



Département d'Orthophonie  
Gabriel DECROIX

# ANNEXES

## DU MEMOIRE

En vue de l'obtention du  
Certificat de Capacité d'Orthophoniste  
présenté par :

**Maëlle MAIGNAN**

**Paralysie faciale et syndromes alternés : de  
l'errance diagnostique à la réalité clinique  
Point de vue des professionnels et des patients**

MEMOIRE dirigé par :

**Dominique CHEVALIER**, Professeur des Universités, ORL, Hôpital Claude Huriez, Lille

**Peggy GATIGNOL**, Orthophoniste, Hôpital Universitaire Pitié-Salpêtrière, Paris

Lille – 2018

## Table des matières

Annexe 1 : Trame du questionnaire proposé aux orthophonistes.....	3
Annexe 2 : Trame commune des questionnaires proposés aux patients.....	6
Annexe 3 : Classification de House & Brackmann.....	8
Annexe 4 : Echelle de Motricité Bucco-Linguo-Faciale .....	9
Annexe 5 : Sunnybrook Facial Grading System .....	10
Annexe 6 : Echelle PANAS.....	10
Annexe 7 : Echelle de Qualité de Vie.....	11
Annexe 8 : MADRS .....	13
Annexe 9 : Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg.....	15
Annexe 10 : STAI .....	16
Annexe 11 : Mesures de l'asymétrie du sourire par le logiciel MEEI.....	17

# Annexe 1 : Trame du questionnaire proposé aux orthophonistes

Dans le cadre de mes études d'Orthophonie, je réalise mon mémoire de fin d'études sur les paralysies faciales périphériques liées à un syndrome alterne.

Ces entités étant rares, on ne trouve que peu de données cliniques dans la littérature concernant notamment leur évaluation, leur prise en charge et leur évolution. L'objectif principal de ce mémoire est de pouvoir obtenir et rassembler des informations concernant cette atteinte, afin d'argumenter les principales hypothèses diagnostiques, de justifier les examens complémentaires pertinents en vue d'une prise en charge optimale, et ainsi de limiter tant que possible l'errance des patients concernés par cette atteinte.

Dans un premier temps, je souhaite effectuer un état des lieux des connaissances détenues par les orthophonistes sur ce sujet, à l'aide de ce questionnaire. Cela ne vous prendra que quelques minutes.

Je vous remercie par avance pour votre participation,

Maëlle MAIGNAN,

Etudiante en 5<sup>ème</sup> année d'Orthophonie à l'institut Gabriel Decroix de Lille.

## 1) Informations générales :

a) Vous êtes :

- Un homme     Une femme

b) En quelle année avez-vous reçu votre certificat de capacité d'orthophoniste ?

c) Mode d'exercice :

- libéral ;  
 salarié (préciser dans quel type de structure et dans quel domaine :      )  
 exercice mixte (préciser dans quel type de structure et dans quel domaine :      )

d) Dans quelle région travaillez-vous ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hauts-de-France ;         | <input type="checkbox"/> Occitanie ;                   |
| <input type="checkbox"/> Normandie ;               | <input type="checkbox"/> Auvergne-Rhône-Alpes ;        |
| <input type="checkbox"/> Bretagne ;                | <input type="checkbox"/> Corse ;                       |
| <input type="checkbox"/> Pays-de-la-Loire ;        | <input type="checkbox"/> Guyane ;                      |
| <input type="checkbox"/> Ile-de-France ;           | <input type="checkbox"/> Mayotte ;                     |
| <input type="checkbox"/> Grand-Est ;               | <input type="checkbox"/> Martinique ;                  |
| <input type="checkbox"/> Centre-Val de Loire ;     | <input type="checkbox"/> Guadeloupe ;                  |
| <input type="checkbox"/> Bourgogne-Franche-Comté ; | <input type="checkbox"/> La Réunion.                   |
| <input type="checkbox"/> Nouvelle-Aquitaine ;      | <input type="checkbox"/> Provence-Alpes-Côtes d'Azur ; |

e) Adresse mail :

2) Avez-vous déjà pris en charge des paralysies faciales périphériques, quelle que soit leur étiologie ?

- Oui : reportez-vous à la question 3.     Non : reportez-vous à la question 5.

- Si **oui**, combien par an ?

<2    entre 2 et 5    >5

**3) Vous avez répondu « Oui » à la question 2. Parmi les cas pris en charge, avez-vous déjà reçu un patient pour lequel un diagnostic de syndrome alterne avec paralysie faciale périphérique a été posé ?**

Oui : reportez-vous à la question 4.    Non : reportez-vous à la question 5.

**4) Vous avez répondu « Oui » à la question 3.**

a) Lorsque vous avez été confronté(e) pour la première fois à ce type de diagnostic, aviez-vous connaissance de ces syndromes alternes ?

Oui    Non

- Si **oui**, comment en avez-vous eu connaissance ?

grâce à votre formation initiale

dans le cadre de la formation continue (préciser :      )

dans le cadre de votre lieu de travail

dans le cadre de recherches personnelles, de lecture

autres :

- Si **non**, comment avez-vous procédé pour obtenir des informations ?

vous avez pris des renseignements auprès d'un autre professionnel (précisez :      ) ;

vous avez participé à une formation sur le sujet ;

vous avez lu du contenu sur les syndromes alternes ;

Où avez-vous cherché ces documents ?

autres :

Avez-vous trouvé les sources d'information facilement accessibles ?

Oui    Non

b) Quelle a été l'évolution du ou des patient(s) à la suite de la prise en charge ?

c) Avez-vous observé une amélioration de la qualité de vie et de la satisfaction de votre/vos patient(s) ?

Oui    Non

- Si **non**, selon vous, quelle en est la raison ?

erreur de diagnostic ;

prise en charge non adaptée ;

problème relatif au patient lui-même (santé, motivation...) ;

délai trop long entre le déclenchement de la paralysie faciale et la prise en charge ;

autres :

d) Parmi les patients rencontrés, certains avaient-ils pu bénéficier d'une chirurgie reconstructive de la paralysie faciale périphérique ?

Oui    Non

- Si **oui**, laquelle ou lesquelles ?

- anastomose hypoglosso-faciale*
- myoplastie d'allongement du temporal*
- autres :*

**5) Vous avez répondu « Non » à la question 2 ou à la question 3.**

a) Avez-vous connaissance des syndromes alternes et de leurs particularités ?

Oui  Non

- Si **oui**, comment en avez-vous eu connaissance ?

- grâce à votre formation initiale*
- dans le cadre de la formation continue (préciser : \_\_\_\_\_ )*
- dans le cadre de votre lieu de travail*
- dans le cadre de recherches personnelles, de lecture*
- autres :*

- Si **non**, que feriez-vous si vous étiez amené(e) à prendre en charge un patient présentant un tel diagnostic ?

- vous pensez pouvoir vous renseigner auprès d'un autre professionnel facilement ;*
- vous chercheriez des informations sur le sujet ;*
- vous chercheriez à participer à une formation sur le sujet ;*
- autres :*

**6) Remarques, commentaires éventuels :**

**Merci pour votre participation.**

## **Annexe 2 : Trame commune des questionnaires proposés aux patients**

Ce questionnaire s'adresse aux patients souffrant d'un syndrome alterne avec paralysie faciale périphérique. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études d'Orthophonie, je vous propose de répondre anonymement à ce questionnaire. Il permettra de réunir des données concernant votre vécu, votre parcours clinique et votre expérience en tant que patient.

Ce questionnaire comporte 8 questions.

Je vous remercie par avance pour votre participation,  
Maëlle MAIGNAN,  
Etudiante en 5<sup>ème</sup> année d'Orthophonie à l'institut Gabriel Decroix de Lille.

### **1) Informations générales :**

- a) Vous êtes :
- Un homme     Une femme
- b) Quel âge avez-vous ?
- < 20 ans     21 – 40 ans     41 – 60 ans     > 61 ans
- c) Date de survenue de la paralysie faciale :

### **2) Lorsque vous avez été hospitalisé, le diagnostic de syndrome alterne avec paralysie faciale périphérique a-t-il été posé immédiatement ?**

- Oui     Non
- *Si non, après combien de temps a-t-il pu être posé ?*
- Quelle est la raison de ce délai (si connue) ?*

### **3) Avez-vous bénéficié d'une chirurgie palliative de la paralysie faciale ?**

- Oui     Non
- *Si oui, laquelle ?*
- anastomose hypoglosso-faciale ;*
- myoplastie d'allongement du temporal ;*
- autre :*

### **4) Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une prise en charge rééducative de votre paralysie faciale ?**

- Oui     Non

### **5) Vous avez répondu « Oui » à la question 4.**

- a) La prise en charge a-t-elle pu être débutée rapidement ?
- Oui     Non
  - *Si non, après combien de temps ?*
  - Quelle est la raison de ce délai ?*
  - mauvaise orientation de la part de l'équipe médicale*

- problèmes personnels (santé...)*
- manque de motivation*
- manque de disponibilité des thérapeutes*
- autres :*

b) Avez-vous suivi une rééducation :

- auprès d'une orthophoniste libérale ?*
- au sein d'un centre de rééducation ? Préciser :*
- au sein d'un service hospitalier ?*

**6) Vous avez répondu « Non » à la question 4.**

a) Pourquoi ?

- problèmes personnels (santé...)*
- manque de motivation*
- vous n'en comprenez pas l'intérêt*
- autres :*

b) Pensez-vous pouvoir bénéficier d'une rééducation spécifique de la paralysie faciale à l'avenir ?

- Oui
- Non

**7) Voici une série d'affirmations concernant votre vécu en tant que patient. Pour chacune d'elle, êtes-vous « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt en désaccord », « en désaccord » ?**

a) Vous estimez avoir été suffisamment informé sur votre pathologie :

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt en désaccord
- En désaccord

b) Vous estimez avoir été suffisamment guidé au début de votre prise en charge :

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt en désaccord
- En désaccord

d) Selon vous, la prise en charge spécifique (chirurgie palliative, rééducation) de la paralysie faciale a amélioré votre qualité de vie en général :

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt en désaccord
- En désaccord

*Selon votre réponse à cette dernière question, merci de préciser pourquoi :*

**8) Remarques éventuelles :**

## Annexe 3 : Classification de House & Brackmann

(House et Brackmann, 1985)

Grade	Caractéristiques
I Normale	Fonction normale.
II Dysfonction légère	<p><b>Général :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- peu de faiblesse à l'inspection ;</li> <li>- peu de syncinésies ;</li> <li>- tonus/symétrie normaux au repos</li> </ul> <p><b>Mouvement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>front</u> : hypomobilité légère à modérée ;</li> <li>- <u>œil</u> : fermeture complète sans effort ;</li> <li>- <u>bouche</u> : légère asymétrie.</li> </ul>
III Dysfonction modérée	<p><b>Général :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- faiblesse visible mais non défigurante ;</li> <li>- syncinésie modérée, pas/peu de contractures ou spasmes hémifaciaux ;</li> <li>- tonus/symétrie normaux au repos.</li> </ul> <p><b>Mouvement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>front</u> : hypomobilité légère à modérée ;</li> <li>- <u>œil</u> : fermeture complète avec effort ;</li> <li>- <u>bouche</u> : faiblesse labiale légère à modérée.</li> </ul>
IV Dysfonction modérée à sévère	<p><b>Général :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- asymétrie évidente ou défigurante à la mimique.</li> </ul> <p><b>Mouvement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>front</u> : hypomobilité modérée à sévère ;</li> <li>- <u>œil</u> : fermeture incomplète à l'effort ;</li> <li>- <u>bouche</u> : asymétrie labiale.</li> </ul>
V Dysfonction sévère	<p><b>Général :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- asymétrie évidente ou défigurante au repos.</li> </ul> <p><b>Mouvement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mouvements à peine perceptibles.</li> </ul>
VI Paralysie	Aucun mouvement.

## Annexe 4 : Echelle de Motricité Bucco-Linguo-Faciale

(Gatignol et Lannadère, 2010)

Zones du visage	Tâches de réalisation motrice	Muscles	0	1	2	3	Score
Face	Symétrie de la face au repos						
	Modification de la face lors du sourire						
							/6
Oeil	Fermer les yeux avec force	Orbiculaire inf. des paupières					
	Lever les sourcils	Occipito-frontal					
	Froncer les sourcils	Sourcilier					
							/9
Lèvres	Pincer les lèvres	Compresseur/buccinateur					
	Etirer les lèvres	Zygomatique/risorius					
	Maintenir les lèvres fermées avec force	Orbiculaire/masséter					
	Sourire en ouvrant la bouche	Zygomatique/risorius					
	Découvrir les dents du haut	Canin/releveur du nez					
	Découvrir les dents du bas	Mentonnier					
	Faire « u »	Orbiculaire des lèvres					
	Siffler	Orbiculaire					
	Souffler	Orbiculaire					
							/27
Joues et mandibules	Ouvrir la bouche	Buccinateur/orbiculaire					
	Fermer la bouche	Masséter/orbiculaire					
	Gonfler les joues ensemble	Buccinateur/orbiculaire					
	Gonfler la joue gauche	Buccinateur/orbiculaire					
	Gonfler la joue droite	Buccinateur/orbiculaire					
	Faire passer l'air d'une joue à l'autre	Buccinateur/orbiculaire					
	Rentrer les joues	Buccinateur/orbiculaire					
	Mâchoire à gauche bouche ouverte	Ptérygoïdiens					
	Mâchoire à droite bouche ouverte	Ptérygoïdiens					
Mâcher bouche fermée							
							/30
Langue	Tirer la langue	Génoglosse/transverse					
	Rentrer la langue	Hyoglosse/lingual supérieur					
	Mettre la langue à droite	Pharyngoglosse					
	Mettre la langue à gauche	Pharyngoglosse					
	La mettre en haut	Lingual supérieur					
	La mettre en bas	Lingual supérieur					
	Passer la langue sur les dents	Styloglosse/ hyoglosse					
	Déplacer la langue dans la joue droite						
	Déplacer la langue dans la joue gauche						
	Elever la pointe dans la bouche	Pharyngoglosse					
	Elever la pointe hors de la bouche	Styloglosse					
	Clic de réprobation	Styloglosse					
Galop de cheval	Styloglosse						
							/39



## Annexe 7 : Echelle de Qualité de Vie

(Quéro et Point, 2014)

### Communication

- 1) Êtes-vous gêné pour parler, articuler ?  
 Énormément  Beaucoup  Un peu  Pas du tout
- 2) Êtes-vous gêné pour vous faire comprendre au téléphone ?  
 Toujours  Souvent  Quelquefois  Jamais
- 3) Avez-vous des difficultés à vous faire comprendre de vos proches ?  
 Toujours  Souvent  Quelquefois  Jamais
- 4) Avez-vous des difficultés à vous faire comprendre de personnes non familières ?  
 Toujours  Souvent  Quelquefois  Jamais
- 5) Devez-vous utiliser des gestes pour vous faire comprendre de personnes non familières ?  
 Toujours  Souvent  Quelquefois  Jamais
- 6) Êtes-vous gêné pour exprimer un sentiment sans l'usage de la parole ?  
 Toujours  Souvent  Quelquefois  Jamais

### Vie personnelle

- 7) Êtes-vous gêné pour manger ?  
 Toujours  Souvent  Quelquefois  Jamais
- 8) Êtes-vous gêné pour boire ?  
 Toujours  Souvent  Quelquefois  Jamais
- 9) Avez-vous modifié votre alimentation à cause de votre handicap ?  
 Énormément  Beaucoup  Un peu  Pas du tout
- 10) Avez-vous des difficultés à vous maquiller ou à vous raser ?  
 Toujours  Souvent  Quelquefois  Jamais
- 11) Ressentez-vous des contractures au niveau du visage ?  
 Toujours  Souvent  Quelquefois  Jamais
- 12) Ces contractures vous gênent-elles ?  
 Énormément  Beaucoup  Un peu  Pas du tout
- 13) Avez-vous actuellement des douleurs dues à votre paralysie faciale ?  
 Énormément  Beaucoup  Un peu  Pas du tout
- 14) Votre oeil vous gêne-t-il (démangeaison, picotements...) ?  
 Toujours  Souvent  Quelquefois  Jamais
- 15) Constatez-vous une altération de votre vision depuis le début de votre paralysie faciale ?  
 Très importante  Moyenne  Faible  Aucune
- 16) Constatez-vous une baisse auditive depuis le début de votre paralysie faciale ?  
 Très importante  Moyenne  Faible  Aucune

### Vie relationnelle

- 17) Votre entourage vous soutient-il ?  
 Pas du tout  Un peu  Beaucoup  Énormément
- 18) Recevez-vous des visites, allez-vous voir de la famille, des amis ?  
 Plus du tout  Beaucoup moins qu'avant  Un peu moins qu'avant  Comme avant

19) Allez-vous faire vos courses ?

- Plus du tout  Beaucoup moins qu'avant  Un peu moins qu'avant  Comme avant

20) Si vous aviez des loisirs, les avez-vous repris au même rythme qu'avant votre paralysie faciale ?

- Non  De façon très irrégulière  De façon régulière mais moins souvent qu'avant  
 Oui

### **Vie professionnelle**

21) Aujourd'hui, avez-vous repris votre travail ?

- Non  A temps partiel  A temps plein  Ne travaillais pas ou plus

22) Le rapport avec vos collègues a-t-il changé ?

- Énormément  Beaucoup  Un peu  Pas du tout

23) Si oui, la reprise de votre travail a-t-elle été facile ? Rapide ?

- Reprise longue et difficile  Reprise rapide mais difficile  
 Reprise longue mais facile  Reprise rapide et facile

24) Pensez-vous que votre paralysie faciale pénalise votre vie professionnelle ?

- Énormément  Beaucoup  Un peu  Pas du tout

### **Impact psychologique**

25) Vous sentez-vous globalement moins heureux depuis votre paralysie faciale ?

- Énormément  Beaucoup  Un peu  Pas du tout

26) Essayez-vous de cacher votre visage (par exemple avec un foulard, des lunettes...) ?

- Toujours  Souvent  Quelquefois  Jamais

27) Avez-vous honte de votre handicap ?

- Toujours  Souvent  Quelquefois  Jamais

28) De manière générale, vous pensez que votre qualité de vie a ...

- Beaucoup changé  Moyennement changé  Peu changé  N'a pas changé du tout

29) Pouvez-vous quantifier votre gêne esthétique (Placez une croix sur cette échelle.)?

0 %            25 %            50 %            75 %            100 %

/...../...../...../...../...../

30) Pouvez-vous quantifier votre gêne fonctionnelle (Placez une croix sur cette échelle.) ?

0 %            25 %            50 %            75 %            100 %

/...../...../...../...../...../

### **Prise en charge**

31) Vous sentez-vous bien informé sur la paralysie faciale, les prises en charge médicales et paramédicales...?

- Pas du tout  Peu  Assez bien  Tout à fait

32) Vous sentez-vous bien pris en charge du point de vue médical ?

- Pas du tout  Peu  Assez bien  Tout à fait

33) Êtes-vous satisfait de votre rééducation orthophonique ?

- Pas du tout satisfait  Peu satisfait  Plutôt satisfait  Très satisfait

34) Avez-vous bénéficié d'une ou de plusieurs autres prises en charge ?

- Non  Oui

## Annexe 8 : MADRS

*(Montgomery et Asberg, 1979)*

**1. Tristesse apparente :** Représente l'abattement, la morosité, et le désespoir (plus que lors d'une phase passagère d'humeur maussade), reflétés dans le discours, l'expression du visage, et la posture. Cotez selon la profondeur et l'incapacité de s'égayer.

0 = Pas de tristesse.

2 = A l'air absent mais s'illumine sans difficulté.

4 = Paraît triste et malheureux (malheureuse) la plupart du temps.

6 = A constamment l'air misérable. Extrêmement abattu(e).

**2. Tristesse décrite :** Représente les descriptions d'humeurs dépressives, sans prendre en compte le fait qu'elles se reflètent ou non sur l'apparence. Cela comprend l'humeur maussade, l'abattement et le sentiment d'être au-delà d'une aide possible et sans espoir.

0 = Tristesse occasionnelle dans la gestion des circonstances.

2 = Triste ou morose mais la personne s'égaie sans difficultés.

4 = Sensations insidieuses de tristesse et de morosité. L'humeur est toujours influencée par des circonstances extérieures.

6 = Tristesse continue ou invariante, sensation de misère ou de découragement.

**3. Tension intérieure :** Représente des sensations d'inconfort mal défini, irascibilité, bouillonnement intérieur, tension mentale qui monte en panique, en effroi, ou en angoisse. Cotez selon l'intensité, la fréquence, la durée et le besoin d'être rassuré(e).

0 = Placide. Seulement quelques tensions passagères.

2 = Sentiments occasionnels d'irascibilité et d'inconfort mal défini.

4 = Sensation continue de tension intérieure ou panique intermittente que le/la patient(e) ne peut maîtriser qu'avec difficulté.

6 = Effroi ou angoisse incessants. Panique irrésistible.

**4. Sommeil réduit :** Représente un vécu de durée ou de profondeur du sommeil réduits en comparaison avec le rythme habituel du/de la patient(e) quand il/elle se sent bien.

0 = Dort comme d'habitude.

2 = Petite difficulté à l'endormissement ou quantité du sommeil légèrement réduite, sommeil un peu allégé, quelque peu moins réparateur.

4 = Rigidité ou résistance au sommeil modérées.

6 = Sommeil réduit ou interrompu pendant au moins 2 heures.

**5. Appétit réduit :** Représente la sensation d'une perte d'appétit comparé à celui de la personne quand elle va bien. Cotez par perte d'envie pour les aliments ou par le besoin de se forcer pour manger.

0 = Appétit normal ou augmenté.

2 = Appétit légèrement réduit.

4 = Pas d'appétit. Les aliments n'ont pas de goût.

6 = Doit être persuadé(e) de seulement manger.

**6. Difficultés de concentration :** Représente la difficulté de rassembler ses pensées jusqu'à un manque de concentration incapacitant. Cotez selon l'intensité, la fréquence, et le degré d'incapacité produit.

0 = Pas de difficultés à se concentrer.

2 = Difficultés occasionnelles à rassembler ses idées.

4 = Difficultés pour se concentrer avec capacité réduite à lire ou à tenir une conversation.

6 = Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

**7. Lassitude :** Représente la difficulté à démarrer, ou la lenteur à initier et à effectuer des activités de la vie quotidienne.

0 = Presque pas de difficultés à démarrer. Pas de mollesse.

2 = Difficultés à commencer des activités.

4 = Difficultés à commencer de simples activités de routine qui se font avec effort.

6 = Lassitude complète. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

**8. Incapacité à ressentir :** Représente le vécu subjectif d'un intérêt réduit pour l'environnement, ou pour des activités qui, normalement, procurent du plaisir. La capacité à réagir avec les émotions adéquates aux circonstances ou aux gens est réduite.

0 = Intérêt normal pour son environnement et les gens.

2 = Capacité réduite à prendre du plaisir à ses centres d'intérêt habituels.

4 = Perte d'intérêt pour son environnement. Perte de sentiments pour ses amis et connaissances.

6 = Sensation d'être émotionnellement paralysé, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et échec total ou même douloureux à ressentir quoi que ce soit pour des parents proches et amis.

**9. Pensées pessimistes :** Représente des sentiments de culpabilité, d'infériorité, d'autocritique, sensation d'être immoral, de remords et de ruine.

0 = Pas de pensées pessimistes.

2 = Sensations d'échec fluctuantes, autocritique ou dépréciation de soi.

4 = Auto-accusations persistantes, ou idées de culpabilité ou de faute encore rationnelles. De plus en plus pessimiste vis-à-vis du futur.

6 = Illusions de ruine, de remords, de faute irréparable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

**10. Pensées suicidaires :** Représente le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, des pensées suicidaires et la préparation de l'acte de suicide. (Les tentatives de suicide ne devraient pas influencer la cotation par elles-mêmes).

0 = Aime la vie ou la prend comme elle vient.

2 = Las de la vie. Pensées suicidaires seulement passagères.

4 = Pense qu'il vaudrait mieux qu'il/elle soit mort(e). Les pensées suicidaires sont habituelles, et le suicide considéré comme une solution éventuelle, mais sans plan ou intention particulière.

6 = Plans explicites de suicide pour la prochaine occasion. Préparation active pour le suicide.

## Annexe 9 : Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

(Rosenberg, 1965)

Pour chaque item, indiquez si vous êtes :

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4

	1	2	3	4
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.				
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.				
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.				
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.				
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.				
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.				
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.				
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.				
9. Parfois je me sens vraiment inutile.				
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.				

## Annexe 10 : STAI

(Spielberg, 1993)

### STAI FORME Y-A

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Je me sens calme.				
Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.				
Je me sens tendu(e), crispé(e).				
Je me sens surmené(e).				
Je me sens tranquille, bien dans ma peau.				
Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).				
L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.				
Je me sens content(e).				
Je me sens effrayé(e).				
Je me sens à mon aise.				
Je sens que j'ai confiance en moi.				
Je me sens nerveux (nerveuse), irritable.				
J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).				
Je me sens indécis(e).				
Je suis décontracté(e), détendu(e).				
Je suis satisfait(e).				
Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).				
Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e).				
Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e).				
Je me sens de bonne humeur, aimable.				

### STAI FORME Y-B

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je me sens de bonne humeur, aimable.				
Je me sens nerveux (nerveuse) et agité(e)				
Je me sens content(e) de moi.				
Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres semblent l'être.				
J'ai un sentiment d'échec.				
Je me sens reposé(e).				
J'ai tout mon sang-froid.				
J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je peux plus les surmonter.				
Je m'inquiète à propos de choses sans importance.				
Je suis heureux (se).				
J'ai des pensées qui me perturbent.				
Je manque de confiance en moi.				
Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.				
Je prends facilement des décisions.				
Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur.				
Je suis satisfait(e).				
Des idées sans importance trottent dans ma tête, me dérangent.				
Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement.				
Je suis une personne posée, solide, stable.				
Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis				

**Annexe 11 : Mesures de l'asymétrie du sourire par le logiciel  
MEEI**

			1	2	3	4
Sourire neutre	A	Côté paralysé	8,53	1,78	2,31	10,37
		Ecart avec le côté sain	1,54	12,28	2,56	-0,5
	B	Côté paralysé	27,16	18,36	36,87	21,13
		Ecart avec le côté sain	-1,75	11,55	-9,78	3,44
	C	Côté paralysé	28,47	18,45	36,95	23,54
		Ecart avec le côté sain	-1,13	14,6	-9,43	2,93
Sourire intermédiaire	A	Côté paralysé	23,66	8,44	9,57	9,42
		Ecart avec le côté sain	-3,75	6,01	-3,9	12,93
	B	Côté paralysé	38,11	26,77	33,23	26,24
		Ecart avec le côté sain	-7,84	9,91	-9,5	-1,56
	C	Côté paralysé	44,85	28,07	34,58	27,88
		Ecart avec le côté sain	-8,62	11,35	-10,19	5,42
Sourire maximal	A	Côté paralysé	28,77	0,51	10,67	14,53
		Ecart avec le côté sain	1,37	18,82	2,08	14,28
	B	Côté paralysé	32,17	14,77	35,29	23,74
		Ecart avec le côté sain	2,35	26,44	-9,53	6,49
	C	Côté paralysé	43,16	14,78	34,01	27,83
		Ecart avec le côté sain	2,67	30,74	-5,27	13,94