



HAL
open science

Paralysie faciale périphérique de l'enfant : intérêt d'une prise en charge précoce

Margaux Allano

► **To cite this version:**

Margaux Allano. Paralysie faciale périphérique de l'enfant : intérêt d'une prise en charge précoce. Sciences cognitives. 2014. dumas-01081663

HAL Id: dumas-01081663

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01081663>

Submitted on 2 Nov 2015

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.

ACADEMIE DE PARIS

UNIVERSITE PARIS VI PIERRE ET MARIE CURIE

MEMOIRE POUR LE CERTIFICAT DE CAPACITE

D'ORTHOPHONISTE

**PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE DE L'ENFANT :
INTERET D'UNE PRISE EN CHARGE PRECOCE**

Directrices du mémoire :

Peggy GATIGNOL et Marina ROBERT

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014

Margaux ALLANO

Née le : 14/02/1989

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à remercier Peggy GATIGNOL et Marina ROBERT pour leur encadrement et leur grande disponibilité. Elles ont su répondre à mes questions et m'ont aidées à étayer ma réflexion sur ce sujet qui m'a passionnée et que j'ai pu explorer pendant près d'un an. Leur professionnalisme m'a permis de mener ce projet à terme dans des conditions optimales.

Cette étude n'aurait pu évidemment être réalisée sans l'aval des patients et leurs familles. Je tiens également à remercier les écoles Jean Jaurès à Itteville (91) et Alphonse Daudet à Egly (91) qui m'ont permis de rencontrer un certain nombre d'élèves, tout aussi sympathiques les uns que les autres, pour m'aider dans mes recherches.

Je remercie les membres du jury, dont Odile GAZZANO, mon rapporteur, pour leur lecture attentive et les retours avisés qui en découleront.

Ce mémoire symbolise l'achèvement de mes années d'étude, durant lesquelles j'ai pu rencontrer des professionnels tout au long de mes stages aussi sympathiques que compétents et qui ont pu éclairer mes questionnements grâce à leur expérience. Je les remercie infiniment.

Enfin, je remercie ma famille qui a su m'apporter le soutien moral nécessaire et de précieux conseils tout au long de mes études et notamment la dernière année. Je remercie également mes amies (Cécile, Elise, Mathilde, et Cécile P.) pour leur soutien sans faille et leur joie de vivre. Enfin, je remercie Simon, pour m'avoir donné la force d'avancer, m'encourager et, le plus important finalement, m'avoir préparé de bons petits plats tout aussi savoureux que réconfortants.

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je soussignée Margaux ALLANO, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publié sous toutes formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE THEORIQUE.....	2
I. <u>La paralysie faciale périphérique</u>	
I.1. la sémiologie de la paralysie faciale périphérique	
I.1.A. les signes faciaux	
I.1.B. les signes extra-faciaux	
I.2. les différentes étiologies	3
I.2.A. la paralysie faciale idiopathique	
I.2.B. la paralysie faciale zoostérienne	
I.2.C. la paralysie faciale traumatique	
I.2.D. la paralysie faciale tumorale	
I.2.E. la paralysie faciale otitique	
I.2.F. la paralysie faciale liée à une maladie générale	
I.2.G. la paralysie faciale liée à une affection neurologique	
I.2.H. la paralysie faciale liée à d'autres infections	
I.3. le diagnostic positif	6
I.3.A. le diagnostic de sévérité	
I.3.A.a. le testing clinique musculaire de la face	
I.3.A.b. les explorations électro-physiologiques	
I.3.B. le diagnostic de localisation lésionnelle.....	7

I.3.B.a. le test de Schirmer	
I.3.B.b. les réflexes stapédiens	
I.3.B.c. études cliniques : motrice, sensorielle, sensitive, végétative	
I.3.B.d. les éléments anamnestiques pertinents (<i>circonstance d'apparition et signes accompagnateurs</i>)	
I.3.B.e. la place de l'imagerie	
I.4. la prise en charge de la paralysie faciale périphérique.....	8
I.4.A. la prise en charge médicale et les différents traitements utilisés	
I.4.B. les différentes techniques de réhabilitation chirurgicale.....	9
I.4.C. une prise en charge multidisciplinaire : orthophonie, kinésithérapie, psychologie.....	12
II. <u>Revue de littérature : la paralysie faciale périphérique chez l'enfant</u>	14
II.1. Les points communs entre les adultes et les enfants paralysés faciaux.....	15
II.1.A. les étiologies	
II.1.B. l'importance de la gêne fonctionnelle.....	16
II.1.C. l'importance de la gêne esthétique.....	17
II.1.D. les techniques de réhabilitation chirurgicale.....	19
II.1.E. la prise en charge.....	20
II.2. Les divergences entre les adultes et les enfants paralysés faciaux.....	21
II.2.A. comparaison des statistiques de la paralysie faciale selon l'étiologie chez les adultes et chez les enfants	
II.2.B. les traitements médicamenteux inutiles chez les enfants.....	22
II.2.C. le dosage médicamenteux.....	24

II.2.D. Les indications d'injection de toxine botulique.....	25
II.2.E. l'évolution de la paralysie faciale périphérique chez l'enfant	
PARTIE PRATIQUE.....	27
I. <u>Hypothèses de travail</u>	
II. <u>Matériel et méthode</u>	
II.1. protocole utilisé	
II.2. matériel et cotation.....	28
II.2.A. évaluation globale	
II.2.B. évaluations locales	
II.2.C. évaluation d'une autre fonction de la face.....	29
II.2.D. évaluations subjectives	
II.2.D.a. élaboration d'un questionnaire de qualité de vie destiné à l'enfant paralysé facial	
II.2.D.b. élaboration d'un questionnaire de qualité de vie destiné aux parents de l'enfant atteint d'une paralysie faciale périphérique.....	30
III. <u>Expérience.....</u>	31
III.1. présentation et analyse descriptive des patients	
III.1.A. récapitulatif des patients.....	32
III.1.B. répartition des patients selon le sexe et le grade.....	33
III.1.C. répartition des patients selon leur âge.....	34
III.1.D. répartition des patients selon l'étiologie	

III.1.E. répartition des patients selon le délai entre l'apparition de la paralysie faciale et la première consultation orthophonique.....	35
--	----

IV. Résultats et analyse des données recueillies

IV.1. Résultats au MBLF en fonction du grade.....	36
---	----

IV.2. Résultats au Sunnybrook.....	37
------------------------------------	----

IV.2.A. en fonction de l'étiologie

IV.2.B. en fonction du grade.....	39
-----------------------------------	----

IV.3. Résultats au dynamomètre.....	40
-------------------------------------	----

IV.3.A. chez l'enfant paralysé facial

IV.3.A.a. en fonction du grade

IV.3.A.b. en fonction du sexe.....	41
------------------------------------	----

IV. 3. B. chez l'enfant sain

IV.4. Résultats aux échelles de qualité de vie.....	42
---	----

IV.4.A. comparaison des points de vue de l'enfant et des parents sur la paralysie faciale périphérique

IV.4.A.a. en fonction de l'étiologie

IV.4.A.b. en fonction de l'âge de l'enfant.....	45
---	----

IV.4.A.c. en fonction du sexe de l'enfant.....	46
--	----

IV.4.A.d. en fonction du délai entre l'apparition de la paralysie faciale et la première consultation orthophonique.....	48
--	----

IV.4.A.e. en fonction du grade.....	50
-------------------------------------	----

IV.5. Corrélations entre les différents résultats	
---	--

IV.5.A. corrélation entre les scores de satisfaction enfants et parents et la mise en place d'une rééducation orthophonique, le nombre de séances

orthophoniques effectuées, le délai entre l'apparition de la paralysie faciale et la première consultation orthophonique et l'âge de l'enfant	51
IV.5.B. corrélation entre le taux de récupération de la paralysie faciale et le score de satisfaction.....	52
IV.5.C. corrélation entre les scores obtenus au sunnybrook et les scores de satisfaction enfants (E) et parents (P)	
IV. 5.D. corrélation entre les scores obtenus au MBLF et les scores de satisfaction enfants (E) et parents (P).....	53
IV.5.E. corrélation entre le nombre de séances et les résultats MBLF	54
IV.5.F. corrélation entre le nombre de séances et le taux de récupération (grade et dynamomètre).....	55
 V. <u>Discussion</u>	55
 CONCLUSION	60
 BIBLIOGRAPHIE	
 ANNEXES	

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : tableau de cotation de Freyss

Annexe 2 : tableau de cotation de House-Brackmann

Annexe 3 : Sunnybrook Facial Grading System

Annexe 4 : schéma simplifié pour les massages

Annexe 5 : les trois types morphologiques du sourire (Rubin)

Annexe 6 : échelle de qualité de vie destinée aux enfants

Annexe 7 : échelle de qualité de vie destinée aux parents

Annexe 8 : brochure d'information destinée aux parents sur la paralysie faciale de l'enfant

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : les différentes étiologies de la paralysie faciale périphérique.....	4
Tableau 2 : Les traitements utilisés en fonction de l'étiologie.....	8
Tableau 3 : les étapes de réhabilitation du sourire.....	13
Tableau 4 : Recueil de données sur la fréquence des étiologies de la paralysie faciale pédiatrique en %	21
Tableau 5 : récapitulatif des fréquences étiologiques chez l'adulte et l'enfant.....	22
Tableau 6 : Traitements efficaces ou non en fonction de l'étiologie.....	23
Tableau 7 : Indications d'injections de Botox®.....	25
Tableau 8 : récapitulatif des patients.....	32
Tableau 9 : moyennes des scores bruts et des écarts-types aux items lèvres, joues-mandibules, langue, voile, logatomes et tonicité du visage (MBLF) en fonction du grade lors de l'évaluation.....	36
Tableau 10 : moyenne des items « symétrie », « mouvements volontaires » et « syncinésies » du Sunnybrook en fonction de l'étiologie.....	38
Tableau 11 : moyenne des items « symétrie », « mouvements volontaires » et « syncinésies » du sunnybrook en fonction du grade.....	39
Tableau 12 : scores globaux et scores par item à l'échelle de qualité de vie destinée aux enfants en fonction de l'étiologie(en %).....	42
Tableau 13 : scores globaux et scores par item à l'échelle de qualité de vie destinée aux parents en fonction de l'étiologie (en%).....	43
Tableau 14 : scores globaux et scores par item aux échelles de qualité de vie enfants et parents en fonction de l'âge.....	45

Tableau 15 : scores globaux et scores par item aux échelles de qualité de vie enfants et parents en fonction de l'âge de l'enfant.....	46
Tableau 16 : scores globaux et scores par item aux échelles de qualité de vie enfants et parents en fonction du grade.....	50
Tableau 17 : tableau de corrélation entre scores de satisfaction et rééducation, nombre de séances, délai et âge de l'enfant.....	51
Tableau 18 : tableau de corrélation entre scores globaux de satisfaction et taux de récupération.....	52
Tableau 19 : tableau de corrélation entre scores SB et scores de satisfaction enfant et parent	
Tableau 20 : tableau de corrélation entre scores MBLF et scores de satisfaction enfant et parent.....	53
Tableau 21 : tableau de corrélation entre le nombre de séances orthophoniques et les résultats MBLF.....	54
Tableau 22 : tableau de corrélation entre le nombre de séances orthophoniques et le taux de récupération.....	55

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : schéma de l'anastomose hypoglosso-faciale termino-terminale.....	10
Figure 2 : schéma de la myoplastie d'allongement du temporal.....	11
Figure 3 : schéma du transfert muscle gracilis, réinnervation par une greffe transfaciale, et revascularisation via les artères et veines faciales	
Figure 4 : schéma du nerf sural.....	20

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : histogramme de la répartition des patients par grade HB en fonction du sexe.....	33
Graphique 2 : histogramme de la répartition des patients par tranche d'âge.....	34
Graphique 3 : répartition des patients selon l'étiologie (en %)	
Graphique 4 : répartition des patients selon le délai (en %)......	35
Graphique 5 : score composite global au Sunnybrook en fonction de l'étiologie.....	37
Graphique 6 : score composite global au Sunnybrook en fonction du grade.....	39
Graphique 7 : scores dynamomètre au départ et à l'évaluation.....	40
Graphique 8 : score dynamomètre en fonction du grade	

Graphique 9 : score dynamomètre à l'évaluation en fonction du sexe.....	41
Graphique 10 : score dynamomètre chez sujets sains en fonction du sexe.....	42
Graphique 11 : comparaison moyenne score global enfants versus parents.....	43
Graphique 12 : comparaison moyenne score communication enfants versus parents	
Graphique 13 : comparaison moyenne score bien-être enfants versus parents.....	44
Graphique 14 : comparaison moyenne score vie personnelle enfants versus parents	
Graphique 15 : comparaison moyenne score prise en charge enfants versus parents	
Graphique 16 : scores globaux et scores par item à l'échelle de qualité de vie destinée à l'enfant en fonction de l'âge de l'enfant (en %).....	45
Graphique 17 : scores globaux et scores par item à l'échelle de qualité de vie destinée au parent en fonction de l'âge de l'enfant (en %).....	46
Graphique 18 : scores globaux et scores par item à l'échelle de qualité de vie destinée à l'enfant en fonction du sexe de l'enfant.....	47
Graphique 19 : scores globaux et scores par item à l'échelle de qualité de vie destinée au parent en fonction du sexe de l'enfant	
Graphique 20 : scores globaux et scores par item à l'échelle de qualité de vie destinée à l'enfant en fonction du délai.....	48
Graphique 21 : scores globaux et scores par item à l'échelle de qualité de vie destinée au parent en fonction du délai.....	49

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

PF : paralysie faciale

PFP : paralysie faciale périphérique

AHF : anastomose hypoglosso-faciale

MAT : myoplastie d'allongement du temporal

MBLF : motricité bucco-linguo-faciale

INTRODUCTION

La paralysie faciale périphérique a fait l'objet de nombreuses études et de plus en plus d'orthophonistes sont aptes à prendre en charge les patients atteints de cette pathologie. En revanche, la paralysie faciale périphérique de l'enfant demeure peu explorée, considérée moins sévère que chez l'adulte. Pourtant, la paralysie faciale périphérique de l'enfant peut entraver le bon développement de ce dernier, que ce soit au niveau fonctionnel et/ou esthétique voire psycho-social.

L'objectif de cette étude est de justifier la nécessité d'une prise en charge orthophonique précoce de la paralysie faciale périphérique de l'enfant toute étiologie confondue, par l'analyse de données quantitatives et qualitatives recueillies auprès d'un échantillon de 16 patients du service ORL de la Pitié-Salpêtrière à Paris, âgés de 6 à 16 ans, grâce à la mise en place d'un protocole strict comprenant : l'observation de la sévérité de l'atteinte grâce à l'échelle de House-Brackmann, le test du dynamomètre, le bilan de la motricité faciale (MBLF enfants ou MBLF version adultes pour les enfants de plus de 14 ans), l'échelle Sunnybrook ainsi que deux questionnaires de vie, destinés à l'enfant et au parent, élaborés tous deux pour cette étude.

Après avoir décrit les différentes caractéristiques de la paralysie faciale périphérique, nous nous intéresserons aux points communs et divergences entre la population adulte paralysée faciale et la population pédiatrique paralysée faciale observés dans la littérature.

Dans la partie pratique, nous présenterons notre protocole et analyserons les données recueillies afin de confirmer ou infirmer nos postulats de base :

- 1) La précocité de la mise en place d'une rééducation orthophonique et la fréquence régulière des séances participent positivement au bien-être de l'enfant.
- 2) La fréquence régulière des séances orthophoniques participe à la satisfaction globale du parent.
- 3) Le taux de récupération participe à la satisfaction globale de l'enfant et du parent.
- 4) L'harmonie du visage et les capacités motrices oro-faciales participent à la satisfaction de l'enfant et du parent.

PARTIE THEORIQUE

I. La paralysie faciale périphérique [41]

La paralysie faciale se traduit par une perte partielle ou totale de la motricité d'une hémiface par l'atteinte du nerf facial qui assure la motricité des muscles faciaux, par lésion nucléaire ou infranucléaire.

I.1. la sémiologie de la paralysie faciale périphérique

I.1.A. Les signes faciaux de la paralysie faciale périphérique [5, 36]

Dans les formes complètes de la paralysie faciale périphérique, on observe différentes caractéristiques au niveau du visage.

D'abord, au niveau du territoire supérieur (œil et front) :

- Une hypotonie hémifaciale
- Une asymétrie du visage
- Une absence de rides sur le front
- Une fente palpébrale plus large
- Des cils beaucoup plus apparents du côté paralysé lors de la fermeture de l'œil (signe des cils de Souques)
- Une fermeture de l'œil impossible et l'élévation du globe oculaire (signe de Charles Bell)

Puis, au niveau du territoire inférieur (nez, bouche, menton, cou) :

- Un effacement du sillon naso-génien
- Un affaissement de la commissure labiale
- Une flaccidité au niveau de la joue
- Une non-contraction des muscles peauciers du cou (signe de Babinski)

Ces signes faciaux se vérifient aussi bien au repos qu'en mouvement volontaire.

I.1.B. Les signes extra-faciaux de la paralysie faciale périphérique [14]

Les signes extra-faciaux signent l'atteinte de plusieurs fonctions du nerf facial. La constatation de signes extra-faciaux sert au diagnostic topographique de l'atteinte. On peut remarquer lors d'une paralysie faciale périphérique :

- Un œil sec, évocateur d'une atteinte au niveau du ganglion géniculé (portion labyrinthique)
- Une dysgueusie au niveau des deux premiers tiers antérieurs de l'hémi-langue (lésion en amont de la corde du tympan, portion mastoïdienne)
- Une réduction de sécrétion salivaire de la glande submandibulaire (lésion en amont de la corde du tympan, portion mastoïdienne)
- Une abolition du réflexe stapédien et une sensation de douleur quand le son est trop fort (lésion en amont du nerf du muscle stapédien, portion mastoïdienne)
- Une diminution de la sensibilité au niveau de la zone de Ramsay-Hunt (lésion en amont ou au niveau de la portion mastoïdienne)

Les signes faciaux et extra-faciaux permettent de diagnostiquer aisément une paralysie faciale périphérique complète. En revanche, le diagnostic est plus difficile à poser dans certains cas :

- Dans les formes incomplètes
- Chez les sujets comateux
- Dans les atteintes bilatérales du nerf : face totalement immobile
- Dans les formes vues tardivement : l'hypotonie initiale peut être remplacée par une hypertonie (séquelles à type de spasme ou syncinésies)

I.2. Les différentes étiologies

Le traitement de la paralysie faciale est dicté par l'étiologie de cette dernière. Il est donc nécessaire de connaître les différentes étiologies de la paralysie faciale périphérique afin de pouvoir traiter efficacement la paralysie faciale périphérique du patient.

A	Idiopathique [36, 41]	<p>Représente 80% des paralysies faciales et touche 20/100 000 habitants.</p> <p>Se manifeste par un début brutal de paralysie faciale qui peut se compléter en 2 jours, sans cause évidente.</p> <p>Il s'agirait d'une réactivation d'un herpès simplex virus de type 1, responsable d'une inflammation du nerf au niveau du ganglion géniculé, même si son rôle reste débattu dans la littérature.</p> <p>Prodromes : otalgie, paresthésie faciale, dysgueusie,</p>
---	------------------------------	---

		<p>céphalées, fièvre, hyperacousie douloureuse.</p> <p>Le pronostic dépend de l'importance clinique de la paralysie, de la précocité de la perte axonale et son intensité avant la 2^{ème} semaine d'apparition, et de la précocité du traitement dans les formes graves.</p> <p>Si l'on ne la prend pas en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> -70% des sujets vont guérir (surtout s'ils présentent une paralysie peu importante) et ce de manière rapide, -14% vont garder des séquelles minimales de cette paralysie, -16% des séquelles graves à type d'hémispasme ou de syncinésies.
B	Zoostérienne [61, 68]	<p>2^{ème} cause de paralysie faciale périphérique.</p> <p>Se retrouve dans le syndrome de Ramsay-Hunt, caractérisé par une éruption érythémato-vésiculeuse dans la conque de l'oreille et une paralysie faciale, due à la réactivation du virus de la varicelle au niveau du ganglion géniculé.</p> <p>Pronostic plus grave que celui de la PF idiopathique.</p>
C	Traumatique [52]	<p>Cause fréquente de PFP, engendrée par une fracture du rocher, par des plaies de la région parotidienne, ou à la suite d'opération(s) chirurgicale(s) au niveau de l'angle ponto-cérébelleux, rocher ou glande parotide.</p>
D	Tumorale [60, 61]	<p>Généralement d'installation progressive. Il faut penser au diagnostic de tumeur quand la récupération est absente au bout de 6 semaines ou partielle sous traitement, ou récidivante.</p>
E	Otitique [24, 28, 54]	<p>Les otites de type externe nécrosante progressive, moyenne aiguë, moyenne chronique peuvent engendrer une PF. A noter que la PF se rencontrant à la suite d'une otite moyenne aiguë se retrouve le plus</p>

		souvent chez le jeune enfant.
F	Maladie générale [28, 60, 69]	<p>La paralysie faciale peut être symptomatique de plusieurs maladies générales comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le diabète : dès lors qu'il se présente comme insulino-dépendant -La maladie de Lyme maladie la plus fréquente en France parmi les affections transmises par les tiques. Les populations à risque sont surtout les jeunes enfants, entre 2 et 15 ans. On constate un autre pic entre 30 et 55 ans. La paralysie faciale apparaît dans les semaines qui suivent la présence d'un érythème chronique migrant. Cette paralysie peut être bilatérale, suivie d'inflammations locales et d'une méningite. -Les vascularites systémiques : atteintes inflammatoires de la paroi des vaisseaux :maladie de Horton, maladie de Kawasaki, périartérite noueuse, maladie de Wegener, sarcoïdose.
G	Affections neurologiques [60, 63]	<p>gènèrent une paralysie faciale périphérique :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le syndrome de Guillain-Barré : Apparition de la paralysie faciale progressive et bilatérale la plupart du temps. -Le syndrome de Foville -Le syndrome de Millard-Gubler -Accident vasculaire du tronc cérébral avec syndrome alterne -Sclérose en plaques : Le premier symptôme est une paralysie faciale centrale. Néanmoins, une paralysie faciale périphérique est envisageable.
H	Autres infections [40]	La polyomyélite, rougeole, les oreillons, mononucléose infectieuse, lèpre, paludisme, syphilis, tuberculose, VIH

Tableau 1 : les différentes étiologies de la paralysie faciale périphérique

I.3. Le diagnostic positif

I.3.A. Le diagnostic de sévérité

I.3.A.a. Le testing clinique musculaire de la face [2, 30, 36, 39, 51, 41, 56, 66,38]

On estime la gravité de la paralysie faciale par un examen clinique précis de la face, au repos puis en situation conversationnelle. Le thérapeute dispose de différents outils :

- **La technique de Freyss** (1980) : dix groupes musculaires : frontal, sourcilier, orbiculaire des paupières, releveur de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, zygomatique, risorius, buccinateur, orbiculaire des lèvres, carré et triangulaire, peaucier, sont testés et cotés de 0 à 3. (total sur 30) (ANNEXE 1)
- **La classification de House-Brackmann** (1985) : il s'agit de l'échelle d'évaluation clinique la plus utilisée au niveau international. Elle permet de grader rapidement la paralysie faciale du patient que l'on reçoit, tout en prenant compte des séquelles éventuellement présentes. (ANNEXE 2)
- **L'échelle Sunnybrook** (1996) sert à grader subjectivement la symétrie du visage après paralysie faciale au repos, la symétrie du visage en mouvement, ainsi que les syncinésies associées aux différents mouvements exécutés par le patient. Différentes régions du visage sont examinées séparément. Nous obtenons alors trois scores, puis un score composite. (ANNEXE 3)
- **L'utilisation du dynamomètre** : Le dynamomètre est un outil qui permet de mesurer très rapidement la force bilabiale du patient, en grammes, grâce à un bouton relié par un fil de 10 centimètres au dynamomètre, que le patient place devant ses dents, bouche fermée, et qu'il retient.

I.3.A.b. Les explorations électro-physiologiques [38]

- **L'électromyographie (EMG)** : Cet examen analyse l'amplitude des potentiels, la latence distale motrice, et éventuellement la vitesse de conduction motrice. Il enregistre les réponses motrices directes par des électrodes placées au niveau du frontal, orbiculaires des paupières et des lèvres.
- **L'électroneurographie de Fisch et Esslen** : Cet examen permet de comparer l'amplitude du côté sain et du côté atteint afin d'apprécier la perte en fibres

nerveuses motrices (on calcule le rapport entre fibres nerveuses actives et dégénérées en pourcentage).

Le suivi électrologique régulier permet d'objectiver les progrès de la réinnervation et d'indiquer la survenue éventuelle de syncinésies. Le testing musculaire de la face et les explorations électro-physiologiques permettent d'estimer la gravité de la paralysie faciale.

I.3.B. le diagnostic de localisation lésionnelle [60]

I.3.B.a. Le test de Schirmer

Il s'agit de l'étude de la sécrétion lacrymale. Le principe est de placer une bandelette graduée dans le cul de sac conjonctival et de mesurer le nombre de graduation humidifiées. Un test de Schirmer positif, c'est-à-dire un déficit lacrymal du côté paralysé par rapport au côté sain, signe une atteinte au niveau ou en amont du ganglion géniculé et du grand nerf pétreux.

I.3.B.b. Les réflexes stapédiens (ou test de Metz)

Les réflexes stapédiens permettent d'apprécier la fonction du nerf facial en amont du départ du muscle de l'étrier. La recherche de ces réflexes consiste à stimuler l'oreille par un son d'une certaine intensité pour observer le niveau de protection de l'oreille interne par la tension du muscle de l'étrier.

I.3.B.c. Les éléments anamnestiques pertinents

Le *contexte d'apparition* détermine le diagnostic de la paralysie faciale.

Les *signes accompagnateurs* participent également au diagnostic positif. Ils correspondent aux signes extra-faciaux.

I.3.B.d. La place de l'imagerie [4]

Le bilan d'imagerie apporte des arguments essentiels dans le diagnostic de paralysie faciale. En effet, l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) avec injection de

gadolinium permet d'explorer tout le trajet du nerf facial, depuis le noyau dans le tronc cérébral jusqu'à sa terminaison dans la glande parotide.

L'exploration tomodensitométrique (TDM) permet quant à elle de préciser le diagnostic étiologique. Cet examen est plus performant. Lorsque l'étiologie et la topologie lésionnelle restent incertaines, l'imagerie est indispensable. Elle détermine la décision thérapeutique et le pronostic.

I. 4. La prise en charge de la paralysie faciale périphérique

I.4.A. La prise en charge médicale et les différents traitements utilisés [52, 4]

Les traitements médicamenteux varient en fonction de l'étiologie. Classons les différentes étiologies selon le traitement médicamenteux le plus efficient possible.

Paralysie faciale idiopathique	Corticoïdes (1 à 2 mg/Kg/j) et antiviraux (aciclovir) pendant 7 à 10 jours, dans les 2 semaines suivant l'apparition de la paralysie
Paralysie faciale zoostérienne	Identique à celui de la paralysie faciale idiopathique
Maladie de Lyme	Antibiothérapie spécifique
Paralysie faciale otitique	Antibiotiques et corticoïdes Si cholestéatome : traitement chirurgical
Paralysie faciale tumorale	Traitement de la tumeur
Paralysie faciale traumatique	Pour les paralysies faciales totales de survenue immédiate : intervention chirurgicale dans un délai maximum d'un mois Pour les paralysies faciales complètes de survenue secondaire : corticoïdes à fortes doses et chirurgie si nécessaire Pour les paralysies faciales partielles : corticothérapie

Tableau 2 : Les traitements utilisés en fonction de l'étiologie

Les soins oculaires :

La paralysie faciale entrave le mouvement palpébral, qui permet de protéger l'œil : peut survenir une kératite d'exposition (inflammation cornéenne). Des soins très intensifs doivent être envisagés, même si la paralysie est partielle.

Il faut humidifier l'œil grâce à des larmes artificielles, appliquer de la pommade vitaminée A le soir et fermer l'œil la nuit grâce à une couche de micropores.

Dans le cas d'une paralysie de longue durée, l'implantation d'une plaque d'or au niveau de la paupière (incision dans le pli supratarsal) est indiquée.

Traitement des séquelles : l'injection de toxine botulique [37]

La paralysie faciale peut engendrer un spasme hémifacial et des syncinésies. Ce sont des séquelles qui se révèlent généralement entre le 5^{ème} et le 10^{ème} mois après l'apparition de la paralysie, et ce malgré une rééducation soutenue.

La toxine botulique permet de limiter ces séquelles par une paralysie partielle des muscles trop mobilisés. Les effets secondaires sont très rares.

Selon la synthèse **séance d'injection de toxine botulique au niveau de la face** rendue par la Haute Autorité de Santé en octobre 2006, l'efficacité de l'injection de toxine botulique de type A dans le traitement du spasme hémifacial s'élève au moins à 76% de l'effectif traité, avec une durée d'efficacité de 2,6 à 4 mois. De plus, cet acte représente un intérêt de santé publique puisqu'il impacte de manière positive la qualité de vie des patients (étude incluant 80 patients).

Outre les séquelles liées à une paralysie, la toxine botulique permet de symétriser le visage par injection du côté sain et de protéger la cornée par injection dans le muscle releveur de la paupière.

I.4.B. Les différentes techniques de réhabilitation chirurgicales [29, 46, 31, 48, 21]

Le recours à la chirurgie est nécessaire quand la paralysie faciale est complète, définitive, et que le nerf n'est pas réparable. Les *anastomoses nerveuses* et les *transferts musculaires dynamiques* sont les techniques les plus utilisées.

L'anastomose hypoglosso-faciale termino-terminale (AHF tt)

Le nerf utilisé généralement est le nerf hypoglosse (XIIème paire crânienne). Ce nerf joue un rôle moteur, innervant les muscles linguaux. Le recours à l'AHF est conditionné par plusieurs paramètres :

- si le nerf est irréparable du fait de la lésion nerveuse
- si le délai dépasse un an
- si la réparation nerveuse a échoué
- si les branches en périphérie sont intactes

L'étude de Lamas et coll. [31] a montré que cet acte chirurgical pouvait se faire dans les 4 ans succédant la lésion nerveuse.

Le nerf hypoglosse est coupé dans son intégralité avant son entrée dans la paroi interne de la loge submaxillaire pour le suturer au nerf facial en aval de la lésion, de manière à ce que les fibres du nerf hypoglosse repoussent dans le nerf facial.

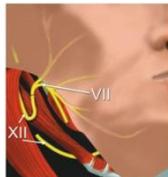


Figure 1 : schéma de l'anastomose hypoglosso-faciale termino-terminale[48]

Une prise en charge rééducative après anastomose hypoglosso-faciale permet de diminuer nettement les conséquences dues au sacrifice du nerf XII : paralysie de l'hémi-langue mobile, trouble de la motilité de la langue, syncinésies, hypertonie de la face du côté réhabilité.

L'anastomose hypoglosso-faciale latéro-terminale

Cette technique opératoire utilise seulement 30 voire 50% des fibres du nerf hypoglosse. Un greffon nerveux intermédiaire est ensuite utilisé, entre le nerf hypoglosse et le nerf facial en le conduisant jusqu'au nerf hypoglosse dans la région sous-gastrique.

La myoplastie d'allongement du temporal (MAT) [12]

La MAT est indiquée lorsque l'AHF est impossible à proposer : dès que le délai post-lésionnel dépasse 5 ans ou que la paralysie faciale est incomplète et flasque. Elle est également proposée en cas de paralysie congénitale. Enfin, il est impératif que le nerf trijumeau soit intact. L'intervention consiste à sectionner les attaches sur le coroné et amarrer au niveau de la commissure le tendon musculaire, de manière à retrouver un « sourire temporal ». (ANNEXE 5)

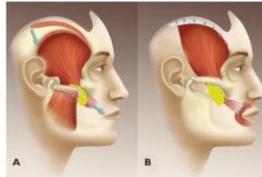


Figure 2 : schéma de la myoplastie d'allongement du temporal[48].

Le transfert musculaire libre

Cette réhabilitation chirurgicale est proposée quand l'AHF et la MAT ont échoué ou ne peuvent être envisagées en raison d'une atteinte du nerf facial et du nerf trijumeau.

Le principe opératoire s'effectue en deux temps : il consiste à extraire le muscle gracilis situé dans la cuisse et le brancher à un greffon transfacial, obtenu grâce à l'anastomose de branches du nerf facial du côté sain et du nerf sural (nerf du membre inférieur), que l'on va faire passer au niveau de la lèvre de l'autre côté, six mois avant l'extraction du muscle gracilis. L'union du greffon et du nerf du gracilis va permettre la repousse de fibres.



Figure 3 : schéma du transfert du muscle gracilis, réinnervation par une greffe transfaciale, et revascularisation via les artères et veines faciales [46]

I.4.C. Une prise en charge multidisciplinaire : orthophonie, kinésithérapie, psychologie [14, 16, 5, 7, 50, 33, 64, 65]

Les conséquences fonctionnelles, esthétiques et psychologiques liées à la paralysie faciale ne sont plus à prouver. Une prise en charge multidisciplinaire permet de répondre le mieux possible aux attentes des patients paralysés faciaux.

La prise en charge orthophonique

Elle permet de prévenir ou traiter les séquelles constatées après paralysie faciale idiopathique ou traumatique. Selon une étude de Gatignol et coll [16], la prise en charge orthophonique améliore nettement l'estime de soi des patients et leur qualité de vie.

La prise en charge orthophonique suit plusieurs étapes : d'abord, l'orthophoniste explique au patient la physiologie de la face grâce à un schéma simplifié (ANNEXE 4) et les massages exo et endobuccaux que le patient devra effectuer quotidiennement, 5 à 10 minutes : ils doivent être effectués dans les sens des fibres musculaires avec une pression assez forte (sur une échelle de force de 1 à 5 : 4).

Il informe le patient sur les conduites à tenir (soins oculaires) et les interdictions (mâcher du chewing-gum, forcer, exagérer les mimiques), explique les principes de la méthode Neuromuscular Retraining (Diels et Combs [7]) : lenteur d'exécution des mouvements avec feedback visuel, faible amplitude des mouvements et pratique de mouvements symétriques pour observer et modifier le mouvement exécuté et ainsi inhiber les syncinésies, pour préciser le geste et améliorer la coordination, et enfin éliminer l'hyperactivité du côté controlatéral.

Les exercices ciblent d'abord le muscle frontal pour descendre jusqu'au muscle du menton. Ils respectent cinq stades évolutifs : 1/ *stade passif* : le patient pense au mouvement mais le thérapeute exécute le geste pour lui ; 2/ *stade passif-assisté* : à la moindre ébauche de mouvement perçue sous le doigt du thérapeute, ce dernier accompagne le geste en le maintenant quelques secondes ; 3/ *stade actif-aidé* : le mouvement est ébauché, le thérapeute agit en fin de course ; 4/ *stade actif* : le patient travaille seul ; 5/ *stade actif et contre-résistance* : mouvement durable initié par le patient contre une légère résistance du thérapeute.

Ils sont d'abord travaillés simultanément, puis alternativement : descendre et monter les sourcils, baisser et lever les paupières, cligner puis maintenir la position grâce à l'index : on appelle cet exercice « fermeture mécanique » car il n'y a pas de contrôle cortical. Elle permet de lutter contre la syncinésie œil-bouche. Ensuite, le patient s'exerce à relever les bords narinaux latéraux. Enfin, au niveau labial, le patient doit sourire (légèrement, modérément, puis exagérément), faire la moue, abaisser la lèvre inférieure, faire le bruit du baiser et le cul de poule, afin de travailler le tonus labial.

Vers le 5^{ème} - 6^{ème} mois de rééducation, l'orthophoniste demande au patient ces mêmes gestes mais de façon dissociée. L'orthophoniste s'intéresse également aux capacités d'articulation, de mastication et de déglutition du patient.

La prise en charge orthophonique après AHF [31, 19, 20]

La prise en charge rééducative se met en place dès le lendemain de l'intervention. L'orthophoniste procède alors à une rééducation précoce de la langue, pour parvenir à la décontraction des muscles responsables de la déglutition, et à la diminution voire disparition de l'atrophie hémi-linguale. Cette rééducation linguale s'apparente à une rééducation classique de déglutition primaire. Ainsi, un travail sur la posture, la coordination et l'appui lingual est préconisé.

La prise en charge orthophonique après MAT [33, 35, 16]

L'orthophoniste doit proposer dans ce cas une rééducation classique de la paralysie faciale. Cette rééducation est inévitablement couplée à une réhabilitation du sourire, indispensable après une MAT. Des principes de base doivent être observés : mouvements lents, pour investir le maximum de fibres et inhiber les syncinésies ; dissociation musculaire toujours dans le but d'éviter les syncinésies ; retenue du côté sain à l'aide du plat de la main pour amener les muscles du côté paralysé en position neutre. La réhabilitation du sourire s'obtient en plusieurs étapes :

1 ^{ère} étape : sourire mandibulaire	Nécessaire mobilisation mandibulaire par serrage des dents
2 ^{ème} étape : sourire temporal volontaire	Contraction temporale indépendante des

	mouvements mandibulaires volontaires
3 ^{ème} étape : sourire temporal spontané	Sourire spontané et indépendant des mouvements mandibulaires

Tableau 3 : les étapes de réhabilitation du sourire

La prise en charge kinésithérapique

Le kinésithérapeute est, comme l'orthophoniste, habilité à prendre en charge les patients paralysés faciaux et leur proposer les massages exo et endobuccaux, ainsi que les différents exercices praxiques.

La prise en charge psychologique [64, 65, 16]

Selon plusieurs études menées par VanSwearingen et coll.[64], 65% des paralysés faciaux manifestent des symptômes dépressifs, soit 3 à 5 fois plus que dans la population générale. La grande difficulté à véhiculer des émotions et notamment à sourire serait un facteur prépondérant de cette dépression. De plus, la modification esthétique du visage, la perte d'appétence à communiquer et le repli sur soi renforcent ces symptômes dépressifs.

Le patient paralysé facial doit faire face à des difficultés tant fonctionnelles que psychologiques. Une prise en charge multidisciplinaire intégrant ces aspects est donc essentielle. Gatignol et coll. [16] nous rappellent d'ailleurs que bien que les conséquences fonctionnelles soient admises depuis longtemps, les effets de la rééducation sur la modification du visage, les relations sociales et l'état psychologique des patients sont encore trop peu considérés.

II. Revue de littérature : la paralysie faciale périphérique chez l'enfant

La paralysie faciale périphérique de l'adulte a fait l'objet de très nombreuses études au cours du temps en raison de sa fréquence. Il n'en est pas de même pour la paralysie faciale périphérique de l'enfant qui demeure peu documentée.

Nous allons donc élaborer une revue de littérature sur ce sujet pour mettre en exergue les caractéristiques de cette pathologie.

II.1. les points communs entre les adultes et les enfants paralysés faciaux

II.1.A. les étiologies [12, 43]

Comme le précise Tazi el Pardy dans sa thèse soutenue en 2011 [12], « les paralysies faciales de l'enfant se distinguent de celles de l'adulte par des particularités étiologiques, et un mode évolutif différent. On distingue les formes néonatales (congénitales), des formes acquises. » En somme, il existe deux situations cliniques distinctes, comme l'affirment Marianowski et Manac'h [43] : soit on assiste à une paralysie faciale du nouveau-né, soit à une paralysie faciale de l'enfant. L'étiologie du nouveau-né paralysé facial est différente de celles rencontrées chez les adultes : paralysie faciale congénitale, due soit à une malformation nerveuse en raison de troubles développementaux in utero (causés par des infections, prises de médicaments, hémorragies dans les trois premiers de grossesse), soit consécutive à une cause génétique (myoclonie dystrophique, myasthénie, myopathies congénitales, dystrophie fascioscapulohumérale associée à un retard mental), ou encore à un événement traumatisant pendant la grossesse.

La paralysie faciale de l'enfant au-delà de la période néonatale présente en revanche un tableau étiologique similaire à celui de l'adulte. Ainsi peut-on retrouver des paralysies faciales d'étiologie :

- *Idiopathique*
- *Infectieuse* (syndrome de Ramsay-Hunt, mononucléose, maladie de Lyme, tuberculose, syndrome Guillain-Barré, leucémie, lupus pernio : lésions cutanées de la sarcoïdose)
- *Traumatique* (extraction du bébé de plus de 3,500 kgs par forceps, prématurité, fracture de l'os temporal, causes iatrogènes : intervention chirurgicale au niveau de la glande parotide, oreille moyenne, mastoïde)
- *Tumorale* (neurinome, hémangiome, tumeurs du système nerveux central, tumeurs au niveau de la tête et du cou, rhabdomyosarcome, lymphome de Burkitt, lymphome de l'oreille moyenne etc.)
- *Otitique*

Comment différencier une paralysie traumatique d'une paralysie malformative ?

Marianowski et Manac'h justifient la nécessité d'effectuer des tests de stimulation détection pour différencier une agénésie du nerf facial (paralysie malformative), d'une paralysie traumatique, dans les deux jours suivant le traumatisme. Passés deux jours, la dégénérescence wallérienne possible dans la paralysie traumatique ne permet plus de distinguer cause congénitale et cause traumatique.

II.1.B. L'importance de la gêne fonctionnelle [58, 1, 27, 51, 15, 18, 47]

Troubles masticatoires et déglutition

L'équipe de Siktberg et coll. (1999) décrit dans son article « Management of Children with Swallowing disorders » [58] les répercussions de déficiences structurelles ou neurologiques sur le processus de déglutition. Or, des troubles de la déglutition impactent le quotidien de l'enfant tant au niveau physique que nutritionnel ou social. En effet, un trouble de la déglutition peut engendrer à terme une mauvaise nutrition et une mauvaise hydratation, et par conséquent des problèmes de croissance.

Kato et coll. (2013)[27] relatent le fait que les paralysés faciaux se plaignent souvent de bavage. L'atteinte des fonctions musculaires de la face provoque à la fois un mauvais contrôle de la salive et du bol alimentaire.

Difficultés articulatoires chez l'adulte puis l'enfant

Robert (2011) [51] nous indique que les patients adultes produisent de manière imprécise certains phonèmes en raison de la paralysie des muscles faciaux, bien que la communication reste fonctionnelle et l'intelligibilité préservée par ailleurs.

La paralysie des muscles zygomatiques et du risorius entrave l'articulation de certains phonèmes. En effet, le gonflement involontaire de la joue paralysée gêne la production des phonèmes bilabiaux ([p], [b], [m]). De plus, la joue et l'orbiculaire des lèvres étant hypotoniques peuvent engendrer un schlitement, en raison d'une déperdition d'air et de la présence constante de stases salivaires. Les consonnes labio-dentales ([f], [v]) et les constrictives ([s], [ʃ], [ʒ]) sont dans ce cas atteintes.

Outre les consonnes, la production des voyelles fermées [i], [e], [y], [u], [o] et [ø] peut également être touchée, en raison de la participation des lèvres.

Robert ajoute qu'on ne peut parler de trouble articuloire stricto sensu mais de « difficultés de réalisation variables, liées à la sévérité de l'atteinte ».

L'anastomose hypoglosso-faciale termino-terminale a été rendue responsable par de nombreuses études de troubles articuloires en raison de l'hémiatrophie linguale qu'elle suppose. Cependant, Gatignol et coll. rapportent dans l'article « La rééducation de la langue dans l'anastomose hypoglosso-faciale » [15] qu'il ne s'agit pas de troubles articuloires puisque la position des articulateurs est correcte. En revanche, la faiblesse du sphincter buccal génère un schlintement. L'origine de ce phénomène est l'atteinte du nerf facial et non l'atrophie linguale.

Les enfants paralysés faciaux sont tout autant touchés que les adultes par ces mêmes difficultés de réalisation articuloire. D'ailleurs, l'évaluation Motricité-Bucco-Linguo-Faciale Enfants (étalonnée de 4 à 8 ans) [18] est proposée lors du bilan de paralysie faciale pour déterminer s'il y a oui ou non des difficultés articuloires, car elles ont des répercussions sur d'autres champs de compétence.

D'une part, les enfants présentant un trouble articuloire auraient des difficultés de coordination motrice. D'autre part, ils présenteraient une gêne au niveau du traitement des informations : Ozcebe et Belgin (2005) ont rapporté que 24% des enfants avec trouble articuloire présentent un retard dans les acquisitions langagières et éprouvent des difficultés au niveau des fonctions exécutives : raisonnement et mémoire.

Ces répercussions peuvent se présenter en cas de paralysie faciale congénitale ou toute autre paralysie survenant avant l'âge d'acquisition des phonèmes.

II.1.C. L'importance de la gêne esthétique [53, 8, 6, 67, 34]

L'asymétrie du visage demeure la gêne esthétique la plus conséquente. En effet, l'hyperactivité du côté sain au détriment du côté paralysé flasque et immobile entraîne des déformations du visage : le patient devient grimaçant. Bien sûr, cette défiguration entrave le bien-être du patient. L'étude menée par Robinson et coll. [53] confirme cette thèse. Robinson et coll. ont choisi deux échelles de qualité de vie, l'HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale, élaborée par Sigmond et Snaith) et la SAD (Social Avoidance and

Distress Scale) ainsi qu'un autre questionnaire à réponses ouvertes, et les ont fait passer à J0, J+ 6 semaines et J+ 6 mois à 64 patients, âgés de 17 à 75 ans, et souffrant tous d'une déformation du visage pour des raisons multiples : fentes vélo-palatines, taches de naissance, brûlures, cicatrices, marques d'acné, paralysies faciales et tumeurs au niveau de la tête et du cou. Les patients de leur étude bénéficiaient d'ateliers travaillant l'estime de soi et les émotions. Les résultats ont montré une augmentation de la confiance en soi au fur et à mesure du temps : 61% des patients ont estimé positifs les effets des ateliers sur leur état psychologique. Il faut également noter que l'équipe de Robinson n'a pas retrouvé de corrélation significative entre l'âge du patient et le degré de dépression. Notons qu'une validation d'une version francophone de la SAD est en cours. (Douilliez et coll.) [8]

Les sujets jeunes comme moins jeunes sont tout autant touchés par les conséquences esthétiques et a fortiori psychologiques engendrées par leur paralysie faciale.

Demeule, psychologue clinicienne en service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale pose la question, dans son article « Le monstre à visage découvert » [6], de l'élaboration du narcissisme en fonction de deux contextes : la malformation faciale innée et la déformation acquise. Pour le nouveau-né, Demeule introduit la thèse de Winnicott [67] qui pense la mère comme miroir : le narcissisme du bébé se construit à travers le regard admiratif de sa mère. En somme, la blessure narcissique de la mère d'avoir mis au monde un bébé au visage déformé se répercute sur la construction psychique de ce dernier.

Dans le cas des déformations acquises, on assiste à une perte d'identité.

Lambert-Prou écrit dans *Les paralysies faciales* [34] qu'il existe « trop de paralysés du visage [qui] souffrent du regard de l'autre et perdent leur désir de communiquer : troubles de l'image et de l'estime de soi, évitement des situations sociales, manque de confiance en l'avenir affectif et professionnel, processus dépressifs... » Ainsi, elle propose une rééducation basée sur l'attitude réactionnelle du sujet paralysé face à autrui dans le but de rétablir son appétence à communiquer. Elle ne spécifie pas l'âge des patients qu'elle rééduque par cette méthode comportementale, s'adaptant aux expériences personnelles de chacun : gêne dans les lieux publics, au travail ou dans la cour d'école... Sa méthode s'appuie sur l'étude de Robinson citée précédemment : cette étude montre qu'il faut adopter une attitude positive pour pouvoir communiquer, comme aller vers l'autre et le rassurer, comprendre la réaction de son interlocuteur et s'affirmer. Lambert-Prou propose

également de compenser la déficience motrice du visage par l'intonation de la voix, le langage oral, gestuel, le regard ainsi que les postures corporelles.

II.1.D. Les techniques de réhabilitation chirurgicale [43, 9, 23, 70, 71]

Marianowski et Mana'ch [43] confirment la similarité des techniques de réhabilitation chirurgicale chez l'enfant et l'adulte paralysé facial. En revanche, ils précisent que les techniques chirurgicales comme la suspension active ou passive de l'hémiface paralysée et le transfert de lambeaux libres réinnervés par le nerf facial controlatéral s'effectuent chez le grand enfant. En cas de paralysie faciale iatrogène (apparaissant après chirurgie de la fosse postérieure, oreille moyenne ou encore parotide), l'anastomose hypoglossofaciale peut s'avérer nécessaire, si le nerf est sectionné dans son trajet intrapétreux.

Ajoutons la nécessité d'une décompression du nerf dans sa 3^{ème} portion intramastoïdienne s'il n'y a aucune récupération après un traumatisme obstétrical. Par ailleurs, si le tympan ou le rocher sont lésés, l'intervention chirurgicale a lieu précocement. En revanche, Dubreuil précise que la décompression chirurgicale dans la fosse cérébrale moyenne n'est pas recommandée : selon Dubreuil [9], la décompression n'améliorerait pas le pourcentage et le degré de récupération fonctionnelle du nerf facial. Les risques encourus selon le Collège Français ORL sont la survenue d'un hématome extra-dural, d'acouphènes, de vertiges, et plus secondairement d'un déplacement des structures pariéto-temporales.

L'équipe de Hadlock et coll.[23] a montré les bienfaits de la technique du transfert libre du muscle gracilis chez l'enfant, par une étude longitudinale entre 2004 et 2009 de 20 sujets âgés de 4 à 18 ans, qui pourtant avait été décrite comme inefficace par bon nombre de médecins, en raison de l'amélioration subtile et des données finalement peu prégnantes. Les résultats obtenus ont été les mêmes dans la cohorte adulte et dans la cohorte enfant, même si le risque de thrombose en raison de vaisseaux plus petits chez l'enfant a été noté. Hadlock et coll. ajoutent qu'il n'y a pas besoin d'attendre que l'enfant devienne adulte pour commencer la prise en charge dynamique, car l'intervention a fait ses preuves au cours du temps grâce à une réhabilitation du sourire significative et une amélioration de la qualité de vie : l'enfant peut s'exprimer non verbalement par le sourire et interagir avec ses pairs.

De même, en cas de paralysie faciale congénitale, la greffe nerveuse est indiquée, même chez le tout-petit. D'ailleurs, Ysunza et coll. [70] confirment que plus l'intervention est

précoce (soit moins d'un an après la paralysie), meilleurs sont les résultats, car le risque d'atrophie musculaire est amoindri. (in "Congenital facial palsy and crossed facial nerve grafts : age and outcome", 1996). La technique chirurgicale qu'Isunza et son équipe ont proposée à 18 patients âgés de 2 mois à 10 ans est simple : prélever le nerf sural (dans les deux jambes) et l'anastomoser aux branches du plexus buccal et zygomatique. Les greffons sont ensuite introduits par un canal vers la lèvre supérieure pour innerver la zone péribuccale, puis une autre incision est effectuée pour innerver la lèvre inférieure et le côté atteint. Les muscles élévateurs et abaisseurs sont alors innervés.

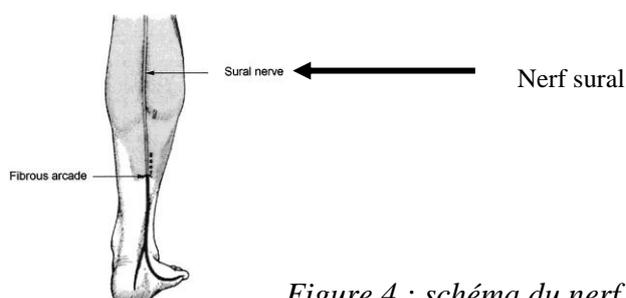


Figure 4 : schéma du nerf sural [71]

II.1.E. La prise en charge [26, 25, 9]

Dans l'article « Analyse de la prise en charge et du devenir des paralysies faciales périphériques de l'enfant », Jaboulet et coll. (2008)[26] expliquent qu'il n'existe pas une prise en charge consensuelle de la paralysie faciale périphérique de l'enfant, mais des pratiques variées. Les études décrivant les différents types de prise en charge de l'enfant paralysé facial sont rares. Heymonet Lopes [25] dans sa thèse sur la « Maladie de Lyme et paralysie faciale chez l'enfant » indique qu'une prise en charge kinésithérapique est mise en place basée sur des massages à visée trophique, mobilisation passive des muscles du côté atteint et active aidée du côté sain, physiothérapie par compresses chaudes, auto-exercices devant la glace. Dubreuil [9] précise que le diagnostic de maladie de Lyme doit être entrepris, car les conséquences thérapeutiques sont majeures.

En revanche, s'il s'agit d'une paralysie faciale idiopathique minime, l'abstention thérapeutique est de rigueur selon Dubreuil.

Enfin, si le contexte est patent (traumatisme, zona), la conduite thérapeutique s'apparente à celle de l'adulte paralysé facial.

II.2. Les divergences entre les adultes et les enfants paralysés faciaux

II.2.A. comparaison des statistiques de la paralysie faciale selon l'étiologie chez les adultes et chez les enfants [9, 45, 42, 49, 43, 32, 22, 13, 41]

La majeure partie de la communauté scientifique s'accorde à dire que la paralysie faciale idiopathique est la plus fréquente chez l'enfant, comme elle l'est pour l'adulte. Dubreuil dans son article « Paralysies faciales de l'enfant » [9], estime que l'étiologie idiopathique représente 39% à 58% des cas recensés dans la littérature. D'ailleurs, l'étude de May et coll. [45] (étude rétrospective menée en 1981) et celle de Manning et coll.[42] (publiée en 1972), le démontrent. Dans l'étude de Manning et coll., sur 61 enfants présentant une paralysie faciale périphérique, 50 % présentent une paralysie idiopathique ; dans celle de May et coll., sur un échantillon de 170 enfants paralysés faciaux, la paralysie faciale idiopathique représente 42% des cas. Marianowski et Manac'h en 2000 [43] s'accordent aussi sur le fait que l'étiologie idiopathique est incontestablement la plus fréquente, avec un âge de survenue oscillant entre 3 et 15 ans. De même, Lamas et Tankéré dans *Paralysies faciales* [32] estiment que la paralysie faciale idiopathique, « bien que rare avant 15 ans » demeure la principale cause de paralysie faciale chez l'enfant. Les autres étiologies intéressant la population pédiatrique sont selon eux : « l'otite moyenne, la maladie de Lyme, la maladie de Kawasaki, le traumatisme du nerf dans la région mastoïdienne et parotidienne, les tumeurs de la fosse postérieure et de la parotide, le syndrome de Melkerson-Rosenthal ».

En revanche, deux études révèlent des statistiques différentes : pour Grundfast et coll (1990)[22], sur une étude de 25 cas, 16% présentent une paralysie d'ordre idiopathique, contre 28% d'ordre infectieux et 24% d'ordre traumatique. De même, une étude récemment menée par Evans et coll. en 2005 [13]sur un échantillon de 34 cas confirme ces chiffres : la paralysie faciale traumatique est davantage représentée (34,3%), suivie par la paralysie faciale infectieuse (37,1%), congénitale (11,4%) puis idiopathique : 8,6% seulement.

Literature concerning causes of facial nerve palsy in childhood.

Study	Idiopathic (%)	Trauma (%)	Neoplasm (%)	Congenital (%)	Infection (%)	Other (%)	Total
Manning et al. [7]	60.7	11.5		3.3	14.8	9.7	61
May et al. [8]	42	21	2	8	13	13	170
Grundfast et al. [9]	16	24	12	8	28	12	25
Evans et al. [10]	8.6	34.3	2.8	11.4	37.1	5.8	34

Tableau 4 : Recueil de données sur la fréquence des étiologies de la paralysie faciale pédiatrique en % [49]

Pourquoi autant de différences entre les études de Grundfast et Evans et les études antérieures ? Pavlou et coll. pensent que cette divergence statistique se justifie par les avancées scientifiques et les connaissances approfondies dans le domaine de la paralysie faciale périphérique chez l'enfant. Nous pourrions ajouter cependant que les études de Grundfast et Evans ont été menées à partir d'un panel beaucoup plus restreint que les autres études, ce qui serait susceptible de biaiser la réalité clinique. De plus, les services hospitaliers dans lesquels ont été menées ces études sont facteurs-dépendants des statistiques obtenues.

Maire dans son article « Paralysie faciale : Mise à jour du praticien » [41] paru en 2010 récapitule la fréquence des étiologies chez l'adulte et chez l'enfant afin de les comparer plus aisément. Pour réaliser ce tableau, Maire s'est appuyé sur les données récentes de la littérature rapportées dans les articles de Lorch et coll (2010) et Rainsbury et coll (2007).

	Adultes	Enfants
<i>Incidence annuelle</i>	20 – 32 / 100 000	2,7 à 10,1 / 100 000
<i>Paralysie idiopathique</i>	51 %	9 à 16 %
<i>Paralysie traumatique</i>	23 %	20%
<i>Paralysie zoostérienne</i>	7 %	9 à 53 %
<i>Maladie de Lyme</i>	4 %	Jusqu'à 50% selon l'endémicité

Tableau 5 : récapitulatif des fréquences étiologiques chez l'adulte et l'enfant [41]

Les résultats obtenus se corrélaient à ceux des études de Grundfast et Evans : l'étiologie idiopathique serait moins fréquente chez l'enfant que les étiologies virale (paralysie zoostérienne) et traumatique.

II.2.B. Les traitements médicamenteux inutiles chez les enfants [13, 11, 9, 44]

En général, la paralysie faciale de l'enfant est de bon pronostic, exceptée en cas de lésions malignes ou tumorales. Evans et coll. (2005) rapportent, après leur étude rétrospective de 1997 à 2003 sur un échantillon de 34 patients paralysés faciaux de manière partielle ou

complète, que la corticothérapie pourrait faciliter la récupération. En effet, ils ont observé la récupération complète dans 8 cas infectieux sur 10 et 4 cas traumatiques sur 6.

Duval et coll. (2009)[11] décrivent une étude longitudinale qu'ils ont réalisée entre 1989 et 2005. 28 cas de paralysie faciale à la suite de l'utilisation de forceps ont été identifiés. Selon le grading de House-Brackmann, les paralysies étaient légères à moyennes. Aucun cas n'a subi de traitement, sauf un. Pourtant, la récupération s'est avérée complète sur l'ensemble des bébés nés à terme en moins de 24 jours. L'équipe en a conclu à la non-nécessité d'un traitement corticoïde ou chirurgical dans le cas d'une paralysie faciale causée par l'utilisation de forceps.

Dubreuil [9] liste les caractéristiques des étiologies idiopathique, virale, otitique, traumatique et de la maladie de Lyme, responsables de paralysie faciale chez l'enfant. Pour chaque étiologie, elle définit le traitement adéquat en précisant les traitements inutiles chez la population pédiatrique. Comme pour les traitements chez l'adulte, classons les étiologies en fonction des traitements efficaces et inutiles, ou s'ils sont utiles, des nuances à apporter.

Etiologies	Traitements efficaces	Traitements inutiles / remarques
<i>Paralysie idiopathique</i>	Corticothérapie avant le 3 ^{ème} jour (permet une guérison plus rapide)	Bien qu'utile, la corticothérapie n'apporte pas de différence en terme de qualité de guérison selon les données statistiques recueillies
<i>Paralysie virale</i>	Corticothérapie réservée aux formes totales : effet antalgique non négligeable chez l'enfant.	Là encore, elle est discutable : elle pourrait être théoriquement dangereuse car générerait une immuno-dépression en cas d'herpès ou de zona
<i>Paralysie otitique</i>	Paracentèse avec antibiothérapie	

<i>Paralysie traumatique</i>	Idem que pour le traitement adulte	
<i>Maladie de Lyme</i>	antibiothérapie	En cas de pléiocytose (grande abondance de cellules observées au microscope), il est recommandé de ne pas traiter par corticoïde

Tableau 6 : Traitements efficaces ou non en fonction de l'étiologie

Ajoutons à ces données les résultats recueillis à partir d'une étude de cas proposée par l'équipe de Masukume en 2011. Ils rapportent un cas de guérison chez un enfant de 13 ans qui a reçu involontairement une dose plus faible que prévue d'acyclovir et a arrêté son traitement corticoïde plus tôt que la normale. Ce patient a totalement récupéré en un mois après prise de corticoïdes, antiviraux, physiothérapie et soins oculaires.

II.2.C. le dosage médicamenteux [12, 25, 59, 3]

Dans l'élaboration du « guide pédiatrique des principales urgences pédiatriques » au CHU Hassan II de Fès, Tazi el Pardya [12] indique le dosage médicamenteux à administrer à un enfant atteint de paralysie faciale idiopathique. Une corticothérapie est indispensable, à base de prednisone à la dose de 1 mg / kg/ jour, pendant 10 jours. Un traitement adjuvant oculaire doit également être prescrit : larmes artificielles et pansement oculaire occlusif.

En cas de paralysie d'ordre viral (souvent zoostérienne), une corticothérapie doit être prévue, ainsi qu'un traitement antiviral (acyclovir), à raison de 10 mg/kg/8h par voie parentérale pendant 10 jours.

En cas de maladie de Lyme, les recommandations thérapeutiques chez l'enfant sont strictes : traitement antibiotique per os si la paralysie faciale est isolée : Amoxicilline 50 mg/kg/j en 3 doses avant l'âge de 8 ans ; Doxycilline 2 à 4 mg/kg/jour en 2 doses après 8 ans, pendant 21 à 28 jours. En revanche, si une méningite est associée, l'antibiothérapie s'effectue par voie intraveineuse. [25, 59] De même, si les résultats de la ponction lombaire montrent une ou plusieurs anomalies au niveau du liquide céphalo-rachidien, on procède par une antibiothérapie par voie systémique. [3]

II.2.D. les indications d'injection de toxine botulique [57]

Très peu de données nous permettent d'affirmer si l'injection de toxine botulique A utilisée dans le traitement du spasme de l'hémiface peut être réalisée sur des enfants de moins de 12 ans. La synthèse de la Haute Autorité de Santé sur la séance d'injection de toxine botulique rédigée en 2006 comprend un tableau précisant les indications de toxine botulique en fonction de l'âge :

Adulte et enfant de plus de 12 ans	Adulte	Enfant de 2 ans et plus
Troubles de l'oculomotricité ; strabisme, paralysies oculomotrices récentes, myopathie thyroïdienne récente	Traitement symptomatique local de la spasticité (hyperactivité musculaire) des membres supérieurs et/ou inférieurs	Traitement de la déformation dynamique du pied en équin chez les enfants présentant une spasticité due à une infirmité motrice cérébrale ¹ .
Blépharospasme		
Spasme hémifacial		
Torticolis spasmodique		
Hyperhidrose axillaire sévère ayant résisté aux traitements locaux et entraînant un retentissement psychologique et social important		

Tableau 7 : Indications d'injections de Botox®

Une étude réalisée par Sadiq et coll.[57] a démontré l'efficacité de l'injection de toxine botulique sur la symétrisation du visage de patients paralysés faciaux, âgés de 12 à 68 ans. Aucun effet de l'âge n'a été relevé dans cette étude.

En somme, il semble que l'âge minimum requis pour procéder à des injections de toxine botulique soit fixé à 12 ans par la Haute Autorité de Santé.

II.2.E. l'évolution de la paralysie faciale périphérique chez l'enfant [49, 43, 25, 11]

Toutes les études sur la paralysie faciale de l'enfant s'accordent sur le fait que la paralysie faciale périphérique chez l'enfant est généralement de bon pronostic, sauf si elle est symptomatique de lésions malignes ou tumorales. Bon nombre d'études montrent que la récupération est meilleure chez l'enfant paralysé facial que l'adulte.

Paralysie idiopathique

La forme la moins grave de paralysie faciale idiopathique est observée chez les sujets de moins de 20 ans, la forme la plus grave apparaissant généralement après 60 ans. Pavlou et coll. notent donc qu'il y aurait une corrélation entre l'âge et l'incidence. D'ailleurs, ces auteurs posent la question de l'efficacité du traitement corticoïde dans le cas d'une

paralysie idiopathique : en effet, le pourcentage de récupération complète chez l'enfant est élevé, avec ou sans corticoïdes. Marianowski et Manac'h précisent que la récupération est complète et spontanée dans 80% des cas.

Paralysie traumatique

Il en est de même pour les traumatismes périnataux (extraction du bébé de plus de 3,500 kgs par forceps et prématurité) : les cas décrits dans la littérature sont isolés et les nourrissons récupèrent généralement dans les quatre premiers mois de la vie sans aucune séquelle. Marianowski et Manac'h affirment quant à eux que la paralysie faciale à la suite d'un traumatisme obstétrical récupère spontanément entre 6 semaines à 2 mois. Duval et coll. confirment cette thèse : un traitement corticoïde ou chirurgical ne semble pas nécessaire dans le cas d'une paralysie faciale causée par l'utilisation de forceps. En revanche, s'il n'y a pas de récupération, une intervention chirurgicale à visée décompressive doit être instaurée.

Maladie de Lyme

Heymonet Lopes (2002) affirme que la résolution de la paralysie faciale après diagnostic positif s'effectue en 2 à 8 semaines, même sans traitement. Cependant, le risque de complications ultérieures doit motiver l'instauration d'un traitement antibiotique.

PARTIE PRATIQUE

I. Hypothèses de travail

La revue de littérature élaborée dans ce mémoire montre que bon nombre de thérapeutes considèrent la paralysie faciale périphérique de l'enfant moins inquiétante que celle de l'adulte, du fait d'une récupération qui serait meilleure. [9, 11, 43, 49]

Notre étude vise à justifier la nécessité d'une prise en charge orthophonique précoce d'un enfant présentant une paralysie faciale périphérique, quelle que soit l'étiologie. En effet, nous émettons plusieurs hypothèses:

- 1) La précocité de la mise en place d'une rééducation orthophonique et la fréquence régulière des séances participent positivement au bien-être de l'enfant.
- 2) La fréquence régulière des séances orthophoniques participe à la satisfaction globale du parent.
- 3) Le taux de récupération participe à la satisfaction globale de l'enfant et du parent.
- 4) L'harmonie du visage et les capacités motrices oro-faciales participent à la satisfaction de l'enfant et du parent.

II. Matériel et méthode

II.1. le protocole utilisé

Nous avons élaboré un protocole qui permet de déterminer plusieurs points essentiels au traitement de la paralysie faciale périphérique :

- Le degré de sévérité de l'atteinte
- La présence ou non de syncinésies
- Le degré de symétrie du visage, au repos et en mouvement
- La force bilabiale du patient
- La motricité bucco-linguo-faciale du patient
- Les répercussions de la paralysie faciale sur la vie quotidienne selon le patient
- Les répercussions de la paralysie faciale sur la vie quotidienne selon l'entourage proche du patient

Ce protocole prend donc en compte les observations cliniques de l'atteinte, mais également le ressenti du patient sur cette pathologie, ainsi que le ressenti de son entourage proche.

Pourquoi avoir construit ce protocole comme tel ? Parce qu'il permet d'avoir une vision globale de la paralysie du patient (sa sévérité, les séquelles éventuelles, et la gêne fonctionnelle et/ou esthétique qui en découlent), et il permet également de s'intéresser au versant psychologique, pour appréhender au mieux la plainte du « petit » patient et prendre en charge ce dernier le plus efficacement possible.

II.2. Matériel et cotation

II.2.A. Evaluation globale [2]

Le grading de House-Brackmann : Il s'agit de la seule échelle reconnue au niveau international. C'est une évaluation globale du fonctionnement moteur de la face. Le thérapeute détermine le degré de sévérité de la paralysie faciale en demandant au patient d'effectuer plusieurs mouvements, mettant en jeu la fermeture palpébrale et l'orbiculaire des lèvres, soit les territoires supérieur et inférieur. On observe également le visage au repos. (ANNEXE 2)

II.2.B. Evaluations locales [18]

Le logiciel Motricité-Bucco-Linguo-Faciale enfants : créé en 2012 par Gatignol et coll, ce logiciel permet, grâce à une observation clinique, une cotation de différents items en fonction de la qualité de la réalisation : la motricité des lèvres, la motricité de la langue, la motricité des joues et de la mandibule, du voile, l'articulation (grâce à la répétition de logatomes), ainsi que l'analyse qualitative de la déglutition.

0 : échec

1 : ébauche de mouvement

2 : réussite

L'ordre des six épreuves doit être respecté.

Sunnybrook [55] : cette épreuve permet de déterminer la symétrie du visage au repos, puis en mouvement, et enfin la présence ou non de syncinésies. On obtient ainsi trois scores :

1^{er} score : Un score de symétrie du visage au repos (œil, joue, bouche, et global en additionnant ces trois zones et en multipliant le résultat obtenu par 5)

2^{ème} score : Un score de symétrie des mouvements volontaires (plisser le front, fermer les yeux, sourire en ouvrant la bouche, montrer les dents, plisser les lèvres) déterminé par une cotation en fonction de la qualité de réalisation motrice :

- 1 : pas de mouvement
- 2 : mouvement initié
- 3 : petit mouvement
- 4 : mouvement presque complet
- 5 : mouvement complet

L'addition des cinq scores est multipliée par 4 : elle illustre le fonctionnement moteur des cinq branches du nerf facial.

3^{ème} score : Un score de syncinésies associées à chacun des cinq mouvements volontaires, coté de 0 (aucune syncinésie) à 3 (syncinésie sévère). Un score global est possible en additionnant les cinq scores.

Enfin, un **score composite global** est obtenu par la soustraction du score total de symétrie des mouvements volontaires aux scores totaux de symétrie au repos et de syncinésies. Ainsi, un score de 100 illustre un fonctionnement normal de la face. A contrario, un score de 0 illustre une paralysie faciale complète.

II.2.C. Evaluation d'une autre fonction de la face [66]

Dynamomètre : cet instrument mesure la force bilabiale du patient en grammes. Il permet de déterminer si la paralysie faciale périphérique se répercute sur le tonus musculaire de l'orbiculaire des lèvres du patient et par conséquent sur d'autres fonctions comme le maintien du bol alimentaire en bouche, la mastication, la déglutition, l'articulation.

II.2.D. Evaluations subjectives

a. Le questionnaire de vie destiné à l'enfant : créé pour l'élaboration de ce mémoire, ce questionnaire de vie vise à déterminer si la paralysie faciale constitue une gêne au quotidien pour l'enfant et à quel niveau : est-ce une gêne fonctionnelle ? Une gêne esthétique ? Ou les deux ?

Ce questionnaire se compose de 20 items classés en 4 catégories :

- **communication** : cette catégorie s'intéresse à l'incitation verbale spontanée de l'enfant, sa capacité à se faire comprendre que ce soit par son entourage ou par des inconnus, sa capacité à exprimer un sentiment par les mimiques faciales.

- **vie personnelle** : cette catégorie s'intéresse à l'impact de la paralysie faciale sur la vie quotidienne de l'enfant : alimentation, existence éventuelle d'un bavage, douleurs éventuelles causées par la paralysie faciale ainsi que la pratique de sport/hobbies seront évoquées dans cette partie.

- **bien-être** : on s'intéresse ici au ressenti du patient face à sa paralysie, l'acceptation ou non de son visage transformé.

- **prise en charge** : cette dernière partie s'intéresse au ressenti de l'enfant sur sa prise en charge orthophonique dans un premier temps, puis nous informe sur la nécessité ou non chez ce patient d'une prise en charge multidisciplinaire.

A la suite de ce questionnaire, un score de satisfaction sur 57 est calculé. (ANNEXE 6)

b.Le questionnaire de vie destiné aux parents de l'enfant paralysé : il nous semblait également intéressant de connaître le ressenti des parents sur la maladie de leur enfant : comment perçoivent-ils leur enfant dans la maladie ? La paralysie impacte-t-elle leur quotidien ? Etaient-ils renseignés sur cette pathologie ? Savaient-ils qu'elle pouvait se rencontrer dans la population pédiatrique ?

Ce questionnaire se compose de 27 items classés en 4 catégories. Le tout est coté sur 69. (ANNEXE 7)

Au préalable, deux questions d'ordre général sur la qualité de vie de leur enfant sont posées :

1/ D'une manière générale, vous pensez que la qualité de vie de votre enfant... :

n'a pas changé du tout a peu changé a moyennement changé a beaucoup changé

2/ Diriez-vous que votre enfant...:

n'éprouve pas de gêne éprouve une gêne plus fonctionnelle éprouve une gêne plus esthétique
 les deux de façon identique

- **communication** : Cette catégorie permet de s'intéresser à la vision des parents sur l'intentionnalité de communiquer de leur enfant, la capacité de leur enfant à se faire comprendre, à la fois par eux mais aussi par les inconnus.

- **vie personnelle** : cette catégorie s'intéresse aux craintes éventuelles du parent face à l'alimentation de l'enfant, les modifications des conduites (au niveau alimentaire et des rythmes des activités extra-scolaires), leur perception d'éventuels bavages ou douleurs. Les mêmes questions sont posées à l'enfant, dans le but de constater d'éventuelles divergences ou similitudes face à l'impact de la paralysie faciale dans la vie quotidienne chez l'enfant et chez le(s) parent(s).

- **Bien-être** : Cette partie permet de connaître l'impact de la maladie de l'enfant dans la vie du parent, sa perception face à cette maladie, son acceptation ou a contrario sa gêne ainsi que la perception de l'état psychologique de son enfant.

- **Prise en charge et guidance parentale** : Nous cherchons ici à connaître le degré de satisfaction du parent face à la prise en charge de son enfant, mais aussi face à l'accompagnement parental proposé, les connaissances préalables du parent sur cette pathologie, son attitude face à la rééducation (massages notamment). Cette partie permet aussi d'avoir un retour sur la pratique professionnelle des orthophonistes (y'a-t-il suffisamment d'orthophonistes formés pour prendre en charge cette pathologie sur le territoire ?), et aussi un retour sur l'utilité de l'e-therapy (rééducation à domicile sur ordinateur).

Ce protocole dure environ une demi-heure. La demi-heure suivante sera consacrée aux explications du thérapeute sur la pathologie, sur les conséquences qu'elle peut engendrer, et surtout sur l'explication des massages et des exercices que devra pratiquer le patient seul à domicile.

III. Expérience

III. 1. Présentation et analyse descriptive des patients

L'étude porte sur 16 patients, âgés de 6 à 16 ans (moyenne d'âge : 10 ans 10 mois), atteints d'une PFP, recrutés dans le service ORL du Pr Lamas de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à

Paris sur dix mois, du 25 juin 2013 au 3 avril 2014. Il s'agit soit de bilans orthophoniques initiaux dans le cadre d'une première consultation externe soit de bilans orthophoniques de suivi de la récupération dans le cadre d'une rééducation de la PFP. Le même protocole d'évaluation a été proposé aux 16 patients et à des temps variables de la prise en charge orthophonique et de leur récupération.

Le recueil d'informations s'est fait au cours de l'entretien orthophonique et/ou sur consultation des dossiers médicaux, dans la mesure des informations disponibles.

La date d'apparition de la paralysie faciale, le délai entre l'apparition et la prise en charge, l'étiologie, le sexe, l'âge, l'absence/l'existence d'une rééducation, le nombre de séances orthophoniques, l'absence/l'existence d'une réhabilitation chirurgicale, le grade de départ, le grade au jour de l'évaluation, le score au dynamomètre au départ, le score au dynamomètre le jour de l'évaluation, les scores MBLF, Sunnybrook, et les pourcentages de réussites aux échelles de qualité de vie (scores totaux et sous-scores) enfants et parents ont été relevés. Enfin, il nous a semblé judicieux de noter le sexe du parent ayant rempli le questionnaire, pour savoir si oui ou non il y a un effet de sexe sur le score de satisfaction au questionnaire destiné au parent.

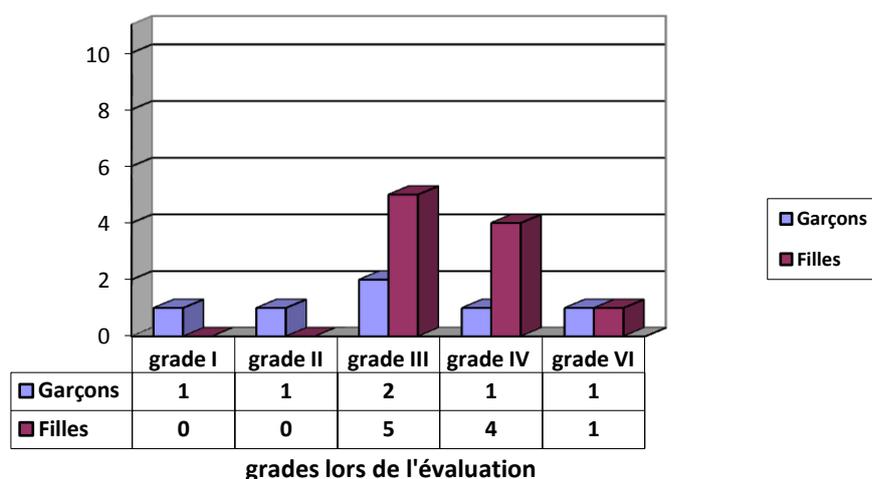
III.1.A. Récapitulatif des patients (*Tableau 8*)

N°	Sexe	Age	Etiologie	Réhabilitation chirurgicale	Délai entre l'apparition de la PF et la 1ère consultation orthophonique (en jours)
1	M	12	maladie de Lyme	non	60
2	F	13	idiopathique	non	100
3	F	15	rhabdomyosarcome	MAT	1336
4	F	7	Idiopathique	non	358
5	M	8	méduloblastome	non	484
6	F	6	congénitale	MAT	2917
7	F	9	idiopathique	non	388
8	M	16	congénitale	non	6017

9	F	12	traumatique	non	114
10	M	10	congénitale	non	3805
11	M	14	idiopathique	non	55
12	F	6	traumatique	non	1368
13	M	7	maladie de Lyme	non	19
14	F	12	méduloblastome	transfert gracilis	3529
15	F	11	idiopathique	non	16
16	F	15	traumatique	non	5746

On remarque que les paralysies faciales traitées les plus rapidement en orthophonie correspondent aux paralysies d'étiologie infectieuse (maladie de Lyme) : de deux semaines à deux mois de délai entre l'apparition et la première consultation orthophonique. Ensuite, les idiopathiques : de deux semaines à un an environ. Enfin, le délai est plus long pour les paralysies d'ordre tumoral : de six mois à six ans, suivies par les paralysies d'étiologie traumatique : de trois mois à quinze ans (pour les traumatismes à la naissance causés par l'utilisation de forceps notamment).

III.1.B. Répartition des patients selon le sexe et le grade

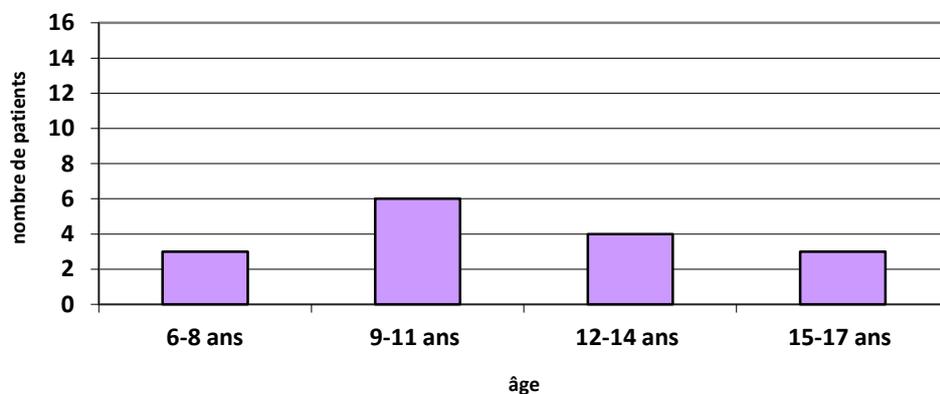


Graphique 1 : Histogramme de la répartition des patients par grade HB en fonction du

sexe

Le grade retenu pour ce graphique correspond à celui de l'évaluation. Notre échantillon est majoritairement féminin : 10 filles pour 6 garçons.

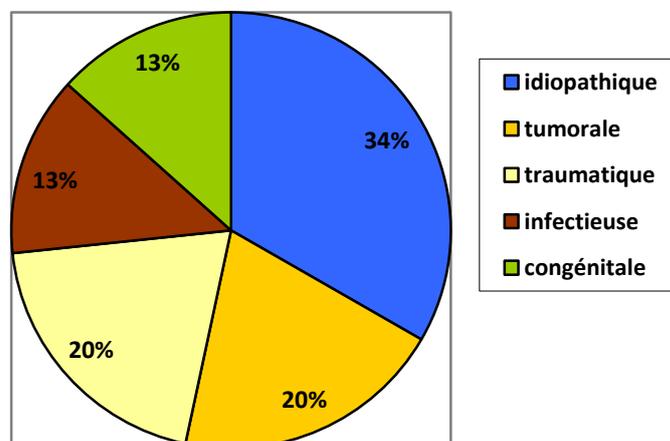
III.1.C. Répartition des patients selon leur âge



Graphique 2 : histogramme de la répartition des patients par tranche d'âge

La tranche d'âge des 9-11 ans est la plus représentée (37,5%), suivie par celle des 12-14 ans (25%), puis celles des 6-8 et 15-17 (18,75% chacune).

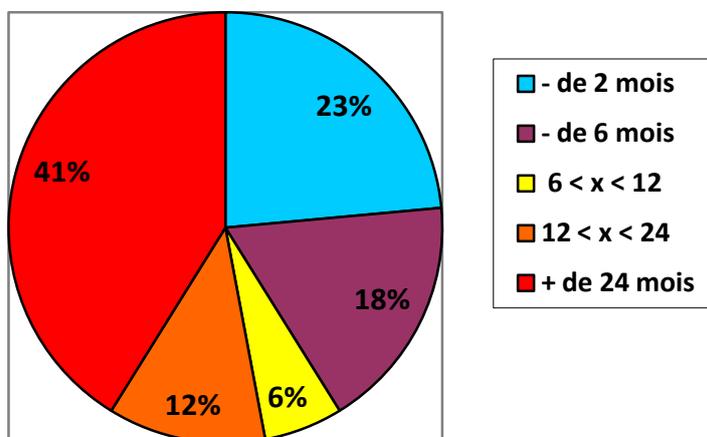
III.1.D. Répartition des patients selon l'étiologie



Graphique 3 : Répartition des patients selon l'étiologie (en %)

L'étiologie idiopathique est la plus représentée dans notre échantillon (34%), suivie par les étiologies tumorale et traumatique (20% chacune). Enfin, les paralysies d'ordre congénital et infectieux représentent 13% des patients de notre échantillon.

III.1.E. Répartition des patients selon le délai entre l'apparition de la paralysie faciale et la première consultation orthophonique



Graphique 4 : répartition des patients selon le délai (en %)

On remarque que notre échantillon est composé de patients ayant consulté plus de deux ans après l'apparition de leur paralysie faciale (41%). 23% des patients ont consulté moins de deux mois après l'apparition de leur paralysie, ce qui souligne une prise de conscience de la part des thérapeutes et l'urgence thérapeutique requise pour cette pathologie.

IV. Résultats et analyse des données recueillies

Notre étude porte sur un petit effectif $n= 16$ patients. L'analyse statistique a par conséquent été construite grâce à des tests non paramétriques. Le test de Wilcoxon permet de comparer des données pour des variables qualitatives et quantitatives.

Un risque p renseigne sur la significativité de l'analyse :

- si $p > 0,05$ les résultats ne sont pas significatifs
- si $p \leq 0,05$ les résultats sont significatifs
- si $p \leq 0,01$ il existe une forte significativité
- si $p \leq 0,001$ il existe une très forte significativité

Nous avons essayé de déterminer le degré de relations entre chaque épreuve afin de mesurer le degré de significativité entre les différents résultats, obtenus par notre protocole,

apparentés entre eux. Pour ce faire, nous avons utilisé un test de coefficient de corrélation des rangs de Spearman dans lequel la valeur de (r) donne le degré de la corrélation.

- si $r \geq 0,8$: très forte
- si $0,5 \leq r \leq 0,8$: forte
- si $0,2 \leq r \leq 0,5$: moyenne
- si $r < 0,2$: nulle

IV. 1. Résultats au MBLF en fonction du grade

Grades	Lèvres	Joues- mandibules	Langue	Voile	Logatomes	Tonicité du visage
Grade I	20 (1,03 σ)	18 (-0,78 σ)	27 (-0,28 σ)	2 (0 σ)	98 (-1,31 σ)	100% tonique
Grade II	18 (-0,6 σ)	20 (+4 σ)	30 (+0,88 σ)	2 (0 σ)	97 (-2,38 σ)	100% tonique
Grade III	16,9 (-2,87 σ)	20,43 (+0,27 σ)	32,6 (+0,44 σ)	2 (0 σ)	99,3 (+0,42 σ)	87% tonique, 13% hypertonique
Grade IV	18,2 (- 4,8 σ)	24,8 (+ 0,56 σ)	34,8 (+0,34 σ)	2 (0 σ)	99,5 (+0,1 σ)	80% tonique, 20% hypertonique
Grade VI	5,5 (-10,51 σ)	14 (-4,14 σ)	30 (+1,18 σ)	1,5 (- 0,51 σ)	97,8 (-1,67 σ)	100% hypotonique

Légende : moyenne la plus élevée
moyenne la plus faible

Tableau 9 : moyennes des scores bruts et des écarts-types aux items lèvres, joues-mandibules, langue, voile, logatomes et tonicité du visage (MBLF) en fonction du grade lors de l'évaluation

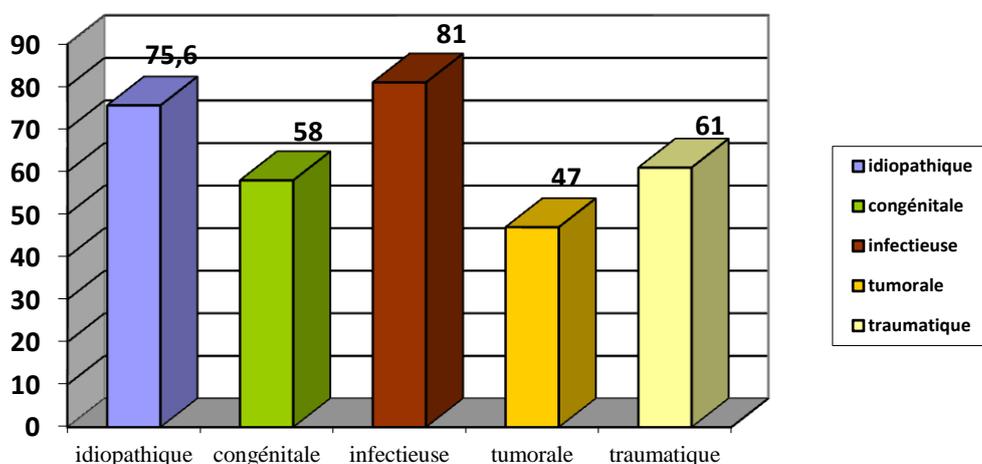
NB : aucun patient lors de l'évaluation n'a été évalué grade V.

D'après les moyennes des scores bruts et des écarts-types correspondants, on constate que la sévérité de la paralysie faciale entrave le tonus bilabial puisque les moyennes des écarts-types relevés lors de nos passations correspondent à $+1,03 \sigma$ pour le grade I et $-10,51 \sigma$ pour le grade VI. De même, la sévérité de l'atteinte influence les capacités motrices au niveau jugo-mandibulaire (grade II : $+4 \sigma$ versus grade VI : $-4,14 \sigma$). Enfin, la sévérité de l'atteinte affecte aussi les capacités motrices vélares, puisque les grades I, II, III et IV ne semblent pas souffrir d'incapacité vélaire, contrairement au grade VI. Evidemment, moins l'atteinte est sévère, plus le visage est tonique.

En revanche, il est intéressant de remarquer que la sévérité de l'atteinte n'affecte pas nécessairement la motricité linguale, ni la production de logatomes. Comme l'indique Robert [51], on ne peut pas parler dans le cas d'une paralysie faciale de trouble articulaire stricto sensu, car l'intelligibilité est préservée, mais de « difficultés de réalisation variables ».

IV. 2. Résultats au sunnybrook

IV.2.A. en fonction de l'étiologie



Graphique 5: Score composite global au Sunnybrook en fonction de l'étiologie

Le score composite global (comprenant à la fois la symétrie du visage, les mouvements volontaires et les syncinésies) est plus élevé chez les patients atteints d'une paralysie infectieuse (81), idiopathique (moyenne de 75,6), puis traumatique (61), congénitale (58) et tumorale (47). Il n'existe cependant pas de significativité entre le score composite global et l'étiologie ($p=0,08$).

Etiologies	symétrie	Mouvements volontaires	syncinésies
Idiopathique	9	88,8	4,2
Congénitale	13,3	70,7	1
Infectieuse	6,7	89,3	2
Tumorale	12	63,2	2,4
Traumatique	15	61,6	2,6

Tableau 10: moyenne des items « symétrie », « mouvements volontaires » et « syncinésies » du Sunnybrook en fonction de l'étiologie

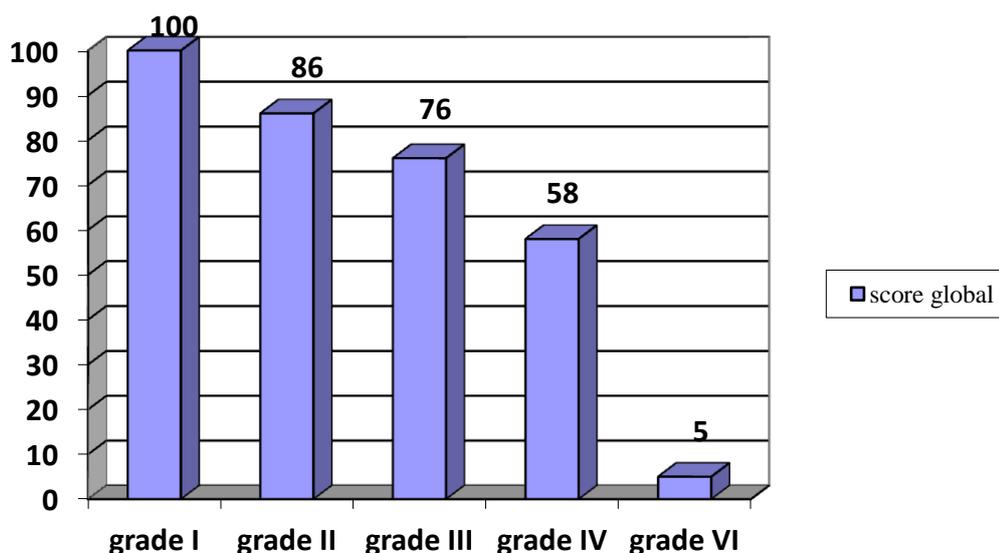
NB : plus le score à l'item « mouvements volontaires » est élevé, plus l'amplitude des mouvements est grande. En revanche, plus le score à l'item « symétrie » est proche de 0, plus l'harmonie du visage est préservée. De même, plus le score à l'item « syncinésies » est proche de 0, moins on note la présence de syncinésie(s).

La paralysie faciale d'origine infectieuse semble d'après nos données moins impacter la symétrie faciale et l'amplitude des mouvements volontaires que les autres étiologies, ce qui rejoint la moyenne obtenue au score composite global (moyenne de 81) pour cette même étiologie. A contrario, la paralysie traumatique gêne davantage les mouvements volontaires et impacte davantage la symétrie du visage. Il faut rappeler que le délai entre l'apparition de la paralysie faciale et la première consultation orthophonique est le plus court en ce qui concerne l'étiologie infectieuse (moyenne de 39 jours). En revanche, le délai pour la paralysie traumatique est plus long : 2409 jours en moyenne.

L'étiologie idiopathique génère d'après nos données le plus de syncinésies. (moyenne du délai : 183 jours soit environ 6 mois : on estime que l'apparition des syncinésies a lieu entre le 5^{ème} et le 10^{ème} mois après la paralysie faciale).

Cependant, on ne retrouve pas de significativité entre l'étiologie et la symétrie ($p=0,13$), ainsi que l'étiologie et les syncinésies ($p=0,16$). Néanmoins, une significativité existe entre l'étiologie et les mouvements volontaires ($p=0,01$).

IV.2.B. en fonction du grade



Graphique 6: score composite global au Sunnybrook en fonction du grade

La sévérité de l'atteinte entrave considérablement la symétrie du visage et a fortiori l'amplitude des mouvements exécutés. L'écart-type de notre échantillon est de 100 (score le plus fort : 100 chez un grade I, versus score le plus faible : 0 chez un grade VI).

Grades	symétrie	Mouvements volontaires	Syncinésies
Grade I	0	100	0
Grade II	10	92	1
Grade III	8,6	77,6	5,4
Grade IV	14	76	4,2
Grade VI	15	20	0

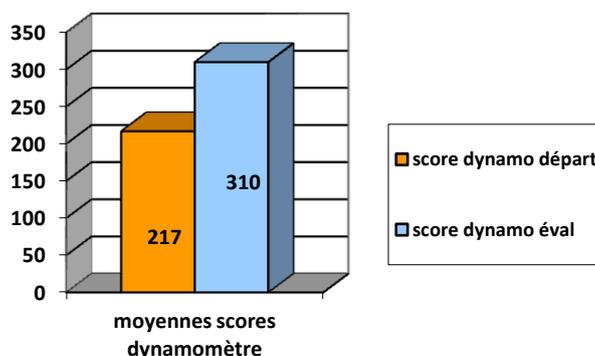
Tableau 11 : moyenne des items « symétrie », « mouvements volontaires » et « syncinésies » du sunnybrook en fonction du grade

La sévérité de l'atteinte agit sur la symétrie du visage, les mouvements et l'apparition de syncinésies. Rappelons que les patients grade VI ne présentent pas de syncinésies, puisque la paralysie faciale est dans ce cas complète et les mouvements sont impossibles. Plus le grade est élevé, moins le visage est symétrique ; plus le grade est élevé, moins l'amplitude des mouvements est grande. Enfin, on note une présence plus importante de syncinésies en

grade III, dans des cas de récupération incomplète principalement. L'échelle Sunnybrook corrobore celle de House-Brackmann ($r = -0,7$).

IV. 3. Résultats au dynamomètre

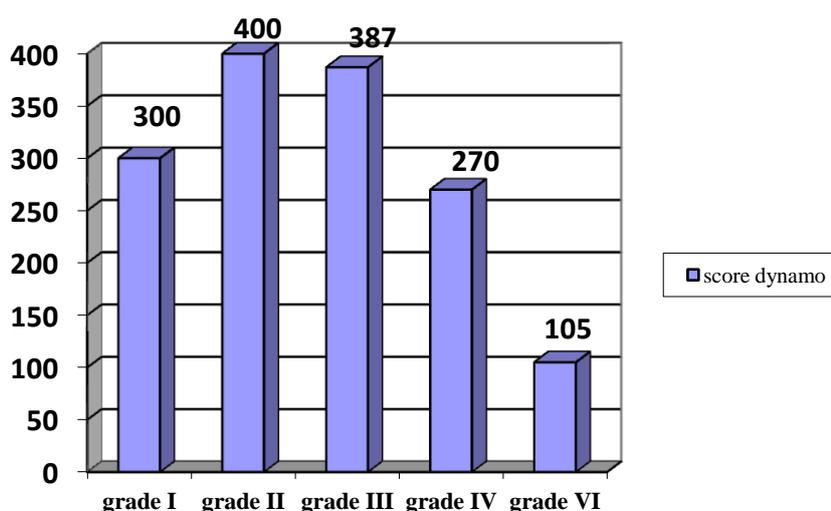
IV.3.A. chez l'enfant paralysé facial



Graphique 7: scores dynamomètre au départ et à l'évaluation

On note que le score au dynamomètre est plus important au moment de l'évaluation qu'au départ (significativité: $p=0,02$). La prise en charge orthophonique favoriserait la récupération du tonus bilabial chez les enfants paralysés faciaux. Ajoutons à cela une récupération spontanée et les réhabilitations chirurgicales réalisées pour certains patients, qui ont amélioré leur capacité musculaire.

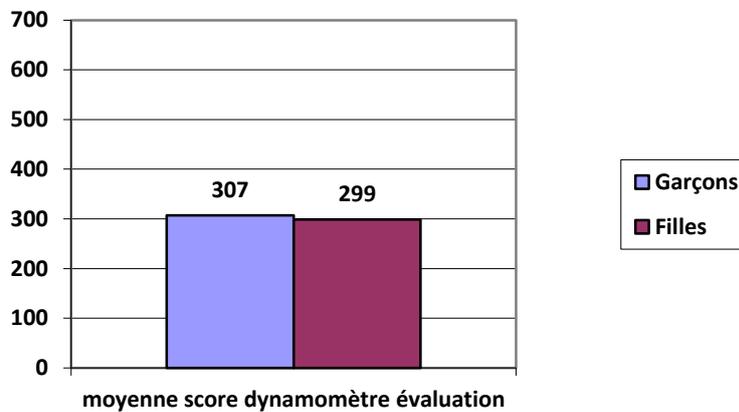
a.En fonction du grade



Graphique 8: score dynamomètre en fonction du grade

La sévérité de l'atteinte entrave le tonus bilabial, puisque le score le plus faible en relevé en grade VI. En revanche, les patients avec récupération complète et incomplète obtiennent des scores dans la norme pour leur âge (cf. *graphique 9*)

b.En fonction du sexe

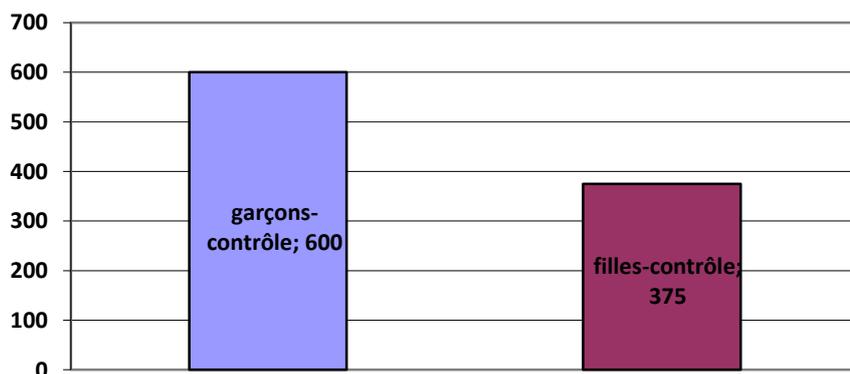


Graphique 9: score dynamomètre à l'évaluation en fonction du sexe

On ne retrouve pas de différence significative entre le score au dynamomètre et le sexe ($p=0,8$).

IV.3.B. chez l'enfant sain

Dans le cadre de cette étude, nous avons réalisé le test du dynamomètre auprès de douze enfants sains (moyenne d'âge total: 9 ans 9 mois) : 6 garçons (moyenne d'âge : 9 ans) versus 6 filles (moyenne d'âge : 10 ans 6 mois). Le score moyen au dynamomètre a été noté à 487 N. Il est important d'avoir en tête la grande variabilité entre les individus qui n'ont pas la même croissance et a fortiori le facteur de non-reproductibilité inhérent à cette épreuve. Aussi faut-il admettre que ce score normalisé est peu fiable, biaisé par les caractéristiques intrinsèques de notre groupe-contrôle.



Graphique 10: score dynamomètre chez sujets sains en fonction du sexe

Le score dynamomètre et le sexe des enfants sains est corrélé ($r=0,6$, $p = 0,02$).

IV. 4. Résultats aux échelles de qualité de vie

Deux échelles pour cette étude ont été créées mesurant la qualité de vie du patient et du parent de l'enfant paralysé facial. La première échelle – destinée à l'enfant – a été construite à partir d'un système de smileys pour faciliter les réponses de l'enfant en bas âge. La cotation des deux échelles est la même : de 0 (pas du tout satisfait) à 3 (entièrement satisfait). Le score global de l'enfant est calculé sur 57 et celui de l'adulte sur 69. Les scores sont ensuite ramenés en pourcentage.

IV. 4. A. Comparaison des points de vue de l'enfant et du parent sur la paralysie faciale périphérique

IV.4.A. a. en fonction de l'étiologie

Etiologies	Score global	communication	Vie personnelle	Bien-être	Prise en charge
Idiopathique	87,8	95,2	85,8	78	89
Congénitale	74,7	87	90,3	59	52
Infectieuse	88,5	89	92,5	83,5	83,5
Tumorale	76,7	72,3	80,7	78	81,7
traumatique	79,3	85	84	55,3	81,7

Légende :

Moyenne la plus élevée

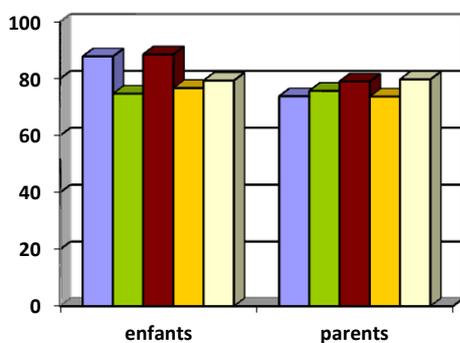
Moyenne la plus faible

Tableau 12: scores globaux et scores par item à l'échelle de qualité de vie destinée aux enfants en fonction de l'étiologie(en %)

Etiologies	Score global	communication	Vie personnelle	Bien-être	Prise en charge
Idiopathique	73,8	86,4	83,6	61,6	58,4
Congénitale	75,7	89	90,7	61,3	64
Infectieuse	79	100	88	62,5	66,5
Tumorale	73,7	76	82,3	86,3	47,3
traumatique	79,7	78	87,3	78	75

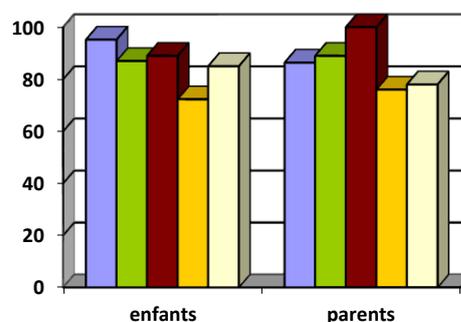
Tableau 13 : scores globaux et scores par item à l'échelle de qualité de vie destinée aux parents en fonction de l'étiologie (en%)

comparaison moyennes score global enfants vs parents



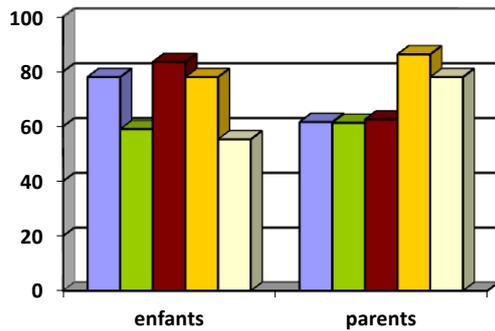
Graphique 11

Comparaison moyennes score communication enfants vs parents



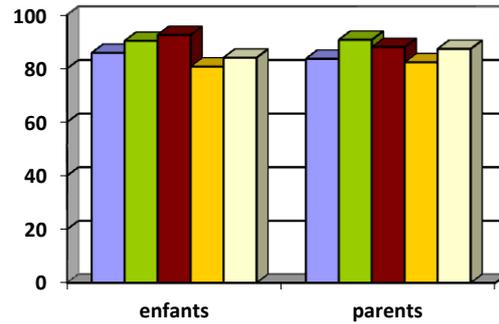
Graphique 12

comparaison moyennes score bien-être
enfants vs parents



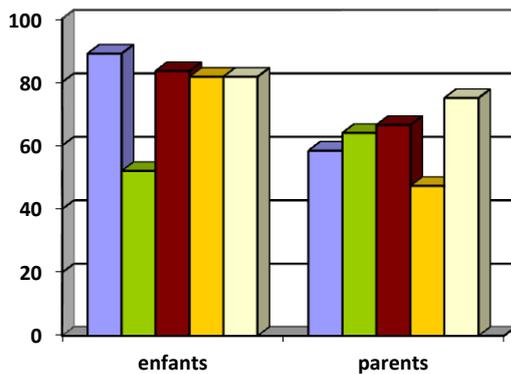
Graphique 13

comparaison moyennes score vie
personnelle enfants vs parents



Graphique 14

comparaison moyennes score prise en
charge enfants vs parents



Graphique 15

A travers les comparaisons des scores enfants versus parents, on note une certaine homogénéité des résultats, bien que le parent semble dans l'ensemble moins satisfait et ce quel que soit l'item.

La différence la plus flagrante reste le score « prise en charge » parent – étiologie tumorale qui exprime clairement son insatisfaction (47,3%) versus enfant – étiologie tumorale : 81,7% de satisfaction au niveau de la prise en charge. Cette différence de satisfaction au niveau de la prise en charge se vérifie également pour l'étiologie idiopathique : l'enfant apparaît plus satisfait que l'adulte là encore : 89% versus 58%. (p=0,02)

IV.4.A b.en fonction de l'âge de l'enfant

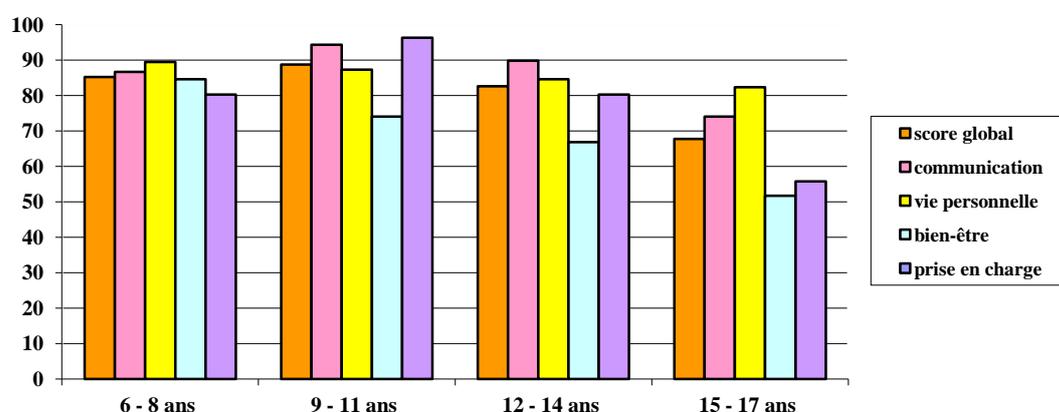
Tranches d'âge	Score global		communication		Vie personnelle		Bien-être		Prise en charge	
	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P
6-8	85,2	79	86,6	92,2	89,4	82,6	84,6	78,4	80,2	65,2
9-11	88,7	75,7	94,3	88,7	87,3	87,3	74	63,7	96,3	64
12-14	82,6	77,4	89,8	85,4	84,6	88,4	66,8	66,8	80,2	63,4
15-17	67,7	70,7	74	74,3	82,3	90,7	51,7	69,7	55,7	38,7

Tableau 14: scores globaux et scores par item aux échelles de qualité de vie enfants et parents en fonction de l'âge

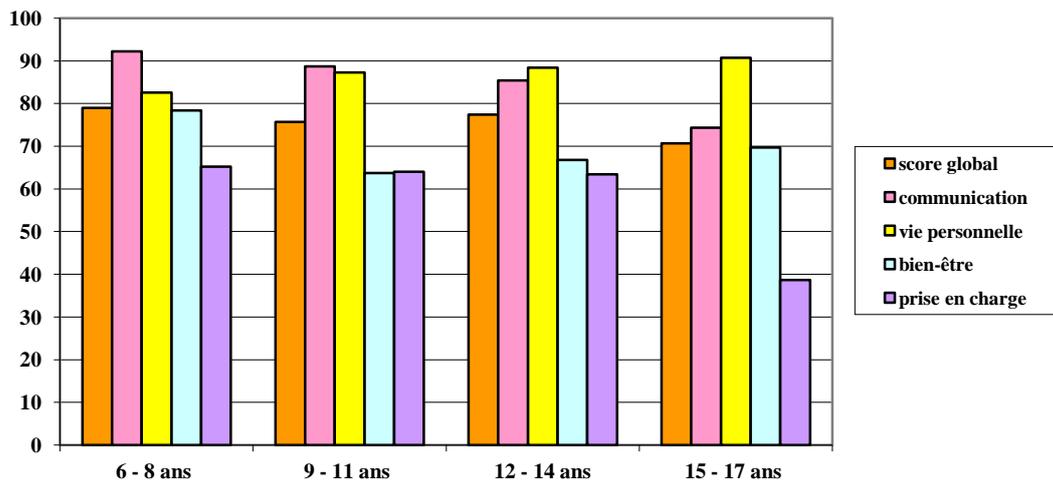
L'adolescent exprime davantage d'insatisfaction que les autres tranches d'âge, à tous les items. En revanche, les patients entre 6 et 11 ans semblent significativement les plus satisfaits. Quant à la tranche des 12-14 ans qui constituent globalement la période pré-adolescente, elle obtient des scores qui ne sont ni élevés ni faibles. La significativité entre le score global de satisfaction et l'âge est importante : $p=0,02$.

Les parents expriment le même degré de satisfaction. En effet, les parents dont les enfants ont entre 6 et 11 ans semblent les plus satisfaits, car leur enfant ont été pris en charge de façon plus ou moins précoce. En revanche, il n'existe pas de significativité : $p=0,7$.

De fortes disparités apparaissent là encore à l'item « prise en charge », où les parents sont beaucoup moins satisfaits que les enfants : plus de 15 à 30% de différence sont relevés entre le score de satisfaction à l'item « prise en charge » parent et enfant. ($p=0,02$).



Graphique 16: scores globaux et scores par item à l'échelle de qualité de vie destinée à l'enfant en fonction de l'âge de l'enfant (en %)



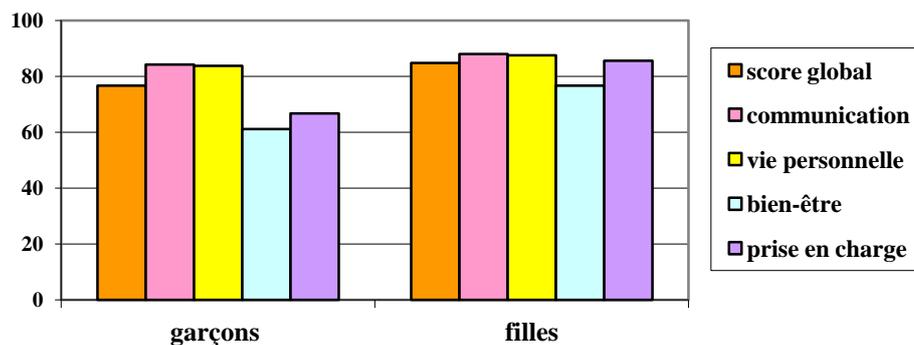
Graphique 17: scores globaux et scores par item à l'échelle de qualité de vie destinée au parent en fonction de l'âge de l'enfant (en %)

IV.4.A.c. en fonction du sexe de l'enfant

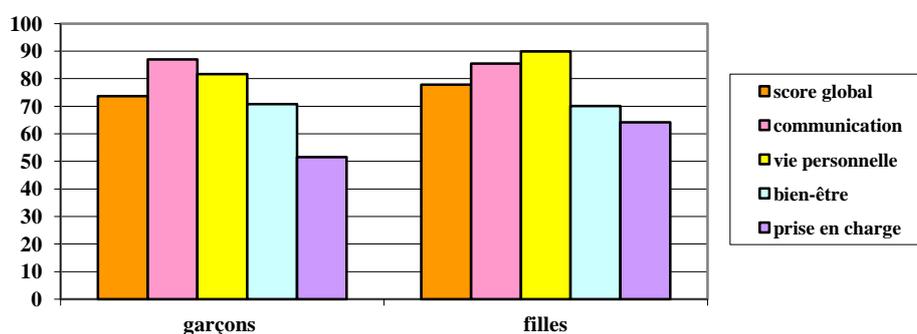
Sexe	Score global		communication		Vie personnelle		Bien-être		Prise en charge	
	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P
Garçons	76,7	73,7	84,3	87	83,8	81,7	61,2	70,8	66,8	51,5
filles	84,8	77,9	88,1	85,5	87,6	89,9	76,7	70,1	85,7	64,2

Tableau 15 : scores globaux et scores par item aux échelles de qualité de vie enfants et parents en fonction de l'âge de l'enfant

On retrouve chez l'enfant des scores de satisfaction plus faibles chez les garçons, quel que soit l'item ($p=0,02$). En revanche, le facteur « sexe de l'enfant » n'est pas prégnant dans les résultats des parents ($p=0,13$).



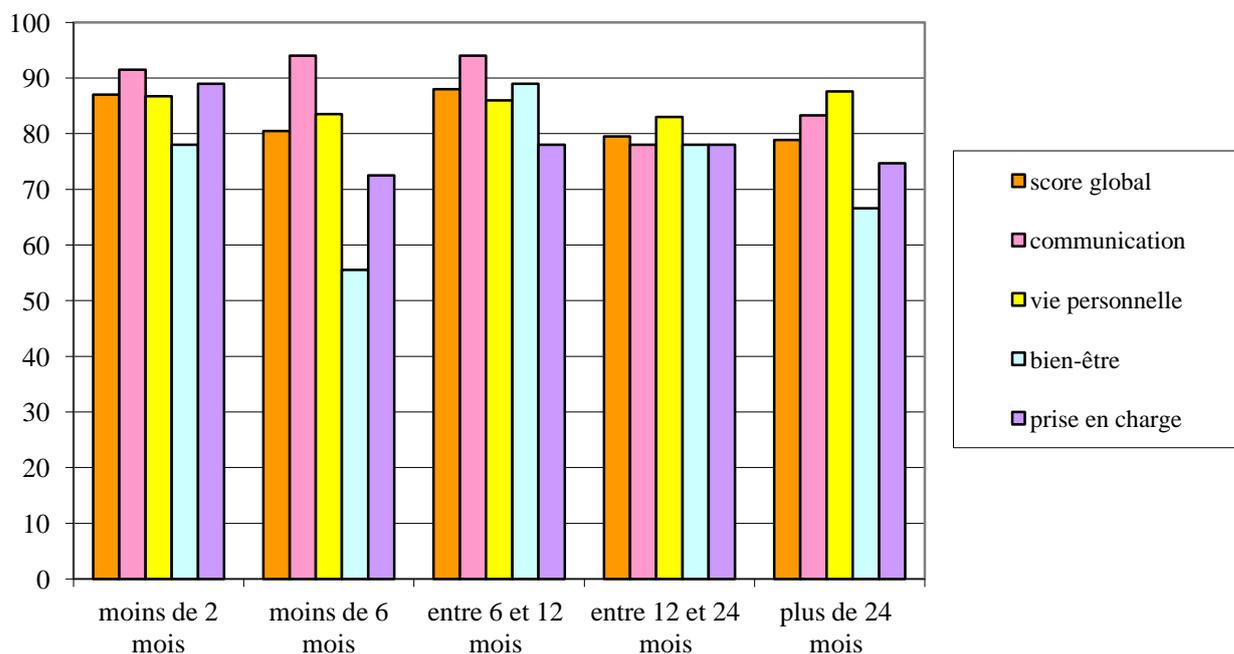
Graphique 18: scores globaux et scores par items à l'échelle de qualité de vie destinée à l'enfant en fonction du sexe de l'enfant



Graphique 19 : scores globaux et scores par items à l'échelle de qualité de vie destinée au parent en fonction du sexe de l'enfant

Les scores de satisfaction des enfants et des parents sont plus faibles globalement chez les garçons que chez les filles. Cependant, les scores de satisfaction exprimés par les enfants suivent la même progression : le meilleur score concerne l'item « communication » et le moins bon l'item « bien-être ». En revanche, les parents expriment une plus grande satisfaction en ce qui concerne l'item « communication » pour les garçons, « vie personnelle » pour les filles. Ils sont moins satisfaits en ce qui concerne la « prise en charge ». Il est donc intéressant de se pencher sur la satisfaction en fonction du délai, car cela nous permettrait de rendre compte de la nécessité de la précocité de la prise en charge orthophonique dans le cas de la paralysie faciale périphérique de l'enfant.

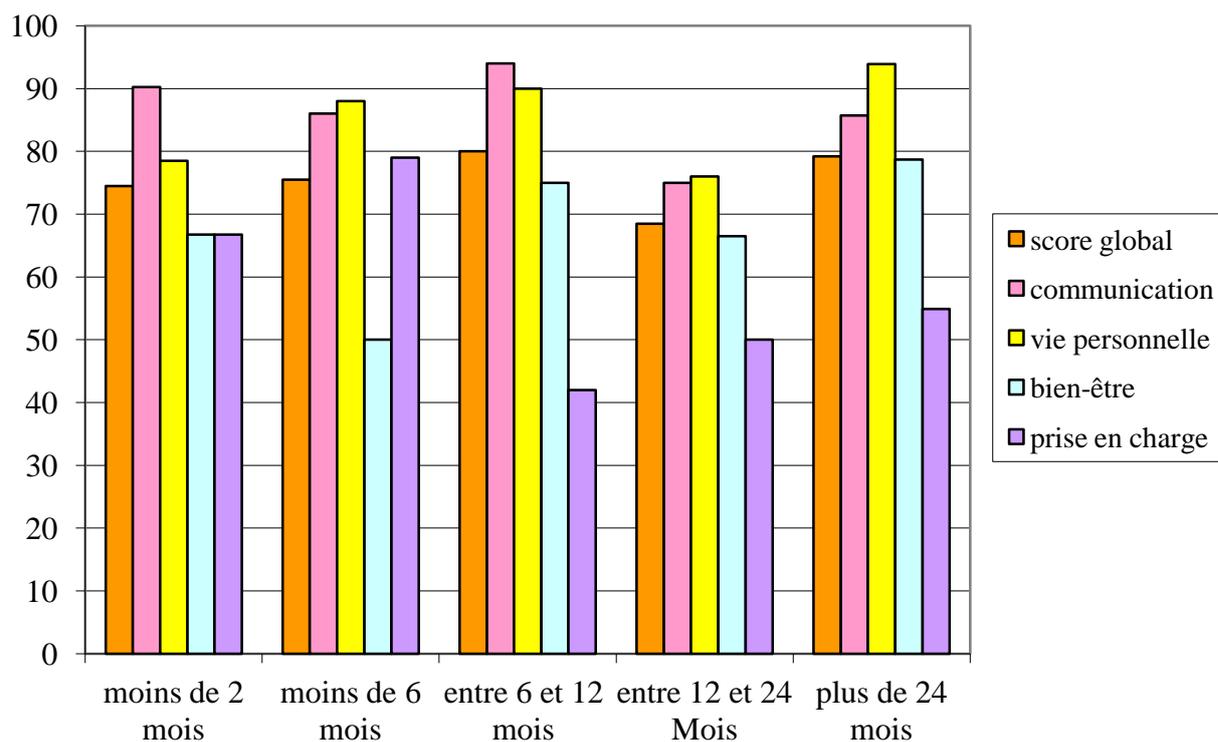
IV. 4.A.d. en fonction du délai entre l'apparition de la paralysie faciale et la première consultation orthophonique



Graphique 20: scores globaux et scores par item à l'échelle de qualité de vie destinée à l'enfant en fonction du délai

NB : il faut noter que la tranche « entre 6 et 12 mois » ne comprend qu'un sujet (n=1). Les résultats obtenus pour cette tranche sont donc peu représentatifs.

Le score de satisfaction global le moins bon est relevé sur la tranche « plus de 24 mois », soit la variable correspondant au plus long délai (78,9 %). Le score obtenu à l'item « vie personnelle » est a contrario obtenu dans cette même tranche (87,6%). Pourquoi ? Parce que l'enfant paralysé facial qui a vécu toute sa vie ou une grande partie de sa vie avec son visage déformé s'est accommodé, contrairement à l'enfant qui a connu davantage un visage harmonieux que déformé et qui a dû changer ses habitudes quotidiennes.



graphique 21: scores globaux et scores par item à l'échelle de qualité de vie destinée au parent en fonction du délai

On remarque très nettement que les parents orientés tardivement pour traiter leur enfant (à partir de 6 mois et au-delà) sont beaucoup moins satisfaits de la prise en charge que les autres parents. En revanche, là encore, on retrouve un bon score de satisfaction à l'item « vie personnelle » pour la tranche « plus de 24 mois », car leur enfant a vécu avec sa paralysie et s'en est donc accommodé, contrairement aux paralysies acquises subitement. D'ailleurs, l'item « bien-être » pour le parent n'est pas corrélé au délai, puisqu'il est là encore obtenu sur la tranche « plus de 24 mois ». Cela signifie que le parent s'est habitué au visage de son enfant et donc que la « blessure narcissique » de Winnicott [67] peut se refermer au fil des années.

La précocité de la prise en charge agit en faveur de la satisfaction du parent et de l'enfant concernant la qualité de la guidance parentale et du traitement thérapeutique de l'enfant. On note une divergence intéressante : l'enfant le moins satisfait est celui qui a vécu le plus longtemps avec son visage déformé sans avoir été pris en charge ; a contrario, le parent exprime un score de satisfaction plutôt élevé malgré un long délai sans traitement. De plus, l'item « bien-être » n'est pas corrélé au délai chez le

parent. Pourquoi ? On suppose que les enfants et leurs familles se sont habitués à vivre avec la paralysie, contrairement aux paralysies soudaines, qui apparaissent comme un bouleversement du quotidien.

IV.4.A.e. en fonction du grade lors de l'évaluation

Grades	Score global		communication		Vie personnelle		Bien-être		Prise en charge	
	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P
Grade I	93	78	100	100	95	81	67	75	100	83
Grade II	79	87	89	94	81	100	44	83	89	67
Grade III	86	74,6	92,7	92,7	89,7	87,6	81	59,4	74,7	48,9
Grade IV	78,8	79	79,8	77,8	84,6	91,4	69	82	84,6	63,4
Grade VI	70	69,5	75	72,5	76	69	55,5	71	61,5	71

Tableau 16 : scores globaux et scores par item aux échelles de qualité de vie enfants et parents en fonction du grade

On peut dégager certaines tendances de ce tableau : l'enfant ayant récupéré complètement apparaît comme le plus satisfait d'après les scores. Cependant, il est important de rappeler que notre échantillon ne comprend qu'un patient grade I, donc ces résultats sont peu représentatifs. Il en est de même pour le grade II (n=1). En revanche, on peut noter que les patients grade VI apparaissent globalement comme les moins satisfaits, et leurs parents également, mais l'on ne peut pas conclure que le grade soit facteur de satisfaction.

IV.5. Corrélations entre les différents résultats

Notre étude vise à justifier la nécessité d'une prise en charge précoce. Pour illustrer notre propos, nous choisissons d'établir des corrélations entre différentes données pour valider nos hypothèses précédemment émises.

- si $r \geq 0,8$: très forte
- si $0,5 \leq r \leq 0,8$: forte
- si $0,2 \leq r \leq 0,5$: moyenne
- si $r < 0,2$: nulle

IV.5.A. corrélation entre les scores de satisfaction enfants et parents et la mise en place d'une rééducation orthophonique, le nombre de séances orthophoniques effectuées, le délai entre l'apparition de la paralysie faciale et la première consultation orthophonique et l'âge de l'enfant

	Score global		communication		Vie personnelle		Bien-être		Prise en charge	
	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P
rééducation	-0,50	0,13	-0,21	-0,61	-0,38	0,08	-0,53	0,27	-0,26	-0,18
Nombre de séances	0,41	0,58	0,17	0,65	0,57	0,27	0,55	0,19	0,10	0,27
délai	-0,52	0,17	-0,07	-0,26	-0,06	0,26	-0,61	0,09	-0,40	-0,50
Age de l'enfant	-0,56	0,39	-0,27	-0,50	-0,45	0,04	-0,51	-0,22	-0,35	-0,39

Tableau 17: tableau de corrélation entre scores de satisfaction et rééducation, nombre de séances, délai et âge de l'enfant

La mise en place d'une rééducation orthophonique est fortement corrélée à la satisfaction globale de l'enfant. Néanmoins, elle n'est pas gage de satisfaction de la part du parent.

Le nombre de séances est manifestement corrélé au score global de satisfaction exprimé à la fois par l'enfant et par le parent. (corrélation moyenne pour l'enfant et forte pour le parent).

Le délai entre l'apparition de la paralysie faciale et la première consultation impacte également le score global de satisfaction de l'enfant : **plus le délai est long, moins le score de satisfaction de l'enfant est élevé** (corrélation forte). En revanche, cette corrélation ne se vérifie pas chez l'adulte.

Enfin, **l'âge de l'enfant est facteur-dépendant du score de satisfaction à la fois de l'enfant et du parent** : on observe, et on le retrouve dans les témoignages des deux groupes (parents et enfants) que plus l'enfant est jeune, moins il souffre psychologiquement. Il n'a pas conscience réellement des répercussions fonctionnelles ou esthétiques que peut engendrer sa paralysie. En revanche, les adolescents sont très affectés par cette déformation du visage et le regard de l'autre qui en découle. Ils expriment très nettement leur mal-être à travers les questionnaires de qualité de vie. D'ailleurs, on note une **forte corrélation entre l'item « bien-être » enfant et son âge** ($r=0,51$).

La précocité de la mise en place de la rééducation et le suivi régulier de cette rééducation participent activement au bien-être de l'enfant.

IV.5.B. Corrélation entre le taux de récupération de la paralysie faciale et le score de satisfaction

	Score global enfant	Score global parent
Grade départ – grade évaluation	r=0,38	r=0,08
Score dynamo départ – score dynamo évaluation	r=0,35	r=0,37

Tableau 18 : tableau de corrélation entre scores globaux de satisfaction et taux de récupération

Il nous semble intéressant de constater que **le taux de récupération graduelle de la paralysie faciale n'est pas gage de satisfaction chez le parent**, sauf pour ce qui est de la récupération du tonus bilabial où l'on note une corrélation moyenne. En revanche, on note une corrélation moyenne entre le taux de récupération graduelle et la satisfaction de l'enfant. Nous pouvons mettre ce tableau en parallèle avec le tableau 16, qui montre que le grade n'est pas forcément lié au taux de satisfaction, même s'il se dégage certaines tendances : les patients grade VI apparaissent moins satisfaits que les autres grades, le patient grade I apparaît comme le plus satisfait.

IV.5.C. corrélation entre les scores obtenus au sunnybrook et les scores de satisfaction enfants (E) et parents (P)

Sunnybrook	Score global		communication		Vie personnelle		Bien-être		Prise en charge	
	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P
Score composite SB	0,58	0,18	0,47	0,47	0,40	0,27	0,22	-0,03	0,48	-0,15
Symétrie	-0,52	0,04	-0,25	-0,51	-0,32	0,18	-0,40	0,13	-0,37	0,08
Mouvements volontaires	0,25	-0,05	0,25	0,18	0,15	0,28	0	-0,26	0,29	0,20

syncinésies	0,05	0,25	-0,11	-0,10	-0,21	0,33	0,27	0,11	0,15	0,12
-------------	------	------	-------	-------	-------	------	------	------	------	------

Tableau 19: tableau de corrélation entre scores SB et scores de satisfaction enfant et parent

Se dégagent de ce tableau plusieurs constats :

le score composite et tous les autres scores obtenus au Sunnybrook sont facteurs-dépendants de la satisfaction de l'enfant. En revanche, le score composite au sunnybrook n'influence pas le score global de satisfaction du parent, mais l'item « communication » et « vie personnelle ».

La symétrie du visage est directement liée à la satisfaction de l'enfant : plus le visage est symétrique, meilleure est la qualité de vie de l'enfant, à tous les items. Ce fait ne se vérifie pas chez le parent, où la symétrie est fortement corrélée à l'item « communication » seulement.

Les mouvements volontaires sont moyennement corrélés au score de satisfaction global, à l'item « communication » et « prise en charge » chez l'enfant, mais pas du tout facteurs-dépendants de la « vie personnelle » et du « bien-être » de l'enfant. A contrario, les mouvements volontaires ne sont pas du tout corrélés au score de satisfaction global de l'enfant ni à la « communication », mais bien à la « vie personnelle », au « bien-être » et la prise en charge.

Enfin, la présence ou non de syncinésies apparaît moyennement liée au score global de satisfaction du parent et à sa perception du quotidien de son enfant (item « vie personnelle »). Pour l'enfant, la présence de syncinésies est liée à son « bien-être » et impacte également sa « vie personnelle » mais n'influe pas sur sa satisfaction globale.

IV.5.D. corrélation entre les scores obtenus au MBLF et les scores de satisfaction enfants (E) et parents (P)

MBLF	Score global		communication		Vie personnelle		Bien-être		Prise en charge	
	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P
Face	0,83	-0,25	0,68	0,40	0,12	-0,91	0,44	-0,25	0,52	0,50
Œil	0,96	0,40	0,28	0,31	-0,05	-0,30	0,94	0,29	0,78	0,70
Lèvres	0,20	0,18	0,12	0,09	0,06	0,02	0,07	-0,24	0,31	-0,20
Joues-mand.	0,28	-0,40	-0,16	-0,26	-0,23	-0,10	-0,22	-0,24	-0,10	-0,30
Langue	-0,46	-0,53	-0,20	-0,50	-0,47	-0,22	-0,39	-0,29	-0,22	-0,28

Voile	0,44	0,47	0,61	0,39	0,50	0,68	0,04	0	0,24	0,20
logatomes	-0,08	-0,27	0,07	-0,19	-0,02	0,22	-0,12	-0,47	-0,11	-0,22
Tonicité du visage	0,19	0,18	0	0,03	0,07	-0,17	0,20	0,52	0,18	-0,05

Tableau 20: tableau de corrélation entre scores MBLF et scores de satisfaction enfant et parent

Ce tableau de corrélations montre que la satisfaction de l'enfant et du parent réside aussi dans les capacités motrices oro-faciales du sujet.

Les territoires qui impactent le plus la qualité de vie de l'enfant sont sans conteste la face et l'œil, les territoires les plus visibles et ceux qui permettent d'exprimer un sentiment sans l'usage de la parole. Il est important de rappeler que les items « face » et « œil » ne sont passés que dans le MBLF adultes : il n'y a donc que les adolescents (plus de 14 ans) qui ont passé ces épreuves. C'est pourquoi la corrélation est d'autant plus importante : l'adolescent exprime dans ses réponses au questionnaire un véritable mal-être face à sa propre image.

L'articulation est un facteur dépendant de la satisfaction du parent, puisqu'on retrouve une corrélation moyenne entre l'énonciation de logatomes et le score global, l'item « vie personnelle » et « bien-être » du parent, ce qui n'est absolument pas le cas en ce qui concerne l'enfant. Soulignons aussi le fait que la mobilité de la langue et du voile, qui jouent un rôle dans l'articulation d'aucuns, sont également liés à la satisfaction de l'enfant et du parent. Notons tout de même que la **mobilité réduite du voile, organe invisible, n'entrave absolument pas le bien-être de l'enfant** et du parent.

Les lèvres jouent un rôle mineur dans la satisfaction de l'enfant et du parent, comme nous l'avons déterminé au regard des valeurs de corrélation entre les scores globaux de satisfaction enfant et parent et le taux de récupération du tonus bilabial.

IV.5.E. corrélation entre le nombre de séances et les résultats MBLF

	face	oeil	lèvres	Joues- mand.	langue	voile	logatomes	tonicité
Nb séances	-0,92	-0,47	-0,17	-0,33	-0,56	0,07	-0,58	0,38

Tableau 21 : tableau de corrélation entre le nombre de séances orthophoniques et les résultats MBLF

Il apparaît clairement que le nombre de séances est liée aux capacités motrices oro-faciales de l'enfant. La rééducation permet de rétablir le bon équilibre tonique du visage car plus la fréquence des séances est importante, meilleurs sont les résultats au niveau du tonus. Les autres corrélations sont négatives : le suivi orthophonique s'adapte aux capacités de chaque enfant : ainsi, moins il y a de séances effectuées, plus l'enfant peut mobiliser sa sphère oro-faciale.

IV.5.F. corrélation entre le nombre de séances et le taux de récupération (grade et dynamomètre)

	Récupération par grade	Récupération par score dynamomètre
Nombre de séances	$r=0,08$	$r=0,74$

Tableau 22 : tableau de corrélation entre le nombre de séances orthophoniques et le taux de récupération

On n'observe pas de relation entre le nombre de séances et le taux de récupération en grade. En revanche, **une corrélation forte existe entre le nombre de séances et la récupération du tonus bilabial.**

V. Discussion

Notre étude a cherché à justifier la nécessité d'une prise en charge précoce de l'enfant paralysé facial, toute étiologie confondue. 16 patients entre 6 et 16 ans ont été suivis parallèlement à leur prise en charge.

Des évaluations fonctionnelles et des échelles de qualité de vie, destinées à l'enfant et au parent, ont été réalisées, soit lors de bilans initiaux soit lors de bilans de suivi.

Nous avons émis plusieurs hypothèses :

Notre hypothèse principale affirmait que la précocité de la prise en charge et la fréquence régulière des séances orthophoniques agissaient en faveur du bien-être de l'enfant. Nous avons trouvé une forte corrélation ($r = - 0,53$) entre la mise en place d'une rééducation et le bien-être de l'enfant. Nous avons également démontré que le bien-être de l'enfant et le

nombre de séances orthophoniques étaient liés ($r = 0,55$). La prise en charge orthophonique précoce permet sans conteste de favoriser l'estime de soi du patient, et ce quel que soit son âge. Comme le rapporte Gatignol et coll.[16], la prise en charge de la paralysie faciale périphérique améliore la confiance en soi des patients adultes. Notre étude montre qu'il en est de même pour les enfants. Ce postulat s'est confirmé dans l'étude de Robinson et coll. [53] qui a montré que le suivi psychologique de sujets (jeunes et moins jeunes) au visage déformé à travers des ateliers travaillant les émotions améliorait l'estime de soi. Nous en déduisons que la précocité de la prise en charge et l'accompagnement thérapeutique sur un plus ou moins long terme permettent de limiter l'isolement social de l'enfant, favorisent l'acceptation de son nouveau visage, grâce à la visée d'objectifs cohérents.

Notre étude a également confirmé notre deuxième hypothèse : la fréquence régulière des séances participe à la satisfaction globale des parents. Pourquoi ? Il est important de savoir qu'à la question « Connaissez-vous cette pathologie pédiatrique au préalable ? » dans le questionnaire de qualité de vie destiné aux parents, **100% ont répondu NON**. Il apparaît donc clairement que l'accompagnement thérapeutique de l'enfant constitue un soutien psychologique pour le parent, qui se sent guidé, conseillé et informé. L'orthophoniste a véritablement un rôle de surveillance, d'information et de prévention dans cette prise en charge comme l'attestent les missions de l'orthophoniste (décret 2004 article 1). Nous avons d'ailleurs créé, suite à la découverte de ce taux, une brochure d'information sur cette pathologie pédiatrique destinée aux parents, qui récapitule les signes et les causes de la paralysie faciale périphérique, ainsi que les orientations et traitements thérapeutiques adéquats (ANNEXE 8).

Notre étude a montré que la précocité de la prise en charge agissait en faveur de la satisfaction du parent et de l'enfant concernant la qualité de la guidance parentale et du traitement thérapeutique de l'enfant (item « prise en charge » des questionnaires de qualité de vie destinés à l'enfant et au parent), puisque l'on retrouve de bien meilleurs taux de satisfaction sur des délais de moins de 6 mois que sur des délais de plus de 6 mois. (89% de satisfaction exprimée à l'item « prise en charge » pour la tranche « moins de 2 mois » versus 54,9% pour la tranche « plus de 24 mois »).

Notre troisième hypothèse, à savoir que le taux de récupération participe à la satisfaction globale de l'enfant et du parent, ne se vérifie pas dans notre étude. En effet, si la satisfaction de l'enfant est liée à son taux de récupération, le taux de récupération n'est pas

gage de satisfaction de la part du parent. Pourquoi ? La blessure narcissique de Winnicott [67] ne peut-elle se refermer ? La récupération ne correspond-elle pas aux exigences personnelles du parent ? Un véritable travail d'information de la part des thérapeutes sur cette pathologie pédiatrique est nécessaire, afin que les parents intègrent bien l'idée que leur enfant ne pourra jamais retrouver le même visage qu'avant en cas de paralysie acquise. De même, en cas de paralysie innée, le visage de leur enfant ne pourra peut-être jamais correspondre à leur idéal esthétique. Le soutien psychologique du patient nécessaire n'est plus à prouver [53, 65, 16]. Nous estimons qu'un soutien psychologique du parent est également primordial. Cela se vérifie d'autant plus dans les contextes de tumeur, puisqu'en plus de devoir composer avec le visage blessé de leur enfant, ils doivent faire face à une maladie au pronostic généralement grave. Si l'on reprend la thèse de Demeule [6] qui pense la paralysie faciale traumatique innée comme blessure narcissique de la mère d'avoir mis au monde un bébé au visage déformé, on trouve un score de satisfaction globale du parent à 79,7% dans notre étude (soit le meilleur score obtenu). De même, si l'on poursuit la thèse de Demeule et qu'on considère la paralysie faciale acquise comme perte d'identité, on assiste à un score oscillant entre 73,7% (étiologie tumorale) à 79% (étiologie infectieuse). Que peut-on en déduire ? La gêne esthétique est source de souffrance psychologique chez le parent, mais n'est que secondaire par rapport à la cause-même de cette paralysie faciale. Les scores obtenus dépassent le stade de la conséquence esthétique, la souffrance psychologique est due surtout à la cause de la paralysie faciale. De plus, nous avons pu constater lors de notre étude que les parents dont l'enfant avait été pris en charge tardivement (plus de 2 ans après l'apparition de la paralysie faciale) exprimaient moins de souffrance psychologique que les parents orientés rapidement. En réalité, les parents semblent s'être habitués à la paralysie de leur enfant ; en revanche, les parents dont les enfants ont été pris en charge précocement et a fortiori ont été atteints d'une paralysie acquise et soudaine ont exprimé davantage leur inquiétude face à ce bouleversement du quotidien. Aussi faut-il admettre que la « blessure narcissique » de Winnicott peut se refermer au fil des années, mais que la détresse des parents est générée par un bouleversement du quotidien. La prise en charge orthophonique pourra donc répondre à leurs inquiétudes en les informant sur la pathologie, la remédiation orthophonique, la survenue d'éventuelles séquelles. En effet, on a pu constater dans cette étude que l'étiologie idiopathique (la plus représentée dans notre échantillon : 34%), engendrait le plus de syncinésies : elles apparaissent généralement entre le 5^{ème} et le 10^{ème} mois de la

récupération, et qui correspond au délai moyen constaté entre l'apparition de la paralysie et la première consultation orthophonique : 183 jours en moyenne, soit 6 mois environ.

Si le taux de récupération n'est donc pas gage de satisfaction de la part du parent, l'enfant, et plus précisément l'adolescent, apparaît comme le moins satisfait, car il est celui qui a vécu le plus longtemps avec un visage déformé sans avoir été pris en charge.

Notre quatrième hypothèse est, quant à elle, confirmée dans notre étude : l'harmonie du visage et les capacités motrices oro-faciales participent à la satisfaction de l'enfant et du parent. La littérature évoque le fait que la réhabilitation du sourire permet de limiter les symptômes dépressifs du patient paralysé facial [64, 16]. Ainsi, la méthode Neuromuscular Retraining [7] a largement sa place dans la prise en charge de l'enfant paralysé facial. De même, les réhabilitations chirurgicales si nécessaire sont tout à fait envisageables, et ce dès lors que l'équipe médicale le juge nécessaire. En revanche, l'injection de toxine botulique ne peut s'envisager selon la Haute Autorité de Santé qu'à partir de 12 ans. Enfin, Lambert-Prou [34], instigatrice de la rééducation basée sur l'attitude réactionnelle du patient paralysé face à autrui (adopter une attitude positive pour retrouver une appétence à communiquer) propose une alternative que nous trouvons intéressante en cas de déficience motrice : compenser par l'intonation de la voix, le langage oral, les gestes et postures. Encore faut-il que le patient soit en mesure de s'affirmer. Il est clair que l'âge des patients influe sur la conscience de leur corps : les patients les plus fragiles psychologiquement sont les adolescents (15-17 ans), parce qu'ils ont pleinement conscience de l'image qu'ils renvoient, image qui est très importante dans notre société actuelle.

Enfin, le parent voit sa qualité de vie s'améliorer dès lors que le visage de son enfant se symétrise et qu'il retrouve ses capacités motrices : les facteurs esthétiques et fonctionnels impactent incontestablement la vie du parent.

A la suite de cette étude, nous sommes en mesure d'affirmer que la prise en charge orthophonique précoce de l'enfant paralysé facial est nécessaire, quelle que soit l'étiologie et le grade, puisque l'on peut remarquer que le score le moins bon obtenu à l'item « bien-être » de notre questionnaire de qualité de vie est observé en grade II (44%), alors que Dubreuil [9] suggère l'abstention thérapeutique dès lors que la paralysie paraît minime. Il faut reconnaître qu'une paralysie, même considérée minime pour le thérapeute, peut générer une souffrance psychologique de la part du patient, et l'enfant, en pleine construction de son identité, ne peut être dépourvu de toute prise en charge. De plus, on

connaît l'impact psychologique de la paralysie faciale chez l'adulte, alors que la paralysie de l'adulte est connue par tous, et donc que le regard porté par autrui est différent, plus « indulgent ». En revanche, les pairs des enfants sont beaucoup moins compréhensifs, l'enfant paralysé facial est plus facilement victime de moqueries à l'école (un patient de notre échantillon témoigne : « Je viens te voir parce qu'à l'école les autres disent que je parle de travers ») et ce d'autant plus que cette pathologie pédiatrique est fort méconnue et donc peu admise dans notre société.

Enfin, les parents souffrent psychologiquement de la paralysie faciale de leur enfant : la plus grosse souffrance sera véhiculée par l'étiologie-même de cette paralysie (l'étiologie tumorale notamment), mais le fait que le visage de leur enfant soit déformé et ne corresponde pas à leurs critères esthétiques est traumatisant, tout comme le fait de voir leur enfant souffrir de cette pathologie, et surtout de subir ce bouleversement du quotidien sans avoir de réponses thérapeutiques très claires dans certains cas. Enfin, il faut également souligner que le fait d'avoir été mal orienté (des parents nous ont témoigné leur profond malaise dès lors qu'ils ont su que les stimulations électriques étaient interdites alors qu'elles avaient été réalisées sur le visage de leur enfant), ou d'avoir trop attendu, génère un fort sentiment de culpabilité chez le parent, et se répercute sur son état psychologique.

Il est donc nécessaire que cette pathologie pédiatrique soit davantage connue, par la formation d'un plus grand nombre de thérapeutes sur l'ensemble du territoire qui seront aptes à diagnostiquer, orienter et prendre en charge efficacement les patients et leur famille. En effet, les patients suivis dans notre étude viennent de tous horizons (le plus loin étant Shanghai) et la distance demeure un frein dans le suivi régulier des séances orthophoniques requises pour mener à bien nos objectifs à visée restaurative. De ce fait, 62,5 % des parents considèrent que l'e-therapy, soit la rééducation orthophonique à domicile sur ordinateur, serait en mesure de compléter la prise en charge au cabinet ; 25 % la considèrent comme néfaste, 6% pensent qu'elle pourrait remplacer totalement la prise en charge au cabinet, enfin 6% ne se prononcent pas sur le sujet. Ces chiffres démontrent que l'e-therapy permet de faciliter le suivi thérapeutique, mais ne peut remplacer le thérapeute, le meilleur interlocuteur pour écouter, conseiller et prendre en charge au mieux le patient et sa famille. Un quart des patients la considère même comme néfaste : ces patients témoignent ici de leur manque de confiance en eux face à la rééducation de cette maladie, parce qu'ils ont été mal informés, mal orientés auparavant et qu'ils considèrent véritablement le thérapeute comme unique médiateur.

CONCLUSION

Notre étude visait à justifier la nécessité d'une prise en charge précoce de l'enfant atteint d'une paralysie faciale périphérique, quelle que soit l'étiologie.

Nous avons donc réalisé auprès de 16 patients entre 6 et 16 ans un protocole d'évaluation de la sévérité de l'atteinte, des capacités motrices oro-faciales, et de l'état psychologique du patient et de sa famille pour mettre en exergue les versants fonctionnels, esthétiques et psychologiques qui pourraient être touchés.

Nos résultats ont montré que la prise en charge orthophonique précoce et le suivi thérapeutique régulier participaient positivement à l'estime de soi du patient. En effet, moins le délai entre l'apparition de la paralysie faciale et la première consultation orthophonique est long, plus l'enfant exprime son bien-être. De même, plus il a effectué de séances, moins l'impact psychologique est important. Il apparaît que l'âge est lié au taux de satisfaction : l'adolescent exprime un profond malaise comparé aux sujets beaucoup plus jeunes, qui n'ont pas encore conscience de leur propre image.

Quant au parent, la fréquence régulière des séances participe à sa satisfaction globale. Il se sent davantage soutenu, écouté, conseillé et surtout informé. Nous avons pu remarquer que cette pathologie pédiatrique était très peu étudiée dans la littérature, et inconnue des parents avant que leur enfant n'en soit atteint. Il nous a donc semblé nécessaire de créer une brochure d'information destinée aux parents sur les causes et les signes de cette maladie, ainsi que sur les traitements et orientations adéquats.

Ainsi, alors que le taux de récupération, gage de satisfaction pour l'enfant, ne l'est pas forcément pour le parent, parce que peu informé sur le pronostic de cette pathologie et donc des objectifs envisageables, il nous a semblé important de recueillir l'avis parental sur l'e-therapy, c'est-à-dire la rééducation à domicile par ordinateur. Il apparaît que la majorité des parents estiment que ce procédé compléterait la prise en charge au cabinet, mais ne pourrait remplacer totalement le thérapeute, l'interlocuteur le plus à même de répondre à leurs interrogations, encore nombreuses actuellement.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ADVERSON J. (2008) Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches. *Developmental disabilities research reviews 14*: 118 - 127
- [2] BERG T. (2009) Medical Treatment and Grading of Bell's Palsy. *Digital comprehensive summaries of Uppsala Dissertations from the faculty of Medicine*. Editor: The dean of the Faculty of Medicine.
- [3] BLIN-ROCHEMAURE N., QUINET B. (2012) Doit-on faire une ponction lombaire devant toute paralysie faciale suspecte de borréliose de Lyme chez l'enfant? *Archives de Pédiatrie 2012;19:1354-1361*
- [4] BONAFE A., HOLLEY P., THORN M. L'imagerie normale et pathologique du nerf facial intrapétreux, in *La paralysie faciale, le spasme hémifacial*, Société française d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale (75 – 90). L'Européenne d'éditions.
- [5] COUTURE G., EYOUM I., MARTIN F. (1997) *Les fonctions de la face : évaluation et rééducation*. Ortho-Edition.
- [6] DEMEULE C. (2004) Le monstre à visage découvert. *Champ psy 2004/3. n° 35, (p 23 - 39) DOI: 10.3917/cpsy.035.0023*
- [7] DIELS H-J., COMBS D. (1997) Neuromuscular retraining for facial paralysis. *Otolaryngologic clinics of North America*, volume 30, n° 5 (p 727 – 720)
- [8] DOUILLIEZ C., BAEYENS C., PHILIPPOT P. (2008) Validation d'une version francophone de l'Echelle de Peur de l'Evaluation Négative (FNE) et de l'Echelle d'Evitement de la Détresse Sociale (SAD). *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive, vol. 13, n°3, p 1 – 11*
- [9] DUBREUIL C. (1997) Paralysies faciales de l'enfant, in *La Paralysie faciale, le spasme hémifacial*, Société Française d'Oto-rhinolaryngologie et de pathologie cervico-faciale. (p 167 - 171) L'Européenne d'Editions

[10] DUBREUIL C., CHARACHON R. (1997) Clinique : la paralysie faciale périphérique, in *La paralysie faciale, le spasme hémifacial*, Société française d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale (135 – 158). L'Européenne d'éditions.

[11] DUVAL M., DANIEL S. (2009) Facial nerve palsy in Neonates secondary to Forceps use. *Arch otolaryngol Head Neck Surg / vol 135 (n°7)*

[12] EL PARDYA T. (2011) Guide pratique des principales urgences pédiatriques.
Thèse soutenue au CHU Hassan de Fès

[13] EVANS AK., LICAMELI G., BRIETZKE S., WHITTEMORE K., KENNA M. (2005) Pediatric facial nerve paralysis: patients, managements and outcome. *Int J Pediatr Otolaryngol 2005; 69: 1521 - 8*

[14] GATIGNOL P. (2007) La prise en charge des paralysies faciales et du nerf hypoglosse, in Auzou P, Rolland-Monnoury V, Pinto S, Ozsancak C. (Eds), *Les Dysarthries*. Marseille : Solal, 718-23.

[15] GATIGNOL P., CORTADELLAS AL., GRANDI S., TANKERE F., LOBRYEAU C., WILLER JC., LAMAS G. (2006) La rééducation de la langue dans l'anastomose hypoglosso-faciale. *Revue oto-rhyno-laryngologique 2006 ;127, 4*

[16] GATIGNOL P., LANNADERE E., BERNAT I., TANKERE F., LAMAS G. (2011) Bénéfices de la rééducation d'une paralysie faciale périphérique, in *Revue Médicale Suisse*

[17] GATIGNOL P., LANNADERE E., TANKERE F., LAMAS G. (2011) Intensité d'une paralysie faciale avec le dynamomètre. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, volume 54, n° S1 (p 245 – 250)

[18] GATIGNOL P., ROBERT AM., MARTEL C., TROADEC J. (2013) Evaluation de la Motricité Bucco-Linguo-Faciale, de l'articulation et de la déglutition chez l'enfant de 4 à 8ans. Edititons ADEPRIO

[19] GATIGNOL P., TANKERE F., BERNAT I., MARTIN F., SOUDANT J., LAMAS G. (2002) Evaluation de l'articulation et de la deglutition après anastomose hypoglossofaciale. *Rééducation orthophonique*, n° 210. (p 65 – 78)

- [20] GATIGNOL P., TANKERE F., WILLER JC., LAMAS G. (2006) Evaluation des repercussions langagières et psychologiques après anastomose. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 49. (p 507)
- [21] GHALI S., MACQUILLAN A., GROBELAAR O. (2011) Reanimation of the middle and lower face in facial paralysis : review of literature and personal approach. *Journal of plastic, reconstructive and aesthetic surgery*, chap 64 (p 423 – 431)
- [22] GRUNDFAST KM, GUARISCO JL, THOMSEN JR, KOCH B. (1990) Diverse etiologies of facial paralysis in children. *Int J Pediatr Otolaryngol* 1990; 19 : 223 - 39
- [23] HADLOCK T., MALO J., CHENEY M., HENSTROM D. (2011) Free Gracilis transfer for smile in children. *Arch Facial plastic surgery* (p 190- 194)
- [24] HANDZEL O., DORON HALPERIN M-D (2003) Necrotizing (Malignant) External Otitis. *American Family Physician*, volume 68, n°2
- [25] HEYMONET LOPES S. (2002). Maladie de Lyme et paralysie faciale chez l'enfant, *thèse soutenue pour l'obtention du doctorat en médecine*, université de Nancy.
- [26] JABOULET M., CHOUCANE M., HUET F. (2008) Analyse de la prise en charge et du devenir des paralysies faciales périphériques de l'enfant. *Archives de pédiatrie vol. 15,no. 5, pp. 937-937, 2008*
- [27] KATO Y., KAMO H., KOBAYASHI A., ABE S., OKADA-OGAWA A., NOMA N., KUMIMOTO N., OMORI H., NAKAZATO H., KISHI H., IKEDA M., IMAMURA Y. (2013) Quantitative evaluation of oral function in acute and recovery phase of idiopathic facial palsy; a preliminary controlled study. *Clinical otoryngolaryngology*, volume 38, issue 3 (p 231 – 236)
- [28] KIM J., JUNG G-H., PARK S-Y., SANG LEE W. (2012) Facial Nerve Paralysis due to chronic otitis media: prognosis in restoration facial function after surgical intervention, *Yonsei Med*, volume 53, n°3
- [29] LABBE D. (2009) Myoplastie d'allongement du temporal V.2 et réanimation des lèvres. *Annales de chirurgie plastique et esthétique*. Volume 54, n° 6 (p 571 – 576)

[30] LAMAS G. (1997) Anatomie fonctionnelle du nerf facial, in *La paralysie faciale, le spasme hémifacial*, Société française d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale (53 – 65). L'Européenne d'éditions.

[31] LAMAS G., LANNADERE E., TANKERE F., TRUONG TAN T., BERNAT I., GATIGNOL P. (2010) Anastomose hypoglosso-faciale termino-terminale. Indications. Résultats. *Revue d'oto-rhino-laryngologie*, 131, 2 :1 – 326

[32] LAMAS G., TANKERE F. (2002) Paralysies faciales du nouveau-né et de l'enfant, in *Paralysies faciales*. Editions SOLAL

[33] LAMBERT-PROU MP. (2002) Le sourire temporal, rééducation orthophonique post-myoplastie d'allongement du temporal, pour le changement de fonction du muscle temporal et de la réanimation de la face paralysée. *Rééducation orthophonique* n° 210 (p 105 – 119)

[34] LAMBERT-PROU MP (2002) Préservation de l'appétence à la communication: apprentissage des attitudes adaptées pour le face-à-face avec les autres. *Paralysies faciales*. Editions SOLAL

[35] LAMBERT-PROU M.P (2003) The Temporal Smile. Speech therapy for facial palsy patients after temporal lengthening myoplasty. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, 104(5) 274-80

[36] LANNADERE E., GATIGNOL P. (2011). Prise en charge des paralysies faciales périphériques. *Les entretiens de Bichat* (p 79 – 93)

[37] LASKAWI R. (2008) The use of botulinium toxin in head and face in medicine : an interdisciplinary field, *Head and face in medicine*.

[38] LE SIMPLE H. (2002). L'électromyographie de la face, in *Rééducation orthophonique* n° 210 (79 – 83)

[39] MAC FARLAND D. (2009) Le système articulatoire, in *L'anatomie en orthophonie : parole, déglutition et audition*, Atlas commenté 2^{ème} édition. (107 – 175). Edition Masson.

- [40] MAGNAN J. (1997) Paralysies faciales infectieuses et virales, in *La paralysie faciale, le spasme hémifacial*, Société française d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale (220 – 231). L'Européenne d'éditions.
- [41] MAIRE R. (2011). *Paralysie faciale : mise à jour pour le praticien*, Revue Médicale Suisse, 7 (1901-1907)
- [42] MANNING JJ, ADOUR KK. (1972) Facial Paralysis in children: differential diagnosis. *Pediatrics* 1972; 49: 102 – 9
- [43] MARIANOWSKI R., MANAC'H Y. (2000) Diagnostic d'une paralysie faciale, in *Médecine thérapeutique/pédiatrique, volume 3, numéro 1* (p 46 - 50)
- [44] MASUKUME G., CHIBWOWA S., NDLOVU M. (2011) Full recovery of a 13 years old boy with pediatric Ramsay-Hunt syndrome using a shorter course of acyclovir and steroid at lower doses: a case report. *Journal of medical case reports* (p 376)
- [45]MAY M., KLEIN SR (1991) Differential diagnosis of facial Nerve Palsy, in *Otolaryngol Clin North Am* 24: 613 - 41
- [46] ÖDMAN M., JAQUES B., DISANT F., STOCKLI S., PASCHE P. (2009). La réanimation faciale par transfert du muscle gracilis : update de l'expérience lausannoise. *Forum Med Suiss*, 9, suppl 49 (p 127)
- [47] OZCEBE E., BELGIN E. (2005) Assessment of information processing in children with functional articulation disorders. *Int J Pediatr otorhinolaryngol. Feb ; 69 (2): 221 – 8*
- [48] PASCHE P. (2011). Le traitement chirurgical de la paralysie faciale définitive. *Revue Médicale Suisse*, 7. (p 1914 – 1918)
- [49] PAVLOU E., GKAMPETA A., ARAMPATZI M. (2011) Facial Nerve Palsy in childhood. *Official Journal of the Japanese Society of child neurology Brain and Development* (p 654 - 650)
- [50] PUECH J. (2010). Analyse qualitative et quantitative de l'hémispasme facial postparalytique. *Mémoire pour l'obtention du CCO*, Paris.

- [51] ROBERT M. (2011) Analyse acoustique des troubles articulatoires chez les patients atteints de paralysie faciale périphérique. *Mémoire pour l'obtention du CCO*, Paris.
- [52] ROBIER A., BEBEAR J-P., ROMANET P. (1997) Les paralysies faciales traumatiques, in *La paralysie faciale, le spasme hémifacial*, Société française d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale (172 – 174). L'Européenne d'éditions.
- [53] ROBINSON E., RUMSEY N. PARTRIDGE J. (1996) An evaluation of the impact of social interaction skills training for facially disfigured people. *British Journal of Plastic Surgery*
- [54] ROMANET P., DEGUINE C., MARTIN C. (1997) Paralysies faciales otitiques, in *La paralysie faciale, le spasme hémifacial*, Société française d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale (199 - 207). L'Européenne d'éditions.
- [55] ROSS B-G., FRADET G., NEDZELSKI J-M (1996) Development of a sensitive clinical facial grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1996 Mar;114(3):380-6.
- [56] RUBIN LR. (1974). The anatomy of a smile: its importance in the treatment of facial paralysis. *Plastic and reconstructive surgery*, 53(4), 384-387
- [57] SADIQ SA., KHWAJA S., SAEED SR. (2012) Botulinium toxin to improve lower facial symmetry in facial nerve palsy. *Eye (2012) 26 (p1431 - 1436)*
- [58] SIKTBERG L, BANKTZ D. (1999) Management of children with swallowing disorders. *Journal of Pediatric Health Care*, 13 (p 223 - 229)
- [59] SOUPLY L., JAULHAC B. (2011) La maladie de Lyme: que prescrire comme examens complémentaires chez l'enfant? *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 24 (p 136 - 141)
- [60] STEINLEIN V. (2008) Réalité d'une paralysie faciale : de l'évaluation clinique du praticien au ressenti subjectif du patient. *Mémoire pour l'obtention du CCO*, Paris.

[61] STERKERS O., CHOBAUT J-C., MARTIN C. Paralysies faciales tumorales, in *La paralysie faciale, le spasme hémifacial*, Société française d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale (188 – 198). L'Européenne d'éditions.

[62] TANKERE F., BERNAT I. (2009) Paralysie faciale a frigore : de l'étiologie virale à la réalité diagnostique. *Revue de médecine interne*. Volume 30, issue 9 (p 769 – 775)

[63] TROTOUX J., COIFFIER T. (1997) Paralysie faciale et maladies générales, in *La paralysie faciale, le spasme hémifacial*, Société française d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale (211 – 219). L'Européenne d'éditions.

[64] VANSWEARINGEN JM., COHN JF., TURNBULL J., MRZAI T., JOHNSON P. (1998) Psychological distress : linking impairment with disability in facial neuromuscular disorders. *Otolaryngology--head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 118:6

[65] VANSWEARINGEN JM., COHN JF., BAJAJ-LUTHRA A. (1999) Specific impairment in smiling increases the severity of depressive symptoms in patients with facial neuromuscular disorders. *Aesthetic plastic surgery* 23:6 pg 416-23

[66] VINCENTI A., DELMER V. (2010) Evaluation de l'intensité d'une paralysie faciale avec le dynamomètre. *Mémoire pour l'obtention du CCO*, Paris.

[67] WINNICOTT D. (1969) De la pédiatrie à la psychanalyse. Editions PAYOT

[68] WORME M., CHADA R., LAVALLEE L. (2013) An unexpected case of Ramsay-Hunt syndrome : a case report and literature review. *BMC research notes*.

[69] WRIGHT H., WADDINGTON C., GEDDES J., NEWBURGER J., BURGNER D. (2008) Facial nerve palsy complicating Kawasaki disease, *Official Journal of American Academy of Pediatrics* (783 – 785)

[70] YSUNZA A., INIGO F., ROJO P., DRUCKER-COLIN R., ORTIZ MONASTERIO F. (1996) Congenital Facial Nerve Palsy and crossed facial nerve grafts: age and outcome. *International Journal of Pediatric otorhinolaryngology* 36 (1996) 125 - 136

Liens internet:

[71] www.functionalanatomyblog.com

ANNEXES

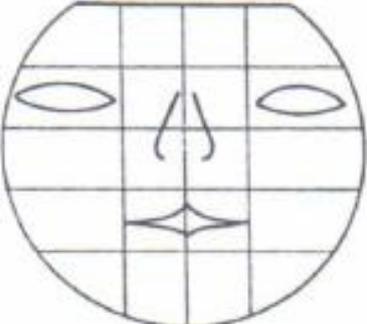
ANNEXE 1

Tableau de cotation de Freyss :

0	Pas de contraction
1	Légère contraction
2	Contraction ample mais sans force
3	Contraction normale

TESTING CLINIQUE

**Motricité
(30)**



N

30	
----	--

**Tonus
(15)**



N

15	
----	--

**Syncinésies
(4)**

	Oeil - bouche	2		
	Bouche - œil	2		
	Motricité émotionnelle	1		
	Hémispasme	0		
	Total général	50		

Le protocole à suivre :

Groupes musculaires	Consignes
Frontal	Ouvrir grand les yeux
Sourcilier	Froncer les sourcils
Orbiculaire des paupières	Fermer les yeux
Releveur aile du nez et lèvre supérieure	Mouvement de dégoût
Zygomatique	Sourire
Risorius	Rire forcé, dents serrées
buccinateur	Souffler
Orbiculaire des lèvres	Siffler
Carré et triangulaire	Faire la moue
peaucier	Signe du peaucier

ANNEXE 2

Tableau de cotation de House-Brackmann :

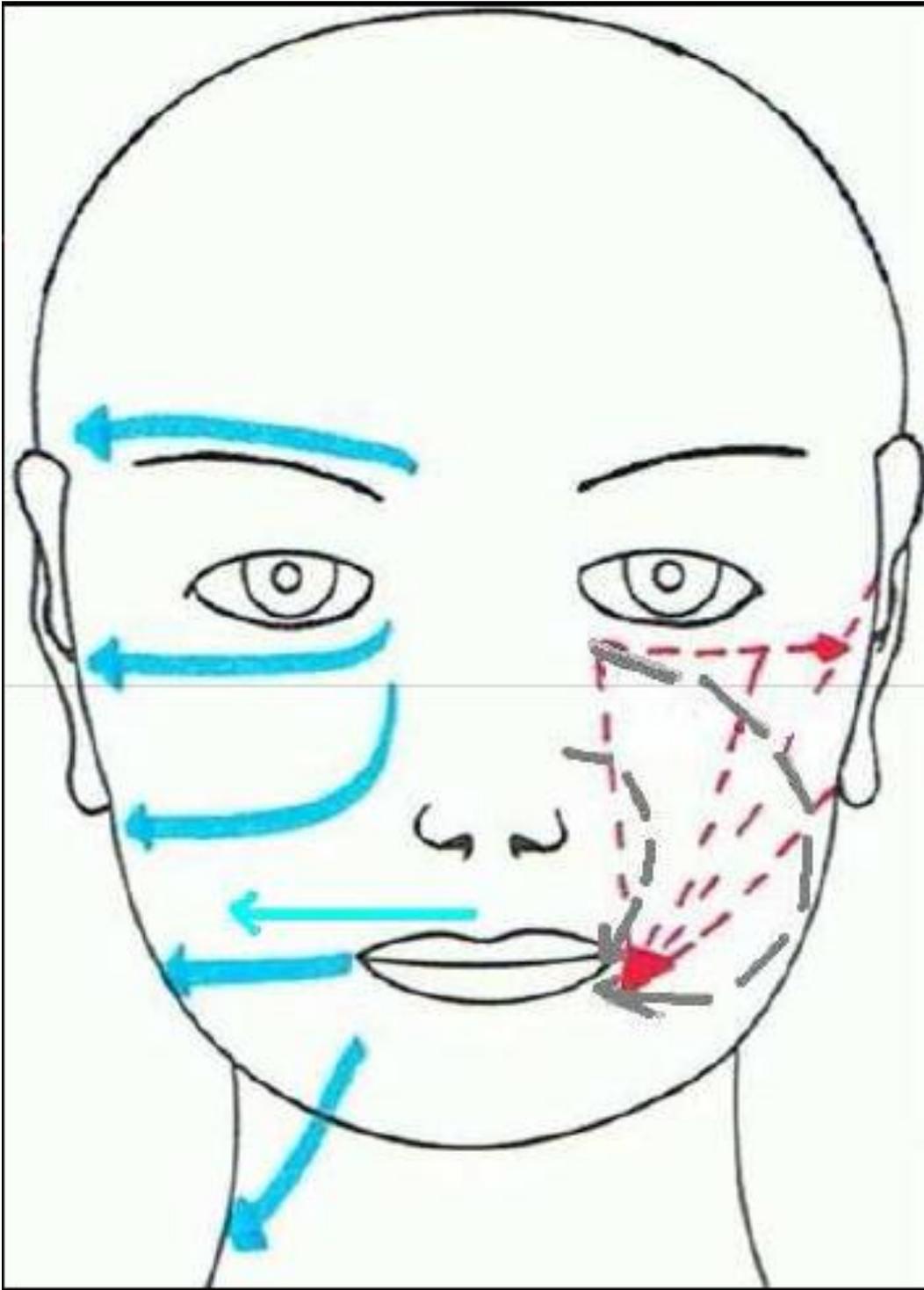
Grade I	Mobilité faciale et tonus normaux
Grade II	Dysfonction légère : <ul style="list-style-type: none">• Au repos, visage symétrique et tonus normal• Lors de mouvements, légère asymétrie sans contracture avec présence possible de discrètes syncinésies
Grade III	Dysfonction modérée : <ul style="list-style-type: none">• Au repos, visage symétrique et tonus normal• En mouvement, diminution globale de la mobilité avec asymétrie non défigurante ; fermeture oculaire complète avec effort ; spasmes et syncinésies modérés
Grade IV	Dysfonction modérée à sévère : <ul style="list-style-type: none">• Au repos, symétrie globalement conservée, tonus normal• En mouvement, asymétrie importante et/ou défigurante ; fermeture incomplète de l'œil même avec effort ; syncinésies ou spasmes sévères
Grade V	Dysfonction sévère : <ul style="list-style-type: none">• Au repos, asymétrie évidente et diminution du tonus• Lors de mouvements, mobilité à peine perceptible au niveau oculaire et buccal ; pas de syncinésie ni spasme possible
Grade VI	Paralysie faciale complète, mouvements impossibles

ANNEXE 3 : Sunnybrook Facial Grading System

Resting Symmetry	Symmetry of Voluntary Movement					Synkinesis			
	No movement	Slight movement	Mild excursion	Movement almost complete	Movement complete	None	Mild	Moderate	Severe
Eye normal	0								
narrow	1								
wide	1	2	3	4	5	0	1	2	3
eyelid surgery	1								
Cheek (nasolabial fold)									
normal	0	1	2	3	4	5	0	1	2
absent	2								
less pronounced	1								
more pronounced	1								
Mouth									
normal	0	1	2	3	4	5	0	1	2
corner drooped	1								
corner pulled up/out	1	1	2	3	4	5	0	1	2
Resting symmetry score:	<input type="text"/>					Voluntary movement score:			<input type="text"/>
						Synkinesis score:			<input type="text"/>

Voluntary movement score x 4 – Resting symmetry score x 5 – Synkinesis score x 1 = Composite score

ANNEXE 4 : schéma simplifié pour les massages

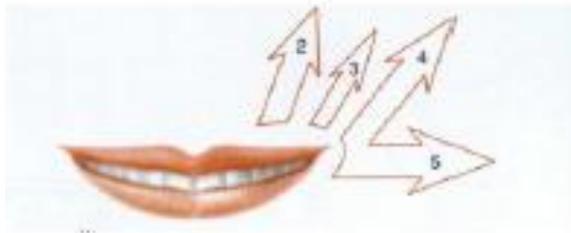


Massages externes (3 à 5 fois de chaque côté du visage)

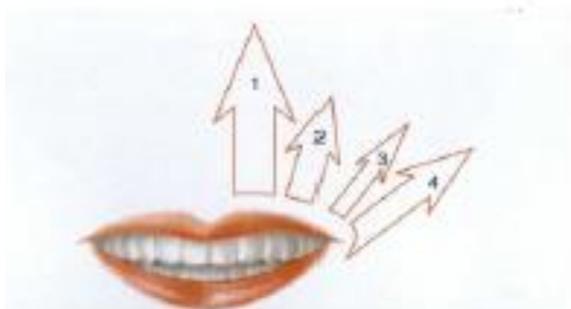


Massages internes (3 à 5 fois de chaque côté du visage)

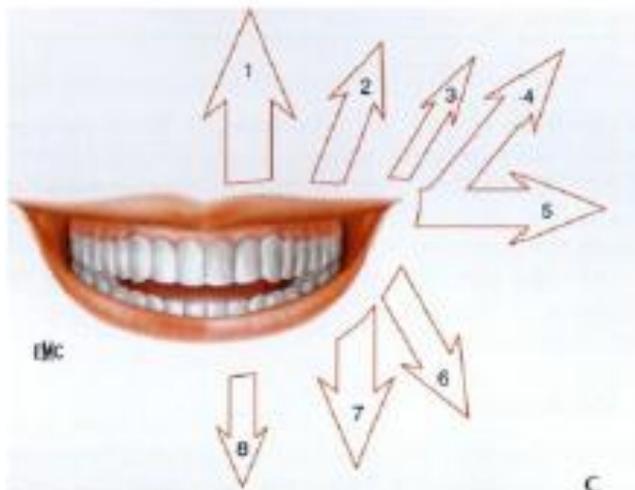
ANNEXE 5 : Les trois types morphologiques de sourire (Rubin)



sourire Mona Lisa



sourire canin



sourire gingival

1. muscle élévateur de la lèvre supérieure
2. muscle élévateur de l'angle de la bouche (canin)
3. muscle grand zygomatique
4. muscle petit zygomatique
5. muscles buccinateur et risorius
6. muscle triangulaire des lèvres
7. muscle abaisseur de l'angle de la bouche (triangulaire des lèvres)
8. muscle abaisseur de la lèvre inférieure

ANNEXE 6 : Echelle de qualité de vie destinée aux enfants

ECHELLE DE QUALITE DE VIE DESTINEE AUX ENFANTS

Ce questionnaire vise à évaluer le ressenti de l'enfant paralysé facial dans sa vie quotidienne.

Date :

Je suis : un garçon une fille

Ma date de naissance :/...../.....

Ma classe :

Date d'apparition de la paralysie faciale :

J'ai pris des médicaments pour soigner ma paralysie faciale : oui

non

si oui, lesquels :

J'ai subi une intervention chirurgicale pour ma paralysie faciale : oui

non

Si oui, laquelle :

1/ Communication

1/ d'une manière générale, est-ce que tu as envie de discuter avec tes camarades ?

TOUJOURS	SOUVENT	QUELQUEFOIS	JAMAIS
			

2/ est-ce que tu arrives à dire tous les mots que tu veux ?

TOUJOURS	SOUVENT	QUELQUEFOIS	JAMAIS
			

3/ oses-tu prendre la parole en classe ?

TOUJOURS	SOUVENT	QUELQUEFOIS	JAMAIS
			

4/ réussis-tu à montrer aux autres si tu es triste, content(e), déçu(e) etc. sans parler ?

TOUJOURS	SOUVENT	QUELQUEFOIS	JAMAIS
			

5/ est-ce que tes proches te comprennent quand tu parles ?

TOUJOURS	SOUVENT	QUELQUEFOIS	JAMAIS
			

6/ est-ce que des inconnus peuvent te comprendre quand tu parles ?

TOUJOURS	SOUVENT	QUELQUEFOIS	JAMAIS
			

II/ Vie personnelle

7/ est-ce que tu arrives à manger sans difficulté ?

TOUJOURS	SOUVENT	QUELQUEFOIS	JAMAIS
			

8/ est-ce que tu arrives à boire sans difficulté ?

TOUJOURS	SOUVENT	QUELQUEFOIS	JAMAIS
			

9/ peux-tu manger tous les aliments que tu veux ?

TOUJOURS	SOUVENT	QUELQUEFOIS	JAMAIS
			

10/ est-ce que tu gardes tes lèvres sèches la journée (pas de bavage) ?

TOUJOURS	SOUVENT	QUELQUEFOIS	JAMAIS
			

11/ est-ce que tes lèvres et ton oreiller sont secs à ton réveil ? (pas de bavage nocturne)

TOUJOURS	SOUVENT	QUELQUEFOIS	JAMAIS
			

12/ ta paralysie (ne) te fait...

JAMAIS MAL	RAREMENT MAL	SOUVENT MAL	TOUT LE TEMPS MAL
			

13/ est-ce que tu pratiques sports et loisirs au même rythme qu'avant ta paralysie faciale ?

TOUJOURS	DE FACON REGULIERE MAIS MOIS SOUVENT QU'AVANT	DE FACON IRREGULIERE	PAS DU TOUT
			

III/ Bien-être

14/ est-ce que tu te sens globalement aussi heureux(se) qu'avant la paralysie faciale ?

OUI	PRESQUE AUTANT	PAS VRAIMENT	PAS DU TOUT
			

15/ quand tu sors, as-tu le visage découvert ?

TOUJOURS	SOUVENT	QUELQUEFOIS	JAMAIS
			

16/ est-ce que le retour à l'école a été facile depuis ta paralysie faciale ?

OUI	PLUTÔT FACILE	PAS VRAIMENT	PAS DU TOUT
			

IV/Prise en charge

17/ te sens-tu bien informé(e) ?

OUI	PLUTÔT	PAS VRAIMENT	PAS DU TOUT
			

18/ est-ce que tu es satisfait(e) de la rééducation orthophonique ?

OUI	PLUTÔT	PAS VRAIMENT	PAS DU TOUT
			

19/ sens-tu une amélioration grâce à ta prise en charge ?

OUI	PLUTÔT	PAS VRAIMENT	PAS DU TOUT
			

20/ est-ce que tu bénéficies d'autres prises en charge ? oui non

si oui, lesquelles :.....

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire

SCORE DE SATISFACTION



I/ Communication

1) Parler :	3	2	1	0
2) Articuler :	3	2	1	0
3) Engager une conversation :	3	2	1	0
4) Exprimer un sentiment sans la parole :	3	2	1	0
5) Se faire comprendre par ses proches :	3	2	1	0
6) Se faire comprendre d'inconnus :	3	2	1	0

II/ Vie personnelle

7) Facilité pour manger :	3	2	1	0
8) Facilité pour boire :	3	2	1	0
9) Modification de l'alimentation :	3	2	1	0
10) Bavage dans la journée :	3	2	1	0
11) Bavage nocturne :	3	2	1	0
12) Douleurs :	3	2	1	0
13) Sports et loisirs :	3	2	1	0

III/ Bien-être

14) Heureux :	3	2	1	0
15) Découvrir son visage :	3	2	1	0
16) Retour à l'école :	3	2	1	0

VI/ Prise en charge

17) Information :	3	2	1	0
18) Rééducation orthophonique :	3	2	1	0
19) Amélioration visible :	3	2	1	0
20) Autre(s) prise(s) en charge :				

Score : / 57

ANNEXE 7 : questionnaire destiné aux parents

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX PARENTS

Madame, Monsieur, nous vous proposons d'évaluer le vécu au quotidien de votre enfant présentant une paralysie faciale, et le vôtre face à votre enfant. Pour cela, nous vous invitons à répondre à notre questionnaire en cochant la réponse la plus adaptée à votre cas :

Date :

Vous êtes : la mère le père autre :

Votre enfant paralysé facial est : un garçon une fille

La date de naissance de votre enfant :/...../..... Sa classe :

Date d'apparition de la paralysie faciale :

Le contexte d'apparition : congénital
 idiopathique (début brutal sans cause évidente)
 traumatique
 tumoral
 otitique
 maladies générales (si oui, laquelle :
.....)
 neurologique (si oui, lequel :
.....)

Traitement médical et/ou chirurgical reçu :
.....

1/ D'une manière générale, vous pensez que la qualité de vie de votre enfant... :

n'a pas changé du tout a peu changé a moyennement changé a beaucoup changé

2/ Diriez-vous que votre enfant...:

n'éprouve pas de gêne
 éprouve une gêne plus fonctionnelle
 éprouve une gêne plus esthétique
 les deux de façon identique

1/Communication

3/ Trouvez-vous que votre enfant parle :

autant qu'avant régulièrement mais moins qu'avant pas souvent rarement

4/ Parvenez-vous à tenir une conversation avec votre enfant ?

tout le temps souvent quelquefois non

5/ Parvient-il à intervenir en public, face au groupe classe par exemple ?

tout le temps souvent quelquefois non

6/ Parvient-il à exprimer un sentiment sans l'usage de la parole ?

tout le temps souvent quelquefois non

7/ Comprenez-vous votre enfant quand il vous parle ?

tout le temps souvent quelquefois non

8/ Votre enfant parvient-il à se faire comprendre de personnes peu familières ?

tout le temps souvent quelquefois non

II/ Vie personnelle

9/ Craignez-vous que votre enfant fasse une fausse route en ingérant des solides :

jamais parfois souvent toujours

10/ Craignez-vous que votre enfant fasse une fausse route en ingérant des liquides :

jamais parfois souvent toujours

11/ Avez-vous été contraint(e) de modifier son alimentation ?

non un peu beaucoup énormément

Si oui, par quels moyens : (changements de textures, interdiction de certains aliments, aides compensatoires –paille, bec verseur...-)

.....

12/ Constatez-vous un bavage pendant la journée ?

non quelquefois souvent tout le temps

13/ Constatez-vous un bavage nocturne ?

non quelquefois souvent tout le temps

14/ Votre enfant se plaint-il de douleurs au niveau du visage ?

non quelquefois souvent tout le temps

15/ Pratique-t-il autant de sport et loisirs qu'avant la paralysie faciale ?

oui de façon régulière de façon irrégulière pas du tout
mais moins souvent qu'avant

III/ Bien-être

16/ Sentez-vous que la paralysie faciale a eu un impact sur l'humeur générale de votre enfant ?

non un peu beaucoup énormément

17/ Considérez-vous utile que votre enfant sorte le visage couvert ?

non un peu beaucoup énormément

18/ Le retour à l'école a-t-il été facile ?

oui plutôt pas vraiment pas du tout

19/ Sentez-vous que la paralysie faciale de votre enfant a impacté votre vie personnelle ?

non un peu beaucoup énormément

IV/ Prise en charge et guidance parentale

20/ Aviez-vous connaissance de la paralysie faciale chez l'enfant auparavant ?

oui non

Si oui, par quel(s) biais ? (plaquettes, revues, rencontres...) :

21/ Vous-êtes vous senti(e) bien accompagné(e) et conseillé(e) une fois le diagnostic posé ?

très satisfait plutôt satisfait pas vraiment satisfait pas du tout satisfait

22/ Etes-vous satisfait(e) des résultats de la prise en charge orthophonique?

très satisfait plutôt satisfait pas vraiment satisfait pas du tout satisfait

23/ Massez-vous ou avez-vous déjà massé votre enfant ? (massages externes et internes)

oui non

Si oui, les avez-vous trouvés faciles à réaliser ?

- très faciles plutôt faciles pas vraiment faciles pas du tout faciles

24/ Si votre enfant se plaint de douleurs fortes lors du massage, vous... :

- lui dites de continuer quand même
 lui dites de faire une pause et de recommencer plus tard dans la journée
 lui dites d'arrêter les massages pour la journée
 lui dites d'arrêter les massages pendant quelques jours

25/Bénéficie-t-il d'autres prises en charge ?

- oui non

Si oui, lesquelles :

26/ Avez-vous pu rencontrer un orthophoniste en libéral proche de votre domicile capable de prendre en charge la paralysie faciale de votre enfant ?

- oui non

27/ une prise en charge par internet pourrait :

- remplacer totalement la prise en charge au cabinet (en présence du thérapeute)
 compléter la prise en charge au cabinet
 être néfaste pour la prise en charge (pas assez de suivi, pas de retour sur la bonne pratique des exercices, des massages...)

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire

1) Ressenti global	3	2	1	0
2) Gêne esthétique et fonctionnelle	3	2	2	0

I/ Communication

3) Parler :	3	2	1	0
4) Tenir une conversation avec l'enfant :	3	2	1	0
5) Converser en public :	3	2	1	0
6) Exprimer un sentiment sans la parole :	3	2	1	0
7) votre compréhension face à l'enfant :	3	2	1	0
8) Compréhension d'inconnus :	3	2	1	0

SCORE :

/ 69

II/ Vie personnelle

9) Crainte lors de l'ingestion de solides :	3	2	1	0
10) Crainte lors de l'ingestion de liquides :	3	2	1	0
11) Modification de l'alimentation :	3	2	1	0
12) Bavage dans la journée :	3	2	1	0
13) Bavage nocturne :	3	2	1	0
14) Douleurs exprimées :	3	2	1	0
15) Rythme sports et loisirs :	3	2	1	0

III/ Bien-être

16) Perception de l'humeur de l'enfant :	3	2	1	0
17) Couvrir le visage :	3	2	1	0
18) Retour à l'école :	3	2	1	0
19) Impact sur la vie du parent :	3	2	1	0

IV/ Prise en charge et guidance parentale

20) Connaissances au préalable :				
21) Accompagnement et conseils :	3	2	1	0
22) Résultats visibles :	3	2	1	0
23) Réalisation des massages par le parent :	3	2	1	0
24) réaction face à la douleur de l'enfant :	3	2	0	0
25) Autre(s) prise(s) en charge :				
26) rencontre avec un orthophoniste en libéral prenant en charge la PF :				
27) e-thérapie :				