose des stimulations statiques de la tête au patient. Il stimule également ses lèvres et sa langue en les massant à l'aide d'un bâtonnet glacé, d'un abaisse-langue ou d'une brosse à dents électrique.

- **Video Self-Modeling, protocole Visage-Miroir et méthode VISTIM**

La difficulté à sourire est l'un des principaux problèmes auxquels sont assujettis les patients porteurs d'une PFP. Pour tenter de pallier ce trouble, de nouvelles techniques de rééducation ont émergé cette dernière décennie, impulsées par l'avancée des recherches en neurosciences. L'une d'entre elles est la Video Self-Modeling qui a été mise au point par Coulson et son équipe. Le principe de cette technique repose sur l'enregistrement vidéo des meilleurs mouvements faciaux réalisés par le patient afin qu'il puisse visualiser les enregistrements et s'entraîner à reproduire les sourires à domicile (Coulson, Adams, O'Dwyer, et coll., 2006).

En France, deux techniques ont récemment émergé : le protocole Visage-Miroir du côté des orthophonistes (Blanchin, Martin, Labbé, 2013) et la méthode VISTIM du côté des kinésithérapeutes (Quilis, 2011). Ces deux méthodes ont pour objectif commun de travailler l'amélioration du sourire afin qu'il soit le plus naturel et harmonieux possible. Pour ce faire, elles fournissent au patient l'illusion qu'il effectue des mimiques parfaites lorsqu'il tente d'en réaliser devant un écran qui fait office de miroir virtuel. Dans la méthode Visage-Miroir, un logiciel de traitement d'images reconstitue virtuellement le visage du patient en temps réel en dédoublant son hémiface saine pendant qu'il réalise des mimiques devant une webcam. Lors de ce travail, il doit toucher les zones stimulées afin d'avoir un retour sensitif. Cette méthode permet donc au patient d'être confronté au reflet virtuel d'un visage parfaitement symétrique et fonctionnel, comme s'il se regardait dans un miroir. En plus de ces exercices, un travail sur l'image mentale lui est proposé afin de renforcer l'activité corticale, couplé à des visionnages de séquences de fou-rires dans l'optique de favoriser le sourire spontané par voie d'imitation. Dans la méthode VISTIM, le patient n'est pas confronté directement à un visage sain en temps direct. Il réalise des mimiques devant une caméra dont les images sont ensuite traitées

par un logiciel avant d'être enregistrées sur un DVD d'une durée de 15 minutes. L'objectif est de fournir un support au patient afin qu'il puisse s'entraîner quotidiennement à domicile.

4.1.2.9. Moyens de feedback

Le cerveau humain, à l'état normal, reçoit en permanence un retour d'information concernant le mouvement. Ce retour d'information, appelé feedback, permet de contrôler l'activité musculaire et de l'ajuster constamment par rapport à la cible.

Les techniques de feedback sont largement utilisées par les orthophonistes et les kinésithérapeutes dans la prise en charge des PFP. En fonction du moyen utilisé, le recours au feedback permet d'objectiver les progrès réalisés par le patient, et par ce biais de nourrir sa motivation, mais aussi d'améliorer le contrôle de mouvements involontaires de l'hémiface atteinte, notamment les syncinésies.

- **Miroir**

Il est généralement placé devant le patient qui reçoit les informations visuelles de son travail musculaire. Il est le moyen de feedback le plus cité dans la littérature mais il présente des inconvénients. En effet, il peut être mal accepté par le patient puisqu'il lui renvoie directement le reflet de son visage déformé par la paralysie. D'autre part, Clouteau (2002), kinésithérapeute, souligne que l'usage d'un miroir trop vaste « invite à l'inertie contemplative », ce qui peut être préjudiciable à la concentration du patient.

- **Photographies**

Lors du suivi longitudinal, les photographies, qui sont préférentiellement réalisées dès le bilan initial, permettent un feedback de l'évolution du patient. Toutefois, Clouteau (2002) remet leur intérêt en question puisqu'elles « ne représentent pas le mouvement ».

- **Enregistrements audio**

Des enregistrements audio ponctuels de l'articulation du patient permettent d'objectiver l'amélioration de son intelligibilité. La lecture d'un texte par le patient peut être enregistrée à plusieurs moments de la rééducation afin d'apprécier les progrès réalisés. Il est recommandé d'utiliser toujours le même texte pour les enregistrements (Martin, 2013).

- **Enregistrements vidéo**

Au même titre que les photographies, les enregistrements vidéo permettent au patient d'avoir un retour visuel sur ses progrès. Ce moyen de feedback constitue une preuve tangible de l'évolution de la motricité faciale et de la récupération d'un visage de plus en plus expressif au fil des séances.

- **Biofeedback électromyographique (BFB EMG)**

Le biofeedback électromyographique est un matériel sophistiqué permettant d'objectiver les mouvements, pas toujours perçus par le patient. Par le biais d'électrodes de surface placées sur le visage, le thérapeute demande au patient de contrôler l'amplitude de la contraction musculaire grâce aux rétrocontrôles visuels et/ou sonores (Xhardez et coll., 2015).

Il peut être utilisé aux différents stades de la paralysie : soit dans le cadre d'une paralysie flasque pour mettre en évidence l'ébauche d'un mouvement et le comparer avec le côté sain, soit dans le cadre de la rééducation d'une paralysie avec spasmes et syncinésies. Dans ce dernier cas, les électrodes sont placées sur la zone où les co-contractions apparaissent pour permettre une meilleure prise de conscience de mouvements anormaux (Martin, 2013).

- **Vidéo-Macro-Mémoire-Miroir (V3M)**

Cette technique décrite par Clouteau (2002), kinésithérapeute, a pour objectif d'augmenter l'efficacité de la rééducation par de activités d'exploration et de cognition.

La V3M se constitue d'une caméra montée sur tourelle, d'un dispositif d'enregistrement et d'un écran. La caméra, grâce au zoom, filme un plan rapproché sur la zone d'action du patient afin qu'il ne se focalise plus sur un déficit global mais sur un déficit spécifique, objet de la demande. L'image diffusée sur l'écran est inversée horizontalement, comme le reflet d'un miroir. L'enregistrement de la séance permet de travailler en feedback, d'analyser les résultats et de mettre en évidence les progressions dans le temps. A partir des enregistrements du travail réalisé en séance de rééducation, des outils pédagogiques peuvent être créés pour que le patient puisse reVISIONNER les exercices et s'entraîner quotidiennement à domicile.

4.2. Rééducation des paralysies faciales périphériques opérées

Tout comme dans le cadre des PFP non opérées, les patients ayant subi une anastomose hypoglossofaciale ou une myoplastie d'allongement du muscle temporal peuvent bénéficier d'une rééducation orthophonique et/ou kinésithérapique adaptée.

4.2.1. Rééducation après anastomose hypoglossofaciale (AHF)

Lannadère et Gatignol (2011) recommandent une prise en charge post-opératoire la plus précoce possible afin d'optimiser la réinnervation tout en minimisant les séquelles liées à la section du nerf hypoglosse. Toutefois, la rééducation peut être proposée à tout moment, même tardivement, puisque les patients peuvent tout de même progresser au niveau de leur mobilité linguale et de leur motricité faciale.

Les orthophonistes et les kinésithérapeutes s'attachent à travailler précocement la motricité faciale. Toutefois, ils ne suivent pas la même progression de travail. Pendant les premiers mois (période de plasticité de l'hémiface paralysée) les orthophonistes proposent un travail exclusivement centré sur la langue, l'objectif étant d'obtenir des déplacements verticaux, horizontaux et sagittaux de l'apex lingual. Un travail de détente de l'hémiface saine est également couplé à ce travail lingual. De leur côté, les kinésithérapeutes effectuent une prise de conscience analytique des mimiques faciales par le côté sain pendant cette même période. La poursuite de la prise en charge est cependant commune aux deux thérapeutes (Gatignol, 2004 ; Marin, 2007). Autour du 4^{ème} mois après l'AHF (début du retour moteur sur repousse), ils proposent un travail des mimiques avec contraction de la langue simultanée. Cette contraction fait naître par les noyaux du XII un influx moteur, lequel, détourné par anastomose, vient stimuler les muscles réinnervés de l'hémiface touchée. Vers 6-7 mois après l'AHF, les professionnels recherchent la dissociation linguo-faciale dont le but est d'obtenir l'autonomie de la contraction musculaire sans utiliser le relais lingual, grâce à la plasticité cérébrale. Des massages externes sont également proposés pendant la rééducation pour lutter contre l'installation d'un hémispasme.

En ce qui concerne l'aspect fonctionnel, une étude menée par des orthophonistes et des médecins (Gatignol, Tankéré, Bernat et coll., 2002) montre que l'AHF n'est pas responsable de réels troubles de l'articulation, de la déglutition et de la mastication. Selon ces auteurs, les perturbations rencontrées, à savoir un schlintement et des phénomènes de bavage, sont liées à

la faiblesse du sphincter buccal engendré par la PFP, et non à l'acte chirurgical. Pour autant, ils ne mentionnent pas le schlintement parmi les perturbations articulaires engendrées par les PFP non opérées dans leurs articles respectifs.

4.2.2. Rééducation après myoplastie d'allongement du muscle temporal (MAT)

Nous évoquerons uniquement dans cette sous-partie la rééducation postopératoire du transfert du muscle temporal. Des exercices pré-opératoires sont néanmoins fortement conseillés afin d'amener le patient à prendre conscience de la contraction du temporal et pour qu'il puisse s'entraîner à le contracter de manière quasiment autonome en vue d'une rééducation rapide et efficace.

Suite au transfert du muscle temporal, la rééducation classique de la PFP se poursuit au niveau des zones qui ne sont pas directement concernées par la MAT, c'est-à-dire au niveau des paupières, du front, du nez, du menton, du cou et de la langue. En raison des délais de cicatrisation, cette rééducation post-opératoire peut débuter entre le 15^{ème} et le 20^{ème} jour. Les principes à respecter au cours de cette rééducation sont identiques à ceux de la rééducation classique d'une PFP.

La finalité de cette rééducation est que le muscle temporal perde sa fonction masticatrice d'origine, pour devenir un véritable muscle labial et jugal. C'est grâce à la plasticité cérébrale qu'un sourire spontané peut être retrouvé suite à l'intervention.

Marie-Pascale Lambert-Prou, orthophoniste, a été amenée à concevoir la rééducation des premiers bénéficiaires d'une MAT. Des articles de cette auteure portant sur cette rééducation ont commencé à apparaître dans la littérature orthophonique dès la fin des années 1990. A contrario, la prise en charge rééducative post-MAT est très peu décrite dans la littérature kinésithérapique. Seul un article de Laure, Martin, Denes et coll. datant de 2009 en développe les principes.

4.2.2.1. Détente et assouplissement du visage

Plusieurs techniques sont utilisées afin d'obtenir une détente générale de la face. Ainsi, le patient peut se réapproprier la zone réanimée de son visage. Il s'agit :

- **de la relaxation ;**
- **de respirations profondes, d'étirements et de bâillements ;**
- **d'automassages quotidiens de la cicatrice nasogénienne**
- **de massages et d'automassages de l'ensemble du visage :** ils sont réalisés dans le but de réduire l'œdème et les tuméfactions post-chirurgicaux. Les kinésithérapeutes réalisent dans ce but des drainages lymphatiques plusieurs fois par semaine en respectant les cicatrices, ainsi que des manœuvres endobuccales.

4.2.2.2. Réhabilitation du sourire

Les orthophonistes et les kinésithérapeutes sont tout particulièrement intéressés par la réhabilitation du sourire, qui constitue la partie essentielle de la rééducation. L'objectif est de parvenir à l'obtention d'un sourire spontané au quotidien. Trois stades sont ainsi décrits dans la littérature (Lambert-Prou, 2003 ; Laure, Martin, Denes et coll., 2009).

- **Sourire mandibulaire**

Préalablement à l'acquisition du sourire mandibulaire, les kinésithérapeutes cherchent à récupérer les valeurs préopératoires de la cinétique des ATM. Ainsi, l'ouverture buccale axée, la propulsion axée et la latéralité controlatérale sont recherchées.

Le sourire mandibulaire correspond à l'élévation de la commissure labiale obtenue par une contraction temporale qui dépend de la mobilisation de la mandibule. Tous les patients opérés, qu'ils soient rééduqués ou non, accèdent à ce stade.

- **Sourire temporal volontaire**

Ce sourire volontaire est obtenu par contraction temporale, indépendamment d'une contraction mandibulaire. Le muscle temporal se substitue au muscle zygomatique. On peut dès lors parler réellement de sourire, mais ce dernier n'est pas encore spontané. Il est obtenu lorsque le patient y pense et s'applique. Toutes les personnes opérées et rééduquées parviennent à ce stade.

- **Sourire temporal spontané**

Lorsque ce dernier stade est atteint, en fin de rééducation, le sourire est provoqué par une contraction spontanée du muscle temporal, sans mobilisation de la mandibule. Le muscle temporal est alors totalement intégré par le système nerveux central comme muscle affecté

aux fonctions labiales. Ce sourire spontané est obtenu par la majorité des personnes rééduquées ne présentant pas de troubles associés.

4.2.2.3. Rééducation fonctionnelle

Outre le travail fonctionnel du sourire, aussi bien les orthophonistes que les kinésithérapeutes abordent d'autres domaines fonctionnels qui sont corrélés directement ou indirectement à l'abduction et à l'élévation des commissures labiale, qui doivent être exercées après l'intervention. Les professionnels interviennent de manière indifférenciée au niveau des fonctions d'articulation, de déglutition, de mastication, de protection oculaire et de ventilation nasale.

- **Articulation**

L'articulation de certains phonèmes de la langue peut être altérée : il s'agit des voyelles étirées [i], [é] et [in], des phonèmes bilabiaux [p], [b] et [m] ainsi que des phonèmes labiodentaux [f] et [v]. Aussi bien les orthophonistes que les kinésithérapeutes s'intéressent aux perturbations articulatoires (Lambert-Prou, 2003 ; Boris Laure, Martin, Denes et coll., 2009).

- **Déglutition et mastication**

Le travail des orthophonistes et des kinésithérapeutes vise à améliorer l'efficacité de la phase orale de la déglutition. Ils exercent également la mastication bilatérale et unilatérale (Lambert-Prou, 2003 ; Boris Laure, Martin, Denes et coll., 2009).

- **Fermeture palpébrale**

Pour travailler la fermeture palpébrale, le sourire temporal doit être associé, si possible, à un relèvement passif de la paupière inférieure (Lambert-Prou, 2003). Bien que la littérature kinésithérapique décrive un travail portant sur l'œil dans le cadre de PFP non opérées, la littérature consacrée à la MAT n'évoque pas de travail portant sur la fermeture palpébrale.

- **Ventilation nasale**

L'ouverture des narinaire est travaillée par respiration naso-nasale ample. Les kinésithérapeutes exercent également le mouchage.

Les rééducations orthophonique et kinésithérapique suite à une MAT sont globalement similaires. Quelques divergences sont toutefois à noter, les kinésithérapeutes utilisant des massages spécifiques, et les orthophonistes insistant a priori davantage sur certains aspects tels que la relaxation ou la fermeture palpébrale.

4.3. Perspective d'une collaboration interprofessionnelle

Selon D'Amour (1997), cité par Kosremelli Asmar et Wacheux (2007), la collaboration interprofessionnelle est « *faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés pour les mettre de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients* ».

Alors que le travail pluridisciplinaire est un concept important dans le secteur de la santé (Kosremelli Asmar, Wacheux, 2007), la littérature consacrée à la prise en charge rééducative des PFP ne fait pas mention d'interprofessionnalité. En effet, la majeure partie de la littérature concernant les PFP est scindée en deux : d'une part des articles et des ouvrages sont consacrés au seul travail des orthophonistes, et d'autre part, des articles abordent exclusivement les pratiques des kinésithérapeutes. Si nous nous référons à la littérature, la PFP ne semble pas être une pathologie qui se doit d'être rééduquée de manière pluridisciplinaire. Seul Bernard (2013) précise que l'évaluation de l'articulation par le kinésithérapeute se fait en collaboration avec l'orthophoniste. Nos lectures nous laissent penser que les professionnels qui ont recours à la littérature spécialisée pour se former à la prise en charge des PFP ne savent pas, pour la plupart, que d'autres professionnels paramédicaux sont habilités à prendre en charge les patients présentant une PFP. De ce fait, il est cohérent de penser que les orthophonistes et les kinésithérapeutes entrent rarement en contact dans le cadre de cette pathologie.

Les troubles de la déglutition constituent un premier domaine dans lequel les orthophonistes et les kinésithérapeutes pourraient travailler de concert lors de la prise en charge d'un patient porteur d'une PFP. En effet, Bleeckx et Postiaux (2002) estiment que la rééducation des troubles de la déglutition, en particulier de la dysphagie, nécessite une collaboration interprofessionnelle. En cas de troubles dysphagique, la rééducation proprement dite est réalisée par les kinésithérapeutes, les orthophonistes et les ergothérapeutes. Leurs

interventions étant complémentaires, les professionnels « *doivent user d'un langage commun pour une action concrète et efficace* » (Bleeckx, Postiaux, 2002).

Cette partie a montré le travail que les orthophonistes et les kinésithérapeutes proposent aux patients porteurs d'une PFP. Nous allons à présent décrire la démarche méthodologique qui nous permettra de voir si les pratiques professionnelles décrites dans la littérature sont conformes à celles de la clinique, mais aussi si elles sont complémentaires.

Deuxième partie :

**Problématique, objectifs
et hypothèses**

1. Problématique

L'objet de notre étude porte sur les prises en charge que les orthophonistes et les kinésithérapeutes proposent aux patients porteurs d'une paralysie faciale périphérique. Ces deux prises en charge sont-elles complémentaires ? Une collaboration interprofessionnelle est-elle envisageable ?

2. Objectifs

Notre démarche expérimentale aura pour visée d'atteindre les objectifs suivants :

- **Objectif 1 (O1) : Réaliser un état des lieux des prises en charge orthophonique et kinésithérapique des paralysies faciales périphériques non opérées et celles avec chirurgie palliative.**
- **Objectif 2 (O2) : Voir s'il existe une complémentarité entre les prises en charge orthophonique et kinésithérapique des paralysies faciales périphériques non opérées.**
- **Objectif 3 (O3) : Voir s'il existe une complémentarité entre les prises en charge orthophonique et kinésithérapique des paralysies faciales périphériques avec chirurgie palliative.**
- **Objectif 4 (O4) : Savoir si une collaboration entre kinésithérapeutes et orthophonistes existe dans la prise en charge des paralysies faciales périphériques, que ce soit en libéral ou en salariat.**
- **Objectif 5 (O5) : Vérifier si une collaboration dans la prise en charge des paralysies faciales périphériques entre les orthophonistes et les kinésithérapeutes intéresserait ces derniers.**

3. Hypothèses

Afin d'essayer d'apporter une réponse à notre problématique, nous avons élaboré les quatre hypothèses suivantes :

- **Hypothèse 1 (H1) : Bien qu'il y ait des objectifs, des moyens et des domaines d'intervention communs, il existerait une complémentarité entre la prise en charge orthophonique et kinésithérapique des paralysies faciales périphériques**

non opérées, quel que soit le mode d'exercice des professionnels.

- **Hypothèse 2 (H2) : Bien qu'il y ait des objectifs, des moyens et des domaines d'intervention communs, il existerait une complémentarité entre la prise en charge orthophonique et kinésithérapique des paralysies faciales périphériques avec chirurgie palliative, quel que soit le mode d'exercice des professionnels.**
- **Hypothèse 3 (H3) : Les orthophonistes et les kinésithérapeutes entreraient rarement en contact dans le cadre de la prise en charge des paralysies faciales périphériques, et plus particulièrement lorsqu'ils exercent exclusivement en libéral.**
- **Hypothèse 4 (H4) : Les orthophonistes et les kinésithérapeutes seraient prêts à collaborer dans le cadre de la prise en charge des paralysies faciales périphériques, quel que soit leur secteur d'activité.**

Troisième partie :

Partie méthodologique

Nous allons, dans cette partie, décrire l’outil méthodologique et la démarche expérimentale qui nous permettront de répondre à notre problématique.

1. Population cible

1.1. Critères d’inclusion

Notre questionnaire s’adresse aux orthophonistes et aux kinésithérapeutes **ayant déjà pris en charge au moins une PFP au cours de leur carrière professionnelle**. Nous avons décidé d’inclure dans notre population :

- Les orthophonistes et les kinésithérapeutes ayant pris en charge une ou des paralysie(s) faciale(s) périphérique(s) en libéral ;
- Les orthophonistes et les kinésithérapeutes ayant pris en charge une ou des paralysie(s) faciale(s) périphérique(s) à l’hôpital ou en institution ;
- Les orthophonistes et les kinésithérapeutes ayant pris en charge une ou des paralysie(s) faciale(s) périphérique(s) à la fois en libéral et à l’hôpital et/ou en institution.

Il nous paraît important d’inclure tous les secteurs d’activité où les orthophonistes et les kinésithérapeutes sont susceptibles de prendre en charge des PFP afin de pouvoir établir des comparaisons non seulement interprofessionnelles mais aussi intraprofessionnelles, en prenant alors comme variable le mode d’exercice du professionnel interrogé. C’est également une précaution méthodologique que nous prenons afin d’obtenir un nombre de réponses significatif. En effet, nous craignons, en excluant certains thérapeutes selon leur mode d’exercice, de ne pas obtenir suffisamment de réponses et par conséquent, de ne pas pouvoir comparer les méthodes de travail de chacun.

La région d’exercice et le nombre d’années d’exercice ne représentent pas des critères d’exclusion.

1.2. Critère d’exclusion

Au vu des objectifs de notre mémoire, nous avons exclu de notre enquête les orthophonistes et les kinésithérapeutes n’ayant jamais pris en charge de patient adulte présentant une PFP au cours de leur parcours professionnel, quel que soit le secteur d’activité.

2. Outil méthodologique

2.1. Choix du questionnaire

Nous avons choisi d'élaborer un questionnaire pour vérifier, principalement, s'il existe une complémentarité des prises en charge orthophonique et kinésithérapique des PFP chez l'adulte en secteur libéral et salarié. Pour cela, un état des lieux des pratiques de ces deux professionnels dans la prise en charge des PFP s'est révélé nécessaire. Le choix du questionnaire s'est imposé à nous naturellement puisqu'il s'agit de la méthode d'enquête permettant d'interroger le plus de personnes possible dans sa version auto-administrée. De plus, le questionnaire a également pour avantage de permettre aux professionnels de choisir le moment qui leur est le plus opportun pour le remplir. Le questionnaire représente donc la méthode d'enquête idéale puisqu'il devrait nous permettre d'obtenir de nombreuses réponses avec le moins de contraintes possible, pour nous comme pour les participants.

L'autre méthode d'enquête est l'entretien que Sigrist (2013) définit comme étant « *un contact direct avec les personnes interrogées. C'est un moment de parole durant lequel l'interviewer extrait une information d'un interviewé sur ses actions passées, ses savoirs sociaux, ses valeurs, ses représentations...* ». Au vu de la population concernée par notre enquête, proposer des entretiens directifs ou semi-directifs ne nous aurait pas permis d'interroger un grand nombre de professionnels, ce qui aurait été un frein majeur à l'établissement d'un état des lieux des pratiques.

Pour toutes ces raisons, l'administration d'un questionnaire nous a donc paru la méthode la plus adéquate pour répondre à nos objectifs.

Deux questionnaires, identiques en ce qui concerne leur contenu, ont été envoyés, l'un aux orthophonistes, l'autre aux kinésithérapeutes. Ils diffèrent uniquement au niveau de la forme, puisque certaines formulations de questions ne peuvent pas être identiques selon que nous nous adressons aux orthophonistes ou aux kinésithérapeutes. Ainsi, pour les questions PP1, PP8, OK7, OK10, et OK14, les termes « orthophoniste » et « kinésithérapeute » sont intervertis dans les deux questionnaires. Les autres questions posées sont communes aux deux enquêtes.

Le fait de réaliser deux questionnaires distincts permet d'éviter toute confusion dans notre recueil de données entre les réponses fournies par les orthophonistes et par les

kinésithérapeutes.

Proposer les mêmes questions aux deux professionnels interrogés nous paraît essentiel pour pouvoir répondre à notre problématique, en comparant les réponses fournies selon la profession exercée. Si nous nous référons à la littérature, certaines questions ou suggestions de réponses seraient davantage destinées soit aux orthophonistes soit aux kinésithérapeutes. C'est notamment le cas des questions concernant la rééducation de l'articulation ou l'utilisation de certaines techniques et de certains adjuvants. Toutefois, il nous semblait important de poser les mêmes questions à tous les professionnels pour voir si, dans la réalité clinique, ils interviennent dans des domaines identiques et ont recours à des techniques et des adjuvants similaires. Les réponses recueillies permettront donc de voir si les pratiques professionnelles des thérapeutes interrogés se chevauchent ou, au contraire, se démarquent.

2.2. Choix du type de questions

2.2.1. Questions de fait et questions d'opinion

Dans notre questionnaire, nous avons à la fois formulé des questions de fait qui « *tentent de cerner une dimension de la pratique* » et des questions d'opinion qui « *demandent un jugement de la part du thérapeute* » (De Singly, 2012).

Les questions de fait ont pour objectif de nous donner des renseignements quant à la pratique professionnelle des orthophonistes et des kinésithérapeutes dans le cadre de la prise en charge des PFP. Quant aux questions d'opinion, elles apparaissent essentiellement en fin de questionnaire. Leur visée est de nous donner des renseignements sur le ressenti des orthophonistes et des kinésithérapeutes quant à leur pratique mais aussi de savoir quels contacts interprofessionnels ils entretiennent et s'ils estiment qu'il serait intéressant de travailler en collaboration.

2.2.2. Types de questions

Notre questionnaire se composant de 46 questions, nous avons choisi de privilégier les questions demandant peu de rédaction de la part du professionnel afin que le temps de passation n'excède pas une quinzaine de minutes, l'objectif étant de recueillir un maximum de réponses. Selon De Singly (2012), « *le mieux est d'adopter un compromis entre questions ouvertes et questions fermées, le primat étant accordé aux dernières, avant tout, pour des*

raisons d'économie ». Nous avons donc choisi de favoriser les questions fermées qui « *sont celles où les personnes interrogées doivent choisir entre des réponses déjà formulées à l'avance* » (De Singly, 2012). Ainsi, le thérapeute doit simplement cocher la ou les case(s) correspondant à sa pratique professionnelle ou à son opinion. En dehors du court temps de passation qu'elles requièrent, les questions fermées présentent également l'avantage de pouvoir être analysées facilement. Enfin, elles permettent de mettre en mots certaines pratiques qui sont réalisées par les thérapeutes sans que leurs appellations techniques soient connues explicitement par ces derniers, et ainsi de mettre à l'aise les professionnels les moins expérimentés. Nous n'avons toutefois pas omis d'inclure dans notre questionnaire des questions ouvertes. Grâce à ces dernières, le professionnel enquêté dispose d'un espace d'écriture dans lequel il peut s'exprimer librement sans que des réponses fermées lui soient imposées. De plus, ces questions, à l'inverse des questions à choix multiples, permettent de recueillir des réponses qui n'avaient pas forcément été anticipées. Cependant, selon De Singly (2012), les questions ouvertes ne sont pas exemptes d'inconvénient puisque « *les informations recueillies peuvent être trop dispersées, ou inutilisables en référence aux préoccupations de la recherche* ».

Ainsi, notre questionnaire se compose des types de questions décrits dans le tableau ci-dessous.

TYPES DE QUESTIONS	DESCRIPTION ET UTILISATION DANS LE QUESTIONNAIRE
Questions fermées dichotomiques (oui/non)	Il est facile pour la personne enquêtée d'y répondre car il n'y a aucune ambiguïté possible.
Questions fermées à choix unique	La personne enquêtée ne peut cocher qu'une seule case parmi un éventail de réponses. La majorité des questions de ce type figurant dans notre questionnaire sont destinées à cerner quel temps chaque professionnel consacre aux différents domaines d'intervention auxquels nous nous intéressons.

Questions à choix multiples	L'enquêté choisit parmi plusieurs réponses celle(s) qui lui convien(nen)t le mieux. Etant donné qu'il est difficile d'être exhaustif et d'envisager tous les possibles lors de la rédaction de réponses préétablies, nous avons fait le choix d'inclure dans les questions à choix multiples la catégorie « Autre » pour permettre à l'enquêté de fournir une réponse plus personnelle. Les questions à choix multiples de notre questionnaire ciblent majoritairement les domaines d'intervention des professionnels et les techniques auxquelles ils ont recours. Le fait d'avoir choisi ici ce type de question nous permettra de comparer facilement les données recueillies grâce aux questionnaires avec celles de la littérature.
Questions ouvertes	Elles ont été utilisées pour les questions portant sur l'année d'obtention du diplôme et sur le centre de formation des professionnels puisque le panel de réponses possibles est très vaste. Nous y avons également eu recours pour les questions sur les objectifs de rééducation, les outils d'évaluation et les méthodes de rééducation afin de ne pas orienter les réponses des professionnels interrogés. Enfin, la question sur la description d'une séance « type » est également sous cette forme car il est difficile de formaliser le contenu d'une séance par des réponses pré-remplies.
Questions mixtes	Il s'agit de questions fermées transformées en questions ouvertes. Nous y avons surtout eu recours pour interroger les professionnels sur leur opinion concernant une double prise en charge orthophonie-kinésithérapie et une collaboration interprofessionnelle. Les questions mixtes nous permettront de savoir pour quelle(s) raison(s), les professionnels sont en faveur ou non d'un travail pluridisciplinaire.
Filtres	Ils s'adressent seulement à une partie des personnes enquêtées en fonction de leurs réponses antérieures.

3. Organisation générale du questionnaire

3.1. Etat des lieux dans la littérature

Les questions et réponses que nous avons élaborées et choisi de faire apparaître dans cette enquête sont issues de nos différentes lectures. Elles découlent de ce que nous avons développé dans la partie théorique, notamment dans la dernière partie traitant des prises en charge des PFP proposées par les professionnels. Nous nous sommes appuyées sur les aspects théoriques à notre disposition pour cerner ce qui semble être réalisé actuellement en pratique. Cette démarche nous a permis de déterminer quelles questions et réponses, cohérentes avec la

pratique de ces deux thérapeutes, nous pouvions proposer, toujours en vue de répondre à notre problématique.

3.2. Structuration du questionnaire

Notre questionnaire est composé de sept parties. Nous avons choisi d'attribuer une à trois lettres arbitrairement à chaque sous-partie afin de faciliter le traitement des données obtenues.

Notre questionnaire n'a pas été conçu de manière hasardeuse mais suit une progression logique. Comme le souligne Berthier (2010), le questionnaire doit donner « *une impression de cohérence et de continuité* » à la personne interrogée. Pour l'élaborer, nous avons suivi la progression suivante : aller du général vers le particulier. La première partie du questionnaire regroupe donc des questions générales qui ne créent pas de difficulté. Ces questions ont pour visée de collecter des informations que la personne interrogée peut donner aisément. Dans la poursuite du questionnaire, les questions sont plus précises et complexes. Les questions les plus impliquantes sont situées à la fin de cette partie car d'après Fenneteau (2015), « *la personne interrogée risque de ne plus répondre de manière naturelle si elle regrette de s'être dévoilée en répondant à ces questions* ».

Vous pouvez retrouver l'intégralité du questionnaire dans l'Annexe VIII.

3.2.1. Partie introductive

Notre démarche et notre critère d'inclusion sont décrits dans notre partie introductive. Des précisions concernant l'administration des questions et la terminologie utilisée ont également été apportées afin de faciliter l'administration aux professionnels répondants. Cette partie a pour but de gagner la confiance des personnes interrogées.

3.2.2. Parcours du professionnel

La seconde partie s'intitule « Parcours du professionnel » et contient neuf questions. Les deux premières questions concernent l'année d'obtention du diplôme et le centre de formation concerné. Les questions suivantes portent sur le mode d'exercice du professionnel lorsqu'il a été amené à prendre en charge une PFP (PP3 et PP4), ainsi que sur sa formation initiale et continue (PP5 à PP8). Le sondé est également interrogé à propos du type de PFP

qu'il a pris en charge en rééducation (PP9).

Cette première partie a pour objectif de connaître le profil des professionnels interrogés. Les réponses recueillies nous permettront de déterminer si des différences notables existent entre les professionnels récemment diplômés et ceux plus expérimentés, notamment au niveau de la formation. De plus, nous verrons quel est le mode d'exercice prépondérant des professionnels qui interviennent auprès des patients porteurs d'une PFP. Cela nous permettra de voir par la suite si les pratiques diffèrent selon le mode d'exercice du professionnel. Enfin, cette première partie nous permettra de savoir si les orthophonistes et les kinésithérapeutes ont pris en charge les mêmes types de PFP, qu'ils aient exercé en libéral ou en salarié.

3.2.3. Prise en charge des paralysies faciales non opérées

Ces questions ont pour but de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse H1.

Cette partie est la plus importante du questionnaire du point de vue du nombre de questions la composant.

Les questions concernent le bilan clinique et la rééducation des PFP sans chirurgie. La partie sur le bilan clinique est divisée en deux sous-parties : « l'anamnèse et l'entretien avec le patient » (AE), qui contient une question, à choix multiples, interrogeant sur les domaines questionnés au cours du bilan, ainsi que « l'évaluation clinique » (EC), qui comprend quatre questions. La première question, à choix multiples, porte sur ce qu'examine de manière systématique le praticien. Les questions EC2 et EC4 sont fermées et précises, toujours en vue d'établir un état des lieux rigoureux de ce qui est réalisé en pratique. Elles concernent respectivement la recherche du côté dominant de la face, a priori surtout pratiquée par les kinésithérapeutes si nous nous référons à la littérature, et les échelles de qualité de vie. Quant à la question EC3, c'est une question ouverte qui permet aux professionnels de nous indiquer ce qu'ils utilisent lors de l'évaluation clinique (bilan, matériel spécifique) sans se faire influencer par des propositions données, qui n'auraient par ailleurs pas pu être exhaustives. Grâce à cette question, nous aurons connaissance des domaines explorés lors de l'évaluation clinique par l'un et l'autre des thérapeutes, et saurons si des différences notables existent entre ces domaines, en fonction de la profession du soignant.

La partie portant sur la rééducation contient plusieurs sous-parties :

- « **Les préalables** » (P), qui interroge par le biais de deux questions les objectifs du

thérapeute lors de la prise en charge. Ces dernières nous semblent fondamentales, puisqu'elles questionnent une éventuelle complémentarité concernant les objectifs de prise en charge. En effet, les objectifs sont distincts des moyens et méthodes employés, et pourraient permettre de faire émerger des différences entre les deux prises en charge. La question P1 nous permettra également de vérifier si les objectifs des orthophonistes sont davantage orientés vers le fonctionnel que ceux des kinésithérapeutes, comme le suggère la littérature.

- « **L'accompagnement du patient** » (AP), comporte quatre questions, dédiées aux échanges divers, conseils et explications fournis au patient. Ces questions permettent de définir précisément les conseils et explications transmis au patient, et de déterminer la fréquence de ces échanges.
- « **Le travail préparatoire au travail musculaire** » (TP), dont le but est de cerner les techniques préparatoires utilisées. Il semblerait, d'après nos lectures, que certaines techniques soient davantage, voire uniquement utilisées par les kinésithérapeutes : c'est le cas notamment du drainage lymphatique et des stimulations électriques. Il est intéressant de voir si tel est réellement le cas dans la pratique clinique. La proportion d'orthophonistes réalisant des massages, qui est une technique de rééducation relevant davantage de la kinésithérapie que de l'orthophonie, sera également connue.
- « **Le travail musculaire** » (TM), comportant quatre questions.
- « **Le travail fonctionnel** » (TF) avec une seule question, visant à connaître, pour chaque domaine fonctionnel spécifique, la fréquence d'intervention du praticien. D'un point de vue théorique, nous avons pu constater que le travail fonctionnel semble davantage intéresser les orthophonistes. Une hétérogénéité de prise en charge entre les deux thérapeutes pourrait donc émerger au sein de cette sous-partie.
- « **Les moyens** » (M) utilisés lors de la rééducation, qui aborde les méthodes spécifiques de rééducation ainsi que les méthodes de feedback éventuellement utilisées. Des méthodes spécifiques pourraient être citées selon la profession exercée par l'enquêté, en fonction de son parcours professionnel et des formations continues auxquelles il a participé.
- « **Le déroulement des séances** » (DS) est abordé dans une dernière sous-partie du même nom. Deux questions sont posées à l'enquêté : la première est ouverte et invite le professionnel à décrire succinctement, s'il le souhaite, le déroulement d'une séance-

type. La deuxième porte sur une estimation du temps consacré à chaque grand axe de rééducation, c'est-à-dire à l'accompagnement du patient, au travail préparatoire, au travail musculaire et au travail fonctionnel. Cela nous fournira une vue globale de la prise en charge de la part des deux professionnels et des axes de travail prioritaires selon la profession exercée et le lieu d'exercice de l'interrogé.

Ces sous-parties nous permettent d'aborder l'ensemble de la prise en charge, du bilan clinique à la rééducation, qui peut être proposée au patient non opéré selon ses besoins. L'ensemble des domaines qui peuvent être abordés au cours de la rééducation est appréhendé.

Nous avons souhaité être les plus exhaustives possibles afin de remplir nos objectifs O1 et O2, ce qui explique le nombre conséquent de questions.

3.2.4. Prise en charge de l'anastomose hypoglossofaciale (AHF)

Cette sous-partie permet de confirmer ou non notre hypothèse H2.

Elle s'adresse uniquement aux orthophonistes et aux kinésithérapeutes qui ont déjà pris en charge au moins un patient ayant bénéficié d'une AHF. Nous avons décidé d'aborder dans cette partie uniquement la rééducation des PFP après anastomose hypoglossofaciale sans traiter du bilan clinique, afin de ne pas surcharger notre questionnaire d'items. L'évaluation clinique après anastomose varie peu de l'évaluation clinique classique sans chirurgie, que nous avons interrogée dans la sous-partie « EC » de la prise en charge des PFP non opérées. Il nous a donc paru plus pertinent de nous intéresser uniquement à la rééducation.

Cette rubrique contient une unique question à choix multiples dans le but de connaître les axes de prise en charge des professionnels après anastomose.

Cette partie se rapporte aux objectifs O1 et O3.

3.2.5. Prise en charge de la myoplastie d'allongement du temporal

Cette sous-partie concerne également l'hypothèse H2.

Pour les mêmes raisons que celle citées ci-dessus, nous avons décidé de questionner les professionnels uniquement sur la rééducation sans mentionner le bilan clinique. Ainsi, la première question porte sur le travail pré-opératoire proposé au patient, lorsque c'est le cas, et la seconde sur les axes de travail après MAT.

3.2.6. Orthophonie et kinésithérapie

Cette partie vise à confirmer ou infirmer les hypothèses H3 et H4. Les questions incluses dans cette partie ont pour but de nous faire connaître les éventuelles difficultés rencontrées par les professionnelles et si d'après eux, l'orthophonie et la kinésithérapie pourraient contribuer à pallier ces difficultés. Elles permettront également de savoir si les orthophonistes et les kinésithérapeutes ont déjà été amenés à entrer en contact et/ou à travailler ensemble auprès d'un même patient. Enfin, elles nous renseigneront sur le positionnement des professionnels par rapport à la collaboration interprofessionnelle.

Les questions OK10 et OK11 sont particulièrement importantes puisqu'elles visent à répondre à l'hypothèse H3 en questionnant sur l'existence, la fréquence et la nature des contacts entre orthophonistes et kinésithérapeutes en cas de prise en charge double du patient. Le mode d'exercice est une variable à prendre en compte puisque nous pensons que les orthophonistes et les kinésithérapeutes exerçant en libéral ont moins de contact entre eux que ceux travaillant en structure ou en institution, où les échanges entre professionnels semblent facilités. La demande de ces deux professionnels vis-à-vis d'un travail de concert pour la prise en charge des PFP est abordée à travers les questions OK12 et OK13.

Les difficultés de ces deux professionnels, dans le cadre de cette rééducation spécifique, sont abordées dans les questions OK3 et OK4. Ainsi, nous aurons connaissance des difficultés qui sont le plus souvent rencontrées, et nous pourrions éventuellement les corrélérer avec certains facteurs tels qu'un manque de formation initiale.

3.2.7. Commentaires

Cette dernière partie permet aux orthophonistes et kinésithérapeutes de formuler les commentaires qu'ils souhaitent à propos de notre questionnaire ou de notre sujet. Elle est notamment destinée à recueillir des remarques à propos de certaines questions ou suggestions de réponses qui peuvent avoir interpellés les professionnels, et de connaître leur avis à l'encontre de notre questionnaire.

4. Choix du questionnaire en ligne

L'administration du questionnaire se fera uniquement par le biais d'Internet pour des raisons pratiques. Notre objet d'étude s'intéresse à une prise en charge encore mal connue par

les orthophonistes et les kinésithérapeutes, il nous paraissait donc nécessaire que notre questionnaire soit accessible aux orthophonistes et aux kinésithérapeutes exerçant sur l'ensemble du territoire français. Le questionnaire informatisé nous semblait donc être la solution idéale pour collecter un maximum de réponses en un minimum de temps.

De plus, contrairement au questionnaire envoyé par voie postale à un échantillon de professionnels préalablement défini, le questionnaire en ligne présente l'avantage de ne pas être lié à des délais d'envoi et de retour.

En dehors des contraintes de temps, le questionnaire en ligne permet également d'éviter les coûts qu'engendre l'envoi du questionnaire par voie postale. Ce dernier mode d'administration nous aurait seulement permis d'interroger un nombre restreint d'orthophonistes et de kinésithérapeutes.

Enfin, contrairement aux questionnaires envoyés par voie postale ou administrés par téléphone ou en face à face, le questionnaire informatisé garantit la préservation de l'anonymat de l'enquêté. De ce fait, nous pouvons nous attendre à obtenir des réponses plus authentiques et spontanées de la part des professionnels interrogés.

5. Création du questionnaire en ligne

Nous avons créé notre questionnaire via le site Internet « Google Forms ».

Nous avons fait le choix de rendre obligatoire un maximum de questions dans le but de recueillir suffisamment de données pour pouvoir examiner nos hypothèses. Ainsi, seules les questions de la troisième rubrique traitant des prises en charge de PFP avec chirurgie palliative, ainsi que les questions auxquelles on ne peut répondre uniquement si l'on a répondu « oui » à la question précédente ne sont pas obligatoires.

6. Lettre d'accompagnement du questionnaire

Nous avons rédigé une lettre pour accompagner le lien vers notre questionnaire dans les courriers électroniques destinés aux orthophonistes et aux kinésithérapeutes (Annexe IX). Dans cette lettre figure un certain nombre d'éléments visant à expliquer notre démarche aux professionnels :

- nos informations identitaires : nom, prénom, statut d'étudiantes en 4^{ème} année d'orthophonie et adresse électronique spécialement créée dans le cadre de ce mémoire

de recherche (memoireortho.pfp@gmail.com) ;

- la présentation du thème de notre mémoire ;
- la présentation de notre objectif central ;
- l'énoncé de notre problématique ;
- l'explication du mode d'enquête choisi ;
- la population cible ;
- le temps de réponse estimé ;
- la date maximale de retour du questionnaire que nous avons fixée ;
- l'invitation à transmettre notre questionnaire à d'autres professionnels.

7. Mode d'administration du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé dans des groupes francophones réservés aux étudiants et aux professionnels en orthophonie et en kinésithérapie via le réseau social Facebook :

- les groupes « *Ortho Infos* », « *Orthophonie et dysphagies* », « *Les orthos et la Neuro* », qui recensent essentiellement des étudiants et des professionnels en orthophonie ;
- le groupe « *Le réseau des Kinés* » qui recense essentiellement des étudiants et des professionnels en kinésithérapie.

Par le biais de Facebook, notre questionnaire a été accessible à un grand nombre d'orthophonistes et de kinésithérapeutes exerçant sur l'ensemble du territoire français. Nous avons compté sur ce réseau social pour collecter un nombre important de réponses.

D'autre part, le lien vers notre questionnaire a également été envoyé par courrier électronique accompagné de la lettre d'accompagnement à notre maître de mémoire, M. Roublot, qui l'a transmis au responsable du Syndicat des Orthophonistes de Meurthe-et-Moselle (SOMM).

La même démarche a été effectuée auprès des contacts que nous avons en orthophonie et en kinésithérapie, qu'ils soient étudiants ou professionnels.

Enfin, le même courrier électronique a été envoyé au Syndicat Régional des Orthophonistes d'Alsace (SROAL) pour les inviter à le transmettre aux participants de la formation sur la prise en charge des paralysies faciales encadrée par Frédéric Martin à laquelle nous avons pu participer les 15 et 16 janvier 2015 à Molsheim.

8. Période de diffusion

La période de diffusion du questionnaire s'est étendue du 13 mai au 1^{er} juillet 2015. Nous avons au départ choisi comme date butoir le 15 juin mais nous avons décidé de prolonger la période de diffusion pour recueillir davantage de données. Nous avons effectué des relances régulières dans les différents groupes présents sur Facebook afin de recueillir un maximum de réponses.

9. Mode de traitement des données

9.1. Codage des questions

Comme mentionné précédemment, nous avons opté pour l'utilisation d'un système de codage des questions afin de faciliter nos échanges et notre analyse des réponses. Ainsi, nous avons attribué à chacune des sous-parties de notre questionnaire un code arbitraire composé d'une à trois lettres. Chaque question est codée selon cette attribution. Ainsi, le codage PP1 correspond à la première question de la partie « Parcours du professionnel ». Ces codes n'ont été utilisés qu'à titre personnel, ils ne figurent pas dans le mémoire. Les différentes lettres attribuées sont spécifiées dans la partie 3.2. intitulée « Structuration du questionnaire ».

9.2. Analyse des résultats

L'analyse des questions fermées ou des questions à choix multiples a été facilitée par la plateforme Google Forms qui calcule automatiquement les pourcentages des réponses recueillies et génère les graphiques correspondants.

Pour simplifier l'analyse des questions ouvertes, nous avons choisi la méthode du pos-codage. Cette méthode repose sur un travail de classification consistant à analyser manuellement les réponses des questions ouvertes une par une. Les réponses partageant des idées proches sont regroupées sous un même code, ce qui permet d'avoir des données synthétiques facilement exploitables au même titre que les données obtenues avec les questions fermées. Ce procédé présente néanmoins des inconvénients puisqu'il existe une part de subjectivité dans le travail de classification et une perte d'information suite à la codification (Fenneteau, 2015). Recourir à cette méthode nous a permis de réaliser non

seulement une analyse qualitative mais aussi quantitative de nos questions ouvertes.

10. Précautions méthodologiques

Nous sommes conscientes que notre étude s'expose à un certain nombre de biais que nous prendrons en compte dans la poursuite de notre travail.

Les PFP n'étant pas une pathologie que les orthophonistes et les kinésithérapeutes sont fréquemment amenés à prendre en charge, il est possible que le nombre de participants au questionnaire ne soit pas très conséquent. De ce fait, les résultats recueillis ne seraient pas significatifs d'un point de vue quantitatif. Nos conclusions ne pourraient alors pas être généralisées à l'ensemble des orthophonistes et des kinésithérapeutes prenant ou ayant déjà pris en charge des patients porteurs d'une PFP.

En raison de notre statut d'étudiantes en orthophonie, nous prévoyons de recueillir moins de réponses de la part des kinésithérapeutes que des orthophonistes. En effet, il est possible que les kinésithérapeutes se sentent moins concernés que les orthophonistes par notre étude, bien que cette dernière s'intéresse à leurs pratiques professionnelles.

La majeure partie des professionnels auxquels notre étude s'adresse exercent en libéral, les autres modes d'exercices sont donc peu représentés. Nous nous exposons donc au risque de recueillir des réponses essentiellement de la part de professionnels libéraux, ce qui compromettrait les comparaisons intraprofessionnelles selon le mode d'exercice.

Les prises en charge post MAT et post AHF ne concernent pas la majorité des PF. Obtenir un effectif très faible de réponses aux questions s'intéressant à ces prises en charge spécifiques est un risque que nous anticipons.

Quatrième partie :

Analyse des résultats

Les résultats que nous avons obtenus suite à la diffusion de nos questionnaires sont présentés dans cette quatrième partie.

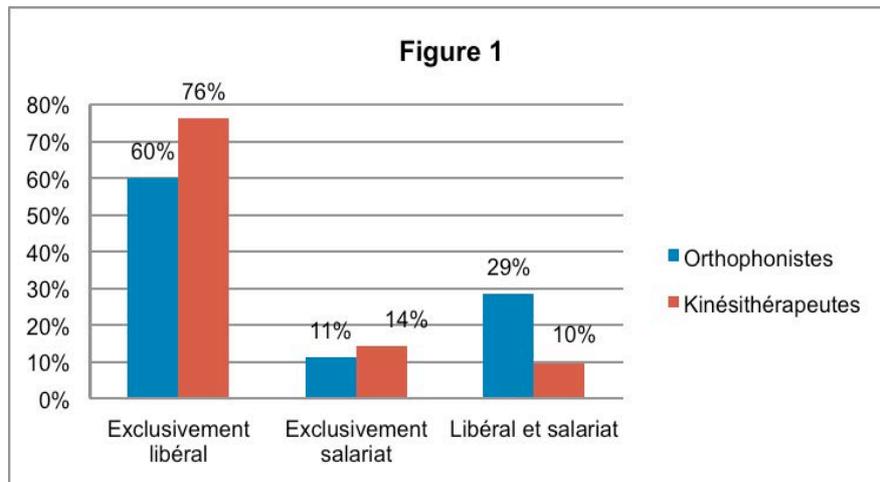
1. Profil des professionnels de notre échantillon

1.1. Profil général de l'échantillon

Au total, 56 professionnels ont répondu à notre questionnaire en ligne. Parmi eux, nous comptons 35 orthophonistes et 21 kinésithérapeutes. Les orthophonistes sont donc davantage représentés que les kinésithérapeutes, dont le nombre est relativement faible, malgré les relances que nous avons effectuées afin de les inciter à répondre. Cette disparité d'effectifs constitue une limite à notre analyse. Nous pouvons nous demander si ce faible taux de participation des kinésithérapeutes est dû au fait qu'ils sont, de manière générale, moins enclins à prendre en charge cette pathologie, ou qu'ils se sentent peu concernés par un mémoire réalisé par des étudiantes en orthophonie.

En ce qui concerne le lieu de formation des professionnels, tous les centres de formation ne sont pas représentés. La plupart des orthophonistes de notre échantillon ont été formés en France, dans diverses villes, et 4 ont été formés en Belgique, à Liège et Hainaut. Leurs dates d'obtention du diplôme varient de 1982 à 2014. La diversité du lieu de formation initiale se retrouve peu chez les kinésithérapeutes. En effet, parmi les 21 kinésithérapeutes à avoir répondu, 9 ont été formés à Nancy, ce qui représente 43% des sondés. Quant à leurs dates d'obtention du diplôme, elles varient de 1977 à 2014.

1.2. Mode d'exercice des professionnels



Question PP3 : « Quel était votre mode d'exercice lorsque vous êtes intervenu(e) auprès de patients présentant une paralysie faciale périphérique ? »

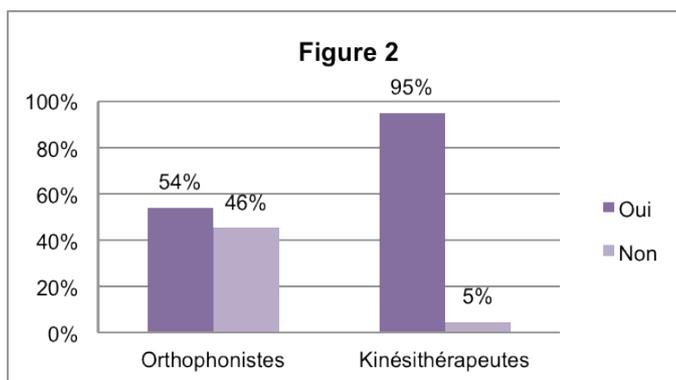
Les thérapeutes qui travaillent ou ont travaillé exclusivement en libéral lors de la prise en charge des PFP sont les plus représentés. Les professionnels libéraux étant bien plus nombreux que leurs confrères salariés sur le territoire, il n'est pas étonnant que notre échantillon reflète ce déséquilibre de mode d'exercice. Pour autant, les professionnels salariés de notre échantillon sont sous-représentés par rapport à leur nombre sur le territoire puisqu'il y a 20% de kinésithérapeutes et 19% d'orthophonistes salariés en France (DREES, répertoire ADELI, 2015).

Question PP4 : « Si vous avez répondu exclusivement salariat ou libéral et salariat à la question précédente, dans quel type de structure/institution était-ce ? »

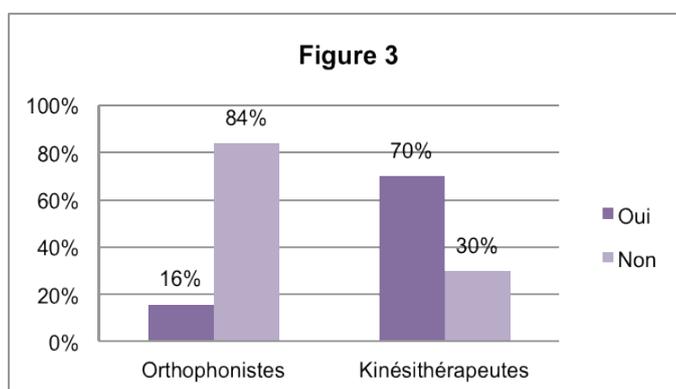
Sur les 4 kinésithérapeutes ayant répondu, un d'entre eux a indiqué que le type de structure concerné était l'hôpital. Les 3 autres répondants ont déclaré être intervenus auprès de patients porteurs d'une PFP dans un centre de rééducation, parmi lesquels 2 au sein d'un service de rééducation d'un CHU.

Quatre orthophonistes ont cité un centre de rééducation. Cinq autres orthophonistes ont indiqué les structures suivantes : un établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR) (1 répondant), un institut d'éducation motrice (IEM) (1 répondant) et un hôpital (3 répondants).

1.3. Formation initiale



Question PP5 : « Avez-vous bénéficié d'un enseignement sur les paralysies faciales périphériques au cours de votre formation initiale ? »



Question PP6 : « Si vous avez répondu OUI à la question précédente, estimez-vous que cet enseignement était suffisant pour prendre en charge des PFP ? »

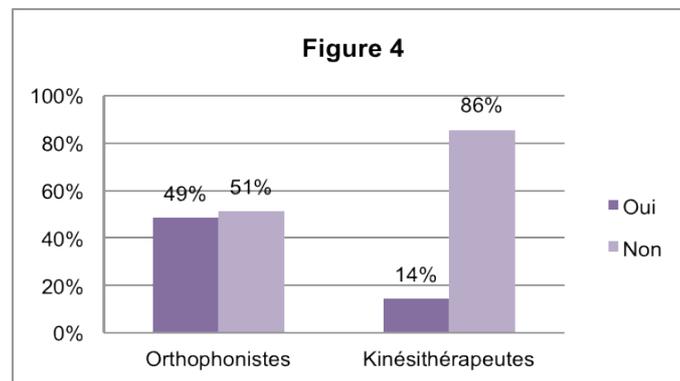
Les résultats obtenus sont conformes à ce que nous avons décrit dans la partie théorique, à savoir que les orthophonistes ne bénéficient pas tous d'un enseignement au sujet des PFP lors de la formation initiale (Figure 2). En effet, alors que l'écrasante majorité des kinésithérapeutes a eu, pendant sa formation initiale, un enseignement au sujet des PFP, c'est seulement le cas d'un peu plus de la moitié des orthophonistes. Quant à l'avis de ces professionnels à propos de la qualité de cet enseignement (Figure 3), là encore le fossé est grand : alors que 70% des kinésithérapeutes sont satisfaits de l'enseignement qu'ils ont eu sur les PFP, 84% des orthophonistes déclarent ne pas l'être.

Certains centres de formation sont davantage en retard que d'autres concernant l'instauration d'un enseignement sur les PFP. En effet, les orthophonistes diplômés des centres de formation de Marseille et de Lyon en 2012 n'ont pas eu d'enseignement sur les PFP. Il en est de même des orthophonistes diplômés à Liège (Belgique) en 2011 et de ceux

diplômés à Tours en 2013. Nous pouvons toutefois noter que depuis les années 2000, de plus en plus de centres de formation ont inclus un enseignement sur les PFP dans leur programme.

Concernant les kinésithérapeutes, la qualité de leur enseignement semble s'être améliorée avec le temps, puisque ceux diplômés après les années 2000 sont 83% à être satisfaits de leur formation initiale, contre 62% pour ceux étant diplômés avant les années 2000.

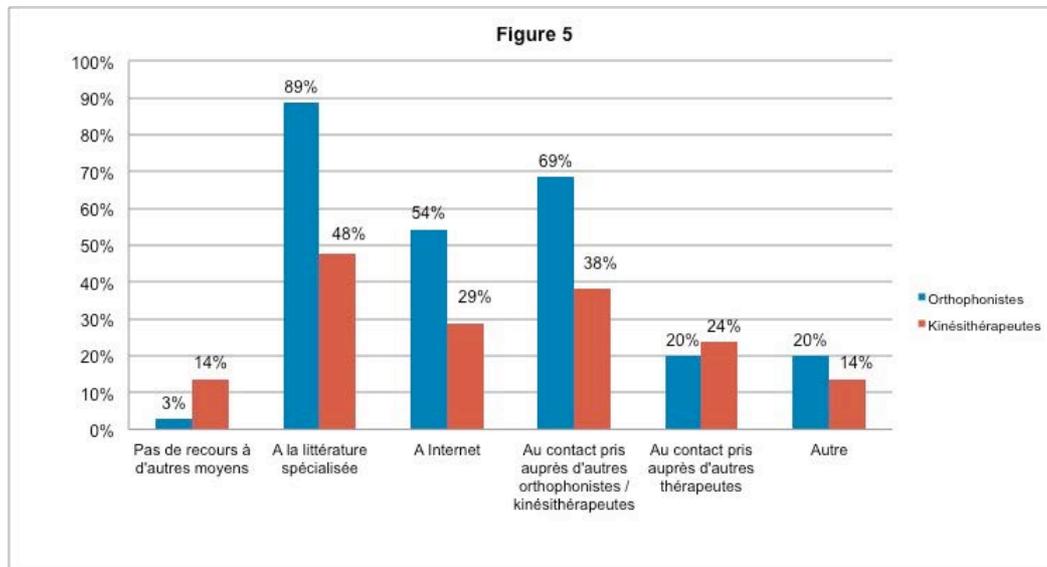
1.4. Formation continue



Question PP7 : « Avez-vous fait une ou des formation(s) continue(s) pour vous former à la prise en charge des PFP ? »

Un nombre non négligeable d'orthophonistes se tourne vers la formation continue, contrairement aux kinésithérapeutes qui sont peu nombreux à y avoir recours. Ainsi, un peu moins de la moitié des orthophonistes interrogés disent s'être formés par le biais d'une formation continue, contre seulement 14% des kinésithérapeutes. Les orthophonistes sont, de manière générale, nombreux à se former : chaque année, près de la moitié de ces professionnels participent au moins à une session de formation continue (Kremer, Lederlé, 2009). A contrario, les kinésithérapeutes seraient moins nombreux à suivre des formations continues. En effet, un rapport réalisé en 2012 fait apparaître que moins de 20% des kinésithérapeutes libéraux ont suivi une formation continue au cours de l'année 2010 (Kech, Planche, Buatois, 2015). Il semble donc que cette différence n'est pas imputable aux PFP, mais à une tendance plus présente chez les orthophonistes que chez les kinésithérapeutes à suivre une formation continue.

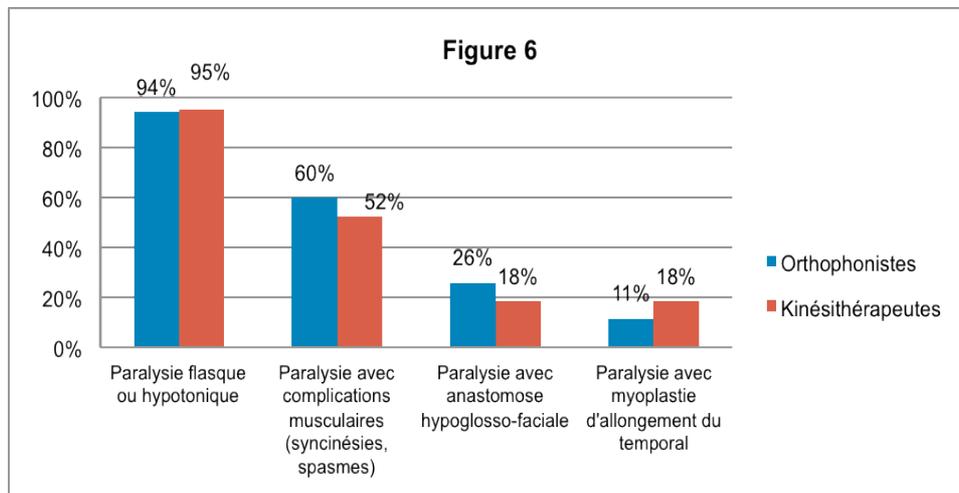
1.5. Autres moyens utilisés par les professionnels pour se former



Question PP8 : « À quel(s) moyen(s) avez-vous eu recours pour vous former à la prise en charge des PFP en dehors des formations initiale et continue ? (Plusieurs réponses possibles) »

Hormis le recours aux formations continues, les orthophonistes sont également plus nombreux à utiliser d'autres moyens pour se former, peut-être, pour certains, afin de compenser un manque dans leur formation initiale. Ils utilisent avant tout la littérature spécialisée, les échanges avec d'autres orthophonistes, et Internet. Les kinésithérapeutes utilisent eux aussi préférentiellement ces trois moyens, mais de manière bien moindre. Notons que chez ces deux thérapeutes, le recours aux échanges interprofessionnels concerne davantage ceux qui exercent en salariat (activité mixte ou salariat exclusivement). Les échanges semblent donc facilités par l'exercice salarié, ce qui est cohérent puisque les professionnels se côtoient sur leur lieu de travail.

1.6. Type(s) de paralysie faciale périphérique rencontré(s) par les professionnels



Question PP9 : « Quel(s) type(s) de PFP avez-vous rencontré(s) en rééducation ? (Plusieurs réponses possibles) »

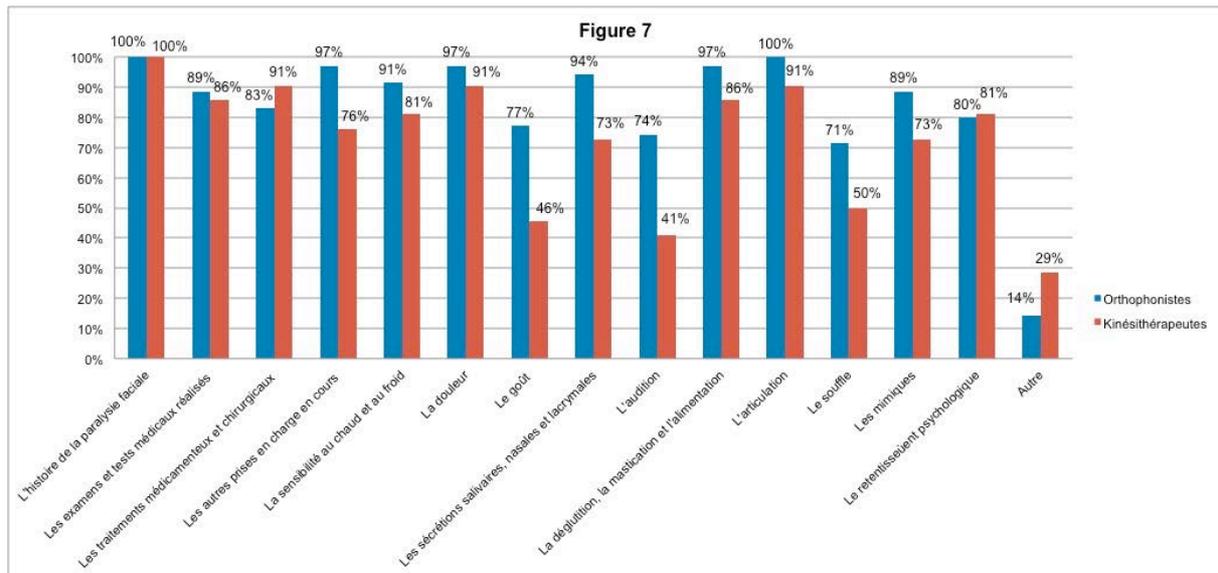
Les PFP prises en charge par la majorité des orthophonistes et kinésithérapeutes sont les PFP flasques ou hypotoniques (plus de 90% des orthophonistes et des kinésithérapeutes). Viennent ensuite les PFP avec complications musculaires, prises en charge par 60% des orthophonistes répondants, et 52% des kinésithérapeutes. Concernant les prises en charge à la suite d'une intervention chirurgicale, seuls 9 orthophonistes et 4 kinésithérapeutes ont répondu avoir pris en charge un patient après AHF. Ils sont également très peu nombreux à avoir pris en charge un patient suite à une MAT (4 orthophonistes et 4 kinésithérapeutes).

Chez les kinésithérapeutes, l'ensemble des patients avec AHF et la majeure partie des patients avec MAT ont été pris en charge par des professionnels exerçant en salariat ou en activité mixte. Cela n'est pas le cas pour les orthophonistes qui sont nombreux à prendre en charge des patients après chirurgie en libéral.

2. Prise en charge des paralysies faciales non opérées

2.1. Bilan clinique

2.1.1. Anamnèse et entretien avec le patient

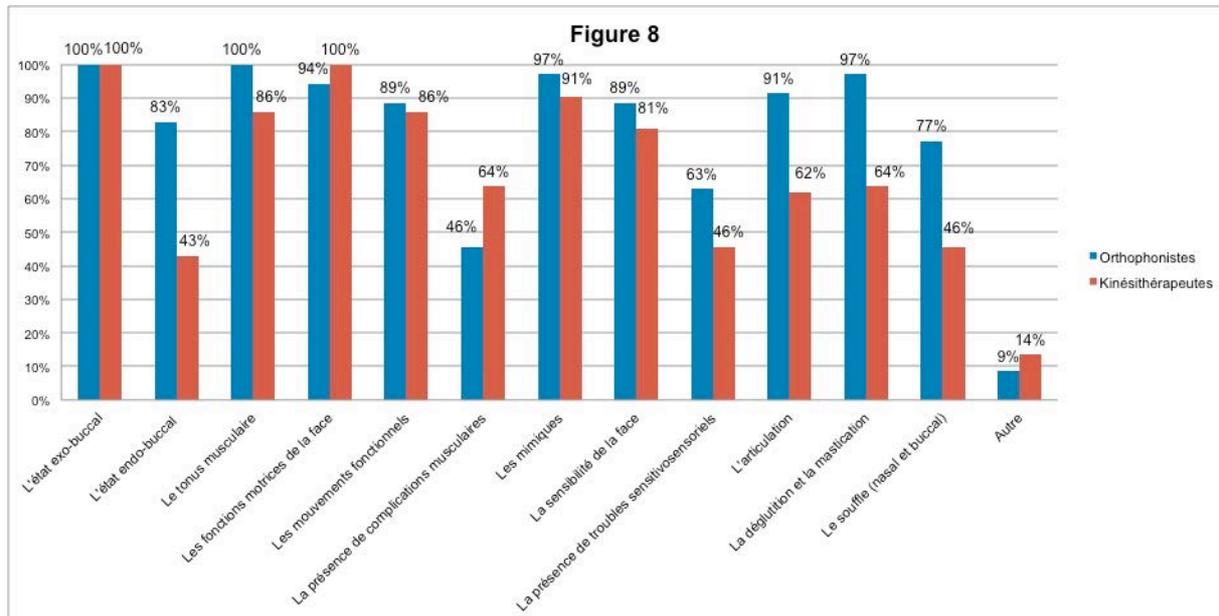


Question AE1 : « Sur quel(s) domaine(s) questionnez-vous le patient au moment du bilan ? (Plusieurs réponses possibles) »

La totalité de notre échantillon, orthophonistes et kinésithérapeutes confondus, affirme interroger leurs patients sur l'histoire de la paralysie faciale. Les autres domaines les plus investigués à la fois par les orthophonistes et par les kinésithérapeutes sont les examens et tests médicaux réalisés, la douleur, la déglutition, la mastication et l'alimentation. Tous les orthophonistes interrogés déclarent questionner leur patient sur l'articulation, qui est un domaine d'intervention spécifique à leur champ de compétences. Les kinésithérapeutes sont cependant plus de 90% à poser des questions sur ce domaine au moment de l'anamnèse, la différence avec les orthophonistes n'est donc pas notable. D'autres domaines, tels que le goût, le souffle et l'audition, sont plus investigués par les orthophonistes que par les kinésithérapeutes. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les orthophonistes sont amenés à intervenir dans ces différents domaines dans d'autres pathologies que les PFP. Les kinésithérapeutes rapportent s'intéresser également aux cervicales, aux spasmes, aux contractures et aux rétractions, qui sont des domaines concordant davantage avec leur profession.

2.1.2. Evaluation clinique

▪ Domaines évalués systématiquement

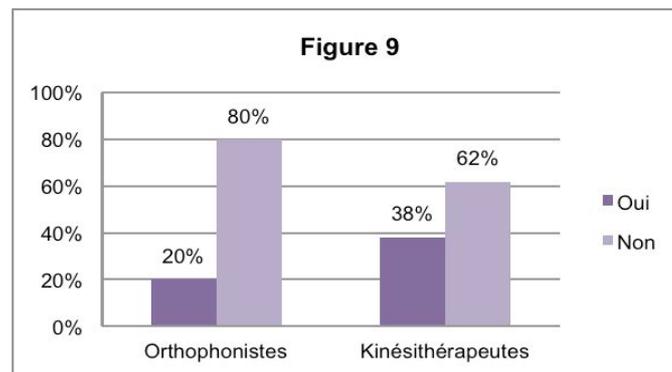


Question EC1 : « Qu'examinez-vous de manière systématique ? (Plusieurs réponses possibles) »

Tous les domaines, hormis les complications musculaires (64% des kinésithérapeutes et 46% des orthophonistes) sont davantage évalués par les orthophonistes que par les kinésithérapeutes. Néanmoins, de nombreux domaines sont fréquemment évalués par ces deux professionnels : l'état exo-buccal, le tonus musculaire, les fonctions motrices de la face, les mouvements fonctionnels, les mimiques et la sensibilité de la face. D'autres domaines intéressent bien plus les orthophonistes lors de l'évaluation. C'est le cas de la déglutition et de la mastication, de l'articulation, de l'état endo-buccal, du souffle et des troubles sensitivosensoriels. Il est cependant surprenant que les orthophonistes s'intéressent davantage aux troubles sensitivosensoriels que les kinésithérapeutes puisque contrairement à la littérature kinésithérapique, la littérature orthophonique n'évoque pas cette évaluation. Certains professionnels ont apporté des éléments de réponses supplémentaires. Ainsi, la recherche de syncinésies, de l'effet boomerang, l'examen des réflexes de clignement de paupière et de déglutition et celui des cervicales sont évoqués par des kinésithérapeutes.

La majeure partie des domaines d'évaluation semble transversale aux orthophonistes et aux kinésithérapeutes. Toutefois, de nombreux domaines d'évaluation, dont la déglutition et la mastication, ainsi que l'articulation sont davantage investigués par les orthophonistes. Ces résultats concordent avec les données de la littérature.

- **Recherche du côté dominant et du côté dominé**



Question EC2 : « Recherchez-vous le côté dominant et le côté dominé du visage de votre patient grâce aux lignes de convergence ? »

20% des orthophonistes recherchent le côté dominant et le côté dominé du visage grâce aux lignes de convergence, tandis que les kinésithérapeutes sont 38% à le faire.

Les résultats des orthophonistes nous interpellent puisque cet aspect n'est évoqué que dans la littérature kinésithérapique. Nous ne pouvons pas expliquer pourquoi certains orthophonistes examinent cet aspect a priori spécifique aux kinésithérapeutes, leurs profils étant tout à fait hétérogènes.

- **Outils utilisés au moment de l'examen clinique**

Question EC3 : « Quel(s) outil(s) (ex : bilans, matériel) utilisez-vous au moment de l'examen clinique ? » (question ouverte)

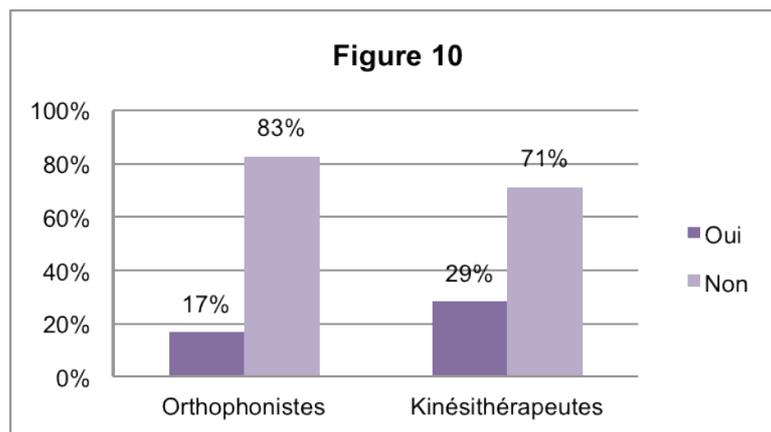
Les réponses obtenues à cette question révèlent l'existence d'une hétérogénéité chez les orthophonistes et les kinésithérapeutes dans le choix des outils utilisés au moment de l'évaluation clinique. Les différents outils utilisés par les professionnels sont présentés dans le tableau ci-dessous pour plus de clarté. Le signe « X » signifie que les professionnels n'ont pas mentionné l'outil cible.

OUTILS CITES	ORTHOPHONISTES	KINESITHERAPEUTES
Batterie d'Evaluation Clinique de la Dysarthrie (Auzou, Rolland-Monnoury, 2006)	3	X
Bilan personnalisé	10	11
Bilan réalisé à partir du livre <i>Les fonctions de la face</i> (Couture, Eyoum, Martin, 1997)	7	X
Classification de House et Brackmann (1995)	3	2
Echelles d'évaluation de la douleur	X	6 dont Echelle Face Pain Scales (FPS) (1) et Echelle Visuelle Analogique (2)
Evaluation de la face, du cou et de la déglutition (C.R.E.N.O.P.S., 1997)	1	X
E.M.F.M. (Evaluation Manuelle analytique en chaîne ouverte de la Force Musculaire d'un muscle ou d'un groupe musculaire, par fonction)	X	1
Grading de Sunnybrook et al. (1996)	2	X
M.O.NA.LYSI. FACIAL (Manuel orthophonique d'analyse de la paralysie faciale) (Lambert-Prou, non édité)	1	X
Testing musculaire de Daniels	X	1
Testing musculaire de Freyss (1980)	1	X
Trame de bilan d'Isabelle Eyoum (formation continue)	3	X
Trame de bilan du livre <i>Paralysies faciales</i> (Gatignol, Lamas, 2004)	2	X

Dans ce tableau, nous n'avons pas fait mention des réponses indiquant uniquement « bilan » ou « évaluation », que nous n'avons pas pu exploiter.

Contrairement à leurs collègues orthophonistes, il semblerait que les kinésithérapeutes utilisent moins de bilans standardisés et privilégient des bilans généraux.

- **Proposition d'une échelle de qualité de vie au moment de l'évaluation clinique**



Question EC4 : « Proposez-vous des échelles de qualité de vie à votre patient ? »

L'utilisation d'échelles de qualité de vie n'est pas très répandue chez ces deux professionnels. Les kinésithérapeutes sont toutefois plus nombreux que les orthophonistes à y avoir recours, bien que ces échelles apparaissent aussi bien dans la littérature orthophonique que kinésithérapique (Vanswearingen et coll., 2008 ; Martin, 2013).

Les kinésithérapeutes utilisent davantage non seulement des échelles de qualité de vie, mais aussi des échelles de douleur, comme nous l'avons vu précédemment (question EC3).

2.2. Rééducation

2.2.1. Préalables

- **Objectifs de rééducation**

Question P1 : « *Quels sont vos objectifs de rééducation ?* » (question ouverte)

Deux objectifs principaux se dégagent des réponses fournies par l'ensemble de notre échantillon. Il s'agit de **l'amélioration de la motricité du visage**, ainsi que de **la restauration de la symétrie faciale**. D'autres objectifs sont autant mentionnés par l'un que par l'autre des deux professionnels, dans des proportions moindres que les objectifs précédents : **la réduction ou la limitation des séquelles (syncinésies, spasmes)** et **l'amélioration de la qualité de vie du patient**. Les deux professionnels citent également **l'amélioration de la déglutition** comme objectif mais dans des proportions différentes (31% des orthophonistes et 19% des kinésithérapeutes). L'objectif qui est véritablement distinct selon la profession exercée est **l'amélioration de l'articulation**. En effet, il est évoqué par près d'un tiers des orthophonistes alors que seul 1 kinésithérapeute le mentionne. L'amélioration de l'articulation est donc une priorité pour un bon nombre d'orthophonistes, contrairement aux kinésithérapeutes, ce qui est cohérent avec le fait que ces derniers évaluent moins ce domaine (question EC1, figure 8).

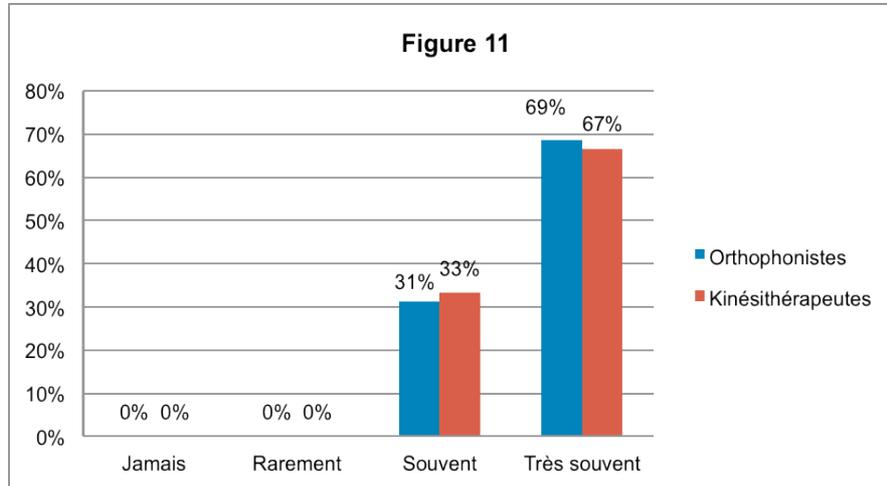
- **Adaptation des objectifs de rééducation**

Question P2 : « *Adaptez-vous vos objectifs en fonction des demandes du patient ?* »

La totalité des professionnels de notre échantillon, qu'ils soient orthophonistes ou kinésithérapeutes, déclare adapter ses objectifs de rééducation en fonction de ses patients.

2.2.2. Accompagnement du patient

▪ Fréquence des échanges avec le patient

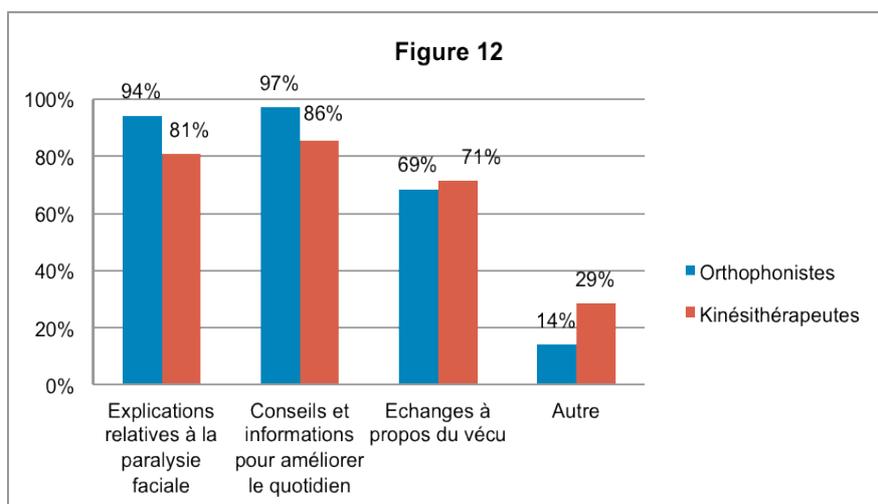


Question AP1 : « Echangez-vous avec votre patient au sujet de sa paralysie faciale ? »

Les échanges avec le patient, que ce soit pour les orthophonistes ou pour les kinésithérapeutes, sont fréquents. Tous les thérapeutes interrogés ont affirmé échanger souvent ou très souvent avec leurs patients. Les résultats sont homogènes puisque 69% des orthophonistes et 67% des kinésithérapeutes déclarent avoir très souvent des échanges avec eux.

Les échanges entre le thérapeute et le patient présentant une PFP sont donc bien ancrés dans ces deux pratiques professionnelles.

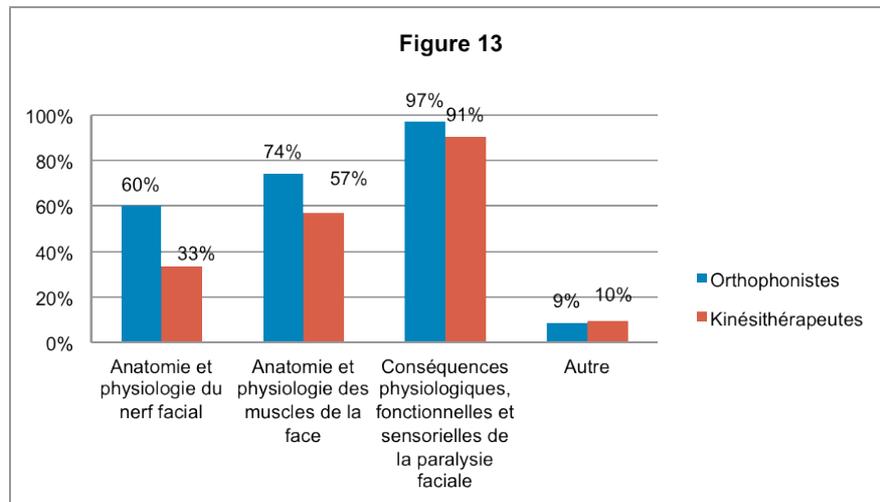
- **Types d'échanges**



Question AP2 : « *Qu'abordez-vous principalement lors de ces moments d'échange ? (Plusieurs réponses possibles)* »

Les thèmes abordés au cours de ces échanges sont semblables pour les deux thérapeutes : les conseils et informations pour améliorer le quotidien sont les plus cités. Viennent ensuite les explications relatives à la paralysie faciale, puis les échanges à propos du vécu. Aucun des deux professionnels ne se cantonne donc à un suivi purement technique, les aspects psychologiques sont pris en compte. Ce constat est également illustré par les réponses données dans la rubrique « Autre ». Deux kinésithérapeutes disent échanger à propos du regard d'autrui, notamment de l'entourage socio-professionnel, et un autre évoque le fait de retrouver « *le rire de soi* ». Les commentaires de l'entourage font l'objet d'échanges pour un orthophoniste, tandis qu'un second explique conseiller un suivi psychologique à son patient en cas de besoin.

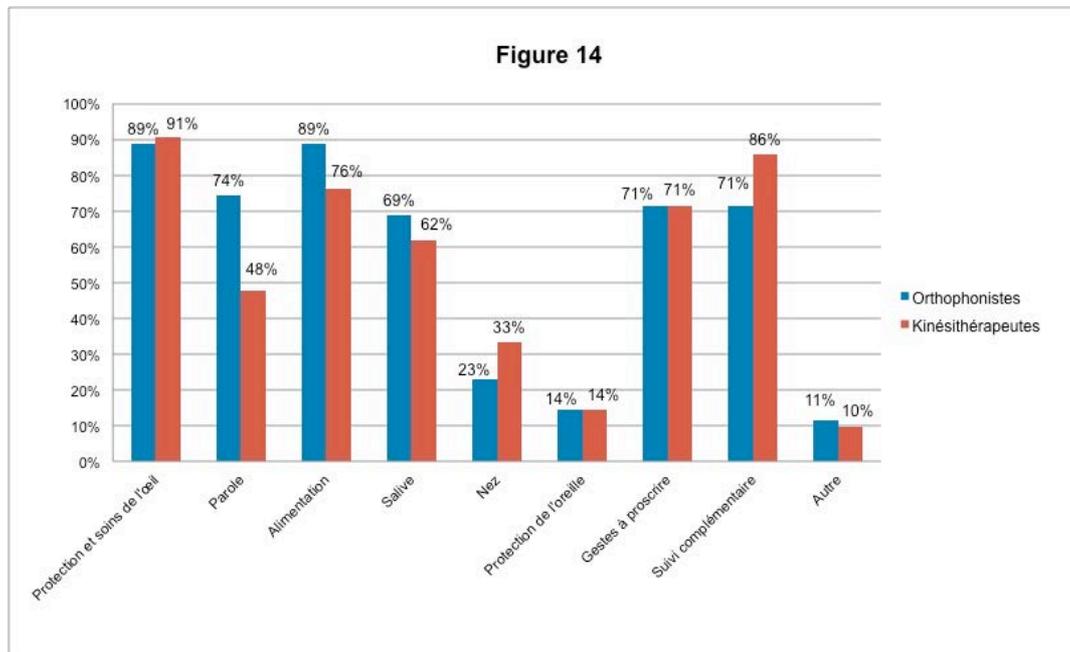
- **Explications données au patient**



Question AP3 : « Dans quel(s) domaine(s) donnez-vous des explications à votre patient ? (Plusieurs réponses possibles) »

Les explications fournies par les professionnels au patient concernent avant tout les conséquences de la PFP. Les orthophonistes (74%) donnent davantage d'explications que les kinésithérapeutes (57%) sur l'anatomie et la physiologie des muscles de la face, ce qui est assez surprenant puisque la formation initiale des kinésithérapeutes est plus riche à ce sujet. Il en est de même pour l'anatomie et la physiologie du nerf facial puisque ce thème est abordé par deux fois plus d'orthophonistes que de kinésithérapeutes.

▪ **Conseils et informations donnés au patient**

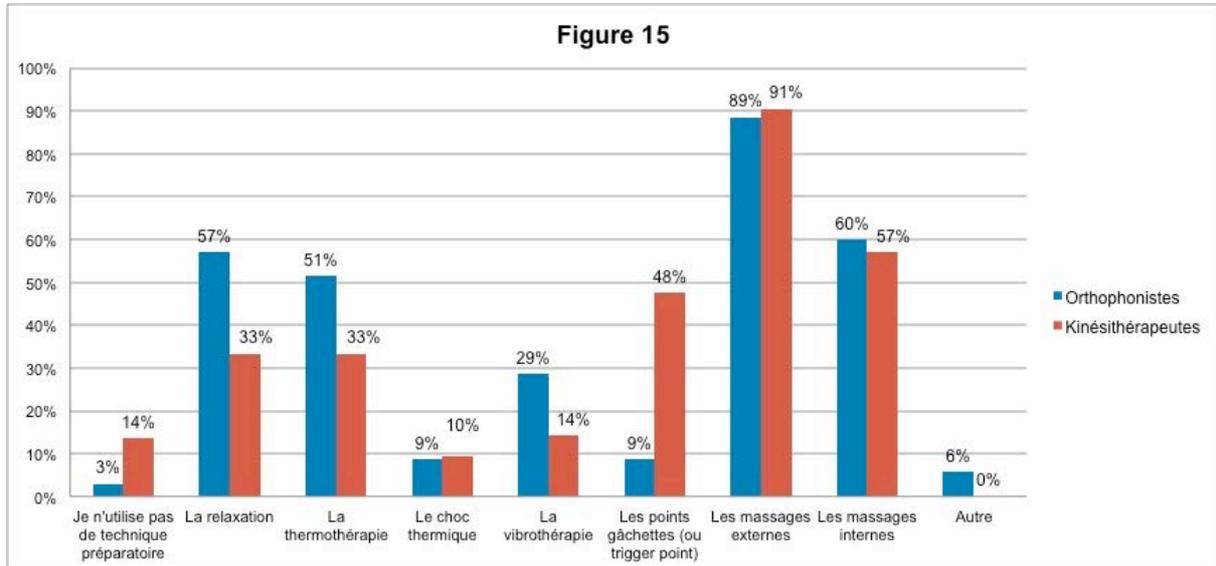


Question AP4 : « Dans quel(s) domaine(s) donnez-vous des conseils et des informations à votre patient ? (Plusieurs réponses possibles) »

Au cours des prises en charge orthophonique et kinésithérapique, les conseils fournis aux patients concernent essentiellement la protection et le soin de l'œil, l'alimentation, les gestes à proscrire, le suivi complémentaire et la salive. Le nez et la protection de l'oreille sont dans une bien moindre mesure sujets à des conseils de la part des professionnels. Dans les réponses données par les thérapeutes, une distinction nette apparaît au niveau de la parole puisque seulement 48% des kinésithérapeutes donnent des conseils à ce propos, contre 74% des orthophonistes. En ce qui concerne l'alimentation, ils sont tous deux nombreux à prodiguer des conseils à ce sujet. Il y a donc uniquement une distinction nette dans les conseils et informations donnés au patient au sujet de la parole, puisque les autres thèmes sont abordés par une proportion similaire d'orthophonistes et de kinésithérapeutes. Les résultats sont cohérents avec ceux obtenus aux questions concernant l'évaluation et la rééducation de l'articulation (questions AE1, figure 7 ; EC1, figure 8 ; TF1, figure 24).

2.2.3. Travail préparatoire au travail musculaire

▪ Techniques employées lors du travail préparatoire au travail musculaire



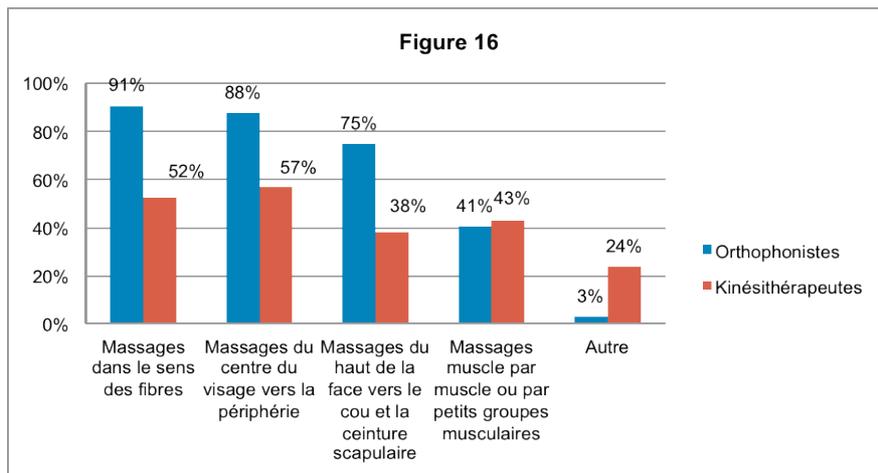
Question TP1 : « Utilisez-vous une/des technique(s) préparatoire(s) au travail musculaire, et si oui, laquelle/lesquelles ? (Plusieurs réponses possibles) »

La majeure partie de ces deux professionnels utilise des techniques préparatoires. Lorsqu'ils pratiquent un travail préparatoire, ces deux thérapeutes ont recours à des techniques similaires. En effet, les massages externes sont réalisés par près de 90% des orthophonistes et des kinésithérapeutes, tandis que les massages internes sont effectués par environ 60% des orthophonistes et des kinésithérapeutes. Un pourcentage très important d'orthophonistes réalise donc des massages, alors que cette technique ne fait pas partie, de manière directe, de leurs compétences reconnues. Les profils des orthophonistes pratiquant des massages sont très hétérogènes. Il n'y a pas toujours de lien entre la pratique des massages et la formation continue puisque 48% des orthophonistes qui font des massages n'ont pas fait de formation continue. Notons que l'un des 4 orthophonistes ne pratiquant pas de massages rapporte que ses séances sont réalisées après des séances de kinésithérapie, puisque selon lui « la détente est le domaine principal des kinésithérapeutes dans la mesure où l'orthophoniste n'est pas habilité à masser le patient ». Malgré l'ancrage du massage dans l'exercice orthophonique, par son utilisation dans divers domaines, certains orthophonistes estiment qu'ils ne sont pas aptes à les utiliser.

Par contre, d'autres techniques préparatoires ne sont pas utilisées dans les mêmes proportions par l'un et l'autre des professionnels. C'est le cas de la relaxation (57%

d'orthophonistes pour un tiers de kinésithérapeutes) et de la thermothérapie (51% d'orthophonistes pour un tiers de kinésithérapeutes), des points gâchettes (48% de kinésithérapeutes pour 9% d'orthophonistes), de la vibrothérapie (29% des orthophonistes, 14% des kinésithérapeutes). Le choc thermique est quant à lui peu utilisé par ces deux professionnels.

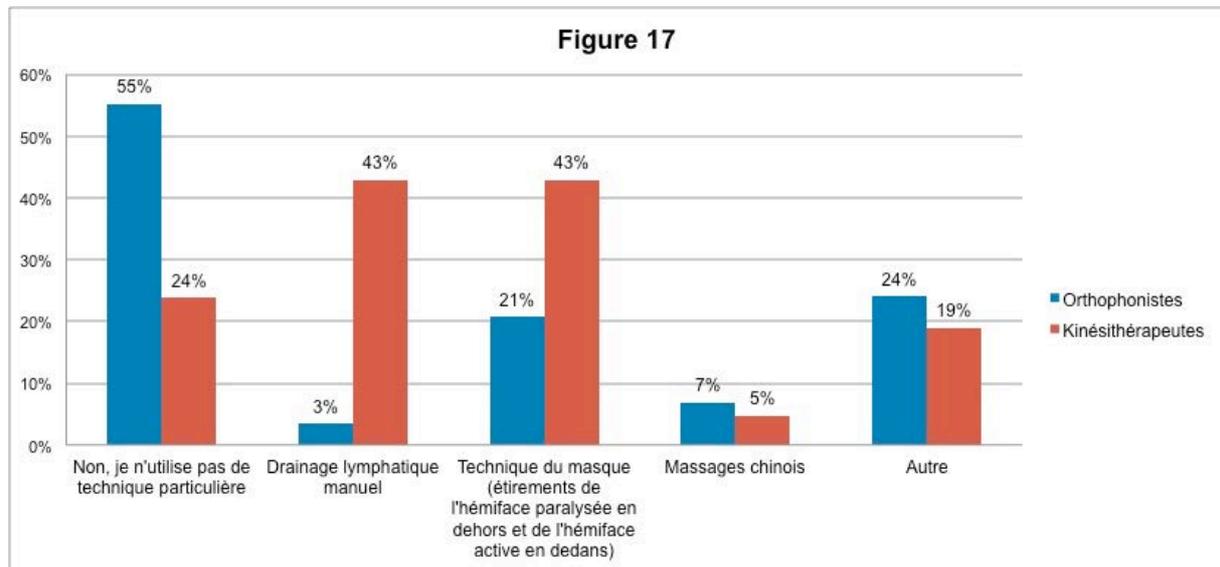
▪ **Principes relatifs aux massages externes**



Question TP2: « Si vous pratiquez des massages externes, quel(s) principe(s) respectez-vous ? (Plusieurs réponses possibles) »

Aucun des principes que nous avons suggérés n'est conjointement respecté par la majorité des orthophonistes et des kinésithérapeutes. Les réponses fournies par les kinésithérapeutes sont très hétérogènes alors que celles des orthophonistes s'accordent autour de trois principes : massages dans le sens des fibres, du centre du visage vers la périphérie et du haut de la face vers la ceinture scapulaire. Concernant les autres réponses données par les professionnels, 1 orthophoniste, le même que celui cité dans la question précédente, a répondu que les massages doivent être réalisés par un kinésithérapeute, tandis que 3 kinésithérapeutes précisent que les principes qu'ils respectent dépendent du bilan initial et de la présence ou non de syncinésies. Les kinésithérapeutes semblent davantage adapter les massages externes qu'ils réalisent sur leurs patients, notamment en fonction de leur bilan clinique. Ces résultats pourraient refléter une aisance supérieure dans ce domaine.

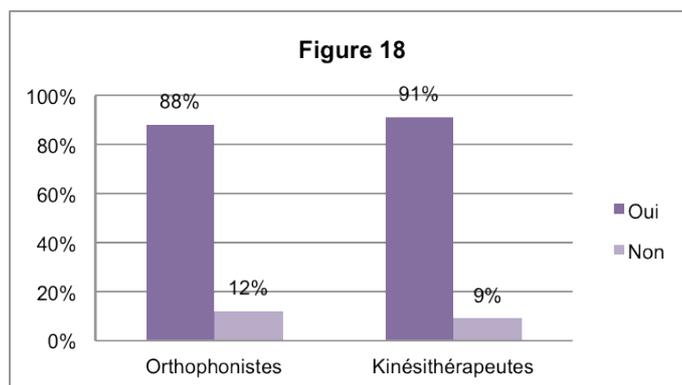
▪ Techniques de massage



Question TP3 : « Si vous pratiquez des massages, utilisez-vous des techniques particulières ? (Plusieurs réponses possibles) »

Comme nous l'attendions au vu des données théoriques à notre disposition, certaines techniques de massage sont plus spécifiques à la kinésithérapie. Ainsi, les kinésithérapeutes sont 43% à utiliser le drainage lymphatique manuel, contre 3% d'orthophonistes, et 43% à utiliser la technique du masque, pour tout de même 21% des orthophonistes. Ce résultat est surprenant puisque seule la littérature kinésithérapique fait état de cette technique (Bernard, 2013). Nous constatons que les orthophonistes utilisant la technique du masque se sont tous formés par le biais de la formation continue, ou, lorsque ce n'était pas le cas, par le visionnage de vidéos (d'Isabelle Eyoum notamment). De même, le massage chinois est utilisé par 2 des orthophonistes ayant répondu contre 1 kinésithérapeute, ce qui est surprenant. Tout comme nous l'avons remarqué au sujet des principes relatifs aux massages externes, les kinésithérapeutes semblent davantage choisir les techniques particulières qu'ils utilisent selon le profil du patient. Cette adaptabilité n'est pas mentionnée par les orthophonistes, nous la supposons donc moindre pour eux dans ce domaine. Certaines divergences dans les techniques utilisées existent donc bel et bien mais ne sont pas aussi importantes que nous l'avions présagé.

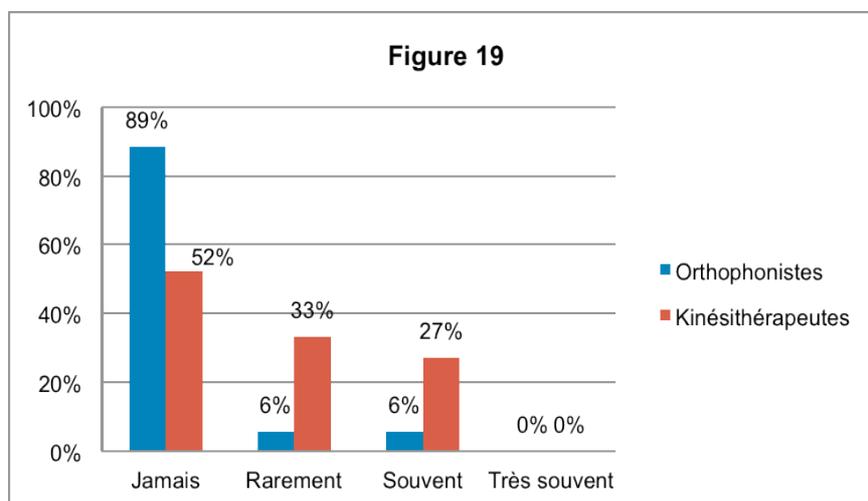
- **Recommandation d'auto-massages quotidiens**



Question TP4 : « Proposez-vous à votre patient de réaliser des auto-massages quotidiennement ? »

Une grande majorité des orthophonistes comme des kinésithérapeutes préconise à leurs patients d'effectuer des auto-massages quotidiens.

- **Pratique de stimulations électriques**



Question TP5 : « Utilisez-vous des stimulations électriques ? »

Les stimulations électriques sont très peu utilisées par les orthophonistes, 88% d'entre eux déclarent ne jamais y avoir recours, et seuls 2 déclarent les utiliser rarement et 2 autres souvent. Ce dernier chiffre semble néanmoins biaisé, un orthophoniste ayant répondu « souvent » alors qu'il précise dans la partie « Commentaires » du questionnaire qu'il entendait par stimulations électriques l'utilisation du Nostrafon®, appareil à infrasons. Les kinésithérapeutes sont plus nombreux à les utiliser, bien qu'un peu plus de la moitié d'entre

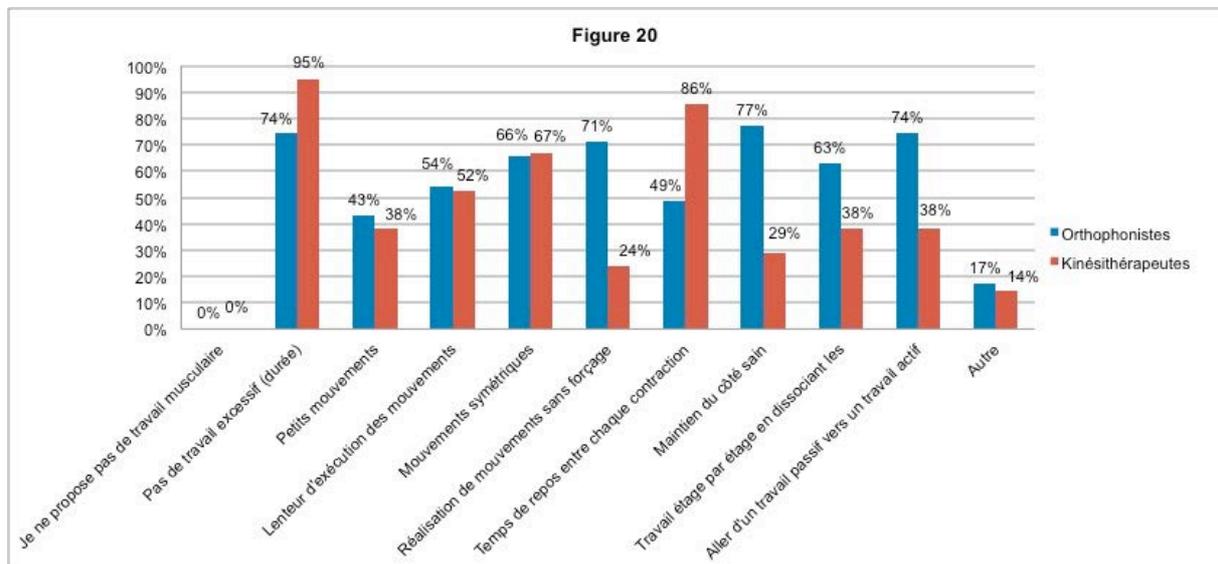
eux ne les utilise jamais. Un tiers d'entre eux en utilise rarement et 3 ont déclaré en utiliser souvent. A l'instar des orthophonistes, aucun d'entre eux n'en utilise très souvent. Les kinésithérapeutes qui utilisent cette pratique travaillent, en grande majorité, en libéral.

Les kinésithérapeutes sont bien plus nombreux que les orthophonistes à se servir de stimulations électriques au cours de leurs prises en charge, bien qu'ils n'y aient pas recours de manière fréquente. Ces résultats ne sont pas surprenants au vu de l'article R4321-7 du Code de la Santé Publique. Il est, au contraire, curieux de constater que certains orthophonistes utilisent des stimulations électriques, usage qui ne fait pas partie de leurs compétences, avec un matériel qu'ils ne possèdent généralement pas. Il n'existe pas de profil « type » de ces orthophonistes qui pourrait expliquer cette utilisation.

Il était assez prévisible que très peu de professionnels les utilisent souvent étant donné qu'elles sont décriées dans la littérature (Chevalier, 2003 ; Lannadère, Gatignol, 2011).

2.2.4. Travail musculaire

■ Principes relatifs au travail musculaire

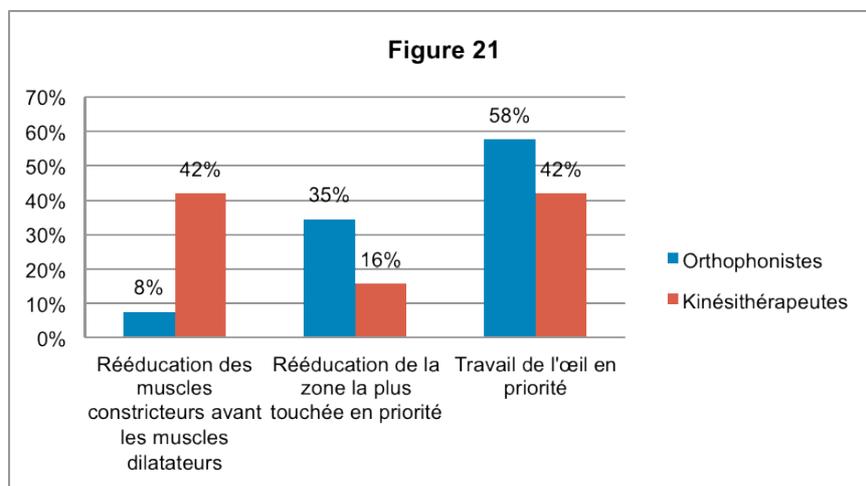


Question TM1 : « Quel(s) est/sont le(s) principe(s) qui vous semble(nt) important(s) dans le travail musculaire ? (Plusieurs réponses possibles) »

Les orthophonistes et les kinésithérapeutes n'accordent pas la même importance à tous les principes que nous avons suggérés. En effet, trois principes sont davantage suivis par les orthophonistes : il s'agit des mouvements sans forçage, (71% des orthophonistes et 24% des kinésithérapeutes) du maintien du côté sain (77% des orthophonistes et 29% des

kinésithérapeutes), le passage d'un travail actif à un travail passif (74% des orthophonistes et 38% des kinésithérapeutes) – progression qui est préconisée à la fois dans les littératures kinésithérapiques (Bernard, 2013) et orthophoniques (Couture, Eyoum, Martin, 1997) –, et enfin le travail étage par étage dans une moindre mesure (63% des orthophonistes et 38% des kinésithérapeutes). Quant aux kinésithérapeutes, ils prennent surtout garde à ce qu'il y ait un temps de repos entre chaque contraction (86% des kinésithérapeutes et 49% des orthophonistes).

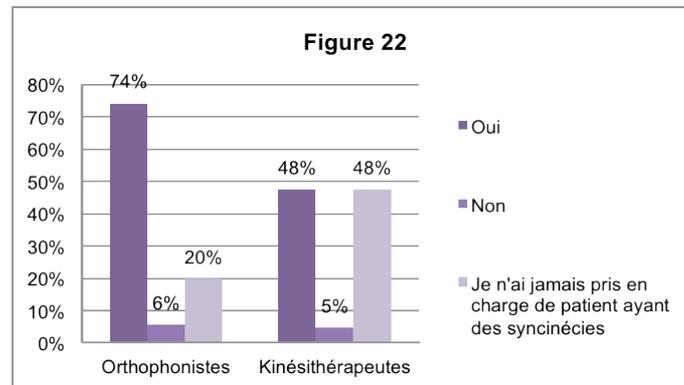
▪ **Priorité des professionnels pour le travail musculaire**



Question TM 2 : « Lors du travail musculaire, établissez-vous une priorité lorsque l'ensemble de la motricité faciale est atteinte ? »

Nous pouvons remarquer que les orthophonistes établissent davantage le travail de l'œil comme priorité thérapeutique que les kinésithérapeutes. Ils sont cependant peu à rééduquer les muscles constricteurs avant les muscles dilatateurs, alors que les kinésithérapeutes sont 42% à prendre en compte ce facteur pour établir des priorités thérapeutiques. Ce constat n'est pas surprenant puisque cette progression est recommandée dans la littérature kinésithérapiques (Bernard, 2013). Commencer par le travail de la zone la plus touchée concerne plus d'un tiers des orthophonistes, alors que les kinésithérapeutes sont très peu nombreux à privilégier ce critère.

- **Inhibition des syncinésies**



Question TM3 : « *En cas de syncinésies, apprenez-vous à votre patient à les inhiber ?* »

La grande majorité des professionnels interrogés qui ont déjà rencontré cette situation déclare apprendre à leur patient à inhiber leurs syncinésies.

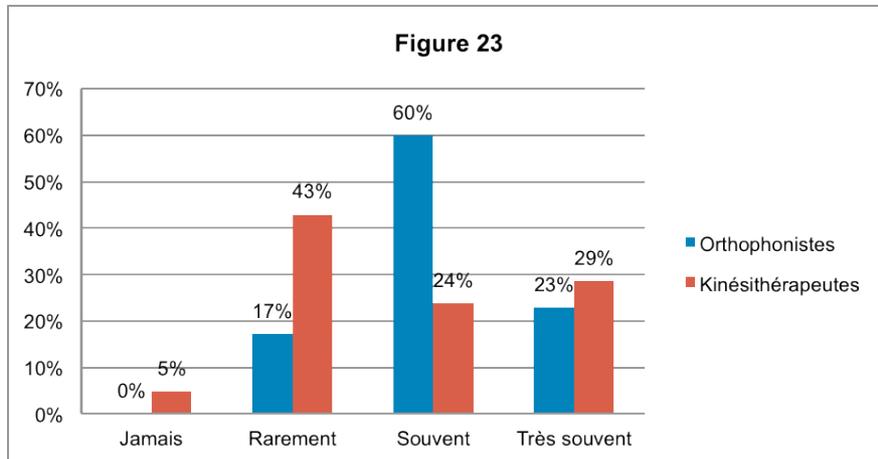
- **Recommandation d'un travail musculaire quotidien**

Question TM4 : « *Proposez-vous à votre patient un programme d'exercices musculaires à réaliser quotidiennement à la maison ?* »

Tout comme proposer des auto-massages quotidiens (question TP4, figure 18), proposer aux patients de réaliser des exercices musculaires quotidiens est une pratique courante, puisque tous les kinésithérapeutes et près de 90% des orthophonistes interrogés le font.

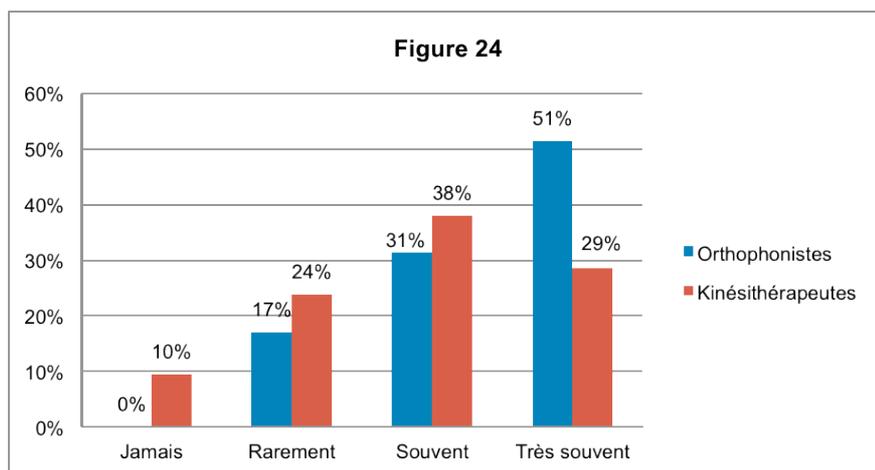
2.2.5. Travail fonctionnel

Question TF1 : « Quels sont les domaines dans lesquels vous intervenez pendant la rééducation ?
(Plusieurs réponses possibles) »



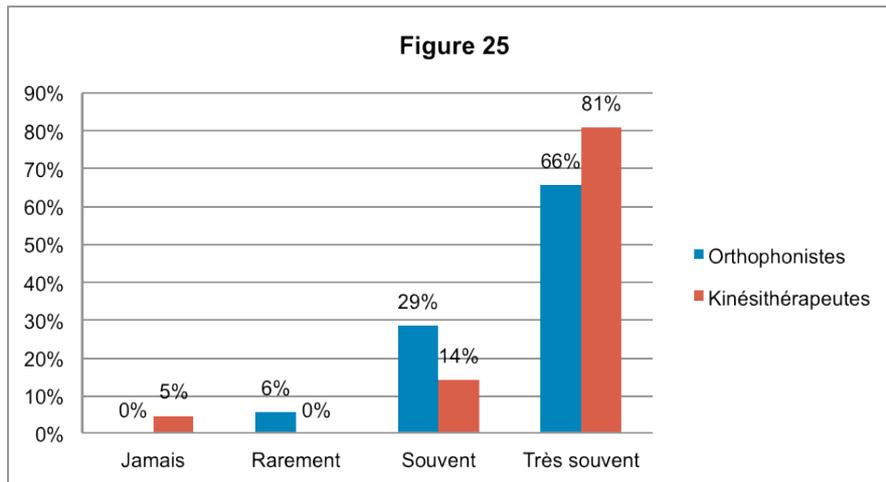
Domaine d'intervention : Déglutition et mastication

La déglutition et la mastication sont abordées souvent ou très souvent par 83% des orthophonistes et 53% des kinésithérapeutes. La différence au sein de ce domaine d'intervention est donc nette. Les thérapeutes qui ne s'intéressent pas à la déglutition et à la mastication sont extrêmement rares.



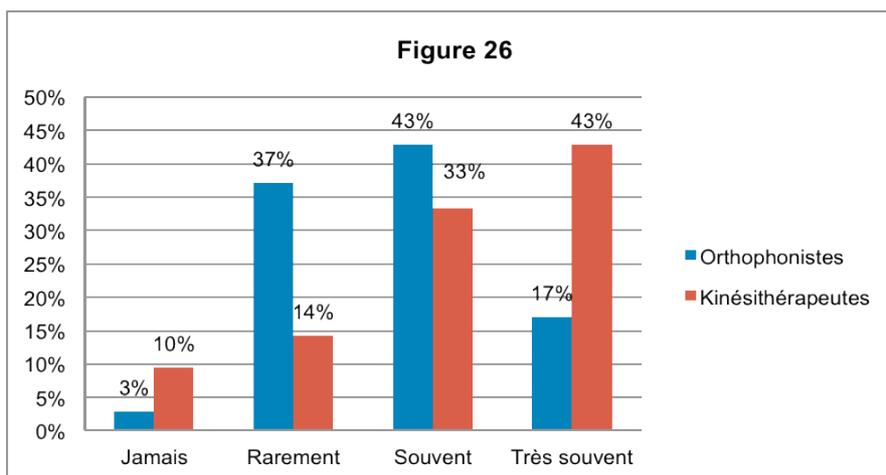
Domaine d'intervention : Articulation

L'articulation est rééduquée souvent ou très souvent par 82% des orthophonistes et par 67% des kinésithérapeutes. Bien que l'amélioration de l'articulation ne fasse pas partie de leurs objectifs principaux, il semble que les kinésithérapeutes sont nombreux à prendre en charge ce domaine, même si les proportions sont plus faibles que chez les orthophonistes.



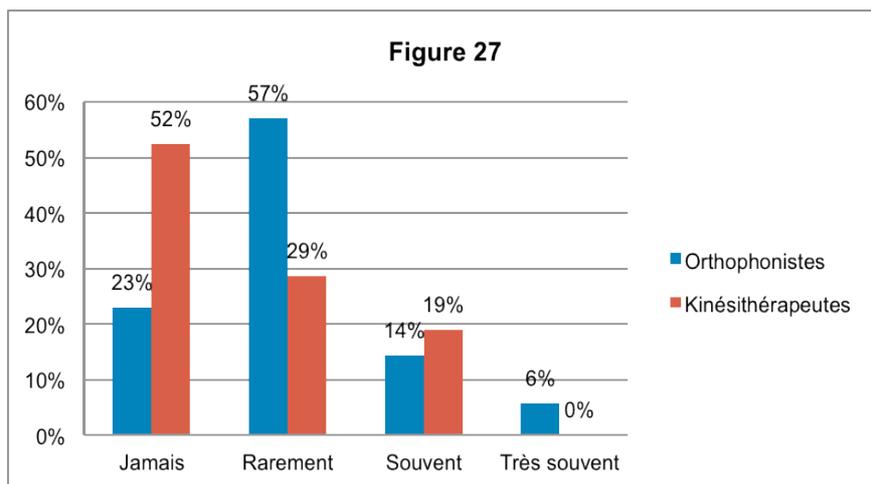
Domaine d'intervention : Mimiques et expression faciale

Le travail des mimiques et de l'expression faciale constitue le domaine fonctionnel le plus pris en charge par les deux professionnels. Il est pris en charge souvent ou très souvent par environ 95% des orthophonistes et des kinésithérapeutes.



Domaine d'intervention : Sensibilité

La sensibilité est davantage explorée lors de la rééducation par les kinésithérapeutes que par les orthophonistes. En effet, 76% d'entre eux prennent en charge cet aspect souvent ou très souvent, contre 60% des orthophonistes. Cette différence était prévisible puisque les kinésithérapeutes prennent en charge la sensibilité dans d'autres pathologies que la PFP (Xhardez et coll., 2015).



Domaine d'intervention : Fonctions sécrétrices

Les fonctions sécrétrices sont très peu investies lors de la rééducation : seuls environ 20% des professionnels prennent en charge cet aspect.

Ces résultats mettent en exergue certaines divergences dans le travail fonctionnel entrepris par les thérapeutes. Bien que les kinésithérapeutes soient aptes à prendre en charge la déglutition et la mastication, ce domaine est plutôt délaissé par ces derniers, au contraire des orthophonistes qui sont très nombreux à l'aborder. L'articulation est également davantage travaillée par les orthophonistes, ce qui est cohérent. Pour autant, il est surprenant que les kinésithérapeutes soient aussi nombreux à intervenir dans ce domaine au vu de leurs réponses précédentes à ce sujet, d'autant plus que la rééducation des troubles articulaires ne fait pas partie de leurs compétences reconnues. Concernant la stimulation de la sensibilité, ce sont surtout les kinésithérapeutes qui s'en chargent, bien que les orthophonistes soient également nombreux à le faire. Enfin, les mimiques et les fonctions sécrétrices ne font pas émerger de distinction majeure.

2.2.6. Moyens

- **Méthodes de rééducation utilisées par les professionnels**

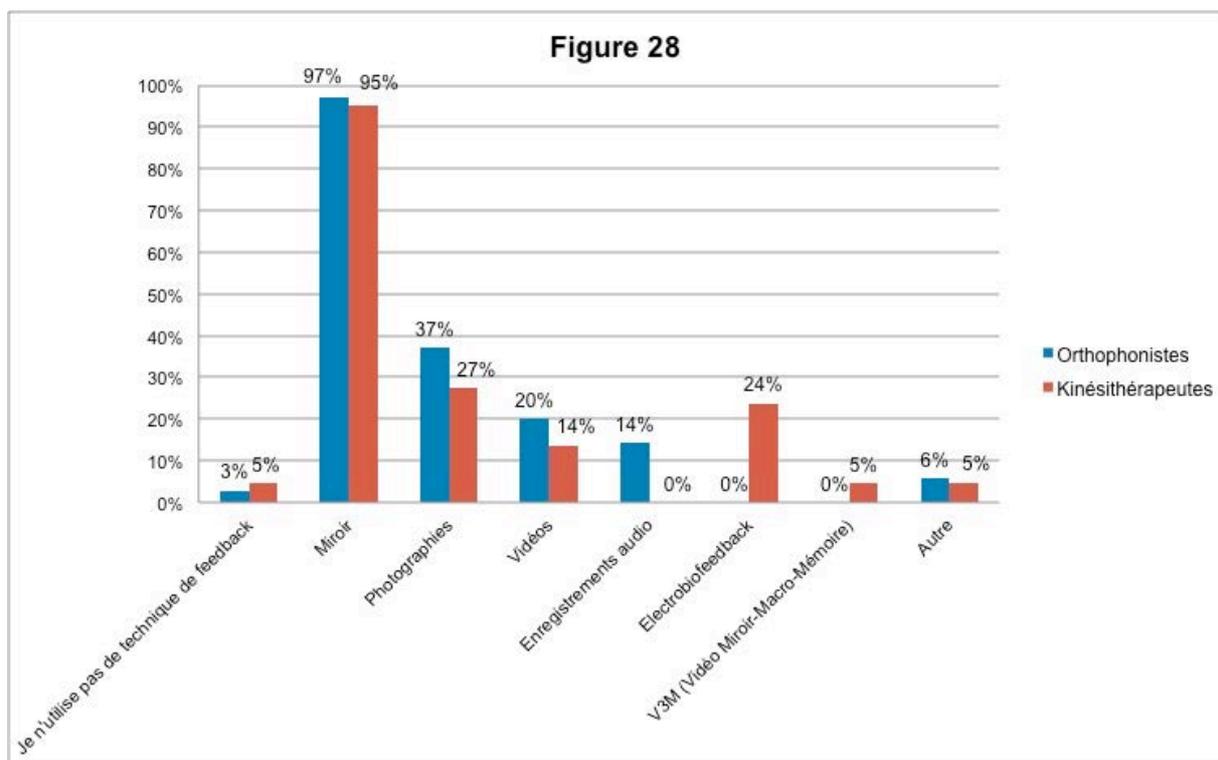
Question M1 : « Si vous utilisez une ou des méthode(s) de rééducation particulière(s), spécifique(s) ou non à la paralysie faciale, merci de nous préciser laquelle ou lesquelles. »

Seuls 8 orthophonistes sur 35 et 5 kinésithérapeutes sur 21 ont répondu à cette question. Parmi eux, seuls 3 orthophonistes et 4 kinésithérapeutes nomment réellement des

méthodes de rééducation. Les méthodes suivantes sont citées par les thérapeutes : Ostéovox (2 orthophonistes), Neuromuscular Retraining (1 orthophoniste et 1 kinésithérapeute), Proprioceptive Neuromuscular Facilitation (PNF, 1 kinésithérapeute), Video-Self-Modeling (2 kinésithérapeutes) et l'ostéopathie crânienne (1 kinésithérapeute). Les méthodes citées par chaque professionnel étaient attendues, au vu de la littérature, hormis l'ostéopathie crânienne. Les autres réponses fournies ne mentionnent pas de réelles méthodes, mais plutôt des protocoles, techniques de massages et matériels de rééducation. Notons que seuls les kinésithérapeutes diplômés récemment (à partir de 2004 dans notre échantillon) utilisent une méthode de rééducation spécifique.

Ces résultats montrent que les professionnels, aussi bien les orthophonistes que les kinésithérapeutes, sont peu nombreux à utiliser des méthodes de rééducation dans le cadre des prises en charge des PFP, qu'elles soient spécifiques ou non spécifiques.

▪ **Techniques de feedback auxquelles ont recours les professionnels**



Question M2 : « Utilisez-vous des techniques de feedback ? (Plusieurs réponses possibles) »

Que ce soit chez les orthophonistes ou chez les kinésithérapeutes, les professionnels n'utilisant pas de technique de feedback sont très minoritaires. Le miroir est la technique de feedback utilisée de façon prédominante chez l'ensemble de notre échantillon, alors que les

autres techniques que nous avons suggérées sont peu employées par les professionnels. Les photographies et les vidéos sont elles aussi utilisées aussi bien par les orthophonistes que par les kinésithérapeutes, mais de manière bien moindre. En revanche, seuls les kinésithérapeutes se servent de l'électrofeedback (24%), matériel qu'ils utilisent par ailleurs pour d'autres prises en charge (Xhardez et coll., 2015), et de la V3M (5%) qui ne sont pas des techniques investies par les orthophonistes interrogés. 14% de ces derniers utilisent par contre les enregistrements audio qui eux, ne sont pas utilisés par les kinésithérapeutes. Ce moyen est probablement utilisé au cours d'un travail sur l'articulation, domaine qui est moins abordé par les kinésithérapeutes. De plus, c'est un moyen de feedback fréquemment utilisé par les orthophonistes dans d'autres prises en charge comme celle du langage oral (Coquet, 2002), et qui est cité dans le référentiel d'activités qui a été publié dans le Bulletin Officiel N°32 du 5 septembre 2013.

2.2.7. Déroulement des séances

▪ Description d'une séance « type »

Question DS1 : « Pouvez-vous nous décrire succinctement le déroulement d'une séance « type » ? »

23 orthophonistes et 16 kinésithérapeutes ont bien voulu nous décrire le déroulement d'une séance « type ».

Nous avons constaté une certaine homogénéité dans le déroulement des séances. Les séances de rééducation de la majeure partie des professionnels interrogés s'articulent autour des axes d'intervention suivants :

- **un moment privilégié d'échanges avec le patient en début et/ou en fin de séance** (73% des orthophonistes répondants ; 57% des kinésithérapeutes répondants). Les orthophonistes sont plus nombreux que les kinésithérapeutes à consacrer régulièrement du temps aux échanges avec leurs patients au sujet de la PFP et de sa rééducation. Toutefois, leurs échanges semblent moins longs que ceux des kinésithérapeutes (question DS2, figure 29) ;
- **des massages internes et/ou externes** (73% des orthophonistes ; 93% des kinésithérapeutes) ;
- **un travail musculaire** (100% des orthophonistes et des kinésithérapeutes répondants).

D'autres domaines sont abordés dans une fréquence similaire par les orthophonistes et les kinésithérapeutes, de manière plus rare que les domaines précédemment cités. Il s'agit :

- **du travail de la déglutition** (13% des orthophonistes et des kinésithérapeutes) ;
- **du travail des mimiques** (14% des orthophonistes et des kinésithérapeutes).

Cette homogénéité reste toutefois à relativiser puisque certains domaines sont davantage investis par l'un ou l'autre des professionnels. Les orthophonistes travaillent plus fréquemment certains aspects et ont davantage recours à certaines techniques que les kinésithérapeutes. Ainsi, ils utilisent plus fréquemment que leurs collègues la thermothérapie (27% des orthophonistes, 7% des kinésithérapeutes), travaillent plus régulièrement l'articulation (23% des orthophonistes, 7% des kinésithérapeutes), ainsi que la relaxation (41% des orthophonistes, 14% des kinésithérapeutes). Non seulement les orthophonistes sont plus nombreux à aborder ces domaines ou à utiliser ces techniques (questions TP1, figure 15 ; TF1, figures 23-24), mais ils le font également de manière plus fréquente.

Par ailleurs, certains champs d'intervention sont seulement cités par l'un ou l'autre des professionnels. Il s'agit :

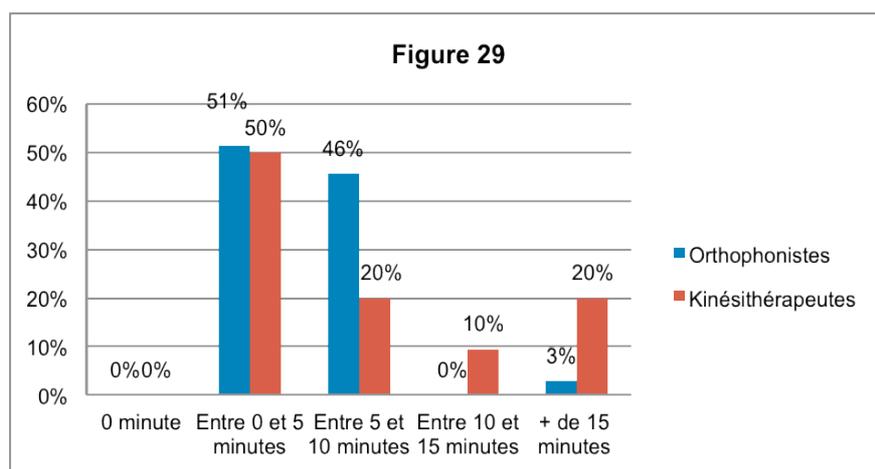
- **du travail cervical** (1 réponse), **de la ventilation** (1 réponse) et **de l'électrothérapie** (2 réponses) par les kinésithérapeutes ;
- **de la vibrothérapie** (2 réponses) et **des stimulations faciales avec le Z-vibe** (3 réponses) par les orthophonistes.

Bien entendu, ces réponses ne reflètent pas de manière totalement objective les pratiques de chacun. En effet, comme nous le mentionnions plus haut, tous les thérapeutes n'ont pas répondu à cette question non obligatoire. De plus, certains thérapeutes ont détaillé leur réponse alors que d'autres n'ont mentionné que les aspects qui leur semblaient primordiaux, ce qui peut induire des contradictions avec les résultats que nous avons obtenus à d'autres questions, pour chaque domaine spécifique. Enfin, nous sommes conscientes qu'il n'existe pas de séance « type » à proprement parler, comme nous en ont fait part 2 kinésithérapeutes.

▪ **Temps accordé à chaque domaine lors des séances de rééducation**

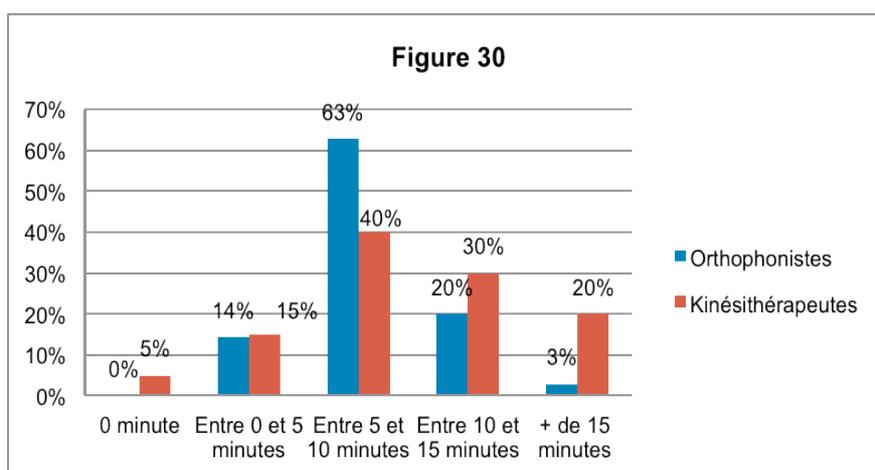
Question DS2 : « Généralement, combien de temps consacrez-vous à chaque grand axe pendant la séance ? »

L'un des kinésithérapeutes n'a pas répondu à cette question, estimant qu'il n'existe pas de « séance-type ».



Domaine d'intervention : Accompagnement du patient

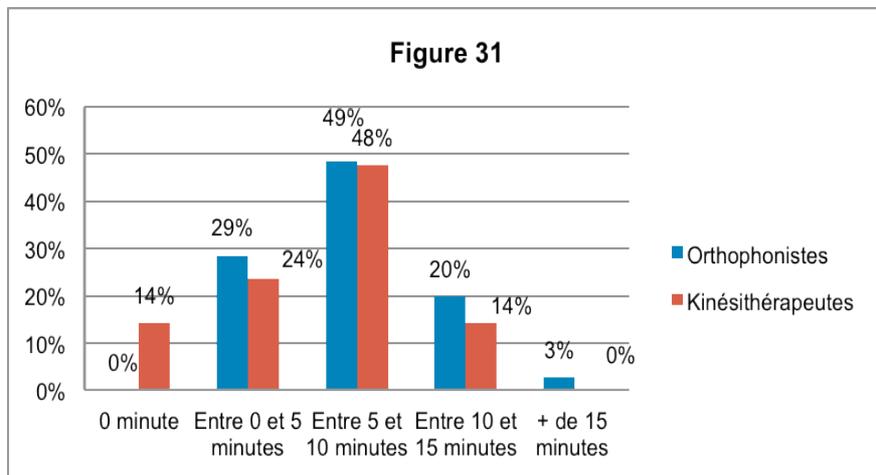
Tous les thérapeutes accordent du temps aux échanges au cours de leur séance. Mais les kinésithérapeutes passent plus de temps, durant leur séance, à accompagner le patient. Bien que la fréquence de ces échanges soit identique (question AP1, figure 11), lorsqu'ils ont lieu, les kinésithérapeutes semblent y accorder un peu plus de temps que les orthophonistes.



Domaine d'intervention : Travail fonctionnel

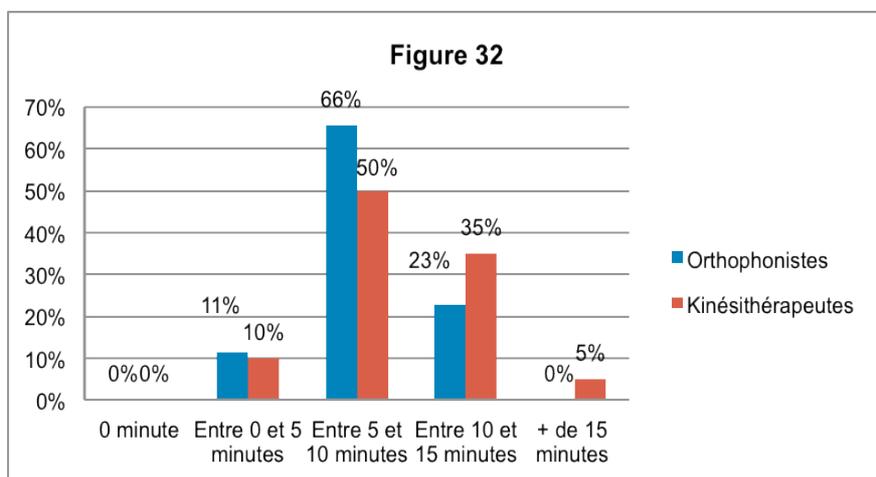
Ces résultats confirment que le travail fonctionnel est un aspect important dans la

rééducation, tous les professionnels y accordant du temps pendant la séance. Les kinésithérapeutes accordent toutefois davantage de temps à ce travail que les orthophonistes.



Domaine d'intervention : Travail préparatoire

14% des kinésithérapeutes ne pratiquent pas de travail préparatoire durant leur séance, ce qui est cohérent avec les résultats obtenus à la question TP1 (figure 15) où nous avons pu constater que le travail préparatoire est davantage abordé par les orthophonistes que par les kinésithérapeutes. Ce graphique le confirme, bien que la différence soit plutôt mince.

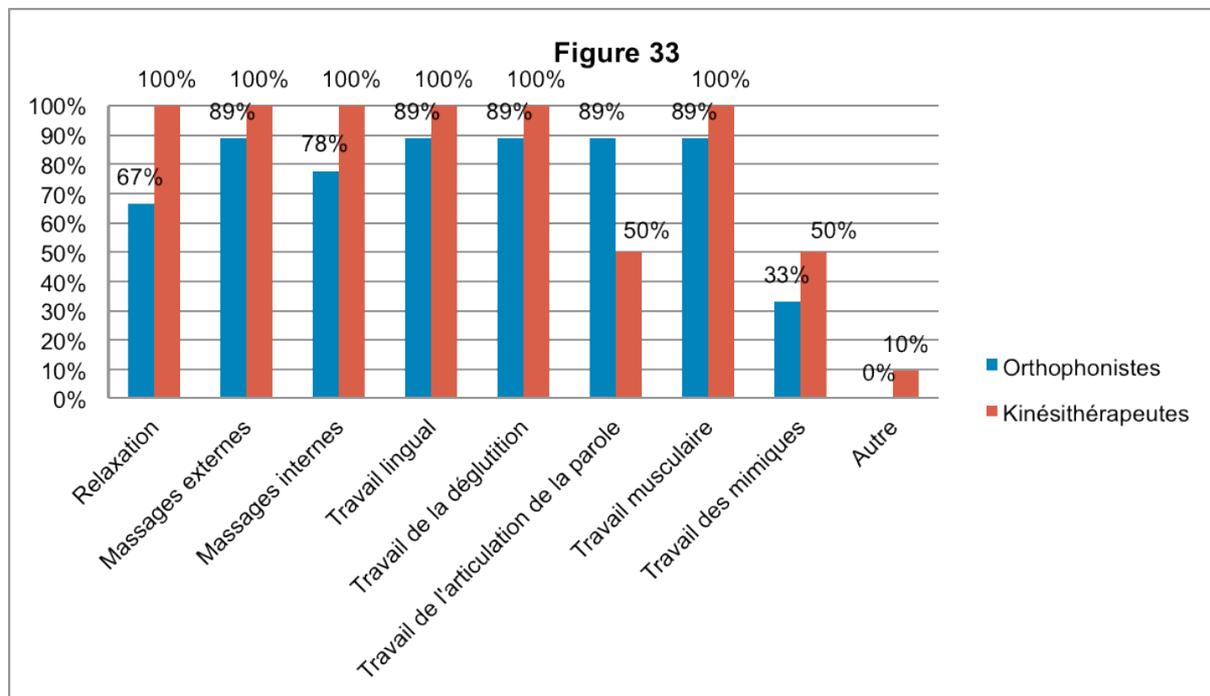


Domaine d'intervention : Travail musculaire

Ces résultats confirment que le travail musculaire est un aspect important dans la rééducation, tous les professionnels y accordant du temps pendant la séance. Les kinésithérapeutes accordent davantage de temps à ce travail que les orthophonistes.

3. Prise en charge des paralysies faciales opérées

3.1. Prise en charge de l'anastomose hypoglossofaciale



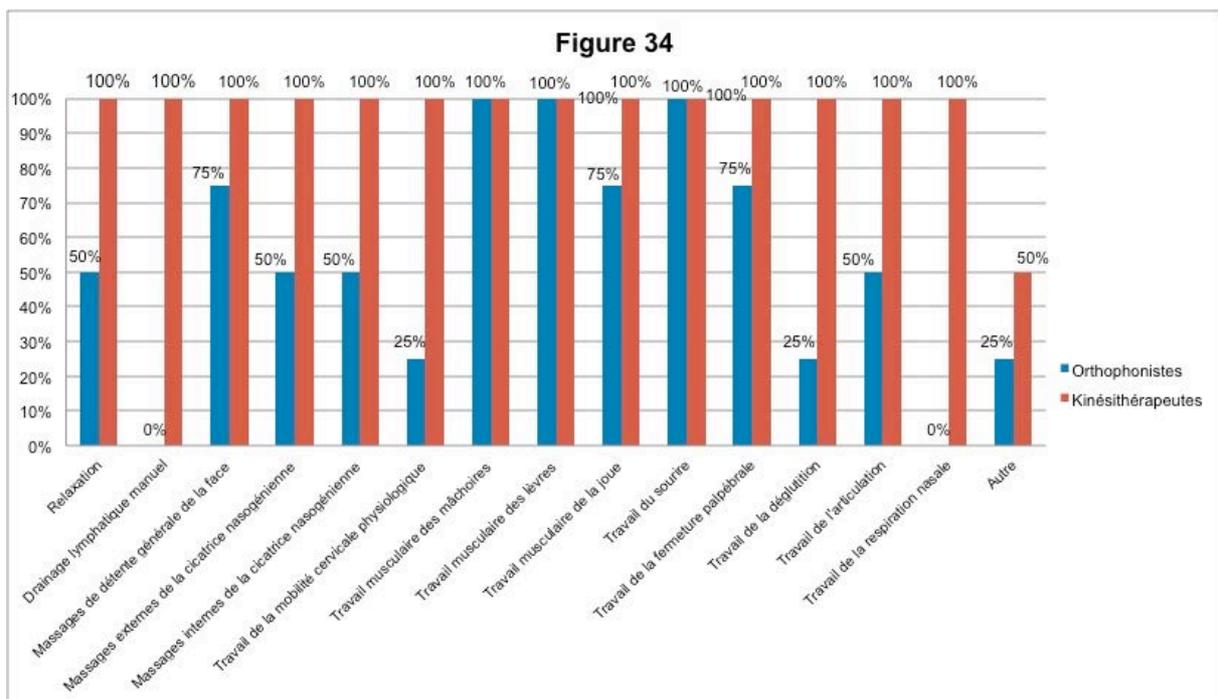
Question AHF : « Quels sont vos axes de travail dans le cadre d'une rééducation après anastomose hypoglossofaciale ? (Plusieurs réponses possibles) »

Les kinésithérapeutes de notre échantillon sont seulement 2 sur 21 à avoir pu indiquer quels sont leurs champs d'intervention lors de la prise en charge d'un patient présentant une PFP avec anastomose hypoglossofaciale, tandis que 8 des 35 orthophonistes interrogés ont pu nous en faire part. Tous les domaines ont été cochés par les 2 kinésithérapeutes, hormis le travail de l'articulation qui n'a été coché que par l'un des deux. Quant aux orthophonistes, ils sont près de 90% à proposer ce travail. Cependant il n'est pas étonnant qu'un seul kinésithérapeute ait répondu prendre en charge l'articulation, puisque l'AHF ne semble pas engendrer de réels troubles articulatoires, mais un schlintement qui serait dû à la PFP uniquement (Gatignol, Tankéré, Bernat et coll., 2002). Le travail des mimiques est ce que les orthophonistes proposent le moins après une AHF, puisque seulement un tiers des répondants le mentionne.

3.2. Prise en charge de la myoplastie d'allongement du temporal

Question MAT1 : « Si vous proposez au patient d'effectuer un travail pré-opératoire, merci de nous préciser succinctement ce que vous proposez »

Seuls 2 orthophonistes et 1 kinésithérapeute ont répondu à cette question. Le kinésithérapeute déclare qu'il informe le patient au sujet de la prise en charge à venir, lui propose des échelles de qualité de vie et de douleur et pratique des stimulations cutanées et musculaires. De leur côté, les orthophonistes proposent un travail de conscientisation du muscle temporal. L'un d'eux précise qu'il donne également des explications concernant l'acte chirurgical et les trois étapes du sourire. Les échelles sont une fois de plus évoquées par 1 kinésithérapeute, sans l'être par les orthophonistes, ce qui confirme l'utilisation préférentielle de cet outil par les kinésithérapeutes.



Question MAT2 : « Quels sont vos axes de travail dans le cadre d'une rééducation après myoplastie d'allongement du temporal ? (Plusieurs réponses possibles) »

Seuls 3 orthophonistes et 2 kinésithérapeutes sur les 4 professionnels de chaque profession à avoir pris en charge des patients après MAT ont indiqué quels sont leurs axes de travail dans le cadre d'une MAT. Notre échantillon de réponses étant trop faible, les résultats ne peuvent pas aboutir à une généralisation et à une comparaison interprofessionnelle.

4. Orthophonie et kinésithérapie

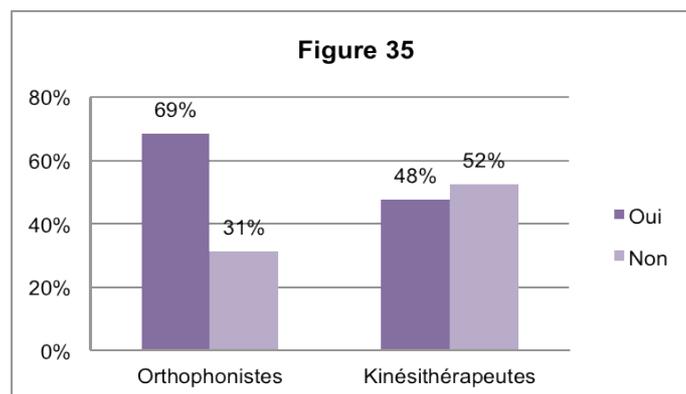
4.1. Refus de prise en charge d'un patient porteur d'une paralysie faciale périphérique

Question OK1 : « Au cours de votre expérience professionnelle, avez-vous déjà refusé de prendre en charge un patient présentant une paralysie faciale périphérique ? »

Question OK2 : « Si vous avez répondu OUI à la question précédente, quelle était la raison de ce refus ? »

Aucun des orthophonistes et des kinésithérapeutes sondés n'a refusé de prendre en charge un patient porteur d'une PFP. Cependant ce pourcentage est à relativiser, puisqu'il est uniquement représentatif des orthophonistes et kinésithérapeutes ayant déjà pris en charge une PFP, et non pas de l'ensemble des thérapeutes. Nous supposons que ce pourcentage serait différent si le questionnaire s'adressait à l'ensemble des orthophonistes et des kinésithérapeutes exerçant.

4.2. Difficultés rencontrées par les professionnels au cours de la prise en charge d'un patient porteur d'une paralysie faciale périphérique



Question OK3 : « Vous êtes-vous déjà senti(e) en difficulté lors de la prise en charge d'un patient présentant une PFP ? »

Un pourcentage important d'orthophonistes (69%) s'est déjà senti en difficulté lors de

la prise en charge de cette pathologie. Les kinésithérapeutes sont un peu moins nombreux à l'avoir été, bien qu'ils soient tout de même 48% à avoir répondu positivement. Contrairement à ce que nous supposions, les professionnels qui se sont déjà sentis en difficulté sont principalement ceux ayant un mode d'exercice mixte ou exerçant en salariat.

Question OK4 : « Si vous avez répondu OUI à la question précédente, nous vous remercions de nous en préciser les raisons. »

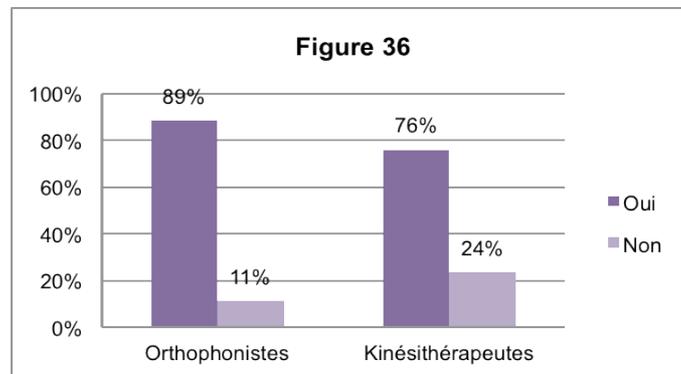
Pour expliquer ces difficultés, plusieurs raisons ont été données, dont certaines sont citées à plusieurs reprises :

- **un manque de formation initiale** (8 orthophonistes et 2 kinésithérapeutes), notamment en ce qui concerne le massage (1 orthophoniste) et la déglutition (1 kinésithérapeute) ;
- **des difficultés de récupération du patient** (5 orthophonistes) ;
- **des troubles psychologiques importants** (2 orthophonistes et 1 kinésithérapeute) ;
- **peu de motivation et d'implication du patient et de sa famille** (2 orthophonistes) ;
- **l'arrêt de la prise en charge** (2 orthophonistes).

Les difficultés au cours de la prise en charge et la satisfaction de la formation initiale semblent être corrélées puisque deux tiers des orthophonistes ayant bénéficié d'une formation initiale dont ils sont satisfaits disent ne pas s'être sentis en difficulté, tandis que 80% des orthophonistes ayant eu une formation initiale insatisfaisante se sont sentis en difficulté. Il n'existe par contre pas de différence notable entre ceux ayant eu une formation et ceux n'en ayant pas eue.

Pour pallier les difficultés qui peuvent être rencontrées par ces deux praticiens, les échanges entre collègues sont un socle sur lequel s'appuyer. Deux orthophonistes en font part. Un autre a, au contraire, rencontré des difficultés pour échanger avec les autres professionnels intervenant auprès de son patient.

4.3. Un suivi complémentaire pour une prise en charge de meilleure qualité



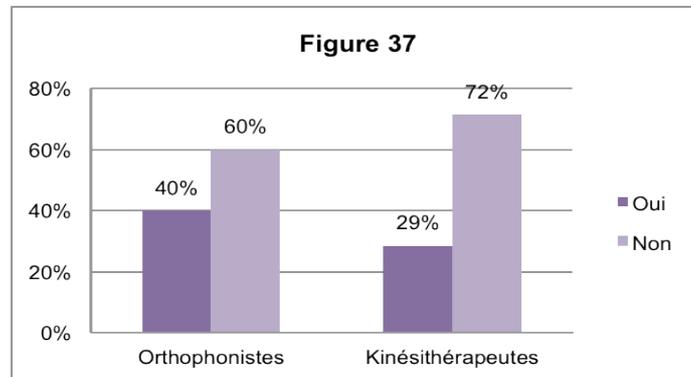
Question OK5 : « Avez-vous déjà eu le sentiment que votre prise en charge gagnerait en efficacité si elle était complétée par une autre prise en charge ? »

89% des orthophonistes et 76% des kinésithérapeutes estiment que l'efficacité de leur prise en charge pourrait être accrue si elle était complétée d'une autre prise en charge. Une prise en charge pluridisciplinaire pourrait donc être bénéfique dans le cadre de la paralysie faciale périphérique.

Question OK6 : « Si vous avez répondu OUI à la question précédente, à quelle prise en charge complémentaire pensez-vous ? »

Une majorité d'orthophonistes (71%) a cité la kinésithérapie comme prise en charge complémentaire permettant une meilleure efficacité. Les kinésithérapeutes sont 62% à avoir cité la prise en charge orthophonique. Ces chiffres sont donc importants et peuvent laisser penser qu'une prise en charge en collaboration pourrait être intéressante dans bien des cas. Toutefois il est indéniable que le sujet de ce mémoire a pu influencer les réponses données. Concernant d'autres suivis, 18% des orthophonistes et 19% des kinésithérapeutes estiment qu'un suivi psychologique pourrait être intéressant, 14% des orthophonistes pensent à la sophrologie alors qu'aucun kinésithérapeute ne cite cette prise en charge. Dans une bien moindre mesure, sont également citées par les orthophonistes la prise en charge chirurgicale, la prise en charge par un ophtalmologiste, ou par un orthophoniste formé à Ostéovox. Quant aux kinésithérapeutes, ils évoquent la prise en charge de la région cervicale et craniocervicale, les activités de mimes, de chant, de théâtre, de relaxation, ainsi qu'une « aide de tous les acteurs intervenant autour du patient ».

4.4. Connaissances des praticiens concernant les pratiques de leur collègue auprès des patients porteurs d'une paralysie faciale périphérique



Question OK7 : « Tout comme les orthophonistes, les kinésithérapeutes sont habilités à prendre en charge les PFP. Avez-vous une idée des axes de travail proposés par le kinésithérapeute dans cette rééducation ? »

Il existe une méconnaissance des deux professionnels concernant le travail proposé par leurs collègues dans le cadre de la prise en charge d'une PFP. En effet, moins de la moitié des orthophonistes (40%) et seulement environ un tiers des kinésithérapeutes ont une idée des axes de travail proposés par l'autre professionnel.

La double prise en charge ne semble pas permettre aux professionnels d'accroître leurs connaissances au sujet des pratiques de leurs collègues. En effet, 67% des kinésithérapeutes ayant déjà eu un patient bénéficiant d'une double prise en charge n'ont pas d'idée quant aux axes de travail de leurs collègues orthophonistes. Chez les orthophonistes, ce pourcentage est moindre (38%) mais révèle tout de même qu'un certain nombre de doubles prises en charge sont réalisées sans que les deux professionnels connaissent les axes de travail de chacun, et ce quelle que soit la fréquence de leurs échanges, s'ils existent. En ce qui concerne le mode d'exercice, il n'a pas non plus d'influence sur ces connaissances. Par contre, les kinésithérapeutes diplômés récemment connaissent plus les pratiques de leurs collègues orthophonistes. En effet, l'ensemble des kinésithérapeutes formés avant les années 2000 ont répondu ne pas connaître les axes de travail des orthophonistes.

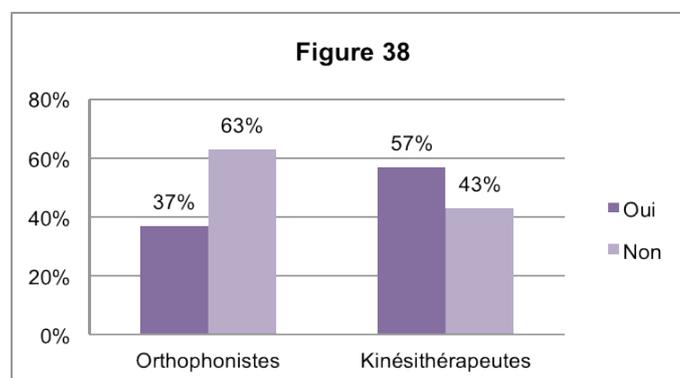
Question OK8 : « Si vous avez répondu OUI à la question précédente, nous vous invitons à nous indiquer succinctement les axes de travail auxquels vous pensez. »

Treize orthophonistes et 6 kinésithérapeutes ont évoqué les axes de travail auxquels ils pensent. Six orthophonistes pensent que le travail proposé par les kinésithérapeutes est identique ou proche de celui des orthophonistes. Parmi eux, un orthophoniste précise qu'il pense que la prise en charge kinésithérapique ne comprend pas de travail centré sur la parole, sur la déglutition et sur la mastication. D'autres orthophonistes ont mentionné le travail musculaire ou les praxies (6 réponses), l'électrostimulation (4 réponses) et 2 ont cité le drainage lymphatique, qui sont des axes de travail reconnus des kinésithérapeutes. Ils sont toutefois seulement 3 à mentionner les massages externes ou internes qui sont pourtant l'une des techniques de base du kinésithérapeute.

Aucun des kinésithérapeutes ne pense que le travail des orthophonistes est le même que le leur. Ils citent avant tout des domaines fonctionnels, à savoir l'articulation (4 réponses), la déglutition (3 réponses), la mastication (2 réponses), sans citer les domaines qui leur sont communs, tels que les massages ou le travail musculaire.

Les résultats semblent refléter un manque d'information du côté des orthophonistes sur le champ de compétences des kinésithérapeutes puisqu'ils ne savent pas tous que ces derniers sont eux aussi habilités à prendre en charge les troubles de la déglutition. Quant aux kinésithérapeutes, ils semblent penser que le travail des orthophonistes dans le cadre d'une PFP se limite à un travail fonctionnel, bien distinct du leur.

4.5. Professionnels ayant déjà pris en charge un patient bénéficiant d'un double suivi orthophonique-kinésithérapique

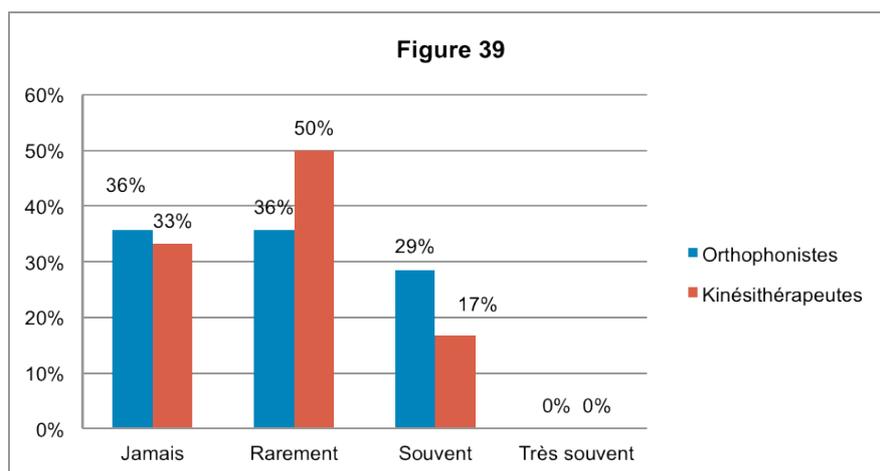


Question OK9 : « Avez-vous déjà suivi un patient qui bénéficiait simultanément d'une prise en charge orthophonique et kinésithérapique pour sa PFP ? »

Un peu plus d'un tiers des orthophonistes de notre échantillon (37%) a déjà pris en charge un patient bénéficiant d'une double prise en charge orthophonie-kinésithérapie pour sa PFP alors que les kinésithérapeutes interrogés sont plus nombreux à avoir déjà connu cette situation (57%). Les doubles prises en charge ont davantage lieu lorsque le professionnel exerce en salariat ou en activité mixte qu'exclusivement en libéral (nous comptons, tous professionnels confondus, 35% de doubles prises en charge en libéral, pour 47% en salariat). Il ne semble pas qu'elles concernent davantage les PFP après chirurgie, mais cela serait à confirmer par des données plus précises.

Les doubles prises en charge orthophonie-kinésithérapie sont donc plus fréquentes que nous le pensions.

4.6. Contacts établis entre les professionnels lorsque le patient bénéficiait d'une double prise en charge



Question OK10 : « Si vous avez répondu OUI à la question précédente, avez-vous eu des contacts avec le kinésithérapeute dans le cadre de la prise en charge de ce patient en commun ? »

Lors des doubles prises en charge, les contacts entre les professionnels ne s'établissent pas souvent pour autant puisque 36% des orthophonistes et un tiers des kinésithérapeutes indiquent ne jamais être entrés en contact avec l'autre thérapeute de leur patient. Quand ils sont entrés en contact, le plus souvent c'était à de rares occasions comme le déclarent 36% des orthophonistes et 50% des kinésithérapeutes. Le mode d'exercice n'a pas d'influence sur la fréquence de ces échanges, alors que nous supposions les professionnels salariés plus sensibilisés au travail en collaboration.

4.7. Nature des contacts établis

Question OK11 : « Quelle était la nature de ces contacts (ex : échanges d'informations au sujet du patient, collaboration, séances de rééducation communes...) ? »

En ce qui concerne la nature de ces contacts, 5 kinésithérapeutes sur les 6 répondants indiquent avoir eu des échanges d'informations avec l'orthophoniste sans étayer davantage leurs réponses. Deux d'entre eux précisent que ces échanges ont eu lieu par téléphone. Enfin, 2 kinésithérapeutes déclarent avoir fait des transmissions écrites à leur collègue et un kinésithérapeute dit avoir assisté à des réunions de synthèse en centre en précisant avoir eu peu d'échanges avec l'orthophoniste.

Cinq orthophonistes répondants sur les 9 indiquent l'échange d'informations au sujet du patient et/ou du travail proposé en séance. Les autres types de contacts mentionnés par les orthophonistes sont la collaboration (1 répondant) et les séances en commun (1 répondant). Un orthophoniste indique que les échanges se sont faits en sens unique avec la « *formation du kiné, explication des massages et des exos* ». Un autre rapporte avoir entretenu des échanges houleux avec le kinésithérapeute de son patient en raison d'une divergence des pratiques.

4.8. Intérêts à proposer une double prise en charge orthophonie-kinésithérapie

Question OK12 : « Estimez-vous qu'il serait intéressant de proposer une double prise en charge orthophonie-kinésithérapie dans le cadre d'une PFP ? Pour quelle(s) raison(s) ? » (question ouverte)

77% des orthophonistes et 81% des kinésithérapeutes ont répondu favorablement à la mise en place d'une double prise en charge orthophonie-kinésithérapie dans le cadre d'une PFP. Sept autres orthophonistes ont répondu ne pas savoir s'il serait intéressant de proposer une double prise en charge et/ou ne pas savoir quel travail proposent les kinésithérapeutes, ce dernier point ne leur permet donc pas de donner leur point de vue. Un des kinésithérapeutes s'oppose véritablement à une double prise en charge en mettant en avant la divergence d'objectifs, ce qui nous paraît être compatible avec une double prise en charge. Un autre n'y voit pas vraiment d'intérêt, le patient « *risquant de ne penser qu'à sa paralysie faciale s'il bénéficie d'un double suivi rééducatif* ».

Les principales raisons pour lesquelles ces deux professionnels sont favorables à une double prise en charge sont les suivantes :

- **la complémentarité des axes de travail** (8 orthophonistes et 7 kinésithérapeutes) ;
- **l'amélioration de l'efficacité de la prise en charge** (3 orthophonistes, 2 kinésithérapeutes) ;
- **la multiplication des approches et des techniques** (3 orthophonistes et 1 kinésithérapeute) ;
- **l'enrichissement des pratiques** (2 orthophonistes) ;
- **l'expertise des kinésithérapeutes dans les domaines suivants** : massages (2 orthophonistes), stimulations électriques (2 orthophonistes), travail musculaire (3 orthophonistes), « *travail plus approprié de la face grâce aux massages et au travail manuel* » (1 kinésithérapeute) ;
- **l'expertise des orthophonistes dans les domaines suivants** : articulation (5 kinésithérapeutes), déglutition (4 kinésithérapeutes), phonation (1 kinésithérapeute).

4.9. Intérêts à proposer une collaboration interprofessionnelle

Question OK13 : « Estimez-vous qu'il serait intéressant pour l'orthophoniste et le kinésithérapeute de collaborer dans le cadre de la prise en charge d'une PFP ? Pour quelle(s) raison(s) ? »

Seuls quelques professionnels ont donné des réponses adaptées à notre questionnement. La collaboration peut être intéressante pour diverses raisons selon eux, puisqu'elle permet :

- **une coordination de leur travail** : accorder les objectifs, répartir les axes de travail, planifier les séances au mieux (6 orthophonistes et 1 kinésithérapeute) ;
- **les échanges de techniques de rééducation** (3 orthophonistes) ;
- **les échanges interprofessionnels** : échanges de points de vue (2 orthophonistes), échanges à propos des difficultés rencontrées (2 orthophonistes) ;
- **d'évoluer ensemble** (un kinésithérapeute) ;
- **une cohérence du discours des professionnels intervenant auprès du patient** (un kinésithérapeute).

Certains orthophonistes et kinésithérapeutes disent de se référer à leur réponse à la

question OK12 tandis que d'autres mentionnent des raisons imputables à la double prise en charge, telles que la complémentarité des pratiques ou le fait d'utiliser des méthodes de rééducation différentes. Nous pouvons alors nous demander si les professionnels interrogés font la différence entre la double prise en charge et la collaboration.

4.10. Volonté des professionnels à collaborer

Question OK14: « Si vous n'avez jamais eu l'occasion de collaborer avec un kinésithérapeute, envisageriez-vous de le faire si l'occasion se présentait à vous ? »

Tous les professionnels de notre échantillon, qui n'ont jamais eu l'occasion auparavant de collaborer avec un orthophoniste ou un kinésithérapeute, seraient enclins à le faire si l'occasion se présentait à eux. Ces résultats montrent que les orthophonistes, autant que les kinésithérapeutes, sont prêts à s'ouvrir aux pratiques professionnelles de l'autre afin de pouvoir offrir à leurs patients une prise en charge optimale.

5. Commentaires

Dans l'espace réservé aux commentaires, plusieurs professionnels ont exprimé leur intérêt à l'égard de notre étude et nous ont communiqué leurs coordonnées pour que nous leur transmettions notre travail.

Certaines questions ont fait l'objet de remarques. Un kinésithérapeute déclare que la question OK6 est trop orientée tandis qu'un autre pense que nous proposons un trop grand nombre de questions à choix multiples, ce qui peut conduire à recueillir des résultats peu exploitables. Pour ce même kinésithérapeute, la question TM2 est biaisée car nous suggérons les réponses « muscles constricteurs » et « travail de l'œil en priorité » alors que l'orbiculaire de l'œil est un muscle constricteur. Nous avons choisi de suggérer ces deux réponses aux professionnels car seule la littérature kinésithérapique évoque la rééducation des muscles constricteurs avant celles des dilatateurs. De plus, prioriser l'un de ces deux travaux (travail de l'œil ou des muscles constricteurs) n'implique pas nécessairement de privilégier l'autre, puisque cela dépend des connaissances et des choix de chacun.

Certaines questions ont été difficiles à appréhender pour les professionnels. C'est le cas des questions OK12 et OK13 qui interrogent l'intérêt à proposer une double prise en charge ou une collaboration, puisqu'un orthophoniste et un kinésithérapeute estiment qu'elles

sont identiques. La question TP5, sur l'utilisation de stimulations électriques, a pour sa part posé problème à un orthophoniste qui utilise le Nostrafon®. Il décrète qu'il aurait fallu formuler cette question plus précisément puisque le Nostrafon® utilise « *des ondes magnétiques et non électriques* ».

En ce qui concerne le questionnaire en lui-même, les avis divergent : deux kinésithérapeutes le trouvent trop long, tandis que deux autres estiment qu'il est complet.

6. Conclusion des résultats

L'objectif de ce questionnaire était double : établir un état des lieux des pratiques professionnelles des orthophonistes et des kinésithérapeutes afin de conclure à une éventuelle complémentarité, et de voir si une collaboration interprofessionnelle les intéresserait.

Notre enquête a montré une disparité évidente entre la formation initiale des orthophonistes et celle des kinésithérapeutes. Si la plupart de ces derniers déclarent avoir eu un enseignement sur les PFP pendant leurs études et s'en disent satisfaits, ce n'est pas le cas des orthophonistes. Les orthophonistes interrogés ayant tous bénéficié de la formation initiale en 3 ans ou en 4 ans, il est à espérer que ces résultats évolueront dans les années à venir grâce à la formation en 5 ans qui devrait s'avérer plus complète pour prendre en charge les PFP.

Au sujet de la prise en charge en elle-même, les résultats obtenus suite à la diffusion de nos questionnaires nous ont permis d'avoir une idée plus précise des divergences d'objectifs, de moyens et de domaines d'intervention entre les thérapeutes. Les objectifs des orthophonistes sont davantage orientés vers la récupération fonctionnelle par rapport à ceux des kinésithérapeutes, notamment en ce qui concerne l'articulation ainsi que la déglutition et la mastication. Ces deux mêmes domaines sont également davantage pris en charge par les orthophonistes que par les kinésithérapeutes, alors que ces derniers sont habilités à rééduquer les troubles de la déglutition. Ces résultats sont donc conformes à ce que suggérait la littérature spécialisée.

Les autres différences notables entre les pratiques de chacun touchent les moyens que les professionnels emploient au cours de la prise en charge. Des différences sont à noter dans le choix du matériel utilisé par les professionnels au cours de l'évaluation clinique. En effet, les kinésithérapeutes sont nombreux à proposer une échelle d'évaluation de la douleur alors

qu'aucun orthophoniste n'en fait mention. Les orthophonistes, quant à eux, sont les seuls à utiliser un outil d'évaluation standardisé pour la parole. Les kinésithérapeutes ne citent aucun test évaluant cette fonction, bien qu'ils soient nombreux à l'évaluer. En ce qui concerne la rééducation, la plupart des orthophonistes et des kinésithérapeutes pratiquent des massages externes, notamment pour préparer le visage au travail musculaire. Cependant, ils n'utilisent pas les mêmes techniques de massage et n'accordent pas une importance conjointe aux mêmes principes. Ainsi, les kinésithérapeutes pratiquent le drainage lymphatique, technique très peu utilisée par les orthophonistes. La technique du masque est également une technique à laquelle les kinésithérapeutes ont davantage recours. Notons enfin que les kinésithérapeutes semblent plus nombreux que les orthophonistes à adapter leurs massages selon le profil du patient. A propos des autres techniques préparatoires, la vibrothérapie et la thermothérapie sont utilisées par une plus grande proportion d'orthophonistes, bien qu'elles soient citées uniquement dans le décret de compétences des kinésithérapeutes comme techniques de rééducation. Par ailleurs, les orthophonistes sont bien plus nombreux que les kinésithérapeutes à proposer un travail de relaxation. Près de la moitié des kinésithérapeutes agissent par contre sur les points gâchettes, alors que cette pratique, pourtant préconisée par Martin (2013), orthophoniste, est peu répandue chez les orthophonistes. Quant à l'électrothérapie, il s'agit d'une pratique quasi exclusive aux kinésithérapeutes.

Nous pouvons, de par ces divergences dans la prise en charge des patients avec PFP, conclure à une certaine complémentarité dans les objectifs, moyens et domaines d'intervention des thérapeutes. Néanmoins, cette complémentarité est relative puisque les axes de travail principaux de ces deux thérapeutes sont les mêmes. La grande majorité de ces deux thérapeutes accorde en effet au patient un temps d'échanges pour lui fournir des conseils et des explications, réalise des massages et propose un travail musculaire.

En ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle, les thérapeutes estiment qu'elle serait intéressante à mettre en place. En effet, une part importante des professionnels de notre échantillon reconnaît s'être déjà sentie en difficulté lors de la prise en charge d'un patient porteur d'une PFP, et ils sont nombreux à voir l'orthophonie et la kinésithérapie comme des recours potentiels pour renforcer l'efficacité de leur travail. La majorité des thérapeutes interrogés pensent qu'il existerait un intérêt non seulement à proposer une double prise en charge orthophonie-kinésithérapie, du fait de la complémentarité des deux disciplines, mais également à travailler en collaboration afin d'échanger à propos de leurs interventions respectives et de les coordonner. Tous les professionnels interrogés n'ayant

jamais eu l'occasion de collaborer auparavant se disent d'ailleurs prêts à le faire s'ils en ont un jour l'occasion. Toutefois, un certain nombre de professionnels répondants méconnaissent les axes de travail de leurs collègues ou pensent qu'ils se limitent à leurs domaines d'expertise, à savoir les troubles de la parole et de la déglutition pour les orthophonistes et les massages, les stimulations électriques et le travail musculaire pour les kinésithérapeutes.

Cinquième partie :

Discussion

Après avoir mis en perspective les résultats obtenus suite à la diffusion de nos questionnaires avec la littérature, nous examinerons nos hypothèses, et présenterons les limites de notre étude ainsi que les perspectives de poursuite de notre travail.

1. Mise en perspective des résultats avec la littérature

▪ Questions AE1 et TF1

Même s'ils sont bien moins nombreux que les orthophonistes, un taux non négligeable de kinésithérapeutes évalue et rééduque l'articulation. Puisque seul un article de kinésithérapie (Bernard, 2013) mentionne l'évaluation de l'articulation, nous nous attendions à ce que très peu de kinésithérapeutes interviennent dans ce domaine. L'évaluation et la rééducation des troubles de l'articulation ne relevant pas de leur champ de compétences mais de celui des orthophonistes, il aurait été intéressant de connaître les moyens qu'ils utilisent. Les interroger à ce propos nous aurait permis de voir si la manière dont ils interviennent dans ce domaine est semblable à celle des orthophonistes.

▪ Question TP1

Même si les articles et les ouvrages orthophoniques consacrés aux PFP abordent l'exercice des massages, nous ne nous attendions pas à ce qu'un taux aussi élevé d'orthophonistes en pratique. D'après les résultats recueillis, les orthophonistes sont globalement aussi nombreux que les kinésithérapeutes à proposer des massages à leur patient. Lors de la prise en charge d'un patient présentant une PFP, ils utilisent donc l'une des techniques de rééducation dont le kinésithérapeute détient l'expertise. Interroger les orthophonistes pour savoir s'ils se sentent à l'aise ou en difficulté dans la pratique des massages aurait été pertinent ici.

Alors que les techniques de thermothérapie et de vibrothérapie figurent dans leur décret de compétences, certains kinésithérapeutes de notre échantillon ne proposent pas de travail préparatoire au travail musculaire. A contrario, tous les orthophonistes interrogés se servent au moins de l'une des techniques suggérées dans notre questionnaire. Ces résultats sont surprenants car tous les articles et ouvrages traitant de la prise en charge kinésithérapique

auxquels nous avons eu recours pour les assises théoriques abordent les techniques préparatoires.

2. Examen des hypothèses

HYPOTHESES	EXAMEN DES HYPOTHESES
<p>Hypothèse 1 (H1) : Bien qu'il y ait des objectifs, des moyens et des domaines d'intervention communs, il existerait une complémentarité entre la prise en charge orthophonique et kinésithérapique des paralysies faciales périphériques non opérées, quel que soit le mode d'exercice des professionnels.</p>	<p>Hypothèse partiellement validée. Les résultats de notre étude confirment que certains objectifs, moyens et domaines d'intervention sont transversaux aux orthophonistes et aux kinésithérapeutes tandis que d'autres divergent. Pour ce qui est des objectifs et des domaines d'intervention, les différences notables concernent le travail fonctionnel, notamment celui de l'articulation, et de la déglutition et mastication. Au niveau des moyens, ce sont les techniques préparatoires au travail musculaire, les techniques de massages et l'électrothérapie qui permettent de faire une distinction entre les pratiques professionnelles de chaque thérapeute. Par contre, la faible participation des professionnels exerçant exclusivement en salariat ne nous a pas permis de réaliser des comparaisons intraprofessionnelles.</p>
<p>Hypothèse 2 (HA) : Bien qu'il y ait des objectifs, des moyens et des domaines d'intervention communs, il existerait une complémentarité entre la prise en charge orthophonique et kinésithérapique des paralysies faciales périphériques avec chirurgie palliative, quel que soit le mode d'exercice des professionnels.</p>	<p>Hypothèse non traitée. En raison du peu d'orthophonistes et de kinésithérapeutes de notre échantillon ayant pris en charge une paralysie faciale périphérique avec chirurgie palliative, nous n'avons pas pu traiter cette hypothèse.</p>
<p>Hypothèse 3 (H3) : Les orthophonistes et les kinésithérapeutes entreraient rarement en contact dans le cadre de la prise en charge des paralysies faciales périphériques, et plus particulièrement lorsqu'ils exercent exclusivement en libéral.</p>	<p>Hypothèse partiellement validée. Les résultats obtenus à la question OK10 montrent que les contacts interprofessionnels sont limités. Compte tenu du faible taux de participation des professionnels exerçant exclusivement en salariat, nous ne pouvons pas nous positionner quant à une différence selon le mode d'exercice.</p>

<p>Hypothèse 4 (H4) : Les orthophonistes et les kinésithérapeutes seraient prêts à collaborer dans le cadre de la prise en charge des paralysies faciales périphériques, quel que soit leur secteur d'activité.</p>	<p>Hypothèse validée. 95% des kinésithérapeutes et 80% des orthophonistes estiment que la collaboration interprofessionnelle est intéressante. Tous les professionnels n'ayant jamais collaboré auparavant ont déclaré être enclins à le faire si l'occasion se présentait à eux.</p>
--	--

3. Réflexion personnelle sur la collaboration interprofessionnelle

Nous avons pu constater que les professionnels paraissent, dans l'ensemble, favorables à un travail en collaboration. La pratique en collaboration interprofessionnelle pourrait offrir de multiples avantages aussi bien aux patients qu'aux thérapeutes. Notre travail nous a permis de mettre en lumière certains de ces avantages, à savoir le fait de proposer une prise en charge plus complète au patient pour favoriser la meilleure récupération possible, mais aussi de pallier les manques de formation auxquels sont confrontés les professionnels. De plus, les thérapeutes sont nombreux à avoir été exposés à des difficultés lors de la prise en charge d'un patient porteur d'une PFP. Avoir la possibilité d'échanger avec un collègue au sujet d'un patient commun leur aurait certainement permis de confronter leurs points de vue et de mieux faire face aux difficultés qui dépassaient parfois les capacités de leur profession.

Néanmoins, la collaboration interprofessionnelle ne nous semble pas être une nécessité pour tous les patients. En effet, le travail proposé par les orthophonistes et les kinésithérapeutes sont proches, il nous semble donc judicieux de proposer ce mode d'intervention essentiellement en cas de récupération difficile, lorsque le thérapeute se sent en difficulté, ou encore lorsque les domaines et les moyens d'intervention relevant de l'expertise de chacun sont nécessaires à la récupération du patient.

Qui plus est, la collaboration interprofessionnelle pour les patients présentant une PFP n'est pas facile à mettre en place en pratique. En effet, certaines zones géographiques de la France sont sous-dotées en orthophonistes et/ou en kinésithérapeutes. De plus, certains thérapeutes refusent la prise en charge de cette pathologie, comme nous en ont fait part certains des sondés vis-à-vis de leurs collègues. La collaboration interprofessionnelle, bien

qu'elle puisse représenter le mode d'intervention idéal pour certains patients, est donc exposée à des obstacles d'ordre organisationnel ou personnel.

Enfin, il paraît opportun de s'interroger sur les effets de l'évolution des enseignements proposés au cours de la formation initiale, puisque les professionnels mettent souvent en lien leurs difficultés avec leur manque de formation. Nous pouvons supposer qu'un enrichissement de la formation initiale pourrait amener à ce que, dans la plupart des cas, les thérapeutes travaillent de manière indépendante.

4. Limites de l'étude

4.1. Limites liées à notre échantillon

L'une des limites majeures de notre étude est le faible effectif de professionnels à avoir participé à notre étude, puisqu'ils sont seulement 56 à l'avoir fait. De plus, les professionnels ne sont pas représentés de manière équitable puisque seuls 21 kinésithérapeutes ont participé à notre étude contre 35 orthophonistes. Ce faible taux de participation et cette disparité ne nous permettent donc pas de généraliser nos résultats à l'ensemble des orthophonistes et des kinésithérapeutes ayant déjà pris ou prenant en charge des patients porteurs d'une PFP, ni de les comparer de manière optimale.

4.2. Limites liées au mode d'exercice des professionnels

Préalablement au recueil des réponses, nous avons prévu d'effectuer des comparaisons non seulement interprofessionnelles mais aussi intraprofessionnelles. Cependant, le taux de participation des professionnels exerçant exclusivement en libéral étant prédominant, rares sont les résultats que nous avons pu comparer selon le mode d'exercice.

4.3. Limites liées aux types de paralysies faciales périphériques rencontrés par les professionnels

La plupart des professionnels de notre échantillon ont pris en charge une ou des PFP

flasque(s) ou présentant des complications musculaires. Les professionnels ayant pris en charge un patient ayant bénéficié d'une chirurgie de réhabilitation sont très peu représentés puisque seuls 9 orthophonistes et 4 kinésithérapeutes ont déclaré avoir pris en charge un patient suite à une AHF, et 4 orthophonistes et 4 kinésithérapeutes ont rééduqué un patient suite à une MAT. L'effectif de professionnels étant trop faible, les données provenant des questions AHF1, MAT1 et MAT2 ont été commentées succinctement.

Bien que nous sachions quels types de PFP les professionnels ont rencontrés, nous ne savons pas combien de patients porteurs d'une PFP ils ont pris en charge. Il aurait été intéressant de connaître le nombre de patients présentant une PFP pris en charge par chaque professionnel pour voir si cette variable entre en jeu au niveau des difficultés ressenties et des méthodes de travail de chacun.

4.4. Limites liées à la longueur du questionnaire

Etant donné que nous voulions traiter de la prise en charge des PFP dans sa globalité, le questionnaire que nous avons élaboré est relativement long et comporte de nombreuses questions. Lors de l'analyse des résultats, il a été parfois difficile de faire des liens entre des questions dont les résultats se recourent.

Par ailleurs, la longueur et la densité du questionnaire ont gêné certains des professionnels répondants qui nous l'ont fait remarquer dans la partie réservée aux commentaires. Ce désagrément a certainement contribué au fait que nous ayons recueilli des réponses parfois très succinctes à nos questions ouvertes. Toutefois, afin de pouvoir répondre à nos hypothèses, nous pouvions difficilement proposer un questionnaire plus court et réduire le nombre de nos propositions de réponses.

4.5. Limites liées aux questions

4.5.1. Limites liées aux types de questions

- **Les questions ouvertes**

Les questions ouvertes sont plus difficiles à analyser que les questions fermées, d'autant plus lorsque les réponses données par les professionnels véhiculent des idées

semblables mais formulées de manières différentes. En choisissant de traiter chaque réponse manuellement et de regrouper celles partageant la même idée sous un même code, nous avons fait intervenir une part de subjectivité non négligeable, ce qui a pu biaiser l'analyse.

En outre, les questions ouvertes ont entraîné à plusieurs reprises l'obtention de réponses imprécises, évasives ou incohérentes qui n'ont pas pu être exploitées.

- **Les questions à choix multiples**

Pour éviter de proposer un nombre trop important de questions ouvertes, et afin de limiter la tâche rédactionnelle de la personne interrogée, nous avons eu recours à des questions à choix multiples. Ce type de question, même si il permet une analyse facilitée, influence les choix de réponses des thérapeutes interrogés. Ainsi, ces derniers sont susceptibles de nous avoir fourni des réponses auxquelles ils n'auraient pas pensé spontanément si nous ne les avions pas suggérées.

4.5.2. Limites liées à la formulation et aux suggestions de réponses de certaines questions

Au vu des résultats obtenus, certaines questions de notre questionnaire auraient mérité d'être plus précises.

- **Question EC3**

Dans la formulation de cette question, il aurait été plus judicieux de demander aux professionnels de préciser le nom du bilan ou du test qu'ils utilisent lors de l'évaluation clinique. Cette correction nous aurait certainement permis d'éviter d'obtenir un grand nombre de réponses inexploitable ou imprécises, notamment de la part des kinésithérapeutes. Ces réponses jugées inexploitable ont biaisé une partie de notre analyse, rendant celle-ci probablement peu conforme à la réalité clinique des professionnels interrogés. Ainsi, la comparaison interprofessionnelle nous paraissait peu pertinente ici.

- **Question TM2**

Alors que tous les professionnels interrogés déclarent proposer un travail musculaire

lors de la rééducation, tous n'ont pas répondu à la question TM2. Nous pouvons supposer que les professionnels n'ayant pas répondu à cette question ne se sont pas retrouvés dans les réponses que nous avons proposées. Pour éviter que certains professionnels ne répondent pas, nous aurions dû ajouter une réponse « Autre » aux réponses suggérées.

- **Question M1**

L'analyse qualitative nous a permis de constater que l'expression « méthode de rééducation » figurant dans cette question manque de clarté puisque plusieurs des professionnels interrogés, orthophonistes et kinésithérapeutes confondus, ont cité soit des techniques soit des outils de rééducation et non pas des méthodes, contrairement à ce que nous attendions.

- **Question OK7**

Il aurait été intéressant de demander aux professionnels s'ils savaient que leurs collègues, orthophonistes ou kinésithérapeutes, prennent en charge, tout comme eux, les PFP.

4.6. Limites liées aux réponses obtenues

- **Questions DS1 et DS2**

L'objectif de ces questions était d'avoir une idée du déroulement d'une séance « type » menée par chaque professionnel et du temps consacré à chaque domaine. Toutefois, la prise en charge proposée par les thérapeutes dépend des domaines atteints et des plaintes du patient, il est donc difficile de formuler une séance « type » lorsque nous savons que le praticien peut être amené à intervenir dans plus ou moins de domaines.

Si nous nous référons à la NGAP, la durée minimale des séances d'orthophonie pour les actes portant sur les troubles engendrés par la paralysie faciale est de 30 minutes, et la durée des séances de kinésithérapie est de l'ordre de 30 minutes. Toutefois, un orthophoniste interrogé précise qu'il effectue des séances de 45 minutes, ce qui lui permet d'intervenir dans plus de domaines et/ou de consacrer plus de temps à chaque domaine. Ne sachant pas quelle durée les autres professionnels interrogés accordent à leurs séances, il nous paraissait erroné

de comparer des résultats ne reposant pas sur la même base temporelle. Ainsi, nous avons fait le choix de ne pas tenir compte des résultats obtenus à ces deux questions pour l'examen de notre hypothèse 1.

- **Questions OK12 et OK13**

Certaines réponses obtenues à ces deux questions nous laissent penser que tous les professionnels de notre échantillon ne font pas la distinction entre une double prise en charge et une collaboration interprofessionnelle. La double prise en charge ne requiert pas de contacts entre les professionnels, alors que la collaboration en nécessite, afin de coordonner les connaissances et les pratiques professionnelles et ainsi proposer une prise en charge optimale. Toutefois, certains thérapeutes en faveur d'une double prise en charge ont justifié leur positionnement en évoquant les échanges entre professionnels, tandis que d'autres ont défendu l'intérêt de la collaboration interprofessionnelle en mentionnant la complémentarité des axes de travail de l'orthophoniste et du kinésithérapeute.

- **Rubrique « Autre »**

Les réponses données dans la rubrique « Autre » ont été tellement disparates que nous avons fait le choix de faire figurer dans l'analyse uniquement les réponses les plus intéressantes au regard de notre sujet, afin de ne pas alourdir notre analyse, déjà longue.

4.7. Limites liées au choix de l'outil méthodologique

En analysant les données recueillies grâce aux questionnaires, nous avons pris conscience que notre outil méthodologique présente des inconvénients. En proposant aux professionnels des questionnaires administrés exclusivement via Internet, nous n'avons pas pu interagir avec eux. Par conséquent, les réponses données par les orthophonistes et les kinésithérapeutes ont, en particulier pour certaines questions ouvertes, manqué de précision ou de cohérence avec la question de départ. En effet, durant l'entretien semi-directif, il est possible de conférer à notre interlocuteur davantage d'indications si besoin et de lui préciser nos attentes, alors que le questionnaire en ligne est administré sans que nous ayons la certitude que nos questions aient bien été appréhendées par les professionnels. De plus, il ne

permet pas de contrôler qui répond aux questionnaires. Par conséquent, nous avons recueilli des réponses qui semblaient évoquer une PFC et non pas une PFP, l'un des kinésithérapeutes expliquant dans une de ses réponses que la PFP était « *toujours accompagnée d'une hémiplégie* ». Enfin, les questionnaires auto-administrés entraînent des réponses moins riches que les entretiens semi-directifs.

5. Pistes de recherche et perspectives

A l'issue de notre étude, les pistes de recherche et les perspectives de poursuite sont multiples.

Comme nous l'avons évoqué dans la sous-partie précédente, le choix du questionnaire auto-administré a limité la richesse des réponses des professionnels interrogés. Pour prolonger notre travail, il serait intéressant de proposer des entretiens semi-directifs aux orthophonistes et aux kinésithérapeutes ayant déjà pris ou prenant en charge des patients porteur d'une PFP, en particulier pour connaître leur opinion sur l'intérêt d'une collaboration interprofessionnelle.

A plus long terme, il pourrait être intéressant de renouveler cette étude pour voir si l'évolution des formations initiales des orthophonistes et des kinésithérapeutes a un effet sur les pratiques professionnelles de chacun.

Dans le cadre de collaborations orthophonie-kinésithérapie existantes, il pourrait être intéressant d'interroger les différents acteurs, à savoir les thérapeutes et leurs patients, pour connaître leur avis et leur ressenti par rapport à cette pratique. Cette démarche permettrait de savoir, en pratique, quels sont les apports et les inconvénients d'un travail en collaboration lors de la prise en charge des PFP.

Les réponses recueillies à la question sur les outils que les professionnels utilisent lors de l'évaluation clinique montrent qu'il n'existe pas de matériel édité spécifique à l'évaluation de l'ensemble des conséquences engendrées par la paralysie faciale périphérique. Réfléchir à la création d'un matériel d'évaluation constitue donc une autre piste de recherche.

Dans le cadre de notre travail, nous nous sommes intéressées exclusivement à la prise en charge des PFP sans traiter des PFC. Toutefois, ces dernières requièrent également une prise en charge rééducative spécifique. Ainsi, la réalisation d'un mémoire pour guider les professionnels dans la prise en charge des PFC pourrait faire l'objet d'un autre travail de recherche. L'un des orthophonistes de notre échantillon nous a d'ailleurs fait part d'un manque

de documentation à ce sujet, et nous a expliqué s'être senti « *très seul et démun*i lors de ces *prises en charge* ».

Conclusion

Lorsqu'un patient est porteur d'une paralysie faciale, il peut être amené à être pris en charge par un orthophoniste et/ou un kinésithérapeute. Cette prise en charge étant peu répandue chez ces deux professionnels, nous avons voulu savoir ce que chacun d'entre eux propose à leurs patients. Pour ce faire, nous avons souhaité établir un inventaire des pratiques professionnelles en mettant en lien les données de la littérature avec celles recueillies auprès des thérapeutes. La réalisation de cet inventaire avait un double objectif : mieux cerner les axes de travail des kinésithérapeutes et des orthophonistes mais aussi vérifier si une complémentarité existe entre leurs objectifs, leurs champs d'intervention et les moyens qu'ils utilisent. Par ailleurs, il nous paraissait nécessaire de connaître l'opinion des thérapeutes à propos d'une potentielle collaboration interprofessionnelle, s'il s'avérait que cette complémentarité existe.

Pour cela, nous avons réalisé deux questionnaires semblables : l'un destiné aux orthophonistes et l'autre aux kinésithérapeutes. Le seul critère de sélection que nous avons établi était que le thérapeute répondant ait pris en charge au moins un patient porteur d'une PFP au cours de son parcours professionnel. Nos deux questionnaires ont été auto-administrés exclusivement via Internet. Ils nous ont permis de recueillir les réponses de 56 professionnels : 35 orthophonistes et 21 kinésithérapeutes.

Si les réponses recueillies grâce aux questionnaires nous ont confortées dans l'idée que de nombreuses similarités coexistent dans le travail proposé par les orthophonistes et les kinésithérapeutes, elles ont également fait émerger des différences notables entre leurs pratiques respectives. Par ailleurs, elles nous ont permis de connaître le positionnement des thérapeutes à l'égard d'une collaboration interprofessionnelle.

Au terme de notre étude, nous pouvons tirer plusieurs conclusions par rapport aux prises en charge des PFP non opérées. Néanmoins, il convient de nuancer ces résultats en raison du faible effectif de professionnels répondants.

Les objectifs de rééducation principaux des orthophonistes et des kinésithérapeutes sont les mêmes, ce qui explique qu'ils interviennent dans des domaines communs. Au niveau des moyens employés, les massages sont la technique préparatoire à laquelle les professionnels ont recours de manière prédominante. Dans la réalité clinique, il existe donc un chevauchement des pratiques professionnelles, ce qui est conforme aux données de la littérature.

Bien que les professionnels aient des objectifs en commun, nous avons constaté que ceux des orthophonistes sont davantage orientés vers la récupération fonctionnelle, notamment en ce qui concerne l'articulation, la déglutition et la mastication. Les orthophonistes interviennent donc de façon préférentielle dans ces domaines, comme le suggère la littérature. Par ailleurs, il existe des différences interprofessionnelles dans le choix des outils et des techniques au cours de la prise en charge. Ces différences concernent les outils d'évaluation ainsi que les techniques pour préparer la face au travail musculaire. Malgré leur ressemblance, le travail des orthophonistes et des kinésithérapeutes conserve donc une part de spécificité relative aux connaissances et à l'expertise de chacun.

De nombreux professionnels sont sujets à des difficultés au cours de la prise en charge, le plus souvent à cause d'un manque de formation initiale. Ils sont nombreux à penser que l'orthophonie ou la kinésithérapie constitue un recours intéressant à proposer au patient pour lui offrir un suivi plus efficace. Pour autant, de nombreux professionnels méconnaissent les axes de travail de leurs collègues. Cette méconnaissance peut être en lien avec le fait que les prises en charge pluridisciplinaires ne soient pas très courantes, même si elles existent. En effet, les prises en charge sont individuelles dans la plupart des cas, ce qui ne favorise pas les échanges entre les professionnels et ne contribue pas à une meilleure diffusion des savoirs et des expertises de chacun. Changer de mode d'intervention en privilégiant la collaboration interprofessionnelle permettrait aux orthophonistes et aux kinésithérapeutes d'allier leurs connaissances, leur expérience et leur expertise au profit du patient. Néanmoins, leurs principaux axes de travail étant similaires, la collaboration interprofessionnelle ne semble pas être nécessaire systématiquement, mais dans certains cas, notamment en regard du profil du patient.

Mener ce travail de recherche nous a permis d'enrichir nos connaissances théoriques sur une pathologie qui reste encore mal connue des orthophonistes. De plus, notre travail nous a amenées à nous éloigner des pratiques professionnelles exclusivement orthophoniques pour nous intéresser à celles des kinésithérapeutes dans le cadre d'une même pathologie. Nous initier au travail des kinésithérapeutes nous a permis de mieux connaître leurs techniques et les actes qu'ils effectuent, ce qui nous sera utile lorsque nous serons nous-mêmes amenées à exercer.

Références

Bibliographie

AUCH-ROY K., DUAULT J.-M., GOUILLY P. (2003). Prise en charge de 2 patients présentant une paralysie faciale. *Kinésithérapie la revue*, 3(14-15), 62-68.

BEURSKENS C.H., HEYMANS P.G. (2003). Positive effects of Mime Therapy on sequelae of facial paralysis : stiffness, lip mobility, and social and physical aspects of physical disability. *Otology and Neurotology*, 24(4), 677-681.

BERNARD C. (2013). Kinésithérapie des paralysies faciales. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Kinésithérapie – Médecine physique – Réadaptation*, 3(9), 1-11.

BERTHIER N. (2010). *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, 4^{ème} édition. Paris, Armand Colin.

BLANCHIN T., MARTIN F., LABBE D. (2013). Rééducation des paralysies faciales après allongement du muscle temporal. Intérêt du protocole « effet-miroir ». *Annales de chirurgie plastique esthétique*, N°58, p.632-637.

BLEECKX D., POSTIAUX G. (2002). Déglutition – évaluation – rééducation. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*.

CHEVALIER A.M. (2003). Rééducation des paralysies faciales centrales et périphérique. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale – Kinésithérapie – Médecine physique – Réadaptation*.

CHOQUET M. (2011). *La paralysie faciale idiopathique : orthophonie et kinésithérapie. Elaboration d'un feuillet informatif destiné aux médecins prescripteurs*. Mémoire présenté dans l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Strasbourg.

CLOUTEAU F. (2002). V3M – Un outil de transmission didactique au service de la rééducation oro-faciale. *Rééducation Orthophonique*, N°210, 49-55.

COQUET F. (2002). Le bilan du langage oral. *Rééducation orthophonique*, N°212, 23-42.

COULSON, ADAMS, O'DWYER et coll. (2006). Physiotherapy rehabilitation of the smile after long-term facial nerve palsy using Video Self-Modeling and implementation intentions. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, N°134, 48-55.

COUTURE G., EYOUM I., MARTIN F. (1997). *Les fonctions de la face. Evaluation et rééducation*. Isbergues, Ortho Edition.

DARROUZET V., HOULIAT T., LACHER FOUGERE S. et coll. (2002). Paralysies faciales. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*.

DELIGNIERES M. (1994). Le massage en gériatrie. Thérapie, langage et relation. *Rééducation orthophonique*, N°177.

DE CHAVIGNY D. (2009). Petit guide de la paralysie faciale. *Kinésithérapie Scientifique*, 501, 24-30.

DEVEZE A., AMBRUN A., GRATACAP M. et coll. (2013). Paralysies faciales périphériques. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Oto-rhino-laryngologie*, 8(3), 1-22.

DEVRON V. (2014). *Paralysie faciale périphérique : état des lieux des prises en charge kinésithérapeutiques et orthophoniques*. Mémoire présenté dans l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Franche-Comté.

DUFOUR M., COLNE P., GOUILLY P. (2006), *Massages et massothérapie – Effets, techniques et applications*, 2^{ème} édition, Paris, Maloine.

EYOUM I. (2008). Le toucher orthophonique dans les maladies neurodégénératives. *Rééducation orthophonique*, N°236, 93-98.

EYOUM I. (2012). Le toucher touche à tout. *Ortho Magazine*, N°101, 14-16.

FENNETEAU H. (2015). *L'enquête : entretien et questionnaire*, 3^{ème} édition. Paris, Dunod.

HOANG-XUAN T., PRISANT O. (1998). Kératites. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Traité de médecine AKOS*.

GATIGNOL P., TANKERE, BERNAT I. et coll. (2002). Evaluation de l'articulation et de la déglutition après anastomose hypoglosso-faciale. *Rééducation orthophonique, N°210*, 63-76.

GREFFARD S., AMERI A. (2000). Paralyse faciale. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, AKOS Encyclopédie pratique de médecine*, 1-4.

KECH G., PLANCHE M.A., BUATOIS S. (2015). Point sur la formation continue des masseurs-kinésithérapeutes libéraux de Lorraine à l'heure du développement professionnel continu (DPC). *Kinésithérapie, 15(158)*, 51.

KREMER J.-M., LEDERLE E. (2009). *L'Orthophonie en France. Que sais-je ?*. Paris, Presses Universitaires de France.

LACOMBE H., (2000). Evaluation de la paralysie faciale périphérique échelle de House-Brackmann. *Revue de neurologie, 156(8-9)*, 806-808.

LAFOUCRIERE A., SARRAZIN F. (2012), *Evaluation des pratiques professionnelles : le cas des paralysies faciales périphériques*, Mémoire présenté dans l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Paris.

LAGARDE J., AMERI A. (2012). Paralyse Faciale. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Traité de médecine AKOS, 7(2)*, 1-7.

LAMAS G., TANKERE F. (2004). *Paralysies Faciales*. Paris, Solal.

LAMAS, G., GATIGNOL, P. (2007). *Les dysarthries au cours des atteintes du nerf facial et du nerf hypoglosse*. Les Dysarthries, Paris, Solal, 231-234.

LAMBERT-PROU M.P. (2003). Le sourire temporal. Prise en charge orthophonique des paralysies faciales corrigées par myoplastie d'allongement du temporal. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale, 104(5)*, 274-280.

LANNADERE E., GATIGNOL P. (2011). Prise en charge des paralysies faciales périphériques. *Les Entretiens médicaux, Entretiens de Bichat 2011*, 79-93.

LAURE B., MARTIN T., DENES H., PETRAUD A., GOGA D. (2009). Prise en charge de la paralysie faciale définitive et de ses séquelles. *Kinésithérapie Scientifique, N°497*, 41-48.

LE BOT-LE BORGNE M.P., GALLIEN P. et coll. (1998). Les paralysies faciales périphériques et leur prise en charge rééducative. Mise au point. *Journal de réadaptation médicale, 18(1)*, 17-22.

LEBRUN L. (2012). *La paralysie faciale périphérique et sa prise en charge orthophonique en libéral. Elaboration d'un livret présentant les techniques d'évaluation et de rééducation propres à la pathologie*. Mémoire présenté dans l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Nantes.

LOUCHET J.M. (2012). Les méthodes cognitives et de facilitations neuromusculaires dans les atteintes neurologiques, méthode de Bobath, Perfetti et Kabat. *Kinésithérapie, N°12*, 56-60.

MAGNIN L., PONCET S. (2012). *Evolution des champs de compétences en orthophonie : Analyse historique à travers la presse spécialisée*. Mémoire présenté dans l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Lyon.

MARIN J. (2007). Spécificités de la rééducation des paralysies faciales périphériques (PFP) sur anastomose hypoglosso-faciale. *Kiné Actualité, N°1079*, 18-21.

MARINHO CODEMARD H. (2008). Le massage : un exercice réservé. *Kinésithérapie, 8(78)*, p.6.

MARSOT-DUPUCH K., GALLOUEDEC G, BOUSSON V. (2000). Paralysie faciale, multinévrite et maladie de Lyme. *Journal de radiologie, 81(1)*, 43-45.

MARTIN (1998). Rééducation des paralysies faciales. *Actes des 3èmes rencontres d'orthophonie, Ortho Edition*, 53-68.

MARTIN F. (2012). Paralysies faciales : de l'hypotonie à l'hypertonie. *Rééducation Orthophonique*, N°250, 69-75.

MARTIN F. (2013). Rééducation des anomalies des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole. *Les Approches Thérapeutiques en Orthophonie*, Tome 3, 255-285.

MONDAIN, UZIEL (1993). Paralysies faciales. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Oto-rhino-laryngologie*.

NOËL-DUCRET F. (2001). Méthode de Kabat. Facilitation neuromusculaire par la proprioception. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Kinésithérapie – Médecine physique – Réadaptation*.

PAUMARD P. (2002). Détection et traitement des trigger-point musculaires. *Kinésithérapie, Les annales*, N°1, 25-26.

PENTEADO, GURGEL TESTA, ANTUNES et coll. (2009). Evaluation de la technique Chevalier pour la prévention des séquelles dans la paralysie faciale périphérique. *Kinésithérapie*, N°90, 40-47.

PONS Y., UKKOLA-PONS E., BALLIVET DE REGLOIX. et coll. (2013). La paralysie faciale périphérique. *Journal français d'ophtalmologie*, N°36, 548-553.

QUILIS B. (2011). Paralysie faciale périphérique : la méthode VISTIM. *Kiné Actualité*, N°1221, 18-21.

REMONDIERE R. (2008). Histoire des savoirs et des pratiques en kinésithérapie. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale – Kinésithérapie – Médecine physique – Réadaptation*.

TAIN L. (2007). *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*. Rennes, Presses de l'EHESP.

TANKERE F., BODENEZ C. (2009). Paralyse faciale. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Traité de Médecine Akos, N°6.*

THIBAUT C., PITROU M. (2014). *Troubles du langage et de la communication. L'orthophonie à tous les âges de la vie, 2^{ème} édition.* Paris, Dunod.

VANSWEARINGEN J. et coll. (2008). Facial Rehabilitation : A Neuromuscular Reeducation, Patient-Centred Approach. *Facial Plastic Surgery*, 8(24), 250-259.

WIROTIUS J.M. (1999). Histoire de la rééducation. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Kinésithérapie – Médecine physique – Réadaptation.*

XHARDEZ Y. et coll. (2015). *Vade-mecum de kinésithérapie et rééducation fonctionnelle.* 7^{ème} édition, Paris, Maloine.

WACHEUX F., KOSREMELLI ASMASR M. (2007). Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. *Conférence Internationale en Management*, 1-19.

Sites Internet

Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072730&idArticle=&dateTexte=20100203>

Article 59 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=18F7C7DC75D5930A15098FE9508622DC.tpdila19v_2?idArticle=JORFARTI000020879577&cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=29990101&categorieLien=id

Article R4321-5 du Code de la Santé Publique. Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913987&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090803>

Article R4321-7 du Code de la Santé Publique. Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913989&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>

Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000195448&fastPos=1&fastReqId=221262053&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste. Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2002/5/2/MESH0221490D/jo>

Effectifs des masseurs-kinésithérapeutes par mode d'exercice global, zone d'activité principale, sexe et tranche d'âge. Disponible sur :

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=1009>

Effectifs des orthophonistes par mode d'exercice global, zone d'activité principale, sexe et tranche d'âge. Disponible sur :

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=1033>

Organise gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC). Disponible sur :

<https://www.ogdpc.fr/>

Référentiel d'activités des orthophonistes paru dans le Bulletin Officiel N°32 du 5 septembre 2013. Disponible sur :

http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/32/38/5/referentiel-activites-orthophoniste_267385.pdf3

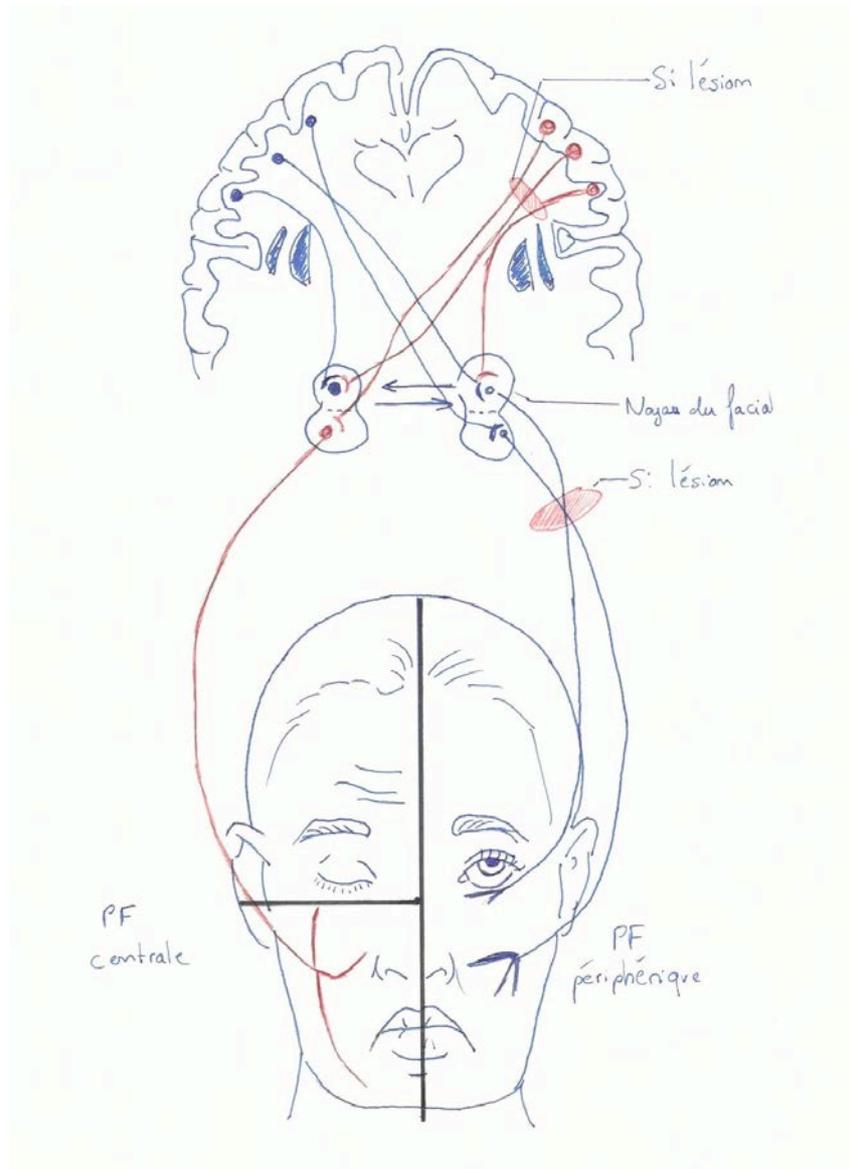
Formation

Formation « Rééducation des paralysies faciales » encadrée par Frédéric Martin, les 15 et 16 janvier 2015 à Molsheim. Programme complet disponible sur :

<http://www.sroal-formation.fr/images/pmartin.pdf>

Annexes

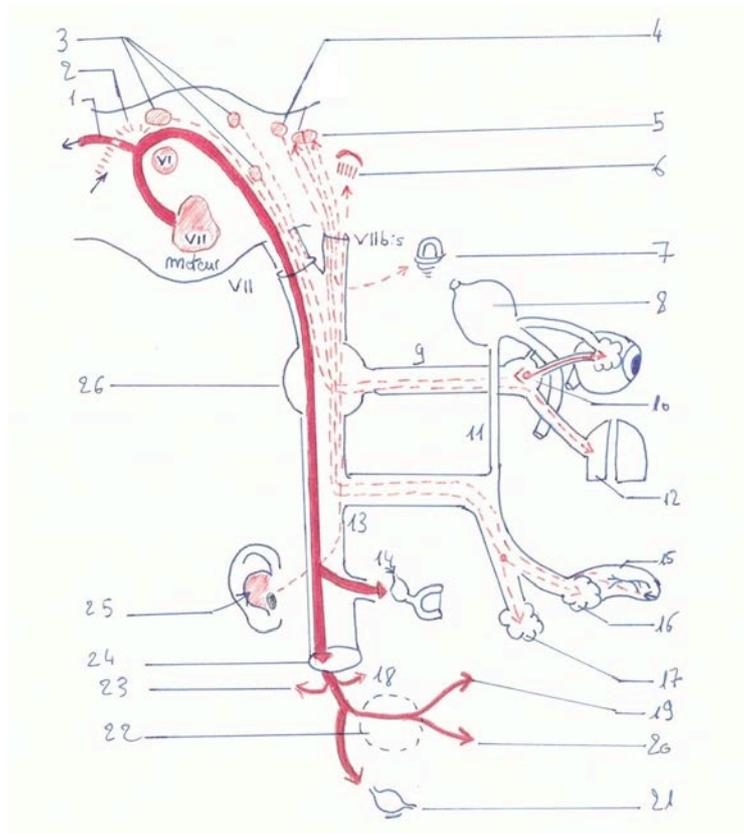
Annexe I : Type de paralysie faciale en fonction du niveau d'atteinte du nerf facial (d'après Chevalier, 2003)



La paralysie faciale centrale est due à une lésion supranucléaire, L'hémiface controlatérale à la lésion est atteinte, avec une prédominance sur le territoire inférieur.

La paralysie faciale périphérique est le résultat d'une atteinte pouvant se situer à n'importe quel niveau de son trajet, depuis le noyau du nerf facial jusqu'à la jonction neuromusculaire. Les territoires inférieur et supérieur de l'hémiface homolatérale à la lésion sont atteints.

Annexe II : Trajet du nerf facial (d'après Chevalier, 2003)



1. Fibres du facial supérieur homolatérales se dirigeant vers le noyau supérieur controlatéral	14. Muscle de l'étrier
2. Fibres faciales controlatérales	15. Langue
3. Noyau muco-lacrymo-nasal	16. Glande sublinguale
4. Noyau salivaire supérieur	17. Glande sous-maxillaire
5. Faisceau solitaire	18. Muscle stylo-hyoïdien
6. Branche descendante du V	19. Branche temporo-faciale
7. Vestibule	20. Branche cervico-faciale
8. Ganglion de Gasser	21. Ventre postérieur du digastrique
9. Grand nerf pétreux superficiel	22. Glande parotide
10. Ganglion sphéno-palatine	23. Muscles auriculaires
11. Nerf lingual	24. Trou stylo-mastoïdien
12. Muqueuse nasale	25. Zone de Ramsay-Hunt
13. Corde du tympan	26. Ganglion réticulé

Annexe III : Innervation des branches temporo-faciale et cervico-faciale du nerf facial

▪ Innervation de la branche temporo-faciale

Rameaux nerveux	Muscles innervés	Fonction de ces muscles
Rameaux frontaux	Orbiculaire des paupières	Réalise la fermeture palpébrale Actions : - cligner des yeux (partie supérieure) - fermer les paupières avec force (parties supérieure et inférieure)
	Muscle frontal	Exprime l'étonnement en plissant le front en rides horizontales et en soulevant les sourcils Action : lever les sourcils
Rameaux palpébraux	<i>Orbiculaire des paupières</i>	
	Muscle sourcilier	Exprime le mécontentement : les sourcils se froncent et se rapprochent de l'axe du visage Action : froncer les sourcils
Rameaux temporaux	Muscle auriculaire antérieur	Pas de rôle fonctionnel
	<i>Muscle frontal</i>	
Rameau zygomatique	Muscle pyramidal du nez (muscle procerus)	Exprime la colère en abaissant le sourcil et en le rapprochant de la ligne médiane Action : froncer les sourcils
Rameaux sous-orbitaires	Grand et petit zygomatiques	Réalisent un écartement des commissures labiales vers le haut et le dehors Action : réaliser un large sourire
	Muscle canin	Exprime le ricanement, découvre la canine supérieure, sans relever les commissures labiales Actions : - sourire à pleines dents - s'apprêter à mordre
	Muscle releveur de la lèvre supérieure	Découvre une partie de l'arcade dentaire supérieure ; relève la lèvre supérieure et les ailes du nez Action : montrer les dents
	Muscles myrtiformes	Exprime le dégoût : abaisse l'aile du nez et rétrécit le diamètre des narines Action : serrer la narine
	Transverse du nez	Exprime la surprise en dilatant la narine Action : dilater la narine
	Rameaux buccaux supérieurs	Buccinateur
Orbiculaire supérieur des lèvres		Permet, avec l'orbiculaire inférieur des lèvres, la fermeture buccale Action : serrer les lèvres

▪ **Innervation de la branche cervico-faciale**

Rameaux nerveux	Muscles innervés	Fonctions des muscles
Rameau buccal inférieur	Risorius	Attire en arrière la commissure labiale, agrandit la commissure labiale, agrandit la commissure labiale Action : tirer la commissure labiale vers l'extérieur
	<i>Buccinateur</i>	
	Orbiculaire inférieur des lèvres	Permet, avec l'orbiculaire supérieur des lèvres, la fermeture buccale Action : serrer les lèvres
Rameaux mentonniers	Depressor anguli oris (anciennement muscle triangulaire des lèvres)	Exprime la tristesse : abaisse la commissure labiale vers le bas Action : tirer la commissure labiale vers le bas
	Muscle de la houppe du menton	Exprime la rage et l'agressivité : attire en haut la saillie mentonnière et soulève indirectement la lèvre inférieure Action : contracter le menton
	Carré du menton	Abaisse la lèvre inférieure Action : s'apprêter à mordre
Rameaux cervicaux	Peaucier du cou (platysma)	Tend ou plisse la peau du cou Action : serrer les dents en plissant le cou

Certains muscles faciaux ne figurent pas ici, puisque nous avons choisi de faire figurer, pour une clarté de lecture, uniquement les rameaux provenant des deux branches d'innervation principales.

Annexe IV : Echelles d'évaluation des fonctions motrices de la face

ECHELLES D'ÉVALUATION	PRINCIPES
Classification de House et Brackmann (1985)	Elle sert de référence internationale pour évaluer globalement la motricité faciale dans le cadre des paralysies faciales depuis 1985. Elle s'adresse à tous les types de PFP. La symétrie de la face au repos et en mouvement volontaire ainsi que la présence de séquelles sont évaluées de manière subjective. Cette échelle permet de classer l'atteinte faciale en 6 grades (Lacombe, 2000). Bien qu'elle soit souvent mentionnée dans la littérature, elle n'est pas toujours suffisante pour qualifier l'atteinte car elle n'est pas assez sensible aux changements survenant au long de la récupération faciale.
Testing musculaire	Le thérapeute demande au patient un effort maximal pour un muscle localisé. Deux systèmes de cotation sont mentionnés dans la littérature : <ul style="list-style-type: none"> - Le testing musculaire de Freyss (1980) : les muscles de la face sont subdivisés en 10 groupes musculaires dont la motricité est cotée de 0 (pas de contraction) à 3 (contraction normale). Un score allant de 0 à 30 qui permet de quantifier le degré de sévérité de la paralysie est obtenu en fin de test. - Le testing musculaire de Lacôte et Chevalier : qui se veut analytique, consiste à examiner chaque muscle de la face. La cotation s'étend de 0 (aucune contraction musculaire perçue à l'œil nu ou à la lumière) à 4 (mouvement ample, synchrone et symétrique par rapport au côté sain et réalisé sans fatigabilité) pour chaque muscle. Ce testing musculaire est exclusivement cité dans la littérature kinésithérapique.
Echelle de Motricité Bucco-Linguo-Faciale de Gatignol et Lannadère (2010)	Cette échelle informatisée permet d'évaluer les anomalies oro-faciales dans leur ensemble. Elle évalue la contraction des différents muscles de la face au niveau de l'œil, des joues, des mandibules, des lèvres et de la langue. Pour chaque zone testée, un certain nombre de mouvements doivent être réalisés. Toutes les réalisations sont cotés de 0 (impossibilité à réaliser le mouvement) à 3 (mouvement effectué sans effort).
Sunnybrook Facial Grading System de Ross et al. (1996)	Cette échelle permet de mesurer distinctement la symétrie des yeux, des joues et de la bouche au repos, la symétrie faciale lors de mouvements volontaires et d'évaluer le degré des éventuelles syncinésies. La passation aboutit à trois scores permettant d'obtenir un score composite.

Tableau présentant les échelles d'évaluation des fonctions motrices de la face

Annexe V : Recherche du côté dominant et du côté dominé grâce aux lignes de convergence (d'après Chevalier, 2003)

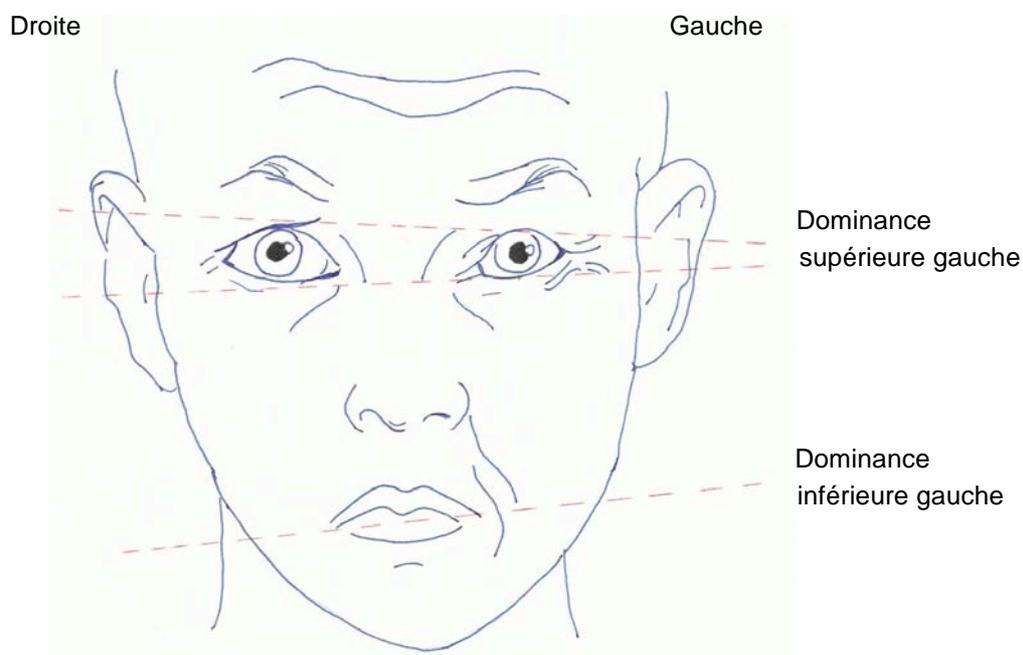


Schéma : Etude des lignes de convergence d'un visage

Les kinésithérapeutes tracent trois lignes sur une photo d'identité du patient prise de face et au repos avant la paralysie faciale : une première passant par les commissures labiales, une deuxième passant par les bordures inférieures des limbes inférieurs des yeux et une troisième passant par les bordures supérieures des limbes supérieurs des yeux. Pour déterminer quel est le côté dominant de l'étage inférieur de la face, ils étudient la convergence de la ligne passant par les commissures labiales et de celle passant par les bordures inférieures des limbes inférieurs des yeux. Si ces deux lignes convergent vers la gauche, cela signifie que le côté dominant de l'étage inférieur de la face est le côté gauche, et inversement si elles convergent à droite. Quant au côté dominant de l'étage supérieur du visage, il se détermine grâce aux deux lignes passant par les bordures des limbes des yeux. Le côté dominant de l'étage supérieur de la face correspond au côté où les deux lignes se rejoignent, mettant en évidence un œil plus petit que l'autre. Les côtés dominants des deux étages du visage peuvent soit se situer du même côté, ce qui permet de déterminer la dominante faciale, soit se situer chacun d'un côté différent.

Annexe VI : Examens réalisés au moment de l'évaluation clinique

EXAMENS REALISES	ORTHOPHONISTES	KINESITHERAPEUTES
Examen exo-buccal	✓	✓
Examen du tonus musculaire de la face	✓	✓
Examen des fonctions motrices de la face	✓	✓
Examen endo-buccal	✓	
Recherche du côté dominant et du côté dominé de la face		✓
Examen de la coordination		✓
Examen des mouvements fonctionnels	✓	✓
Examen de la sensibilité	✓	✓
Examen des troubles sensitivosensoriels		✓
Examen des mimiques	✓	
Examen de déglutition et de la mastication	✓	
Examen de l'articulation	✓	✓ En collaboration avec l'orthophoniste
Examen du souffle	✓	
Auto-évaluation par le patient	✓	✓

Tableau résumant les examens réalisés par les orthophonistes et les kinésithérapeutes au moment de l'évaluation clinique (d'après la littérature spécialisée)

Annexe VII : Domaines d'intervention des thérapeutes lors de la rééducation des PFP non opérées

DOMAINES D'INTERVENTION	ORTHOPHONISTES	KINESITHERAPEUTES
Accompagnement du patient	✓	✓
Préparation de la face au travail musculaire	✓	✓
Travail musculaire analytique	✓	✓
Articulation	✓	
Déglutition et mastication	✓	✓
Mimiques et expression faciale	✓	
Sensibilité	✓	
Fonctions sécrétrices	✓	✓

Tableau résumant les domaines d'intervention des orthophonistes et des kinésithérapeutes au cours de la rééducation des PFP non opérées (d'après la littérature spécialisée)

Annexe VIII : Questionnaire

Enquête sur les prises en charge orthophonique et kinésithérapique des paralysies faciales périphériques

ATTENTION,

Ce questionnaire est uniquement à destination des ORTHOPHONISTES/ KINESITHERAPEUTES prenant en charge ou ayant déjà pris en charge des adultes porteurs d'une PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE.

Bonjour,

Vous avez accepté de contribuer à la réalisation de notre mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste et nous vous en remercions.

L'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux des prises en charge que les orthophonistes et les kinésithérapeutes proposent aux adultes porteurs d'une paralysie faciale périphérique afin de déterminer si elles sont complémentaires et si une collaboration interprofessionnelle est envisageable.

Cette enquête étant anonyme, les données recueillies grâce à ce questionnaire seront uniquement utilisées dans le cadre de notre mémoire.

Nous vous invitons à envoyer ce questionnaire aux autres orthophonistes/kinésithérapeutes susceptibles d'être intéressés par cette étude.

N'hésitez pas à nous contacter pour toute question, remarque ou information complémentaire.

Nous vous souhaitons une bonne lecture !

Ann-Gaëlle PORTE et Julie POUTRIEUX
Etudiantes en 4ème année d'orthophonie à Nancy
memoireortho.ffp@gmail.com

AVERTISSEMENT

Les questions figurant dans ce questionnaire sont à la fois destinées aux kinésithérapeutes mais aussi aux orthophonistes dans un questionnaire similaire à celui-ci.

De ce fait, vous pourrez rencontrer des termes qui ne vous sont pas familiers.

INFORMATIONS PRATIQUES

En ce qui concerne les questions à choix multiples :

- les cases de forme ronde ne permettent qu'une seule réponse
- les cases de forme carrée permettent plusieurs réponses

Si vous quittez le questionnaire sans l'envoyer, les données ne seront pas enregistrées et seront donc perdues.

TERMINOLOGIE

Pour plus de facilité, nous utilisons l'acronyme PFP pour désigner les paralysies faciales périphériques.

* **Obligatoire**

I. PARCOURS DU PROFESSIONNEL

1. En quelle année avez-vous obtenu votre Certificat de Capacité d'Orthophoniste/Diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute ? *

2. Dans quel centre de formation avez-vous été formé(e) ? *

3. Quel était votre mode d'exercice lorsque vous êtes intervenus auprès de patients présentant une paralysie faciale périphérique ? *

- Exclusivement libéral
 Exclusivement salariat
 Libéral et salariat

4. Si vous avez répondu exclusivement salariat ou libéral et salariat à la question précédente, dans quel type de structure/institution était-ce ?

5. Avez-vous bénéficié d'un enseignement sur les paralysies faciales périphériques au cours de votre formation initiale ? *

- Oui
 Non

6. Si vous avez répondu OUI à la question précédente, estimez-vous que cet enseignement était suffisant pour prendre en charge des PFP ?

- Oui
 Non

7. Avez-vous fait une ou des formation(s) continue(s) pour vous former aux paralysies faciales périphériques ? *

- Oui
 Non

8. A quel(s) moyen(s) avez-vous eu recours pour vous former aux paralysies faciales périphériques en dehors des formations initiale et continue ? (Plusieurs réponses possibles) *

- Je n'ai pas eu recours à d'autres moyens
 A la littérature spécialisée
 A Internet
 Au contact pris auprès d'autres orthophonistes/kinésithérapeutes
 Au contact pris auprès d'autres praticiens
 Autre :

9. Quel(s) type(s) de paralysies faciales périphériques avez-vous rencontré(s) en rééducation ? (Plusieurs réponses possibles) *

- Paralysie flasque ou hypotonique
 Paralysie avec complications musculaires (syncinésies, spasmes)
 Paralysie avec anastomose hypoglossofaciale
 Paralysie avec myoplastie d'allongement du temporal

II. PRISE EN CHARGE DES PARALYSIES FACIALES NON OPEREES

A. BILAN CLINIQUE

Anamnèse et entretien avec le patient

1. Sur quel(s) domaine(s) questionnez-vous le patient au moment du bilan ? (Plusieurs réponses possibles) *

- L'histoire de la paralysie faciale
- Les examens et tests médicaux réalisés (ex : électromyographie)
- Les traitements médicamenteux et chirurgicaux
- Les autres prises en charge en cours
- Les sensations faciales (ex : sensations de picotements, de cartonnage)
- La sensibilité au chaud et au froid
- La douleur
- Le goût
- Les sécrétions salivaires, nasales et lacrymales
- L'audition
- La déglutition, la mastication et l'alimentation
- L'articulation
- Le souffle
- Les mimiques
- Le retentissement psychologique
- Autre :

Evaluation clinique

1. Qu'examinez-vous de manière systématique ? (Plusieurs réponses possibles) *

- L'état exo-buccal (ex : symétrie, présence d'oedèmes)
- L'état endo-buccal (ex : articulé dentaire, intérieur des joues)
- Le tonus musculaire
- Les fonctions motrices de la face
- La présence de complications musculaires
- La sensibilité de la face
- Les mouvements fonctionnels
- Les mimiques
- La présence de troubles sensitivoseptoriels (ex : troubles du goût, troubles sécrétoires)
- L'articulation
- La déglutition et la mastication
- Le souffle (nasal et buccal)
- Autre :

2. Recherchez-vous le côté dominant et le côté dominé du visage de votre patient grâce aux lignes de convergence ? *

- Oui
- Non

3. Quel(s) outil(s) (ex : bilans, matériel) utilisez-vous au moment de l'examen clinique ? *

--

4. Proposez-vous des échelles de qualité de vie à votre patient ? *

- Oui
- Non

B. REEDUCATION

Préalables

1. Quels sont vos objectifs de rééducation ? *

--

2. Adaptez-vous vos objectifs de rééducation en fonction des demandes du patient ? *

- Oui
- Non

Accompagnement du patient

1. Echangez-vous avec votre patient au sujet de sa paralysie faciale ? *

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Très souvent

2. Qu'abordez-vous principalement lors de ces moments d'échange ?

- Explications relatives à la paralysie faciale
- Conseils et informations pour améliorer le quotidien
- Echanges à propos du vécu
- Autre :

3. Dans quel(s) domaine(s) donnez-vous des explications à votre patient ? (Plusieurs réponses possibles)

- Anatomie et physiologie du nerf facial
- Anatomie et physiologie des muscles de la face
- Conséquences physiologiques, fonctionnelles et sensorielles de la paralysie faciale
- Autre :

4. Dans quel(s) domaine(s) donnez-vous des conseils et des informations à votre patient ? (Plusieurs réponses possibles)

- Protection et soins de l'œil
- Parole
- Alimentation
- Salive
- Nez
- Protection de l'oreille
- Gestes à proscrire
- Suivi médical ou thérapeutique complémentaire (ex : ophtalmologique, psychologique)
- Autre :

Techniques préparatoires au travail musculaire

1. **Utilisez-vous une/des technique(s) préparatoire(s) au travail musculaire, et si oui, laquelle/lesquelles ? (Plusieurs réponses possibles) ***
 - Je n'utilise pas de technique préparatoire
 - Relaxation
 - Thermothérapie
 - Choc thermique (alternance de chaud et de froid sur la face)
 - Vibrothérapie
 - Points gâchettes (ou trigger points)
 - Massages endo-buccaux
 - Massages exo-buccaux
 - Autre :

2. **Si vous pratiquez des massages externes, quel(s) principe(s) respectez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)**
 - Massages dans le sens des fibres
 - Massages du centre du visage vers la périphérie
 - Massages du haut de la face vers le cou et la ceinture scapulaire
 - Massages muscle par muscle ou par petits groupes musculaires
 - Autre :

3. **Si vous pratiquez des massages, utilisez-vous des techniques particulières ? (Plusieurs réponses possibles)**
 - Non, je n'utilise pas de technique particulière
 - Drainage lymphatique manuel
 - Technique du masque (étirements de l'hémiface paralysée en dehors et de l'hémiface active en dedans)
 - Massages chinois
 - Autre :

4. **Proposez-vous à votre patient de réaliser des auto-massages quotidiennement ? ***
 - Oui
 - Non

5. **Utilisez-vous des stimulations électriques ? ***
 - Jamais
 - Rarement
 - Souvent
 - Très souvent

Travail musculaire

6. **Quel(s) est/sont le(s) principe(s) qui vous semble(nt) important(s) dans le travail musculaire ? (Plusieurs réponses possibles) ***
 - Je ne propose pas de travail musculaire
 - Pas de travail excessif
 - Petits mouvements
 - Lenteur d'exécution des mouvements
 - Mouvements symétriques
 - Réalisation de mouvements sans forçage
 - Temps de repos entre chaque contraction
 - Maintien du côté sain
 - Travail étage par étage en dissociant les groupes musculaires

- Aller d'un travail passif vers un travail actif
- Autre :

7. Lors du travail musculaire, établissez-vous une priorité lorsque l'ensemble de la motricité faciale est atteinte ?

- Rééducation des muscles constricteurs avant les muscles dilatateurs
- Rééducation de la zone la plus touchée en priorité
- Travail de l'œil en priorité

8. En cas de syncinésies, apprenez-vous à votre patient à les inhiber ? *

- Oui
- Non
- Je n'ai jamais pris en charge de patient ayant des syncinésies

9. Proposez-vous à votre patient un programme d'exercices musculaires à réaliser quotidiennement à la maison ? *

- Oui
- Non

Travail fonctionnel

1. Quels sont les domaines dans lesquels vous intervenez pendant la rééducation ? (Plusieurs réponses possibles) *

	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent
Déglutition et mastication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Articulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mimiques et expression faciale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensibilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fonctions sécrétrices	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Moyens

1. Si vous utilisez une ou des méthode(s) de rééducation particulière(s), spécifique(s) ou non à la paralysie faciale, merci de nous préciser laquelle ou lesquelles :

2. Utilisez-vous des techniques de feedback ? (Plusieurs réponses possibles) *

- Je n'utilise pas de technique de feedback
- Miroir
- Photographies
- Vidéos
- Enregistrements audio
- Electrobiofeedback
- V3M (Vidéo Miroir-Macro-Mémoire)
- Autre :

Déroulement des séances

1. Pouvez-vous nous décrire succinctement le déroulement d'une séance type ?

--

2. Généralement, combien de temps consacrez-vous à chaque grand axe pendant la séance ? *

	0 minute	Entre 0 et 5 minutes	Entre 5 et 10 minutes	Entre 10 et 15 minutes	+ de 15 minutes
Accompagnement du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travail préparatoire au travail musculaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travail musculaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travail fonctionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

III. PRISE EN CHARGE DE L'ANASTOMOSE HYPOGLOSSOFACIALE

Les questions des parties III et IV s'adressent uniquement aux professionnels ayant déjà pris en charge des patients ayant bénéficié d'une anastomose hypoglossofaciale ou d'une myoplastie d'allongement du temporal.

Si vous n'êtes pas concerné(e) par ces questions, veuillez passer directement à la partie V du questionnaire.

1. Quels sont vos axes de travail dans le cadre d'une rééducation après anastomose hypoglossofaciale ? (Plusieurs réponses possibles)

- Relaxation
- Massages externes
- Massages internes
- Travail lingual
- Travail de la déglutition
- Travail de l'articulation
- Travail musculaire
- Travail des mimiques
- Autre :

IV. PRISE EN CHARGE DE LA MYOPLASTIE D'ALLONGEMENT DU TEMPORAL

1. Si vous proposez au patient d'effectuer un travail pré-opératoire, merci de nous préciser succinctement ce que vous proposez :

--

2. Quels sont vos axes de travail dans le cadre d'une rééducation après myoplastie d'allongement du temporal ? (Plusieurs réponses possibles)

- Relaxation
- Drainage lymphatique manuel
- Massage externe de détente générale de la face

- Massage externe de la cicatrice nasogénienne
- Massage interne de cicatrice nasogénienne
- Travail de la mobilité cervicale physiologique
- Travail musculaire des mâchoires
- Travail musculaire des lèvres
- Travail musculaire de la joue
- Travail du sourire
- Travail de la fermeture palpébrale
- Travail de la déglutition
- Travail de l'articulation
- Travail de la respiration nasale
- Autre :

V. ORTHOPHONIE ET KINESITHERAPIE

1. **Au cours de votre expérience professionnelle, avez-vous déjà refusé de prendre en charge un patient présentant une paralysie faciale périphérique ? ***
- Oui
 - Non

2. **Si vous avez répondu OUI à la question précédente, quelle était la raison de ce refus ?**

3. **Vous êtes-vous déjà senti(e) en difficulté lors de la prise en charge d'une paralysie faciale périphérique ? ***
- Oui
 - Non

4. **Si vous avez répondu oui à la question précédente, nous vous remercions de nous en préciser les raisons :**

5. **Avez-vous déjà eu le sentiment que votre prise en charge gagnerait en efficacité si elle était complétée par une autre prise en charge ? ***
- Non
 - Oui

6. **Si vous avez répondu OUI à la question précédente, à quelle prise en charge complémentaire aviez-vous pensé ?**

7. **Tout comme les orthophonistes, les kinésithérapeutes sont habilités à prendre en charge les paralysies faciales périphériques. Avez-vous une idée des axes de travail proposés par le kinésithérapeute/l'orthophoniste dans cette rééducation ? ***
- Oui
 - Non

8. Si vous avez répondu OUI à la question précédente, nous vous invitons à nous indiquer succinctement les axes de travail auxquels vous pensez :

9. Avez-vous déjà suivi un patient qui bénéficiait simultanément d'une prise en charge orthophonique et kinésithérapique pour sa paralysie faciale périphérique ?*

- Oui
- Non

10. Si vous avez répondu OUI à la question précédente, avez-vous eu des contacts avec le kinésithérapeute/l'orthophoniste dans le cadre de la prise en charge de ce patient en commun ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Très souvent

11. Quelle était la nature de ces contacts (ex : échanges d'informations au sujet du patient, collaboration, séances de rééducation communes...) ?

12. Estimez-vous qu'il serait intéressant de proposer une double prise en charge orthophoniste-kinésithérapeute dans le cadre d'une paralysie faciale périphérique ? *

13. Estimez-vous qu'il serait intéressant pour l'orthophoniste et le kinésithérapeute de collaborer dans le cadre de la prise en charge d'une paralysie faciale périphérique ? *

14. Si vous n'avez jamais eu l'occasion de collaborer avec un orthophoniste/kinésithérapeute, envisageriez-vous de le faire si l'occasion se présentait à vous ?

- Oui
- Non

VI. COMMENTAIRES

Avez-vous des remarques ou des suggestions à formuler à propos de notre questionnaire ou de notre sujet ?

Annexe IX : Lettre d'accompagnement du questionnaire

Ann-Gaëlle Porté et Julie Poutrieux
Etudiantes en quatrième année d'orthophonie
memoireortho.pfp@gmail.com

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiantes en quatrième année au centre de formation en orthophonie de Lorraine, nous réalisons notre mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste.

L'objet de notre étude porte sur **les prises en charge que les orthophonistes et les kinésithérapeutes proposent aux patients porteurs d'une paralysie faciale périphérique**. Nous souhaitons réaliser un état des lieux des pratiques de chacun de ces professionnels en vue de répondre à la problématique suivante : *les prises en charge orthophonique et kinésithérapique des paralysies faciales périphériques chez l'adulte sont-elles complémentaires ? Une collaboration interprofessionnelle est-elle envisageable ?*

Pour ce faire, nous avons réalisé deux questionnaires similaires : l'un exclusivement destiné aux orthophonistes et l'autre réservé aux kinésithérapeutes. La passation de ce questionnaire se fait exclusivement via Internet pour des raisons pratiques.

Afin de pouvoir répondre à notre problématique, nous nous adressons uniquement aux orthophonistes **prenant en charge ou ayant déjà pris en charge au moins un patient présentant une paralysie faciale périphérique**.

Si vous répondez à ce critère et si vous acceptez de participer à notre enquête, nous vous invitons à cliquer sur le lien suivant afin d'accéder à notre questionnaire en ligne :

<https://docs.google.com/forms/d/1ivRvyN-YgNLnD3XnF2RTCwx3xKLceLu1nn9n8Yfcp5E/viewform>

Le temps de réponse est estimé à une dizaine de minutes. Nous vous remercions de bien vouloir répondre à notre questionnaire en une seule fois avant le **15 juin 2015** afin de pouvoir traiter et analyser les données recueillies dans le temps qui nous est imparti.

Si vous connaissez des kinésithérapeutes susceptibles d'être intéressés par notre étude, nous vous serions reconnaissantes de leur transmettre le lien vers le questionnaire qui leur est exclusivement réservé :

https://docs.google.com/forms/d/1iYbC_nUQgJD6DBq-PYI2IFuK mz_cNUJSSBx-1_oYMFg/viewform

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous porterez à notre étude et nous restons à votre disposition pour toute remarque ou question complémentaire. Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Ann-Gaëlle Porté et Julie Poutrieux

Abstract

Peripheral facial paralysis leads to many aesthetic, functional, psychological and social consequences for people living with it. A speech-language therapy and/or physiotherapy is then recommended to help them mitigating discomfort and difficulties. The literature on the rehabilitation of this pathology is split into two groups: speech language therapy and physiotherapy practices are described separately without any interdisciplinary work being mentioned. Thus, we wanted to take stock of the professional practices of these two disciplines to highlight a potential complementarity, in which case an interdisciplinary collaboration could be relevant. To that end we developed two similar questionnaires intended to identify the professional practices of therapists and know their view about a potential interprofessional collaboration. These questionnaires were exclusively distributed online. They helped us collecting 56 responses. Results show that speech-language therapists' goals and interventions are more concentrated on functional recovery than the goals of physiotherapists. Furthermore, tools and techniques used by professionals vary greatly and they don't always match with the area of expertise of the latter. There is therefore a partial complementarity between the professional practices of therapists and of physiotherapists. The majority of therapists work in isolation with their patients and are ignorant of the practices of their colleagues. Many look at speech-language therapy or at physiotherapy as an additional potentiality to the work they offer and they find it worthwhile to consider interdisciplinary collaboration.

Keywords : speech-language therapy – physiotherapy – peripheral facial paralysis – professional practices – complementarity – collaboration

**Les prises en charge orthophonique et
kinésithérapique des paralysies faciales
périphériques chez l'adulte :
complémentarité et collaboration**

Résumé

La paralysie faciale périphérique entraîne de nombreuses conséquences esthétiques, fonctionnelles, psychologiques et sociales chez les sujets qui en sont porteurs. Une prise en charge orthophonique et/ou kinésithérapique est alors préconisée pour les aider à pallier les gênes et les difficultés rencontrées. La littérature consacrée à la prise en charge rééducative de cette pathologie est scindée en deux : les pratiques orthophonique et kinésithérapique sont chacune décrites isolément sans qu'un travail interdisciplinaire ne soit mentionné. Nous avons donc voulu dresser un état des lieux des pratiques professionnelles de ces deux disciplines afin de mettre en lumière une éventuelle complémentarité, auquel cas une collaboration interprofessionnelle pourrait être pertinente. Nous avons élaboré à cet effet deux questionnaires similaires destinés à cerner les pratiques professionnelles des thérapeutes et à connaître leur positionnement au sujet d'une éventuelle collaboration interprofessionnelle. Ces questionnaires, qui ont été diffusés exclusivement sur Internet, nous ont permis de recueillir 56 réponses. Les résultats obtenus révèlent que les objectifs et les interventions des orthophonistes sont davantage orientés vers la récupération fonctionnelle que ceux des kinésithérapeutes. Par ailleurs, les outils et les techniques utilisés par les professionnels sont très variables et ne concordent pas toujours avec leur champ de compétences. Il existe donc une complémentarité partielle entre les pratiques professionnelles des orthophonistes et celles des kinésithérapeutes. La majorité des thérapeutes interviennent isolément auprès de leurs patients et méconnaissent les pratiques de leurs collègues. Ils sont nombreux à voir en l'orthophonie ou en la kinésithérapie un complément potentiel au travail qu'ils proposent, et à trouver un intérêt à la collaboration interprofessionnelle.

Mots clés : orthophonie – kinésithérapie – paralysies faciales périphériques – pratiques professionnelles – complémentarité – collaboration