

Description détaillée de l'action

- Titre :

« Paralysies faciales : de l'évaluation à la réhabilitation de la face paralysée. »

- Intervenant :

Peggy Gatignol

- Résumé :

Objectifs pédagogiques :

1 - Former les orthophonistes à la prise en charge ciblée des troubles liés à la paralysie faciale.

2 – Évaluer les pratiques professionnelles mises en œuvre par l'actualisation des connaissances anatomiques et étiologiques, mise à jour des techniques de bilan rééducatif, protocole de remédiation.

Étude de cas, cotation sur photos, vidéos et si possible présence de patients

3- Mise en pratique.

Objectifs portant sur l'analyse des pratiques :

- Améliorer la prise en charge des patients porteurs de PF et diminuer de la fréquence des séquelles par une meilleure information des soignants.

- Valider un pronostic de récupération par une prise en charge ciblée afin de mieux informer le patient sur son devenir.

- Analyse réflexive des participants sur leur niveau de connaissance de cette pathologie, des techniques de bilan et de remédiation (pré et post journée 1).

- Programme :

1^{ère} journée :

9h00-9h30 : Présentation du cadre, du formateur et rappel des objectifs de la session. Synthèse et résumé des attentes des stagiaires + retour sur les questionnaire pré-formation (grilles APP).

Anatomie et physiologie du nerf facial, bilan et explorations (cliniques, électriques et radiologiques).

9h30-10h30 : Bilan clinique, électrique et radiologique d'une paralysie faciale

La prévalence de la paralysie faciale périphérique (PFP), dans sa forme idiopathique, s'élève à 20/100 000 habitants par an en France (Lamas & Tankéré, 2004). Le pronostic d'évolution dépend non seulement de sa sévérité mais également de la précocité de la prise en charge médicale et paramédicale. Après un bilan précis, une remédiation spécifique est indispensable pour améliorer les délais de récupération et limiter le risque de séquelles syncinétiques et spastiques.

10h30-10h45 : Pause

10h45-12h30 : Diagnostic d'une paralysie faciale

- Diagnostic topographique
- Diagnostic différentiel : Imagerie du nerf facial

Méthodes de réhabilitation de la motricité de la face et leurs indications : - Greffe facio-faciale

- Anastomose-hypoglossofaciale
- Myoplastie du muscle temporal
- Transfert libre de muscle Gracilis
- Toxine botulinique

12h30-14h : repas

14h00-17h30 : Bases de la rééducation d'une paralysie faciale

- La précocité de la rééducation est un facteur pronostic de récupération. Lors de cette demi-journée, les fondements de la prise en charge seront abordés. Dans un souci d'information, des schémas anatomiques, des photos et des vidéos peuvent étayer les propos. Une mise en pratique des gestes techniques par binôme, avec évaluations respectives et par les formatrices de la qualité des gestes techniques. Une mise en Veille au respect des consignes rééducatives est fondamentale. Outre l'évaluation de la réhabilitation fonctionnelle et physique de la face l'impact psychologique et social de la PF doit nécessairement être considéré. Ainsi de nombreuses évaluations subjectives seront présentées afin de juger le ressenti du patient face à son atteinte :

14h00-15h30 : Les Bilans et prise en charge rééducative des paralysies faciales périphériques

- Evaluation à partir des outils spécifiques – Cotation House Brackman- Sunny brook-
- évaluation du sourire (MEEI, Draft)

15h30-15h45 : Pause

15h45-17h30 : Mise en situation. Cotation à partir de plusieurs échelles : études de cas

2^{ème} journée :

9h00-12h30 (avec 15' de pause en milieu de matinée) : L'efficacité des réhabilitations visant la symétrie et l'expressivité faciales à travers le contrôle cortical a été démontrée (Beurskens & Heymans, 2006 ; Diels, 1997 ; Manikandan, 2007). Cependant, Sarrazin et al. (2014) objective une errance des patients dans leurs parcours de soin ainsi que la persistance de pratiques thérapeutiques délétères.

Gatignol et Lannadère (2011) précisent que l'auto-rééducation implique la motivation et la participation active du patient, qui seraient soutenues par l'utilisation d'un outil de rééducation virtuelle à distance (Picard et al., 2016).

La PFP engendre un handicap majeur : les répercussions fonctionnelles et socio-émotionnelles impactent la santé psychologique, le schéma corporel et la communication non-verbale du patient. La littérature souligne une majoration de symptômes anxieux et dépressifs chez les patients PFP au stade de séquelles (Van Swearingen et al., 1998 ; Tan et al., 2005). L'incapacité à sourire, plainte principale, serait un des facteurs essentiels de dépression. Selon l'approche des marqueurs somatiques, un défaut de rétroaction faciale expliquerait l'atténuation du ressenti émotionnel. En effet, Picard et al. (soumis) ont décrit des perturbations de la perception des émotions chez des patients présentant une PFP ancienne.

12h30–14h00 : repas

14h00-17h00 (*avec 15' de pause en milieu d'après-midi*) : CAS CLINIQUES

- Cas vidéos, observations.
 - Ateliers pratiques, modélisation gestes techniques
- Cette après-midi sera consacrée à l'étude de dossiers des participants ou de dossiers proposés par le formateur (vidéo, photo, dossiers complets.)
La présence de patients et de leur vécu pourra être proposée aux stagiaires.

Formation pratique où les participants seront simultanément en condition de thérapeute puis de patients.

17h00–17h30 : Questionnaire de satisfaction + questionnaire de validation des acquis
Correction et conclusion.

- Durée :

2 jours soit 14 heures en présentiel

- Déroulé pédagogique de l'action :

- 1°) Activité d'analyse des pratiques (APP) en non présentiel, pré-session cognitive (grille à remplir directement sur le internet de l'AEPVLC www.aepvlc.fr).
- 2°) Session cognitive présentielle.
- 3°) Activité d'EPP en non-présentiel, post-session cognitive.

- Mise en œuvre des méthodes HAS :

Approche dominante : cognitive complétée par une action d'analyses des pratiques articulée avec l'action cognitive.

- Moyen d'Encadrement :

Un représentant de l'AEPVLC, sera présent lors de cette formation, pour assurer le suivi de l'enseignement et vérifier le bon fonctionnement de la formation.

Une liste d'émargement sera signée au début de chaque demi-journée.

Le responsable des relations avec les stagiaires est joignable par téléphone au 06.95.68.56.74, par mail : aepvlc@wanadoo.fr ainsi que par courrier postal à :

AEPVLC – 11 rue du Haut Pavé – 91150 – ETAMPES.

- Méthodes pédagogiques mises en œuvre :

- support power point/pdf remis au stagiaire 10 jours avant le début du module,
- supports écrits et vidéos,
- ateliers, travaux pratiques, jeux de rôle.

- Méthodes d'évaluation de l'action proposée :

Questionnaire d'Evaluation des Pratiques Professionnels :

La grille d'EPP est une méthode d'évaluation des pratiques qui mesure les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée (recommandations de bonne pratique...) à partir de critères d'évaluation.

En fonction des résultats d'une première analyse des pratiques professionnels, les professionnels mettent en place des actions d'amélioration de la qualité des soins.

L'impact de ces actions est évalué par une nouvelle mesure des écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée selon les mêmes critères d'évaluation.

Questionnaire de satisfaction :

Un questionnaire de sortie de stage (évaluation critique de la formation par les participants) sera remis aux stagiaires à la fin de la session présentielle.

Questionnaire d'évaluation des acquis :

Analyse collective et rétrospective de cas cliniques ayant pour objectif la mise en œuvre et le suivi pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Questionnaire d'évaluation de l'amélioration des pratiques à distance :

Les questionnaires de satisfaction font l'objet d'une analyse qualitative et quantitative des résultats pour l'Association.

Les questionnaires d'évaluation des acquis sont analysés par le formateur.

L'analyse des réponses aux questionnaires met en évidence les moyens pédagogiques ayant eu le plus d'impact sur la pratique professionnelle des stagiaires, leur satisfaction et leur implication, ce qui permet au comité de pilotage de dégager des axes pertinents

d'amélioration des formations ultérieures à mettre en œuvre, en terme de contenu, d'objectifs de formation, et de moyens.

- Bibliographie :

- Argentin G., Robert M., Lannadère E., Bernat, I., Tankéré F., Lamas G., Gatignol P. (2015). Qualité de vision et confort visuel dans les paralysies faciales périphériques. *Revue Neurologique*, Tome 171 S, A221
- Bernat I, Sain-Oulhen C., Gatignol P., Lamas G., Tankéré F. (2011) Traitement des séquelles des paralysies faciales par la toxine. Chapitre 31 p 363-370 In JP. Bessede *Chirurgie plastique et esthétique de la face et du cou*. Volume 1- Paris. Elsevier.
- Beurskens C.H., Heymans P.G. (2006) Mime therapy improves facial symmetry in people with long-term facial nerve paresis: a randomised controlled trial, *Australian Journal of Physiotherapy*, 52, 177-183
- Boisseranc S., Giuseppi P. (2016) Efficacité de la prise en charge après myoplastie d'allongement du Temporal. Certificat de Capacité d'Orthophoniste Paris VI. Université Pierre et Marie Curie.
- Brach J.S., VanSwearingen J.M. (1999) Physical therapy for facial paralysis: a tailored treatment approach, *Physical Therapy*, 79(4), 397-404
- Bray D., Henstrom D., Cheney M., Hadlock T. (2010). Assessing Outcomes in Facial Reanimation: Evaluation and Validation of the SMILE System for Measuring Lip Excursion During Smiling. *Archives of Facial Plastic Surgery*, 12 (5), 352-354.
- Choiseau C., Leroux, A. (2012). *Lien entre paralysie faciale périphérique idiopathique et grossesse*. Certificat de Capacité d'Orthophoniste Paris VI. Université Pierre et Marie Curie.
- Clouteau F. (2002). V3M - Un outil de transmission didactique au service de la rééducation oro-faciale . *rééducation orthophonique* , Juin 2002, n° 210, 49-56.
- Diels H.J. (2000) Facial paralysis: is there a role for a therapist ? *Facial Plastic Surgery*, 16(4), 361-364
- Diels H.J., Combs D. (1997) Neuromuscular retraining for facial paralysis, *Otolaryngologic Clinics of North America*, 30(5), 727-740.
- Drevon V. (2014). *Paralysie faciale périphérique : état des lieux des prises en charge kinésithérapeutiques et orthophoniques*. Université de Besançon, 2014
- Elsom J.C. (1927) The treatment of nerve palsies, *Archives of physical therapy, X-Ray, Radium*, 8(6), 293-295]
- Ferreira M, Marques EE, Duarte JA, Santos PC. Physical therapy with drug treatment in Bell palsy: a focused review. *Am J Phys Med Rehabil*. 2015;94(4):331-40.
- Foirest C., Gatignol P., Bernat I., Lamas G., Tankéré F. (2013). Lengthening temporalis myoplasty for facial palsy reanimation after parotid surgery. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 134(4-5):259-65. French.
- Fujiwara K, Furuta Y, Nakamaru Y, Fukuda S. Comparison of facial synkinesis at 6 and 12 months after the onset of peripheral facial nerve palsy. (2015); *Auris Nasus Larynx*. 42(4):271-4.
- Gatignol P., Tankere F., Bernat I., Martin F., Soudant J., Lamas G. (2002) Evaluation de l'articulation et de la déglutition après anastomose hypoglosso-faciale. *Rééducation orthophonique*, 210 : 64-76.
- Gatignol P, Tankere F, Clero D, Lobryau C, Soudant J, Lamas G. (2003) Comparative evaluation of speech disorders and verbal and nonverbal communication within twogroups of patients: Patients with

- facial paralysis (FP) and those who had undergone hypoglossal-facial anastomosis (HFA). *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 124(5):291-297
- Gatignol P. (2004) L'articulation dans les paralysies faciales et les anastomoses hypoglosso-faciales. (2004), In Gatignol P, Lamas G (eds). *Paralysies faciales*. Solal. Marseille. pp 99-120
 - Gatignol P, Cortadellas Al, Grandi S, Tankere F, Lobryeau C, Wilier Jc, Lamas G. (2006) The rehabilitation of the tongue in hypoglossal-facial anastomosis. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 127(5):327-33,
 - 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*, Solal, Marseille, 718-723
 - Gatignol, P, Lannadère, E. (2010) « MBLF : Bilan informatisé de la Motricité Bucco-linguo-Faciale (version adulte) ». Edition ADEPRIO –Châteauroux
 - Gatignol P., Lannadère E., Bernat I., Tankéré F, Lamas G. (2011) Bénéfices de la rééducation d'une paralysie faciale périphérique. *Revue Médicale Suisse*, 7 1908-1913.
 - Gatignol P, Allano M., Robert M., Lannadère E., Tankéré F., Lamas G. (2014). Paralysie faciale périphérique chez l'enfant ou adolescents. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*. Volume 131, Issue 4, Supplément, October, P. A83-A84
 - Guenzati, M, Pichon, L. (2015) *Normalisation d'une Echelle du Sourire chez 120 sujets sains pour l'évaluation des paralysies faciales*. Paris : Université Pierre et Marie Curie.
 - Guerreschi P., Labbe D. (2015). La myoplastie d'allongement du muscle temporal : raffinements techniques. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 60(5), 393–402.
 - Lamas G., Lannadère E., Tankéré F., Truong Tan T., Bernat I., Gatignol P. (2010). Termino-terminal hypoglossofacial anastomosis, indications, results. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*.131(2):97-102.
 - Lheureux-Portmann A., Lapalus-Curtoud Q., Robert M., Tankéré F., Disant F., Pasche P.,
 - Lamas G., Gatignol P. (2013) Smile "forced" smile versus "spontaneous": comparison of 3 techniques of reconstructive surgery of the face. Myoplasty temporal muscle, hypoglossal facial anastomosis and gracilis muscle free flap. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*.134(4-5):267-76.
 - 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).
 - Manikandan N. (2007) Effect of facial neuromuscular re-education on facial symmetry in patients with Bell's palsy : a randomized controlled trial, *Clin. Rehabil.*, 21(4), 338-343
 - Lazarini P., Mitre E., Takatu E., Tide R. (2006). Graphic-visual adaptation of House Brackmann facial nerve grading for peripheral facial palsy. *Clinical Otolaryngology*, 31 (3), 192–197.
 - Nduka C., Hallam M.J. (2012). Refinements in smile reanimation: 10-Year experience with the lengthening Temporalis Myoplasty. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery : JPRAS*, 65(7), 851–6.
 - O'Reilly B.F., Soraghan J.J., MC Grenary S., He S. (2010). Objective method of assessing and presenting the House-Brackmann and regional grades of facial palsy by production of a facogram. *Otology and Neurotology*, 31 (3), 486-491.
 - Picard D., Ambert-Dahan E., Gatignol P. (2016) Production et perception des expressions faciales émotionnelles chez les patients présentant une paralysie faciale périphérique. (soumis)
 - Point L., Quero M. (2014) *Paralysie faciale et qualité de vie*. Université Pierre et Marie Curie. UFR de médecine Pierre et Marie Curie. Paris VI.

- Robert M., Mauclair J., Lannadere E., Tankéré F., Lamas G., Gatignol P. (2013) Acoustic analysis of the articulatory disorders of patients affected by peripheral facial paralysis]. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 134(1):3-11. French.
- Ross BG, Fradet G, Nedzelski JM. (1996). Development of a sensitive clinical facial grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1996 Mar;114(3):380-6.
- Sarrazin F., Lafoucrière A., Robert M., Lannadere E., Gatignol P. (2014) Evaluation des pratiques professionnelles : le cas des paralysies faciales périphériques -Formation des étudiants et professionnels orthophonistes et kinésithérapeutes, *Glossa*, n° 115(59-80)
- Teixeira LJ, Valbuza JS, Prado GF. Physical therapy for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Rev*. 2011.
- Truffert, E. (2015) : *Paralysie faciale périphérique idiopathique pendant la grossesse : facteur de risque de mauvaise récupération à 1 an ?*. Mémoire de Diplôme d'études Spécialisées -Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-faciale. UFR de Médecine – Université Paris Ile de France Ouest.
- Tuncay F, Borman P, Taşer B, Ünlü İ, Samim E. (2015). Role of electrical stimulation added to conventional therapy in patients with idiopathic facial (Bell) palsy. *Am J Phys Med Rehabil.* ; 94(3):222-8.
- Vanswearingen J.M., Cohn J.F., Bajaj-Luthra A. (1999) Specific impairment of smiling increases the severity of depressive symptoms in patients with facial neuromuscular disorders. *Aesthetic Plastic Surgery*, 23, 416–423.
- Waxman B. (1984) Electrotherapy for treatment of facial nerve paralysis, Bell's palsy, Health Technology Assessment reports, *National Center for Health Services Research*, 3, 27.