HAL
open science

Étude de la qualité de vie des patients paralysés faciaux

Amélie Faure, Natacha Paillet

To cite this version:

Amélie Faure, Natacha Paillet. Étude de la qualité de vie des patients paralysés faciaux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02995538

HAL Id: dumas-02995538

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02995538

Submitted on 9 Nov 2020

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

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

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Marseille

ETUDE DE LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS PARALYSES FACIAUX

Amélie FAURE et Natacha PAILLET

Sous la direction de Sylvie JARZE, Anne-Laure MONTAVA et Marion MONTAVA

Mémoire de fin d'études présenté en vue de l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONIE

Juin 2020

Membres du jury **:**

Pr LAVIEILLE Jean-Pierre, PU-PH ORL

Dr MONTAVA Marion, PH ORL

Mme GUARELLA Marie-Dominique, Orthophoniste

Mme MONTAVA Anne-Laure, Orthophoniste

Remerciements

Nous tenions tout d'abord à adresser nos sincères remerciements à nos trois maîtres de mémoire qui ont accepté de diriger notre travail.

Un grand merci à Marion Montava pour son incroyable disponibilité tout au long de ces mois et pour son accueil au sein du service. Ses conseils pertinents et son encadrement lors des réunions nous ont été indispensables pour la réalisation de ce travail. Un immense merci également pour la confiance qu'elle nous a accordée en soumettant notre article à la revue *Otology & Neurotology*. Nous avons été très heureuses d'avoir pu réaliser ce projet à vos côtés Marion.

Un immense merci également à Sylvie Jarzé pour son soutien sans faille et pour sa présence à ces innombrables réunions. Nous savons combien le temps a pu être long, mais Sylvie a toujours gardé le sourire et a trouvé les mots justes quand il le fallait. Merci beaucoup Sylvie.

Anne-Laure Montava a été d'une aide très précieuse dans la réalisation de ce mémoire. Elle a toujours su nous accueillir avec beaucoup de bienveillance tout en nous offrant des conseils avisés. Amélie a également eu la chance et l'honneur de pouvoir réaliser un stage à ses côtés. Merci pour tout Anne-Laure.

Nous sommes heureuses d'avoir la possibilité de présenter notre travail au Professeur Jean-Pierre Lavieille et à Madame Marie-Dominique Guarella. Nous vous adressons nos remerciements pour votre présence et pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de faire partie de notre jury de soutenance.

Nous adressons également un merci tout particulier au Docteur Pauline Barry pour son aide précieuse. Sa disponibilité et ses conseils nous ont beaucoup apporté lors de la mise en place du recueil des données, étape indispensable à notre travail.

Nous n'oublions pas bien sûr le travail incroyable qu'ont pu abattre les équipes du service Otologie de la Conception. Un grand merci à chacune des personnes qui a pu contribuer à la réussite de ce projet et à la collecte de ces nombreuses données. Votre implication nous a beaucoup touchées. Une pensée pour Madame Nathalie Tourrou qui nous a accueillies avec beaucoup de gentillesse et a toujours fait son maximum pour nous aider.

Tout ce travail n'aurait pas été possible sans l'expertise des statisticiens, le Professeur Julien Mancini et son interne Nicolas Iline. Une disponibilité et une réactivité incroyables pour des analyses précises. Merci encore.

Merci à Madame Joana Revis qui nous a entraînées pour notre pré-soutenance et notre soutenance publique. Même si cette dernière est annulée, nous essayerons d'appliquer au mieux tous ses conseils pour la soutenance par visio. Merci également pour toutes ces années d'études.

Amélie, mon binôme, ma collègue, mon amie. Merci pour ta bonne humeur quotidienne, ta persévérance, ton écoute et ton sérieux. Merci pour toute cette bienveillance qui te caractérise si bien. Je suis fière de nous, de notre travail et de tout ce qu'on a accompli sans aucun accroc. Une amitié rare, une personne précieuse.

Natacha, tu as été un binôme parfait pour réaliser ce mémoire dont nous pouvons être fières. Notre complémentarité a été exemplaire dans chaque étape de ce long travail et notre entente a été à l'image de notre belle amitié. Merci pour ta spontanéité, ton soutien sans faille, et tout ce qui fait de toi une amie chère à mon cœur.

Bien sûr, mille fois merci à nos généreux relecteurs qui ont permis de peaufiner de nombreux détails : Elisabeth, Ludovic, Nicolas, Rémy et Gilles.

Du fond du cœur, nous remercions nos proches respectifs pour leur incroyable soutien et tout l'amour qu'ils ont pu nous témoigner. Cette période de confinement ne nous a pas facilité la tâche, mais vous nous avez permis de ne rien lâcher. Un merci tout particulier à Margot et Morgane pour ce quatuor parfait, pour leurs encouragements et leur incroyable capacité d'écoute.

Le mot de la fin reviendra à l'ensemble de notre promotion. Merci pour toutes ces années de travail, d'apprentissages, de rires, de soutien mais surtout de partage. Une fin un peu particulière, sans pouvoir se dire un réel « Au revoir » … Mais le cœur y est.

SOMMAIRE

Remerciements 2
I. INTRODUCTION 5
II. MATERIELS ET METHODES 6
A. Considérations éthiques 6
B. Critères d'inclusion 6
C. Recueil des données 6
D. Questionnaires de qualité de vie 7
E. Analyses statistiques 8
III. RESULTATS 9
A. Résultats descriptifs 9
B. Questionnaires de qualité de vie 10
C. Facteurs associés à la qualité de vie 10
IV. DISCUSSION 13
V. CONCLUSION 17
BIBLIOGRAPHIE 18
ANNEXES 23
Annexe 1 – *Tableaux* 23
Tableau 1. 23
Tableau 2. 24
Tableau 3. 26
Annexe 2 - *Fascicule remis aux patients* 27

I. INTRODUCTION

La paralysie faciale est une atteinte de la sphère oto-rhino-laryngologique affectant la motricité des muscles d'un côté du visage et générant des incapacités fonctionnelles comme des défauts d'articulation, une incompétence orale ou un inconfort dans la réalisation des mouvements faciaux. Cependant, les conséquences d'une paralysie faciale ne doivent pas être réduites à ces aspects moteurs. Nous savons en effet que toute affection de la face peut perturber la communication et l'expression des émotions (1–7) ; ces difficultés peuvent alors mener à de grandes détresses psychologiques et à un isolement social des patients (8–15). Nombreuses sont les études qui ont déjà montré combien la paralysie faciale pouvait avoir un impact dramatique sur la qualité de vie des patients paralysés faciaux (16–25). Il nous paraît alors primordial de compléter les évaluations objectives donnant un grade de sévérité de la paralysie faciale avec des échelles de qualité de vie, reflétant le réel ressenti du patient. Se questionner sur les facteurs qui influencent cette qualité de vie est donc une étape essentielle pour une meilleure expertise des équipes soignantes et une amélioration de la prise en soin des patients paralysés faciaux.

Certains facteurs ont déjà été largement documentés, comme la sévérité de la paralysie faciale, le côté du visage atteint ou encore l'âge du patient. A l'inverse, d'autres facteurs pouvant influencer la qualité de vie restent peu étudiés, comme l'étiologie de la paralysie faciale (16,17,26), le suivi psychologique ou encore l'intervention d'un orthophoniste dans la réhabilitation faciale. De plus, les études portant sur la qualité de vie des patients paralysés faciaux n'obtiennent que rarement des résultats cohérents entre eux. Ces lacunes rendent donc nécessaire une nouvelle étude, approfondissant les liens entre paralysie faciale et qualité de vie.

Notre étude s'est par conséquent concentrée sur la qualité de vie des patients atteints d'une paralysie faciale. L'objectif de l'étude était d'identifier des facteurs prédictifs de qualité de vie, selon l'étiologie de la paralysie faciale essentiellement, mais aussi selon les données épidémiologiques des patients, les caractéristiques de la paralysie faciale et les modalités de traitement.

Ce travail a tout d'abord été rédigé en anglais pour être soumis à la revue Otology & Neurotology, puis nous l'avons traduit afin de le présenter dans ce mémoire.

II. MATERIELS ET METHODES

A. Considérations éthiques

Le protocole de cette étude a été approuvé par le comité éthique de recherche clinique (référence no. C.I. 2020-01-05-05).

B. Critères d'inclusion

Nous avons rétrospectivement inclus les patients ayant consulté pour une paralysie faciale unilatérale périphérique entre février 2019 et janvier 2020 dans le service ORL du centre de référence universitaire de la Conception à Marseille. Les cas de paralysie faciale d'origine centrale ou de diplégie faciale, ainsi que les patients ayant un traumatisme facial, ont été exclus de notre étude, tout comme les patients ne maitrisant pas la langue française ou ne pouvant remplir correctement des questionnaires écrits. 134 patients correspondaient à ces critères sur la période d'inclusion.

C. Recueil des données

Toutes les données ayant servi pour cette étude étaient stockées dans la base de données du service avec le consentement écrit des patients. Les informations utiles à l'étude ont alors été extraites de chaque dossier de patient.

Les données épidémiologiques enregistrées étaient le sexe du patient, son âge, son Indice de Masse Corporelle (IMC), ses antécédents médicaux et sa médication. Les antécédents ont permis de mettre en évidence l'existence de maladies chroniques ou de récidives de paralysie faciale tandis que la médication a permis de supposer la présence d'anxiété ou de dépression.

Les caractéristiques de la paralysie faciale, c'est-à-dire l'étiologie de la paralysie, sa durée, le côté atteint et la présence de complications oculaires ont été également collectées. La sévérité de la paralysie faciale, quant à elle, a été déterminée par deux outils d'évaluation clinique : la classification de House-Brackmann (27) et l'échelle de Sunnybrook (28). La classification de House-Brackmann (*House-Brackmann Grading System – HBGS*) permet de catégoriser la fonction faciale du grade I (fonction faciale normale) au grade VI (paralysie faciale totale). Elle a été reconnue comme étant l'outil standard universel pour évaluer les paralysies faciales par le Facial Nerve Disorders Committee of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck-Surgery (AAO-HNS, comité des troubles du nerf facial de l'académie américaine de chirurgie ORL) (29). L'échelle de Sunnybrook (*Sunnybrook Grading System – SBGS*), elle, est un outil d'évaluation internationalement utilisé pour mesurer la fonction faciale. Elle est composée de trois parties : la symétrie du visage au repos, la symétrie des mouvements

volontaires lors la réalisation de cinq mouvements faciaux (élévation des sourcils, fermeture des yeux, sourire avec les dents, grimace en montrant les dents supérieures et protraction des lèvres) et les syncinésies associées. Les scores sont répartis de 0 à 100, un score de 100 indiquant une fonction faciale normale. La répétabilité de ces deux outils a été établie (30). C'est donc à l'aide de ces deux instruments d'évaluation qu'un comité expert dans le domaine de la paralysie faciale a déterminé le grade de sévérité et le score Sunnybrook à partir de vidéos des visages des patients.

Les modalités de traitement ont également été recueillies : pour chaque patient, nous avons relevé s'il avait bénéficié d'une réhabilitation faciale avec un orthophoniste et/ou un kinésithérapeute, s'il était suivi par un psychothérapeute et s'il avait eu recours à des injections de toxine botulique et/ou à une chirurgie faciale.

Les trois auto-questionnaires remplis par les patients lors de leur consultation ont finalement été analysés : ainsi, un recueil des réponses et un calcul des scores ont été réalisés pour l'Echelle Instrumentale d'Evaluation Clinique de la Face (FaCE), l'Indice de Handicap Facial (IHF) et le questionnaire Short-Form 36 (SF36).

D. Questionnaires de qualité de vie

Le questionnaire FaCE (31) est un questionnaire fiable, facile d'utilisation, validé et reconnu au niveau international (32). Il s'agit d'un outil d'auto-évaluation spécifique à la paralysie faciale et composé de quinze items, dans lequel les affirmations sont réparties en six sous-domaines : le mouvement facial, le confort facial, la fonction orale, le confort oculaire, le contrôle lacrymal et la fonction sociale. Le score total peut s'étendre de 0 à 100, le score le plus élevé correspondant à une qualité de vie optimale.

Le questionnaire IHF (33) est également validé au niveau international (32). Les dix questions posées évaluent deux domaines : la fonction physique, qui est cotée de -25 à 100, et la fonction sociale, dont les scores s'étendent de 0 à 100. Une meilleure qualité de vie est associée à de plus hauts scores.

Le questionnaire SF36 (34,35), qui est un outil d'évaluation de qualité de vie non spécifique à la paralysie faciale, balaie de nombreux aspects de la santé physique et mentale et est divisé en huit sous-domaines. Ces sous-domaines se regroupent en deux scores principaux, score physique et score mental, qui s'étendent chacun de 0 (pire score) à 100 (meilleur score).

Dans le service, les questionnaires validés en version française sont utilisés (36,37).

E. Analyses statistiques

Les variables continues ont été décrites par leur moyenne, leur écart-type, leurs valeurs minimum et maximum et leurs premier et troisième quartiles. Elles ont été comparées par le test non paramétrique U de Mann-Whitney ou le test t de Student, selon les conditions d'application. Les variables catégorielles, quant à elles, ont été décrites par leur effectif et leur pourcentage et ont été comparées par le test du chi-deux ou par le test de Fisher, selon les conditions d'application. La force de liaison entre les variables quantitatives a été déterminée par des coefficients de corrélation de Pearson ou de Kendall, toujours selon les conditions d'application. Les tests ont été réalisés en situation bilatérale et ont été considérés comme statistiquement significatifs pour $P \leq 0,05$. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel R (version 3.6.2) et RStudio (v 1.2.5).

III. RESULTATS

A. Résultats descriptifs

Sur 134 patients répondant aux critères d'inclusion, 12 n'avaient pas correctement ou entièrement rempli un ou plusieurs questionnaires et ont, pour cette raison, été exclus de l'étude. Les patients exclus avaient toutefois des caractéristiques démographiques comparables avec les patients inclus pour l'âge, le sexe, le côté atteint, l'étiologie de la paralysie faciale, les grades HBGS et les scores SBGS.

Les données épidémiologiques, les étiologies, les caractéristiques de la paralysie faciale et les modalités de traitement sont résumées dans le *Tableau 1* (*cf.* Annexe 1).

Parmi les 122 patients inclus, 66 étaient des femmes (54,1 %) et 56 étaient des hommes (45,9 %) avec une moyenne d'âge de 50,9 ans (répartis de 17 à 93 ans). 61 patients avaient un IMC normal alors que l'IMC de 58 patients indiquait un surpoids ou une obésité ; pour 3 patients, le poids n'était pas indiqué dans la base de données. 46 patients avaient des antécédents médicaux. Au niveau de la médication, 7,4 % des patients suivaient un traitement anxiolytique et/ou antidépresseur.

La paralysie faciale idiopathique était l'étiologie la plus commune (54,9 %), suivie des étiologies iatrogène (27,9 %), tumorale (7,4 %) et infectieuse (6,6 %). Moins nombreuses, les étiologies congénitale et traumatique ont été rassemblées dans "autres étiologies" (3,3%).

Les côtés atteints étaient distribués de manière quasiment équivalente : 62 patients avaient une paralysie faciale droite et 60 patients une paralysie faciale gauche. La durée moyenne des paralysies faciales était de 573,6 jours (écart interquartile 28,3 ; 606,5). 22 patients (18 %) souffraient de complications oculaires. Le degré de sévérité de la paralysie faciale évaluée par la classification House-Brackmann était en moyenne de 3,4, les patients étant répartis du grade II au grade VI. La valeur moyenne de l'échelle de Sunnybrook était de 54,1 ([min : 0, max : 96]), avec en moyenne 64,0 pour le score de symétrie des mouvements volontaires, 7,1 pour le score de symétrie au repos et 2,8 pour le score de syncinésies.

Concernant les modalités de traitement, 63,9 % des patients suivaient ou avaient suivi des séances de rééducation avec un orthophoniste et 28,7 % avec un kinésithérapeute. De plus, 5,7 % des patients consultaient un psychothérapeute. 15,6 % des patients avaient eu recours à des injections de toxine botulique et 4,9 % avaient subi une chirurgie faciale.

B. Questionnaires de qualité de vie

Le score total moyen du questionnaire FaCE était de 51,0. Pour les scores moyens du questionnaire IHF, le score de fonction physique était de 65,7, le score de fonction sociale de 64,5 et le score total de 0,7. Les scores des sous-domaines de chaque questionnaire sont présentés dans le *Tableau 2* (*cf.* Annexe 1).

En ce qui concerne les corrélations entre les trois questionnaires, les analyses statistiques ont révélé des corrélations hautement significatives (toutes P <0,001) : le score total FaCE avec les scores social et physique IHF (r=0,56 ; r=0,56) et avec les scores mental et physique SF36 (r=0,5 ; r=0,46) et également les scores social et physique IHF avec le score mental SF36 (r=0,69 ; r=0,39) et le score physique SF36 (r=0,6 ; r=0,43).

C. Facteurs associés à la qualité de vie

L'analyse des corrélations entre les données relatives au patient et à sa paralysie faciale et les scores des questionnaires ont permis de mettre en évidence des facteurs influençant la qualité de vie. L'ensemble de cette analyse est reporté dans le *Tableau 3* (*cf.* Annexe 1).

Concernant les caractéristiques de la paralysie faciale, plusieurs facteurs ont pu être identifiés. Le premier facteur prédictif retrouvé était la **sévérité de la paralysie faciale**. Le grade HBGS était significativement corrélé avec les scores de quatre sous-domaines du questionnaire FaCE : mouvement facial (P<0,001), confort facial (P<0,001), fonction orale (P<0,001) et confort oculaire (P<0,001). Le grade HBGS était également corrélé avec le score total FaCE (P=0,01, *Fig. 1*) et la fonction physique IHF (P=0,01). Pour chacune de ces corrélations, un plus haut grade de sévérité était associé à des scores de qualité de vie plus bas. Le deuxième indicateur de sévérité utilisé dans cette étude, SBGS, a également été corrélé au score total FaCE (P<0,001, *Fig. 2*) et à la fonction physique IHF (P<0,001) mais aussi au score total IHF (P<0,001) et à tous les sous-domaines FaCE : mouvement facial (P<0.001), confort facial (P=0.04), fonction orale (P<0.001), confort oculaire (P<0.001), contrôle lacrymal (P=0.02), fonction sociale (P<0.001). Le deuxième facteur prédictif mis en évidence a été la **durée de la paralysie faciale** : des corrélations significatives entre la durée et les sous-domaines confort facial (r=-0,16, P=0,01) et confort oculaire (r=0,15, P=0,02) du questionnaire FaCE ont été retrouvées. Ces corrélations allaient dans deux sens opposés, c'est-à-dire que plus la durée de la paralysie faciale augmentait, meilleur était le confort oculaire alors qu'à l'inverse plus la durée de la paralysie faciale augmentait, moins bon était le confort facial. Les patients qui souffraient de **complications oculaires** obtenaient des scores plus bas pour la fonction physique SF36 (P=0,03) et

pour le score de confort oculaire FaCE (P=0,01). Quant aux autres facteurs étudiés, le côté atteint et l'étiologie, ils n'ont pas montré de corrélations significatives avec les scores de nos questionnaires (P>0,05).

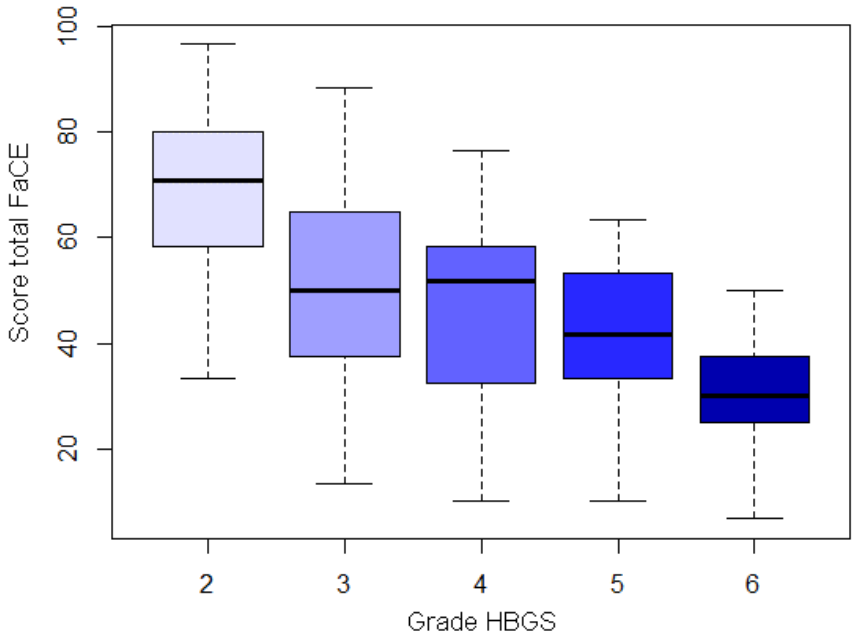

Fig. 1. Corrélation entre grade HBGS et score total FaCE. P = 0,01.

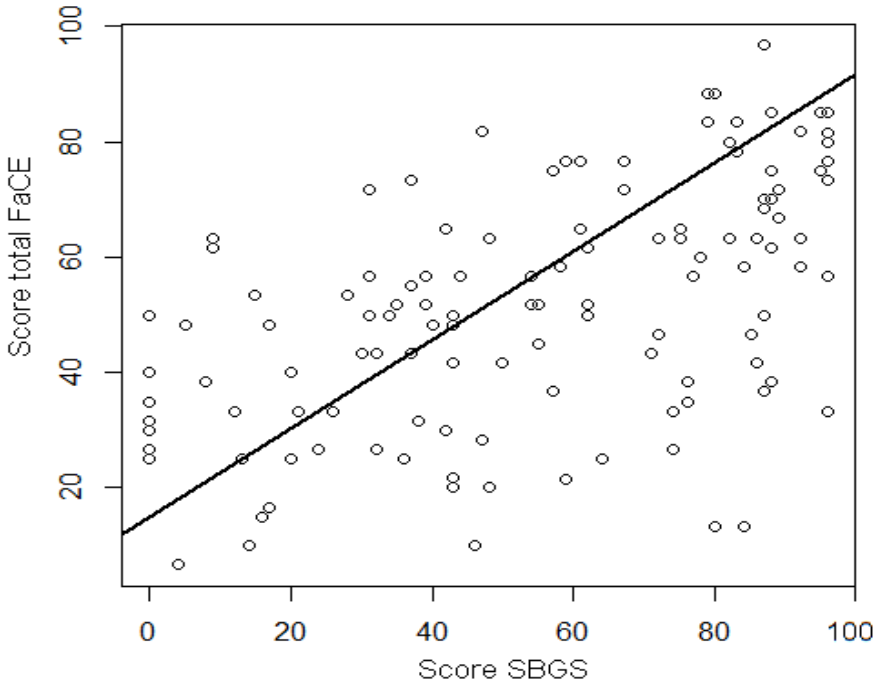

Fig. 2. Corrélation entre score SBGS et score total FaCE. r = 0,39 ; P < 0,001.

Les modalités de traitement ont également été analysées et des corrélations ont pu en être extraites. Les patients ayant bénéficié d'un **suivi médical**, c'est-à-dire ayant eu recours à des injections de toxine botulique et/ou à de la chirurgie faciale, avaient des scores de confort facial plus bas (P=0,03). **L'intervention d'un orthophoniste** a été retrouvée comme étant un facteur prédictif également. Les patients qui étaient suivis par un orthophoniste obtenaient en effet de meilleurs scores pour le mouvement facial du questionnaire FaCE (P=0,03) : les patients avec un suivi orthophonique avaient un score moyen de 45,62 alors que ceux qui n'étaient pas suivis avaient un score de 32,95 (*Fig. 3*). Le score de mouvement facial FaCE était également plus élevé pour les patients bénéficiant d'un **accompagnement psychologique** (P=0,02). L'intervention d'un kinésithérapeute n'a pas été retrouvée comme étant un prédicteur de modifications dans les scores de qualité de vie (P>0,05).

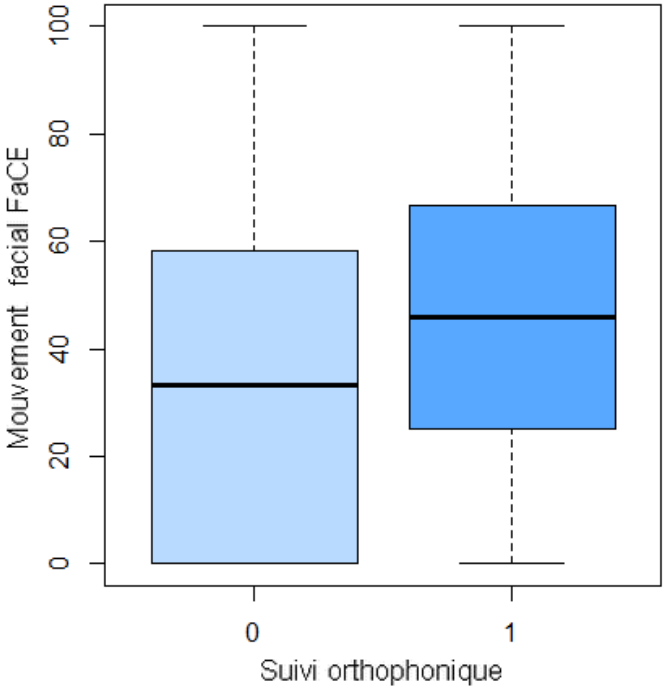

Fig. 3. Corrélation entre suivi orthophonique et mouvement facial FaCE. P = 0,03.

Enfin, les données concernant le patient ont aussi été étudiées et deux facteurs ont pu être déterminés. Les patients ayant des **antécédents médicaux** présentaient des scores de fonction physique SF36 plus bas (P=0,01). Les patients sous **traitement anxiolytique et/ou antidépresseur** obtenaient eux aussi de faibles scores pour la fonction physique SF36 (P=0,04). Ils avaient également des scores plus bas pour la fonction sociale IHF (P=0,02) : leur score moyen était de 47,56 alors que les patients qui ne prenaient pas de traitement de ce type avaient un score moyen de 65,88. Les autres caractéristiques du patient comme l'âge, le sexe et l'IMC n'avaient pas d'influence significative sur les scores et sous-scores des trois questionnaires de qualité de vie (P>0,05).

IV. DISCUSSION

Notre objectif était d'identifier les facteurs prédictifs de la qualité de vie, en nous intéressant de près aux caractéristiques de la paralysie faciale (particulièrement à l'étiologie), aux modalités de traitement et aux données épidémiologiques. A notre connaissance, notre étude est l'une des premières à étudier un aussi grand nombre de facteurs en utilisant trois questionnaires de qualité de vie validés et reconnus au niveau international. Le fait d'utiliser les questionnaires FaCE et IHF ensemble est particulièrement intéressant pour mettre en évidence les aspects non-moteurs du handicap entraîné par la paralysie faciale, bien plus que d'utiliser seulement l'un d'entre eux (21). En outre, le questionnaire générique SF36 nous permet une évaluation plus large de la qualité de vie en considérant les comorbidités et nous offre la possibilité de comparer les scores avec ceux obtenus dans le cadre d'autres maladies (38).

Notre analyse montre qu'il n'existe aucune différence significative pour les scores de qualité vie selon l'**étiologie de la paralysie faciale**. De la même manière, une étude conduite par Kleiss *et al.* (17) avait montré qu'il n'y avait aucune corrélation entre les scores FaCE et les différentes étiologies. De plus, Nellis *et al.* (13), dans leur étude à propos des taux de dépression chez les patients ayant subi une chirurgie faciale, n'avaient pas non plus trouvé de différence significative entre les scores de dépression et les différentes étiologies de la paralysie. En revanche, ces résultats sont contradictoires avec ceux de Tavares-Brito *et al.* (16) qui, en évaluant 920 patients, avaient trouvé que les étiologies congénitale et maligne étaient prédictives d'une meilleure qualité de vie tandis que l'étiologie virale prédisait une moins bonne qualité de vie. D'autres éléments de la littérature ont également montré des résultats contradictoires : Saito et Cheung (26) avaient démontré que les patients avec une paralysie faciale d'origine iatrogène avaient une meilleure qualité de vie que ceux avec une paralysie faciale idiopathique alors qu'à l'inverse, Kiese-Himmel *et al.* (39) affirmaient que la paralysie faciale iatrogène générait plus de stress et conduisait à un plus grand retrait social que la paralysie faciale idiopathique. Ces incohérences ne nous permettent donc pas d'aboutir à un consensus à propos d'éventuelles étiologies prédictives de qualité de vie pour les patients paralysés faciaux.

Un des principaux prédicteurs de qualité de vie dans notre étude était la **sévérité de la paralysie faciale**, calculée par HBGS et SBGS. Un plus haut grade HBGS était en effet corrélé à de plus bas scores de qualité de vie. Kleiss *et al.* (17) ont étudié une large cohorte de 794 patients avec une paralysie faciale et ont, eux aussi, trouvé une forte corrélation entre grade HBGS et score total FaCE.

Cette information peut être mise en lien avec la prévalence de détresse psychologique et de dépression chez les patients avec des hauts grades de sévérité de paralysie faciale (12,13). De plus, dans notre étude, la sévérité de la paralysie faciale évaluée par l'échelle SBGS était également corrélée avec la qualité de vie des patients. Dans une étude qui s'intéressait de près à cette échelle, les mêmes liens entre score SBGS et score total IHF, fonction physique IHF, score total FaCE et fonction sociale FaCE ont été retrouvés (40). De même, deux études menées par Györi *et al.* (41) et Bruins *et al.* (24) ont rapporté une corrélation entre la fonction physique IHF et le score SBGS. De plus, ces résultats sont cohérents avec ceux de l'étude de Tavares-Brito *et al.* (16), qui avait pourtant utilisé un outil différent du nôtre pour déterminer la sévérité de la paralysie faciale, l'eFACE. Ces résultats convergents soulignent l'importance d'être particulièrement attentif aux patients atteints d'une paralysie faciale sévère, puisqu'ils seraient plus sujets à développer des problèmes psycho-sociaux.

Aucune corrélation n'a été trouvée entre la **durée de la paralysie faciale** et les scores totaux des trois questionnaires. Lee *et al.* (23) ont démontré que les patients n'avaient pas une meilleure qualité de vie quand la paralysie faciale était installée depuis longtemps. Même si les patients avaient plus de temps pour s'habituer à leur condition, cela ne voulait pas dire qu'ils se sentaient mieux dans leur quotidien. De plus, des études ont montré qu'il n'y avait pas non plus de lien entre durée de la paralysie faciale et présence d'anxiété et/ou de dépression (42,43). Il est donc primordial de ne pas minimiser l'impact psychologique chez les patients avec une paralysie faciale récente puisque nous ne pouvons pas certifier que leur bien-être s'améliorera avec le temps. Dans notre étude, seuls le confort oculaire et le confort facial du questionnaire FaCE se sont révélés être liés à la durée de la paralysie. Comme ces corrélations vont dans des sens opposés, nous pouvons imaginer que l'éducation aux soins oculaires permettrait aux patients de mieux gérer leurs problèmes oculaires alors qu'à l'inverse, ils souffriraient de spasticité avec l'apparition des séquelles, affectant ainsi leur confort facial.

Concernant l'impact du **côté de la paralysie faciale**, des données conflictuelles ont été rapportées dans la littérature. Par exemple, Ryu *et al.* (44) déclaraient que les patients qui avaient une paralysie faciale droite obtenaient des scores IHF et SF36 plus bas que les patients avec une paralysie faciale gauche. Selon eux, les patients avec une paralysie droite seraient plus en demande de traitement et nécessiteraient plus de soins de réhabilitation faciale. Kim *et al.* (45), en utilisant d'autres questionnaires, allaient complètement à l'encontre des affirmations de Ryu *et al.*, en soulignant que les patients avec une paralysie faciale droite obtenaient des scores de qualité de vie plus hauts que les patients avec une paralysie gauche. Notre étude, quant à elle, n'a relevé aucune différence entre les

paralysies faciales droite et gauche, ce qui est cohérent avec certains résultats d'études précédentes (16,17).

Nous savons que les patients qui ont recours à des **injections de toxine botulique et à la chirurgie faciale** sont souvent des cas de paralysie faciale sévère. Cela pourrait donc expliquer pourquoi les patients avec un suivi médical de ce type avaient un confort facial plus bas. Une étude longitudinale avec des mesures pré et post-traitement pourrait permettre de savoir si ce confort, même s'il resterait bas en comparaison de celui des patients sans ce type de suivi médical, serait amélioré.

Les patients qui bénéficiaient d'une **rééducation orthophonique** avaient de plus hauts scores pour le mouvement facial FaCE. Ces résultats ne sont pas surprenants puisque la réhabilitation faciale a fait ses preuves : elle diminue les syncinésies tout en améliorant les mouvements faciaux et la symétrie du visage (46–49). Des améliorations qualitatives de la qualité de vie après un tel suivi avaient également déjà été observées (49,50). A notre connaissance, notre étude est l'une des premières à obtenir un résultat quantitatif à propos du suivi orthophonique en utilisant des questionnaires de qualité de vie validés au niveau international. Ce lien entre qualité de vie des patients paralysés faciaux et intervention orthophonique mériterait d'être approfondi dans de futures études.

Le score de mouvement facial FaCE était également augmenté quand les patients avaient un **suivi psychologique** : nous pouvons faire l'hypothèse que les patients consultant un psychothérapeute développeraient un meilleur état d'esprit et seraient plus aptes à relativiser leurs limitations fonctionnelles.

En relevant la liste des **traitements anxiolytiques et antidépresseurs** des patients inclus, nous avons pu observer que la fonction physique SF36 et la fonction sociale IHF étaient significativement plus basses chez les patients traités. Ces résultats sont cohérents avec ceux d'une étude récente menée par Díaz-Aristizabal *et al.* (40) : en utilisant une échelle d'anxiété et de dépression (l'HADS), ils ont retrouvé des scores de qualité de vie plus bas chez les patients dépressifs et anxieux, en particulier le score de fonction sociale IHF.

Tavares-Brito *et al.* (16) étaient les premiers à étudier l'impact du **poids** sur la qualité de vie des patients paralysés faciaux. Ils ont alors mis en évidence que les patients en surpoids avaient une moins bonne qualité de vie. Cependant, la mesure du poids utilisée dans cette étude était subjective puisque le jury s'appuyait uniquement sur des photographies du visage des patients. Pour explorer à

notre tour ce facteur peu étudié et afin de surmonter ce biais de mesure, nous avons calculé l'IMC de chaque patient grâce à son dossier médical. De cette manière objective, aucune corrélation entre l'IMC et les scores de qualité de vie n'a été trouvée.

L'influence du **sexe et de l'âge** sur la qualité de vie des patients atteints d'une paralysie faciale est largement documentée. Dans plusieurs études, un âge élevé et le sexe féminin étaient corrélés avec des scores FaCE, IHF et SF36 plus bas (17,21,24). En revanche, dans notre étude, ils n'étaient pas des facteurs prédictifs d'une moins bonne qualité de vie, ce qui est cohérent avec de nombreuses autres recherches (16,23,25,40). Ce manque de corrélation devrait encourager les équipes soignantes à n'avoir aucun préjugé concernant l'impact de l'âge ou du sexe sur la qualité de vie de leurs patients.

Notre étude n'est pas sans limites et d'importantes considérations méritent d'être prises en compte lors de l'interprétation des résultats. Premièrement, comme les données sont collectées rétrospectivement et non relevées pour cette recherche, celles-ci peuvent manquer de précision. De plus, nous avons utilisé la liste de médicaments pour déterminer la présence d'une anxiété ou d'une dépression. Des outils qualitatifs, tels que des entretiens psychologiques, auraient pu permettre d'obtenir des données plus précises sur ce sujet. Comme le service ORL de la Conception où s'est déroulée l'étude est une référence en termes de chirurgie oto-neurologique, la sur-représentation de la paralysie d'origine iatrogène peut constituer un biais. Enfin, le service est également un centre référent dans le traitement de la paralysie faciale, il est donc possible que les patients qui consultent aient un handicap plus important et de ce fait une moins bonne qualité de vie.

Malgré ces biais, notre étude a utilisé des outils et questionnaires validés et peut, à ce titre, contribuer à enrichir les données existantes concernant les prédicteurs de qualité de vie dans le domaine de la paralysie faciale.

V. CONCLUSION

Finalement, la sévérité de la paralysie faciale, la prise d'un traitement anxiolytique et/ou antidépresseur et la présence d'antécédents médicaux étaient des facteurs prédictifs d'une moins bonne qualité de vie. A l'inverse, l'étiologie de la paralysie faciale, le sexe et l'âge du patient ne se sont pas révélés comme étant prédictifs de la qualité de vie.

Deux éléments, quant à eux, se sont montrés positifs pour améliorer la qualité de vie des patients : le suivi psychologique et l'intervention d'un orthophoniste. Notre étude est l'une des premières à rapporter un résultat quantitatif concernant l'orthophonie. Notre travail a été soumis pour publication dans la revue anglophone *Otology & Neurotology* le 4 juin 2020, notre souhait étant de rappeler à un niveau international l'expertise des orthophonistes dans le domaine de la paralysie faciale et de souligner l'importance de leur intervention dans le parcours de soin des patients paralysés faciaux.

Les scores de qualité de vie ne dépendent certainement pas que des facteurs que nous avons étudiés. D'autres facteurs pourraient jouer un rôle dans la manière dont le patient accepte et vit avec sa paralysie faciale, comme l'éducation, les compétences en interaction sociale, l'estime de soi, les attentes, l'image du corps ou encore le soutien de l'entourage. De futures études incluant ces facteurs seraient donc intéressantes pour élargir les connaissances dans le domaine de la paralysie faciale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ishii LE, Godoy A, Encarnacion CO, Byrne PJ, Boahene KDO, Ishii M. What faces reveal: impaired affect display in facial paralysis. The Laryngoscope. 2011;121(6):1138-43.

2. Bogart K, Tickle-Degnen L, Ambady N. Communicating without the Face: Holistic Perception of Emotions of People with Facial Paralysis. Basic Appl Soc Psychol. 2014;36(4):309-20.

3. Keillor JM, Barrett AM, Crucian GP, Kortenkamp S, Heilman KM. Emotional experience and perception in the absence of facial feedback. J Int Neuropsychol Soc JINS. 2002;8(1):130-5.

4. Macgregor FC. Facial disfigurement: problems and management of social interaction and implications for mental health. Aesthetic Plast Surg. 1990;14(4):249-57.

5. Dey JK, Ishii LE, Byrne PJ, Boahene KDO, Ishii M. The social penalty of facial lesions: new evidence supporting high-quality reconstruction. JAMA Facial Plast Surg. 2015;17(2):90-6.

6. Jamrozik A, Oraa Ali M, Sarwer DB, Chatterjee A. More than skin deep: Judgments of individuals with facial disfigurement. Psychol Aesthet Creat Arts. 2019;13(1):117-29.

7. Robinson E, Rumsey N, Partridge J. An evaluation of the impact of social interaction skills training for facially disfigured people. Br J Plast Surg. 1996;49(5):281-9.

8. VanSwearingen JM, Cohn JF, Turnbull J, Mrzai T, Johnson P. Psychological distress: linking impairment with disability in facial neuromotor disorders. Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg. 1998;118(6):790-6.

9. Hirschenfang S, Goldberg MJ, Benton JG. Psychological aspects of patients with facial paralysis. Dis Nerv Syst. 1969;30(4):257-61.

10. Fu L, Bundy C, Sadiq SA. Psychological distress in people with disfigurement from facial palsy. Eye Lond Engl. 2011;25(10):1322-6.

11. Walker DT, Hallam MJ, Ni Mhurchadha S, McCabe P, Nduka C. The psychosocial impact of facial palsy: our experience in one hundred and twenty six patients. Clin Otolaryngol Off J ENT-UK Off J Neth Soc Oto-Rhino-Laryngol Cervico-Facial Surg. 2012;37(6):474-7.

12. Huang B, Xu S, Xiong J, Huang G, Zhang M, Wang W. Psychological factors are closely associated with the Bell’s palsy: a case-control study. J Huazhong Univ Sci Technol Med Sci

Hua Zhong Ke Ji Xue Xue Bao Yi Xue Ying Wen Ban Huazhong Keji Daxue Xuebao Yixue Yingdewen Ban. 2012;32(2):272-9.

13. Nellis JC, Ishii M, Byrne PJ, Boahene KDO, Dey JK, Ishii LE. Association Among Facial Paralysis, Depression, and Quality of Life in Facial Plastic Surgery Patients. JAMA Facial Plast Surg. 2017;19(3):190-6.

14. Sugiura M, Niina R, Ikeda M, Nakazato H, Abiko Y, Kukimoto N, *et al.* [An assessment of psychological stress in patients with facial palsy]. Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho. 2003;106(5):491-8.

15. Saadi R, Shokri T, Schaefer E, Hollenbeak C, Lighthall JG. Depression Rates After Facial Paralysis. Ann Plast Surg. 2019;83(2):190-4.

16. Tavares-Brito J, van Veen MM, Dusseldorp JR, Bahmad F, Hadlock TA. Facial Palsy-Specific Quality of Life in 920 Patients: Correlation With Clinician-Graded Severity and Predicting Factors. The Laryngoscope. 2019;129(1):100-4.

17. Kleiss IJ, Hohman MH, Susarla SM, Marres H a. M, Hadlock TA. Health-related quality of life in 794 patients with a peripheral facial palsy using the FaCE Scale: a retrospective cohort study. Clin Otolaryngol Off J ENT-UK Off J Neth Soc Oto-Rhino-Laryngol Cervico-Facial Surg. 2015;40(6):651-6.

18. van Veen MM, Tavares-Brito J, van Veen BM, Dusseldorp JR, Werker PMN, Dijkstra PU, *et al.* Association of Regional Facial Dysfunction With Facial Palsy-Related Quality of Life. JAMA Facial Plast Surg. 2018;

19. Mehta RP, Hadlock TA. Botulinum toxin and quality of life in patients with facial paralysis. Arch Facial Plast Surg. 2008;10(2):84-7.

20. Bianchi B, Ferri A, Poddi V, Varazzani A, Ferrari S, Pedrazzi G, *et al.* Facial animation with gracilis muscle transplant reinnervated via cross-face graft: Does it change patients' quality of life? J Cranio-Maxillo-fac Surg Off Publ Eur Assoc Cranio-Maxillo-fac Surg. 2016;44(8):934-9.

21. Volk GF, Granitzka T, Kreysa H, Klingner CM, Guntinas-Lichius O. Initial severity of motor and non-motor disabilities in patients with facial palsy: an assessment using patient-reported outcome measures. Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg. 2017;274(1):45-52.

22. Panciera DT, Sampieri C, Deganello A, Danesi G. Lengthening Temporalis Myoplasty: Objective Outcomes and Site-Specific Quality-of-Life Assessment. Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg. 2017;157(6):966-72.

23. Lee J, Fung K, Lownie SP, Parnes LS. Assessing impairment and disability of facial paralysis in patients with vestibular schwannoma. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;133(1):56-60.

24. Bruins TE, van Veen MM, Mooibroek-Leeuwerke T, Werker PMN, Broekstra DC, Dijkstra PU. Association of Socioeconomic, Personality, and Mental Health Factors With Health-Related Quality of Life in Patients With Facial Palsy. JAMA Otolaryngol-- Head Neck Surg. 2020;

25. Cárdenas Palacio CA, Quiroz Padilla MF, Cañón Caro DV. Calidad de vida en pacientes con parálisis de Bell = Quality of life in Bell's palsy patients. Av En Psicol Latinoam. 2012;30(1):52-64.

26. Saito DM, Cheung SW. A comparison of facial nerve disability between patients with Bell's palsy and vestibular schwannoma. J Clin Neurosci Off J Neurosurg Soc Australas. 2010;17(9):1122-5.

27. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg. 1985;93(2):146-7.

28. Ross BG, Fradet G, Nedzelski JM. Development of a sensitive clinical facial grading system. Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg. 1996;114(3):380-6.

29. Baugh RF, Basura GJ, Ishii LE, Schwartz SR, Drumheller CM, Burkholder R, *et al.* Clinical practice guideline: Bell's Palsy executive summary. Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg. 2013;149(5):656-63.

30. Kanerva M, Poussa T, Pitkäranta A. Sunnybrook and House-Brackmann Facial Grading Systems: intrarater repeatability and interrater agreement. Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg. 2006;135(6):865-71.

31. Kahn JB, Gliklich RE, Boyev KP, Stewart MG, Metson RB, McKenna MJ. Validation of a patient-graded instrument for facial nerve paralysis: the FaCE scale. The Laryngoscope. 2001;111(3):387-98.

32. Ho AL, Scott AM, Klassen AF, Cano SJ, Pusic AL, Van Laeken N. Measuring quality of life and patient satisfaction in facial paralysis patients: a systematic review of patient-reported outcome measures. Plast Reconstr Surg. 2012;130(1):91-9.

33. VanSwearingen JM, Brach JS. The Facial Disability Index: reliability and validity of a disability assessment instrument for disorders of the facial neuromuscular system. Phys Ther. 1996;76(12):1288-98; discussion 1298-1300.

34. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992;30(6):473-83.

35. Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. J Clin Epidemiol. 1998;51(11):903-12.

36. Perneger TV, Leplège A, Etter JF, Rougemont A. Validation of a French-language version of the MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) in young healthy adults. J Clin Epidemiol. 1995;48(8):1051-60.

37. Barry P, Mancini J, Alshukry A, Salburgo F, Lavieille J-P, Montava M. Validation of French versions of the Facial Disability Index and the Facial Clinimetric Evaluation Scale, specific quality of life scales for peripheral facial palsy patients. Clin Otolaryngol Off J ENT-UK Off J Neth Soc Oto-Rhino-Laryngol Cervico-Facial Surg. 2019;

38. Volk GF, Granitzka T, Kreysa H, Klingner CM, Guntinas-Lichius O. Nonmotor disabilities in patients with facial palsy measured by patient-reported outcome measures. The Laryngoscope. 2016;126(7):1516-23.

39. Kiese-Himmel C, Laskawi R, Wrede S. [Psychosocial problems and coping with illness by patients with defective healing after facial paralysis]. HNO. 1993;41(5):261-7.

40. Díaz-Aristizabal U, Valdés-Vilches M, Fernández-Ferreras TR, Calero-Muñoz E, Bienzobas-Allué E, Moracén-Naranjo T. Correlations between impairment, psychological distress, disability, and quality of life in peripheral facial palsy. Neurol Engl Ed. 2019;34(7):423-8.

41. Györi E, Przestrzelski C, Pona I, Hagmann M, Rath T, Radtke C, *et al.* Quality of life and functional assessment of facial palsy patients: A questionnaire study. Int J Surg Lond Engl. 2018;55:92-7.

42. Cross T, Sheard CE, Garrud P, Nikolopoulos TP, O'Donoghue GM. Impact of facial paralysis on patients with acoustic neuroma. The Laryngoscope. 2000;110(9):1539-42.

43. Bradbury ET, Simons W, Sanders R. Psychological and social factors in reconstructive surgery for hemi-facial palsy. J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS. 2006;59(3):272-8.

44. Ryu NG, Lim BW, Cho JK, Kim J. Quality of life differences in patients with right- versus left-sided facial paralysis: Universal preference of right-sided human face recognition. J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS. 2016;69(9):e197-203.

45. Kim S, Lee H-Y, Kim N-K, Yook TH, Seo E-S, Kim JU. The association between paralytic side and health-related quality of life in facial palsy: a cross-sectional study of the Korea National Health and Nutrition Examination Survey (2008-2012). Health Qual Life Outcomes. 2018;16(1):213.

46. Beurskens CH, Oosterhof J, Elvers JW, Oostendorp RA, Herraets ME. The role of physical therapy in patients with facial paralysis: state of the art. Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg. 1994;S125-126.

47. VanSwearingen JM, Brach JS. Changes in facial movement and synkinesis with facial neuromuscular reeducation. Plast Reconstr Surg. 2003;111(7):2370-5.

48. Diels HJ. Facial paralysis: is there a role for a therapist? Facial Plast Surg FPS. 2000;16(4):361-4.

49. Beurskens CHG, Heymans PG. Physiotherapy in patients with facial nerve paresis: description of outcomes. Am J Otolaryngol. 2004;25(6):394-400.

50. Ross B, Nedzelski JM, McLean JA. Efficacy of feedback training in long-standing facial nerve paresis. The Laryngoscope. 1991;101(7 Pt 1):744-50.

ANNEXES

Annexe 1 – *Tableaux*

	N	%
Sexe		
Féminin	66	54,1
Masculin	56	45,9
Âge *(années)*		
Moyenne	50,9	-
Min - Max	17 - 93	
IMC		
Poids normal	61	50
Surpoids ou obésité	58	47,5
Poids et taille inconnus	3	2,5
Antécédents médicaux	46	37,7
Anxiolytiques ou antidépresseurs	9	7,4
Étiologie de la PF		
Idiopathique	67	54,9
Iatrogène	34	27,9
Cancéreuse	9	7,4
Infectieuse	8	6,6
Autres étiologies	4	3,3
Côté de la PF		
Droit	62	50,8
Gauche	60	49,2
Durée de la PF *(jours)*		
Moyenne	573,6	-
Écart interquartile	28,3 ; 606,5	
Complications oculaires	22	18,0
Grade House-Brackmann		
Moyenne	3,4	-
II	26	21,3
III	48	39,3
IV	27	22,1
V	10	8,2
VI	11	9,0
Score Sunnybrook		
Moyenne	54,1	-
Min - Max	0 - 96	
Modalités de traitement		
Orthophonie	78	63,9
Kinésithérapie	35	28,7
Psychothérapie	7	5,7
Injections de toxine botulique	19	15,6
Chirurgie faciale	6	4,9

Tableau 1. Données épidémiologiques, étiologies, caractéristiques de la paralysie faciale (PF) et modalités de traitement

	Moyenne	Min - Max
Scores FaCE		
Mouvement facial	41,1	0-100
Confort facial	43,4	0-100
Fonction orale	59,7	0-100
Confort oculaire	34,4	0-100
Contrôle lacrymal	50,8	0-100
Fonction sociale	68,1	0-100
Score total	51,0	6,7–96,7
Scores IHF		
Fonction physique	65,7	25-100
Fonction sociale	64,5	12-100
Score total	0,7	0,2-0,9
Scores SF36		
Score physique	66,6	18,2-100
Score mental	60,6	12,1-94,5

Tableau 2. Score des questionnaires de qualité de vie (FaCE, IHF, SF36)

	SF36				IHF						FaCE													
	Score physique		Score mental		Fonction physique		Fonction sociale		Score total		Mouvement facial		Confort facial		Fonction orale		Confort oculaire		Contrôle lacrymal		Fonction sociale		Score total	
	r ou moy. (ET)	P	r ou moy. (ET)	P	r ou moy. (ET)	P	r ou moy. (ET)	P	r ou moy. (ET)	P	r ou moy. (ET)	P	r ou moy. (ET)	P	r ou moy. (ET)	P	r ou moy. (ET)	P	r ou moy. (ET)	P	r ou moy. (ET)	P	r ou moy. (ET)	P
Sexe		0,59		0,999		0,77		0,66		0,96		0,999		0,76		0,27		0,15		0,27		0,77		0,97
Féminin	65,5 (22,7)		60,5 (22,2)		66,2 (20,3)		63,6 (20,9)		0,7 (0,2)		40,9 (30,0)		44,3 (27,5)		63,1 (33,1)		31,3 (28,8)		54,2 (36,6)		67,3 (29,4)		51,1 (20,8)	
Masculin	67,9 (19,5)		60,6 (21,3)		65,1 (19,4)		65,6 (20,3)		0,7 (0,2)		41,2 (29,2)		42,4 (26,0)		55,8 (35 ,0)		38,2 (29,2)		46,9 (33,1)		69,0 (29,1)		50,9 (21,2)	
Age	-0,09	0,156	-0,02	0,707	-0,04	0,533	-0,02	0,791	-0,03	0,607	-0,04	0,573	0,05	0,435	-0,09	0,150	0,02	0,727	-0,06	0,402	-0,06	0,330	-0,06	0,503
IMC		0,26		0,18		0,24		0,89		0,47		0,85		0,51		0,8		0,99		0,99		0,14		0,68
Poids normal	64,5 (21,7)		58,2 (22,2)		63,9 (18,0)		63,9 (22,1)		0,6 (0,2)		39,6 (29,2)		45,4 (28,0)		58,8 (32,2)		33,8 (26,8)		51,6 (34,4)		64,5 (29,5)		50,1 (21,2)	
Surpoids	68,5 (21,1)		63,1 (21,2)		67,6 (21,7)		65,5 (18,5)		0,7 (0,2)		40,4 (29,0)		42,2 (25,5)		59,1 (36,2)		36,0 (31,8)		51,7 (35,9)		71,8 (29,0)		51,7 (21,2)	
Antécédents médicaux		*0,01***		0,4		0,2		0,14		0,1		0,65		0,3		0,86		0,18		0,9		0,31		0,6
Présence	59,9 (21,8)		58,2 (22,2)		62,9 (18,3)		61,0 (20,7)		0,6 (0,2)		39,5 (28,9)		46,9 (27,7)		60,3 (34,9)		30,4 (28,8)		50,5 (38,9)		64,1 (31,5)		49,7 (21,0)	
Absence	70,7 (20,0)		62,0 (21,4)		67,4 (20,6)		66,6 (20,3)		0,7 (0,2)		42,0 (30,0)		41,3 (29,1)		59,4 (33,7)		36,8 (29,2)		51,0 (32,8)		70,5 (27,6)		51,8 (20,9)	
Traitement anxiolytique ou antidépresseur		*0,04**		0,06		0,11		*0,02**		*0,02**		0,7		0,5		0,76		0,85		0,7		0,09		0,49
Présence	51,5 (21,5)		47,1 (20,4)		56,1 (14,3)		47,6 (21,7)		0,5 (0,2)		44,4 (26,7)		38,0 (28,9)		58,3 (28,0)		36,1 (30,9)		52,8 (26,4)		52,1 (31,4)		46,5 (22,2)	
Absence	67,8 (20,9)		61,7 (21,5)		66,5 (20,0)		65,9 (19,9)		0,7 (0,2)		40,8 (29,8)		43,9 (26,6)		59,9 (34,6)		34,3 (29,1)		50,7 (35,7)		69,4 (28,8)		51,4 (20,8)	
Etiologie de la PF		0,07		0,06		0,84		0,12		0,59		0,83		0,61		0,81		0,89		0,86		0,15		0,44
Idiopathique	67,4 (22,2)		59,6 (21,7)		64,7 (20,1)		64,0 (20,9)		0,6 (0,2)		39,3 (28,9)		45,9 (28,4)		59,3 (33,4)		33,2 (29,8)		49,6 (34,7)		66,9 (29,0)		50,6 (20,3)	
Iatrogène	71,1 (19,5)		67,9 (19,6)		66,9 (20,6)		70,5 (19,2)		0,7 (0,2)		45,1 (29,7)		43,1 (22,5)		64,7 (32,6)		36,0 (25,9)		55,2 (34,2)		76,7 (25,9)		55,2 (18,7)	
Cancéreuse	63,5 (14,5)		58,1 (20,3)		62,8 (14,2)		58,7 (19,2)		0,6 (0,2)		45,4 (34,6)		38,0 (31,5)		54,2 (34,8)		34,7 (35,8)		50,0 (41,5)		65,3 (31,4)		49,3 (26,9)	
Infectieuse	48,4 (20,8)		44,6 (23,6)		68,1 (22,4)		52,5 (22,8)		0,6 (0,2)		34,4 (32,3)		34,4 (26,1)		48,4 (42,0)		31,3 (26,7)		50,0 (37,8)		50,8 (32,1)		41,2 (23,2)	
Autres étiologies	59,2 (19,9)		52,2 (25,4)		73,8 (18,9)		60,0 (14,6)		0,7 (0,2)		39,6 (29,9)		35,4 (28,4)		59,4 (49,3)		46,9 (42,5)		37,5 (43,3)		56,3 (38,9)		46,7 (31,3)	

Côté de la PF		0,63		0,57		0,82		0,99		0,85		0,71		0,32		0,55		0,85		0,86		0,77		0,87
Droit	67,2 (21,5)		61,5 (23,0)		65,4 (20,1)		63,4 (22,8)		0,6 (0,2)		39,6 (27,2)		45,7 (26,3)		57,7 (35,2)		34,1 (27,4)		50,0 (34,5)		68,8 (29,4)		50,7 (19,9)	
Gauche	66,0 (21,2)		59,6 (20,5)		66,0 (19,7)		65,7 (18,0)		0,7 (0,2)		42,5 (31,8)		41,1 (27,3)		61,9 (33,0)		34,8 (31,0)		51,7 (35,9)		67,4 (29,2)		51,3 (22,0)	
Durée de la PF	0,04	0,518	0,11	0,071	0,11	0,083	0,04	0,579	0,07	0,256	0,05	0,475	-0,16	*0,014**	0,03	0,604	0,15	*0,019**	-0,02	0,764	0,03	0,627	0,01	0,872
Complications oculaires		*0,03**		0,08		0,23		0,4		0,24		0,42		0,9		0,14		*0,01**		0,21		0,19		0,09
Présence	57,3 (22,2)		53,1 (23,1)		61,1 (21,0)		59,8 (22,6)		0,6 (0,2)		36,4 (28,5)		43,9 (29,5)		50,0 (34,3)		20,5 (22,0)		43,2 (39,5)		61,7 (28,3)		44,1 (21,0)	
Absence	68,6 (20,6)		62,2 (21,2)		66,7 (19,5)		65,6 (20,0)		0,7 (0,2)		42,1 (29,8)		43,3 (26,3)		61,9 (33,8)		37,5 (29,6)		52,5 (34,0)		69,5 (29,3)		52,6 (20,6)	
House-Brackmann	-0,04	0,593	0,01	0,910	-0,24	*0,001* ***	-0,06	0,411	-0,15	*0,028**	-0,45	*<0,001* ***	-0,17	*0,014**	-0,37	*<0,001* ***	-0,25	*0,001* ***	-0,13	0,08	-0,15	*0,036**	-0,35	*<0,001* ***
Sunnybrook	0,11	0,074	0,06	0,335	0,29	*<0,001* ***	0,09	0,153	0,20	*0,001* ***	0,45	*<0,001* ***	0,13	*0,037**	0,40	*<0,001* ***	0,25	*<0,001* ***	0,15	*0,024**	0,18	*0,004* **	0,39	*<0,001* ***
Orthophonie		0,32		0,15		0,11		0,32		0,49		*0,03**		0,68		0,53		0,2		0,62		0,54		0,21
Présence	68,3 (19,8)		63,0 (19,7)		63,5 (18,4)		65,6 (20,7)		0,6 (0,2)		45,6 (29,6)		42,6 (25,5)		62,0 (31,6)		36,1 (27,6)		51,9 (34,1)		69,9 (27,3)		52,8 (19,4)	
Absence	63,6 (23,6)		56,2 (24,5)		69,6 (21,8)		62,6 (20,3)		0,7 (0,2)		33,0 (27,8)		44,5 (29,1)		59,7 (38,0)		31,5 (31,7)		48,9 (37,0)		64,9 (32,3)		47,8 (23,1)	
Kinésithérapie		0,51		0,39		0,15		0,39		0,11		0,53		0,75		0,93		0,96		0,75		0,9		0,76
Présence	68,2 (24,0)		62,7 (22,7)		70,3 (19,1)		67,2 (18,6)		0,7 (0,2)		37,9 (26,7)		41,9 (23,2)		60,0 (31,5)		35,4 (31,4)		48,6 (33,2)		68,2 (31,0)		50,1 (19,9)	
Absence	66,0 (20,2)		59,7 (21,4)		63,9 (19,9)		63,5 (21,3)		0,6 (0,2)		42,3 (30,6)		44,1 (28,2)		59,6 (35,2)		34,1 (28,3)		51,7 (35,9)		68,0 (28,6)		51,4 (21,3)	
Psychothérapie		0,56		0,78		0,98		0,67		0,81		*0,02**		0,99		0,44		0,34		0,99		0,61		0,51
Présence	62,4 (21,5)		59,1 (18,2)		66,4 (19,1)		58,9 (27,6)		0,6 (0,2)		67,9 (26,1)		46,4 (44,1)		71,4 (24,7)		44,6 (31,3)		50,0 (32,3)		62,5 (31,9)		58,3 (24,1)	
Absence	66,9 (21,3)		60,7 (22,0)		65,7 (19,9)		64,9 (20,1)		0,7 (0,2)		39,4 (29,0)		43,3 (22,6)		59,0 (34,4)		33,8 (29,0)		50,9 (35,3)		68,4 (29,1)		50,6 (20,7)	
Suivi médical (toxine botulique et/ou chirurgie faciale)		0,9		0,86		0,88		0,53		0,62		0,83		*0,03**		0,53		0,52		0,17		0,29		0,29
Présence	66,5 (18,1)		62,7 (16,6)		65,0 (15,4)		62,7 (19,7)		0,6 (0,2)		40,3 (30,6)		33,0 (22,9)		58,3 (26,5)		35,4 (24,4)		41,7 (32,7)		65,6 (23,0)		47,8 (15,6)	
Absence	66,6 (22,1)		60,1 (22,8)		65,9 (20,8)		65,0 (20,8)		0,7 (0,2)		41,2 (29,4)		46,0 (27,1)		60,1 (35,8)		34,2 (30,2)		53,1 (35,4)		68,7 (30,6)		51,8 (22,0)	

Tableau 3. Corrélations entre les scores des questionnaires et les facteurs étudiés (*P≤0,05, **P≤0,01, ***P≤0,001)

Annexe 2 - *Fascicule remis aux patients*

AP HM

Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

HOPITAL de la CONCEPTION

SERVICE D'ORL et de CHIRURGIE CERVICO-FACIALE
Pr. JEAN PIERRE LAVIEILLE

CONSENTEMENT A LA FIXATION, REPRODUCTION ET EXPLOITATION

DE L'IMAGE OU D'UN AUTRE ATTRIBUT DE LA PERSONNALITE

Je soussigné(e) : _____

Né(e) le : _____ , à _____

Résidant à l'adresse suivante : _____

Ayant la qualité de : représentant légal de _____, patient,

Autorise M. le Professeur _____

M. le Docteur _____

Agissant en qualité de Médecin du Service d'ORL de l'hôpital Conception, AP-HM, Service de M. le Professeur JP. LAVIEILLE

- à me photographier avant acte médical et après acte médical.

Cette autorisation est consentie pour l'utilisation strictement définie ci-après :

- En vue d'être classée dans mon dossier médical détenu par l'AP-HM
- Etre classée sur des supports numériques
- Au titre de recherche clinique sous couvert d'anonymisation du visage
- Au titre d'enseignement sous couvert d'anonymisation du visage

Pendant la durée légale de conservation de mon dossier patient.

La présente autorisation est consentie à titre gracieux.

Marseille le

Signature :

Nom et Prénom du Signataire

Etiquette du patient

IHF Indice de Handicap Facial

Veuillez répondre aux questions suivantes liées aux problèmes associés à la fonction de vos muscles faciaux, en entourant la proposition la plus appropriée et en ne considérant que le dernier mois écoulé.

Fonction physique

1. Lorsque vous mangiez, quelle difficulté aviez-vous pour garder la nourriture en bouche, déplacer la nourriture dans votre bouche ou avoir de la nourriture bloquée dans la bouche ?

   Je mangeais généralement avec :
   5 - Aucune difficulté
   4 - Peu de difficulté
   3 - Quelques difficultés
   2 - Beaucoup de difficultés

   Généralement, je ne mangeais pas pour :
   1 – raison de santé
   0 – autres raisons

2. Quelle difficulté aviez-vous pour boire dans un verre ?

   Je buvais généralement avec :
   5 - Aucune difficulté
   4 - Peu de difficulté
   3 - Quelques difficultés
   2 - Beaucoup de difficultés

   Généralement, je ne buvais pas pour :
   1 – raison de santé
   0 – autres raisons

3. Lorsque vous parliez, quelle difficulté aviez-vous pour prononcer certains sons ?

   Je parlais généralement avec :
   5 - Aucune difficulté
   4 - Peu de difficulté
   3 - Quelques difficultés
   2 - Beaucoup de difficultés, une mauvaise articulation

   Généralement, je ne parlais pas pour :
   1 – raison de santé
   0 – autres raisons

4. Quelle difficulté aviez-vous en rapport avec votre œil qui pleure excessivement ou qui devient sec ?

   Généralement :
   5 - Aucune difficulté
   4 - Peu de difficulté
   3 - Quelques difficultés
   2 - Beaucoup de difficultés

   Généralement, je ne pleurais pas pour
   1 – raison de santé
   0 – autres raisons

5. Quelle difficulté aviez-vous pour vous brosser les dents ou vous rincer la bouche ?

   Généralement :
   5 - Aucune difficulté
   4 - Peu de difficulté
   3 - Quelques difficultés
   2 - Beaucoup de difficultés

   Généralement, je ne me brossais pas les dents ou ne me rinçais pas la bouche pour :
   1 – raison de santé
   0 – autres raisons

Fonction Sociale

6. A quelle fréquence vous sentiez-vous calme et paisible ?

6 – Tout le temps	3 – Parfois
5 – Très souvent	2 – Peu souvent
4 – Souvent	1 – Jamais

7. A quelle fréquence vous êtes-vous isolé des personnes qui vous entourent ?

6 – Tout le temps	3 – Parfois
5 – Très souvent	2 – Peu souvent
4 – Souvent	1 – Jamais

8. A quelle fréquence êtes-vous devenu irritable envers votre entourage ?

6 – Tout le temps	3 – Parfois
5 – Très souvent	2 – Peu souvent
4 – Souvent	1 – Jamais

9. A quelle fréquence vous êtes-vous réveillé tôt ou plusieurs fois par nuit ?

6 – Tout le temps	3 – Parfois
5 – Très souvent	2 – Peu souvent
4 – Souvent	1 – Jamais

10. A quelle fréquence votre fonction faciale vous a-t-elle empêché de sortir pour aller manger, faire des courses ou participer à des activités familiales ou sociales ?

6 – Tout le temps	3 – Parfois
5 – Très souvent	2 – Peu souvent
4 – Souvent	1 – Jamais

Fait à Marseille le .....
Signature du Patient :

Etiquette du patient

Echelle Instrumentale d'Evaluation Clinique de la Face FaCE

Vous avez peut-être déjà répondu à certaines de ces questions ou à des questions similaires auparavant. Cependant veuillez répondre au mieux à toutes les questions. Vos réponses doivent refléter comment vous pensez que votre visage bouge.

(Entourez seulement un numéro)	D'un côté	Des deux côtés	Je n'ai pas de difficulté
Quand j'essaie de bouger mon visage, je trouve que j'ai des difficultés	1	2	0

Si vous avez des problèmes des deux côtés, répondez aux questions suivantes en vous basant sur le côté le plus atteint, ou en vous basant sur les deux côtés s'ils sont atteints de manière égale. **Au cours de la semaine passée :**

(Entourez seulement un numéro par ligne)	Pas du tout	Seulement si je me concentre	Un peu	Presque normalement	Normalement
1. Quand je souris, le côté atteint de ma bouche monte	1	2	3	4	5
2. Je peux soulever mon sourcil du côté atteint	1	2	3	4	5
3. Quand je mime un bisou, le côté atteint de ma bouche se déplace	1	2	3	4	5

Les questions suivantes concernent ce que vous avez ressenti à cause de votre visage ou de votre problème facial. Veuillez évaluer à quelle fréquence les affirmations suivantes vous ont concerné **au cours de la semaine passée**

(Entourez seulement un numéro par ligne)	Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Peu souvent	Jamais
4. Des zones de mon visage me semblent tendues, fatiguées ou inconfortables	1	2	3	4	5
5. Mon œil atteint me semble sec, irrité ou me gratte	1	2	3	4	5
6. Quand j'essaie de bouger mon visage, je ressens une tension, une douleur ou une contracture	1	2	3	4	5
7. J'utilise des gouttes oculaires ou une pommade ophtalmique dans mon œil atteint	1	2	3	4	5
8. Mon œil atteint est humide ou pleure	1	2	3	4	5
9. Je me comporte différemment avec les gens qui m'entourent à cause de mon visage ou de mon problème facial	1	2	3	4	5
10. Les gens me traitent différemment à cause de mon visage ou de mon problème facial	1	2	3	4	5
11. J'ai des difficultés pour déplacer la nourriture dans ma bouche	1	2	3	4	5
12. Je bave ou j'ai des difficultés pour garder la nourriture ou les boissons dans ma bouche qui peuvent couler sur mon menton ou mes habits	1	2	3	4	5

Les questions suivantes concernent ce que vous auriez pu ressentir ou faire la semaine dernière à cause de votre visage ou de votre problème facial. Veuillez estimer **dans quelle mesure vous êtes d'accord** avec les affirmations suivantes

(Entourez seulement un numéro par ligne)	Tout à fait d'accord	D'accord	Je ne sais pas	Pas d'accord	Vraiment pas d'accord
13. Mon visage semble fatigué, ou quand j'essaie de bouger mon visage, je ressens une tension, une douleur ou une contracture	1	2	3	4	5
14. Mon apparence a affecté ma volonté à participer à des activités sociales ou à voir ma famille ou mes amis	1	2	3	4	5
15. En raison des mes difficultés pour manger, j'ai évité des repas au restaurant ou chez des gens	1	2	3	4	5

Commentaires éventuels :

MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE PARTICIPATION

Fait à Marseille le .....

Signature du Patient :

Questionnaire SF 36

Etiquette du patient

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)
excellente : très bonne : bonne : satisfaisante : mauvaise :

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?
Bien meilleure qu'il y a un an __ Un peu meilleure qu'il y a un an __ A peu près comme il y a un an __
Un peu moins bonne qu'il y a un an __ Pire qu'il y a un an __

3.- Vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche)

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.
___↓_____↓_____↓___
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.
___↓_____↓_____↓___
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.
___↓_____↓_____↓___
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.
___↓_____↓_____↓___
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

e. Monter un seul étage.
___↓_____↓_____↓___
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.
___↓_____↓_____↓___
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.
___↓_____↓_____↓___
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres
___↓_____↓_____↓___
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.
___↓_____↓_____↓___
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.
___↓_____↓_____↓___
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (réponse : oui ou non à chaque ligne)

Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?	*oui*	*non*
Faire moins de choses que vous ne l'espériez ?	*oui*	*non*
Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?	*oui*	*non*
Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort	*oui*	*non*

5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (réponse : oui ou non à chaque ligne)

Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?	*oui*	*non*
Faire moins de choses que vous n'espériez ?	*oui*	*non*
Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?	*oui*	*non*

6.- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?
___↓_____↓_____↓_____↓___
Pas du tout très peu assez fortement énormément

7.- Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?

Pas du tout ↓ très peu ↓ assez fortement ↓ énormément

8.- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

Pas du tout ↓ un peu ↓ modérément ↓ assez fortement ↓ énormément

9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois ↓ peu souvent ↓ jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois ↓ peu souvent ↓ jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois ↓ peu souvent ↓ jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois ↓ peu souvent ↓ jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois ↓ peu souvent ↓ jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois ↓ peu souvent ↓ jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois ↓ peu souvent ↓ jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois ↓ peu souvent ↓ jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois ↓ peu souvent ↓ jamais

10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?

Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois ↓ peu souvent ↓ jamais

11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

Tout à fait vrai ↓ assez vrai ↓ ne sais pas ↓ plutôt faux ↓ faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

Tout à fait vrai ↓ assez vrai ↓ ne sais pas ↓ plutôt faux ↓ faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

Tout à fait vrai ↓ assez vrai ↓ ne sais pas ↓ plutôt faux ↓ faux

d. mon état de santé est excellent.

Tout à fait vrai ↓ assez vrai ↓ ne sais pas ↓ plutôt faux ↓ faux

Fait à Marseille le .....

Signature du Patient :

RESUME

Les conséquences d'une paralysie faciale sont à la fois fonctionnelles et psychosociales. En effet, la paralysie faciale peut entraîner, en plus des difficultés motrices, une grande détresse psychologique, un isolement social et ainsi avoir un impact dramatique sur la qualité de vie des patients. L'objectif de cette étude rétrospective et observationnelle était d'identifier des facteurs prédictifs de qualité de vie, notamment selon l'étiologie de la paralysie faciale, mais aussi selon les données épidémiologiques, les caractéristiques de la paralysie faciale et les modalités de traitement.

Basée sur les dossiers médicaux des patients et sur l'évaluation de leur fonction faciale, cette étude au sein du centre universitaire de référence de la Conception à Marseille s'est concentrée sur l'impact de la paralysie faciale sur la qualité de vie en utilisant trois questionnaires validés (FaCE, IHF, SF36). Les patients atteints de paralysie faciale périphérique ont été inclus entre février 2019 et janvier 2020.

Après traitement des données et analyses statistiques, des facteurs influençant la qualité de vie ont pu être déterminés. La sévérité de la paralysie faciale, évaluée par la classification de House-Brackmann et l'échelle de Sunnybrook, était corrélée avec le score total du questionnaire FaCE et la fonction physique du questionnaire IHF. La prise en charge orthophonique et le suivi psychologique amélioraient le score de mouvement facial FaCE. La prise d'un traitement anxiolytique et/ou antidépresseur diminuait les scores de la fonction sociale IHF et de la fonction physique SF36. La fonction physique SF36 était également diminuée lorsque le patient avait des antécédents médicaux. Enfin, des corrélations significatives entre la durée de la paralysie faciale et les sous-domaines confort facial et confort oculaire du questionnaire FaCE ont été retrouvées.

Cette étude a ainsi pu mettre en évidence des facteurs prédictifs d'une moins bonne qualité de vie comme la sévérité de la paralysie faciale, la prise d'un traitement anxiolytique et/ou antidépresseur et la présence d'antécédents médicaux. En revanche, l'étiologie de la paralysie faciale, l'âge, le sexe et l'IMC du patient n'ont pas été retrouvés comme étant prédictifs de la qualité de vie. Deux éléments, quant à eux, se sont montrés positifs pour améliorer la qualité de vie des patients : le suivi psychologique et l'intervention d'un orthophoniste. Notre étude est l'une des premières à rapporter un résultat quantitatif concernant l'orthophonie. Un tel résultat nous permet de rappeler l'expertise des orthophonistes dans le domaine de la paralysie faciale et de souligner l'importance de leur intervention dans le parcours de soin des patients paralysés faciaux.

Mots clés : Orthophonie, Paralysie Faciale Périphérique, Qualité de Vie, Echelle Instrumentale d'Evaluation Clinique de la Face (FaCE), Indice de Handicap Facial (IHF).