

Evaluation des pratiques professionnelles : le cas des prises en charge de paralysies faciales périphériques

Fanny Sarrazin*, Anouchka Lafoucrière*, Elodie Lannadère*, Marina Robert*, Frédéric Tankéré**, Georges Lamas**, Peggy Gatignol*

* orthophonistes

** ORL

Service ORL et otoneurochirurgie, Pr Lamas, hôpital Pitié-Salpêtrière, 75013, Paris

Auteur correspondant : peggy.gatignol@psl.aphp.fr

Résumé :

La paralysie faciale périphérique (PFP) nécessite une prise en charge précoce et correcte dont trop de patients sont privés actuellement.

Nous avons interrogé les orthophonistes et kinésithérapeutes sur leur formation et leurs pratiques concernant les PFP. On constate que les orthophonistes demeurent mal formés à la rééducation des PFP bien qu'ils soient aujourd'hui régulièrement confrontés à cette pathologie au même titre que les kinésithérapeutes.

Mots clés : prévention, évaluation pratique professionnelle, rééducation, paralysie faciale périphérique.

Professional practices: the case of facial palsy

Summary:

Facial palsy (FP) requires an early and correct care but too many patients are actually deprived of this care.

We questioned speech therapists and physiotherapists about their formation and their practices concerning the FP. We notice that speech therapists remain poorly trained in the reeducation of the FP although they are confronted today regularly with this pathology in the same way as physiotherapists.

Key words: prevention, professional practices, reeducation, facial palsy.

----- INTRODUCTION -----

La paralysie faciale périphérique (PFP) est une pathologie fréquente, touchant 20/100000 habitants en France par an. Trop peu explorée aujourd'hui, elle peut avoir de lourdes répercussions aux niveaux fonctionnel, esthétique, socio-professionnel et psychologique. Le pronostic d'évolution dépend non seulement de son étiologie et de sa gravité, mais aussi de la précocité et de la qualité de la prise en charge médicale et paramédicale. Sa prise en charge débute par un bilan médical complet, comprenant des examens cliniques et complémentaires visant à offrir au patient des soins médicaux adaptés et à l'orienter vers une rééducation (principalement orthophonie et kinésithérapie). La rééducation nécessite au préalable un bilan normé, en vue de déterminer les axes principaux de la thérapie, en accord avec les données médicales recueillies auparavant.

Après plusieurs phases d'expérimentation menées depuis 2003 (*Article L6321-1 du code de la santé publique : Les réseaux de santé*), l'article 14 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et l'article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, ont donné une base légale à la mise en œuvre d'expérimentations de coopérations entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de compétences entre les professions médicales et les autres professions de santé « Décret n°2009-1763 ».

Plusieurs constats mettent en lumière la nécessité de développer les coopérations entre les professionnels de santé pour mieux faire face aux défis que doit relever la politique de santé :

- les progrès technologiques médicaux qui facilitent l'émergence de nouveaux partages de compétence entre professionnels de santé ;
- la nécessité d'assurer l'efficacité des prises en charge au regard des difficultés croissantes de financement des dépenses de santé ;
- l'aspiration des professionnels à faire évoluer leurs activités et leurs compétences tout au long de leur vie.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) vise l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge et des soins dispensés au patient. Les termes de son décret d'application du 14 avril 2005 (décret n°2005-346) la définissent comme « *l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et [qui] inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la pratique* » (article D4133-0-1).

L'article 51 de la loi du 21 juillet 2009 vise à étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé en le sortant du cadre expérimental, et l'arrêté du 31 décembre 2009 précise les pièces nécessaires à l'examen des demandes (demande d'autorisation d'un protocole et demande d'adhésion à un protocole autorisé), les délais d'instruction, les consultations possibles, les retours d'information vers les organisations professionnelles.

L'évaluation de la pratique d'un professionnel de santé consiste à analyser son activité clinique **en fonction des recommandations professionnelles disponibles actualisées**. Une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients doit en résulter. Cette évaluation s'inscrit dans une dynamique d'amélioration de la qualité des soins conduite à différents niveaux : le système de santé publique, l'organisation des soins en réseau entre différents professionnels et la pratique clinique.

Les bonnes pratiques cliniques désignent un ensemble d'exigences de qualité dans les domaines éthiques et scientifiques, reconnues au plan international, et devant être respectées lors de la conception, la mise en place, le recueil de données et l'expression de leurs résultats, afin de garantir que le droit et la sécurité des personnes se prêtant à l'essai et la confidentialité des informations les concernant sont protégés et que les données sont intègres, authentiques et vérifiables. Les recommandations de bonne pratique sont définies comme des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le patient et le praticien à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données (HAS, Elaboration de recommandations de bonne pratique, page 4).

Il existe peu de recommandations de la HAS concernant les paralysies faciales périphériques. Cependant, des recommandations ont été émises en avril et octobre 2006, concernant l'utilisation de l'injection de toxine botulique au niveau de la face et des paupières (HAS, Recommandations professionnelles c 5232, c 5233, HAS- Toxine botulique).

Par ailleurs, les recommandations médicales des objectifs nationaux du bulletin officiel concernant les pratiques professionnelles dans cette prise en charge sont les suivantes : « Devant une paralysie faciale, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents. » (HAS, Recommandations professionnelles c- 5233).

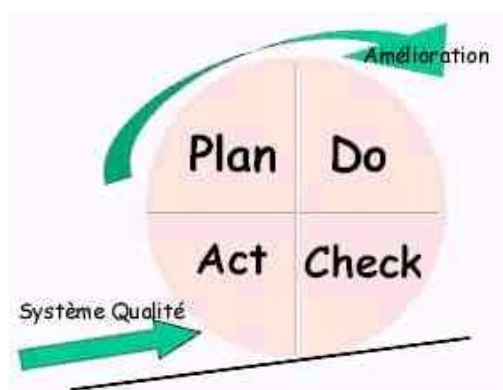
Les objectifs du Collège Français des Enseignants ORL dans l'orientation diagnostique et la prise en charge des PFP sont plus précis. Ils donnent pour recommandation de connaître le principe des examens paracliniques et l'intérêt de l'imagerie en matière de paralysie faciale, de reconnaître les caractéristiques cliniques d'une PFP, de savoir en rechercher la cause et le niveau d'atteinte du VII (nerf facial), de savoir qu'une PFP, même isolée, peut être liée à une pathologie sous-jacente de l'oreille, du rocher ou de la parotide et impose une recherche précise, systématique et éventuellement un traitement spécifique. (Collège français d'ORL, item 326).

En conclusion, l'évaluation des pratiques professionnelles peut ainsi se définir comme l'analyse de la pratique professionnelle compte tenu des recommandations selon une méthode élaborée ou validée par la HAS. On y inclut également la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la pratique.

On peut ainsi résumer l'EPP en 4 étapes :

- préparer un référentiel
- mettre en œuvre
- vérifier sa pratique
- ajuster sa pratique.

La « roue de Deming » illustre l'enchaînement de ces quatre étapes (Deming, 2002).



Nous avons choisi d'analyser l'enseignement et les pratiques concernant les PFP chez les professions paramédicales le plus souvent concernées par la rééducation de cette pathologie, à savoir orthophonistes et kinésithérapeutes. Au travers de questionnaires, nous analyserons la richesse et la qualité de la formation dispensée aux étudiants et professionnels orthophonistes et kinésithérapeutes.

----- MATERIEL ET METHODES -----

Grâce à cette étude rétrospective réalisée sur une année, nous avons :

- a) retracé le parcours médical et paramédical de 135 patients (Lafoucrière et al., soumis),
- b) étudié les comportements thérapeutiques des rééducateurs de cette pathologie que nous vous proposons au sein de cet article.

Nous avons élaboré 4 questionnaires destinés aux étudiants et professionnels orthophonistes et kinésithérapeutes. La plupart des questions se recoupaient, mais certaines étaient spécifiques à la discipline et au statut (professionnel ou étudiant) des personnes interrogées. Les points principalement abordés concernaient la formation initiale, les formations complémentaires et l'exercice de la profession, dans le cadre des paralysies faciales périphériques.

Pour les étudiants, nous avons recensé toutes les écoles d'orthophonie et de kinésithérapie existant en France métropolitaine et dans les DOM-TOM. Nous avons ensuite contacté les associations étudiantes par mail et via Facebook pour leur transmettre un questionnaire relatif au contenu de leur formation initiale (cours et stages) sur les PFP. Sur 16 écoles d'orthophonie, nous avons obtenu 65 réponses de 10 écoles différentes. Sur 40 écoles de kinésithérapie, nous avons obtenu 14 réponses.

Pour les professionnels, nous avons diffusé nos questionnaires via nos anciens maîtres de stage, le groupe Yahoo de notre promotion, le site du syndicat régional, la newsletter de notre centre de formation et directement sur nos lieux de stage. Nous avons obtenu 30 réponses des orthophonistes et 13 réponses des kinésithérapeutes.

1. Outils statistiques

Les analyses statistiques ont été effectuées à partir des logiciels SAS V9.2 ou Microsoft Excel.

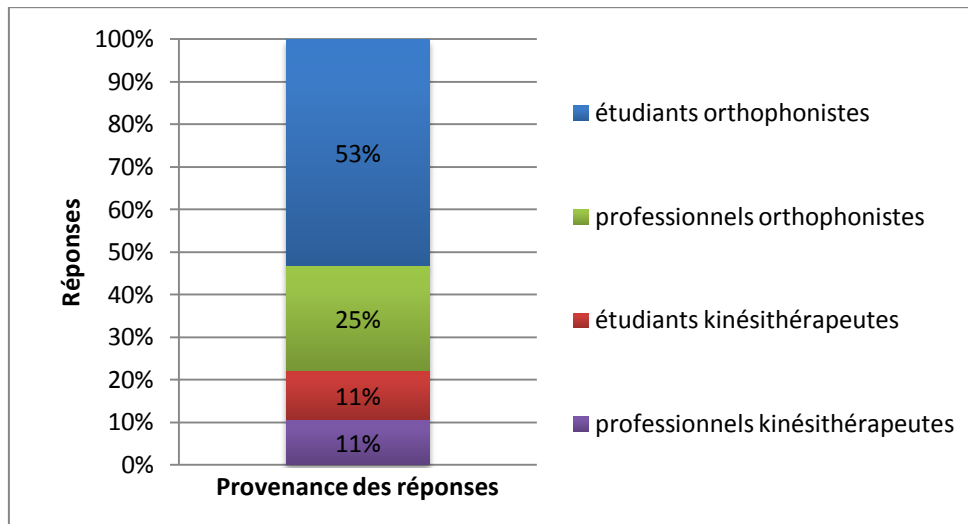
Etape descriptive : les variables quantitatives sont décrites par les effectifs, ainsi que les paramètres de position (moyenne, médiane) et de dispersion (minimum, maximum, écart-type et intervalle interquartile). Les variables qualitatives sont décrites soit sous forme de tableau (les effectifs et les fréquences relatives), soit sous forme de diagrammes en bâtons, qui présentent les distributions par modalité (fréquences relatives).

Etape analytique : la relation linéaire entre deux variables quantitatives est mesurée à partir du test de nullité du coefficient de corrélation de Bravais-Pearson. Ce coefficient varie entre -1 et 1, la valeur de 0 indiquant une absence de relation linéaire et les valeurs extrêmes (-1 et 1) attestant d'une relation dite parfaite.

Nous avons exploré la relation entre une variable quantitative et une variable qualitative à plus de deux classes (nominales) en réalisant une analyse de variance à un facteur, complétée pour les relations statistiquement significatives par une étude de contraste.

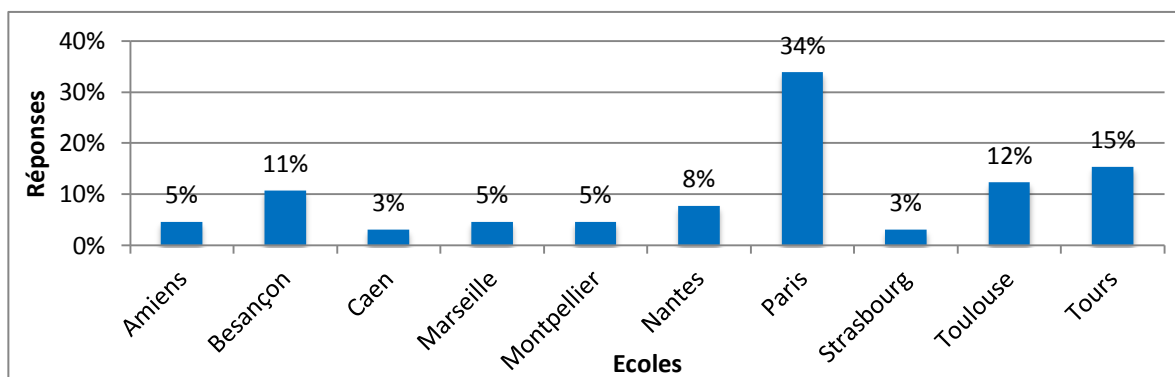
Pour examiner la relation entre une variable binaire et une variable quantitative, nous avons effectué un test t de Student ; entre une variable binaire et une variable qualitative, un test du Chi2. Quand les conditions d'application des tests n'étaient pas remplies (non normalité des distributions, effectifs insuffisants, etc.), des tests non paramétriques ont été effectués. Le seuil de la signification statistique des tests est ici de 5%, ce qui est conventionnellement pratiqué. Ainsi si la « p-value » est $\leq 0,05$, l'hypothèse nulle testée est rejetée et la différence observée est dite « statistiquement significative ».

2. Analyse de la population



Graphique 1. Répartition des étudiants et professionnels orthophonistes et kinésithérapeutes ayant répondu (N=122).

On observe que notre échantillon de répondants est très hétérogène. Les orthophonistes constituent près de 80% de notre population de répondants. Parmi ceux-ci, on observe une majorité d'étudiants (65 sur 122, soit 53% de notre cohorte) par rapport aux professionnels (30 sur 122, soit 25%). Les étudiants (14 sur 122, soit 11%) et professionnels (13 sur 122, soit 11%) kinésithérapeutes ont répondu de manière équivalente.



Graphique 2. Répartition des étudiants orthophonistes par centre de formation (N=65).

Sur les 16 centres de formation d'orthophonie existantes, nous avons reçu 65 réponses de 10 centres de formation dont une majorité de réponses proviennent du centre parisien (34%).

Les étudiants de 4^{ème} année nous ont majoritairement répondu (52%). L'ensemble de nos étudiants (1^{ère} à 4^{ème} année) représenteront notre population d'analyse pour l'hypothèse suivante : « Proportion d'étudiants orthophonistes et kinésithérapeutes ayant été confrontés aux PFP lors des stages en formation initiale ». Nous avons voulu voir s'ils rencontraient des PFP en stage : en effet, la diversité des stages (organisation variable selon les centres de formation) rend possible l'approche de la PFP à tout moment du cursus. Pour les autres hypothèses nous conserverons uniquement les étudiants de 4^{ème} année : en effet, ces étudiants sont dans leur dernière année d'études (cursus jusqu'en 2013, puis études en 5 ans) et ils ont donc davantage de chances d'avoir reçu les cours sur les PFP. Cette population est constituée de 34 étudiants orthophonistes de 4^{ème} année des centres de Besançon, Caen, Marseille, Montpellier, Nantes, Paris, Strasbourg, Toulouse, Tours.

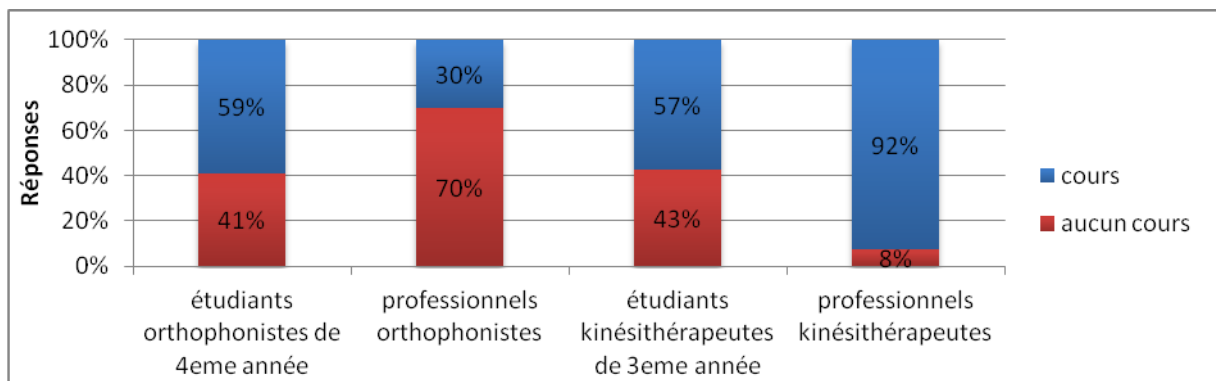
Sur les 40 écoles de kinésithérapie existantes, nous avons reçu essentiellement des réponses de la ville de Bordeaux (50 %).

La moitié des réponses obtenues proviennent d'étudiants de 3^{ème} année. Nous avons conservé les réponses des étudiants de 1^{ère} et 2^{ème} année uniquement pour l'hypothèse concernant les stages pour les mêmes raisons que dans le cas des étudiants orthophonistes.

Pour le reste des hypothèses nous n'avons conservé que les étudiants de 3^{ème} année pour garder ceux ayant suivi le maximum de leur formation initiale. En effet, ces étudiants sont dans leur dernière année d'études et ils ont donc davantage de chances d'avoir reçu les cours sur les PFP.

3. Analyse des données

a. Formation universitaire, stages et formations complémentaires



Graphique 3. Proportion d'étudiants et de professionnels orthophonistes et kinésithérapeutes ayant reçu ou non une formation universitaire sur les PFP (N=84).

2/5 des étudiants orthophonistes de 4^{ème} année n'ont reçu aucun cours sur les PFP (41%). Cependant, ils semblent être davantage formés que les professionnels orthophonistes, dont 70% (21 sur 30) n'avaient reçu aucune formation sur les PFP. Cette différence est significative ($p < 0,05$).

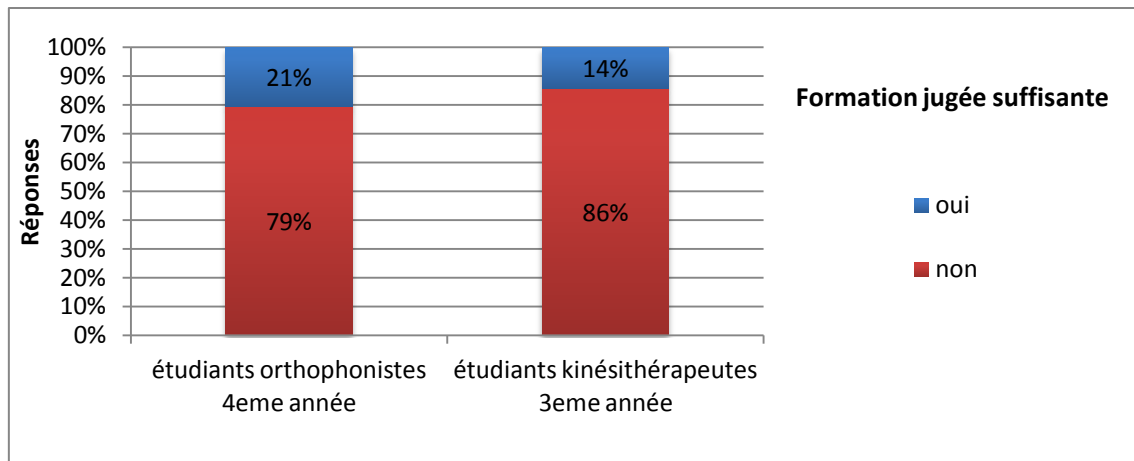
Plus de 2/5 des étudiants kinésithérapeutes de 3^{ème} année n'ont reçu aucun cours sur les PFP (43%), cependant, nos faibles effectifs ne permettent pas d'établir une conclusion.

	Etudiants orthophonistes 4^{ème} année	Professionnels orthophonistes	Etudiants kinésithérapeutes 3^{ème} année	Professionnels kinésithérapeutes
<i>N = effectif</i>	34	30	7	13
<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	3.79 ± 4.22	1.43 ± 3.14	1.71 ± 2.21	3.77 ± 2.98
<i>Médiane</i>	4	0	1	2
<i>Min-Max</i>	0 ; 15	0 ; 15	0 ; 6	0 ; 10
<i>Quartile 1 – Quartile 3</i>	0 ; 6	0 ; 2	0 ; 3	2 ; 6

Tableau 1. Nombre moyen et répartition des heures de cours reçues par les étudiants orthophonistes de 4^{ème} année, les étudiants kinésithérapeutes de 3^{ème} année et les professionnels orthophonistes et kinésithérapeutes (N=84).

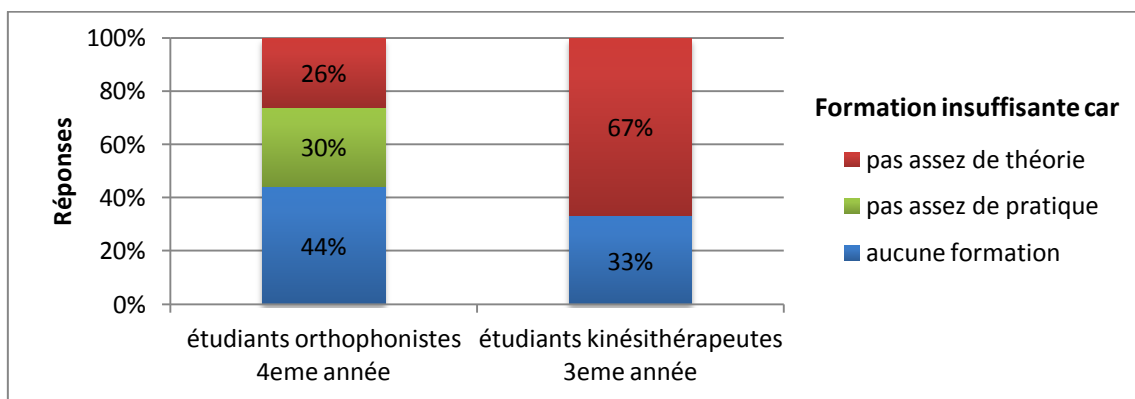
On observe une grande dispersion des résultats chez les étudiants de 4^{ème} année et les professionnels orthophonistes (de 0 à 15). Les étudiants orthophonistes de 4^{ème} année ont la moyenne la plus élevée (3,79h) mais également l'écart-type le plus important (4,22) : cela s'explique en grande partie par la prédominance du centre parisien dans les réponses. Au moins 25% d'entre eux n'ont, pourtant, reçu aucune heure de cours. Les professionnels orthophonistes ont la plus faible moyenne d'heures (1,43h) et le deuxième écart-type le plus important (3,14). Leur médiane se situe à 0 : au moins la moitié d'entre eux n'ont reçu aucune heure de cours. Les étudiants orthophonistes actuels semblent donc bénéficier de plus d'heures de cours que les professionnels orthophonistes. Cependant, la différence entre ces deux catégories n'est pas significative ($p=0,32$).

Concernant les kinésithérapeutes, les étudiants de 3^{ème} année ont en moyenne un nombre d'heures de cours bien plus faible que les professionnels (1,71h) et au moins 1/4 d'entre eux n'ont reçu aucune heure de cours. Cependant, la dispersion de leurs heures est la moins importante des quatre cohortes (de 0 à 6, ET=2,21). Les professionnels ont la moyenne la plus élevée, après celle des étudiants orthophonistes (3,77h) et un écart-type important (2,98). 75% d'entre eux ont reçu au moins 2h de cours. La différence du nombre d'heures entre les étudiants orthophonistes et kinésithérapeutes n'est pas significative ($p=0,07$).



Graphique 4. Proportion d'étudiants orthophonistes de 4^{ème} année et kinésithérapeutes de 3^{ème} année jugeant leur formation universitaire insuffisante (N=41).

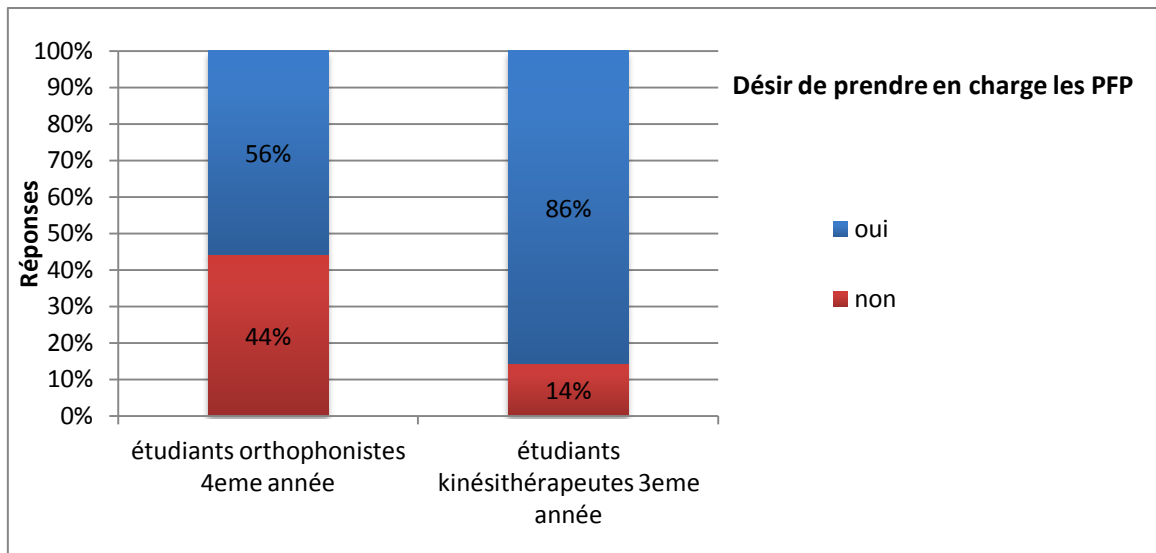
La grande majorité des étudiants orthophonistes de 4^{ème} année (79%) et des étudiants kinésithérapeutes de 3^{ème} année (86%) jugent leur formation initiale insuffisante. La différence entre ces deux catégories n'est pas significative ($p=1$).



Graphique 5. Raisons pour lesquelles les étudiants orthophonistes de 4^{ème} année et kinésithérapeutes de 3^{ème} année jugent leur formation initiale insuffisante (N=33).

Pour ce graphique, nous avons gardé uniquement les étudiants orthophonistes de 4^{ème} année et les étudiants kinésithérapeutes de 3^{ème} année ayant considéré que leur formation était insuffisante.

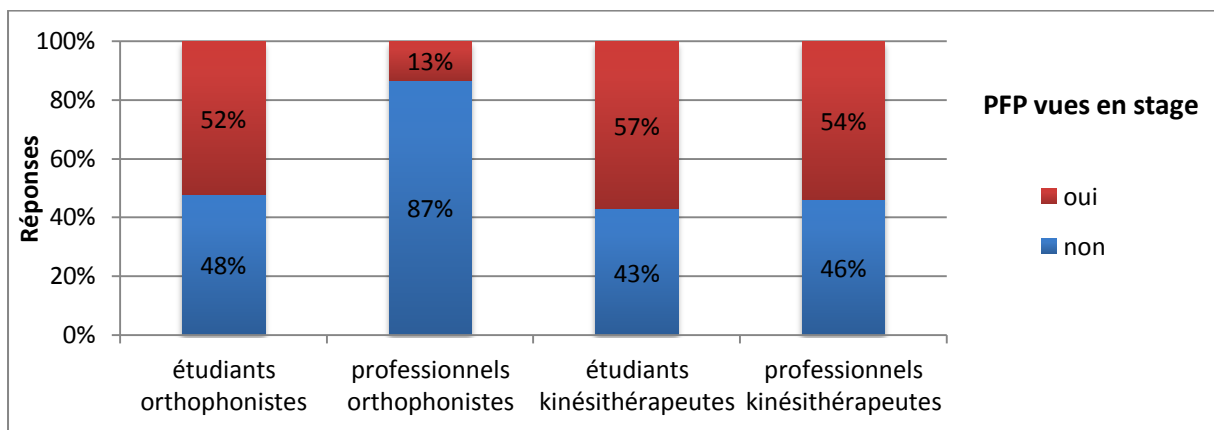
Parmi les étudiants orthophonistes de 4^{ème} année ayant jugé leur formation insuffisante, 44% affirment n'avoir aucune formation. Pour l'autre moitié, la pauvreté de la théorie et de la pratique est jugée problématique de manière égale (soit 56%). Parmi les étudiants kinésithérapeutes de 3^{ème} année ayant jugé leur formation insuffisante, la majorité (71%) souligne le manque de données théoriques de leur formation.



Graphique 6. Proportion d'étudiants orthophonistes de 4^{ème} année et kinésithérapeutes de 3^{ème} année désirant prendre en charge les PFP (n =41).

Chez les étudiants kinésithérapeutes de 3^{ème} année, la quasi-totalité (86%) envisage de prendre en charge les PFP. Les étudiants orthophonistes de 4^{ème} année sont plus partagés sur la question : la moitié seulement envisage de rééduquer cette pathologie (56%). A noter que près de la moitié des étudiants orthophonistes ayant répondu « non », ont précisé qu'ils n'envisageaient pas de s'occuper des PFP **en raison de leur formation insuffisante voire inexistante**. La différence entre les étudiants orthophonistes de 4^{ème} année et kinésithérapeutes de 3^{ème} année n'est pas significative ($p=0,21$).

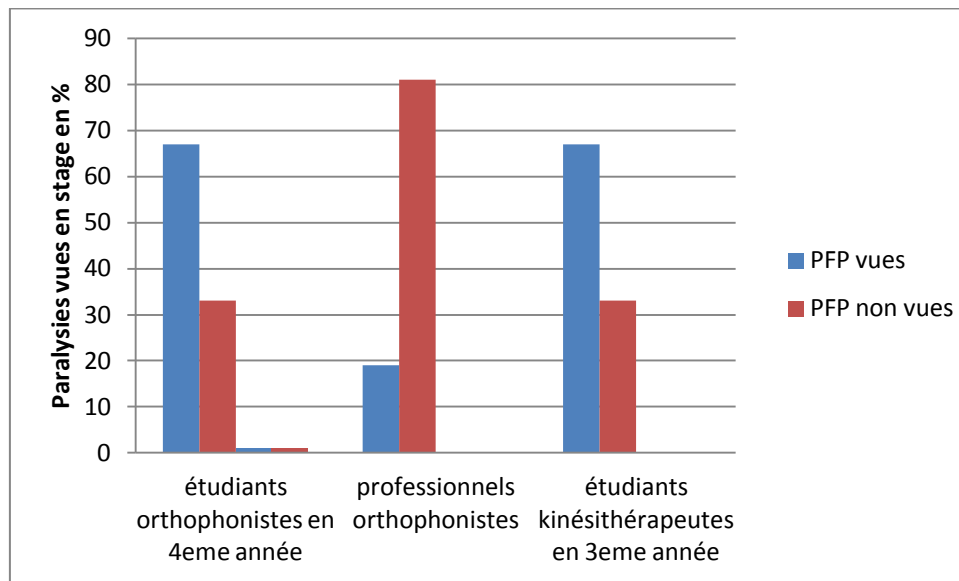
Par ailleurs, il n'y a pas de relation entre la dispense ou non d'une formation initiale et le désir de prendre en charge les PFP ($p=0,81$).



Graphique 7. Proportion d'étudiants et professionnels orthophonistes et kinésithérapeutes ayant été confrontés aux PFP lors des stages en formation initiale (N=122).

Une minorité de professionnels orthophonistes a été confrontée à des PFP lors de ses stages universitaires (13%). Les étudiants orthophonistes actuels rencontrent davantage les PFP pendant leurs stages (52%). Cette différence entre les étudiants et les professionnels orthophonistes est significative ($p<0,05$). Ainsi, les orthophonistes sont de plus en plus susceptibles d'être confrontés à cette pathologie au même titre que les étudiants (57%) et les

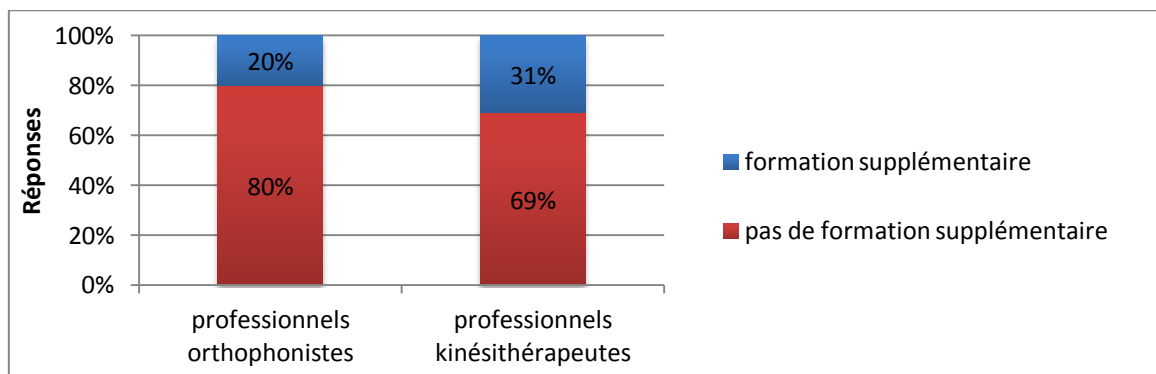
professionnels kinésithérapeutes (54%). En effet, la différence entre les étudiants en orthophonie et l'ensemble des kinésithérapeutes n'est pas significative ($p=0,77$).



Graphique 8. Proportion d'étudiants et de professionnels orthophonistes et kinésithérapeutes ayant été confrontés aux PFP lors de leurs stages de formation initiale, sans avoir reçu de formation initiale (N=39).

Pour ce graphique, nous avons gardé uniquement les étudiants orthophonistes de 4^{ème} année, les étudiants kinésithérapeutes de 3^{ème} année et les professionnels orthophonistes n'ayant pas reçu de cours sur les PFP.

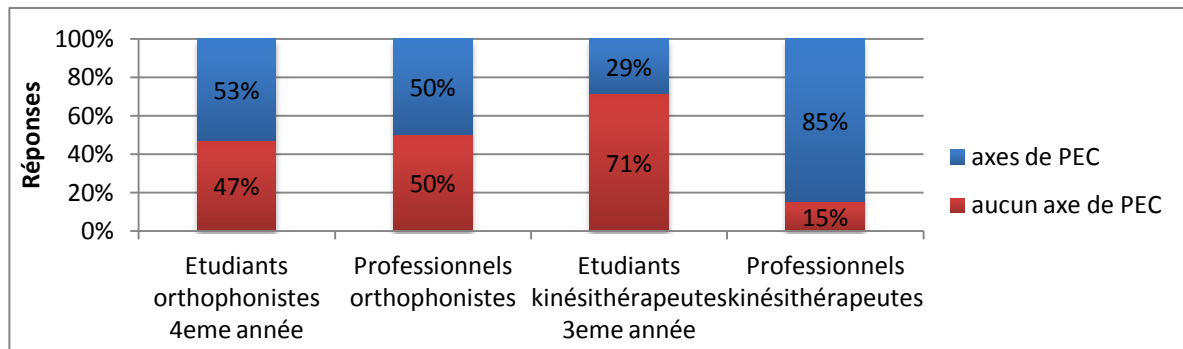
On constate que les étudiants orthophonistes actuels de 4^{ème} année sont fréquemment confrontés aux PFP pendant leurs stages sans avoir reçu de formation (67%), bien plus que les professionnels orthophonistes ne l'ont été (19%). On observe que la différence entre ces deux populations est significative ($p<0,05$). Beaucoup disent s'être **alors sentis démunis face à cette pathologie. Les étudiants kinésithérapeutes de 3^{ème} année n'ayant pas reçu de formation sont également beaucoup plus confrontés aux PFP (67%). Leur différence avec les étudiants orthophonistes de 4^{ème} année n'est pas significative ($p=1$). **Le besoin de formation est donc très important.****



Graphique 9. Proportion de professionnels orthophonistes et kinésithérapeutes ayant effectué une formation supplémentaire post-universitaire (N=43).

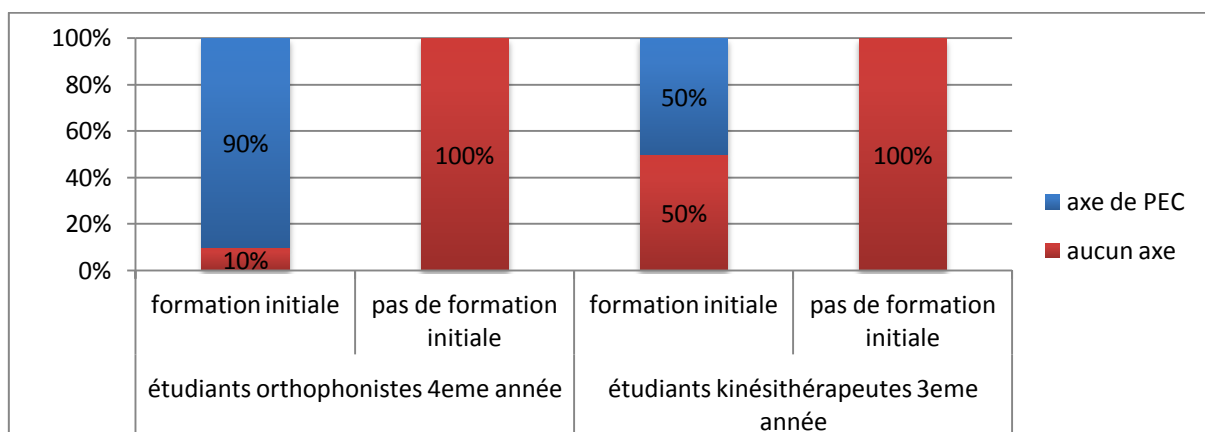
Peu de professionnels ont effectué une formation complémentaire. Concernant les orthophonistes, ceci pourrait pourtant combler les lacunes de leur formation initiale. Ainsi, seuls 20% des orthophonistes et 31% des kinésithérapeutes ont effectué une formation complémentaire.

b. Axes de prise en charge enseignés et pratiqués



Graphique 10. Proportion d'étudiants orthophonistes de 4^{ème} année et kinésithérapeutes de 3^{ème} année et de professionnels orthophonistes et kinésithérapeutes n'ayant connaissance d'aucun axe de prise en charge (N=84).

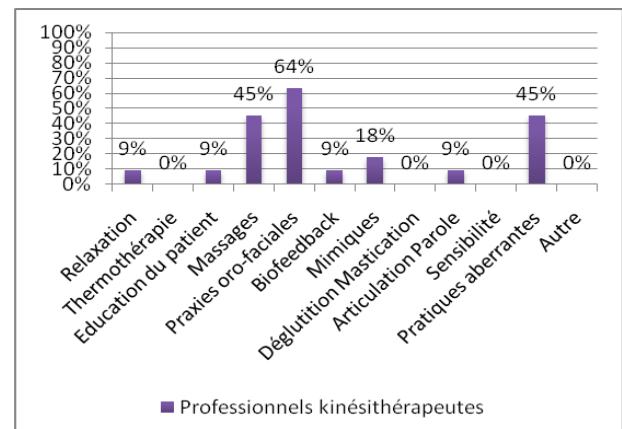
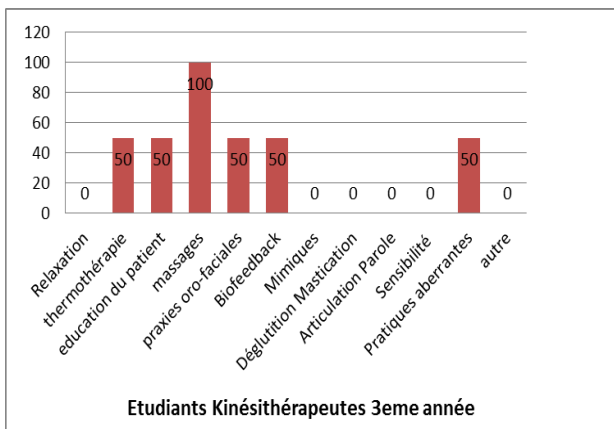
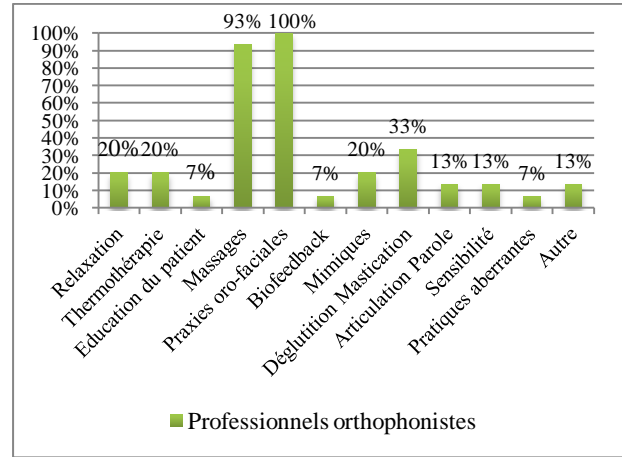
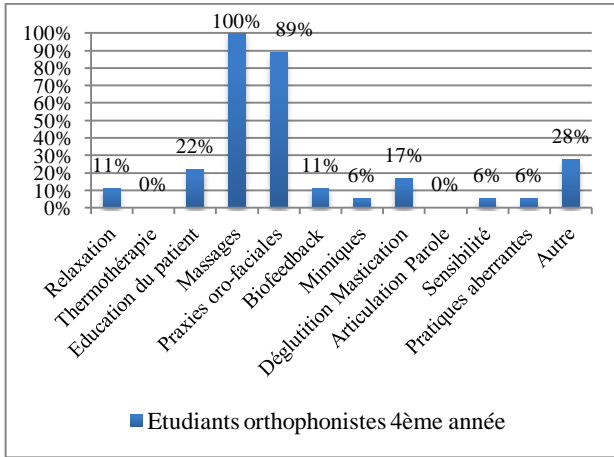
Les étudiants de 4^{ème} année et professionnels orthophonistes sont capables de donner des axes de manière équivalente (respectivement 53% et 50%), mais dans de faibles proportions. En revanche, la quasi-totalité (85%) des professionnels kinésithérapeutes ont pu donner des axes contrairement aux étudiants kinésithérapeutes de 3^{ème} année qui sont les moins nombreux à donner des axes de prise en charge (29%). La différence entre ces deux catégories est significative ($p < 0,05$). On observe également une différence significative entre les professionnels orthophonistes et kinésithérapeutes ($p < 0,05$).



Graphique 11. Relation entre la formation initiale et la capacité à donner des axes de prise en charge pour les étudiants orthophonistes de 4^{ème} année et kinésithérapeutes de 3^{ème} année (N=41).

Nous avons supposé l'existence d'un lien entre l'enseignement dispensé pendant la formation initiale et la capacité des étudiants orthophonistes de 4^{ème} année et kinésithérapeutes de 3^{ème} année

année à donner des axes de prise en charge. On observe qu'aucun des étudiants sans enseignement lors de la formation initiale n'a pu donner d'axe de rééducation. Il existe bien une relation entre le fait de ne pas avoir reçu de formation et le fait de ne pas pouvoir donner d'axe de prise en charge ($p < 0,0001$).



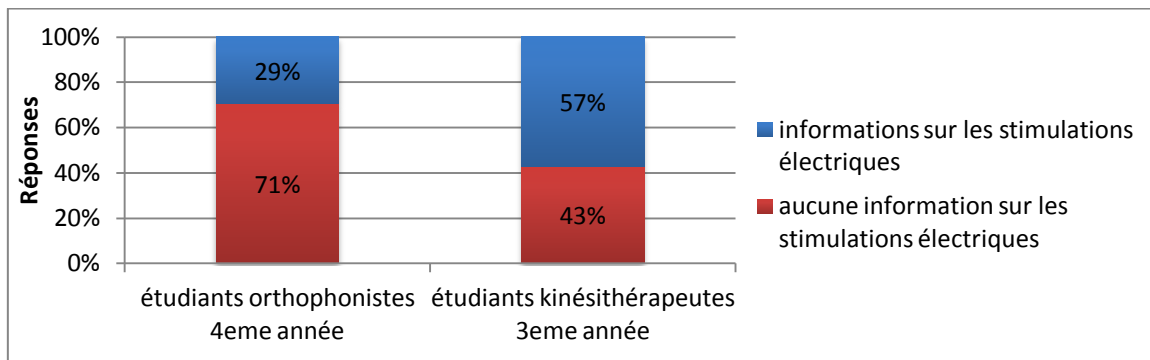
Graphique 12. Répartition des axes de prise en charge donnés par les étudiants de 4^{ème} année et professionnels orthophonistes, et par les étudiants de 3^{ème} année et professionnels kinésithérapeutes. (N=46).

Dans ces graphiques nous n'avons conservé que les étudiants orthophonistes de 4^{ème} année, les étudiants kinésithérapeutes de 3^{ème} année, les professionnels orthophonistes et kinésithérapeutes ayant donné des axes de rééducation.

Les individus interrogés sont loin d'être unanimes en ce qui concerne le choix des axes de rééducation des PFP et les réponses données sont très hétérogènes, y compris au sein d'une même catégorie de personnes interrogées. Cette hétérogénéité est particulièrement marquée chez les orthophonistes, lesquels présentent un fort pourcentage de réponses « autre ». Cependant, on n'observe aucune différence significative entre les étudiants et les professionnels orthophonistes quant aux axes donnés (relaxation $p=0,63$; thermothérapie $p=0,08$; éducation du patient $p=0,35$; massages $p=0,46$; praxies $p=0,49$; biofeedback $p=1$;

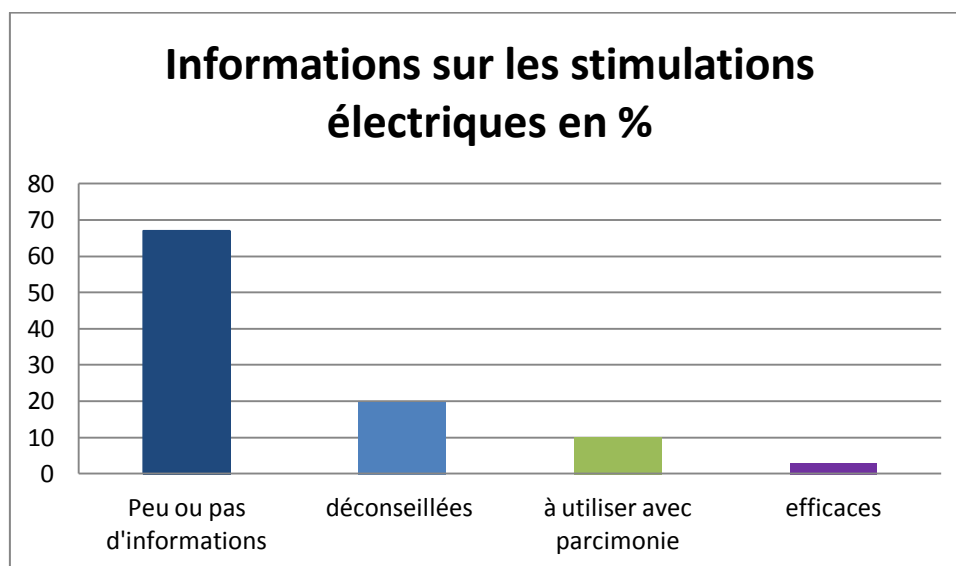
mimiques $p=0,31$; déglutition $p=0,42$; articulation $p=0,20$; sensibilité $p=0,58$; aberrant $p=1$; autre $p=0,41$). On peut également remarquer que la quasi-totalité des étudiants de 4^{ème} année et professionnels orthophonistes ont recours aux massages et aux praxies bucco-faciales. Les professionnels kinésithérapeutes utilisent beaucoup ces deux axes mais de façon moins importante que les professionnels orthophonistes : cette différence est significative ($p<0,05$). En revanche, l'éducation du patient, la relaxation, la thermothérapie, le biofeedback et les mimiques sont moins utilisés chez les professionnels kinésithérapeutes. On observe significativement ($p<0,05$) davantage de pratiques aberrantes chez les kinésithérapeutes (étudiants de 3^{ème} année et professionnels), liées principalement à l'utilisation des stimulations électriques.

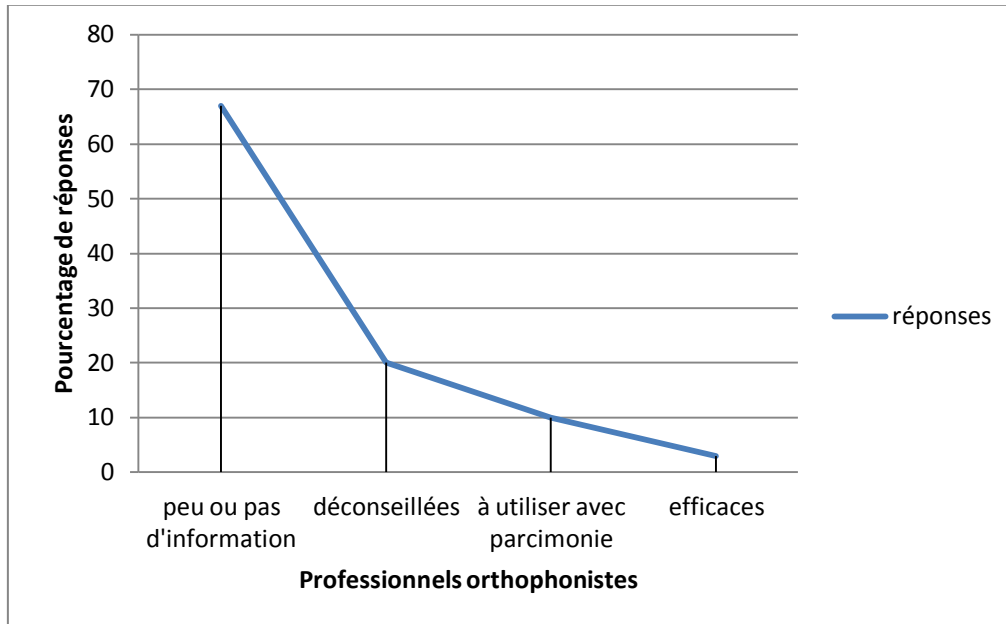
c. Stimulations électriques



Graphique 13. Information des étudiants orthophonistes de 4^{ème} année et kinésithérapeutes de 3^{ème} année concernant la pratique des stimulations électriques (N=41).

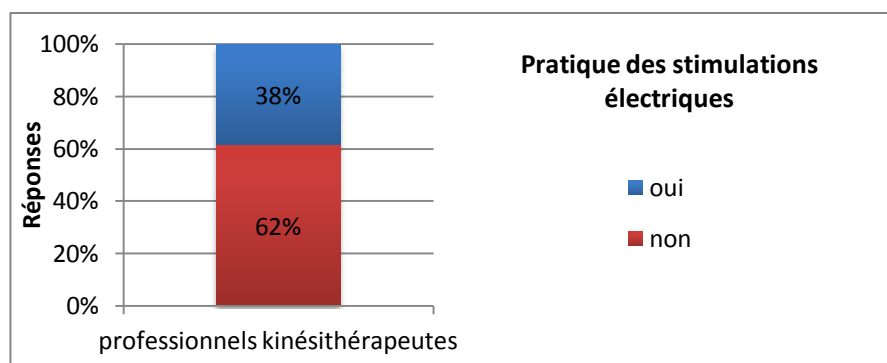
Sur les 34 étudiants orthophonistes de 4^{ème} année, seuls 29% ont reçu des informations concernant la pratique des stimulations électriques. A noter que sur les étudiants kinésithérapeutes de 3^{ème} année ayant reçu des directives pour les stimulations électriques (57%), tous ont été avertis des dangers liés à cette pratique dans le cadre des PFP. Par ailleurs, il existe une relation significative entre le fait d'avoir reçu une formation initiale et celui d'être informé sur les stimulations électriques. ($p<0,01$).





Graphique 14. Information des professionnels orthophonistes concernant la pratique des stimulations électriques (N=30).

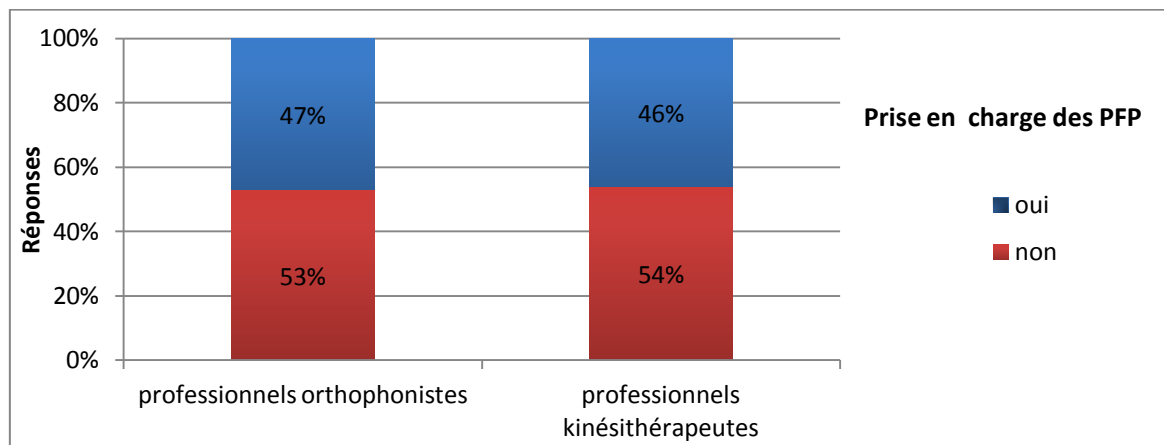
Les 2/3 des professionnels orthophonistes n'ont pas d'information sur la pratique des stimulations électriques dans la prise en charge des PFP. La majorité des orthophonistes informés sur le sujet connaissent les dangers de cette pratique (soit 60% des orthophonistes informés), et pourtant, 4 d'entre eux la recommandent (40% des orthophonistes informés) alors qu'elle est dangereuse et formellement interdite.



Graphique 15. Pratique des stimulations électriques dans les PFP par les professionnels kinésithérapeutes (N=13).

Sur les 13 professionnels kinésithérapeutes ayant répondu au questionnaire, 5 affirment pratiquer des stimulations électriques dans la rééducation des PFP, soit plus d'1/3 de la cohorte. Cette pratique est pourtant interdite depuis les années 80 pour le traitement des paralysies faciales périphériques.

d. Professionnels prenant en charge les PFP



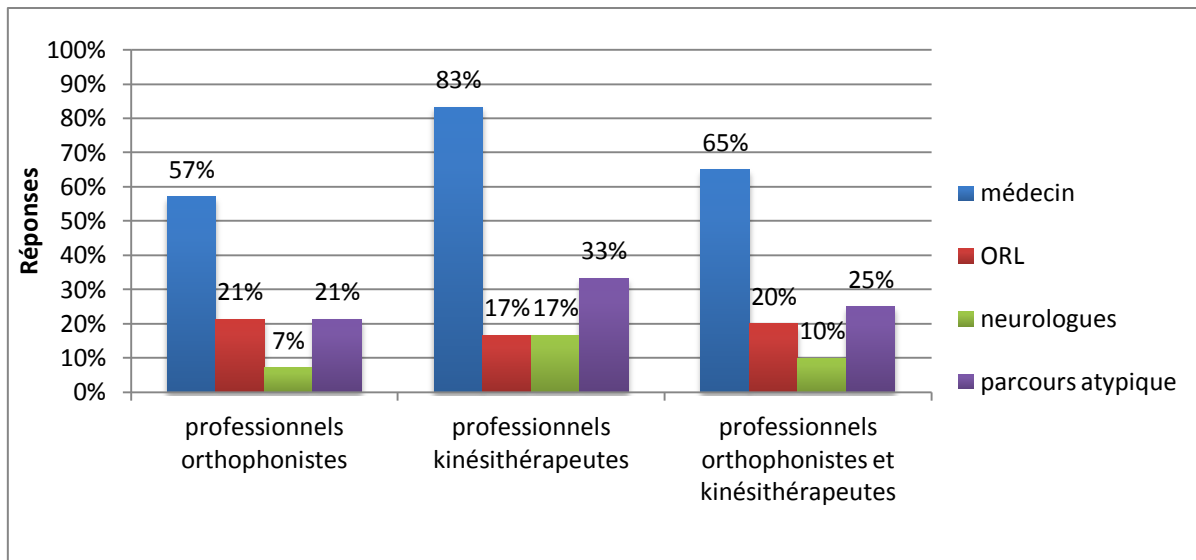
Graphique 16. Proportion des professionnels orthophonistes et kinésithérapeutes prenant en charge les PFP (N=43).

Moins de la moitié des professionnels orthophonistes (47%) et kinésithérapeutes (46%) prennent en charge les PFP.

En moyenne par an	Professionnels orthophonistes	Professionnels kinésithérapeutes
<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	1.38 ± 1.39	3.00 ± 2.45
<i>Médiane</i>	1	3.5
<i>Min-Max</i>	0 ; 5	0 ; 5
<i>Quartile 1 – Quartile 3</i>	1 ; 2	1 ; 5

Tableau 2. Nombre de PFP prises en charge en moyenne par an par les professionnels orthophonistes et kinésithérapeutes (N=20) en libéral.

Les orthophonistes rencontrent moins de PFP en moyenne par an que les kinésithérapeutes. Cependant cette différence n'est pas significative ($p=0,11$) probablement en raison du fort écart-type observé chez les kinésithérapeutes. A noter qu'au moins 3/4 de ces professionnels prennent en charge au moins une PFP par an ou plus.



Graphique 17. Professionnels adressant le plus fréquemment les patients aux orthophonistes et aux kinésithérapeutes (N=20).

Pour ce graphique, nous avons pris l'ensemble des professionnels orthophonistes et kinésithérapeutes prenant en charge les PFP.

Près de 2/3 des professionnels affirment que leurs patients leur sont adressés par un médecin traitant, ce qui s'inscrit dans un parcours de santé classique (soit 65%). Les kinésithérapeutes semblent recevoir davantage de patients adressés par un médecin traitant que les professionnels orthophonistes. Cependant, la différence entre orthophonistes et kinésithérapeutes n'est pas significative (médecin $p=0,35$; ORL $p=1$; neurologue $p=0,52$; parcours atypique $p=0,61$). Par ailleurs, 1/4 d'entre eux disent avoir reçu des patients avec un parcours atypique (patient adressé par un autre rééducateur, rééducateur contacté par le patient lui-même...).

----- DISCUSSION -----

Pour les orthophonistes, la répartition des heures de cours est disparate. Le volume horaire de formation aux PFP a peu évolué entre la formation antérieure à 1987 et celle postérieure à 1987. Au moins un tiers des étudiants orthophonistes de notre cohorte affirme n'avoir reçu aucun cours et **sur 16 centres de formation d'orthophonie, 4 seulement dispensent cette formation**. Le décret paru en août 2013 stipule cet enseignement dès la deuxième année du nouveau cursus « Master » et réduira, de façon inévitable, ces discordances. En effet, acté au sein du référentiel de formation, cet enseignement demeurera plus homogène.

Concernant les kinésithérapeutes, les professionnels semblent être les mieux formés (moyenne élevée et faible écart-type, formation plus homogène), tandis que les étudiants apparaissent moins formés. Ce manque d'enseignement est fortement ressenti par trois quarts des étudiants (orthophonistes de 4^{ème} année et kinésithérapeutes de 3^{ème} année) qui jugent leur formation insuffisante, notamment en raison d'un manque d'enseignement théorique.

On note également que seul un quart des professionnels a effectué une formation complémentaire dans le cadre de la formation continue, laquelle s'avérerait pourtant utile au

vu du manque de formation initiale évoqué précédemment dans l'ancien cursus. Ceci pourrait être dû au fait que très peu de formations soient proposées. Ainsi, en consultant les programmes de la formation continue conventionnelle et les stages proposés en formation continue pour l'année 2012 aux orthophonistes, nous avons constaté qu'une seule formation était susceptible d'informer les professionnels orthophonistes sur les PFP. Or, le développement professionnel continu a pour but l'amélioration des pratiques professionnelles via une évaluation formative, et s'adresse à tous les professionnels dans le cadre de l'obligation de développement professionnel continu (Loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009). Il consiste en la mise en œuvre de méthodes et outils d'amélioration des pratiques professionnelles, dans le cadre d'une démarche individuelle ou collective (programme d'action souvent pluridisciplinaire). La prévention et la médiatisation de certaines prises en charge ont fait que de nombreux thérapeutes se sont intéressés à cette prise en charge et de nombreuses formations sur ce thème ont vu le jour en 2013 (n=6) et 2014 (n=8).

Concernant les étudiants, le manque de formation initiale n'a pas d'influence sur le désir de prendre en charge les PFP plus tard. Il n'a pas non plus d'influence sur la prise en charge des PFP par les professionnels. Le manque de formation ne décourage pas le désir de prendre en charge cette pathologie, mais oblige les professionnels à se former seuls, et accroît donc le risque de pratiques aberrantes.

Les PFP sont fréquemment rencontrées sur les lieux de stage et en rééducation. Nous avons observé que les étudiants en orthophonie rencontrent autant de patients porteurs de PFP lors de leurs stages que les étudiants et professionnels kinésithérapeutes, soit 4 fois plus que les professionnels orthophonistes n'en avaient rencontrés lors de leur formation initiale. Cette forte augmentation peut être due à l'élargissement du champ de compétences des orthophonistes ou à l'augmentation de la prise de conscience de leur rôle dans la rééducation de cette pathologie. Dans tous les cas, face à cette évolution une formation se révèle indispensable. En effet, de nombreux étudiants affirment s'être sentis démunis lorsqu'ils se sont retrouvés face à des patients présentant cette pathologie.

De même, les orthophonistes prennent en charge les PFP au même titre que les kinésithérapeutes et dans des proportions semblables. Seuls les tarifs de soins diffèrent entre ces deux rééducateurs. Néanmoins, une très récente étude (Devron, 2014) a comparé la prise en charge orthophonique vs en kinésithérapie. Cette étude a mis en évidence des résultats oro-myo-fonctionnels globaux similaires à l'exception d'une prise en charge spécifique (Anastomose). Néanmoins, les kinésithérapeutes réalisent 2.5 fois plus de séances que les orthophonistes pour ces mêmes résultats.

L'incapacité à indiquer des axes de prise en charge est directement liée à l'absence de formation pour les étudiants : une importante proportion d'étudiants (orthophonistes et kinésithérapeutes) et de professionnels orthophonistes ne peut indiquer aucun axe de rééducation, tandis que la grande majorité des professionnels kinésithérapeutes est bien plus apte à donner des axes. Mais il demeure une grande hétérogénéité au niveau des pratiques proposées. Dans la littérature, les axes les plus recommandés sont les massages, l'éducation du patient, le biofeedback, la relaxation, la thermothérapie, les praxies et le travail des mimiques (Neuromuscular retraining & Mime therapy) (Beurskens, Heymans, 2003 ; 2006 ; Chevalier, 2003 ; Diels, 2000 ; Diels, Combs, 1997 ; Gatignol, 2007 ; Gatignol et al., 2011 ; Novak, 2004 ; Shafshak, 2006). Ces axes ne sont pas énoncés dans les mêmes proportions par l'ensemble des catégories interrogées ; cependant on remarque que les massages et les praxies

oro-faciales sont particulièrement utilisés, principalement chez les orthophonistes.

On remarque également une proportion non négligeable de pratiques aberrantes parmi les axes proposés. Chez les kinésithérapeutes, ces pratiques correspondent essentiellement aux stimulations électriques et font écho au parcours des patients étudiés précédemment.

Nous avons d'ailleurs observé une relation entre l'enseignement théorique et pratique en formation initiale et l'information des étudiants par rapport aux stimulations électriques. Ainsi, le manque de formation entraîne un manque d'information sur ces pratiques. **Ce phénomène est particulièrement visible pour les orthophonistes.** Concernant les professionnels, la majorité des orthophonistes indique ne pas avoir de connaissances concernant les stimulations électriques. Les professionnels kinésithérapeutes connaissent tous cette pratique. Plus d'un tiers d'entre eux affirment l'utiliser dans le traitement des PFP, et ce malgré les textes d'interdiction et les dangers liés à cette méthode selon Chevalier (2003), Lafoucrière et al. (soumis), Shafshak (2006), Waxman (1984). Un consensus a d'ailleurs été établi à Rome en 2009 lors du VII^{ème} congrès international sur le nerf facial afin d'interdire formellement l'utilisation des stimulations électriques dans la rééducation des PFP. Par ailleurs, il est logique que les kinésithérapeutes soient plus informés sur les stimulations électriques, étant donné que ces dernières font partie de leurs pratiques rééducatives mais on peut malheureusement aussi les voir effectuées chez des neurologues. Ces pratiques agissent dans le sens du raccourcissement de la fibre ce qui est à l'inverse du travail à proposer (Gatignol et al., 2011). Cependant des orthophonistes, non informés ou mal informés sur cette pratique, ne sont pas aptes à conseiller leurs patients et à les prévenir des risques encourus. Or, la rééducation orthophonique implique une grande part d'information et de guidance (Novak, 2004 ; Gatignol et al., 2011):

Un quart des professionnels (orthophonistes et kinésithérapeutes confondus) a déjà reçu des patients présentant un parcours atypique. De plus, le délai moyen de prise en charge s'élève à un mois ou plus. Ceci met en évidence la difficulté des patients à être orientés vers une rééducation. Cette pathologie appartenant au décret de compétences de plusieurs professions médicales et paramédicales, il apparaît indispensable pour le rééducateur d'être informé du parcours global de ses patients, des autres thérapies qu'ils ont reçues et de leurs conséquences sur l'évolution de la PFP.

L'étude de la formation des orthophonistes et des kinésithérapeutes doit être interprétée avec précaution, au vu des biais suivants : les centres de formation en orthophonie et kinésithérapie n'ont pas répondu de manière homogène au questionnaire. De même, nous avons obtenu davantage de réponses des professionnels orthophonistes que des professionnels kinésithérapeutes. Un grand nombre de professionnels orthophonistes et kinésithérapeutes ayant répondu exercent en centre de rééducation fonctionnelle et rencontrent, par conséquent, davantage de paralysies faciales centrales. Enfin, la question posée aux étudiants orthophonistes concernant les stimulations électriques "Avez-vous été sensibilisés à la pratique des stimulations électriques dans la rééducation des paralysies faciales périphériques par les kinésithérapeutes ?" était trop ambiguë et ne nous a pas permis de savoir si ces étudiants avaient été avertis des dangers de cette pratique ou si on la leur avait recommandée.

----- CONCLUSION -----

Il apparaît que les orthophonistes sont de plus en plus confrontés aux paralysies faciales périphériques, tandis que leur formation à cette pathologie reste très insuffisante et hétérogène. Or, comme peu d'orthophonistes ont bénéficié de cette formation, peu seront aptes à transmettre leurs connaissances et à rééduquer leurs patients correctement, en évitant toute action délétère (Buttress, Herren, 2002 ; Alakram, Puckree, 2010).

De plus, les étudiants et professionnels orthophonistes et kinésithérapeutes témoignent de la persistance de pratiques aberrantes dans la rééducation des paralysies faciales. Ceci peut être mis en lien avec les rééducations aberrantes observées dans le parcours des patients étudiés dans notre étude conjointe (Lafoucrière et al., soumis). A cet égard, les stimulations électriques restent pratiquées, aujourd'hui, par un nombre non négligeable de kinésithérapeutes et de neurologues. Les orthophonistes, pour leur part, restent peu informés sur cette problématique. La validation et publication désormais du décret de compétences et de formation (Décret n° 2013-798) sera essentiel pour la formation initiale des futurs thérapeutes orthophonistes et pour les soins des patients.

----- BIBLIOGRAPHIE -----

Alakram, P., Puckree, T. (2010). Effects of electrical stimulation on house-brackmann scores in early bells palsy. *Physiotherapy Theory and Practice*. 26(3), 160-166. Doi: 10.3109/09593980902886339

Beurskens, C.H.G., 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(3), 177-183. Consulté le 08.06.2014 de Science Direct : http://ac.els-cdn.com/S0004951406700265/1-s2.0-S0004951406700265-main.pdf?_tid=a239ba32-f183-11e3-b5aa-00000aacb35e&acdnat=1402503521_d918e9151c0f0451872701e27b800c97

Beurskens, C.H.G., Heymans, P.G. (2003). Positive effects of mime therapy on sequelae of facial paralysis: stiffness, lip mobility, and social and physical aspects of facial disability. *Otology and Neurotology*, 24(4), 677-681. Doi: 10.1097/00129492-200307000-00024

Buttress, S., Herren, K. (2002). Towards evidence based emergency medicine: best BETs from the Manchester Royal Infirmary. Electrical stimulation and Bell's palsy. *Emergency Medicine Journal*, 19(5), 428. Consulté le 08.06.2014 de Emergency Medicine Journal, Doi: 10.1136/emj.19.5.428-a

Chevalier, A.M. (2003). Rééducation des paralysies faciales centrales et périphériques. *Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*. [26-463-B-10]

Code de la santé publique (2003). *Les réseaux de santé. Article L6321-1*. Consulté le 08.06.2014 de Legifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691335&dateTexte=20110414>

Collège Français d'ORL et CCF (2009). *Enseignement DCEM-ECN, Item 326 : Paralysie faciale périphérique*. Consulté le 08.06.2014 de ORL France : <http://www.orlfrance.org/college/DCEMitems/DCEMECNitems326.html>

Décret n° 2013-798 (NOR: ESRS1317552D, 2013). *Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste*. Consulté le 08.06.2014 de Légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027915618&dateTexte=&categorieLien=id>

Décret n°2005-346 (NOR: SANS0521125D, 2005). *Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles*. Consulté le 08.06.2014 de Légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006051531>

Décret n° 2009-1763 (NOR: SASH0924895D, 2009). *Décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins*. Consulté le 08.06.2014 de Légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021573186&dateTexte=&categorieLien=id>

Deming, W.E. (2002, 3^{ème} éd). *Hors de la crise*. Paris : Éditions Economica, 352 pages.

Devron, V. (2014). Paralysie faciale périphérique : état des lieux entre prise en charge orthophonique versus kinésithérapie (*soumis*).

Diels, H.J. (2000). Facial paralysis: is there a role for a therapist? *Facial Plastic Surgery: 16*(4), 361-364. Doi: 10.1055/s-2000-15546

Diels, H.J., Combs, D. (1997). Neuromuscular retraining for facial paralysis. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 30(5), 727-743.

Gatignol, P. (2007). La prise en charge des paralysies faciales et du nerf hypoglosse. In P. Auzou, C. Ozsancak, V. Rolland-Monnoury, *Les dysarthries*, pp.327-330. Paris: Solal.

Gatignol, P., Lannadère, E., Bernat, I., Tankéré, F., Lamas, G. (2011). Bénéfices de la rééducation d'une paralysie faciale périphérique. *Revue médicale suisse*, 311, 1908-1913. Consulté le 08.06.2014 de Revue Médicale Suisse : <http://rms.medhyg.ch/numero-311-page-1908.htm>

Haute Autorité de Santé. *Professionnels de santé > Evaluation des pratiques professionnelles - Développement professionnel continu*. Saint-Denis : HAS. Consulté le 08.06.2014 de HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5232/evaluation-des-pratiques-professionnelles?cid=c_5232

Haute Autorité de Santé. *Professionnels de santé > Recommandations professionnelles - Recommandations de bonne pratique*. Saint-Denis : HAS. Consulté le 08.06.2014 de HAS :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5233/recommandations-de-bonne-pratique?cid=c_5233

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/fr/developpement-professionnel-continu-dpc

Haute Autorité de Santé (2010). *Élaboration de recommandations de bonne pratique : méthode « Recommandations pour la pratique clinique »*. Consulté le 08.06.2014 de HAS : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_recommandations_pour_la_pratique_clinique.pdf

Haute Autorité de Santé (2006). *Séance d'injection de toxine botulique au niveau de la face*. Saint-Denis : HAS. Consulté le 08.06.2014 de HAS : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_tox_botulique_face_vu_fm.pdf

Haute Autorité de Santé (2006). *Séance d'injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique au niveau des paupières*. Saint-Denis : HAS. Consulté le 08.06.2014 de HAS : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_blepharo_vu_fm.pdf

Lafoucrière, A., Sarrazin, F., Robert, M., Tankéré, F., Lamas, G., Gatignol, P. (2014). Evaluation des pratiques professionnelles. Parcours médical et paramédical des patients porteurs de paralysies faciales périphériques. *Soumis : Annales françaises d'ORL*.

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1 NOR : SASX0822640L

Novak, C.B. (2004). Rehabilitation strategies for facial nerve injuries. *Seminars in Plastic Surgery*, 18(1), 47-52. Consulté le 08.06.2014 de Europe Pubmed Central : <http://europepmc.org/articles/PMC2884696?pdf=render>

Shafshak, T.S. (2006). The treatment of facial palsy from the point of view of physical and rehabilitation medicine. *Eura Medicophys*, 42(1), 41-47. Consulté le 08.06.2014 de Minerva Medica : <http://www.minervamedica.it/en/journals/europa-medicophysica/article.php?cod=R33Y2006N01A0041>

Waxman, B. (1984). Electrotherapy for treatment of facial nerve paralysis (Bell's Palsy). *Health Technology Assessments Reports, National Center for Health Services Research*, 3, 27.