



**FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE**  
*Centre de formation en orthophonie*

Année 2018 – 2019

MÉMOIRE

En vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie

Présenté par

Juliette LE BARS

Soutenu publiquement en juin 2019 :

**LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE DES TROUBLES DE  
L'ORALITÉ ALIMENTAIRE CHEZ LE PATIENT ADULTE :  
ÉTUDES DE CAS**

Directrice du mémoire : Madame Christine ANDRES-ROOS, Orthophoniste, Tours

Jury de soutenance : Madame Hélène DUPIN, Orthophoniste

Madame Mélanie MERVEILLE, Orthophoniste





**FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE**  
*Centre de formation en orthophonie*

Année 2018 – 2019

MÉMOIRE

En vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie

Présenté par

Juliette LE BARS

Soutenu publiquement en juin 2019 :

**LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE DES TROUBLES DE  
L'ORALITÉ ALIMENTAIRE CHEZ LE PATIENT ADULTE :  
ÉTUDES DE CAS**

Directrice du mémoire : Madame Christine ANDRES-ROOS, Orthophoniste, Tours

Jury de soutenance : Madame Hélène DUPIN, Orthophoniste

Madame Mélanie MERVEILLE, Orthophoniste

# REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout d'abord Christine Andres-Roos, qui est à l'origine de ce projet, pour sa disponibilité, sa bienveillance, son soutien et les précieux conseils qu'elle a su me prodiguer tout au long de ce travail. Merci également à tous les patients inclus dans cette étude, pour leur témoignage et le partage de leur vécu.

Je voudrais également adresser mes remerciements aux orthophonistes qui ont accepté de faire partie de mon jury de mémoire : mesdames Hélène Dupin et Mélanie Merveille.

Je remercie tous les orthophonistes rencontrés au travers de mes stages durant ces cinq années d'étude, pour leur pédagogie et leur bienveillance. Je tiens à remercier plus particulièrement Joël Le Gonnidec, pour son écoute et ses conseils bienveillants.

À Justine, Agathe et Maylis, merci pour vos relectures, vos corrections, vos conseils avisés et votre patience à toute épreuve face à mes doutes et mes craintes. Vous avez su me redonner confiance en mon travail et plus généralement en moi.

À mes amies de promotion : Léa et Lisa, merci d'avoir apporté tant de bonheur à mes années d'études. Merci plus particulièrement à Maylis, mon binôme, pour les folles aventures que l'on a vécues, au Canada ou ailleurs, et pour celles que l'on vivra encore.

À mes amis et ma famille, que je ne citerai pas mais qui se reconnaîtront.

Enfin, je tiens à remercier mes parents, pour leur soutien sans faille. Merci d'avoir fait de moi celle que je suis aujourd'hui, de n'avoir jamais cessé de croire en moi et de m'avoir donné la chance d'exercer le métier de mes rêves. Les mots ne seront jamais assez forts.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE : FONDEMENTS THÉORIQUES .....</b>	<b>3</b>
<b>1. La bouche et les perceptions .....</b>	<b>3</b>
1.1. La bouche.....	3
1.2. L'innervation de la langue .....	3
1.3. Le desmodonte.....	4
1.4. Les perceptions .....	5
1.4.1. Les perceptions gustatives et olfactives .....	5
1.4.2. Les perceptions somesthésiques.....	7
<b>2. L'oralité.....</b>	<b>7</b>
2.1. Définition .....	7
2.2. L'oralité alimentaire.....	8
2.2.1. L'oralité primaire.....	8
2.2.2. L'oralité secondaire.....	9
2.3. Les relations entre oralité alimentaire et oralité verbale.....	10
<b>3. Les troubles de l'oralité .....</b>	<b>11</b>
3.1. Définition .....	11
3.2. Les manifestations cliniques.....	11
3.3. Les causes de la dysoralité alimentaire.....	12
3.3.1. Les causes organiques .....	12
3.3.2. Les causes post-traumatiques .....	13
3.3.3. La nutrition artificielle.....	13
3.3.3.1. La nutrition entérale.....	13
3.3.3.2. La nutrition parentérale .....	14
3.3.4. Le trouble de l'intégration sensorielle.....	14
3.3.5. L'origine sensitive et/ou sensorielle.....	14
3.3.6. Le défaut praxique.....	15
3.3.7. Le stress.....	15
3.4. Diagnostic différentiel .....	16
3.4.1. Les troubles du comportement alimentaire .....	16
<b>4. Les données actuelles de la littérature internationale.....</b>	<b>17</b>
4.1. Le trouble de l'oralité alimentaire du patient adulte : terminologies.....	17
4.1.1. La néophobie alimentaire .....	17
4.1.2. Le picky eating .....	18

4.1.3. L'ARFID : avoidant-restrictive food intake disorder.....	19
<b>5. Les perspectives de prise en charge du trouble alimentaire dans la littérature internationale .....</b>	<b>19</b>
5.1. La prise en charge de l'enfant.....	19
5.2. La prise en charge de l'adulte .....	20
<b>DEUXIÈME PARTIE : PARTIE PRATIQUE.....</b>	<b>22</b>
<b>1. Objectifs, problématique et hypothèses .....</b>	<b>22</b>
1.1. Objectifs généraux .....	22
1.2. Problématique .....	22
1.3. Hypothèses.....	23
<b>2. Sujets, matériel et méthode .....</b>	<b>23</b>
2.1. Présentation des sujets .....	23
2.1.1. Contexte de la prise en charge.....	23
2.1.2. Critères d'inclusion .....	24
2.1.3. Critères d'exclusion.....	24
2.1.4. Patients inclus dans l'étude .....	24
2.2. Matériel.....	25
2.2.1. Élaboration du bilan initial complet.....	25
2.2.2. Élaboration de la grille de pré-test.....	30
2.3. Méthode .....	30
2.3.1. L'entretien motivationnel .....	31
2.3.2. Le travail pratique.....	32
2.3.3. Le travail sensitif et sensoriel.....	34
2.3.3.1. Le travail sensitif.....	34
2.3.3.2. Le travail sensoriel.....	36
2.3.4. Les repas thérapeutiques.....	37
2.3.5. Le travail de détente corporelle et de réduction du stress .....	38
2.3.6. Élaboration du post-test.....	39
<b>3. Résultats.....</b>	<b>39</b>
3.1. Bilans initiaux des patients .....	39
3.1.1. Monsieur L. (annexe F).....	39
3.1.2. Madame P. (annexe G).....	40
3.1.3. Monsieur P. (annexe H).....	41
3.1.4. Madame B. (annexe I).....	42
3.1.5. Monsieur R. (annexe J).....	44
3.1.6. Madame R. (annexe K).....	46
3.2. Rééducation, évolution et évaluation post-intervention.....	47
3.2.1. Monsieur L. (annexe L).....	47

3.2.2. Madame P. (annexe M) .....	48
3.2.3. Monsieur P. (annexe N).....	49
3.2.4. Madame B. (annexe O).....	51
3.2.5. Monsieur R. (annexe P).....	52
3.2.6. Madame R. ....	53
<b>4. Discussion.....</b>	<b>53</b>
4.1. Rappels des objectifs et hypothèses.....	53
4.2. Interprétation des résultats et vérification des hypothèses.....	54
4.2.1. Résultats concernant l'efficacité de la rééducation orthophonique.....	54
4.2.2. Résultats concernant le répertoire alimentaire des patients.....	55
4.2.3. Résultats concernant le niveau de stress des patients.....	56
4.3. Atouts et limites de notre étude .....	57
4.4. Perspectives.....	59
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>60</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>70</b>

# LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Explicitation de l'évaluation initiale et argumentation des investigations .....	26
Tableau 2 : Exercices pratiques et fonctions orales .....	33
Tableau 3 : Progression des textures alimentaires à proposer, allant de la plus facile à la plus difficile, et exemples d'aliments .....	35
Tableau 4 : Les saveurs et les aliments correspondants.....	36
Tableau 5 : Niveau de stress des patients pré- et post-rééducation.....	57

# INTRODUCTION

---

Si les troubles de l'oralité alimentaire chez le jeune enfant font aujourd'hui l'objet de nombreuses recherches scientifiques (Abadie, 2004b ; Mercier, 2004 ; Puech & Vergeau, 2004 ; Thibault, 2004 ; Guillaume, 2014 ; Senez, 2015) et commencent à être bien connus des professionnels de santé, les troubles de l'oralité alimentaire chez le patient adulte sont, à l'inverse, moins vulgarisés. Or, il n'est pas rare de recevoir en consultation dans les cabinets d'orthophonie, des patients adultes présentant une dysoralité alimentaire.

La littérature internationale a vu émerger plusieurs articles de recherche traitant des troubles alimentaires s'apparentant à une dysoralité alimentaire (Dovey, Staples, Gibson, & Halford, 2008 ; Wildes, Zucker, & Marcus, 2012 ; Kauer, Pelchat, Rozin, & Zickgraf, 2015 ; Zickgraf, Franklin, & Rozin, 2016 ; Ellis, Galloway, Webb, & Martz, 2017 ; Nederkoorn, Houben, & Havermans, 2019) dans la terminologie française chez le patient adulte. En outre, ces troubles font l'objet d'une classification spécifique dans le DSM-V (American Psychiatric Association, 2015). Cependant, les connaissances pratiques quant à la rééducation de ces troubles restent à approfondir.

L'objectif de ce travail de recherche est de proposer aux orthophonistes un protocole de bilan suivi d'une proposition de rééducation orthophonique permettant un apport nutritionnel suffisant et un gain pondéral, tout en menant à une alimentation diversifiée tant au niveau du goût que des textures acceptées par le patient.

De cette façon, notre problématique concerne l'intérêt d'une meilleure prise en soin orthophonique des patients adultes présentant une dysoralité alimentaire, ainsi que son efficacité. Nous nous sommes également intéressés à la manière dont cette prise en charge pouvait se dérouler afin d'être efficace et de mener à des résultats objectivables.

Notre première partie s'axera sur les fondements théoriques et abordera tout d'abord l'anatomie buccale ainsi que les perceptions en bouche. Nous définirons aussi les termes d'oralité alimentaire et verbale en nous intéressant à leurs différentes phases. Nous traiterons également du trouble de l'oralité : sa définition, ses manifestations cliniques, ses causes ainsi que les diagnostics différentiels que nous pouvons effectuer. Nous aborderons les données actuelles de la littérature internationale, en exposant notamment les différentes

terminologies. Enfin, notre dernier paragraphe portera sur plusieurs données issues de la littérature étrangère traitant de la prise en charge du trouble alimentaire.

Dans notre seconde partie, axe pratique de ce travail, nous rappellerons les objectifs généraux, la problématique ainsi que les hypothèses sur lesquelles notre travail s'est centré. Nous présenterons ensuite les sujets inclus dans notre étude, et le protocole mis en place permettant de valider nos différentes hypothèses. Puis, nous détaillerons les résultats de notre étude par un résumé des différentes prises en charge et leur impact sur les patients inclus dans le protocole. Enfin, nous interpréterons les résultats obtenus et discuterons des apports et des limites de notre étude.

# PREMIÈRE PARTIE : FONDEMENTS THÉORIQUES

---

## 1. La bouche et les perceptions

### 1.1. La bouche

La bouche, espace ensalivé équipé de dents à partir de 6 mois et dans laquelle règne la langue, est un organe au carrefour du dedans et du dehors (Mercier, 2004). C'est l'une des cavités du visage formant le segment initial du tube digestif, communiquant en arrière avec le pharynx par l'isthme du gosier. La bouche assure diverses fonctions :

- La digestion, puisqu'elle contribue à la dégradation des aliments avant la déglutition grâce aux enzymes salivaires ;
- La gustation, grâce aux papilles linguales qui permettent de percevoir les sensations gustatives ;
- La phonation, en fonctionnant comme une caisse de résonance et en permettant un passage depuis le rhino-pharynx vers les voies nasales provoquant une modulation des sons produits par le larynx ;
- La respiration ;
- La rétro-olfaction, puisque gustation et olfaction sont intimement liées et l'appréciation des saveurs dépend de cette fonction, assurée par les fosses nasales via la bouche (Letonturier & Munier, 2016).

### 1.2. L'innervation de la langue

La langue est l'articulateur principal pour la production des sons de la parole, et est essentielle à la manipulation de la nourriture et des liquides pendant la mastication et la déglutition (McFarland, 2009). De plus, elle porte les récepteurs des organes du goût. Elle se compose d'une partie fixe, la racine, et d'une partie mobile, le corps, elle-même divisée en deux parties : le tiers postérieur (ou segment pharyngien) et les deux tiers antérieurs (ou

segment buccal). On dénombre 17 muscles linguaux. La surface de la langue est composée de nombreux récepteurs permettant de percevoir plusieurs modalités parmi lesquelles : la mécanoréception (perception des stimulations mécaniques : volume, forme des aliments, position en bouche), la nociception (perception de la douleur), la thermoréception (perception thermique) et la chimioréception (capacité à détecter des substances chimiques, correspondant à la gustation) (Piochi, Dinnella, Prescott, & Monteleone, 2018). L'organe récepteur du goût est le bourgeon gustatif, présent en 9000 exemplaires environ sur la face dorsale de la langue. Il est porté par les papilles gustatives siégeant sur le bord de la langue, sur ses parties antérieure (papilles fongiformes) et latérale (papilles foliées), ainsi qu'au niveau du V lingual (papilles caliciformes ou circumvallées). Les papilles filiformes, les plus nombreuses, sont présentes sur toute la surface de la langue et ne contiennent pas de bourgeons gustatifs. La localisation des papilles gustatives ne se limite pas à la langue mais s'étend au palais, à la face linguale de l'épiglotte, au pharynx, au larynx et au tiers supérieur de l'œsophage (Kettaneh, Fain, Stirnemann, & Thomas, 2002).

L'innervation linguale est assurée par diverses paires de nerfs crâniens :

L'innervation motrice est assurée par le nerf hypoglosse (XII) sur la partie antérieure de la langue et le nerf vague (X) sur la partie postérieure de la langue.

L'innervation sensitive, correspondant à la sensibilité (le toucher, dont la perception des textures, la perception thermique et la douleur) est assurée par le nerf trijumeau (V) sur la partie antérieure de la langue et par le nerf glossopharyngien (IX) sur la partie postérieure de la langue.

L'innervation sensorielle, correspondant à la perception du goût, est assurée par le nerf facial (VII) sur la partie antérieure de la langue et par le nerf glossopharyngien (IX) sur la partie postérieure de la langue.

### **1.3. Le desmodonte**

Auparavant appelé ligament parodontal, le desmodonte relie l'os alvéolaire et la racine de la dent. Il permet l'ancrage des dents à la mandibule et au maxillaire. Ce tissu conjonctif se compose de cellules indifférenciées, permettant aussi bien un remaniement osseux qu'une réparation du cément (tissu qui recouvre la dent au niveau de la racine). Il joue aussi un rôle amortisseur des forces occlusales afin de protéger les dents d'éventuels

chocs (Huck & Buxeraud, 2018). Les informations proprioceptives fines perçues par les dents et le desmodonte sont ensuite véhiculées par le nerf trijumeau (V) vers le système nerveux (Clauzade, 2007). Le desmodonte contient des récepteurs qui informent le cerveau sur les aliments contenus en bouche, et permet de mastiquer de manière adaptée. En effet, il envoie des messages au système nerveux central afin de programmer l'amplitude et la vitesse du mouvement de fermeture buccale en fonction de l'aliment. La discrimination et la mémoire de la résistance de l'aliment pendant les cycles de mastication sont utilisées afin de mieux coordonner l'action musculaire et de contrôler l'intensité des forces (Marin, 2018). Par conséquent, les personnes ne consommant que des aliments mixés ont un desmodonte qui ne fonctionne pas de manière efficiente à cause d'un amoindrissement de la diversité des informations entraînant une diminution perceptives.

## **1.4. Les perceptions**

### **1.4.1. Les perceptions gustatives et olfactives**

Le sens du goût est un système chimiosensoriel spécialisé dédié à l'évaluation du contenu nutritif des aliments (Maitrepierre, Sigoillot, & Briand, 2011). Son organe est la langue et il est le siège de cinq saveurs de base : le sucré, le salé, l'amer, l'acide et l'umami (Chéron, Golebiowski, Antonczak, & Briand, 2017). Si les quatre premières sont bien appréhendées par les scientifiques, la saveur umami demeure souvent méconnue puisqu'elle est la dernière admise par la communauté scientifique. Il s'agit d'un terme japonais désignant un plat « savoureux » (Chéron et al., 2017). Cependant, il est à noter que la notion de saveur fondamentale et son nombre restent à définir et sont encore sujets à débat. Par exemple, les saveurs nommées oleogustus et kokumi sont apparues récemment. La saveur oleogustus correspondrait au goût gras (Running, Craig, & Mattes, 2015), quant au kokumi, il s'agirait d'un réhausseur de goût, au même titre que l'umami, provoquant une richesse de goût, une plénitude, une onctuosité, et perçu par les récepteurs calciques (Maruyama, Yasuda, Kuroda, & Eto, 2012). D'autres saveurs, telles que le goût métallique, le goût piquant (moutarde, piment) ou frais (menthe) et l'astringence (thé, tanins) sont aussi importantes et ne rentrent pas dans cette classification (Maitrepierre et al., 2011).

Afin d'être considérée comme une saveur primaire, celle-ci doit avoir une signature chimique : correspondre à des chimiorécepteurs du goût spécifiques qui sont les cellules

sensorielles des bourgeons gustatifs présents sur la langue et le voile du palais principalement. De plus, elle doit pouvoir être différenciée d'autres goûts. Le goût correspond à une composante essentielle à l'être humain : le plaisir de manger des aliments aux saveurs variées (Maitrepierre et al., 2011).

De manière plus large, le goût fait référence à toutes les saveurs perçues lorsque l'on déguste un produit. Cela englobe à la fois la saveur mais également l'odeur (Rigal, 2004). La perception des odeurs se fait par deux voies :

- La voie orthonasale : la plus directe, celle qui correspond à l'inspiration nasale et qui permet de percevoir les odeurs ;
- La voie rétronasale : elle correspond à l'odeur perçue, via la bouche, des molécules odorantes volatiles remontant vers la cavité nasale par l'arrière du voile du palais. Elle permet de percevoir les arômes (Maitrepierre et al., 2011).

D'après Maitrepierre et al. en 2011, l'être humain a, de façon innée, une attirance pour le sucré et un rejet pour l'acide et l'amer. Ce sont des inclinations et des rejets développés au cours de l'évolution. En effet, à l'époque où la sélection naturelle mettait au point notre appareil gustatif, le goût sucré signalait des substances riches en énergie, tandis que le goût acide trahissait des substances pouvant se révéler corrosives, et que l'amertume signalait la présence possible d'agents infectieux. L'amer et l'acide étaient donc synonymes de danger (Maitrepierre et al., 2011). Ces caractéristiques sont présentes in utero et sont communes à tous les bébés. Cependant, des différences sont relevées entre les bébés en matière d'appréciation olfactive notamment. En effet, chaque bébé possède un profil de sensibilité génétiquement déterminé qui lui est propre. En partant d'une attirance pour le sucré et d'un rejet de l'acidité et de l'amertume, il va devoir apprendre à diversifier son alimentation pour satisfaire sa condition d'omnivore (Rigal, 2004). Des études ont révélé l'existence d'un goût infantin, qui correspond à des aliments connus et appréciés par la plupart des enfants au détriment d'autres. Par exemple, les aliments sucrés (les fruits, les pâtisseries, les sucreries), les aliments salés et simples (les pâtes, les frites, le riz), certaines viandes (le poulet) et les laitages seraient préférés à d'autres aliments qui feraient l'objet d'un « dégoût infantin » (les abats, la plupart des légumes, les produits au goût très prononcé). En grandissant, les enfants devraient dépasser ces dégoûts sensoriels (Rigal, 2004).

### **1.4.2. Les perceptions somesthésiques**

La langue est également un organe du toucher, capable d'une reconnaissance tactile. La somesthésie concerne toutes les sensations intéressant le revêtement de notre corps (peau et muqueuses), par conséquent de notre langue (Pagano & Rofidal, 2014). Ces capacités de reconnaissance tactile, appelées stéréognosies linguales, désignent la reconnaissance de la nature des objets par l'identification de leur forme et de leur consistance (Senez, 2015). Elle fait intervenir à la fois la sensibilité tactile, la sensibilité aux pressions et la sensibilité profonde. Les papilles filiformes, par exemple, ne jouent aucun rôle gustatif mais permettent à notre langue de retenir et d'explorer les aliments afin d'identifier leur température, leur consistance, et leur texture : ce sont des mécanorécepteurs.

De ce fait, le goût d'un aliment est lié d'une part à la perception des saveurs en bouche (grâce à la détection des molécules sapides par la langue) et d'autre part aux sensations olfactives (rétronasales) et somesthésiques (thermiques, tactiles et proprioceptives). La saveur et l'arôme sont donc les composantes gustatives et olfactives de la flaveur qui elle-même correspond à l'ensemble des informations sensorielles activées lors de la mise en bouche de l'aliment et de sa mastication (Maitrepierre et al., 2011). Tout cela est possible grâce aux papilles présentes sur la langue qui sont des chimiorécepteurs et des mécanorécepteurs.

## **2. L'oralité**

### **2.1. Définition**

L'oralité, terme issu du vocabulaire psychanalytique, désigne l'ensemble des fonctions orales, c'est-à-dire dévolues à la bouche (Abadie, 2004b). Les fonctions orales sont nombreuses et concernent les thèmes fondateurs de la survie et de la communication.

Nous pouvons citer parmi elles : l'alimentation, la ventilation, le cri, l'exploration tactile et gustative, les relations érogènes et le langage. Les premières expressions de l'oralité sont observées in utero. L'oralité se manifeste à chaque période de la vie, de la vie fœtale à la mort, pour les humains et pour un grand nombre d'êtres vivants (Couly, 2010).

## **2.2. L'oralité alimentaire**

L'acte de manger est un besoin qui implique de faire franchir aux aliments la frontière entre le dedans et le dehors, dans le but d'apaiser une tension, celle provoquée par la faim. Le comportement alimentaire de l'enfant se construit parallèlement à son développement neurologique, sensori-moteur et psycho-affectif, de la vie intra-utérine jusqu'à l'âge de 6 ans (Puech & Vergeau, 2004).

### **2.2.1. L'oralité primaire**

L'oralité est dite fondatrice de l'être puisqu'elle correspond aux fondements de la capacité du futur individu à ingérer des nutriments à partir de la naissance, donc à vivre et à assurer sa croissance (Couly, 2010). Lors de cette première période de vie, l'enfant est soumis à des afférences sensorielles, dans une alternance constante entre plaisir et déplaisir. La mère dite « nourricière » est là pour répondre à ses besoins physiques, elle provoque de la satisfaction à l'enfant grâce aux échanges alimentaires, sensoriels et affectifs, faisant suite à une sensation de manque (Abadie, 2004a). Le bébé, durant ce stade, investit sa sphère oro-digestive comme un lieu de plaisir, de découvertes multisensorielles et d'échanges. Un traumatisme précoce de cette sphère, pouvant être lié à la présence d'une pathologie mais aussi à différents soins médicaux tels que l'intubation, la trachéotomie ou la pose d'une sonde nasogastrique, peut entraver l'investissement positif de cette zone par l'enfant (Guillerme, 2014).

Également appelée oralité dépendante par succion, l'oralité primaire débute in utero pendant la période embryo-fœtale et domine jusqu'aux 5-6 mois de l'enfant. Lors de la période embryo-fœtale, les structures anatomiques de la cavité bucco-nasale se construisent et s'animent au cours d'une succession d'étapes aboutissant à la genèse d'organes, puis de systèmes d'organes, dont le fonctionnement est géré par le système nerveux autonome (Thibault, 2004). La succion est organisée automatiquement (succion réflexe) durant cette première période d'oralité. Le couple succion-déglutition est présent dès la 15<sup>ème</sup> semaine de gestation, et le débit de déglutition augmente progressivement durant le 3<sup>ème</sup> trimestre de gestation (Abadie, 2004a). Deux types de succion existent : la succion dite non nutritive (ayant pour but la mobilisation des structures bucco-faciales mais également l'apaisement)

et la succion nutritive. Cette dernière, qui requiert une bonne coordination succion-déglutition-ventilation, apparaît à 32 semaines de gestation et n'est mature qu'au moment du terme (Guillerme, 2014).

### **2.2.2. L'oralité secondaire**

Elle relaie l'oralité primaire et débute aux alentours de 5-6 mois. Lors de cette phase, de grands changements s'opèrent. La phase orale devient volontaire et elle est marquée par le passage à la cuillère. Les deux oralités coexistent chez les enfants de 6 mois à 5 ans (Thibault, 2004).

Lors de la phase orale secondaire, également nommée oralité pratique autonome, le schème moteur évolue, et passe de la succion à la mastication (Couly, 2010). Traditionnellement, le développement de l'alimentation par voie orale est considéré comme un processus continu et unitaire durant lequel un comportement de succion réflexe donne lieu à un comportement d'alimentation masticatoire, plus varié et volontaire. Cependant, J. Alberts et R. Pickler (2012) ont mis en évidence le fait que succion et mastication seraient différenciées et feraient référence à deux systèmes séparables. Par ailleurs, le comportement masticatoire peut émerger alors même que la succion n'a pas été fonctionnelle précocement. Ces auteurs ont mené une expérience qui a notamment permis d'objectiver que des rats nourris par sonde artificielle et n'ayant pas expérimenté la succion pouvaient développer un comportement masticatoire, à l'instar des rats pour lesquels la succion avait été conservée. Ainsi, il existerait bien deux systèmes indépendants : un système de succion et un système de mastication. Chez l'Homme, jusqu'à environ 6 mois, seul le système de succion est possible, le système masticatoire se mettant en place progressivement (Alberts & Pickler, 2012). Les automatismes sont produits par des générateurs centraux de rythme (*central pattern generator*). Ce sont des réseaux de neurones localisés dans la moelle spinale pour la locomotion et dans le tronc cérébral pour la respiration, la déglutition, la succion et la mastication (Fougeront, 2018). Ces réseaux de neurones programmés génétiquement sont responsables d'une décharge intrinsèque, autonome et stéréotypée. Il existe au moins deux générateurs rythmiques dévolus, l'un à la succion, l'autre à la mastication. Par la suite, lors du relais cortical, des modifications s'opèrent, liées à la maturation corticale.

L'oralité secondaire correspond à une stratégie motrice praxique dépendant du cortex frontal moteur. Il s'agit de l'apprentissage d'une séquence de gestes par l'enfant : ouverture buccale, acceptation de la cuillère contenant l'aliment puis déglutition. L'apparition des dents (entre 6 et 36 mois) rythme le développement de la praxie de mastication et assure la mise en place de l'occlusion, donc la fonctionnalité de la mastication entre les dents supérieures et inférieures (Couly, 2010). Les expériences sensori-motrices de mastication et de déglutition volontaires vécues par l'enfant sont intégrées dans le schème cortical sensori-moteur. Le parent guide l'enfant dans sa découverte de goûts nouveaux. L'élargissement de la panoplie alimentaire grâce à la diversification des apports parentaux permet à l'enfant de construire son « moi alimentaire » par les perceptions gustatives, olfactives, visuelles, avec les aléas que chaque enfant peut rencontrer lors de cette construction sensorielle alimentaire (« aimer » ou « ne pas aimer ») (Couly, 2010).

L'alimentation correspond d'abord au comblement d'un besoin instinctif et de tensions sensorielles, et devient par la suite un jeu, un intérêt, un mode relationnel avec l'extérieur, impliquant les notions de plaisir et de déplaisir (Abadie, 2004b).

### **2.3. Les relations entre oralité alimentaire et oralité verbale**

L'oralité alimentaire (ou oralité nutritionnelle d'ingestion) et l'oralité verbale (ou oralité verbale d'émission phonémique) sont étroitement intriquées (Thibault, 2004). En effet, elles ont des histoires originelles partagées. Lors de l'oralité primaire, la succion et le cri dominant, tandis que lors de la phase orale secondaire, la mastication et la parole coexistent (Couly, 2017).

Il existe une corrélation importante entre les étapes de maturation de l'oralité alimentaire et celles de la maturation communicative par les cris, les phonèmes puis les mots. De plus, celles-ci sont liées par une proximité fonctionnelle puisque les voies anatomiques de l'oralité alimentaire et celles de l'oralité verbale sont analogues. Toutefois, ces deux formes d'oralité utilisent les conduits anatomiques oro-digestifs en sens inverse. En effet, l'aliment transite par la bouche, puis le pharynx pour être assimilé par l'intestin, tandis que les cris, les phonèmes ou les mots sont élaborés par le larynx, puis émis par la cavité buccale (Couly, 2017).

## **3. Les troubles de l'oralité**

### **3.1. Définition**

L'acte de mettre en bouche et d'avaler est une action complexe qui requiert contrôle et régulation à différents niveaux du système nerveux (Drozd, Mancopes, Toniolo Silva, & Reppold, 2014). L'enfant doit s'habituer par étapes au passage d'une alimentation liquide à des consistances de plus en plus solides, allant de la purée assez fluide aux petits morceaux tendres jusqu'aux fibres de la viande. Cependant, des individus n'y arriveront pas, et ce trouble perdurera à l'âge adulte. Ces personnes développeront des troubles de l'oralité alimentaire, aussi appelés « dysoralité alimentaire ». Ce trouble est un motif fréquent de consultation orthophonique, chez l'enfant mais également de plus en plus souvent chez l'adulte. En effet, les plaintes qui reviennent fréquemment concernent : un petit appétit, une prise alimentaire insuffisante, un refus alimentaire, des rejets, des nausées, une sélectivité alimentaire (Abadie, 2004a).

### **3.2. Les manifestations cliniques**

Bien que les troubles de l'oralité du jeune enfant soient fréquents, leurs manifestations cliniques, leur origine et leur sémiologie sont d'une grande hétérogénéité (Abadie, 2004a ; Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009 ; Guillaume, 2014 ; Morris, Knight, Bruni, Sayers, & Drayton, 2017). Nous distinguons :

- Le refus, l'opposition ou l'évitement de l'alimentation et des situations d'alimentation ;
- L'hypersensibilité pouvant entraîner un refus, des nausées voire des vomissements lorsque qu'un objet extérieur entre en contact avec la zone exo ou endo-buccale ou l'hyposensibilité lorsque les stimulations orales ne sont pas ressenties par le sujet ;
- L'hypersensorialité de la sphère oro-faciale qui déclenche : frissons, grimaces, nausées voire vomissements au contact de certains goûts perçus de manière trop forte, ou au contraire l'hyposensorialité lorsque les goûts ne sont perçus qu'à très forte intensité ;
- Une sélectivité en termes de texture, de couleur, de température ;

- La néophobie alimentaire, qui correspond au refus des aliments nouveaux (Guillerme, 2014) ;
- Une lenteur et des problèmes comportementaux lors des repas.

### **3.3. Les causes de la dysoralité alimentaire**

#### **3.3.1. Les causes organiques**

Les causes organiques et anatomiques des troubles de l'oralité alimentaire sont diverses.

Dans un premier temps, ceux-ci peuvent représenter un effet secondaire d'une pathologie organique digestive (transit anormal, douleur abdominale, ralentissement du statut pondéral, trouble de la motricité oesophagienne, reflux gastro-oesophagien) ou d'une pathologie organique extra-digestive (syndromes inflammatoires infectieux, intolérances alimentaires d'origine métabolique, cardiopathies, pathologies pulmonaires, troubles de la déglutition).

Ils peuvent également être liés à des anomalies congénitales de la déglutition : dysfonctionnement néonatal du tronc cérébral, certaines pathologies constitutionnelles syndromiques (microdélétion 22Q11, syndrome de Noonan, de Prader-Willi), atteinte neuromusculaire congénitale (myopathie, dystrophie musculaire).

Il peut également s'agir de pathologies acquises de la déglutition telles que des brûlures caustiques oropharyngées, ou des infections aiguës des voies aériennes supérieures.

Les pathologies neurologiques acquises (tumeurs, accident vasculaire cérébral, encéphalite) peuvent également être la cause de troubles de l'oralité alimentaire.

Enfin, certaines dysoralités sont secondaires à une dysphagie. À la dysphagie fait référence, selon l'édition de 2011 du dictionnaire d'orthophonie, une difficulté à déglutir d'origine organique ou fonctionnelle pouvant occasionner une douleur. Elle correspond à un ensemble de troubles liés à des dysfonctionnements oropharyngés, qui provoquent des difficultés à faire passer un bolus alimentaire ou des sécrétions depuis la bouche ou le pharynx vers l'œsophage tout en protégeant les voies aériennes (Ruglio, 2017). Dans le cas où un patient présente une dysphagie dès la naissance, nous pouvons retrouver des troubles de l'oralité alimentaire souvent liés à un manque d'investissement de la sphère orale comme lieu de plaisir et d'exploration (Lecoufle, 2017).

### **3.3.2. Les causes post-traumatiques**

L'origine de ces troubles de l'oralité alimentaire est multifactorielle. Ainsi, ils peuvent être liés à :

- Une absence d'expérimentation de la sphère orale lorsque la pathologie est néonatale ;
- Un investissement négatif de la sphère orale dû aux traumatismes subis ;
- Une perturbation du rythme faim-satiation-satiété induite par la nutrition artificielle ;
- Une perturbation du lien mère-enfant provoqué par ces pathologies précoces graves (Thibault, 2007).

Les causes les plus usuelles de traumatismes précoces à risque d'inappétence ultérieure sont : la prématurité, la réanimation, la bronchodysplasie pulmonaire, les anomalies congénitales du tube digestif (atrésies de l'œsophage, hernies de coupole diaphragmatique, anomalies du carrefour digestif).

### **3.3.3. La nutrition artificielle**

Elle a pour but de corriger ou prévenir la dénutrition lorsque l'alimentation naturelle, par voie orale, devient insuffisante ou impossible. Il existe deux types de nutrition artificielle : la nutrition entérale et la nutrition parentérale.

#### **3.3.3.1. La nutrition entérale**

La nutrition entérale consiste à administrer une solution nutritive par voie digestive, à débit constant ou fractionné. Elle peut être réalisée selon 2 techniques : par sonde nasogastrique (la plus utilisée) ou par sonde de gastrostomie. La sonde nasogastrique ou orogastrique repose sur une diffusion continue, au moyen d'une sonde nasogastrique et d'une pompe, de la solution et permet d'assurer une prise calorique régulière en utilisant l'axe digestif au maximum. Un tuyau très fin est introduit dans le nez et descend jusqu'à l'estomac ou l'intestin. La nutrition entérale à débit constant peut être utilisée en continu ou de façon nocturne. Elle est préjudiciable pour l'acquisition des sensations proprioceptives (notamment buccales, nasopharyngées, diminution du réflexe nauséux et/ou irritation) et

des praxies de déglutition et oro-bucco-faciales (Thibault, 2007). La gastrostomie, quant à elle, permet un accès direct à l'estomac car elle est posée entre la face antérieure de l'antrum gastrique et la paroi abdominale.

### **3.3.3.2. *La nutrition parentérale***

La nutrition parentérale est indiquée lorsque l'axe digestif n'est pas utilisable et/ou lorsqu'il ne peut assurer des apports suffisants. Elle peut également avoir pour objectif la mise au repos de l'axe digestif, siège d'un processus inflammatoire plus ou moins étendu ou d'un obstacle anatomique ou fonctionnel. Un cathéter est posé dans une voie veineuse et le mélange nutritif de micronutriments et de macronutriments est directement introduit dans la circulation sanguine (Zazzo et al., 2010).

### **3.3.4. Le trouble de l'intégration sensorielle**

Le trouble de l'intégration sensorielle est un trouble développemental complexe affectant les enfants et les adultes. Les patients ont des difficultés à interpréter, moduler, détecter, organiser et utiliser les informations sensorielles venant des divers sens (Reebye, Stalker, & Kingsley, 2009). Des déficits dans la fonction neuronale sensorielle peuvent aboutir à des troubles du développement, d'apprentissage ou de régulation émotionnelle. Ce trouble, touchant tous les systèmes sensoriels, a plusieurs formes : parfois la sensorialité peut être exacerbée (hypersensorialité qui conduit à une trop grande réactivité), diminuée (hyposensorialité provoquant une diminution de l'excitation, une inactivité, une passivité), évitée (le patient a une apparence calme, est hypervigilant, scrutant l'extérieur, craintif, anxieux), ou recherchée (éveil accru, surexcitation, impulsivité, prises de risque) (L. J. Miller & Schaaf, 2008).

### **3.3.5. L'origine sensitive et/ou sensorielle**

La dysoralité alimentaire peut se manifester par des aversions alimentaires d'origine sensorielle et/ou sensitive. En effet, certains patients présentent une extrême sélectivité vis-à-vis d'aliments qui pourraient déclencher gêne, toux, étouffements, réflexes nauséux voire

vomissements (Senez, 2015). Certaines aversions alimentaires seraient dues à une trop grande réactivité des chimiorécepteurs (papilles présentes sur la surface de la langue détectant les différents saveurs) qui conduirait à une aversion d'origine sensorielle ; ou des mécanorécepteurs (qui assurent la perception de la température, de la consistance et de la texture des aliments) qui conduirait à une aversion d'origine sensitive. Si la sensibilité normale est un facteur d'appétit, la sensibilité exacerbée aura l'effet inverse, provoquant des réflexes hypernauséux selon la texture des aliments, la taille des morceaux, mais aussi lors du brossage des dents (Nederkoorn et al., 2019). Il en est de même pour une sensorialité exacerbée, correspondant à une réponse accrue à des goûts ou des odeurs inconnus, entraînant des réactions de rejets et d'anxiété (Thomas, Olivia B. Wons, & Eddy, 2018).

### **3.3.6. Le défaut praxique**

La dysoralité alimentaire peut également être causée par un défaut praxique oral. La praxie se définit comme la capacité à coordonner un mouvement adapté à une action. Ainsi, un trouble des compétences oro-motrices liées à la fonction d'alimentation (mise en bouche, mastication, déglutition) peut entraver le développement de l'oralité (Grevesse & Hermans, 2017). De plus, la langue est le seul organe capable d'une action musculaire fine et rapide en réponse à des stimulations sensorielles, sensibles ou mécaniques en s'adaptant aux sensations buccales. Ainsi, toute anomalie praxique de la langue aura des répercussions sur le développement péribuccal et sera génératrice de dysmorphoses dentaires et maxillaires. Les fonctions orales se développent autour de la langue donc une programmation maturative défectueuse pourra entraîner des troubles fonctionnels oraux. L'interaction entre les possibilités de contrôle et de mobilisation des muscles linguaux et la réalisation des fonctions buccales est très forte. C'est du complexe labio-linguo-jugal et maxillaire au repos et en fonction que dépendra l'harmonie buccale. Un équilibre linguo-mandibulo-hyoïdien est également nécessaire, dépendant du système régional vertébro-cranio-facial et de l'équilibre global de l'individu (Thibault, 2007).

### **3.3.7. Le stress**

Dans le langage populaire, le « bon stress » désigne les expériences de durée limitée qu'une personne peut maîtriser, laissant un sentiment d'excitation et d'accomplissement. À

l'inverse, le « mauvais stress » fait référence à des expériences où le sentiment de maîtrise fait défaut et qui sont généralement prolongées ou récurrentes, émotionnellement ou physiquement épuisantes ou dangereuses (McEwen, 2007). Le stress est un phénomène normal et naturel en présence d'une pression ou d'une agression de l'environnement, mais il devient néfaste dès lors qu'il se prolonge et que la personne est incapable de maîtriser la situation. C'est alors que les perturbations physiologiques, émotionnelles et comportementales peuvent apparaître (Michels et al., 2013). Le stress déclenche des réponses autonomes, endocriniennes et comportementales, régulées par de multiples circuits cérébraux. En cas de menace perçue, le système limbique déclenche des réponses autonomes dans le tronc cérébral via l'hypothalamus et le réseau autonome central, entraînant une réduction de l'activité parasympathique assurée par le nerf vague (X) et une augmentation de l'activité sympathique. Cela crée une réaction d'hyperactivité, une augmentation de la fréquence cardiaque et du flux sanguin vers les muscles, une vigilance accrue et une réduction des fonctions digestives, immunitaires et reproductives afin de se préparer aux demandes métaboliques de la réponse « combat » ou « fuite ». Lorsque la menace est supprimée, le nerf vague recouvre sa fonction afin d'exécuter des fonctions de repos, de digestion, de réparation et de restauration. De cette manière, le système nerveux forme un réseau essentiel pour soutenir la santé et l'auto-préservation en réponse à de brèves périodes intermittentes de menace. Dans les cas où le stress est profond et/ou prolongé, la réponse du corps au stress peut être activée de manière chronique, provoquant une hyperactivité tonique et sympathique continue (Elbers, Jaradeh, Yeh, & Golianu, 2018). La dysrégulation du système nerveux induite par un stress prolongé entraîne des symptômes tels que : douleurs chroniques, difficultés émotionnelles, difficultés de sommeil, difficultés exécutives, troubles digestifs, diminution de la sensation de faim, troubles anxieux et dépressifs. Le système nerveux autonome est un médiateur essentiel de la réponse au stress aigu et de la récupération (McEwen, 2007).

### **3.4. Diagnostic différentiel**

#### **3.4.1. Les troubles du comportement alimentaire**

Il est important de distinguer les troubles du comportement alimentaire (TCA) et la dysoralité alimentaire. Les TCA associent des perturbations du comportement alimentaire,

des troubles de la perception de l'image corporelle et une obsession quant au poids et à l'alimentation (Lecerf & Schlienger, 2016). Ils sont fréquents, chroniques, souvent graves et apparaissent en général à l'adolescence ou à la suite d'un traumatisme. Les TCA surviennent en l'absence de troubles alimentaires préexistants à l'installation de la maladie. Dans le cadre des dysoralités alimentaires, au contraire, nous sommes dans un continuum, une apparition suite à un changement de texture, de goût ou suite à un événement particulier. Le traitement des TCA fait appel aux thérapies cognitives et comportementales, à d'autres formes de psychothérapies ou parfois à des traitements médicamenteux (D. Rigaud & Pennacchio, 2018). La classification et les critères diagnostiques des TCA sont inclus dans le DSM-V qui distingue : l'anorexie mentale, la boulimie, l'hyperphagie boulimique (ou *binge eating disorder*) et les troubles alimentaires non spécifiques regroupant l'hyperphagie nocturne, le grignotage et les formes incomplètes d'anorexie (le poids reste dans les limites de la normale) ou de boulimie (la fréquence des crises est inférieure à 3 fois par semaine).

## **4. Les données actuelles de la littérature internationale**

### **4.1. Le trouble de l'oralité alimentaire du patient adulte : terminologies**

Nos recherches concernant les dysoralités alimentaires du patient adulte ne nous ayant pas permis de trouver des articles francophones, nous avons décidé de nous intéresser à la littérature internationale. Nous avons notamment trouvé des données sous les termes : néophobie alimentaire (*food neophobia*), *picky eating*, ARFID (*avoidant-restrictive food intake disorder*), que nous définirons ci-dessous.

#### **4.1.1. La néophobie alimentaire**

La néophobie alimentaire correspond au refus de manger des aliments inconnus. Elle est une tendance naturelle de l'enfant, qui rejette certains aliments potentiellement toxiques pour lui (Dovey et al., 2008). Ce phénomène, présent naturellement à la naissance, peut persister à l'âge adulte. Chez certains adultes, la présence d'une néophobie alimentaire peut être mise en évidence par des comportements alimentaires rigides, un refus de goûter de

nouveaux aliments engendrant une gamme d'aliments acceptés très restreinte (Zickgraf et al., 2016). Cette néophobie pourrait être un mécanisme précoce du *picky eating* (Ellis et al., 2017).

#### **4.1.2. Le picky eating**

Le terme picky eating (littéralement, *picky eaters* : mangeurs difficiles) est défini comme le rejet d'aliments inconnus mais aussi d'aliments connus. C'est un phénomène commun durant l'enfance, généralement basé sur le goût, la texture ou la qualité sensorielle de l'aliment. Chez la plupart des enfants, le picky eating est transitoire et disparaît au cours de la croissance (Wildes et al., 2012). Les recherches sur le picky eating à ce jour concernent surtout les enfants. Cependant, des recherches s'intéressant aux adultes tendent à apparaître (Wildes et al., 2012 ; Kauer et al., 2015 ; Zickgraf et al., 2016 ; Ellis et al., 2017 ; Ellis, Galloway, Zickgraf, & Whited, 2018). Le picky eating regroupe dans sa définition de grandes variations allant de la consommation d'une variété limitée d'aliments au refus de nouveaux aliments (néophobie) (Cardona Cano et al., 2015). Les picky eaters adultes présentent un panel alimentaire restreint, le rejet de nouveaux aliments, le rejet d'aliments basé sur le goût, la texture, l'odeur ou l'aspect visuel, le refus d'aliments mélangés, des rituels autour du repas, ou encore l'inquiétude autour de l'aspect social du repas (Kauer et al., 2015 ; Ellis et al., 2017). Wildes et collaborateurs (2012), ont constaté que le picky eating chez l'adulte pouvait provoquer des niveaux très élevés d'anxiété face à l'alimentation. De nombreuses études ont prouvé que le picky eating pouvait avoir des répercussions psychologiques, sociales et médicales ; notamment pondérales et nutritives (Cardona Cano et al., 2015 ; Kauer et al., 2015 ; Ellis et al., 2017, 2018).

Ellis et collaborateurs (2017) ont mis au point un questionnaire sur la consommation de nourriture chez l'adulte (*APEQ : Adult Picky Eating Questionnaire*) permettant d'évaluer les comportements des mangeurs difficiles. Ce questionnaire examine quatre domaines : la présentation des repas, la variété des aliments, le désintérêt pour les repas et la sélectivité selon la saveur.

#### **4.1.3. L'ARFID : avoidant-restrictive food intake disorder**

L'ARFID, *avoidant-restrictive food intake disorder*, est littéralement un trouble évitant ou restrictif de la prise alimentaire entraînant une incapacité persistante à satisfaire les besoins nutritionnels (Zickgraf et al., 2016). Selon le DSM-V, afin de recevoir un diagnostic d'ARFID, l'individu doit avoir une alimentation sélective basée sur les propriétés sensorielles des aliments (ce qui correspond au *picky eating*) associée à une perte de poids importante, des carences nutritionnelles, une dépendance à des compléments nutritionnels caloriques et/ou à une alimentation entérale, une interférence marquée avec le fonctionnement psychosocial ; ou doit présenter l'association de toutes ces caractéristiques. Dans la littérature, l'ARFID est souvent associé à des symptômes gastro-intestinaux, une anxiété aiguë dans des situations liées à l'alimentation, des symptômes compulsifs, des difficultés sociales et des conflits familiaux (Kauer et al., 2015 ; Zickgraf et al., 2016).

## **5. Les perspectives de prise en charge du trouble alimentaire dans la littérature internationale**

Trois études rencontrées au cours de nos recherches dans la littérature ont particulièrement retenu notre attention sur la manière de prendre en charge ces troubles. Ces études, prenant en compte de façon globale le patient présentant un trouble alimentaire, ont inspiré le protocole créé, présenté dans la partie pratique de ce travail.

### **5.1. La prise en charge de l'enfant**

Thomas et *al.*, en 2017, rapportent le cas d'une jeune fille de 11 ans ayant une peur intense de manger des solides, associée à une perte de poids importante, faisant suite à un épisode traumatisant de fausse-route. La patiente ne pouvait plus manger d'aliments solides et mâchait les liquides. Au cours de l'évaluation, il a été mis en évidence que cette patiente mangeait de manière sélective depuis son enfance, avait un répertoire alimentaire très restreint et sélectionnait les aliments en fonction de leur goût, de leur texture ou du fait qu'ils étaient ou non « mélangés ». Un diagnostic de TCA fut écarté après une évaluation

psychiatrique. L'examen n'a pas mis en évidence de trouble médical ou psychosocial et un diagnostic d'ARFID a pu être posé. L'examen orthophonique n'a rien révélé d'anormal concernant la posture ou l'anatomie oro-buccale. Lors de l'essai de prise orale, la patiente a pu boire de l'eau de manière adaptée. Lorsqu'elle a dû manger des pâtes, consistance qu'elle a évaluée comme difficile à avaler, elle a présenté une diminution de la motricité orale, maintenant le bolus dans la cavité buccale plusieurs secondes avant de commencer sa mastication. Après plusieurs essais avec des bolus de compotes, la coordination motrice orale s'est améliorée. La patiente a finalement été déclarée inapte à manger des aliments par phobie d'étouffement et oubli de la façon de déglutir. Le traitement de cette patiente fut pluridisciplinaire et a pris plusieurs formes : un traitement médicamenteux afin de réduire l'anxiété et de stimuler l'appétit ; un traitement comportemental ayant pour objets la peur de l'étouffement, le manque d'intérêt pour l'alimentation et la sélectivité alimentaire due à l'hypersensorialité et à l'hypersensibilité. La première étape rééducative a consisté à aider la patiente à rétablir un panel alimentaire large. Pour cela, une liste des aliments des moins redoutés aux plus redoutés a été établie. La patiente ayant des inquiétudes quant à sa motricité orale, l'évolution de l'exposition aux aliments a été réalisée en fonction des textures (aliments mous puis croquants et fibreux). Une évaluation subjective de l'anxiété de la patiente a été réalisée à chaque séance, et ses résultats sont allés en diminuant. Les objectifs de la rééducation ont été progressifs : rétablir un poids santé grâce aux repas, incorporer une alimentation dense en énergie puis augmenter le répertoire alimentaire. Un an après la rééducation, la patiente n'a signalé aucune crainte d'étouffement et avait réintégré tous les aliments solides. De plus, elle avait pris 6,4 kilogrammes (Thomas, Brigham, Sally, Hazen, & Eddy, 2017).

## **5.2. La prise en charge de l'adulte**

En 2003, Marcontell et *al.* ont mis au point un protocole de traitement de la néophobie alimentaire. Cette étude concerne deux patients présentant un trouble alimentaire de type néophobie sans troubles médicaux. Après évaluations psychologique et nutritionnelle, il a été mis en évidence que les deux patients avaient un répertoire alimentaire très restreint depuis leur enfance. Ils témoignaient également d'une grande anxiété face aux aliments non familiers. Une équipe multidisciplinaire comprenant notamment psychologue et diététicien a donc conçu une approche cognitivo-comportementale autour de plusieurs

axes : la relaxation afin d'atténuer le stress face à l'alimentation (relaxation musculaire et exercices de respiration abdominale profonde), le développement d'une hiérarchisation des aliments des moins redoutés aux plus redoutés, et une désensibilisation par des séances d'exposition aux aliments. Une fois que les patients maîtrisaient la consommation d'une plus grande variété d'aliments, les séances d'exposition se sont déroulées en extérieur, au restaurant, afin de généraliser les acquis (Marcontell, Laster, & Johnson, 2003).

King et *al.*, en 2015, ont rapporté une étude de cas dans laquelle ils ont pris en charge une patiente de 41 ans ayant un répertoire alimentaire limité, par une thérapie cognitivo-comportementale. La patiente présentait un trouble anxieux face à l'alimentation (crainte d'étouffement) dans un contexte de trouble alimentaire de type ARFID. L'exclusion d'un trouble du comportement alimentaire (TCA) a pu être effectuée par une évaluation psychiatrique. Afin de traiter cette patiente, une équipe pluridisciplinaire a été mise en place, comprenant : un psychiatre, des infirmiers, un assistant social, un diététicien, un neurologue et un orthophoniste. Après une évaluation complète, il a été établi qu'aucune cause médicale ne pouvait être à l'origine de ce trouble. Un protocole a été mis au point, regroupant la diminution progressive de l'anxiété (par la gestion adaptée de celle-ci) face à l'alimentation et la désensibilisation par l'exposition répétée à différents aliments. La patiente a, dans un premier temps, effectué une hiérarchisation des aliments, allant de ceux étant sans danger selon elle (par exemple, la soupe) à ceux qui étaient dangereux (par exemple, la viande). L'exposition progressive fut axée sur l'augmentation de la quantité de nourriture qu'elle pouvait ingérer puis sur l'augmentation de la variété des aliments. Son anxiété a pu être évaluée au fur et à mesure des séances par une échelle subjective allant de 0 (aucune anxiété) à 10 (anxiété maximale). À la dernière séance, la patiente témoignait d'un niveau d'anxiété très faible. Toute la rééducation fut également axée sur l'explication des sensations lors de l'alimentation et sur l'interprétation correcte des signaux envoyés par son corps, témoignant de son anxiété et non d'un trouble digestif réel (King, Urbach, & Stewart, 2015).

# DEUXIÈME PARTIE : PARTIE PRATIQUE

---

## **1. Objectifs, problématique et hypothèses**

### **1.1. Objectifs généraux**

Les patients adultes atteints d'une dysoralité alimentaire peuvent être reçus en bilan et pris en charge par les orthophonistes. Or, peu d'études et de formations existent à ce sujet et les orthophonistes peuvent parfois se sentir démunis quant à la façon de mener la prise en soin. Ainsi, une proposition de protocole de bilan et de rééducation semble être nécessaire aux orthophonistes et aux patients rencontrés, compte tenu du manque d'informations à leur disposition. L'objectif de ce travail de recherche est donc de proposer un protocole de bilan et de prise en charge orthophonique conduisant les patients à une amélioration de la façon de s'alimenter, menant à une diversification tant au niveau du goût que des textures. Enfin, nous aspirons, au travers de notre protocole, à une normalisation de l'état nutritionnel par une augmentation pondérale lorsque cela est nécessaire.

### **1.2. Problématique**

Les troubles de l'oralité alimentaire présents chez l'enfant et leur prise en charge ont fait l'objet de nombreuses recherches (Abadie, 2004a ; Thibault, 2004, 2007) tant au niveau du diagnostic que de la prise en charge orthophonique. Cependant, il n'en est pas de même concernant les troubles de l'oralité vécus par les patients adultes, dont la prise en charge reste assez méconnue des orthophonistes notamment en raison du peu de documentation disponible à ce sujet. Ainsi, notre travail de recherche a porté sur la possibilité d'une meilleure prise en soin orthophonique des patients adultes présentant une dysoralité alimentaire ainsi que sur son efficacité. Par conséquent, nous visons, au travers de ce travail de recherche, un apport de connaissances pratiques quant à cette prise en soin, par un

protocole qualitatif utile en bilan mais également dans le processus de rééducation. De plus, nous nous sommes intéressés à la manière dont cette prise en charge pouvait se dérouler.

### **1.3. Hypothèses**

Notre hypothèse principale est que la rééducation orthophonique peut se montrer efficace dans le cadre de dysoralité alimentaire chez le patient adulte. En effet, à la suite d'un bilan orthophonique permettant d'objectiver la présence d'une dysoralité alimentaire, elle pourrait mener à une reprise alimentaire efficiente couvrant les besoins nutritionnels et assurant un gain pondéral (Marcontell et al., 2003 ; King et al., 2015).

De cette hypothèse générale découlent deux hypothèses secondaires. La première développe le fait que la rééducation orthophonique permet d'étoffer le répertoire alimentaire du patient en augmentant le nombre d'aliments acceptés et en diversifiant l'alimentation (au niveau du goût mais aussi des textures) menant à une normalisation de celle-ci. La seconde est que la rééducation orthophonique est efficace si elle prend en compte tous les aspects inhérents au trouble, à savoir à la fois les aspects fonctionnels mais également les composantes motivationnelle et psychologique du patient (Marcontell et al., 2003).

## **2. Sujets, matériel et méthode**

### **2.1. Présentation des sujets**

#### **2.1.1. Contexte de la prise en charge**

Les patients que nous allons présenter ont tous été reçus en bilan et ont suivi une rééducation orthophonique auprès de Christine Andres-Roos, exerçant en cabinet libéral. Cette orthophoniste prend fréquemment en charge des patients, enfants et adultes, atteints d'une dysoralité alimentaire. De plus, elle dispense des formations dans ce domaine auprès des orthophonistes depuis 2012.

### **2.1.2. Critères d'inclusion**

Les patients inclus dans cette étude sont des patients adultes, âgés de 18 ans et plus, puisqu'il s'agit de notre domaine de recherche. Ces patients ont tous consulté l'orthophoniste avec une plainte initiale concernant l'alimentation, handicapant leur fonctionnement quotidien. De plus, pour chacun de ces patients, la présence d'une dysoralité alimentaire a été mise en évidence par un bilan orthophonique. Enfin, nous avons également choisi d'inclure des patients dont le trouble de l'oralité alimentaire entraine dans le cadre d'une autre pathologie, hors TCA, puisque nous traitons ici la dysoralité, quelle que soit son étiologie. Notre étude inclut donc un patient dont le trouble de l'oralité est corrélé à une paralysie cérébrale.

### **2.1.3. Critères d'exclusion**

Nous avons décidé d'exclure les patients mineurs, dont la prise en charge fait l'objet d'autres études et d'autres fonctionnements. De plus, nous avons volontairement choisi d'exclure les patients présentant un trouble du comportement alimentaire, que nous avons défini dans notre partie théorique. En effet, une prise en charge psychologique est nécessaire face à ces troubles qui ne dépendraient donc pas uniquement de la prise en charge orthophonique.

### **2.1.4. Patients inclus dans l'étude**

Notre groupe d'étude se compose de six patients présentant une dysoralité alimentaire. Ces patients ont tous été vus par Christine Andres-Roos en bilan et ont tous suivi une rééducation orthophonique, achevée pour certains, actuellement en cours pour d'autres. Nous avons choisi de ne pas donner les noms des patients, de manière à respecter leur anonymat.

Le premier patient, monsieur L. est âgé de 25 ans au moment de la prise en charge. Il présente une sélectivité alimentaire importante. Il a été suivi par l'orthophoniste durant 3 mois entre juillet et octobre 2017, à raison de 15 séances.

La deuxième patiente, madame P. est âgée de 26 ans au moment de la prise en charge. Elle présente une hypersensorialité. Elle a été suivie durant 4 mois par l'orthophoniste entre avril et août 2016, à raison de 13 séances.

Le troisième patient, monsieur P. est âgé de 36 ans au moment de la prise en charge. Il présente une dysoralité alimentaire se manifestant par une restriction alimentaire importante. Il a été suivi par l'orthophoniste durant un mois et demi entre février et mars 2018, à raison de 10 séances.

La quatrième patiente, madame B. est âgée de 33 ans au moment de la prise en charge. Elle présente une dysoralité alimentaire massive s'apparentant à une phobie, relative à un passif de fausse-route. Elle a été suivie durant 11 mois par l'orthophoniste entre janvier et décembre 2018, à raison de 37 séances.

Le cinquième patient, monsieur R. est âgé de 27 ans au moment de la prise en charge. Il présente une dysoralité alimentaire dans le cadre d'une paralysie cérébrale, avec un comportement alimentaire restrictif. Il est suivi depuis octobre 2017, et a déjà effectué 75 séances. Il est toujours pris en charge par l'orthophoniste à ce jour.

La sixième patiente, madame R. est âgée de 18 ans au moment de la prise en charge. Elle présente un trouble alimentaire se manifestant par une extrême sélectivité et une phobie alimentaire importante. Cette patiente a rencontré l'orthophoniste en mars 2018 et n'a pas été suivie en rééducation. Nous aborderons ultérieurement les raisons de cette absence de prise en charge.

## **2.2. Matériel**

Les protocoles de bilan et de rééducation mis en place dans le cadre de cette étude ont été élaborés à partir des données recueillies dans la littérature et s'appuient sur les informations contenues dans notre partie théorique.

### **2.2.1. Élaboration du bilan initial complet**

L'évaluation des troubles alimentaires se réalise en deux temps (Katzman, Norris, & Zucker, 2019) : un temps d'entretien suivi d'une évaluation clinique intégrant une observation de repas (cf. annexes A et B). Pour plus de lisibilité, nous avons choisi d'explicitier les différents renseignements collectés lors du bilan sous la forme d'un tableau,

présenté ci-dessous (tableau 1). La colonne de gauche reprendra le thème d’investigation et la colonne de droite détaillera les questions abordées et leur justification.

*Tableau 1 : Explicitation de l’évaluation initiale et argumentation des investigations*

<b>L’ENTRETIEN</b>	
<b>Thème abordé</b>	<b>Précisions de l’investigation et justification</b>
Le profil médical du patient	<p>Identité du patient et histoire de vie</p> <p>Anamnèse retraçant les antécédents médicaux du patient</p> <p>Interrogatoire concernant les suivis médicaux ou paramédicaux actuels, les hospitalisations, les examens déjà réalisés</p> <p>Les difficultés de santé actuelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiratoires : pathologie pulmonaire pouvant évoquer la présence de fausse-route, polypnée, dyspnée ;</li> <li>• Digestives : présence d’un reflux gastro-oesophagien (RGO), de constipation, d’un diverticule de Zenker ;</li> <li>• Neurologiques ;</li> <li>• Nutritives : examens sanguins récents mettant en évidence des carences<sup>1</sup> ;</li> <li>• Dentaires : présence de toutes les dents, de couronnes, d’un dentier ;</li> <li>• Staturo-pondérales : Indice de Masse Corporelle (IMC)<sup>2</sup> ;</li> <li>• Allergies ;</li> <li>• Trouble endocrinien ;</li> <li>• Régime particulier ;</li> <li>• L’existence éventuelle d’une alimentation de supplémentation et son dosage.</li> </ul> <p>Toutes ces premières investigations permettent de faire le point sur</p>

<sup>1</sup> Une dénutrition prolongée entraîne notamment : ostéoporose, fonte de la masse musculaire et mauvais état dentaire. En effet, pour continuer à fonctionner, les organes vitaux puisent les minéraux essentiels dans ces structures (Brihaye Abadie, de Tournemire, & Alvin, 2003; Daniel Rigaud, 2007)

<sup>2</sup> L’indice de corpulence, souvent appelé « indice de masse corporelle » ou « IMC », permet de définir le statut pondéral. C’est un paramètre essentiel de l’évaluation de l’état nutritionnel. Il permet de reconnaître la dénutrition mais aussi l’obésité.

	<p>la situation médicale actuelle du patient mais également de relever un éventuel trouble médical qui pourrait expliquer les difficultés alimentaires du patient.</p>
<p>L'histoire de l'alimentation</p>	<p>Comment s'est passé le développement de l'alimentation, depuis l'alimentation lactée jusqu'à la diversification alimentaire ?</p> <p>Comment se déroulaient les repas lorsque vous étiez enfant ? Y avait-il des aliments que vous préféreriez et d'autres que vous refusiez ?</p> <p>Quels sont les aliments acceptés et ceux refusés aujourd'hui ?</p> <p>Avez-vous des préférences en termes de consistance alimentaire ?</p> <p>Avez-vous des préférences en termes de goût ?</p> <p>Avez-vous des préférences en termes de température ?</p> <p>Ressentez-vous la faim ?</p> <p>Comment se passe votre digestion ?</p> <p>Ce questionnaire permet de situer l'origine du trouble dans la dynamique de développement normal de l'oralité. Il permet de mettre en lumière les éventuelles difficultés présentes depuis longtemps.</p>
<p>Le déroulement du repas</p>	<p>Comment se passent les repas au quotidien ?</p> <p>Dans quel contexte se déroulent-ils ? (Assis à table, devant la télévision, en famille ou seul.e, etc.)</p> <p>Préparez-vous vos repas ou mangez-vous des plats « tous prêts » ?</p> <p>À quelle.s heure.s prenez-vous vos repas ? Grignotez-vous ?</p> <p>Combien de temps durent vos repas en moyenne ?</p> <p>Les temps de repas vous procurent-ils du plaisir ?</p> <p>Décrivez-moi le menu d'une journée classique.</p> <p>Si présence d'une sonde ou prise de compléments alimentaires : se renseigner sur le vécu du patient de la sonde ou des compléments.</p> <p>Nous nous renseignons par ce questionnaire sur l'alimentation actuelle, de la façon dont elle se passe aux sensations qu'elle procure au patient. Cela nous permet de connaître l'état du déroulé alimentaire du patient à l'instant du bilan.</p>

Le récapitulatif des préférences alimentaires	Nous réalisons ici un tableau regroupant les préférences alimentaires du patient, ainsi qu'en termes de textures et de températures des aliments et des boissons. Cela nous permet d'avoir un référentiel complet de l'alimentation du patient.
Le stress	La présence d'un stress est à objectiver durant l'entretien clinique, au travers des comportements du patient mais également grâce à un interrogatoire. Nous proposons au patient d'évaluer son stress face à l'alimentation par une note subjective allant de 0 (ne ressent aucun stress) à 10 (niveau maximal de stress). Nous avons vu dans notre partie théorique que le stress pouvait avoir des répercussions physiologiques, notamment sur l'alimentation. Il est donc important de mettre en lumière la présence d'un stress durable.
<b>L'EXAMEN CLINIQUE</b>	
Observation de la posture et des structures au repos	<p>Nous relevons dans un premier temps les particularités de la posture et du tonus corporel, s'il y en a. Puis, nous observerons certaines structures au repos :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les lèvres : leur forme et position ; chaque lèvre puis les deux ensemble ; le degré de tension du sillon labio-mentonnier ;</li> <li>• Les joues ;</li> <li>• Les mandibules ;</li> <li>• Le palais ;</li> <li>• La dentition : <i>les dents sont-elles présentes ?, sont-elles abîmées ?, est-ce qu'il y a des couronnes ?, des implants ?, quel est le niveau d'hygiène bucco-dentaire ? ;</i></li> <li>• La langue : sa forme, son volume, ses particularités éventuelles (gros bourgeons linguaux, frein court).</li> </ul> <p>L'alimentation se passe dans la bouche mais nécessite un équilibre corporel et des structures faciales. Les observer est essentiel afin d'apprécier le déroulé des repas.</p>
Motricité des structures : aspect pratique	<p>Nous observons la qualité des mouvements dans différents plans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des lèvres ;</li> <li>• Des joues ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De la mâchoire ;</li> <li>• De la langue ;</li> <li>• Les mouvements permettant le passage du bolus de la bouche vers le pharynx.</li> </ul> <p>Nous observons également la qualité du souffle, de la mastication et de la déglutition.</p> <p>Dans notre partie théorique, nous avons montré qu'une dysoralité pouvait être causée par un défaut praxique oral. Il est donc nécessaire d'observer et d'évaluer la mobilité des structures faciales.</p>
Aspects sensitifs et sensoriels	<p>Nous testerons ici les aspects sensitifs d'une part :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réponse au toucher ;</li> <li>• Réponse à la pression ;</li> <li>• Réponse à la température.</li> </ul> <p>Tout cela à l'intérieur et autour de la bouche. Cette partie de l'examen permet de mettre en évidence une hypo ou au contraire une hypersensibilité, pouvant causer une dysoralité alimentaire, comme nous l'avons vu dans notre partie théorique.</p> <p>Puis, nous observerons les aspects sensoriels, correspondant à la perception des différents goûts :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le sucré : testé à l'aide de sucre dilué dans de l'eau ;</li> <li>• Le salé : testé à l'aide de sel dilué dans de l'eau ;</li> <li>• L'amer : testé à l'aide de café dilué dans de l'eau ;</li> <li>• L'acide : testé à l'aide de citron dilué dans de l'eau ;</li> <li>• L'umami : testé à l'aide de bouillon type Knorr® ;</li> <li>• Le kokumi : testé à l'aide de lait (car il s'agit d'une saveur perçue par les récepteurs calciques) dilué dans de l'eau ;</li> <li>• L'oleogustus : testé à l'aide d'huile.</li> </ul> <p>Cette évaluation permettra de mettre en évidence un trouble de la sensorialité, qui peut être soit une hypersensorialité soit au contraire une hyposensorialité.</p>
Observation de repas (annexe B)	<p>Cette évaluation se complète par l'observation d'un temps de repas ou d'une collation. Cette étape est nécessaire afin d'évaluer</p>

	<p>objectivement et en contexte tous les éléments évoqués ci-dessus. L'observation de repas est donc primordiale et permet d'apprécier la situation réelle du patient et les accommodations mises en place. Nous observons également attentivement ici la qualité du contrôle du souffle, de la mastication et de la déglutition. L'évaluation de la déglutition peut aider à repérer les patients à risque de fausses-routes, l'existence de difficultés de déglutition et leur localisation, les consistances alimentaires les mieux tolérées et les plus appropriées au patient. L'examen clinique de la déglutition peut également permettre d'objectiver une difficulté de contenance buccale, de mobilité linguale, de mastication unilatérale ou bilatérale, une prise de bouchées trop petites ou trop grosses. Enfin, elle peut nous permettre de relever une achalasie du sphincter supérieur de l'œsophage, une gêne lors du passage dans l'œsophage, etc. Dans le cas où la personne présente un risque important de fausses-routes, il paraît nécessaire de considérer ce risque en priorité afin d'éviter toute complication d'inhalation broncho-pulmonaire. De même si les besoins caloriques, hydriques et nutritionnels de la personne ne sont pas comblés, cet aspect sera traité en priorité (Havard, Carreau, &amp; Tuffreau, 2009).</p>
--	---

### **2.2.2. Élaboration de la grille de pré-test**

À partir de ce bilan initial, nous avons élaboré une fiche récapitulant les différentes observations relevées lors du bilan initial, par grands thèmes. Cette grille correspondra à notre pré-test (voir annexe C).

### **2.3. Méthode**

La prise en charge orthophonique est considérée comme achevée lorsque le patient est en mesure d'avoir une alimentation per os variée et en quantité suffisante afin de combler ses besoins nutritionnels, ne nécessitant pas le recours à quelque alimentation de supplémentation et/ou hypercalorique (King et al., 2015). Nos recherches dans la littérature

(Kauer et al., 2015 ; Thomas, Brigham, et al., 2017) combinées avec les difficultés rencontrées par les patients inclus dans notre étude nous ont permis de mettre en exergue les troubles principaux auxquels étaient confrontés les sujets adultes présentant une dysoralité alimentaire. Ainsi, ces troubles concernent majoritairement les aspects praxiques, la sensibilité, la sensorialité, et le niveau de stress important face à l'alimentation. Nous avons donc construit un programme de rééducation en visant principalement la remédiation de ces quatre versants. Toute la rééducation s'appuiera sur la technique de l'entretien motivationnel et nécessitera en parallèle une explication constante du trouble ainsi que des objectifs thérapeutiques.

### **2.3.1. L'entretien motivationnel**

L'entretien motivationnel (EM) est un concept né dans les années 1980 aux États-Unis qui est appliqué dans de nombreux champs professionnels (W. Miller & Rollnick, 2013). L'EM permet de faire naître des changements dans l'attitude des patients vis-à-vis de leur pathologie et de trouver une façon constructive de répondre aux difficultés des patients lorsque l'on entreprend une motivation au changement. Il vise à construire des conversations de telle façon que les personnes puissent évoquer un changement pour elles-mêmes, en se fondant sur leurs valeurs et leurs intérêts. L'EM est fondé sur l'écoute, au travers de conversations collaboratives. Son but premier est de faire advenir et renforcer la motivation au changement d'une personne et son engagement vers un objectif en faisant émerger ses propres raisons de changer dans une atmosphère de non-jugement et d'altruisme. En somme, l'EM est un style de communication collaboratif et centré sur un objectif, avec une attention particulière au langage de changement. Il repose sur quatre aspects essentiels : le partenariat entre le soignant et le patient ; le non-jugement ; l'altruisme, qui correspond au fait de donner la priorité aux besoins de l'autre ; l'évocation, qui signifie que le soignant doit permettre au patient d'exprimer ses points forts et non d'évaluer ses points faibles. Le changement se réalise par le patient, avec l'aide du soignant. La méthode de l'EM comprend :

- L'engagement dans la relation : l'établissement d'une alliance thérapeutique ;
- La focalisation : l'expression de la plainte qui permet d'éclaircir les objectifs du patient et de développer et maintenir une direction précise dans l'entretien ;

- L'évocation : l'émergence des propres motivations au changement du patient par sa participation active et le renforcement de sa motivation en accueillant ses doutes ;
- La planification : le développement de l'engagement vers le changement et la formulation d'un plan d'action précis (W. Miller & Rollnick, 2013).

Dans notre contexte de travail, l'engagement dans la rééducation est réciproque et repose sur l'établissement d'une relation de travail confiante et empreinte de respect, sur l'accord quant aux objectifs rééducatifs et sur la collaboration afin d'atteindre ces objectifs. Nul n'est dépourvu de motivation et il est nécessaire de prendre le temps de comprendre les valeurs et les objectifs des patients afin de leur fournir des bases solides. Ainsi, la pratique de l'EM nous paraît nécessaire dans les prises en soin que nous traitons ici. En effet, nous rencontrons des patients adultes présentant une dysoralité alimentaire parfois depuis de nombreuses années. Ces patients ont généralement des histoires de vie complexes et une relation particulière et longue avec les corps médical et paramédical. Se fonder sur leurs valeurs, leurs intérêts et leurs désirs dans le but de faire émerger leur motivation et la route du changement qu'ils veulent emprunter est primordial afin de nouer une alliance thérapeutique optimale.

### **2.3.2. Le travail pratique**

Nous testons les capacités pratiques lors du bilan et allons mettre en place des exercices si un trouble est objectivé. Ces exercices permettront de travailler les structures et les fonctions déficitaires en mobilisant de manière adéquate les effecteurs bucco-faciaux, afin de réapprendre à les utiliser (Bleeckx, 2001). Ainsi, nous allons mettre en place des exercices faisant intervenir spécifiquement : les lèvres, les joues, la mâchoire, la langue, le voile du palais. De plus, nous proposerons aux patients des exercices impliquant différentes fonctions orales, afin de travailler de manière globale la sphère bucco-faciale (cf. tableau 2). Ces mouvements volontaires sont reproduits par les patients, associés à un contrôle au miroir, sur consigne verbale ou sur imitation (Bleeckx, 2001). Ces praxies seront également travaillées de manière passive lors des essais alimentaires et des repas thérapeutiques par la mastication de différents aliments. Par ailleurs, ce travail pratique, combiné aux repas thérapeutiques, permettra aux patients d'utiliser les effecteurs bucco-faciaux de manière adaptée selon la texture alimentaire présente en bouche puisque l'activité musculaire est

différente selon l'aliment mastiqué. Par exemple, on ne mastique pas un aliment mou et élastique qui mobilise la langue (comme un Chamallow®), de la même manière que l'on mastique un aliment craquant, friable et collant qui mobilise peu la langue (comme une Cracotte®). La langue, le desmodonte, les lèvres, et l'ensemble des structures ne vont pas effectuer un travail similaire dans les deux cas. Le palais lui-même, certes immobile, va être soumis à des contraintes physiques excessivement différentes d'un aliment à l'autre (Mioche, Bourdiol, & Monier, 2003 ; Piancino et al., 2017).

Ainsi, l'objectif du travail pratique sera de permettre au patient de gagner en motricité, mais également de réinvestir de façon adaptée toute la sphère orale et de diminuer ou d'augmenter la sensibilité par le réapprentissage d'un mouvement bucco-facial adapté en fonction du type d'aliment présent en bouche et mastiqué (Thomas, Brigham, et al., 2017).

*Tableau 2 : Exercices pratiques et fonctions orales (Bleeckx, 2001)*

EFFECTEUR	EXERCICES
Les joues	Gonfler / rentrer les joues ; Résister à un appui joues gonflées ; Faire passer l'air d'une joue à l'autre.
Les lèvres	Avancer les lèvres (baiser) ; Étirer les lèvres (sourire) ; Dire /ou/ et /i/ ; Se mordre la lèvre supérieure puis inférieure ; Siffler.
La mâchoire	Ouvrir / fermer la bouche ; Effectuer des mouvements de diduction ; Avancer / reculer la mandibule.
La langue	Effectuer des mouvements latéraux langue sortie et langue intra-buccale (dans les joues) ; Reculer la langue ; Sortir la langue et atteindre un abaisse-langue présenté par le thérapeute ; Alterner langue fine / langue épaisse ; Monter la langue vers le nez ; Faire le tour des lèvres ;

	Balayer le palais d'avant en arrière ; Claquer la langue ; Résister contre un abaisse-langue.
Le voile du palais	Émettre des voyelles orales et nasales (/a/ ; /an/ ; /o/ ; /on/) ; Aspirer l'eau dans une paille longue et fine ; Réaliser des exercices de respiration ; Éteindre ou faire vaciller la flamme d'une bougie.
<b>FONCTION</b>	<b>EXERCICES</b>
Aspiration buccale	Aspirer l'air dans une paille ; Aspirer avec une tétine non nutritive (fait intervenir les lèvres, les joues, la langue, le voile du palais, la montée du larynx).
Contenance buccale	Contenir l'air / les liquides.
Mastication	Mastiquer sur tuyau en caoutchouc : d'avant vers l'arrière, sur les côtés ; Faire des mouvements de rotation du maxillaire.
Fermeture labiale	Serrer une spatule placée transversalement entre les lèvres ; Maintenir un tuyau en plastique entre les lèvres.

### 2.3.3. Le travail sensitif et sensoriel

#### 2.3.3.1. Le travail sensitif

Nous proposerons un travail permettant la remédiation des aspects sensitifs si le bilan a mis en évidence un trouble de la sensibilité. Le travail pratique et les repas thérapeutiques menés auront un impact sur les aspects sensitifs. En effet, au travers de la réalisation des différents exercices buccaux, le patient réapprendra à effectuer des mouvements adéquats et à réutiliser les effecteurs de manière adaptée en fonction du contenu buccal, ce qui

diminuera la sensibilité en bouche. Premièrement, nous avons la possibilité de mettre en place les exercices entraînant les fonctions orales, présentés dans le tableau 2. En effet, ces exercices entraînent d'une part la motricité bucco-faciale, mais permettent d'autre part de diminuer la sensibilité du patient par l'incorporation buccale d'objets extérieurs et l'adaptation des structures buccales aux outils en bouche (Bleeckx, 2001). Deuxièmement, nous avons observé que la texture alimentaire peut être déterminante dans l'aversion de certains aliments. Des études suggèrent que pour les adultes, les textures sont importantes dans l'appréciation ou non des aliments (Ellis et al., 2017, 2018). L'exposition et l'habituation à des textures peu appréciées augmenteront donc progressivement le goût pour ces textures (Nederkoorn et al., 2019) et diminueront la sensibilité. Nous avons rassemblé dans le tableau 3 la progression des différentes textures à présenter aux patients ainsi que des exemples d'aliments. Nous allons proposer au patient à chaque séance le plus de textures possible, au moins visuellement. Enfin, la sensibilité peut également se travailler grâce à la mise en bouche et la mastication d'aliments à différentes températures et de tailles variées (Marcontell et al., 2003 ; Thomas, Brigham, et al., 2017 ; Thomas, Lawson, et al., 2017 ; Katzman et al., 2019).

*Tableau 3 : Progression des textures alimentaires à proposer, allant de la plus facile à la plus difficile, et exemples d'aliments (Nishinari et al., 2008)*

<b>TEXTURES</b>	<b>EXEMPLES D'ALIMENTS</b>
Aliments liquides	Soupe, jus, nectar, lait (de toutes sortes) ;
Aliments semi-liquides	Yaourts, potages, jaune d'œuf ;
Aliments mous	Banane, saucisse, crêpe, foie, mie de pain, fromages, madeleine, pâtes, gruyère ;
Aliments fondants et tendres	Beurre, barbe à papa, Chamallow®, glace, chips chinoises, carottes cuites ;
Aliments collants	Confiture, certaines purées, pâtes à tartiner, pain de mie, Cracotte®, rillettes ;
Aliments granuleux	Riz, semoule, maïs ;
Aliments cassants et secs	Pétales corn flakes, gâteaux secs (salés ou sucrés), gressins ;
Aliments élastiques	Bonbons gélatineux, surimi ;
Aliments filandreux	Viande, poireaux, céleri branche, asperge, rhubarbe ;
Aliments durs/solides	Pommes, carotte crue, croûte de pain.

### 2.3.3.2. *Le travail sensoriel*

Nous allons effectuer un travail de rééducation de l'aspect sensoriel. En effet, un trouble de l'oralité peut être causé par une mauvaise perception des saveurs, dont la détection est alors exacerbée ou au contraire chutée voire absente (« Taste Disorders », 2015). Premièrement, nous pouvons proposer au patient les différentes saveurs de base et ce, à des niveaux de dilution variables afin de déterminer le niveau exact de détection des goûts, et de partir de celui-ci dans la réhabilitation (« Taste Disorders », 2015). Les seuils de détection par l'être humain pour les différentes saveurs se retrouvent en moles dans la littérature (« La chimie du goût », s. d.). Cependant, les correspondances en grammes par litre étant complexes à établir, nous pouvons nous-même goûter les préparations afin de déterminer les seuils de détection en fonction de nos propres perceptions.

Lorsque le goût est exacerbé, le but de cette rééducation est d'augmenter progressivement la concentration gustative, allant des solutions les plus diluées vers des solutions moins diluées jusqu'à proposer la saveur pure afin de ramener à une sensorialité plus proche de la norme. À l'inverse, lorsque le goût n'est pas ressenti par le patient, il s'agit de lui proposer les saveurs de la plus pure possible vers la plus diluée possible afin que le patient la perçoive, se l'approprie et l'apprivoise. Les saveurs sont proposées sur un coton-tige ou à l'aide d'une petite cuillère (Bleeckx, 2001). Systématiquement, nous partons de ce qui est accepté par le patient puis nous augmentons ou diminuons la concentration progressivement. Il est important également de travailler sur chaque hémilangue de manière longitudinale (Kettaneh et al., 2002). Nous avons regroupé dans le tableau 4 les différentes saveurs et les aliments correspondants.

*Tableau 4 : Les saveurs et les aliments correspondants (Chéron et al., 2017 ; Januszewska, 2018 ; « La chimie du goût », s. d. ; Running, 2018)*

<b>SAVEUR</b>	<b>ALIMENT UTILISÉ</b>
Salé	Sel (dilué dans de l'eau ou non)
Sucré	Sucre (dilué dans de l'eau ou non)
Acide	Citron (dilué dans de l'eau ou non)
Amer	Café (dilué dans de l'eau ou non)
Umami	Bouillon de cuisine (dilué dans de l'eau)
Kokumi	Lait (dilué dans de l'eau ou non)
Oleogustus	Huile

Deuxièmement, nous établirons un travail sur les aliments. En séance, nous proposerons aux patients de goûter des aliments nouveaux et très différents de ceux qu'ils ont l'habitude de manger, aux goûts plus ou moins forts, en respectant parallèlement l'évolution des textures. Nous demanderons également aux patients de goûter, à domicile, un aliment « nouveau » par jour, non inclus dans le répertoire alimentaire (Thomas, Lawson, et al., 2017).

#### **2.3.4. Les repas thérapeutiques**

Les repas thérapeutiques ont pour objectif d'augmenter l'exposition des patients à de nouveaux aliments afin de réduire les sentiments négatifs et les appréhensions concernant l'alimentation (Thomas et al., 2018). Ainsi, en séance, ces repas devront associer : des petites quantités de nourriture au départ, dans une consistance acceptable pour le patient, en lien avec ce qu'il peut ingérer (voir annexe D) (Brown, Nordloh, & Donowitz, 1992). Nous devons également nous assurer que la présentation soit esthétique et appétissante, que des aliments chauds et froids soient présents et que toutes les textures alimentaires soient proposées (voir tableau 3) (Dovey et al., 2008). Les contenants utilisés doivent être petits mais en nombre important : il faut proposer aux patients une multitude d'aliments et de textures, en très petite quantité. En effet, nous cherchons à remplacer dans un premier temps la quantité par la qualité. De plus, lorsque les repas sont trop longs et fatigants, nous pouvons proposer une quantité moindre d'aliments mais qui soient rendus caloriques grâce à des adjuvants (crèmes, beurre, huile, ketchup, mayonnaise, fécule de pomme de terre, fromage en crème), tout en gardant l'apport protéique (Dessain-Gélinet, 2002). Nous devons nous assurer que les besoins nutritifs, en glucides, protéines et lipides (dont les acides gras essentiels), et en vitamines et minéraux, sont couverts. Le choix de donner au patient des morceaux ou une texture mixée se fait en suivant ses possibilités masticatoires. Toute difficulté réelle de mastication devra nous orienter vers une alimentation mixée. Lors des repas thérapeutiques, nous ne proposons pas d'eau au patient mais plutôt des jus, nectar ou des sodas gazeux. En effet, les patients rencontrés sont, pour bon nombre d'entre eux, en sous-poids voire en état de dénutrition, et nous essaierons de leur assurer des apports caloriques constants.

Les repas thérapeutiques ont pour objectif de mettre tous les sens en éveil : la vue grâce à la présentation d'aliments à l'aspect visuel différent et de différentes couleurs, le

goût grâce à des aliments aux saveurs variées et l'odorat grâce à des aliments de différents arômes et odeurs (« Taste Disorders », 2015). Ces repas ont également pour but de travailler la sensibilité buccale grâce à des aliments aux températures et aux textures différentes. Cette multitude de textures permettra également de travailler l'aspect pratique en mettant en œuvre les structures buccales de manière adaptée à l'aliment en bouche. En fin de rééducation, le patient doit être capable d'avoir une alimentation variée et diversifiée, en adéquation avec ses besoins nutritionnels. De plus, il ne doit plus avoir besoin de recourir à une prise de compléments alimentaires.

### **2.3.5. Le travail de détente corporelle et de réduction du stress**

Les personnes avec une dysoralité alimentaire sont généralement soumises à du stress. Celui-ci peut être notamment causé par la phobie de faire des fausses-routes ou par une phobie sociale entraînée par le fait que les repas sont souvent synonymes de déplaisir et ce, parfois depuis l'enfance (Marcontell et al., 2003). Il a été prouvé que l'utilisation de techniques de relaxation pouvait diminuer le niveau général de stress (Spettigue, Norris, Santos, & Obeid, 2018). De plus, des études ont démontré l'efficacité de nouveaux traitements pour la remédiation du stress incluant la réduction de celui-ci par des exercices de pleine conscience, le yoga et l'exercice physique (Elbers et al., 2018). Enfin, nous avons également trouvé des études démontrant l'efficacité de la relaxation musculaire et de la pratique d'exercices de respiration profonde (Marcontell et al., 2003).

Christine Andres-Roos, orthophoniste ayant pris en charge les patients inclus dans notre étude, a suivi une formation approfondie, de 1000 heures, en shiatsu et médecine traditionnelle chinoise. Ainsi, des massages inspirés de cette discipline afin de réduire le niveau de stress des patients ont été mis en place. Le shiatsu, ou littéralement « pressions digitales », est une forme de médecine complémentaire et alternative développée au Japon. Celle-ci mêle acupressions, manipulations corporelles et étirements et agit sur tout le corps (Robinson, Lorenc, & Liao, 2011). Parmi ses objectifs, nous pouvons mentionner le rétablissement et le maintien de l'équilibre énergétique du corps et la prévention de l'accumulation du stress. Le shiatsu entraîne notamment des effets de détente, de bien-être et de soulagement, nécessaires aux patients inclus dans notre étude (Itin & Franck, 2012).

### **2.3.6. Élaboration du post-test**

Une fois la rééducation achevée, pour attester de sa réussite, nous avons mis en place un protocole post-test (voir annexe E). Il s'agira de faire passer à nouveau le bilan et de remplir une grille similaire à celle du pré-test (voir annexe C). De plus, nous referons une observation de repas et remplirons à nouveau la grille correspondante (voir annexe B). Ainsi, les résultats obtenus au post-test permettront d'objectiver ou non l'impact de la rééducation. Les grilles de post-test des patients sont présentées dans les annexes L à P.

## **3. Résultats**

### **3.1. Bilans initiaux des patients**

#### **3.1.1. Monsieur L. (annexe F)**

L'entretien clinique

Monsieur L. est âgé de 25 ans au moment du bilan. Il est orienté en rééducation orthophonique par son médecin traitant car il mange très peu et présente une sélectivité massive. Le patient pèse 50 kilogrammes et mesure 168 centimètres, correspondant à un IMC de 17,72 (sous-poids). Au niveau médical, le patient se plaint d'une digestion parfois difficile. Au niveau de l'histoire de l'alimentation du patient, la diversification alimentaire a été compliquée, il était considéré comme un enfant « difficile ». Les repas étaient fastidieux, il refusait de goûter de nouveaux aliments, les recrachait. Il n'était pas curieux pour l'alimentation, et présentait des phobies alimentaires. Au moment du bilan, sur le plan gustatif, le patient refuse les aliments piquants, acides et amers. Il ressent la faim, et est vite rassasié. Les repas quotidiens sont répétitifs car il dit cuisiner toujours les mêmes aliments. Lorsqu'il mange à l'extérieur ou à la cantine, il trie et choisit à chaque fois les mêmes plats. Le patient prépare ses repas, qui sont pris à heures fixes, très rapidement et qui ne lui procurent pas de véritable plaisir. Le stress est évalué subjectivement par le patient à 7/10, sur une échelle subjective allant de 0 (ne ressent aucun stress) à 10 (niveau maximal de stress). En effet, le patient ressent de la culpabilité et souffre du regard des autres. Le fait de

ne pas aimer les aliments proposés lorsqu'il est invité ou lors des repas à l'extérieur est une source d'angoisse.

### L'examen clinique

Au niveau de l'examen clinique, le patient présente un léger trouble praxique lingual. La sensibilité est correcte malgré des appréhensions. L'évaluation de la sensorialité, quant à elle, montre que le patient n'aime pas l'acide, l'amer et l'umami. De plus, il ne reconnaît pas les saveurs : salé, kokumi et oleogustus et il a une préférence pour le sucré. Lors de l'observation de repas, le patient présente une bonne autonomie et une bonne compréhension des consignes. Le geste alimentaire est correct, mais le patient a un fort besoin d'être rassuré. Nous notons une appréhension à manger. La mastication est rapide, l'évacuation buccale est bonne. La progression du bol alimentaire ne provoque ni douleur, ni gêne. En fin de repas, le patient n'a pas tout consommé mais tout a été goûté.

### Conclusion

Les axes de prise en charge de ce patient concerneront :

- Un travail de détente et de réassurance par la pratique de l'entretien motivationnel ;
- Un travail praxique permettant de renforcer l'efficacité des structures bucco-faciales (et notamment linguales) lors de la prise alimentaire ;
- Un travail sensoriel afin d'approcher et d'appriivoiser les différentes saveurs ;
- Un travail autour des repas thérapeutiques afin de diversifier l'alimentation et les textures alimentaires acceptées.

### **3.1.2. Madame P. (annexe G)**

#### L'entretien clinique

Madame P. est âgée de 26 ans au moment du bilan. Elle est orientée en rééducation orthophonique par son médecin traitant pour une extrême sélectivité alimentaire. Elle pèse 68 kilogrammes et mesure 155 centimètres, correspondant à un IMC de 28,30 (surpoids). Lors du développement alimentaire, la patiente ne mangeait pas diversifié et présentait une importante sélectivité alimentaire. Au moment du bilan, la patiente ne supporte que les aliments neutres, au goût peu prononcé (pâtes sans sel), et aime particulièrement les aliments sucrés. Elle ressent la faim et mange très vite (10 minutes). Les repas quotidiens sont

préparés par la patiente mais sont répétitifs. Elle a tendance à grignoter des gâteaux sucrés. Les temps de repas lui procurent du plaisir. La patiente ne ressent aucun stress face à l'alimentation lorsque les repas se passent à la maison. Cependant, son niveau de stress peut augmenter fortement, allant parfois jusqu'à un niveau de 10/10 sur notre échelle subjective, notamment lors des repas à l'extérieur qu'elle considère angoissants.

#### L'examen clinique

L'examen clinique révèle une macroglossie, et la présence de papilles linguales très développées (voir photo en annexe G). La réalisation des praxies et la sensibilité tactile sont satisfaisantes. Sur le plan sensoriel, la perception gustative est très perturbée. La patiente ne ressent le sucré qu'à très forte dose, et toutes les autres saveurs testées sont ressenties très fortement, même à un très faible dosage. Cela provoque dégoût et gêne chez la patiente. Lors de l'essai alimentaire, la patiente refuse de goûter la majorité des aliments car elle ne les aime pas. La mastication est très rapide.

#### Conclusion

Les axes de prise en charge de cette patiente concerneront :

- Un travail de désensorialisation par des exercices sur les saveurs de base à différentes concentrations afin de réduire la sensorialité qui est exacerbée ;
- Un travail autour des repas thérapeutiques afin d'adapter le geste alimentaire et de diversifier l'alimentation ;
- Toute cette rééducation aura pour objectif d'augmenter le panel alimentaire de la patiente et ainsi de réduire son niveau de stress lors des repas à l'extérieur.

### **3.1.3. Monsieur P. (annexe H)**

#### L'entretien clinique

Monsieur P. est âgé de 36 ans au moment du bilan. Il a été orienté en rééducation orthophonique par son médecin endocrinologue à orientation nutritionniste suite à une importante perte de poids et un arrêt de l'alimentation. Au moment du bilan, le patient pèse 48 kilogrammes et mesure 162 centimètres, correspondant à un IMC de 18,29 (sous-poids). Le patient a perdu 9 kilogrammes en deux mois. Au début du mois de décembre, il n'était plus en mesure de s'alimenter et n'a plus remangé depuis cet épisode. Il nous signale avoir

subi un accident de la circulation début novembre, qu'il n'a cependant pas mis en lien avec l'arrêt alimentaire. Il présente actuellement des difficultés lors de la déglutition des aliments et de la salive, ressentant une forte gêne. Il a été hospitalisé le 24 janvier pour dénutrition sévère et une sonde nasogastrique lui a été posée, qu'il porte encore lors du bilan (rythme de 15h/24, 1000kcal). De plus, il prend des compléments alimentaires (un pot de 300kcal par jour). Le développement de l'alimentation s'est fait normalement. Au moment du bilan, il ne peut manger que de la soupe et n'a plus la sensation de faim. Le patient ne ressent aucun plaisir lors de la prise des repas. Le niveau de stress est estimé à 4/10 sur notre échelle subjective.

#### L'examen clinique

L'examen clinique ne montre rien d'anormal sur les plans postural, praxique et sensitif. Cependant, le patient témoigne d'une gêne et d'une douleur lors de la déglutition. Au niveau sensoriel, le patient ne ressent aucune saveur, même à forte intensité. Lors de l'essai alimentaire, il ne peut goûter la majorité des aliments proposés car il présente une grande appréhension et se plaint de gêne et de douleurs. L'odorat est, quant à lui, conservé.

#### Conclusion

Les axes de prise en charge de ce patient concerneront :

- Un travail de détente et de réassurance ;
- Un travail sensoriel dans le but de supporter et d'appivoiser les différentes saveurs de base ;
- Un travail autour des repas thérapeutiques afin de diversifier les aliments et les textures acceptés.

De plus, au vu des difficultés physiques du patient pour déglutir, nous estimons qu'une investigation complète des structures anatomiques doit être réalisée.

#### **3.1.4. Madame B. (annexe I)**

#### L'entretien clinique

Madame B. est une patiente âgée de 33 ans au moment du bilan. Elle a été orientée vers l'orthophoniste par son médecin endocrinologue à orientation nutritionniste pour phobie et importantes restrictions alimentaires. Au moment du bilan, elle pèse 42 kilogrammes et

mesure 172 centimètres, ce qui correspond à un IMC de 14,2 (famine). La patiente présente une phobie de déglutition des morceaux depuis deux ans, qui s'est manifestée à la suite d'une fausse-route à la viande. La patiente nous confie ressentir un stress extrême face à l'alimentation. Au niveau des antécédents médicaux, la patiente a été hospitalisée en 2017 pour dénutrition et une sonde nasogastrique lui a été posée durant deux mois. Actuellement, elle est suivie au niveau psychiatrique, elle présente une hyperthyroïdie fluctuante non traitée et elle a un suivi nutritionnel pour dénutrition. Sur le plan sanguin, elle présente un faible taux de fer et une hémoglobine basse. Elle n'a plus de nutrition artificielle actuellement mais prend des compléments alimentaires hypercaloriques : un pot de 300kcal par jour. Selon elle, des troubles alimentaires ont toujours été présents, alternant entre des phases d'hyperphagie et des phases où elle mangeait très peu. La patiente grignotait, surtout la nuit, et mangeait très vite. À son arrivée au cabinet, la patiente ne mange que de la nourriture mixée et ne peut manger de morceaux. Elle ressent la faim, mais mange très rapidement (environ 10 minutes) et souffre de douleurs au niveau de l'estomac après avoir mangé. Les horaires de repas sont assez fluctuants, la patiente a l'habitude de prendre plusieurs petits repas au cours de la journée et de grignoter la nuit. Les temps de repas ne lui procurent que peu de plaisir, le stress face à l'alimentation dominant. Celui-ci est évalué à 10/10 et a des répercussions physiques sur cette patiente (notamment des tremblements). De plus, ce stress est présent en continu.

### L'examen clinique

À l'examen clinique, nous observons une dentition très abîmée : absence de nombreuses dents et les dents restantes sont noires et cassées. Une pose d'implants dentaires est programmée. Au niveau praxique, nous observons une hypotonie labiale et jugale qui se manifeste par un bavage. L'absence de dents et la faiblesse musculaire peuvent toutes deux être dues à la dénutrition (Brihay Abadie, de Tournemire, & Alvin, 2003 ; Daniel Rigaud, 2007). Les aspects sensitifs et sensoriels sont conservés. Lors de l'observation de repas, nous relevons un stress important provoquant des difficultés pour mettre les aliments en bouche. La patiente a également des difficultés de mastication, elle ingère de toutes petites bouchées qu'elle mastique longtemps. L'évacuation buccale est bonne, cependant la patiente a besoin de boire beaucoup. La progression du bol alimentaire est bonne. En fin de repas, la patiente n'a pas tout consommé mais a accepté de goûter à tous les aliments proposés, et s'est montrée très volontaire lors de l'essai.

## Conclusion

Les axes de prise en charge de cette patiente concerneront :

- Un travail de détente afin de réduire le stress ;
- Un travail praxique, par le renforcement labial et jugal. Cela se fera par la réalisation de praxies mais également par un entraînement à la mastication de différentes textures alimentaires, en permettant aux structures buccales de s'adapter à l'aliment présent en bouche ;
- La mise en place de repas thérapeutiques afin de réassurer la patiente lors des prises alimentaires.

### **3.1.5. Monsieur R. (annexe J)**

#### L'entretien clinique

Monsieur R. est un patient âgé de 27 ans au moment du bilan. Il est adressé en bilan orthophonique par son médecin endocrinologue à orientation nutritionniste pour dénutrition. Il pèse 40 kilogrammes et mesure 170 centimètres au moment du bilan, correspondant à un IMC de 13,8 (famine). Le patient est né prématurément et est atteint d'une paralysie cérébrale entraînant notamment des difficultés de déclenchement du réflexe de déglutition et un défaut praxique. Étant tétraplégique, il se déplace en fauteuil roulant. Le patient a été hospitalisé en septembre 2017 pour une dénutrition sévère. Actuellement, il est suivi par un psychologue, un endocrinologue et un gastro-entérologue pour un reflux gastro-oesophagien (RGO) médicamenteux. Il a fréquemment des maux d'estomac. Il prend des compléments alimentaires hypercaloriques : un pot de 300kcal par jour. Le patient a eu un développement alimentaire assez laborieux, notamment à partir de la diversification. Aujourd'hui, il ne mange pas de viande ou très peu, il n'apprécie pas le sucré, l'acide, l'umami et préfère les aliments salés. Les repas sont très longs. Il n'a pas ou peu la sensation de faim. Il ressent un mal-être après le repas, notamment à cause de son RGO. Le patient mange des repas préparés par les auxiliaires de vie. Il prend ses repas à heures fixes et ne grignote pas au cours de la journée. Les repas durent en moyenne 2 heures afin d'assurer un apport suffisant. Les temps de repas ne sont pas synonymes de plaisir pour le patient qui ressent beaucoup de stress face à l'alimentation. Ce stress est évalué à 10/10, notamment à cause de sa peur de la fausse-route.

## L'examen clinique

Le patient présente une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique. Les lèvres et la langue au repos sont hypotoniques. Lors de la réalisation des praxies, la contenance labiale est déficitaire et il présente une hypotonie jugale. Au niveau lingual, le bilan met en évidence des troubles praxiques et une sensibilité exacerbée. La mastication est longue, de mauvaise qualité, et la déglutition est peu efficace. Au niveau des aspects sensitifs, la perception tactile de la langue, du palais et de la paroi postérieure est exacerbée. Au niveau sensoriel, la perception gustative est bonne. L'observation de repas met en évidence un stress excessif. Le patient se montre assez passif et dépendant lors du repas, nécessitant une nutrition à la cuillère, par l'orthophoniste. La mise en bouche est difficile, le patient mange lentement. Lors du temps oral, le patient présente des difficultés et une lenteur de mastication. La continence labiale est déficitaire. Lors du temps pharyngé, la progression du bol alimentaire est mauvaise, les aliments restent coincés. Le patient met trop peu d'aliments en bouche, ce qui rend le déclenchement automatico-volontaire de la déglutition difficile. Lors du temps oesophagien, nous notons des blocages, des douleurs et des remontées. En fin de repas, le patient n'a pas tout consommé car il n'aime pas ou trouve les aliments difficiles à manger.

## Conclusion

Les axes de prise en charge de ce patient concerneront :

- Un travail de détente afin de réduire le stress intense du patient ;
- Un travail praxique, par le renforcement bucco-facial, notamment labial, jugal et lingual ainsi qu'un travail au niveau du passage bucco-pharyngé. Cela se fera par la réalisation de praxies mais également par l'entraînement des fonctions orales et par l'ingestion de différentes textures alimentaires afin d'habituer les structures buccales aux aliments en bouche ;
- Un travail sur la sensibilité afin de faire diminuer celle-ci, exacerbée chez ce patient ;
- La mise en place de repas thérapeutiques afin de réassurer le patient lors des prises alimentaires, de diversifier son alimentation, de diminuer la sensibilité et d'améliorer les praxies par la mastication d'aliments diversifiés.

Selon Quintin-Tolomio (2017), les troubles neuromoteurs présents chez les personnes paralysées cérébrales et polyhandicapées affectent la motricité bucco-faciale et entraînent des difficultés fonctionnelles d'alimentation et de déglutition. Ces difficultés sont liées à une

protrusion linguale, une ouverture buccale insuffisante, une limitation des mouvements linguaux antéro-postérieurs et latéraux, une insuffisance de serrage labial et une asynchronie des différents mouvements. Au-delà de l'aspect mécanique, il existe également une appréhension de l'alimentation et des conduites d'évitement, une lenteur dans la prise alimentaire, un manque d'appétit et une sélectivité alimentaire, une intolérance aux morceaux et aux aliments nouveaux, pouvant aller jusqu'au refus alimentaire total ou partiel. Parfois, nous rencontrons également un réflexe hypernauséux, une hypersensibilité tactile, des régurgitations, vomissements et douleurs. Les repas sont longs, épuisants, inquiétants, ponctués par une toux pointant l'existence probable de fausses routes (Quintin-Tolomio, 2017).

### **3.1.6. Madame R. (annexe K)**

#### L'entretien clinique

Madame R. est âgée de 18 ans au moment du bilan. Elle est adressée par son médecin endocrinologue à orientation nutritionniste pour suspicion de dysoralité alimentaire et dénutrition. Elle pèse 45 kilogrammes et mesure 168 centimètres, correspondant à un IMC de 15,9 (famine). La patiente a subi une intervention chirurgicale concernant l'appendicite en septembre 2018. Un mois après cette intervention, elle dit avoir eu des problèmes de vessie. Puis, elle relate des difficultés à avaler des aliments. Durant tout l'entretien, la patiente crache dans une feuille de papier absorbant posée devant elle, et examine sa salive. Elle pense avoir le syndrome de Eagle (entraînant des problèmes thyroïdiens et des nodules), toutefois, rien n'a été diagnostiqué. Actuellement, la patiente est suivie par un psychologue, un endocrinologue et un ORL. De plus, elle présente une dénutrition sévère ayant entraîné une hospitalisation récente. Les examens médicaux effectués n'ont rien mis en évidence. L'alimentation lactée et la diversification se sont passées correctement. Aujourd'hui, tout aliment solide est refusé, elle ne peut rien manger qui nécessite une mastication. La patiente ressent la faim mais sa plainte concernant la douleur domine. Sa mère lui prépare des plats qu'elle ne mange pas. Elle ne peut manger que des soupes et des potages. La patiente témoigne d'un stress intense, non pas face à l'alimentation mais plutôt face à son état de santé actuel. Son niveau de stress est évalué à 10/10 sur une échelle subjective allant de 0 à 10.

## L'examen clinique

Au niveau de l'examen clinique, nous n'observons rien d'anormal sur les plans praxiques, sensitifs et sensoriels. L'observation de repas est impossible car la patiente refuse de manger. Elle mastique tout ce qu'elle a en bouche, y compris l'eau. Elle dit avoir des douleurs au niveau du cou pendant la mastication.

## Conclusion

En conclusion, nous orientons cette patiente vers un suivi psychologique, qui semble plus cohérent face à son trouble. Nous proposons néanmoins de la revoir afin d'entamer un travail de détente corporelle ayant pour but de réduire son niveau de stress. De plus, nous lui proposons des repas thérapeutiques pour réapprendre à utiliser les effecteurs de manière adaptée et retrouver une alimentation per os solide.

## **3.2. Rééducation, évolution et évaluation post-intervention**

### **3.2.1. Monsieur L. (annexe L)**

#### Le travail de détente et de réassurance

La pratique de l'entretien motivationnel nous a permis de faire émerger les attentes du patient quant à la prise en charge, afin de s'axer sur ses objectifs propres. Aujourd'hui, les repas ne sont plus synonymes de crainte sociale et se déroulent correctement. Le patient est en mesure de manger en public et à l'extérieur de façon sereine, car il sait qu'il trouvera un aliment qui lui conviendra parmi ceux proposés. De plus, il ose goûter à tous les aliments sans crainte. Son alimentation s'est grandement diversifiée et les aliments mélangés peuvent désormais être consommés. Le niveau de stress est de 3/10 sur une échelle subjective allant de 0 (ne ressent aucun stress) à 10 (niveau maximal de stress). Le patient a appris à manger pour lui-même, à relativiser sur les aliments qu'il peut consommer et sur ceux qu'il ne peut pas consommer.

#### Le travail sensoriel

Un travail concernant l'ensemble des saveurs a été mené, en commençant par des saveurs très diluées, car le patient était très sensible, en allant vers des saveurs moins diluées. Au fur

et à mesure de la rééducation, le patient a pu s'habituer aux différents goûts perçus et apprendre à les apprécier. Toutes les saveurs sont ressenties et reconnues aujourd'hui.

#### Le travail praxique

Le travail autour des praxies bucco-faciales a permis au patient de retrouver une motricité adéquate des structures buccales. De plus, lors des repas thérapeutiques, nous encourageons le patient à manger des aliments aux textures diverses et très différentes de celles qu'il avait l'habitude de consommer. Cela a permis de développer et de tonifier les structures bucco-faciales. Aujourd'hui, nous ne relevons plus aucun trouble sur le plan praxique, la motricité des structures est correcte.

#### Les repas thérapeutiques

Ces repas ont permis au patient de goûter des aliments aux saveurs et aux textures différentes, présentés en petites quantités au départ. Nous avons également présenté des associations de goûts, car la problématique du patient concernait les aliments mélangés. Aujourd'hui, les repas se déroulent bien pour le patient, qui mange de manière assez diversifiée. De plus, il a été très entouré durant toute la prise en soin, ses proches l'encourageant à reproduire les essais effectués en séance à l'extérieur. Enfin, il a pris 4 kilogrammes, et son IMC est aujourd'hui dans la norme.

### **3.2.2. Madame P. (annexe M)**

#### Le travail de réduction du stress

La réassurance de cette patiente fut un objectif important de la rééducation. La méthode de l'entretien motivationnel a permis de faire émerger ses besoins et désirs d'évolution, dans un contexte où les bénéfices secondaires engendrés par le trouble étaient importants. En effet, en famille, la patiente avait une place particulière et des repas spécifiques lui étaient préparés lors des réunions familiales. En cours de rééducation, la patiente a pu verbaliser sa difficulté à « perdre » cette place spéciale, son entourage l'encourageant à goûter de nouveaux aliments et ses repas spécifiques disparaissant. De plus, la patiente a pu également témoigner de la difficulté à changer des habitudes présentes depuis de nombreuses années. La pratique de l'EM a réellement été nécessaire afin d'obtenir l'engagement de la patiente dans la rééducation et de faire émerger des objectifs atteignables avec elle. Aujourd'hui, la

patiente ne ressent plus de stress face à l'alimentation quotidienne. Par ailleurs, le niveau de stress lors des repas pris en extérieur est passé de 10/10 à 6/10, sur notre échelle subjective.

#### Le travail sensoriel

Le travail sensoriel a consisté à faire goûter les saveurs à différentes concentrations en suivant une évolution adaptée à la patiente. Pour cela, les saveurs diluées dans un certain volume d'eau furent présentées sur un coton-tige. Au départ, les saveurs étaient très diluées car la patiente les percevait à trop forte intensité et ce même après une importante dilution. Au fur et à mesure, afin d'augmenter sa tolérance aux différentes saveurs, elles furent de moins en moins diluées. En parallèle, la patiente devait réaliser ce travail sensoriel à la maison. De plus, elle devait goûter au moins un aliment inhabituel par jour, afin d'appriivoiser les saveurs et les textures de façon écologique. Aujourd'hui, les goûts sont mieux tolérés par la patiente, qui a largement augmenté son panel alimentaire. Les goûts présents dans les aliments à très forte concentration sont, en revanche, peu tolérés par la patiente.

#### Les repas thérapeutiques

Le travail autour des repas thérapeutiques avait pour objectif d'élargir le répertoire alimentaire de la patiente. Des textures alimentaires très diversifiées ont pu être rapidement proposées, puisque sa sensibilité était dans la norme. En revanche, la patiente ayant une sensorialité exacerbée, l'évolution s'est faite depuis des aliments au goût peu accentué vers des aliments au goût plus fort. Aujourd'hui, la patiente accepte certaines viandes, certains fruits et légumes, qu'elle ne tolérait pas avant la rééducation. Les repas se passent bien, la patiente ose goûter de nouveaux aliments, en prenant le risque de ne pas les aimer.

### **3.2.3. Monsieur P. (annexe N)**

#### Le travail de détente et de réassurance

Cet axe de travail a consisté en la réalisation de massages de shiatsu. En effet, le patient avait de nombreuses tensions, notamment au niveau du cou. Ces massages ont été bénéfiques pour le patient, qui au fur et à mesure de la prise en charge, s'est détendu et a présenté moins de douleurs. Psychologiquement, la situation du patient était difficile, il ne se sentait pas pris au sérieux par le corps médical. Ce travail de détente et de réassurance lui a

permis de reprendre confiance en lui et d'avancer dans sa rééducation, nouant une alliance thérapeutique solide avec l'orthophoniste. En fin de rééducation, le niveau de stress du patient face à l'alimentation est passé de 4/10 à 0/10, sur une échelle subjective allant de 0 (ne ressent aucun stress) à 10 (niveau de stress maximal).

#### Le travail sensoriel

L'orthophoniste a fait goûter au patient différentes saveurs : sucré, salé, acide, amer, umami, kokumi et oleogustus. Au départ, le patient ne ressentait aucun goût. Grâce à des dilutions évolutives et à des présentations répétées, la perception gustative s'est de nouveau présentée. En premier, la détection et la reconnaissance des saveurs amère, umami et acide sont revenues. Aujourd'hui, le patient ne ressent pas toutes les saveurs, bien que la majorité soient perçues. La concentration et la puissance de la saveur importent : plus un goût est fort, plus il sera ressenti par le patient.

#### Les repas thérapeutiques

L'orthophoniste a proposé au patient des aliments aussi variés que : Curly®, chips à la crevette, soupe aux vermicelles au bouillon Knorr®, différents jus, écrasé de pommes de terre, acras de morue, beurre demi-sel tartiné sur de la mie de pain, riz, sucre en poudre ou encore confiture. Au départ, le patient percevait correctement les textures, mais ne percevait aucune saveur. Petit à petit, la perception des saveurs et le plaisir de s'alimenter sont revenus. La sonde nasogastrique a pu être retirée. Aujourd'hui, le patient a repris 9 kilogrammes et a désormais un IMC correspondant à une corpulence normale. Le patient mange de tout, en morceaux.

#### Investigations complémentaires

Les difficultés du patient découlant d'un accident de la route, nous avons pensé que des investigations complémentaires, notamment cervicales, devaient être réalisées. Nous voulions nous assurer qu'aucun nerf intervenant dans la perception sensorielle (voir partie 1.2) n'avait été touché. L'IRM effectuée n'a rien permis de mettre en évidence mais nous pouvions supposer que le nerf facial (VII) avait subi un choc suite à l'accident, ce qui aurait entraîné une agueusie.

### **3.2.4. Madame B. (annexe O)**

#### Le travail de détente et de réduction du stress

Cet axe de travail a consisté en la réalisation de massages de shiatsu. L'orthophoniste a pratiqué ces massages afin de détendre corporellement la patiente. Cela a produit une diminution du stress, et notamment face à l'alimentation. La patiente a pu gagner en confiance et, en association avec la pratique de l'entretien motivationnel, nous avons vu émerger un véritable engagement dans la rééducation. En fin de prise en charge, le niveau de stress est passé de 10/10 à 2/10 sur notre échelle subjective. En effet, le stress peut encore être présent lors de repas en extérieur ou avec des inconnus. Néanmoins, la patiente prend désormais du plaisir à s'alimenter.

#### Le travail praxique

Une rééducation praxique a été menée afin de mobiliser et de tonifier les structures jugales et labiales notamment. Premièrement, un travail consistant en la réalisation de praxies mettant en œuvre les joues et les lèvres a été mené. Puis, les fonctions buccales d'aspiration et de contenance ont été travaillées. Le travail praxique effectué en rééducation orthophonique, ainsi que la pose d'implants dentaires, ont permis à la patiente de retrouver une tonicité adéquate aux niveaux labial et jugal. Cela a conduit à une contenance buccale correcte. Aujourd'hui, la patiente mastique de manière adaptée et en un temps correct.

#### Les repas thérapeutiques

Les repas thérapeutiques mis en place ont été proposés en adéquation avec les possibilités de réalisation physiques et émotionnelles de la patiente. Le premier essai alimentaire a révélé un œsophage perturbé, un stress important, l'ingestion de toutes petites bouchées mâchées longtemps. La sensibilité masticatoire de la patiente avait disparu. Ainsi, au départ, des aliments faciles à manger lui ont été proposés : aliments tendres, mous, mixés ou hachés menus. Puis, les propositions se sont diversifiées, allant jusqu'à proposer en fin de rééducation des aliments durs (une fois que la dentition de la patiente l'a permis). La patiente s'est montrée volontaire et a toujours accepté de goûter les aliments proposés par l'orthophoniste en séance. L'évolution des textures alimentaires selon ses possibilités fut primordiale afin de conserver l'implication de la patiente dans la rééducation en respectant son rythme, en suivant ses capacités. Aujourd'hui, la patiente peut quasiment tout manger, la viande restant difficile. Ainsi, son alimentation comprend de nombreux goûts et textures. La

patiente a également pris 13 kilogrammes, son IMC est aujourd'hui dans la norme, ses examens sanguins sont bons et elle ne prend plus de compléments alimentaires.

### **3.2.5. Monsieur R. (annexe P)**

Le travail de détente et de réduction du stress

Cet axe de travail a principalement été basé sur la pratique de l'entretien motivationnel, en faisant émerger à l'oral et à l'écrit les objectifs du patient. En effet, le patient refusant les massages et les séances de relaxation, l'écoute active a été au cœur de cet axe. Le stress du patient face à l'alimentation, évalué à 10/10 initialement, est aujourd'hui évalué par le patient à 5,5/10.

Le travail pratique et sensitif

En début de prise en charge, l'orthophoniste a principalement axé la rééducation sur la réalisation de praxies. En effet, le patient présentait une importante hypotonie bucco-faciale ainsi que des fonctions orales de mauvaise qualité. Cela a également conduit à une diminution de la sensibilité bucco-faciale par une mise en mouvement adaptée de toute cette sphère. Puis, un travail progressif spécifique sur la sensibilité a eu lieu, axé sur les textures alimentaires. Le patient a pu expérimenter de nouvelles textures alimentaires, en suivant l'évolution la plus adaptée à ses possibilités. Aujourd'hui, les praxies sont mieux réalisées que lors du bilan initial, bien que la motricité reste faible chez ce patient atteint d'une paralysie cérébrale. Les fonctions de déglutition et de mastication sont efficaces.

Les repas thérapeutiques

Actuellement, les repas thérapeutiques sont toujours en place avec ce patient. Aujourd'hui, le patient a diversifié son alimentation et peut prendre, en séance, des repas complets couvrant ses besoins nutritionnels. Il a également pris deux kilos. Une lenteur réside dans la prise du repas, cependant, une amélioration est à mentionner. En effet, aujourd'hui, le patient prend une heure trente pour ingérer 800kcal, contre deux heures auparavant pour le même nombre de calories.

### **3.2.6. Madame R.**

L'orthophoniste n'a revu qu'une fois la patiente après le bilan. Un travail de détente corporelle dans le but de réduire son niveau de stress ainsi que des repas thérapeutiques étaient prévus. Cependant, la patiente s'est montrée empêchée par ses problématiques psychologiques, interférant avec la mise en place d'une rééducation. L'orthophoniste a néanmoins tenté de réaliser des massages de shiatsu que la patiente n'a pas supportés. De plus, la réalisation d'exercices de respiration a été impossible. Finalement, la patiente n'a pas souhaité revenir en séance, la prise en charge n'a donc pas continué.

## **4. Discussion**

### **4.1. Rappels des objectifs et hypothèses**

Notre étude est partie du constat que la prise en charge orthophonique du patient adulte présentant une dysoralité alimentaire reste assez méconnue, bien que certaines études abordant ces troubles soient récemment parues (Wildes et al., 2012 ; Kauer et al., 2015 ; Zickgraf et al., 2016 ; Ellis et al., 2017). Les principales manifestations de ces troubles chez l'adulte concernent une phobie alimentaire, une sélectivité alimentaire importante ainsi qu'une anxiété face aux temps de repas (Cardona Cano et al., 2015 ; Kauer et al., 2015 ; Zickgraf et al., 2016 ; Ellis et al., 2018). De plus, ces troubles peuvent avoir de fortes répercussions psychologiques, sociales et médicales (Ellis et al., 2018).

Ainsi, la problématique autour de laquelle s'est axé ce travail a concerné l'intérêt d'une meilleure prise en charge orthophonique des patients présentant une dysoralité alimentaire. De plus, nous avons également étudié la manière dont cette prise en charge pouvait se dérouler afin d'être la plus efficace possible.

Pour ce faire, nous avons formulé trois hypothèses de recherche. La première hypothèse est que la rééducation orthophonique peut se montrer efficace face à ces troubles. En effet, après un bilan permettant d'objectiver la présence d'une dysoralité alimentaire, elle mènerait à une reprise alimentaire efficiente couvrant les besoins nutritionnels et assurant un gain pondéral. Notre deuxième hypothèse postule que la rééducation orthophonique

permettrait d'étoffer le répertoire alimentaire des patients en augmentant le nombre d'aliments acceptés et en diversifiant l'alimentation, au niveau du goût mais aussi des textures, menant à une normalisation de l'état alimentaire. Notre troisième et dernière hypothèse a pour but de prouver que la rééducation orthophonique est efficace si elle prend en compte tous les aspects inhérents au trouble, à savoir les aspects fonctionnels mais également les composantes motivationnelle et psychologique.

## **4.2. Interprétation des résultats et vérification des hypothèses**

Afin de procéder à la validation de nos hypothèses, nous nous appuyerons sur le protocole de rééducation réalisé dans le cadre de cette étude ainsi que sur les résultats obtenus par les cinq patients suivis en rééducation. En effet, la sixième patiente n'a pas bénéficié d'une rééducation orthophonique, comme nous l'avons expliqué dans la partie 3.2.6.

### **4.2.1. Résultats concernant l'efficacité de la rééducation orthophonique**

Notre hypothèse principale est que la rééducation orthophonique peut se montrer efficace face à ces troubles. En effet, après un bilan permettant d'objectiver la présence d'une dysoralité alimentaire, la prise en soin mène à une reprise alimentaire efficiente couvrant les besoins nutritionnels et assurant un gain pondéral.

Sur les cinq patients ayant été suivis en rééducation, le premier patient, monsieur L. a pris 4 kilogrammes suite à la prise en charge orthophonique, passant ainsi de 50 à 54 kilogrammes, d'un IMC de 17,72 (sous-poids) à 19,13 (corpulence normale). Le troisième patient, monsieur P. a pris 9 kilogrammes suite à la prise en charge, passant de 48 kilogrammes à 57 kilogrammes, d'un IMC de 18,29 (sous-poids) à 21,7 (corpulence normale). La quatrième patiente, madame B. a pris 13 kilogrammes suite à la prise en charge, passant de 42 kilogrammes à 55 kilogrammes, d'un IMC de 14,2 (famine) à 18,6 (corpulence normale). Le cinquième patient, monsieur R. a pris 2 kilogrammes suite à la prise en charge, passant de 40 kilogrammes à 42 kilogrammes, d'un IMC de 13,8 (famine) à 14,5 (famine). Cependant, la prise en charge de ce dernier patient n'est pas achevée et nous observons tout de même un gain pondéral, précurseur d'une évolution positive pour celui-ci.

Quant à la deuxième patiente, madame P., elle ne témoignait pas de problème de sous-poids lors du bilan. Par ailleurs, son poids s'est stabilisé et elle n'a ni pris, ni perdu de poids.

Ainsi, les quatre patients qui étaient en sous-poids ont repris du poids et parmi eux, trois sont arrivés à une normalisation de leur état nutritionnel. Sur les trois patients bénéficiant d'un suivi par un médecin endocrinologue à orientation nutritionniste, seul un possède encore ce suivi : monsieur R., dont la prise en charge orthophonique n'est pas achevée. Sur les trois patients prenant des compléments alimentaires hypercaloriques, seul un continue d'en prendre aujourd'hui, monsieur R., dont la prise en charge n'est pas achevée.

**L'hypothèse 1 est donc validée.**

#### **4.2.2. Résultats concernant le répertoire alimentaire des patients**

Notre deuxième hypothèse est que la rééducation orthophonique permettrait d'étoffer le répertoire alimentaire du patient en augmentant le nombre d'aliments acceptés et en diversifiant l'alimentation, aux niveaux du goût et des textures.

Nos résultats et observations vont dans le sens de Marcontell et al. (2003) qui suggèrent qu'une rééducation peut avoir un impact sur le nombre d'aliments acceptés et qu'elle permet l'incorporation d'un large panel de nouveaux aliments. En effet, Monsieur L. peut aujourd'hui manger notamment des aliments mélangés ainsi que des fruits et des légumes qu'il n'acceptait pas avant. De plus, il arrive à ressentir et reconnaître toutes les saveurs, et elles ne sont plus dérangeantes pour lui comme c'était le cas avant la rééducation. Le patient ose goûter aux aliments et peut les inclure dans son répertoire. Madame P., qui se nourrissait essentiellement d'aliments au goût neutre ou sucré peut désormais consommer des légumes, des fruits ainsi qu'une variété importante de viande. Pour ces deux patients, les aliments forts en goût restent difficiles à consommer. Cependant, tous deux osent goûter les aliments nouveaux et l'alimentation n'est plus un frein à leur socialisation. Monsieur P., qui à l'arrivée au cabinet ne pouvait consommer que des aliments liquides peut aujourd'hui tout consommer sans aucune difficulté. Madame B. peut également manger un panel varié d'aliments. Seules les viandes filandreuses, qu'elle considère comme difficiles à ingérer ne peuvent pas être consommées par la patiente. Monsieur R, quant à lui, peut également tout consommer aujourd'hui, toujours en petite quantité. Ainsi, tous les patients pris en charge par l'orthophoniste ont élargi leur répertoire alimentaire de façon conséquente.

**L'hypothèse 2 est donc validée.**

#### **4.2.3. Résultats concernant le niveau de stress des patients**

Enfin, notre troisième hypothèse est que la rééducation orthophonique est efficace si elle prend en compte tous les aspects inhérents au trouble, à savoir à la fois les aspects fonctionnels mais également les composantes motivationnelle et psychologique.

Le choix de cette hypothèse a émergé du fait que lors de l'entretien préalable des patients, nous relevions que leur niveau de stress, notamment face à l'alimentation, était souvent important. Le trouble alimentaire, présent chez certains patients depuis de nombreuses années, avait de fortes répercussions tant sur leur vie sociale que sur les aspects psychologiques de leur personnalité. De ce fait, il nous a semblé nécessaire de réaliser la rééducation orthophonique en tenant compte de ces aspects psychologiques, en incorporant la composante motivationnelle à la prise en charge et en tentant de réduire leur niveau de stress. La méthode mise en place afin de traiter cet axe de manière optimale a reposé sur la réalisation de massages de détente basés sur la technique du shiatsu, d'exercices de relaxation principalement respiratoires, et de la pratique de l'entretien motivationnel. Ces techniques ont permis de prendre en compte les patients dans leur globalité, intégrant les composantes psychologique et motivationnelle. Les cinq patients ayant suivi une rééducation se sont montrés motivés, et ce dès le bilan. La sixième patiente ne témoignant pas d'un engagement dans la prise en charge, celle-ci n'a pas pu se réaliser. En effet, face à ces patients, l'engagement dont ils font preuve dans la rééducation est primordial afin de faire changer des habitudes alimentaires présentes parfois depuis de nombreuses années.

Nous avons mesuré le stress ressenti par les patients grâce à une échelle subjective allant de 0 (ne ressent aucun stress) à 10 (niveau de stress maximal). Cela nous a permis de connaître, de manière subjective, l'état du patient et son niveau de stress afin d'adapter la prise en charge. Si certains patients se considéraient comme plus stressés que d'autres en début de prise en charge, tous ont vu une diminution de leur niveau de stress face à l'alimentation.

Tableau 5 : Niveau de stress des patients pré- et post-rééducation

PATIENT	NIVEAU SUBJECTIF DE STRESS PRÉ-RÉÉDUCATION	NIVEAU SUBJECTIF DE STRESS POST-RÉÉDUCATION
Monsieur L.	7/10	3/10
Madame P.	Faible à 10/10 (suivant le contexte)	Faible à 6/10 (suivant le contexte)
Monsieur P.	4/10	0/10
Madame B.	10/10	2/10
Monsieur R.	10/10	5,5/10

De plus, la technique de l'entretien motivationnel, reposant essentiellement sur des conversations collaboratives, dans un climat de confiance et en alliance avec le thérapeute, a permis aux patients de faire émerger leurs objectifs thérapeutiques, leurs désirs et leur volonté de rééducation. Nous avons ainsi obtenu leur implication dans l'alliance thérapeutique dès le début de la prise en charge et les patients ont été pleinement acteurs de leur rééducation (W. Miller & Rollnick, 2013).

**L'hypothèse 3 est donc validée.**

### 4.3. Atouts et limites de notre étude

Par ce travail de recherche, nous avons pour vocation d'enrichir les données de recherche dans la littérature française quant au trouble de l'oralité alimentaire du patient adulte. Ce sujet de mémoire a été bien accueilli, tant par les professionnels contactés que par les patients rencontrés pour réaliser cette étude. Tous les patients inclus dans l'étude ont été contactés et un échange a eu lieu, soit au travers d'un entretien en présentiel, soit par un entretien téléphonique.

Par ailleurs, nous pouvons dire que cette étude est assez novatrice, étant donné qu'il existe peu d'études dans ce domaine, et notamment dans la littérature francophone.

De plus, notre étude présente un apport important, d'une part pour les patients adultes souffrant d'une dysoralité alimentaire puisque la prise en charge proposée s'est montrée complète et efficace. D'autre part, elle est également un atout pour les orthophonistes pouvant parfois se sentir démunis face à ces prises en charge.

Cependant, notre étude comprend un certain nombre de limites. Premièrement, nous aurions aimé faire passer une échelle de stress objective ou, au minimum, plus complète. En effet, en demandant aux patients d'attribuer une note afin de quantifier leur niveau de stress, nous nous appuyons sur des résultats subjectifs. La mise en place d'une échelle objective de stress n'a pas été possible car il s'agissait ici d'une étude rétrospective et les patients inclus dans l'étude avaient déjà bénéficié du bilan et de la rééducation orthophonique. Cependant, nous avons trouvé, au cours de nos recherches, plusieurs échelles intéressantes. Parmi elles, nous pouvons citer l'échelle de mesure du stress perçu, créée par Cohen et Williamson en 1994 et dont plusieurs traductions françaises existent (Bellinghausen, Collange, Botella, Emery, & Albert, 2009). Cette échelle est un instrument permettant de mesurer la perception et le degré du stress dans différentes situations quotidiennes considérées comme stressantes. Le patient doit noter de 0 à 4 le niveau de stress perçu, ce qui demeure une évaluation subjective, mais les questions posées sont précises et nombreuses, fournissant des renseignements complets (Cohen, 1994). Par ailleurs, nous pensons qu'il serait intéressant de réaliser une traduction de l'APEQ (*The Adult Picky Eating Questionnaire*). Il s'agit d'un questionnaire mis en place par Ellis et collaborateurs ayant pour vocation de mesurer le comportement alimentaire des patients présentant une sélectivité alimentaire (Ellis et al., 2017). Les quatre sous-échelles du questionnaire incluent : la présentation des repas, les variétés d'aliments, le désengagement des repas et l'aversion gustative. Au sein de ces sous-échelles, l'anxiété est également évaluée.

De plus, nous n'avons pas pu faire passer les pré-tests des patients contactés pour l'étude, car ils avaient déjà passé le bilan et certains avaient suivi la rééducation dans son intégralité. Nous nous sommes donc appuyés sur les résultats collectés par Christine Andres-Roos quelques mois auparavant afin de remplir nos grilles de pré-test.

Un troisième point pouvant être évoqué est la taille de l'échantillon de notre population d'étude. En effet, notre étude repose sur six patients, dont uniquement cinq ont pu bénéficier d'une rééducation orthophonique. Un panel plus vaste aurait potentiellement pu nous permettre d'obtenir d'autres résultats afin de corroborer nos hypothèses.

Par ailleurs, nous aurions aimé pouvoir inclure dans notre partie concernant la rééducation sensorielle une évolution des dosages des saveurs proposées en fonction de l'hypersensorialité ou au contraire de l'hyposensorialité. Cependant nous n'avons pas trouvé, dans la littérature, d'études scientifiques ayant procédé à un tel travail de recherche.

Une autre limite que nous pouvons citer est la réussite de cette rééducation. En effet, la réussite de la prise en charge orthophonique de ce type de pathologie dépend fortement de

l'implication et de la motivation des patients. Ainsi, même si le bilan permet d'objectiver la présence d'une dysoralité alimentaire, nous travaillons avec des humains et s'ils ne sont pas engagés dans la rééducation nous ne pouvons malheureusement pas les prendre en charge.

Enfin, dans nombre d'articles lus (King et al., 2015 ; Zickgraf et al., 2016 ; Thomas, Brigham, et al., 2017 ; Thomas et al., 2018), la prise en charge des patients est pluridisciplinaire et mêle notamment : orthophonie, psychologie, médecine, diététique voire psychiatrie et ergothérapie. Dans notre étude, bien que les patients soient orientés par le médecin, la prise en charge n'était pas pluridisciplinaire. Ainsi, il serait intéressant de revoir la position des professionnels de santé face à ces troubles, figurant dans le DSM-V.

#### **4.4. Perspectives**

Le but de notre étude était de démontrer que la prise en charge orthophonique pouvait faire ses preuves face aux patients adultes présentant une dysoralité alimentaire. Comme nous l'avons montré à travers notre travail, cette rééducation est bénéfique. Désormais, et afin de prendre en charge de façon optimale ces troubles, il serait intéressant d'étudier les connaissances des orthophonistes actuellement en exercice dans ce domaine. En effet, en nous intéressant à leurs connaissances et à leurs besoins en termes de théorie et de pratique, nous pourrions leur proposer des formations adaptées quant à la prise en charge du patient adulte présentant un trouble de l'alimentation.

Par ailleurs, au travers de nos recherches dans la littérature internationale, nous avons mis en évidence que la rééducation nécessitait généralement une coordination entre différents professionnels de santé, médicaux et paramédicaux. Parmi eux, nous pouvons nommer ceux qui reviennent dans la plupart des études lues pour ce travail, à savoir : le diététicien, l'orthophoniste, le psychiatre, le psychologue, le médecin, l'ergothérapeute. Ainsi, il nous paraît essentiel de permettre aux différents professionnels médicaux et paramédicaux de mieux connaître ces troubles et leur prise en charge. Une formation de tous les professionnels concernés par cette pathologie, portant d'une part sur les nouvelles terminologies et d'autre part sur les moyens de remédiation de ces troubles pourrait permettre la mise en place d'équipes de travail pluridisciplinaires, indispensables dans la rééducation.

Aussi, nous pensons qu'il serait nécessaire d'élaborer un protocole clair et établi comprenant le bilan et la rééducation afin de le diffuser en masse aux orthophonistes.

# CONCLUSION

---

Notre étude porte sur la prise en charge orthophonique des patients adultes présentant un trouble de l'alimentation, celui-ci nommé dysoralité alimentaire dans la terminologie française. La revue de littérature effectuée en première partie de nos recherches nous a permis de définir le terme de dysoralité alimentaire. De plus, elle nous a conduit à le mettre en lien avec les différentes terminologies relevées dans la littérature internationale, ce qui a fait émerger des pistes rééducatives. Notre hypothèse principale réside donc dans le fait que la prise en charge orthophonique peut faire ses preuves dans la rééducation de cette pathologie, et ainsi mener à une reprise alimentaire efficiente de ces patients.

Afin de répondre à nos hypothèses de recherche, nous avons procédé à une analyse rétrospective de six cas cliniques pris en charge en orthophonie. Des protocoles de bilan et de rééducation ont été réalisés, visant à la remédiation de ces troubles.

Les résultats de notre étude montrent qu'un bilan précis, différentiel, ainsi qu'une prise en charge orthophonique peuvent mener à une reprise alimentaire diversifiée en termes de goûts et de textures, couvrant les besoins nutritionnels et assurant un gain pondéral. Cette prise en charge sera efficiente si elle prend en compte tous les aspects inhérents au trouble, à savoir les aspects fonctionnels mais également les composantes motivationnelle et psychologique faisant partie intégrante du trouble.

Au travers de nos recherches et de la mise en place de ce projet, nous avons réalisé qu'une étude des besoins des professionnels serait pertinente. En effet, celle-ci permettrait la création d'une formation auprès de tous les professionnels médicaux et paramédicaux gravitant autour des patients. Cette formation serait bénéfique afin d'assurer une rééducation pluridisciplinaire, globale et efficiente.

# BIBLIOGRAPHIE

---

- Abadie. (2004a). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de Pédiatrie*, 11(6), 603-605. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2004.03.040>
- Abadie. (2004b). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, (220), 57-70.
- Alberts, J. R., & Pickler, R. H. (2012). Evolution and Development of Dual Ingestion Systems in Mammals: Notes on a New Thesis and Its Clinical Implications [Research article]. <https://doi.org/10.1155/2012/730673>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.
- Anatomie de la langue : muscle, forme, action, innervation et vascularisation. (s. d.). Consulté 1 novembre 2018, à l'adresse <http://imedecin.com/Tube-digestif/la-langue.html>
- Bellinghausen, L., Collange, J., Botella, M., Emery, J.-L., & Albert, É. (2009). Validation factorielle de l'échelle française de stress perçu en milieu professionnel. *Sante Publique*, Vol. 21(4), 365-373.
- Bleeckx, D. (2001). *Dysphagie Évaluation et rééducation des troubles de la déglutition*.
- Brihay Abadie, I., de Tournemire, R., & Alvin, P. (2003). Anorexie mentale : conséquences sur la croissance et la minéralisation osseuse. *Archives de Pédiatrie*, 10(9), 836-840. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(03\)00394-4](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(03)00394-4)
- Brown, G. E., Nordloh, S., & Donowitz, A. J. (1992). Systematic desensitization of oral hypersensitivity in a patient with a closed head injury. *Dysphagia*, 7(3), 138-141.
- Cardona Cano, S., Tiemeier, H., Van Hoeken, D., Tharner, A., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., ... Hoek, H. W. (2015). Trajectories of picky eating during childhood: A general population

study. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 570-579.

<https://doi.org/10.1002/eat.22384>

Chéron, J. B., Golebiowski, J., Antonczak, S., & Briand, L. (2017). *Ces molécules qui éveillent nos papilles*. 9.

Clauzade, M. (2007). Orthoposturodentie. *Actualités Odonto-Stomatologiques*, (240), 387-405.

<https://doi.org/10.1051/aos:2007013>

Cohen, S. (1994). *PERCEIVED STRESS SCALE*. 5.

Couly, G. (2010). *Les oralités humaines. Avaler et crier : le geste et son sens* (Doin).

Couly, G. (2017). L'oralité foetale, fondement du langage. *Rééducation orthophonique*, (271), 13-27.

Daniel, C., & Roudot, A.-C. (2007). La terminologie de la texture des aliments. *Meta : Journal des traducteurs / Meta : Translators' Journal*, 52(2), 342-351.

<https://doi.org/10.7202/016075ar>

Dessain-Gélinet, K. (2002). Difficultés d'alimentation et de déglutition - Mise en évidence et prise en charge. In *Déficiences motrices et situations de handicaps*.

Dovey, T. M., Staples, P. A., Gibson, E. L., & Halford, J. C. G. (2008). Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: A review. *Appetite*, 50(2), 181-193.

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.09.009>

Drozd, D., Mancopes, R., Toniolo Silva, A. M., & Reppold, C. (2014). *Analysis of the level of Dysphagia, anxiety, and nutritional status before and after speech therapy in patients with stroke*. - *PubMed - NCBI*. Consulté à l'adresse

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=analysis+of+the+level+of+dysphagia%2C+anxiety+and+nutritional+status+before+and+after+speech+therapy+in+patients+with+stroke>

- Elbers, J., Jaradeh, S., Yeh, A. M., & Golianu, B. (2018). Wired for Threat: Clinical Features of Nervous System Dysregulation in 80 Children. *Pediatric Neurology*, 0(0).  
<https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2018.07.007>
- Ellis, J. M., Galloway, A. T., Webb, R. M., & Martz, D. M. (2017). Measuring adult picky eating: The development of a multidimensional self-report instrument. *Psychological Assessment*, 29(8), 955-966. <https://doi.org/10.1037/pas0000387>
- Ellis, J. M., Galloway, A. T., Zickgraf, H. F., & Whited, M. C. (2018). Picky eating and fruit and vegetable consumption in college students. *Eating Behaviors*, 30, 5-8.  
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.05.001>
- Fougeront, N. (2018). Neurophysiologie de l'occlusion : des sciences fondamentales à la pratique clinique. *Actualités Odonto-Stomatologiques*, (290), 3. <https://doi.org/10.1051/aos/2018043>
- Grevesse, P., & Hermans, D. (2017). Évaluation de la sensorialité orale et des conduites alimentaires du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, (271), 125-149.
- Guillerme, C. J. (2014). L'oralité troublée : regard orthophonique. *Spirale*, (72), 25-38.  
<https://doi.org/10.3917/spi.072.0025>
- Havard, E. P., Carreau, M., & Tuffreau, R. (2009). *Les troubles sensoriels: impact sur les troubles alimentaires*.
- Huck, O., & Buxeraud, J. (2018). Une hygiène bucco-dentaire adaptée pour tous. *Actualités Pharmaceutiques*, 57(579), 18-21. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2018.07.004>
- Iriki, A., Nozaki, S., & Nakamura, Y. (1988). Feeding behavior in mammals: corticobulbar projection is reorganized during conversion from sucking to chewing. *Developmental Brain Research*, 44(2), 189-196. [https://doi.org/10.1016/0165-3806\(88\)90217-9](https://doi.org/10.1016/0165-3806(88)90217-9)
- Itin, P., & Franck, B. (2012). *Le recours au shiatsu thérapeutique et ses effets – données et faits*.

- Januszevska, R. (2018). Chapter 1 - Taste. In R. Januszevska (Éd.), *Hidden Persuaders in Cocoa and Chocolate* (p. 1-9). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815447-2.00002-4>
- Katzman, D. K., Norris, M. L., & Zucker, N. (2019). Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 45-57.  
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.003>
- Kauer, J., Pelchat, M. L., Rozin, P., & Zickgraf, H. F. (2015). Adult picky eating. Phenomenology, taste sensitivity, and psychological correlates. *Appetite*, 90, 219-228.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.001>
- Kettaneh, A., Fain, O., Stirnemann, J., & Thomas, M. (2002). Les troubles du goût. *La Revue de Médecine Interne*, 23(7), 622-631. [https://doi.org/10.1016/S0248-8663\(02\)00623-9](https://doi.org/10.1016/S0248-8663(02)00623-9)
- King, L. A., Urbach, J. R., & Stewart, K. E. (2015). Illness anxiety and avoidant/restrictive food intake disorder: Cognitive-behavioral conceptualization and treatment. *Eating Behaviors*, 19, 106-109. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.05.010>
- La chimie du goût. (s. d.). Consulté 17 mars 2019, à l'adresse  
<http://culturesciences.chimie.ens.fr/la-chimie-du-go%C3%BBt>
- Langmore, S., & Miller, R. (1994). *Behavioral treatment for adults with oropharyngeal dysphagia*. - PubMed - NCBI. Consulté à l'adresse  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7944924>
- Leblanc, V., & Ruffier-Bourdet, M. (2009). Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel. *Spirale*, n° 51(3), 47-54.
- Lecerf, J.-M., & Schlienger, J.-L. (2016). Chapitre 10 - Troubles du comportement alimentaire. In J.-M. Lecerf & J.-L. Schlienger (Éd.), *Nutrition Préventive et Thérapeutique* (p. 177-185).  
<https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74730-4.00010-9>
- Lecoufle, A. (2017). Atrésie de l'oesophage : une histoire d'oralité qui ne commence pas comme les autres. *Rééducation orthophonique*, (271), 29-42.

- Léonard, T., Foulon, C., & Guelfi, J.-D. (2005). Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *EMC - Psychiatrie*, 2(2), 96-127. <https://doi.org/10.1016/j.emcps.2005.03.002>
- Letonturier, É., & Munier, B. (2016). Introduction. La sensorialité, une communication paradoxale. *Hermès, La Revue*, (74), 17-24.
- Levavasseur, E. (2017). Prise en charge précoce des difficultés alimentaires chez l'enfant dit « tout-venant » ou « vulnérable ». *Rééducation orthophonique*, (271), 151-169.
- Maitrepierre, E., Sigoillot, M., & Briand, L. (2011). Des saveurs aux récepteurs. *Biofutur*, 30(320), 24-27.
- Marcontell, D. K., Laster, A. E., & Johnson, J. (2003). Cognitive-behavioral treatment of food neophobia in adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 243-251. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(01\)00090-1](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(01)00090-1)
- Marin, T. (2018). *Approche biomécanique du choix des céramiques dans les reconstitutions partielles et unitaires collées* (Université de Toulouse III - Paul Sabatier). Consulté à l'adresse <http://thesesante.ups-tlse.fr/2103/1/2018TOU33010.pdf>
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873-904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
- McFarland, D. (2009). *L'anatomie en orthophonie. Parole, déglutition et audition* (Masson). Paris.
- Mercier, A. (2004). La nutrition entérale ou l'oralité troublée. *Rééducation orthophonique*, (220), 33-46.
- Michels, N., Sioen, I., Clays, E., De Buyzere, M., Ahrens, W., Huybrechts, I., ... De Henauw, S. (2013). Children's heart rate variability as stress indicator: Association with reported stress and cortisol. *Biological Psychology*, 94(2), 433-440. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2013.08.005>

- Miller, L. J., & Schaaf, R. C. (2008). Sensory Processing Disorder. In M. M. Haith & J. B. Benson (Éd.), *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development* (p. 127-136).  
<https://doi.org/10.1016/B978-012370877-9.00142-0>
- Miller, W., & Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement* (InterEditions). Paris.
- Mioche, L., Bourdiol, P., & Monier, S. (2003). Chewing behaviour and bolus formation during mastication of meat with different textures. *Archives of Oral Biology*, 48(3), 193-200.  
[https://doi.org/10.1016/S0003-9969\(03\)00002-5](https://doi.org/10.1016/S0003-9969(03)00002-5)
- Morris, N., Knight, R. M., Bruni, T., Sayers, L., & Drayton, A. (2017). Feeding Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 571-586.  
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.02.011>
- Nederkorn, C., Houben, K., & Havermans, R. C. (2019). Taste the texture. The relation between subjective tactile sensitivity, mouthfeel and picky eating in young adults. *Appetite*, 136, 58-61. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.01.015>
- Nishinari, K., Hayakawa, F., Xia, C.-F., Huang, L., Meullenet, J.-F., & Sieffermann, J.-M. (2008). Comparative Study of Texture Terms: English, French, Japanese and Chinese. *Journal of Texture Studies*, 39(5), 530-568. <https://doi.org/10.1111/j.1745-4603.2008.00157.x>
- Pagano, C., & Rofidal, T. (2014). *La sensorialité de la bouche*. 7.
- Piancino, M. G., Isola, G., Cannavale, R., Cutroneo, G., Vermiglio, G., Bracco, P., & Anastasi, G. P. (2017). From periodontal mechanoreceptors to chewing motor control: A systematic review. *Archives of Oral Biology*, 78, 109-121.  
<https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2017.02.010>
- Piochi, M., Dinnella, C., Prescott, J., & Monteleone, E. (2018). Associations between human fungiform papillae and responsiveness to oral stimuli: effects of individual variability,

- population characteristics, and methods for papillae quantification. *Chemical Senses*, 43(5), 313-327. <https://doi.org/10.1093/chemse/bjy015>
- Prudhon, E. (2017). Oralité alimentaire et troubles du spectre autistique. *Rééducation orthophonique*, (271), 171-189.
- Puech, M., & Vergeau, D. (2004). Dysoralité : du refus à l'envie. *Rééducation orthophonique*, (220), 127-141.
- Quintin-Tolomio, M. (2017). Tu mangeras demain : quel impact des troubles de l'oralité sur l'état nutritionnel des personnes IMC et polyhandicapées dans les pays en développement ? Adapter le contexte ou d'adapter au contexte : quelle intervention orthophonique? *Rééducation orthophonique*, (271), 43-65.
- Reebye, P., Stalker, A., & Kingsley, J. (2009). Sensory Processing Disorder - ProQuest. *Canadian Journal of Psychiatry*, p. 645-646.
- Rigal, N. (2004). La construction du goût chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, (220), 11-15.
- Rigaud, D., & Pennacchio, H. (2018). Chapitre 17 - Les troubles du comportement alimentaire. In J.-L. Schlienger (Éd.), *Nutrition Clinique Pratique (Troisième Édition)* (p. 179-190). <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-75468-5.00017-7>
- Rigaud, Daniel. (2007). Conséquences métaboliques de l'anorexie mentale. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 21(4), 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2007.10.003>
- Robinson, N., Lorenc, A., & Liao, X. (2011). The evidence for Shiatsu: a systematic review of Shiatsu and acupressure. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11(1), 88. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-11-88>
- Ruglio, V. (2017). Dysphagies neurogériatriques, oralités et presbyphagie. *Rééducation orthophonique*, (271), 359-383.

- Running, C. A. (2018). Oral sensations and secretions. *Physiology & Behavior*, *193*, 234-237.  
<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2018.04.011>
- Senez, C. (2015). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (De Boeck Supérieur).
- Spettigue, W., Norris, M. L., Santos, A., & Obeid, N. (2018). Treatment of children and adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder: a case series examining the feasibility of family therapy and adjunctive treatments. *Journal of Eating Disorders*, *6*(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0205-3>
- Taste Disorders. (2015, août 18). Consulté 17 mars 2019, à l'adresse NIDCD website:  
<https://www.nidcd.nih.gov/health/taste-disorders>
- Thibault, C. (2004). Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, (220), 35-46.
- Thibault, C. (2007). *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant* (Masson).
- Thomas, J. J., Brigham, K. S., Sally, S. T., Hazen, E. P., & Eddy, K. T. (2017). Case 18-2017 - An 11-Year-Old Girl with Difficulty Eating after a Choking Incident. *The New England Journal of Medicine*, *376*(24), 2377-2386. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1616394>
- Thomas, J. J., Olivia B. Wons, & Eddy, K. T. (2018). Cognitive-behavioral treatment of avoidant/restrictive food intake disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, *31*(6), 425-430.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000454>
- Toussaint, F. (2003). *Les vocabulaires de l'analyse sensorielle*.
- Vissocker, R. E., Latzer, Y., & Gal, E. (2015). Eating and feeding problems and gastrointestinal dysfunction in Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *12*, 10-21. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.12.010>
- Wheeler-Hegland, K., Ashford, J., Frymark, T., McCabe, D., Mullen, R., Musson, N., ... Schooling, T. (2009). *Evidence-based systematic review: Oropharyngeal dysphagia*

*behavioral treatments. Part II-Impact of dysphagia treatment on normal swallow function.*  
46(2), 11.

Wildes, J. E., Zucker, N. L., & Marcus, M. D. (2012). Picky eating in adults: Results of a web-based survey. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 575-582.  
<https://doi.org/10.1002/eat.20975>

Zazzo, J.-F., Antoun, S., Basdevant, A., Bouteloup, C., Cano, N., Ciangura, C., ... Rigaud, D. (2010). *Dénutrition - Une pathologie méconnue en société d'abondance*. Ministère de la santé et des sports.

Zickgraf, H. F., Franklin, M. E., & Rozin, P. (2016). Adult picky eaters with symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder: comparable distress and comorbidity but different eating behaviors compared to those with disordered eating symptoms. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0110-6>

# ANNEXES

---

**ANNEXE A : BILAN ORTHOPHONIQUE DE LA DYSORALITÉ**

**ANNEXE B : OBSERVATION DE REPAS**

**ANNEXE C : GRILLE DE PRÉ-TEST**

**ANNEXE D : EXEMPLES DE REPAS THÉRAPEUTIQUES**

**ANNEXE E : GRILLE DE POST-TEST**

**ANNEXE F : PRÉ-TEST DE MONSIEUR L.**

**ANNEXE G : PRÉ-TEST DE MADAME P.**

**ANNEXE H : PRÉ-TEST DE MONSIEUR P.**

**ANNEXE I : PRÉ-TEST DE MADAME B.**

**ANNEXE J : PRÉ-TEST DE MONSIEUR R.**

**ANNEXE K : PRÉ-TEST DE MADAME R.**

**ANNEXE L : POST-TEST DE MONSIEUR L.**

**ANNEXE M : POST-TEST DE MADAME P.**

**ANNEXE N : POST-TEST DE MONSIEUR P.**

**ANNEXE O : POST-TEST DE MADAME B**

**ANNEXE P : POST-TEST DE MONSIEUR R.**

# ANNEXE A : BILAN ORTHOPHONIQUE DE LA DYSORALITÉ

## L'ENTRETIEN CLINIQUE :

### ➤ LE PATIENT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

IMC :

Qui envoie le patient ? Pour quel.s motif.s ?

Histoire de vie :

### ➤ LES ASPECTS MÉDICAUX :

- Antécédent.s :

<b>Antécédent.s</b>		<b>Nature et chronologie</b>
<b>Pathologie digestive</b> (transit, douleur abdominale, diarrhée, RGO ou autre)	<input type="checkbox"/>	
<b>Pathologie extra-digestive</b> (intolérance, cardiopathie, pathologie pulmonaire)	<input type="checkbox"/>	
<b>Anomalie congénitale de la déglutition</b> (dysfonctionnement du tronc cérébral, pathologie syndromique, atteinte neurologique)	<input type="checkbox"/>	
<b>Pathologie acquise de la déglutition</b> (brûlure, infection des voies aériennes supérieures, etc.)	<input type="checkbox"/>	
<b>Pathologie ORL</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pathologie neurologique</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>Hospitalisation</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>Autre</b>		

- Actuellement :

Difficultés actuelles		Histoire
Suivis médicaux actuels (psychologique, nutritionnel, ORL, orthophonique, ou autre)	<input type="checkbox"/>	
Hospitalisation récente ? Motif ?	<input type="checkbox"/>	
Examens déjà réalisés et compte-rendu	<input type="checkbox"/>	
Difficultés de santé actuelle : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiratoire.s <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></li> <li>• Digestive.s <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></li> <li>• Nutritive.s <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Résultats des examens sanguins ?</li> </ul> </li> <li>• Dentaire <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dentition complète ?</li> <li>○ Couronne ?</li> </ul> </li> <li>• Gastro-intestinale <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></li> <li>• Staturo-pondéral <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ IMC ?</li> </ul> </li> <li>• Allergie.s <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></li> </ul>		
Alimentation de supplémentation : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entérale <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></li> <li>• Parentérale <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></li> <li>• Diurne et/ou nocturne <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></li> <li>• Date de début <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></li> <li>• Dosage calorique <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></li> </ul>		
Prise de compléments alimentaires hypercaloriques <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dosage ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></li> </ul>	<input type="checkbox"/>	

➤ L'HISTOIRE DE L'ALIMENTATION :

1. *Comment s'est passé le développement de l'alimentation ? Depuis l'alimentation lactée primaire jusqu'à la diversification alimentaire.*

2. *Comment se déroulaient les repas lorsque vous étiez enfant ? Y avait-il des aliments que vous refusiez et d'autres que vous préféreriez ?*
  
3. *Quels sont les aliments acceptés et ceux refusés aujourd'hui ? Avez-vous des préférences en termes de consistance alimentaire ?*
  
4. *Avez-vous des préférences en termes de goût (sucré, salé, acide, amer) ?*
  
5. *Avez-vous des préférences en termes de température ?*
  
6. *Ressentez-vous la faim ?*
  
7. *Comment se passe votre digestion ?*

➤ **LE DÉROULEMENT DU REPAS :**

1. *Comment se passent les repas au quotidien ?*
  
2. *Dans quel contexte se déroulent-ils ? (assis à table, devant la télévision, dans un fauteuil, en famille, seul.e, etc.)*
  
3. *Préparez-vous vos repas ou mangez-vous plutôt des plats « tous prêts » ?*

4. *À quelle.s heure.s prenez-vous vos repas ? Grignotez-vous ?*

5. *Combien de temps durent vos repas en moyenne ?*

6. *Les temps de repas vous procurent-ils du plaisir ?*

7. *Décrivez-moi le menu d'une journée classique*

8. *Si présence d'une sonde ou prise de compléments alimentaires : se renseigner sur le vécu du patient de la sonde ou des compléments.*

➤ **RÉCAPITULATIF ALIMENTAIRE :**

Aliments acceptés	Aliments refusés	Texture		Température
		Boisson	Aliments	
		<input type="checkbox"/> Liquide	<input type="checkbox"/> Morceaux	<input type="checkbox"/> Chaude
		<input type="checkbox"/> Gazeuse	<input type="checkbox"/> Ecrasés (purée avec morceaux)	
		<input type="checkbox"/> Épaissie	<input type="checkbox"/> Mixés (purée lisse)	<input type="checkbox"/> Froide
		<input type="checkbox"/> Gélifiée	<input type="checkbox"/> Liquides (soupe)	

➤ **LE STRESS :**

*Êtes-vous de nature stressé.e ?*

*L'idée de vous alimenter vous provoque-t-elle un stress ?*

*Est-ce « stressant » pour vous de manger ?*

*Sur une échelle allant de 0 (je ne ressens aucun stress face à l'alimentation) à 10 (niveau de stress maximal) à combien évaluez-vous votre niveau de stress ?*

### **L'EXAMEN CLINIQUE :**

#### ➤ OBSERVATION DE LA POSTURE ET DES STRUCTURES AU REPOS :

Posture et tonus au repos :

Observation des structures au repos :

<b>Les lèvres</b>	<i>(Forme de chaque lèvre et des deux ensemble, position de chaque lèvre et des deux ensemble, degré de tension du sillon labio-mentonnier)</i>
<b>Les joues</b>	
<b>Les mandibules</b>	
<b>Le palais</b>	
<b>La langue</b>	<i>(Forme, volume, particularités éventuelles : gros bourgeons linguaux, frein)</i>

	<i>de langue court)</i>
<b>La dentition</b>	<i>(Les dents sont-elles toutes présentes, sont-elles abîmées, est-ce qu'il y a des couronnes, des implants, quel est le niveau d'hygiène bucco-dentaire)</i>

➤ ASPECTS PRAXIQUES : MOTRICITÉ DES STRUCTURES :

**MOTRICITÉ – TONUS :** *Cotation : normal : 1 Diminué : - Absent : 0*

Éléments testés	Épreuves	Cotation
<b>LÈVRES</b>		
	Fermeture et continence	
	Bavage constaté (diurne/nocturne)	
	Joues gonflées, maintenir la fermeture labiale	
<b>JOUES</b>		
	Gonfler les joues	
	Passer l'air d'une joue dans l'autre	
	Aspiration des joues	
	Contraction contre résistance joue droite	
	Contraction contre résistance joue gauche	
<b>MÂCHOIRE</b>		
	Ouvrir et fermer la bouche	
	Diduction	
	Avancée/recul de la mâchoire	
	Douleurs	
	Contraction des masséters	
<b>LANGUE</b>		
	Côté préférentiel ?	
	Langue vers commissure droite	
	Langue vers commissure gauche	
	Langue sortie vers le nez	
	Langue sortie vers le menton	
	Suivre le contour des lèvres	
	Toucher intérieur joue droite	
	Toucher intérieur joue gauche	
	Suivre arcade dentaire supérieure	
	Suivre arcade dentaire inférieure	
	Claquer la langue	
	Coller le dôme au palais	
	Élever contre résistance	

	Balayer le palais d'avant en arrière	
	Sortir et rentrer la langue au maximum	
<b>SOUFFLE</b>		
	Qualité du souffle (régularité, longueur)	
<b>MASTICATION</b>		
	Qualité mastication	
	Latéralité	
	Durée	
<b>DÉGLUTITION</b>		
	Efficacité	
	Blocage	
	Fausse-route	
	Difficultés :	
	○ Temps 1	
	○ Temps 2	
	○ Temps 3	

➤ ASPECTS SENSITIFS ET SENSORIELS :

<b>PERCEPTION TACTILE</b>		
Lèvres	Sensibilité au toucher	
Joues	Sensibilité au toucher	
Langue	Sensibilité au toucher	
Palais	Sensibilité au toucher	
Paroi postérieure	Sensibilité au toucher	
<b>PERCEPTION THERMIQUE</b>		
Lèvres	Le froid	
Joues		
Langue		
Palais		
Lèvres	Le chaud	
Joues		
Langue		
Palais		
<b>PERCEPTION GUSTATIVE</b>		
	Le sucré (sucre)	
	Le salé (sel)	
	L'acide (citron)	
	L'amer (café)	
	L'umami (bouillon Knorr®)	
	Le kokumi (lait)	
	L'oléogustus (huile)	

## **ANNEXE B : OBSERVATION DE REPAS**

### **TEXTURE**

#### *LES SOLIDES*

- Normale en morceaux
- Hachée
- Moulinée
- Mixée
- Liquide

#### *LES LIQUIDES : FLUIDITÉ*

- Fluidité normale
  - Épaissie
  - Gélifiée
- Texture :

### **MENU**

Nombre de plats proposés :

- Entrée.s :
  - Plat.s :
  - Dessert.s :
  - Boisson :
- Pain :

### **INSTALLATION**

- En fauteuil
- Assis à la table
- Couverts normaux
- Boisson au verre
- Paille
- Couverts adaptés
- Verre à encoche nasale

### **AUTONOMIE**

- Attitude générale :
- adaptée
  - tonique
  - autonome
  - passive
  - dépendante
  - anxiété
  - opposition

Compréhension globale des consignes : bonne  mauvaise

- Autonomie physique
- Autonomie du geste alimentaire
- Nécessité d'une assistance verbale
- Nécessité d'une assistance partielle
- Nécessité d'une assistance totale

<b>GESTE ALIMENTAIRE</b>
--------------------------

- Geste adapté, pas de difficultés particulières
- Difficultés de concentration
- Difficultés pour saisir les aliments
- Position inadaptée
- Mise en bouche difficile

- Met trop de nourriture en bouche
- Appréhension de manger
- Mauvaise coopération
- A besoin d'être rassuré, distrait (qu'on lui parle)
- Mange trop vite
- Mange trop lentement

### TEMPS ORAL

Dents :

Sécheresse buccale :  oui  non

- Difficultés de mastication
- Mastique longtemps
- Garde longtemps les aliments en bouche
- Ne mâche pas
- Est obligé de boire en même temps
- Recrache
- Gobe
- Ne se sert pas des dents
- Écrase l'aliment entre la langue et le palais
- Mauvaise continence labiale
- Mâchonne
- Tousse/racle avant de déglutir
- Tousse en mastiquant
- Suce

Temps de mastication pour un cm<sup>3</sup> de pain :

Nombre de mastications :

Évacuation buccale :  bonne  mauvaise

### TEMPS PHARYNGÉ

Progression du bol alimentaire  bonne  mauvaise

Les aliments restent « coincés »  oui  non

Douleurs : Localisation :

Gêne ressentie :

Effort :

Régurgitations nasales :  oui  non

Fausse route :  oui  non Si oui :  immédiates  secondaires  tardives

Toux réflexe :  oui  non

Voix mouillée :  oui  non

Régurgitations buccales :  oui  non

Respect des consignes  oui  non

Défauts remarquables :

### TEMPS OESOPHAGIEN

- Achalasie du sphincter supérieur de l'œsophage
- Blocages, douleurs
- Remontées

<b>FIN DE REPAS</b>
---------------------

Tout a été consommé :  oui       non

Nourriture prise (nature/quantité) :

Nourriture délaissée : raison(s) :       n'aime pas       n'a plus faim  
 difficile à manger       nausée

**Durée totale du repas :**

## ANNEXE C : GRILLE DE PRÉ-TEST

### L'ENTRETIEN CLINIQUE

➤ LE PATIENT :

Date de rencontre :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

IMC :

Profession :

*Qui envoie le patient ? Pour quel.s motif.s ?*

*Histoire de vie :*

➤ LES ASPECTS MÉDICAUX :

Antécédents	
Actuellement	

➤ L'HISTOIRE DE L'ALIMENTATION :

➤ LE DÉROULEMENT DU REPAS :

**Récapitulatif alimentaire :**

Aliments acceptés	Aliments refusés	Texture		Température
		Boisson	Aliments	
		<input type="checkbox"/> Liquide	<input type="checkbox"/> Morceaux	<input type="checkbox"/> Chaud
		<input type="checkbox"/> Gazeux	<input type="checkbox"/> Ecrasé (purée avec morceaux)	
		<input type="checkbox"/> Épaissi	<input type="checkbox"/> Mixé (purée lisse)	<input type="checkbox"/> Froid
		<input type="checkbox"/> Gélifié	<input type="checkbox"/> Liquide (soupe)	

➤ LE STRESS :

**L'EXAMEN CLINIQUE :**

➤ OBSERVATION DE LA POSTURE ET DES STRUCTURES AU REPOS :

➤ ASPECTS PRAXIQUES : MOTRICITÉ DES STRUCTURES

➤ ASPECTS SENSITIFS ET SENSORIELS :

<b>PERCEPTION TACTILE</b>		
Lèvres	Sensibilité au toucher	
Joues	Sensibilité au toucher	
Langue	Sensibilité au toucher	
Palais	Sensibilité au toucher	
Paroi postérieure	Sensibilité au toucher	
<b>PERCEPTION THERMIQUE</b>		
Lèvres	Le froid	
Joues		
Langue		
Palais		
Lèvres	Le chaud	
Joues		
Langue		
Palais		
<b>PERCEPTION GUSTATIVE</b>		
	Le sucré (sucre)	
	Le salé (sel)	
	L'acide (citron)	
	L'amer (café)	
	L'umami (bouillon Knorr®)	
	Le kokumi (lait)	
	L'oléogustus (huile)	

➤ OBSERVATION DE REPAS :

ATTITUDE GÉNÉRALE	
GESTE ALIMENTAIRE	
TEMPS ORAL	
TEMPS PHARYNGÉ	
TEMPS OESOPHAGIEN	
FIN DE REPAS	

**CONCLUSION**

## ANNEXE D : EXEMPLES DE REPAS THÉRAPEUTIQUES



Sur ce plateau :

- Maïs
- Velouté de potimarron
- Tartelette aux légumes et fromage de chèvre
- Tartine de rillettes de saumon sur Cracotte®
- Tartine de tarama sur Cracotte®
- Semoule
- Mousse au caramel
- Crème au marron
- Gaufre au chocolat
- Macaron pistache



Sur ce plateau :

- Nuggets de poulet
- Bruschetta
- Pâtes au saumon et crème fraîche
- Houmous
- Tapenade
- Rillettes de poisson
- Pâté de volaille
- Gressins

## ANNEXE E : POST-TEST

### L'ENTRETIEN CLINIQUE

➤ LE PATIENT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

IMC :

Profession :

*Comment s'est déroulée la rééducation ?*

➤ LES ASPECTS MÉDICAUX :

Actuellement	
--------------	--

➤ LE DÉROULEMENT ACTUEL DU REPAS :

**Récapitulatif alimentaire :**

Aliments acceptés	Aliments refusés	Texture		Température
		Boisson	Aliments	
		<input type="checkbox"/> Liquide	<input type="checkbox"/> Morceaux	<input type="checkbox"/> Chaude
		<input type="checkbox"/> Gazeuse	<input type="checkbox"/> Ecrasés (purée avec	

			morceaux)	
		<input type="checkbox"/> Epaisse	<input type="checkbox"/> Mixés (purée lisse)	<input type="checkbox"/> Froide
		<input type="checkbox"/> Gélifiée	<input type="checkbox"/> Liquides (soupe)	

➤ LE STRESS :

### L'EXAMEN CLINIQUE :

➤ OBSERVATION DE LA POSTURE ET DES STRUCTURES AU REPOS :

➤ ASPECTS PRAXIQUES : MOTRICITÉ DES STRUCTURES :

**MOTRICITÉ – TONUS :** *Cotation : normal : + Diminué : - Absent : 0*

Éléments testés	Épreuves	Cotation
<b>LÈVRES</b>		
	Fermeture et continence	
	Bavage constaté (diurne/nocturne)	
	Joues gonflées, maintenir la fermeture labiale	
<b>JOUES</b>		
	Gonfler les joues	
	Passer l'air d'une joue dans l'autre	
	Aspiration des joues	
	Contraction contre résistance joue droite	
	Contraction contre résistance joue gauche	
<b>MÂCHOIRE</b>		
	Ouvrir et fermer la bouche	
	Diduction	
	Avancée/recul de la mâchoire	
	Douleurs	
	Contraction des masséters	
<b>LANGUE</b>		
	Côté préférentiel ?	
	Langue vers commissure droite	
	Langue vers commissure gauche	
	Langue sortie vers le nez	
	Langue sortie vers le menton	
	Suivre le contour des lèvres	

	Toucher intérieur joue droite	
	Toucher intérieur joue gauche	
	Suivre arcade dentaire supérieure	
	Suivre arcade dentaire inférieure	
	Claquer la langue	
	Coller le dôme au palais	
	Élever contre résistance	
	Balayer le palais d'avant en arrière	
	Sortir et rentrer la langue au maximum	
<b>SOUFFLE</b>		
	Qualité du souffle (régularité, longueur)	
<b>MASTICATION</b>		
	Qualité mastication	
	Latéralité	
	Durée	
<b>DÉGLUTITION</b>		
	Efficacité	
	Blocage	
	Fausse-route	
	Difficultés :	
	○ Temps 1	
	○ Temps 2	
	○ Temps 3	

➤ ASPECTS SENSITIFS ET SENSORIELS :

<b>PERCEPTION TACTILE</b>		
Lèvres	Sensibilité au toucher	
Joues	Sensibilité au toucher	
Langue	Sensibilité au toucher	
Palais	Sensibilité au toucher	
Paroi postérieure	Sensibilité au toucher	
<b>PERCEPTION THERMIQUE</b>		
Lèvres	Le froid	
Joues		
Langue		
Palais		
Lèvres	Le chaud	
Joues		
Langue		
Palais		
<b>PERCEPTION GUSTATIVE</b>		
	Le sucré (sucre)	
	Le salé (sel)	

	L'acide (citron)	
	L'amer (café)	
	L'umami (bouillon Knorr®)	
	Le kokumi (lait)	
	L'oléogustus (huile)	

➤ OBSERVATION DE REPAS :

ATTITUDE GÉNÉRALE	
GESTE ALIMENTAIRE	
TEMPS ORAL	
TEMPS PHARYNGÉ	
TEMPS OESOPHAGIEN	
FIN DE REPAS	

### CONCLUSION

## ANNEXE F : PRÉ-TEST DE MONSIEUR L.

### L'ENTRETIEN CLINIQUE

#### ➤ LE PATIENT :

Date de rencontre : juillet 2017

Nom : L.

Prénom : C.

Date de naissance : /

Poids : 50kg

Taille : 168cm

IMC : 17,72 (sous-poids)

Profession : étudiant

*Qui envoie le patient ? Pour quel.s motif.s ?*

Le patient est envoyé par son médecin traitant, initialement pour une prise en charge en langage oral. Le patient présente des difficultés pour prendre la parole en public, il est timide. Il rencontre, au travers de ses études, des difficultés pour réaliser des présentations en public, synthétiser, avoir une posture adéquate. À la fin de la prise en charge en langage oral, le patient a demandé une prise en charge pour un trouble de l'oralité à l'orthophoniste.

*Histoire de vie :*

Le patient est actuellement étudiant dans le but de travailler dans le domaine des ressources humaines. Sa mère est décédée lorsqu'il était enfant, et il a eu un suivi psychologique durant plusieurs années après cet événement. Aujourd'hui, son trouble de l'oralité le dérange beaucoup. Lors d'un séjour interprofessionnel en Allemagne, il n'a rien pu manger, ce qui l'a beaucoup handicapé. Le patient le décrit par ces mots : « Je mange très peu ». En réalité, son répertoire alimentaire étant limité, il ne peut manger qu'un nombre très restreint d'aliments.

#### ➤ LES ASPECTS MÉDICAUX :

Antécédents	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fragilité au niveau digestif ;</li> <li>➤ ORL : le patient a été beaucoup enrhumé et l'est encore ;</li> <li>➤ Il a eu un suivi psychologique suite à la perte de sa maman.</li> </ul>
Actuellement	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Il vient de terminer un suivi orthophonique en langage oral ;</li> <li>➤ Petit poids ;</li> <li>➤ Allergique aux pollens et aux poils de chats.</li> </ul>

➤ L'HISTOIRE DE L'ALIMENTATION :

La diversification alimentaire fut compliquée, le patient est décrit par son entourage comme un « petit mangeur », « enfant difficile ». Son père a pris l'habitude de ne lui préparer que ce qu'il aime. Enfant, il ne mangeait que très peu, il refusait de goûter des aliments nouveaux, les recrachait en cachette. Il n'était pas curieux pour l'alimentation et avait de nombreuses phobies alimentaires. Le patient accepte toutes les consistances alimentaires. Au niveau gustatif, il a une préférence pour les aliments sucrés et refuse les aliments piquants, acides, amers. L'alimentation ne doit également être ni trop chaude, ni trop froide : les températures extrêmes sont refusées. Il ressent actuellement la faim mais est rassasié très rapidement.

➤ LE DÉROULEMENT DU REPAS :

Les repas quotidiens sont répétitifs, car le patient cuisine toujours les mêmes ingrédients, sa famille aussi. À la cantine ou à l'extérieur, le patient trie et choisit toujours la même chose à manger. Les repas sont pris devant la télévision ou avec ses collègues lorsqu'il est à l'extérieur ou à la cantine. Monsieur L. prépare ses repas, mais uniquement au micro-onde. Il ne possède que peu d'ustensiles de cuisine. Les repas sont pris à heures fixes et sont très rapides. Il n'y a pas de grignotage entre les repas. Lorsqu'il parle des repas, le patient dit ne pas ressentir de plaisir face à l'alimentation, le fait de manger relève plutôt d'un devoir.

Le menu d'une journée classique :

- Petit déjeuner : céréales avec du lait et un thé

- Déjeuner : pâté – poulet/purée – yaourt
- Dîner : jambon/pâtes – crème au chocolat

**Récapitulatif alimentaire :**

Aliments acceptés	Aliments refusés	Texture		Température
		Boisson	Aliments	
Pâtes	Autres légumes, fruits Aliments mélangés (pizza, quiches, cakes, spaghetti bolognaise)	X Liquide	X Morceaux	X Chaude
Pommes de terre		<input type="checkbox"/> Gazeuse	<input type="checkbox"/> Ecrasés (purée avec morceaux)	
Poulet		<input type="checkbox"/> Epaissie	<input type="checkbox"/> Mixés (purée lisse)	
Viande hachée		<input type="checkbox"/> Gélifiée	<input type="checkbox"/> Liquides (soupe)	X Froide
Pâté – Rillettes				
Yaourts				
Crèmes desserts				
Gâteaux mous (type quatre quarts)				
Pain de mie				

➤ LE STRESS :

Le niveau de stress du patient face à l'alimentation est évalué à 7/10 sur une échelle subjective allant de 0 (ne ressent aucun stress) à 10 (niveau maximal de stress). En effet, le patient ressent de la culpabilité, subit le regard des autres et a l'impression d'être jugé. De plus, le patient a peur de ne pas aimer les aliments proposés ou d'y être allergique lorsqu'il est à l'extérieur, ce qui l'angoisse.

**L'EXAMEN CLINIQUE :**

➤ OBSERVATION DE LA POSTURE ET DES STRUCTURES AU REPOS :

Rien à signaler.

➤ ASPECTS PRAXIQUES : MOTRICITÉ DES STRUCTURES :

Nous mettons en évidence un léger trouble praxique, notamment au niveau des praxies mettant en œuvre la langue, qui sont difficiles à réaliser.

➤ ASPECTS SENSITIFS ET SENSORIELS :

<b>PERCEPTION TACTILE</b>		
Lèvres	Sensibilité au toucher	+
Joues	Sensibilité au toucher	+
Langue	Sensibilité au toucher	+
Palais	Sensibilité au toucher	+
Paroi postérieure	Sensibilité au toucher	+ mais quelques appréhensions
<b>PERCEPTION THERMIQUE</b>		
Lèvres	Le froid	+
Joues		
Langue		
Palais		
Lèvres	Le chaud	+
Joues		
Langue		
Palais		
<b>PERCEPTION GUSTATIVE</b>		
	Le sucré (sucre)	+
	Le salé (sel)	+ mais ne reconnaît pas
	L'acide (citron)	+ mais n'aime pas
	L'amer (café)	+ mais n'aime pas
	L'umami (bouillon Knorr®)	+ mais n'aime pas
	Le kokumi (lait)	+ mais ne reconnaît pas
	L'oléogustus (huile)	+ mais ne reconnaît pas

➤ OBSERVATION DE REPAS :

<b>ATTITUDE GÉNÉRALE</b>	Bonne autonomie à table, bonne compréhension des consignes. Le patient témoigne un léger stress à l'idée de faire
--------------------------	---

	l'essai alimentaire.
GESTE ALIMENTAIRE	Au niveau du geste alimentaire, nous relevons une appréhension modérée de manger, le patient a besoin d'être rassuré. Il a besoin qu'on lui parle.
TEMPS ORAL	Avant de manger, il a un petit temps de latence, une crainte de ne pas y arriver. La mastication est un peu rapide. L'évacuation buccale est bonne.
TEMPS PHARYNGÉ	La progression du bol alimentaire est bonne, les aliments ne restent pas coincés. Le patient ne ressent ni douleur, ni gêne. La déglutition lui demande un effort, plutôt d'ordre psychologique.
TEMPS OESOPHAGIEN	Rien à signaler.
FIN DE REPAS	Le patient n'a pas tout consommé mais tout a été goûté. Le repas a duré 20 minutes.

### CONCLUSION

Les axes de prise en charge de ce patient concerneront :

- Un travail de détente et de réassurance par la pratique de l'entretien motivationnel ;
- Un travail praxique permettant de renforcer l'efficacité des structures bucco-faciales (et notamment linguales) lors de la prise alimentaire ;
- Un travail sensoriel afin d'approcher et d'appivoiser les différentes saveurs ;
- Un travail autour des repas thérapeutiques afin de diversifier l'alimentation et les textures alimentaires acceptées.

## ANNEXE G : PRÉ-TEST DE MADAME P.

### L'ENTRETIEN CLINIQUE

#### ➤ LE PATIENT :

Date de rencontre : avril 2016

Nom : P.

Prénom : M.

Date de naissance : /

Poids : 68kg

Taille : 155cm

IMC : 28,30 (surpoids)

Profession : vendeuse en magasin de chaussures

*Qui envoie le patient ? Pour quel.s motif.s ?*

La patiente est envoyée par son médecin traitant avec une plainte concernant l'alimentation.

En effet, elle présente une extrême sélectivité alimentaire. Étant enceinte, elle craint que cette sélectivité ait des répercussions sur son bébé.

#### ➤ LES ASPECTS MÉDICAUX :

Antécédents	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Fragilité digestive ;</li><li>➤ Enfant considérée comme « fragile », elle a un frère jumeau qui ne présente aucun trouble.</li></ul>
Actuellement	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Enceinte au moment du bilan ;</li><li>➤ Présente un surpoids, avec un IMC à 28,30.</li></ul>

#### ➤ L'HISTOIRE DE L'ALIMENTATION :

Le développement de l'alimentation a été compliqué, la patiente était considérée comme une enfant assez difficile, notamment en comparaison avec son frère jumeau qui n'avait aucune

difficulté sur le plan alimentaire. Elle ne mangeait pas très diversifié et présentait une importante sélectivité alimentaire. Cela était générateur de conflits familiaux importants au moment des repas. Elle mastiquait longtemps puis recrachait les aliments, allant jusqu'à les donner au chat. Au moment du bilan, la patiente ne supporte que les aliments neutres (comme les pâtes non salées par exemple), elle ne supporte pas les herbes aromatiques. Elle aime les aliments « fades » et apprécie également beaucoup les aliments sucrés. La patiente a la sensation de faim et mange très vite, elle a tendance à se sentir « lourde » après les repas.

➤ LE DÉROULEMENT DU REPAS :

Les repas quotidiens sont répétitifs et très rapides (environ 10 minutes), ils sont pris à table devant la télévision. La patiente prépare ses repas, qu'elle prend à heures fixes. Elle a tendance à grignoter, plutôt des gâteaux sucrés. Les temps de repas lui procurent du plaisir.

Le menu d'une journée classique :

- Petit déjeuner : Nutella® sur du pain de mie ou céréales type Chocapic® (pas de café, ni thé ou jus)
- Déjeuner / dîner : pâté sur du pain de mie – jambon/pâtes - yaourt

**Récapitulatif alimentaire :**

Aliments acceptés	Aliments refusés	Texture		Température
		Boisson	Aliments	
Steak haché ou très finement coupé Jambon Pâté Pâtes Pommes de terre Yaourts lisses et non acides (crèmes desserts) Aliments sucrés	Tout le reste	<input checked="" type="checkbox"/> Liquide	<input checked="" type="checkbox"/> Morceaux	<input checked="" type="checkbox"/> Chaude
		<input type="checkbox"/> Gazeuse	<input type="checkbox"/> Ecrasés (purée avec morceaux)	
		<input type="checkbox"/> Epaisse	<input type="checkbox"/> Mixés (purée lisse)	<input checked="" type="checkbox"/> Froide
		<input type="checkbox"/> Gélifiée	<input type="checkbox"/> Liquides (soupe)	

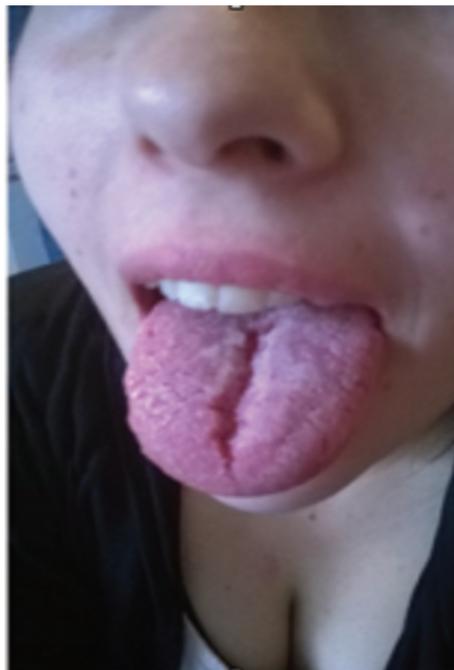
➤ LE STRESS :

La patiente ne ressent pas de quelconque stress face à l'alimentation quotidienne, lorsque les repas se passent à la maison. Cependant, son niveau de stress peut augmenter très fortement, allant parfois jusqu'à un niveau de 10/10 sur une échelle de 0 (ne ressent aucun stress) à 10 (niveau maximal de stress) lors de repas à l'extérieur. Cela est dû au fait que la patiente ressent comme angoissant le fait de ne pas se faire comprendre par son entourage, qui pense généralement que ses difficultés relèvent du caprice.

**L'EXAMEN CLINIQUE :**

➤ OBSERVATION DE LA POSTURE ET DES STRUCTURES AU REPOS :

La langue de la patiente est très grosse, avec des papilles très développées (cf. photo ci-dessous).



➤ ASPECTS PRAXIQUES : MOTRICITÉ DES STRUCTURES :

Il n'y a rien à signaler au niveau praxique, toutes les praxies sont réalisées sans difficultés. Cependant, nous notons que les praxies faisant intervenir la langue sont réalisées très rapidement, la patiente étant extrêmement complexée par sa langue et refusant de la sortir. La mastication est rapide.

➤ ASPECTS SENSITIFS ET SENSORIELS :

<b>PERCEPTION TACTILE</b>		
Lèvres	Sensibilité au toucher	+
Joues	Sensibilité au toucher	+
Langue	Sensibilité au toucher	+
Palais	Sensibilité au toucher	+
Paroi postérieure	Sensibilité au toucher	+
<b>PERCEPTION THERMIQUE</b>		
Lèvres	Le froid	+
Joues		
Langue		
Palais		
Lèvres	Le chaud	+
Joues		
Langue		
Palais		
<b>PERCEPTION GUSTATIVE</b>		
	Le sucré (sucre)	- (ne le ressent pas)
	Le salé (sel)	Insupportable
	L'acide (citron)	Insupportable
	L'amer (café)	Insupportable
	L'umami (bouillon Knorr®)	Insupportable
	Le kokumi (lait)	Insupportable
	L'oléogustus (huile)	Insupportable

➤ OBSERVATION DE REPAS :

ATTITUDE GÉNÉRALE	Bonne autonomie à table, bonne compréhension des consignes
GESTE ALIMENTAIRE	Le geste alimentaire est adapté, sans difficultés particulières. La patiente a cependant une appréhension pour manger.
TEMPS ORAL	La mastication est un peu rapide. L'évacuation buccale est bonne.
TEMPS PHARYNGÉ	La progression du bol alimentaire est bonne.
TEMPS OESOPHAGIEN	Rien à signaler.

FIN DE REPAS	La patiente n'a consommé que peu d'aliments car elle n'aime pas les aliments proposés.
--------------	--

### CONCLUSION

Au niveau anatomique, la patiente présente une langue très développée. L'aspect praxique et l'aspect sensitif sont corrects, les exercices proposés ne mettant pas en évidence de trouble. Cependant, au niveau de la sensorialité, la perception gustative est très perturbée. En effet, le sucré n'est pas ressenti mais les autres saveurs sont considérées comme trop fortes pour la patiente, et ce même à très faible concentration. En effet, elle les qualifie de « dégoûtantes », « gênantes » voire « insupportables ». Lors de l'essai alimentaire, la patiente refuse de goûter la majorité des aliments car elle n'aime pas et n'a pas envie.

Les axes de prise en charge de cette patiente concerneront :

- Un travail de désensorialisation par des exercices sur les saveurs de base à différentes concentrations afin de réduire la sensorialité qui est exacerbée ;
- Un travail autour des repas thérapeutiques afin d'adapter le geste alimentaire et de diversifier l'alimentation ;
- Toute cette rééducation aura pour objectif d'augmenter le panel alimentaire de la patiente et ainsi de réduire son niveau de stress lors des repas à l'extérieur.

## ANNEXE H : PRÉ-TEST DE MONSIEUR P.

### L'ENTRETIEN CLINIQUE

#### ➤ LE PATIENT :

Date de rencontre : février 2018

Nom : P.

Prénom : Y.

Date de naissance : /

Poids : 48kg

Taille : 162cm

IMC : 18,29 (sous-poids)

Profession : CDD opérateur de production

*Qui envoie le patient ? Pour quel.s motif.s ?*

Le patient est envoyé par le médecin endocrinologue à orientation nutritionniste pour importante perte de poids et arrêt de l'alimentation.

*Histoire de vie :*

Le patient a perdu 9 kilogrammes entre début décembre et janvier, soit 18% de son poids. Début décembre, le patient n'a plus réussi à s'alimenter et n'a plus remangé normalement depuis. Il a eu un accident de la circulation début novembre, qu'il n'a pas mis en lien avec cet arrêt alimentaire brusque. Après cet accident, aux urgences, les examens réalisés n'ont rien révélé.

#### ➤ LES ASPECTS MÉDICAUX :

Antécédents	➤ Aucun antécédent médical n'est mis en évidence.
	➤ Difficultés à la déglutition de la salive ; ➤ Le patient ressent une gêne pour parler, manger, siffler ;

Actuellement	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Il a été hospitalisé le 24 janvier pour dénutrition sévère, et une sonde nasogastrique lui a été posée lors de cette hospitalisation. Lors du bilan, il porte encore sa sonde ;</li> <li>➤ Le patient dort peu, environ 3h par nuit, et il a de fréquents maux de tête ;</li> <li>➤ Sa sonde nasogastrique est active 15h/24, à raison de 1000kcal, il prend également des pots hypercaloriques (300kcal par jour).</li> </ul>
--------------	---

➤ L'HISTOIRE DE L'ALIMENTATION :

Le patient n'a jamais eu de problème concernant l'alimentation. Au moment du bilan, il ne peut manger que de la soupe, tous les autres aliments ne peuvent pas être consommés. La sensation de faim n'est plus présente.

➤ LE DÉROULEMENT DU REPAS :

Les repas quotidiens sont très difficiles, le patient ne mange pas. Il se force beaucoup et la nutrition entérale assure le comblement de ses besoins nutritionnels. Le patient prépare ses repas et mange le soir, de la soupe. Les repas sont très longs : environ une heure pour consommer un bol de soupe. Le patient ne ressent aucun plaisir lors des repas.

**Récapitulatif alimentaire :**

Aliments acceptés	Aliments refusés	Texture		Température
		Boisson	Aliments	
Aliments liquides (soupe)	Tout le reste N'a jamais toléré les laitages (digestion)	X Liquide	<input type="checkbox"/> Morceaux	X Chaude
		<input type="checkbox"/> Gazeuse	<input type="checkbox"/> Ecrasés (purée avec	

	difficile)		morceaux)	
		<input type="checkbox"/> Épaissie	<input type="checkbox"/> Mixés (purée lisse)	X Froide
		<input type="checkbox"/> Gélifiée	X Liquides (soupe)	

➤ LE STRESS :

Le patient ne ressentait pas de stress face à l'alimentation quand tout allait bien. Actuellement, il ne peut pas manger, et son niveau de stress est situé à 4/10 sur une échelle subjective allant de 0 (ne ressent aucun stress) à 10 (niveau de stress maximal).

**L'EXAMEN CLINIQUE :**

➤ OBSERVATION DE LA POSTURE ET DES STRUCTURES AU REPOS :

Le patient est très fatigué, mais la posture et le tonus au repos sont corrects.

➤ ASPECTS PRAXIQUES : MOTRICITÉ DES STRUCTURES :

Il n'y a rien à signaler au niveau praxique, toutes les praxies sont réalisées sans difficultés. Cependant, à la déglutition, le patient exprime une gêne et une douleur. De plus, lors de la prise d'un biscuit Curly®, on entend un craquement lors de la déglutition et un blocage du sphincter supérieur de l'œsophage. Le patient décrit une gêne semblant se situer au niveau du cartilage thyroïde.

➤ ASPECTS SENSITIFS ET SENSORIELS :

PERCEPTION TACTILE		
Lèvres	Sensibilité au toucher	+
Joues	Sensibilité au toucher	+
Langue	Sensibilité au toucher	+
Palais	Sensibilité au toucher	+
Paroi postérieure	Sensibilité au toucher	+
<b>PERCEPTION</b>		

<b>THERMIQUE</b>		
Lèvres	Le froid	+
Joues		
Langue		
Palais		
Lèvres	Le chaud	+
Joues		
Langue		
Palais		
<b>PERCEPTION GUSTATIVE</b>		
	Le sucré (sucre)	-
	Le salé (sel)	-
	L'acide (citron)	+
	L'amer (café)	-
	L'umami (bouillon Knorr®)	-
	Le kokumi (lait)	-
	L'oléogustus (huile)	-

➤ **OBSERVATION DE REPAS :**

L'observation de repas n'est pas possible lors du bilan initial car le patient porte sa sonde nasogastrique et n'accepte de manger que le soir. Il a une grande appréhension à manger, et a besoin d'être rassuré, distrait et écouté. Il ne peut réaliser l'essai alimentaire en totalité car il se plaint d'une gêne importante, de douleurs dans le cou. La progression du bol alimentaire est mauvaise et les aliments restent coincés.

### CONCLUSION

Les axes de prise en charge de ce patient concerneront :

- Un travail de détente et de réassurance ;
- Un travail sensoriel dans le but de supporter et d'appivoiser les différentes saveurs de base ;
- Un travail autour des repas thérapeutiques afin de diversifier les aliments et les textures acceptés.

De plus, au vu des difficultés physiques du patient pour déglutir, nous estimons qu'une investigation complète des structures anatomiques doit être réalisée.

## ANNEXE I : PRÉ-TEST DE MADAME B.

### L'ENTRETIEN CLINIQUE

#### ➤ LE PATIENT :

Date de rencontre : janvier 2018

Nom : B.

Prénom : S.

Date de naissance : /

Poids : 42kg

Taille : 172cm

IMC : 14,2 (famine)

Profession : femme au foyer

*Qui envoie le patient ? Pour quel.s motif.s ?*

La patiente est envoyée par le médecin endocrinologue à orientation nutritionniste pour phobie alimentaire et importantes difficultés alimentaires entraînant une perte de poids.

*Histoire de vie :*

La patiente présente une phobie de déglutition des morceaux depuis deux ans. Celle-ci s'est manifestée suite à une fausse-route à la viande ayant entraîné une crise d'angoisse. Depuis, elle ne consomme plus que de la nourriture mixée. La patiente a perdu 30kg en 6 mois. Elle a été hospitalisée en 2017, durant deux mois. Lors de cette hospitalisation, on lui a posé une sonde nasogastrique, qu'elle n'a plus au moment du bilan.

La patiente a eu quatre enfants qui sont gardés par le papa. L'une de ses filles est décédée à l'âge de deux mois d'une bronchiolite infectieuse. Le père de la patiente est décédé à 52 ans suite à une fausse-route, il était atteint d'une démence fronto-temporale.

La patiente nous confie ressentir un stress extrême face à l'alimentation, une peur panique de la fausse-route. La déglutition des morceaux est impossible pour cette patiente.

#### ➤ LES ASPECTS MÉDICAUX :

Antécédents	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hospitalisation pour dénutrition et mise sous alimentation entérale pendant 2 mois et demi en 2017.</li> </ul>
Actuellement	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Suivi psychiatrique ;</li> <li>➤ Hyperthyroïdie fluctuante, sans traitement ;</li> <li>➤ Suivi nutritionnel ;</li> <li>➤ Dénutrition ;</li> <li>➤ Au niveau sanguin : faible taux de fer, hémoglobine basse, avait eu précédemment des troubles du ionogramme ;</li> <li>➤ N'a plus de nutrition artificielle actuellement ;</li> <li>➤ Prise de compléments alimentaires hypercaloriques : un pot de 300kcal par jour.</li> </ul>

➤ L'HISTOIRE DE L'ALIMENTATION :

La patiente ne peut réellement raconter comment s'est déroulé le développement alimentaire. Elle dit cependant avoir toujours eu des troubles de l'alimentation : elle alternait entre des phases où elle mangeait en quantité importante et des phases où elle ne mangeait plus rien, à des heures irrégulières (notamment la nuit), et grignotait beaucoup. Au niveau des prises alimentaires, elle pouvait manger de tout mais plutôt rapidement. Elle n'a pas parlé durant l'anamnèse d'aliments refusés, mais plutôt du manque d'organisation et de la vitesse des repas. À son arrivée au cabinet, toute l'alimentation est mixée, sans viande. Elle a une préférence pour le sucré, ne peut manger de pain, de viande, de morceaux. Elle peut manger des biscuits trempés dans son café (afin de les rendre fondants en bouche). Les doubles textures ne sont pas acceptables pour elle (yaourts avec morceaux, compotes avec morceaux, etc.). La patiente ressent la faim, mais mange très rapidement et a d'importants maux d'estomac une fois le repas achevé.

➤ LE DÉROULEMENT DU REPAS :

Les repas quotidiens se passent rapidement, à table avec son compagnon. La patiente prépare ses repas elle-même. Les horaires de repas sont assez fluctuants, elle a plutôt l'habitude de prendre plusieurs petits repas au cours de la journée. Ainsi, les temps de repas sont peu organisés. Elle grignote toujours la nuit. Les repas sont rapides, environ 10 minutes par repas, et ne procurent que peu de plaisir à la patiente, le stress face à l'alimentation étant très important. La patiente a envie de manger mais elle ressent une grande gêne lors du passage des aliments. Elle consomme du chocolat, des gâteaux ramollis, sans avoir faim, elle a le sentiment de devoir ingérer des calories. La patiente mâche tout, même les yaourts.

Le menu d'une journée classique se compose essentiellement d'aliments mixés (principalement des lentilles mixées), de café, de yaourts et d'un pot de compléments alimentaires de 300kcal.

**Récapitulatif alimentaire :**

Aliments acceptés	Aliments refusés	Texture		Température
		Boisson	Aliments	
Aliments mixés Gâteaux mous Yaourts lisses Flans Œufs au lait Glaces Pâtes très cuites	Tout le reste Principalement le riz et la viande	X Liquide (café surtout)	<input type="checkbox"/> Morceaux	X Chaude
		<input type="checkbox"/> Gazeuse	<input type="checkbox"/> Ecrasés (purée avec morceaux)	
		<input type="checkbox"/> Épaissie	X Mixés (purée lisse)	X Froide
		<input type="checkbox"/> Gélifiée	<input type="checkbox"/> Liquides (soupe)	

➤ LE STRESS :

La patiente témoigne d'un niveau très important de stress, ce qui a des répercussions physiques sur elle (notamment des tremblements et une grande agitation). Elle a une phobie de déglutition des morceaux massive depuis deux ans, avec une crainte intense de la fausse-

route (certainement en lien avec son vécu personnel). Le stress est évalué à 10, sur une échelle subjective allant de 0 (ne ressent aucun stress) à 10 (niveau maximal de stress).

### L'EXAMEN CLINIQUE :

➤ OBSERVATION DE LA POSTURE ET DES STRUCTURES AU REPOS :

La patiente a une dentition très abîmée. En effet, la majorité des dents est absente et les dents qui restent sont très noires et cassées. Une pose d'implants dentaires (couronnes en céramique) est prévue. Ce manque de dents est causé par la dénutrition.

➤ ASPECTS PRAXIQUES : MOTRICITÉ DES STRUCTURES

Nous observons une hypotonie labiale et jugale. Celle-ci provoque un bavage lors des repas et peut être due à la dénutrition causant une perte musculaire donc une faiblesse importante.

➤ ASPECTS SENSITIFS ET SENSORIELS :

Rien à signaler : les aspects sensitifs et sensoriels sont bons.

➤ OBSERVATION DE REPAS :

Lors du repas, nous avons proposés à la patiente 6 à 10 petits plats, mixés ou hachés finement (par exemple : quiche, pâtes, soupe, épinards, yaourt, madeleine).

ATTITUDE GÉNÉRALE	Nous relevons un stress important face à la prise alimentaire. La patiente a une posture en extension, extrêmement tonique. La compréhension des consignes est bonne.
GESTE ALIMENTAIRE	La patiente a des difficultés pour mettre les aliments en bouche, dues à son appréhension importante de manger. Elle a un grand besoin d'être rassurée.

TEMPS ORAL	La patiente a des difficultés de mastication, elle ingère de toutes petites bouchées qu'elle mastique très longtemps avant d'avaler. Nous relevons une mauvaise continence labiale, et un bavage. Elle a tendance à mâchonner les aliments, et est obligée de boire en même temps. L'évacuation buccale est bonne.
TEMPS PHARYNGÉ	La progression du bol alimentaire est bonne.
TEMPS OESOPHAGIEN	Rien à signaler.
FIN DE REPAS	La patiente n'a pas tout consommé. Néanmoins, elle a accepté de goûter à tous les aliments proposés et elle a été très volontaire lors de l'essai.

### CONCLUSION

Les axes de prise en charge de cette patiente concerneront :

- Un travail de détente afin de réduire le stress ;
- Un travail pratique, par le renforcement labial et jugal. Cela se fera par la réalisation de praxies mais également par un entraînement à la mastication de différentes textures alimentaires, en permettant aux structures buccales de s'adapter à l'aliment présent en bouche ;
- La mise en place de repas thérapeutiques afin de réassurer la patiente lors des prises alimentaires.

## ANNEXE J : PRÉ-TEST DE MONSIEUR R.

### L'ENTRETIEN CLINIQUE

#### ➤ LE PATIENT :

Date de rencontre : octobre 2017

Nom : R.

Prénom : C.

Date de naissance : /

Poids : 40kg

Taille : 170cm

IMC : 13,8 (famine)

*Qui envoie le patient ? Pour quel.s motif.s ?*

Le patient est envoyé par son médecin endocrinologue à orientation nutritionniste pour dénutrition et cassure de la courbe de poids.

*Histoire de vie :*

Le patient est né prématurément et il est atteint d'une paralysie cérébrale. Il se déplace en fauteuil roulant car il est atteint de tétraplégie. Il vit avec son compagnon, à son domicile. Des aides à domicile viennent deux fois par jour. Il a un frère jumeau qui n'a pas de troubles médicaux.

#### ➤ LES ASPECTS MÉDICAUX :

Antécédents	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Digestion difficile (diarrhées) ;</li><li>➤ Paralysie cérébrale entraînant des difficultés de déclenchement du réflexe de déglutition et un défaut praxique ;</li><li>➤ Le patient a été hospitalisé en septembre 2017, souffrant d'une dénutrition sévère.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Suivi psychologique ;</li><li>➤ Suivi endocrinologue ;</li></ul>

Actuellement	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Suivi gastro-entéral ;</li> <li>➤ Dénutrition sévère ;</li> <li>➤ RGO : traitement par Oméprazole® ;</li> <li>➤ A régulièrement une mycose sur la langue due à la dénutrition, traitée ;</li> <li>➤ Dents peu marbrées mais dentition complète ;</li> <li>➤ Maux d'estomac fréquents ;</li> <li>➤ IMC très faible ;</li> <li>➤ Prise de compléments alimentaires hypercaloriques une fois par jour (un pot de 300kcal).</li> </ul>
--------------	---

➤ L'HISTOIRE DE L'ALIMENTATION :

Le développement de l'alimentation du patient fut assez compliqué. Lorsqu'il était bébé, les prises de biberons étaient un peu longues d'après sa mère. De plus, la prise alimentaire est devenue compliquée pour le patient à partir de l'introduction des morceaux, notamment à cause du trouble praxique entraîné par la paralysie cérébrale. Aujourd'hui, il ne mange pas de viande ou très peu. Il aime les légumes. Il n'apprécie pas tellement le sucré, l'acide, l'umami. Il ne mange pas de gras et préfère les aliments salés. Il mange souvent froid car il témoigne d'une extrême lenteur pour prendre ses repas. Il n'a pas ou peu la sensation de faim. Il ressent un mal-être après le repas, notamment à cause de son RGO.

➤ LE DÉROULEMENT DU REPAS :

Les repas quotidiens sont longs et laborieux. Le patient mange à table, dans une boîte, des repas préparés par les auxiliaires de vie. Il prend ses repas à heures fixes et ne grignote pas au cours de la journée. Les repas doivent durer en moyenne 2h afin d'assurer un apport suffisant. Les temps de repas ne sont pas synonymes de plaisir pour le patient.

**Récapitulatif alimentaire :**

Aliments acceptés	Aliments refusés	Texture		Température
		Boisson	Aliments	
Céréales ramollies Textures tendres et lisses	Viande Aliments durs, filandreux Salade	X Liquide (à la paille)	X Morceaux	X Chaude
		<input type="checkbox"/> Gazeuse	<input type="checkbox"/> Ecrasés (purée avec morceaux)	
		<input type="checkbox"/> Epaisse	<input type="checkbox"/> Mixés (purée lisse)	X Froide
		<input type="checkbox"/> Gélifiée	<input type="checkbox"/> Liquides (soupe)	

➤ LE STRESS :

Le patient a un niveau de stress face à l'alimentation très important. Il nous dit notamment avoir une grande appréhension de faire une fausse-route. Il évalue son stress à un niveau de 10/10 sur une échelle subjective allant de 0 (ne ressent aucun stress) à 10 (niveau maximal de stress).

**L'EXAMEN CLINIQUE :**

➤ OBSERVATION DE LA POSTURE ET DES STRUCTURES AU REPOS :

Le patient se déplace en fauteuil roulant. Il a une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique. Les lèvres et la langue au repos sont hypotoniques.

➤ ASPECTS PRAXIQUES : MOTRICITÉ DES STRUCTURES :

La contenance labiale est déficitaire. Au niveau jugal, les praxies sont très laborieuses, nous relevons une hypotonie jugale. Au niveau lingual, le bilan met en évidence des troubles praxiques de la langue et une sensibilité exacerbée. Le patient a fréquemment des mycoses linguales. Les praxies sont difficiles à réaliser. La mastication est longue, de mauvaise qualité. La déglutition est peu efficace, le patient peut déglutir plusieurs fois de suite. Le patient parle

de blocages. Il a une grande crainte de faire une fausse-route. Tous les temps de la déglutition sont laborieux, le bolus doit être entièrement lisse pour que la déglutition ait lieu de façon efficace.

➤ ASPECTS SENSITIFS ET SENSORIELS :

<b>PERCEPTION TACTILE</b>		
Lèvres	Sensibilité au toucher	+
Joues	Sensibilité au toucher	+
Langue	Sensibilité au toucher	+++ (trop)
Palais	Sensibilité au toucher	+++ (trop)
Paroi postérieure	Sensibilité au toucher	+++ (trop)
<b>PERCEPTION THERMIQUE</b>		
Lèvres	Le froid	+
Joues		
Langue		
Palais		
Lèvres	Le chaud	+
Joues		
Langue		
Palais		
<b>PERCEPTION GUSTATIVE</b>		
	Le sucré (sucre)	+
	Le salé (sel)	+
	L'acide (citron)	+
	L'amer (café)	+
	L'umami (bouillon Knorr®)	+ (n'aime pas)
	Le kokumi (lait)	+ (n'aime pas)
	L'oléogustus (huile)	+ (n'aime pas)

➤ OBSERVATION DE REPAS :

ATTITUDE GÉNÉRALE	Nous relevons une anxiété importante face à la prise alimentaire, le patient est assez passif et dépendant lors du repas. La compréhension des consignes est bonne. Le patient est autonome physiquement.
-------------------	---

GESTE ALIMENTAIRE	La mise en bouche est difficile, le patient mange trop lentement. Nous notons une grande appréhension à manger, le patient a besoin d'être rassuré, distrait.
TEMPS ORAL	Le patient a des difficultés de mastication, il mastique longtemps. Nous notons une mauvaise continence labiale.
TEMPS PHARYNGÉ	La progression du bol alimentaire est mauvaise. Les aliments restent « coincés ». Le patient met trop peu d'aliments en bouche, ce qui rend le déclenchement du réflexe de déglutition difficile.
TEMPS OESOPHAGIEN	Blocages, douleurs, remontées.
FIN DE REPAS	Le patient n'a pas tout consommé car le patient n'aime pas ou trouve les aliments difficiles à manger, il a des nausées.

### CONCLUSION

Les axes de prise en charge de ce patient concerneront :

- Un travail de détente afin de réduire son stress intense ;
- Un travail praxique, par le renforcement bucco-facial, notamment labial, jugal et lingual ainsi qu'un travail au niveau du passage bucco-pharyngé. Cela se fera par la réalisation de praxies mais également par l'entraînement des fonctions orales et en mangeant différentes textures alimentaires afin d'habituer les structures buccales aux aliments en bouche ;
- Un travail sur la sensibilité afin de faire diminuer la sensibilité exacerbée du patient ;
- La mise en place de repas thérapeutiques afin de réassurer le patient lors des prises alimentaires, de diversifier son alimentation, de diminuer la sensibilité et d'améliorer les praxies par la mastication d'aliments diversifiés.

## ANNEXE K : PRÉ-TEST DE MADAME R.

### L'ENTRETIEN CLINIQUE

#### ➤ LE PATIENT :

Date de rencontre : mars 2018

Nom : R.

Prénom : S.

Date de naissance : /

Poids : 45kg

Taille : 168cm

IMC : 15,9 (famine)

Profession : étudiante

*Qui envoie le patient ? Pour quel.s motif.s ?*

La patiente est envoyée par le médecin endocrinologue à orientation nutritionniste pour suspicion de dysoralité et dénutrition importante.

*Histoire de vie :*

La patiente a subi une intervention chirurgicale pour l'appendicite en septembre 2018. Un mois après, elle dit avoir eu des problèmes de vessie. Puis, elle a rencontré des difficultés à avaler, d'abord une pomme, puis de la viande. Une personne de son entourage lui a conseillé de mâcher du chewing-gum, ce qui a aggravé la situation. Durant tout l'entretien, la patiente crache dans une feuille de Sopalin posée devant elle, elle examine sa salive. Elle est persuadée d'avoir le syndrome de Eagle qui entraîne des problèmes thyroïdiens et des nodules, mais rien n'a été mis en évidence.

#### ➤ LES ASPECTS MÉDICAUX :

Antécédents	➤ RAS
	➤ Suivi psychologique ; ➤ Suivi endocrinologue ;

Actuellement	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Suivi ORL ;</li> <li>➤ Dénutrition sévère qui a provoqué une hospitalisation récente.</li> </ul>
--------------	---

➤ L'HISTOIRE DE L'ALIMENTATION :

L'alimentation lactée et la diversification alimentaire se sont passées sans problème particulier. La patiente était en surpoids pendant l'enfance. Aujourd'hui, tout aliment solide est refusé, elle ne peut rien manger qui nécessite une mastication. La patiente ressent la faim mais la plainte concernant la douleur domine.

➤ LE DÉROULEMENT DU REPAS :

La patiente ne prend plus de repas. Sa mère lui prépare des plats qu'elle ne mange pas. Elle ne mange que des soupes ou des potages.

**Récapitulatif alimentaire :**

Aliments acceptés	Aliments refusés	Texture		Température
		Boisson	Aliments	
Liquides	Tout le reste	<input checked="" type="checkbox"/> Liquide	<input type="checkbox"/> Morceaux	X Chaude
		<input type="checkbox"/> Gazeuse	<input type="checkbox"/> Ecrasés (purée avec morceaux)	
		<input type="checkbox"/> Epaisse	<input type="checkbox"/> Mixés (purée lisse)	X Froide
		<input type="checkbox"/> Gélifiée	<input checked="" type="checkbox"/> Liquides (soupe)	

➤ LE STRESS :

La patiente témoigne d'un stress intense, non pas face à l'alimentation mais face à son état de santé actuel. Son niveau de stress est évalué à 10/10 sur une échelle subjective allant de 0 (ne ressent aucun stress) à 10 (niveau de stress maximal).

### **L'EXAMEN CLINIQUE :**

➤ OBSERVATION DE LA POSTURE ET DES STRUCTURES AU REPOS :

Rien à signaler.

➤ ASPECTS PRAXIQUES : MOTRICITÉ DES STRUCTURES :

Rien à signaler.

➤ ASPECTS SENSITIFS ET SENSORIELS :

Rien à signaler.

➤ OBSERVATION DE REPAS :

L'observation de repas est impossible. La patiente ne veut pas manger. Elle mastique l'eau et elle dit avoir des douleurs au niveau du cou pendant la mastication. Tout ce qu'elle ingère lui fait mal à la gorge et est systématiquement craché.

### **CONCLUSION**

En conclusion, nous orientons cette patiente vers un suivi psychologique, qui semble plus cohérent face à son trouble. Nous proposons néanmoins de la revoir afin d'entamer un travail de détente corporelle ayant pour but de réduire son niveau de stress. De plus, nous lui proposons des repas thérapeutiques pour réapprendre à utiliser les effecteurs de manière adaptée et retrouver une alimentation per os solide.

## ANNEXE L : POST-TEST DE MONSIEUR L.

### L'ENTRETIEN CLINIQUE

#### ➤ LE PATIENT :

Nom : L.

Prénom : C.

Date de naissance : /

Poids : 54kg

Taille : 168cm

IMC : 19,13 (corpulence normale)

Profession : salarié

#### *Comment s'est déroulée la rééducation ?*

Nous avons commencé par un travail portant sur les saveurs, consistant à tester différents goûts à différentes dilutions. Ce travail a été réalisé en séance, avec des dilutions différentes (du plus dilué au moins dilué), en fonction de ce que le patient pouvait tolérer. En parallèle, lors de chaque séance, l'orthophoniste a mis en place des repas thérapeutiques. Le patient avait pour consigne de goûter des aliments aux saveurs différentes, toujours présentés en petites portions, afin d'éviter d'augmenter son niveau de stress. Puis, nous sommes passés à des essais d'associations de goûts puisque la problématique de ce patient concernait essentiellement les aliments mélangés. Le travail pratique s'est fait grâce à la réalisation de praxies mais également grâce à la mastication d'aliments très différents et inhabituels.

#### ➤ LES ASPECTS MÉDICAUX :

Rien à signaler.

#### ➤ LE DÉROULEMENT ACTUEL DU REPAS :

Les repas aujourd'hui se passent bien, ils ne sont plus synonymes de crainte sociale. Le patient peut manger en public et à l'extérieur sereinement car il sait qu'il va trouver quelque

chose à manger. De plus, il ose goûter à la plupart des aliments sans crainte. Son alimentation s'est diversifiée.

**Récapitulatif alimentaire :**

Aliments acceptés	Aliments refusés	Texture		Température
		Boisson	Aliments	
Ceux acceptés avant, auxquels se sont ajoutés : pizza, quiches, cake, crudités (chou cru par exemple) et d'autres	Ceux qui sont trop forts en goût : pimenté, trop assaisonné, épicé	X Liquide	X Morceaux	X Chaude
		<input type="checkbox"/> Gazeuse	<input type="checkbox"/> Ecrasés (purée avec morceaux)	
		<input type="checkbox"/> Epaisse	<input type="checkbox"/> Mixés (purée lisse)	X Froide
		<input type="checkbox"/> Gélifiée	<input type="checkbox"/> Liquides (soupe)	

➤ LE STRESS :

Le patient situe désormais son niveau de stress à 3/10, sur une échelle allant de 0 (aucun stress ressenti) à 10 (niveau maximal de stress). Le patient nous confie qu'il a appris à manger pour lui-même, à relativiser sur ce qu'il peut ou non manger, afin de vivre son alimentation de façon plus sereine.

**L'EXAMEN CLINIQUE :**

➤ OBSERVATION DE LA POSTURE ET DES STRUCTURES AU REPOS :

Rien à signaler.

➤ ASPECTS PRAXIQUES : MOTRICITÉ DES STRUCTURES :

Rien à signaler.

➤ ASPECTS SENSITIFS ET SENSORIELS :

PERCEPTION TACTILE		
Lèvres	Sensibilité au toucher	+

Joues	Sensibilité au toucher	+
Langue	Sensibilité au toucher	+
Palais	Sensibilité au toucher	+
Paroi postérieure	Sensibilité au toucher	+
<b>PERCEPTION THERMIQUE</b>		
Lèvres	Le froid	+
Joues		
Langue		
Palais		
Lèvres	Le chaud	+
Joues		
Langue		
Palais		
<b>PERCEPTION GUSTATIVE</b>		
	Le sucré (sucre)	+
	Le salé (sel)	+
	L'acide (citron)	+
	L'amer (café)	+
	L'umami (bouillon Knorr®)	+
	Le kokumi (lait)	+
	L'oléogustus (huile)	+

➤ OBSERVATION DE REPAS :

ATTITUDE GÉNÉRALE	Bonne autonomie à table, bonne compréhension des consignes.
GESTE ALIMENTAIRE	Le geste alimentaire est adapté.
TEMPS ORAL	Bonne mastication.
TEMPS PHARYNGÉ	Progression du bol alimentaire bonne.
TEMPS OESOPHAGIEN	/
FIN DE REPAS	Le patient est en mesure de goûter chaque aliment et de les aimer.

### CONCLUSION

Aujourd'hui, le patient a une alimentation qui s'est diversifiée en comparaison avec les débuts de prise en charge. De plus, il a pris 4 kilogrammes. Le patient a été très entouré tout au long de la prise en charge, très rassuré également. Cette attitude de la part de son entourage lui a permis de reproduire les essais effectués en séance à l'extérieur.

## ANNEXE M : POST-TEST DE MADAME P.

### L'ENTRETIEN CLINIQUE

#### ➤ LE PATIENT :

Nom : P.

Prénom : M.

Date de naissance : /

Poids : 68kg

Taille : 155 cm

IMC : 28,30

Profession : en congé parental

#### *Comment s'est déroulée la rééducation ?*

La rééducation a duré 4 mois entre le 1er avril 2016 et le 8 août 2016, à raison de 13 séances. Elle s'est axée sur la réduction de la sensorialité (« désensorialisation ») de la patiente, par un travail portant sur la perception des saveurs combiné à un travail autour de repas thérapeutiques. L'orthophoniste, à chacune des séances, proposait à la patiente toutes les saveurs, avec un niveau de dilution différent à chaque fois, allant de la plus diluée à la moins diluée en cours de rééducation. Parallèlement, des repas thérapeutiques ont été mis en place. Les textures n'étant pas un problème pour la patiente, diverses textures ont pu être proposées, dès le départ. Les goûts proposés, quant à eux, suivirent une évolution selon les possibilités de la patiente, allant de goûts assez neutres à des goûts plus forts. La patiente, en parallèle du travail effectué en séance de rééducation, avait pour consigne de réaliser des exercices à la maison : goûter des aliments inhabituels tous les jours afin de s'habituer à leur saveur ; appliquer tous les soirs sur sa langue, à l'aide d'un coton-tige, différentes saveurs diluées (sel, citron, café, etc.) afin de suivre un entraînement quotidien.

#### ➤ LES ASPECTS MÉDICAUX :

Actuellement	➤ Rien à signaler
--------------	-------------------

#### ➤ LE DÉROULEMENT ACTUEL DU REPAS :

Les repas aujourd'hui se déroulent bien. La patiente ose goûter de nouveaux aliments, elle possède un répertoire alimentaire plus large que celui qu'elle présentait lors de la rencontre. Cependant, les repas en extérieur sont restés compliqués pour la patiente, qui ne peut consommer tous les aliments et craint le jugement des autres.

### Récapitulatif alimentaire :

Aliments acceptés	Aliments refusés	Texture		Température
		Boisson	Aliments	
En plus des aliments acceptés avant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Légumes</li> <li>• Fruits</li> <li>• Viandes : poulet, bœuf, porc</li> </ul>	Les aliments au goût très fort (agneau, lapin, choux de Bruxelles, champignons)	X Liquide	X Morceaux	X Chaude
		<input type="checkbox"/> Gazeuse	<input type="checkbox"/> Ecrasés (purée avec morceaux)	
		<input type="checkbox"/> Epaisse	<input type="checkbox"/> Mixés (purée lisse)	X Froide
		<input type="checkbox"/> Gélifiée	<input type="checkbox"/> Liquides (soupe)	

#### ➤ LE STRESS :

Lorsque la patiente mange en dehors de chez elle, son niveau de stress peut encore être de 6/10 parfois, sur une échelle subjective allant de 0 (ne ressent aucun stress) à 10 (niveau maximal de stress). Le fait de partager un repas demeure plus stressant que plaisant pour la patiente, qui peut percevoir du jugement et de l'incompréhension dans l'attitude de son entourage.

### L'EXAMEN CLINIQUE :

#### ➤ OBSERVATION DE LA POSTURE ET DES STRUCTURES AU REPOS :

Rien à signaler.

➤ ASPECTS PRAXIQUES : MOTRICITÉ DES STRUCTURES

Rien à signaler.

➤ ASPECTS SENSITIFS ET SENSORIELS :

Rien à signaler au niveau de la sensibilité. Au niveau sensoriel, les goûts sont encore mal tolérés s'ils sont présentés à très forte intensité.

➤ OBSERVATION DE REPAS :

ATTITUDE GÉNÉRALE	Bonne autonomie à table, bonne compréhension des consignes
GESTE ALIMENTAIRE	Le geste alimentaire est adapté, sans difficultés particulières.
TEMPS ORAL	La mastication est bonne.
TEMPS PHARYNGÉ	La progression du bol alimentaire est bonne.
TEMPS OESOPHAGIEN	Rien à signaler.
FIN DE REPAS	La patiente ose goûter tous les aliments, et peut dire lorsqu'elle n'aime pas.

**CONCLUSION**

La rééducation orthophonique fut interrompue lors de la fin de grossesse de la patiente. Depuis, elle a eu un deuxième enfant. La patiente nous fait part d'une envie importante de reprendre la rééducation, qui a eu des effets importants la première fois, afin de continuer à progresser.

Le répertoire alimentaire de la patiente est beaucoup plus varié aujourd'hui qu'il ne l'était en 2016. La sensorialité a diminué, même si certains goûts, s'ils sont trop forts, demeurent gênants pour la patiente. La patiente peut goûter tous les aliments aujourd'hui, son stress face à l'alimentation a diminué.

## **ANNEXE N : POST-TEST DE MONSIEUR P.**

### **L'ENTRETIEN CLINIQUE**

#### ➤ LE PATIENT :

Nom : P.

Prénom : Y.

Date de naissance : /

Poids : 57kg

Taille : 162kg

IMC : 21,7 (corpulence normale)

Profession : CDI technicien

#### *Comment s'est déroulée la rééducation ?*

Premièrement, la rééducation orthophonique a été axée autour d'un travail gustatif. L'objectif était que le patient puisse percevoir les différentes saveurs, qu'il ne ressentait plus lors du bilan. En séance, il a donc goûté différentes saveurs, à différents dosages de dilution. Deuxièmement, nous avons proposé au patient des repas thérapeutiques afin de se réapproprier une alimentation en texture normale per os et de pouvoir se passer de la sonde. Enfin, l'orthophoniste a effectué des massages de détente, du cou notamment. En effet, le patient présentait de nombreuses tensions. L'IRM effectuée n'a rien permis de mettre en évidence. Cependant, nous pouvions supposer que le nerf VII avait subi un choc suite à l'accident, ce qui avait entraîné une agueusie.

#### ➤ LES ASPECTS MÉDICAUX :

Actuellement : rien à signaler.

#### ➤ LE DÉROULEMENT ACTUEL DU REPAS :

Les repas aujourd'hui se déroulent bien mieux qu'avant puisque le patient mange de tout. La perception gustative est revenue quasiment en totalité. Le patient n'a plus de douleur lors de la déglutition.

### Récapitulatif alimentaire :

Aliments acceptés	Aliments refusés	Texture		Température
		Boisson	Aliments	
Tous	Aucun, sauf par goût, que le patient ne mangeait déjà pas avant	<input checked="" type="checkbox"/> Liquide	<input checked="" type="checkbox"/> Morceaux	<input checked="" type="checkbox"/> Chaude
		<input type="checkbox"/> Gazeuse	<input type="checkbox"/> Ecrasés (purée avec morceaux)	
		<input type="checkbox"/> Epaisse	<input type="checkbox"/> Mixés (purée lisse)	<input checked="" type="checkbox"/> Froide
		<input type="checkbox"/> Gélifiée	<input type="checkbox"/> Liquides (soupe)	

➤ LE STRESS :

Évalué par le patient à 0/10 sur une échelle subjective allant de 0 (ne ressent aucun stress) à 10 (niveau maximal de stress).

### L'EXAMEN CLINIQUE :

➤ OBSERVATION DE LA POSTURE ET DES STRUCTURES AU REPOS :

Rien à signaler.

➤ ASPECTS PRAXIQUES : MOTRICITÉ DES STRUCTURES

Rien à signaler.

➤ ASPECTS SENSITIFS ET SENSORIELS :

Rien à signaler au niveau de la sensibilité. Au niveau sensoriel, les perceptions gustatives sont revenues, cependant, il reste certains goûts que le patient ne ressent pas s'ils sont à très faible intensité, de manière aléatoire.

➤ OBSERVATION DE REPAS :

ATTITUDE GÉNÉRALE	Attitude adaptée, bonne autonomie, bonne compréhension.
GESTE ALIMENTAIRE	Geste alimentaire adapté.
TEMPS ORAL	Bon.
TEMPS PHARYNGÉ	Bon.
TEMPS OESOPHAGIEN	Bon. Pas de blocage ni douleurs.
FIN DE REPAS	Rien à signaler.

### CONCLUSION

La prise en charge du patient a permis une reprise alimentaire efficace. Le patient a repris 9 kilogrammes et a actuellement un IMC correspondant à une corpulence normale. Le répertoire alimentaire du patient est complet actuellement. Les perceptions gustatives et la sensation de faim sont revenues. Cependant, certains goûts peuvent ne pas être ressentis par le patient.

## **ANNEXE O : POST-TEST DE MADAME B.**

### **L'ENTRETIEN CLINIQUE**

#### ➤ LE PATIENT :

Nom : B.

Prénom : S.

Date de naissance : /

Poids : 55kg

Taille : 172 cm

IMC : 18,6 (corpulence normale)

Profession : en formation

#### *Comment s'est déroulée la rééducation ?*

La rééducation a duré 11 mois, entre le 24 janvier 2018 et le 21 décembre 2018, à raison de 37 séances.

En début de rééducation, la patiente étant très angoissée, le travail a notamment consisté en une réassurance face à l'alimentation. Cet axe lui a permis de gagner en confiance et l'a beaucoup aidé à s'engager dans la rééducation. De plus, les temps de relaxation mis en place par l'orthophoniste au moyen de massages basés sur la technique du shiatsu ont permis de diminuer son niveau de stress, très important au départ.

Un travail pratique a été mené afin de renforcer les structures jugales et labiales, pour maintenir la contenance labiale : travail sur les joues et les lèvres ; mais aussi travail de l'aspiration et de la contenance (voir tableaux 2 et 3).

En parallèle, les repas thérapeutiques ont été mis en place. Le premier essai alimentaire a mis en évidence un œsophage perturbé, un stress important, la patiente ingérait de toutes petites bouchées qu'elle mâchait longtemps. La sensibilité masticatoire de la patiente avait disparue. Les repas ont donc évolué en cours de rééducation en fonction des capacités de la patiente. Ainsi, au départ des aliments faciles à manger pour la patiente lui ont été proposés : aliments tendres, mous, mixés ou hachés menus. Puis, les propositions se sont complexifiées, allant jusqu'à proposer en fin de rééducation des aliments durs (une fois que les dents de la patiente furent refaites). La patiente s'est toujours montrée très volontaire et a toujours accepté de goûter les aliments proposés par l'orthophoniste en séance.

Il a fallu un temps assez important pour que les apprentissages et les expériences alimentaires réalisées dans le cadre des séances en cabinet se généralisent à l'extérieur, au domicile.

➤ LES ASPECTS MÉDICAUX :

Actuellement	Bon état général : suivi nutritionnel une fois tous les 3 mois ; N'a plus de suivi psychiatrique ; Les derniers examens sanguins sont bons.
--------------	---

➤ LE DÉROULEMENT ACTUEL DU REPAS :

Les repas aujourd'hui se passent bien. La patiente prend davantage de temps pour manger ses repas. Elle prépare toujours les repas, mais mange en morceaux, ne mixe plus les aliments. La patiente ne grignote plus la nuit. Les temps de repas peuvent procurer du plaisir à la patiente, même si un léger stress persiste. Les prises alimentaires lui demandent une concentration importante. La patiente ne prend plus de compléments alimentaires.

**Récapitulatif alimentaire :**

Aliments acceptés	Aliments refusés	Texture		Température
		Boisson	Aliments	
Tous les aliments	La viande (notamment les viandes très filandreuses)	<input checked="" type="checkbox"/> Liquide	<input checked="" type="checkbox"/> Morceaux	<input checked="" type="checkbox"/> Chaude
		<input type="checkbox"/> Gazeuse	<input type="checkbox"/> Ecrasés (purée avec morceaux)	
		<input type="checkbox"/> Épaissie	<input type="checkbox"/> Mixés (purée lisse)	<input checked="" type="checkbox"/> Froide
		<input type="checkbox"/> Gélifiée	<input type="checkbox"/> Liquides (soupe)	

➤ LE STRESS :

Le stress de la patiente face à l'alimentation a nettement diminué. Aujourd'hui, elle l'évalue à 2/10, sur une échelle de 0 (ne ressent aucun stress) à 10 (niveau maximal de stress). Elle dit pouvoir ressentir encore du stress lorsqu'elle est fatiguée ou lorsqu'elle doit manger avec des gens inconnus (comme c'est le cas par exemple actuellement dans le cadre de sa formation).

### L'EXAMEN CLINIQUE :

➤ OBSERVATION DE LA POSTURE ET DES STRUCTURES AU REPOS :

La patiente s'est fait poser des implants dentaires, ce qui l'aide beaucoup.

➤ ASPECTS PRAXIQUES : MOTRICITÉ DES STRUCTURES

Grâce à la présence des dents et au travail pratique effectué en séance, nous ne relevons plus d'hypotonie labiale et jugale, ni de bavage.

➤ ASPECTS SENSITIFS ET SENSORIELS :

Rien à signaler : les aspects sensitifs et sensoriels sont bons.

➤ OBSERVATION DE REPAS :

ATTITUDE GÉNÉRALE	Bonne attitude générale lors des repas. Les signaux de stress présents lors de l'entretien initial (posture en extension) ne sont plus présents, la patiente semble détendue.
GESTE ALIMENTAIRE	Rien à signaler. Geste adapté.
TEMPS ORAL	La mastication est adaptée et fonctionnelle : la patiente ne mastique plus trop longtemps les aliments et ne mastique plus l'eau. Bonne continence labiale.
TEMPS PHARYNGÉ	La progression du bol alimentaire est bonne.
TEMPS OESOPHAGIEN	Rien à signaler.

FIN DE REPAS	La patiente peut tout consommer et accepter toutes les textures proposées.
--------------	--

### CONCLUSION

Le travail praxique effectué en rééducation orthophonique, ainsi que la pose d'implants dentaires, ont permis à la patiente de retrouver une tonicité adéquate aux niveaux labial et jugal. Cela a mené à une bonne continence buccale et à un arrêt du bavage. La mastication est adaptée et en nombre suffisant aujourd'hui.

Les repas thérapeutiques mis en place furent adaptés et en adéquation avec les possibilités de la patiente. L'évolution des textures alimentaires selon les possibilités de la patiente fut nécessaire afin de conserver l'adhésion de la patiente dans la rééducation et en respectant son rythme, en suivant ses possibilités. Aujourd'hui, la patiente consomme un panel diversifié d'aliments, tant au niveau des goûts que des textures. Elle ne prend plus de compléments alimentaires. La patiente a pris 13 kg.

Le travail de détente et de réduction du stress a été basé sur la technique de la médecine chinoise. L'orthophoniste a pratiqué des massages afin de détendre corporellement la patiente. Le stress de la patiente a nettement diminué suite à la rééducation orthophonique. Le stress peut néanmoins être présent lorsque la patiente est fatiguée ou lorsqu'elle mange avec des inconnus.

## ANNEXE P : POST-TEST DE MONSIEUR R.

### L'ENTRETIEN CLINIQUE

#### ➤ LE PATIENT :

Nom : R.

Prénom : C.

Date de naissance : /

Poids : 42kg

Taille : 170cm

IMC : 14,5 (famine)

#### *Comment s'est déroulée la rééducation ?*

Tout d'abord, l'orthophoniste a proposé des exercices praxiques afin de mobiliser les structures bucco-faciales de manière adaptée et de travailler également les fonctions orales. Parallèlement, un travail sensitif sur les différentes textures alimentaires en bouche s'est mis en place, suivant les capacités du patient, qui n'avalait que des aliments liquides ou très mous au départ. Puis le patient a effectué des repas thérapeutiques. Ces repas ont suivi une progression en fonction des capacités du patient : liquides (soupes), puis aliments mixés (compote), hachés, morceaux. Un travail de détente et de réassurance au travers de l'entretien motivationnel a également pu être mis en place.

#### ➤ LES ASPECTS MÉDICAUX :

Actuellement	Présence d'un RGO traité ; Prise de compléments alimentaires (un pot par jour) : 300kcal ; Suivi endocrinologue ; Difficultés de digestion.
--------------	--

#### ➤ LE DÉROULEMENT ACTUEL DU REPAS :

Actuellement, les repas sont encore laborieux pour le patient. Ils durent en moyenne de 45 minutes à 1h30. Le patient ne mange pas autant d'aliments chez lui que lorsqu'il est en séance. Cependant, il est plus à l'aise face au repas que lors du bilan initial.

**Récapitulatif alimentaire :**

Aliments acceptés	Aliments refusés	Texture		Température
		Boisson	Aliments	
Peut tout manger	Yaourts	<input checked="" type="checkbox"/> Liquide	<input checked="" type="checkbox"/> Morceaux	<input checked="" type="checkbox"/> Chaude
		<input type="checkbox"/> Gazeuse	<input type="checkbox"/> Ecrasés (purée avec morceaux)	
		<input type="checkbox"/> Epaisse	<input type="checkbox"/> Mixés (purée lisse)	<input checked="" type="checkbox"/> Froide
		<input type="checkbox"/> Gélifiée	<input type="checkbox"/> Liquides (soupe)	

➤ LE STRESS :

Le stress du patient est aujourd'hui situé à 5,5/10 sur une échelle allant de 0 (ne ressent aucun stress) à 10 (niveau de stress maximal). Le travail avec l'orthophoniste lui a permis de contrôler son stress.

**L'EXAMEN CLINIQUE :**

➤ OBSERVATION DE LA POSTURE ET DES STRUCTURES AU REPOS :

Le patient se déplace en fauteuil roulant. Il a une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique. Les lèvres et la langue au repos sont hypotoniques.

➤ ASPECTS PRAXIQUES : MOTRICITÉ DES STRUCTURES

Les praxies déficitaires lors du bilan initial : labiales, jugales, linguales, le sont toujours. Cependant, elles sont mieux réalisées. La déglutition et la mastication sont efficaces. Cependant, il réside une lenteur dans la réalisation de la déglutition.

➤ ASPECTS SENSITIFS ET SENSORIELS :

Les aspects sensitifs et sensoriels sont bons.

➤ OBSERVATION DE REPAS :

Le stress élevé dont témoignait le patient lors du bilan initial a diminué. Le patient est autonome lors des repas et peut goûter tous les aliments présentés. Néanmoins, le patient conserve une lenteur lors du repas. Sa mastication est plutôt bonne, quoique lente. La continence labiale est meilleure que lors du bilan initial. La progression du bol est meilleure que lors du bilan. Le patient peut tout consommer.

### CONCLUSION

Le travail de détente et de réassurance grâce à l'entretien motivationnel a permis au patient de diminuer de moitié son niveau de stress face à l'alimentation.

Malgré le fait que la motricité bucco-faciale soit toujours faible, les praxies sont mieux réalisées et les fonctions orales de déglutition et de mastication sont efficaces. Nous relevons cependant une grande lenteur à la déglutition. Au niveau sensitif, nous ne relevons pas de trouble.

Les repas thérapeutiques et toute la rééducation ont permis au patient de prendre deux kilogrammes. De plus, aujourd'hui le patient peut tout manger, à l'exception des yaourts. Le patient est autonome pour prendre ses repas.

## RÉSUMÉ

### **Titre : La prise en charge orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire chez le patient adulte : études de cas**

Les troubles de l'oralité alimentaire peuvent se manifester par le refus ou l'évitement de l'alimentation, une hyper ou une hyposensibilité tactile orale, une hyper ou une hyposensorialité orale, une sélectivité ou encore une néophobie alimentaire. Si ces troubles sont bien documentés en ce qui concerne leur diagnostic et leur prise en charge chez l'enfant, c'est moins le cas lorsque ces troubles apparaissent chez l'adulte. Ainsi, notre étude a pour objectif de prouver qu'une prise en charge orthophonique peut améliorer la façon de s'alimenter des patients adultes porteurs d'un trouble de l'oralité alimentaire, menant à une alimentation diversifiée tant au niveau du goût que des textures acceptées. De plus, cette rééducation peut permettre une normalisation de l'état nutritionnel par une augmentation pondérale lorsque cela est nécessaire. Nous avons donc mis en place un protocole de bilan et de rééducation orthophonique basés sur la littérature française et internationale. Après analyse qualitative des résultats, ceux-ci montrent qu'une prise en charge orthophonique peut d'une part permettre une reprise alimentaire efficace, couvrant les besoins nutritionnels et assurant un gain pondéral. D'autre part, cette rééducation permet d'étoffer le répertoire alimentaire du patient et de diversifier l'alimentation. Enfin, nous avons montré que la rééducation orthophonique n'était efficace que si elle prenait en compte les aspects fonctionnels, mais également la composante motivationnelle et psychologique. Nos recherches nous ont permis de réaliser que la création d'une formation adaptée aux orthophonistes mais également à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux impliqués dans la prise en charge de ces troubles pourrait être bénéfique. En effet, face à ces troubles, une rééducation pluridisciplinaire est généralement nécessaire afin de considérer le patient dans sa globalité et de lui venir en aide le mieux possible.

Mots-clés : oralité, adulte, trouble de l'oralité alimentaire, orthophonie, sélectivité alimentaire.

## ABSTRACT

### **Title: Speech-language pathology management of oral disorders in adult patients: case studies**

Disorders of food orality may manifest as refusal or avoidance of food, hyper or hyposensitivity oral touch, hyper or hyposensoriality, oral selectivity or food neophobia. These disorders are well documented in their diagnosis and management in children, but less when these disorders appear in adults. Thus, our study aims to prove that a speech therapy can improve the way of feeding of adult patients with a disorder of food orality, leading to a diversified diet both in terms of taste and accepted textures. In addition, this therapy can allow a normalization of the nutritional state by a weight increase when it's necessary. Therefore, we have created a protocol for assessment and therapy based on French and international literature. After a qualitative analysis of the results, we showed that an speech therapy treatment can first allow an efficient food recovery, covering the nutritional needs and ensuring a weight gain. In addition, this rehabilitation helps to expand the patient's food repertoire and diversify the diet. Finally, we showed that speech therapy rehabilitation was effective only if it took into account the functional aspects, but also the motivational and psychological component. Our research has allowed us to realize that we have created training adapted to speech therapists but also to all medical and paramedical professionals involved in the management of problems that may be beneficial. Indeed, in the face of these problems, a multidisciplinary reeducation is necessary in order to consider the patient as a whole and to help him as well as possible.

Keywords: orality, adult, eating/feeding disorder, speech therapy, picky eating.