



HAL
open science

Apports d'ateliers sensoriels dans la prise en charge de la dysphagie en institution gériatrique

Anne Di Maria, Guillemette Laplane

► **To cite this version:**

Anne Di Maria, Guillemette Laplane. Apports d'ateliers sensoriels dans la prise en charge de la dysphagie en institution gériatrique. Sciences cognitives. 2015. dumas-01212494

HAL Id: dumas-01212494

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01212494>

Submitted on 26 Oct 2015

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

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

ACADÉMIE DE PARIS

UNIVERSITÉ PARIS IV PIERRE ET MARIE CURIE

MÉMOIRE POUR LE CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

**APPORTS D'ATELIERS SENSORIELS DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA
DYSPHAGIE EN INSTITUTION GÉRIATRIQUE**

DIRECTRICE DE MÉMOIRE :

M^{me} Florence Marquis-Buissonnier, orthophoniste

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2014-2015

Anne DI MARIA

Née le 09/06/1991

Guillemette LAPLANE

Née le 11/01/1992

Remerciements

Tout d'abord, nous remercions chaleureusement Florence Marquis pour son encadrement, ses conseils avisés et son soutien.

Nous remercions également Emmanuelle Bourges qui a simplifié la réalisation de nos ateliers, pour sa gentillesse, sa bienveillance et sa disponibilité.

Nous remercions aussi l'hôpital Charles Foix, spécialement les services de l'Orbe et de la Fondation d'Heur, le D^r Lahlou, Fabienne Durand et Danièle Hagnere, ainsi que Josy.

Merci à la famille Di Maria leur écoute, leur disponibilité et leur soutien sans faille et à Florence, Bernard et Clémentine pour leur intérêt, leur réassurance et la pertinence de leurs suggestions.

Merci également à Adèle et Christèle, pour leur motivation sans limites, leur réflexion, leur humour et tous leurs précieux conseils.

Merci à nos amis : Aminah et Clémence, partenaires de ces années d'études, Mélisande et Charlotte. Et à tous ceux qui auront à un moment participé à la conception de ce mémoire : Delphine, Thomas, Isabelle...

Engagement de non plagiat

Je soussignée Laplane Guillemette déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents, ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

Je soussignée Di Maria Anne déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents, ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

Table des matières

<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>PARTIE THÉORIQUE</u>	2
<u>I. Bref rappel du déroulement de la déglutition</u> (Guillemette).....	2
A. Rappels anatomiques	2
B. Physiologie de la déglutition	3
C. Contrôle neurologique de la déglutition	4
<i>1. Le tronc cérébral</i>	4
<i>2. Les afférences sensorielles</i>	4
<i>3. L'encéphale</i>	5
<u>II. Conséquences d'une déglutition contrariée</u> (Anne).....	5
A. La presbyphagie	5
<i>1. Définition</i>	5
<i>a. Prévalence et étiologies</i>	5
a.1. Prévalence des troubles de la déglutition.....	5
a.2. Causes et facteurs de risques de la dysphagie en gériatrie.....	6
<i>b. Symptomatologie</i>	6
b.1. Symptomatologie spécifique.....	6
b.2. Symptomatologie non spécifique.....	6
<i>2. Le vieillissement de la déglutition</i>	6
<i>a. Le vieillissement musculaire</i>	6
<i>b. Le vieillissement mécanique</i>	7
<i>c. Le vieillissement neurologique</i>	7
<i>d. Le vieillissement et l'état postural</i>	7

<i>e. Le vieillissement des capacités cognitives</i>	7
B. La dysphagie	8
<u>1. Définition</u>	8
<u>2. Les fausses routes</u>	8
<i>a. Définition</i>	8
<i>b. Différents types de fausses routes</i>	8
<u>3. Dysphagie et dénutrition</u>	9
<i>a. Définition</i>	9
<i>b. Causes de la dénutrition</i>	10
<i>c. Conséquences de la dénutrition</i>	10
<u>4. Conséquences de la dysphagie</u>	10
<i>a. Conséquences respiratoires</i>	10
<i>b. Conséquences psychologiques</i>	11
<u>III. Évaluation et prise en charge de la dysphagie</u> (Anne)	11
A. Bilan de la déglutition	11
<u>1. L'interrogatoire</u>	11
<u>2. L'examen clinique</u>	11
<u>3. L'examen fonctionnel et les essais de déglutition</u>	12
B. Prise en charge de la dysphagie	12
<u>1. Rééducation orthophonique classique</u>	13
<i>a. Les praxies bucco-faciales</i>	13
<i>b. Les textures</i>	13
<u>2. Les stratégies d'adaptation</u>	13
<i>a. Les adaptations de l'environnement</i>	13

<i>b. Les postures</i>	14
<i>c. L'adaptation des aliments et des boissons</i>	14
<i>d. Les soins bucco-dentaires</i>	15
<u>IV. Les spécificités d'une prise en charge de la dysphagie en milieu hospitalier gériatrique</u> (Anne)	15
A. Alimentation et hospitalisation	15
B. La place de l'orthophoniste dans l'encadrement du patient gériatrique	15
C. Le partenariat entre personnel soignant et orthophoniste	16
<i>1. La sensibilisation des équipes</i>	16
<i>2. Le partage d'informations</i>	16
<i>a. L'observation des repas</i>	16
<i>b. Les transmissions</i>	16
<i>c. La personnalisation des prises en charge</i>	17
<u>V. Le goût et l'odorat : deux sens intimement liés</u> (Guillemette)	17
A. Anatomie de l'olfaction	18
<i>1. L'épithélium olfactif</i>	18
<i>2. Le bulbe olfactif</i>	19
<i>3. Les cortex olfactifs</i>	20
<i>4. La presbyosmie</i>	20
B. Anatomie du goût	20
<i>1. La sensibilité gustative</i>	21
<i>a. Les bourgeons et les papilles</i>	21
<i>b. Les voies périphériques et le cortex</i>	22
<i>2. Les sensations somesthésiques</i>	22

3. <i>Et les autres sens ?</i>	23
4. <i>Vieillesse et goût</i>	23
VI. <u>Manger : un plaisir gustatif et social</u> (Guillemette)	24
A. L'appétit	24
B. Généralités sur l'alimentation	25
C. Le plaisir de manger	25
D. Le plaisir social	25
E. En institution gériatrique	26
1. <i>Favoriser les échanges</i>	26
2. <i>Les aménagements</i>	26
<u>PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES</u>	28
<u>PARTIE PRATIQUE</u>	30
<u>I. Méthodologie</u>	30
A. Contexte	30
B. Population	30
1. <i>Critères d'inclusion</i>	30
a. <i>Âge : supérieur ou égal à 75 ans</i>	30
b. <i>Plainte : dénutrition ou troubles de la déglutition</i>	30
2. <i>Critères d'exclusion</i>	30
a. <i>Présence de troubles majeurs du comportement</i>	30
b. <i>Absence totale de langage</i>	31
C. Pré-sélection	31
D. Sélection de la population d'étude	31
E. Description du protocole	32

<i>1. Bilan orthophonique initial</i>	32
<i>a. Objectifs</i>	32
a.1. Interrogatoire	32
a.2. Évaluation clinique.....	33
a.3. Évaluation fonctionnelle.....	33
<i>2. Prises en charge</i>	34
<i>a. Rééducation de la déglutition</i>	34
a.1. Moyens rééducatifs	34
a.2. Les stratégies d'adaptation	35
<i>b. Ateliers sensoriels</i>	35
b.1. Objectifs des ateliers	35
b.2. Déroulement des ateliers	36
<i>3. Bilan orthophonique final</i>	37
<u>II. Analyse des résultats</u>	37
A. Objectifs de l'étude	37
B. Description des différents types de résultats	37
C. Analyse des résultats	38
<i>1. Évolution du poids des patients au cours de l'étude</i>	38
<i>2. Observation des repas</i>	39
<i>a. Évolution des quantités ingérées lors des repas au cours de l'étude</i>	39
<i>b. Observation des fausses routes</i>	40
<i>3. Évolution du ressenti des patients quant à leur déglutition</i>	40
<i>4. Étude de cas des patients de l'échantillon n°2</i>	41
<i>a. Patient A</i>	41

<i>b. Patient B</i>	43
<i>c. Patient C</i>	46
<i>d. Questionnaire final</i>	48
<u>DISCUSSION DES RÉSULTATS ET LIMITES DE L'ÉTUDE</u>	49
<u>I. Synthèse des résultats</u>	49
<u>II. Limites de l'étude</u>	51
<u>III. Suites de l'étude</u>	52
<u>CONCLUSION</u>	53
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	54
<u>ANNEXES</u>	60
Annexe A	60
Annexe B	61
Annexe C	65
Annexe D	66
Annexe E	67
Annexe F	68
Annexe G	69
Annexe H	70
Annexe I	72
Annexe J	73

Liste des figures

Figure 1 : Sensorialité et déglutition	18
Figure 2 : Récepteurs linguaux	21

Liste des graphiques

Évolution du poids des patients au cours de l'étude.....	38
Évolution des quantités ingérées lors des repas au cours de l'étude.....	39
Évolution du ressenti des patients quant à leur déglutition.....	40
Évolution des interactions sociales du patient A.....	42
Évolution sur le plan sensoriel du patient A.....	42
Évolution de la quantité des ingesta du patient A.....	43
Évolution des interactions sociales du patient B.....	44
Évolution sur le plan sensoriel du patient B.....	45
Évolution de la quantité des ingesta du patient B.....	45
Évolution des interactions sociales du patient C.....	46
Évolution sur le plan sensoriel du patient C.....	47
Évolution de la quantité des ingesta du patient C.....	47

INTRODUCTION

Les troubles de la déglutition représentent une part considérable des pathologies affectant la population gériatrique. Ils se caractérisent par la présence de fausses routes plus ou moins fréquentes ainsi que par la dénutrition du patient atteint (Woisard et Puech, 2011). Ces troubles, induisant des difficultés de prise alimentaire, provoquent des carences, au pire des mises en danger des patients, mais aussi une absence de plaisir, voire une peur, lors des moments consacrés à l'alimentation. Les notions de « faim » et de « plaisir de manger » peuvent perdre leur sens pour un patient dysphagique, *a fortiori* très âgé. De cette inappétence alimentaire découle une perte de socialisation et de convivialité autour d'un repas.

En institution gériatrique, le travail de l'orthophoniste est d'optimiser la prise en charge du patient dysphagique afin d'améliorer sa qualité de vie. Son intervention est adaptée à la problématique globale de chaque patient. De plus, ce travail se construit en réseau avec toute l'équipe soignante entourant le patient. Au-delà de l'impact directement nutritionnel, l'importance du repas est réelle, tant au niveau institutionnel que social ; il rythme la journée, et constitue un moment d'échanges et de plaisir (Coisne et Etien, 2010). Il est donc nécessaire pour les patients en institution gériatrique de redonner au repas sa valeur et sa mission de partage de partage convivial et de plaisir alimentaire.

Nous savons que les stimulations sensorielles ont prouvé leurs effets positifs dans la rééducation de traumatismes crâniens, de troubles neurologiques de type aphasies, etc. Nous avons donc souhaité étudier la possibilité d'améliorer la qualité des prises de repas de sujets âgés en institution en créant des ateliers sensoriels. Ces ateliers abordent l'alimentation et sont associés à une rééducation orthophonique de la déglutition. Ils ont été créés afin de restituer le plaisir de s'alimenter, de discuter autour de thèmes variés pouvant intéresser tous les patients et d'améliorer la prise alimentaire en revigorant l'appétit.

Les deux axes d'étude de ce mémoire sont donc la prise alimentaire (dysphagie, appétit, plaisir) et les interactions sociales des repas (discussions entre résidents, convivialité etc.). Il s'agit pour nous de comparer un groupe de patients bénéficiant d'une rééducation orthophonique traditionnelle à un second groupe participant aux ateliers sensoriels en complément de la prise en charge orthophonique.

« Citez-moi un plaisir autre qu'un dîner qui arrive tous les jours et dure une heure » C-M. de Talleyrand-Périgord.

PARTIE THÉORIQUE

I- Bref rappel du déroulement de la déglutition

La déglutition permet de transporter la salive, les liquides et les solides de la cavité buccale à l'estomac tout en protégeant les voies aériennes. C'est un schème moteur complexe nécessitant différentes structures anatomiques et une coordination temporelle et spatiale (Crunelle et Crunelle, 2010). Une déglutition la plus efficace possible nécessite des effecteurs intègres et coordonnés sur un contrôle neurologique. Nous rappellerons brièvement l'anatomie des dynamiques nécessaires à la déglutition, les différentes phases ainsi que le contrôle neurologique.

A. Rappels anatomiques

Plusieurs dynamiques sont nécessaires à la réalisation de la déglutition (Woisard et Puech, 2011) :

- la dynamique labiojugale : dominée par l'orbiculaire des lèvres (permettant l'occlusion labiale et la mastication), elle permet la propulsion du bolus lors du temps oral.

- la dynamique mandibulaire : elle permet d'abaisser et d'élever la mandibule grâce aux muscles masticateurs et sushyoïdiens, ces derniers assurant aussi la montée du larynx.

- la dynamique linguale : la langue comprend dix-sept muscles et est divisée en deux par le V lingual. La langue permet la déglutition ainsi que l'envoi du bolus alimentaire vers le pharynx.

- la dynamique vélaire : elle permet l'occlusion vélolinguale (au début du temps oral) ainsi que l'occlusion vélopharyngée (temps pharyngé).

- la dynamique pharyngée : scindé en trois parties (rhinopharynx, oropharynx, hypopharynx), le pharynx permet grâce aux muscles constricteurs, le « péristaltisme pharyngé » qui envoie les aliments dans l'œsophage.

- la dynamique laryngée : le larynx se divise en trois plans (glottique avec les plis vocaux, sus-glottique et sous-glottique). Il est responsable de la phonation et de la protection des voies aériennes.

B. Physiologie de la déglutition

Sur un plan anatomique, la déglutition se décompose en trois phases : la phase orale (divisée en deux temps : la phase orale préparatoire et la phase orale), pharyngée et œsophagienne.

- la phase préparatoire orale : cette phase préliminaire comprend la mise en bouche et la mastication (avec insalivation dans le cas d'aliments solides ou semi-solides) (Crevier-Buchman, 2007). Elle fait intervenir des capacités pratiques (mouvements mandibulaires et linguaux, tonicité de la musculature), visuo-motrices et cognitives. Cette phase est essentiellement volontaire et variable en durée selon divers facteurs (goûts, environnement, faim, motivation, contexte social...).

- la phase orale : durant cette phase, le bolus est envoyé vers l'oropharynx grâce à la langue. Pour éviter que les aliments ne pénètrent dans le pharynx, le voile du palais s'applique sur le dos de la langue. Elle se termine lorsque le bolus franchit l'isthme du gosier, elle dure environ une seconde (sans caractère pathologique) et elle n'est pas un préalable indispensable au temps pharyngé.

- la phase pharyngée : elle est déclenchée par le contact du bolus avec les récepteurs sensitifs de l'isthme du gosier de l'oropharynx et de la margelle laryngée (Crevier-Buchman, 2007). Les aliments sont amenés jusqu'à l'œsophage, tout en assurant la protection des voies aériennes (l'épiglotte bascule en arrière sur le vestibule laryngé). C'est une phase involontaire, réflexe et cruciale : la traversée de ce carrefour aérodigestif nécessite une coordination optimale pour éviter tout phénomène de fausse route. Une fois les voies aériennes protégées, le « coup de piston lingual » va permettre de démarrer le péristaltisme pharyngé. Elle se termine par l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO).

Le sujet normal va inhiber sa respiration afin d'exclure les voies respiratoires aériennes : c'est « l'apnée de déglutition », elle se déclenche à la fin du temps buccal et est immédiatement suivie d'une expiration, elle-même protectrice.

- la phase œsophagienne : elle suit la phase pharyngée qui se termine par l'ouverture de la bouche œsophagienne résultant de la relaxation musculaire et de l'ascension du larynx. Cette ascension antérieure permet également de diriger préférentiellement le bol alimentaire vers l'entonnoir hypopharyngé et le SSO (Crevier-Buchman, 2007).

Durant cette phase, le larynx s'abaisse et le péristaltisme œsophagien permet le transport du bolus jusqu'à l'estomac.

C. Contrôle neurologique de la déglutition

Le contrôle nerveux assure l'ajustement et la coordination des mécanismes impliqués lors de la déglutition, notamment grâce au tronc cérébral et au cortex cérébral. Les afférences nerveuses sensibles envoient des informations concernant le déroulement de la déglutition et les centres nerveux les intègrent et les traitent en les corrigeant, notamment grâce aux efférences nerveuses motrices autonomes. Ces centres nerveux sont également liés à d'autres centres : respiratoires, phonatoires, cognitifs (notion de faim), émotionnels (anorexie, boulimie...), digestifs et vomitifs (Woisard et Puech, 2011).

1. Le tronc cérébral

Les motoneurones regroupés en noyaux moteurs innervent, au niveau du tronc cérébral, la majorité des muscles impliqués lors de la déglutition.

Au niveau du pont, les régions situées en avant et en arrière du noyau de la V^e paire jouent un rôle dans la transmission des influx nerveux participant à la déglutition, mais n'en assurent pas un réel contrôle.

Deux régions du bulbe jouent un rôle essentiel dans le contrôle de la déglutition : le noyau du tractus solitaire et le noyau ambigu (Woisard et Puech, 2011).

2. Les afférences sensorielles

- les nerfs afférents périphériques :

Ils jouent un rôle dans l'initiation et le contrôle de la déglutition. C'est surtout la stimulation du nerf laryngé supérieur et du nerf glosso-pharyngien qui permet la déglutition la plus efficace, alors qu'au contraire, la stimulation du nerf lingual peut inhiber la déglutition (Woisard et Puech, 2011).

- les récepteurs sensoriels :

Les récepteurs couvrant la surface de la cavité buccale sont d'une grande diversité. Les plus nombreux sont les mécanorécepteurs, plus sensibles aux liquides et situés principalement sur la pointe de langue et de part et d'autre de la ligne médiane du palais. Ils sont moins nombreux au niveau du larynx. Suite à leur stimulation, ils participent au déclenchement du mouvement péristaltique de la langue.

Les thermorécepteurs se situent au niveau du palais et de la langue et les chémorécepteurs au niveau de la langue seulement, mais les rôles de ces deux types de récepteurs sont moins connus (Woisard et Puech, 2011).

3. L'encéphale

La région antéro-latérale et plusieurs régions du cortex frontal participent à l'initiation volontaire des phases orale et pharyngée. Ils peuvent modifier l'activité musculaire des muscles de la déglutition ainsi que les contractions de l'œsophage.

Aussi, au niveau du mésencéphale, le tegmentum et l'hypothalamus facilitent la déglutition.

Les régions corticales impliquées dans la déglutition se projettent de façon bilatérale sur les noyaux du tronc cérébral (une lésion unilatérale n'empêchera donc pas la déglutition) (Woisard et Puech, 2011).

II- Conséquences d'une déglutition contrariée

A. La presbyphagie

1. Définition

Les mécanismes de déglutition n'échappent malheureusement pas au processus de vieillissement du corps. L'émoussement des réflexes ainsi que ce ralentissement global retentit invariablement sur l'acte alimentaire (Rousseau et al., 2013).

a. Prévalence et étiologies

a.1. Prévalence des troubles de la déglutition

Les troubles de la déglutition, bien que souvent sous-estimés, sont de réels problèmes en gériatrie. En effet, il est avéré qu'un tiers des patients âgés hospitalisés en unité de court séjour et plus de la moitié des résidents de structure type long séjour souffriraient de dysphagie (Lesourd, 2001).

On trouve fréquemment ces troubles de déglutition dans un contexte d'affection neurologique puisqu'ils toucheraient 30 % de personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral et de 60 à 80 % de patients atteints de maladies neurodégénératives (Shoevaerdt, 2013).

a.2. Causes et facteurs de risques de la dysphagie en gériatrie

La dysphagie chez la personne âgée n'a pas une cause unique, mais serait d'origine multifactorielle (Capet et al., 2008). Voici une liste non exhaustive de facteurs de risques, regroupés en deux grandes catégories :

- Les causes neurologiques et neurodégénératives telles que les maladies neurovasculaires, les démences, la maladie de Parkinson, les scléroses latérales amyotrophiques, etc.

- Les affections de la sphère ORL telles que des tumeurs, un diverticule de Zinker, des chirurgies, etc.

b. Symptomatologie

b.1. Symptomatologie spécifique

On appelle un symptôme spécifique d'un trouble de la déglutition, un signe en rapport direct avec le trouble. Parmi ces symptômes spécifiques, on peut citer une toux pendant la prise alimentaire, un bavage, des difficultés lors de la mastication, des stases buccales, une modification de la voix après la déglutition dite « voix mouillée »...

b.2. Symptomatologie non spécifique

Parmi des symptômes non spécifiques pouvant présager d'une dysphagie, on trouve un allongement du temps des repas, une exclusivité de certains aliments, une perte pondérale, des infections pulmonaires inexplicables, etc. (Woisard et Puech, 2011).

2. Le vieillissement de la déglutition

L'acte de déglutition est une activité motrice extrêmement complexe dont les structures sont soumises au vieillissement entraînant certaines altérations. Une personne âgée « saine » a les capacités de compenser ces modifications ; la déglutition n'est donc pas altérée. Or, lorsque le sujet âgé présente des déficits cognitifs, son adaptation comportementale n'est plus efficiente et une dysphagie peut survenir (Schweizer, 2010).

a. Le vieillissement musculaire

De très nombreuses structures jouent un rôle dans l'acte de déglutition. Notamment au niveau postural, les membres, le tronc et la stature cervicocéphalique contribuent à cet acte de

manière essentielle. On observe lors du vieillissement une dégradation plus ou moins importante du tonus ou de la coordination. Cette modification des capacités motrices du patient peut créer une difficulté, d'amener la nourriture en bouche (Woisard et Puech, 2011). On peut également observer une motricité buccale moins efficace avec une altération musculaire des lèvres, de la langue, du voile du palais ainsi que des muscles masticateurs. La préparation du bol alimentaire ainsi que la contention buccale de celui-ci sont donc moins efficaces.

b. Le vieillissement mécanique

Une des principales difficultés de la déglutition lors du vieillissement est due à la denture des patients. En effet, si cette denture est modifiée ou qu'elle est remplacée par une prothèse dentaire qui peut être inadaptée ou encore non portée, l'efficacité de l'action de broyage et de mastication s'en trouve réduite (Capet et al., 2008). De plus, la diminution du flux salivaire ainsi que la modification de la composition de celui-ci, est une plainte notable des patients âgés. L'élévation laryngée est par ailleurs moins importante et plus tardive dans l'acte de déglutition.

c. Le vieillissement neurologique

D'une part, les capacités proprioceptives de la sphère buccale (sensibilité linguale, pharyngée et laryngée) se trouvent diminuées (Beare et Stanley, 2005). D'autre part, l'altération du goût et de l'odorat par le vieillissement entraîne un changement du comportement alimentaire du patient. La personne âgée peut perdre l'envie de se nourrir, ou ne souhaiter manger que certains aliments... (Hébuterne et al., 2009).

d. Le vieillissement et l'état postural

La posture corporelle est indissociable de l'acte de déglutition, principalement concernant la statique céphalique et la respiration. En effet, les troubles de la déglutition sont amplifiés par un mauvais positionnement lors de l'alimentation : extension de la tête, position allongée, etc. (Roux-Girod, 2012).

e. Le vieillissement des capacités cognitives

Prendre un repas requiert de l'attention et de la vigilance quant à la multiplication des déglutitions. Chez un patient âgé et fatigable, ces capacités cognitives peuvent être difficiles à mobiliser sur toute la durée d'un repas. Le patient peut également ne pas réussir à inhiber des

distracteurs présents dans son environnement, ce qui se surajoute aux difficultés de concentration (Rousseau et al., 2013).

B. La dysphagie

1. Définition

« Pour ce qui concerne les troubles acquis (atteinte neurologique, séquelle de chirurgie cervico-faciale), on parle de dysphagie, ce terme désignant l'incapacité permanente ou temporaire, partielle ou totale, d'avaler par la bouche les aliments ou liquides servant à l'alimentation » (Brin, 2011).

2. Les fausses routes

a. Définition

On appelle fausse route alimentaire « le phénomène de déglutition anormal durant lequel le bol alimentaire est conduit en partie ou non dans les voies aériennes supérieures au lieu de poursuivre sa course vers l'œsophage » (Brin, 2011).

Les fausses routes peuvent survenir à différents moments de la déglutition et avoir ainsi des conséquences diverses.

La fausse route est un phénomène très grave qui peut, dans le pire des cas engendrer une pneumopathie d'alimentation, voire le décès du patient (Woisard et Puech, 2011).

b. Différents types de fausses routes

- *Les fausses routes avant le déclenchement temps pharyngé*

Ce type de fausses routes correspond à l'arrivée du bolus dans le pharynx alors que la protection des voies aériennes n'est pas assurée. Elles sont dues à un réflexe de déglutition émoussé, voire absent et se manifestent principalement dans le cas d'une fuite lors de la mastication ou dans le cas de stases buccales. Pour pallier au mieux ces fausses routes, on propose des aménagements de l'alimentation (épaississement des liquides, bolus à la progression lente). Cependant, dans le cas d'une aréflexie, aucune compensation n'est envisageable (McFarland, 2009).

- *Les fausses routes pendant le déclenchement du temps pharyngé*

Ces fausses routes se manifestent lorsque le bolus pénètre dans le larynx. Si une déficience du réflexe de toux s'ajoute à une fermeture laryngée non assurée, le bolus atteindra les voies aériennes inférieures déclenchant ainsi une fausse route trachéale. Pour ce type de fausses routes, on pourra proposer notamment des postures de sécurité pour limiter au maximum leurs apparitions.

- *Les fausses routes après le déclenchement du temps pharyngé*

On assiste à ce type de fausses routes lorsqu'il y a une perturbation de transport pharyngé ou un dysfonctionnement du SSO. Cela entraîne la présence de stases (résidus alimentaires qui stagnent dans le pharynx ou dans le vestibule laryngé) dont l'inhalation, immédiatement après la déglutition, ou à distance, engendre une fausse route trachéale en l'absence d'un réflexe de toux efficace. Des manœuvres et postures de sécurité pourront être proposées, là aussi, afin de minimiser les risques (Woisard et Puech, 2011).

- *Les fausses routes sans toux ou fausses routes silencieuses*

Ce type de fausses routes présentent un danger réel, surtout en milieu gériatrique. Pourtant fréquentes, elles sont généralement méconnues du personnel soignant et peuvent donc passer inaperçues autant pour le personnel que pour le patient lui-même. En effet, le réflexe de toux du patient étant absent, les aliments ingérés passent dans la trachée sans signe d'alerte. Cela rend la fausse route difficilement détectable (Finiels et al., 1999).

3. Dysphagie et dénutrition

a. Définition

« *La dénutrition protéino-énergétique est définie comme un déséquilibre entre les apports et les besoins en protéines et en calories de l'organisme* » (Haute autorité de Santé, 2003).

En effet, on trouve des retentissements directs sur les apports nutritionnels et hydriques.

b. Causes de la dénutrition

Il a été observé, chez des patients hospitalisés en longue durée, un lien révélateur entre dysphagie et diminution des apports nutritionnels (Desport et al., 2011). L'altération du mécanisme de déglutition peut en effet entraîner une diminution de la prise alimentaire.

Lors d'une dysphagie, s'alimenter devient un moment éprouvant, le patient peut perdre l'appétit, ne plus voir l'intérêt convivial du repas, voire le craindre, éprouver une grande fatigue, etc. Ainsi, afin éviter un état de dénutrition, il est nécessaire de mettre en place certaines adaptations (Raynaud-Simon, 2009).

c. Les conséquences de la dénutrition

Il a été démontré que la présence d'une dénutrition entraîne une réduction des capacités physiques ainsi « *qu'une augmentation de la morbidité (complications infectieuses, retard de cicatrisation, escarres) et de la mortalité.* » (Woisard et Puech, 2011).

De plus, la dénutrition survenue lors de troubles de l'alimentation engendrerait des conséquences neuromusculaires, donc une aggravation du trouble de la déglutition lui-même déjà présent.

S'il est évident qu'il existe un rapport réciproque entre dénutrition et dysphagie, il en va de même pour la déshydratation. Cette déshydratation est susceptible de perturber l'acte de déglutition du patient, aussi bien au niveau local que général (Finiels et al., 2001).

4. Conséquences de la dysphagie

a. Conséquences respiratoires

Les conséquences respiratoires sont un facteur de danger chez les patients dysphasiques.

La complication respiratoire aiguë est un état d'étouffement par inhalation d'un corps étranger ; le pronostic vital du patient est engagé (Lesourd, 2006). Il est donc nécessaire de maîtriser des manœuvres de sauvetage (telle que la manœuvre d'Heimlich) pour faire face à l'urgence de cette situation.

Dans le cas de troubles de la déglutition, le principal risque de complication respiratoire chronique ou subaiguë correspond à une pneumopathie d'inhalation. Cette dernière constitue une conséquence sourde et nocive qui se révèle par des fièvres intermittentes (Puisieux et al., 2009).

b. Conséquences psychologiques

Le temps du repas, qui se doit d'être un temps de partage, d'interactions sociales et de plaisir, peut devenir un moment d'angoisse et de souffrance pour le patient. Avec une perte de plaisir et un espace anxiogène pour toute prise alimentaire, les patients souffrant de dysphagie ont une qualité de vie amoindrie. L'isolement peut parfois être un aboutissant de ces troubles de la déglutition (Jacquot et al., 2001).

III- Évaluation et prise en charge de la dysphagie

A. Bilan de la déglutition

L'évaluation d'un patient présentant des troubles de la déglutition a tout d'abord pour objectif d'identifier ces troubles et d'en repérer les particularités, puis de proposer une orientation, une conduite à tenir pour répondre au mieux aux besoins du patient.

Ce bilan se déroule en trois étapes : l'interrogatoire, l'évaluation clinique et l'évaluation fonctionnelle (Coquet, 2000).

1. L'interrogatoire

L'anamnèse permet de prendre connaissance de la plainte du patient, de la description de sa gêne ainsi que des éléments d'antécédents du patient (médicaux, chirurgicaux et personnels) et de l'histoire de la maladie (mode d'apparition, ancienneté, gêne évolutive ou stabilisée). La recherche de symptômes (spécifiques, aspécifiques et associés) est également indispensable pour l'efficacité du dépistage (Forster et al., 2013).

2. L'examen clinique

L'examen clinique d'un patient dysphagique comprend une évaluation générale du patient (inspection du poids, de la posture, de la marche et aspect du faciès), une évaluation musculaire et sensitive des structures oro-faciales, l'évaluation des mécanismes de protection des voies respiratoires (réflexe de toux, apnée volontaire, raclement) ainsi que la vérification de l'élocution, de l'état respiratoire, salivaire et buccodentaire (Woisard et Puech, 2011).

3. L'examen fonctionnel et les essais de déglutition

« L'évaluation fonctionnelle a pour but de déterminer au mieux le mécanisme physiopathologique du trouble » (Woisard et Puech, 2011). Pour ce faire, cette évaluation repose sur le test des capacités fonctionnelles et la dextérité oro-bucco-faciale, sur des essais alimentaires et une observation d'un repas. Les essais de déglutition n'étant pas toujours le reflet réel des difficultés du patient, il est indispensable de les compléter par l'observation d'un repas complet qui, en situation écologique, nous permettra d'apprécier de manière pragmatique les signes de dysphagie.

On observera donc :

- le type de texture ingérée (solide et liquide) ;
- les signes de dysphagie : les risques de fausses routes avec les aliments divers et à quoi elles sont dues (texture, température volume..) ainsi que d'éventuelles régurgitations, éructations, etc.
- le contexte lors de la prise alimentaire : la posture (positionnement du patient), la saisie des aliments (capacité à utiliser les ustensiles, mise en bouche), le contexte environnemental (le patient est-il en salle à manger ? la télévision est-elle allumée ?), le niveau d'aide apportée au patient (degré d'autonomie, comportement de l'aidant, etc.) ;
- l'état du patient : appétit, fatigabilité ainsi qu'une fine observation de l'état bucco-dentaire (port d'appareil, mycose), de l'état respiratoire et des capacités d'expectoration ainsi que de l'état neuro-cognitif (particulièrement en ce qui concerne la vigilance et la conscience du patient de son trouble) (Woisard et Puech, 2011).

B. Prise en charge de la dysphagie

Les objectifs de la prise en charge orthophonique sont en premier lieu d'assurer une sécurité la plus complète possible au patient, de prévenir ou de corriger la dénutrition et enfin d'optimiser la qualité de vie du patient (Trate et al., 1996).

« *Après des sujets âgés et a fortiori chez le dément, l'intervention orthophonique spécifique aux troubles de la déglutition est rarement rééducative, mais toujours réadaptative et compensatoire.* » (Ruglio, 2013).

1. Rééducation orthophonique « classique »

Les exercices proposés aux patients en institution gériatrique sont souvent limités par les efforts et le coût cognitif qu'ils requièrent. Cependant des exercices analytiques pourront être proposés et stimuler ainsi la mobilité, la tonicité ainsi que la sensibilité des organes mis en jeu dans le processus de déglutition. Notre intervention aura toujours pour but d'apporter au patient gériatrique un bénéfice quotidien (Ruglio, 2012).

a. Les praxies bucco-faciales

Les praxies bucco-faciales ont pour objectif d'améliorer un éventuel déficit de tonicité ou de coordination des mouvements des structures impliquées dans la déglutition. Les exercices porteront au niveau des lèvres, des joues, de la langue, de la mâchoire et du voile du palais. Avec ce travail musculaire, on cherchera une mobilité efficiente tout en gardant à l'esprit que ces exercices ne doivent jamais entraîner de douleur chez le patient (Ruglio, 2013).

b. Les textures

L'orthophoniste proposera bien sûr des conseils concernant l'alimentation et le type de texture, mais également différentes stimulations. En effet, on utilisera les différentes propriétés des aliments (température, saveur, viscosité, constitution) pour améliorer le geste de déglutition (Woisard et Puech, 2011).

2. Les stratégies d'adaptation

En milieu gériatrique, les stratégies de compensation seront les plus aisées à mettre en place, car elles ne requièrent que peu de ressources cognitives de la part du patient.

Ces stratégies mettront alors en place en tenant compte de plusieurs facteurs, et ce, dans un souci d'efficacité et de bien-être du patient (Ruglio, 2013).

a. Les adaptations de l'environnement

Quelle que soit la situation d'alimentation, il est préférable qu'elle évite tous distracteurs et sollicitations sonores comme la télévision, radio, bruit brusque, etc., pour être optimisée. On

veillera également à diminuer au maximum l'anxiété du patient liée à la prise alimentaire. On encouragera donc le patient à se nourrir lentement, par petites bouchées et gorgées afin de limiter les fausses routes.

Pour une facilitation de la déglutition et une meilleure sécurité du patient, on adaptera les ustensiles aux mécanismes du trouble de chacun : des verres à encoches nasales, verre évasé, cuillère à manche grossi, etc., pourront être proposés (Pouderoux et al., 2001).

b. Les postures

L'installation du patient doit favoriser au maximum, lors de la prise alimentaire ou de médicaments, l'absence de fausse route. La position assise, menton légèrement fléchi antérieurement, est la plus adaptée ; si le patient souffre d'un déficit latéral, des inclinaisons de tête peuvent également simplifier la déglutition.

L'installation de l'aidant et son adaptation à chaque patient est également indispensable. L'aidant veillera ainsi à se placer en contrebas du patient. Cela permettra à l'aidant de maintenir la flexion de la tête du patient, d'amener la cuillère par le bas (toujours dans un souci d'évitement de fausses routes) ainsi que d'observer les mécanismes de déglutition du patient (mouvements laryngés, mastication) (Woisard et Puech, 2011).

c. L'adaptation des aliments et des boissons

Pour limiter les risques de fausses routes, on adaptera la texture des aliments. En effet, pour les patients dysphagiques, il est indispensable que le bolus ait une consistance cohésive et non fragmentée ou encore effritée.

Les adaptations de liquide peuvent concerner différents types de troubles.

Si le patient dysphagique présente un émoussement de la sensibilité, on choisira plutôt des boissons stimulantes du point de vue tactile (boisson gazeuse), thermique (boisson très fraîche) ou gustative (à saveur très prononcée).

En revanche, si le patient dysphagique présente des difficultés motrices (retardement du réflexe de déglutition, difficulté de propulsion), on choisira des liquides à consistance visqueuse, voire des liquides qu'on épaissira de façon homogène (Woisard et Puech, 2011).

d. Les soins bucco-dentaires

L'hygiène bucco-dentaire, et particulièrement en milieu gériatrique où elle est souvent défectueuse, se répercute sur l'acte de déglutition, sur la nutrition ainsi que sur la communication même du patient (Radoi et al., 2009).

La présence de mycose diminue la sensibilité intra-buccale, pouvant même aller jusqu'à provoquer une forte douleur. Pour pallier ces mycoses ainsi que la présence de dépôt alimentaire à risque de fausses routes secondaires, il est indispensable d'effectuer des soins de bouche réguliers (Rame, 2001).

IV. Les spécificités d'une prise en charge de la dysphagie en milieu hospitalier gériatrique

A. Alimentation et hospitalisation

Pour un patient dysphagique, l'alimentation et l'hydratation, qui sont des besoins fondamentaux, peuvent devenir une source d'anxiété (Patry et al., 2011).

Il est indispensable pour le patient dysphagique hospitalisé de garder une notion de plaisir et de convivialité durant la prise alimentaire. Le repas doit rester un moment de partage, d'échanges et de sociabilisation. (Henderson, 1994).

Par ailleurs, les prescriptions médicamenteuses ne tiennent pas toujours compte des risques dus à la dysphagie du patient ; les soignants se trouvent parfois devant l'obligation d'écraser les médicaments ou de les mélanger au repas du patient ce qui impacte le dosage médicamenteux. (Rhalimi et al., 2014).

B. La place de l'orthophoniste dans l'encadrement du patient gériatrique

L'article 3 du décret de 2002 habilite l'orthophoniste à prendre en charge les troubles de la déglutition, qu'ils soient présents dans le cadre de pathologie ORL ou neurologique.

L'orthophoniste réalise les bilans de déglutition. En concertation avec le médecin, il évalue les capacités du patient à s'alimenter oralement et réfléchit aux éventuelles alimentations artificielles (sonde nasogastrique ou gastrostomie). Il propose enfin une prise en charge à visée rééducative et préventive (sécurité, nutrition et qualité de vie du patient). (Legifrance).

C. Le partenariat entre personnel soignant et orthophoniste

1. La sensibilisation des équipes

« En institution gériatrique, la mission orthophonique comprend également les indispensables actions de sensibilisation et formation des équipes. Cette formation est la base d'une meilleure prise en charge en déglutition. » (ANAES, 2002 cité par Ruglio 2013).

Les infirmiers et aides-soignants ne disposent pas toujours des connaissances suffisantes pour prendre en charge, sereinement, les patients dysphagiques et ainsi réagir aux situations à risques auxquelles ils sont confrontés. Les explications qui leur sont apportées peuvent réduire l'appréhension de leur part et de celle du patient au moment de la prise alimentaire.

2. Le partage d'informations

a. L'observation des repas

Pour appréhender le trouble de la déglutition du patient gériatrique dans sa globalité, l'orthophoniste assiste ponctuellement au repas. Certains signes de dysphagie sont très discrets et ne pourront être objectivés qu'avec les essais alimentaires. Lors d'un repas, l'orthophoniste et l'équipe soignante (agent de service hospitalier, aide-soignant, infirmier) pourront échanger sur les troubles du patient (Woisard et Puech, 2011).

b. Les transmissions

Au sein de toute structure hospitalière, la transmission des soins prodigués à chaque patient (dossier ou logiciel de type Actipidos) est primordiale pour une prise en charge adaptée.

L'orthophoniste et le personnel soignant pourront donc communiquer, d'une part sur les bilans, rééducations et adaptations envisagées pour le patient, et d'autre part, sur toute observation de sa vie quotidienne afin d'améliorer sa prise en charge.

c. La personnalisation des prises en charge

Une fiche de conseils personnalisés pour chaque patient pourra être mise à la disposition du personnel soignant afin d'optimiser la prise en charge du trouble de la déglutition.

Par ailleurs, et uniquement après avoir obtenu l'accord du patient et des responsables du service, l'affichage en chambre de certaines consignes pour garantir la sécurité du patient est envisageable (Ruglio, 2013).

Cette guidance spécifique est donc au cœur de la prise en charge de la dysphagie.

V. Le goût et l'odorat, deux sens intimement liés

L'olfaction, sens le plus primitif, qui permet de percevoir les odeurs, est liée à la sphère affective.

Le système olfactif est le premier canal sensoriel actif chez le nouveau-né et fonctionne avec d'autres systèmes sensoriels tels que les systèmes gustatif et trigéminal (température, irritation...) (Serratrice et Serratrice, 2013).

Le goût, seul, est un sens rudimentaire. La perception de la saveur des différents aliments se précise notamment grâce à la participation de l'odorat.

Les systèmes olfactifs et gustatifs sont donc complémentaires : le premier permet de détecter les molécules chimiques volatiles, émises par la mastication et qui s'évaporent dans la bouche, alors que le second détecte les molécules solubles dans l'eau. La réunion opératoire des deux sens concourt à l'identification d'un très grand nombre de substances (Serratrice et Serratrice, 2013).

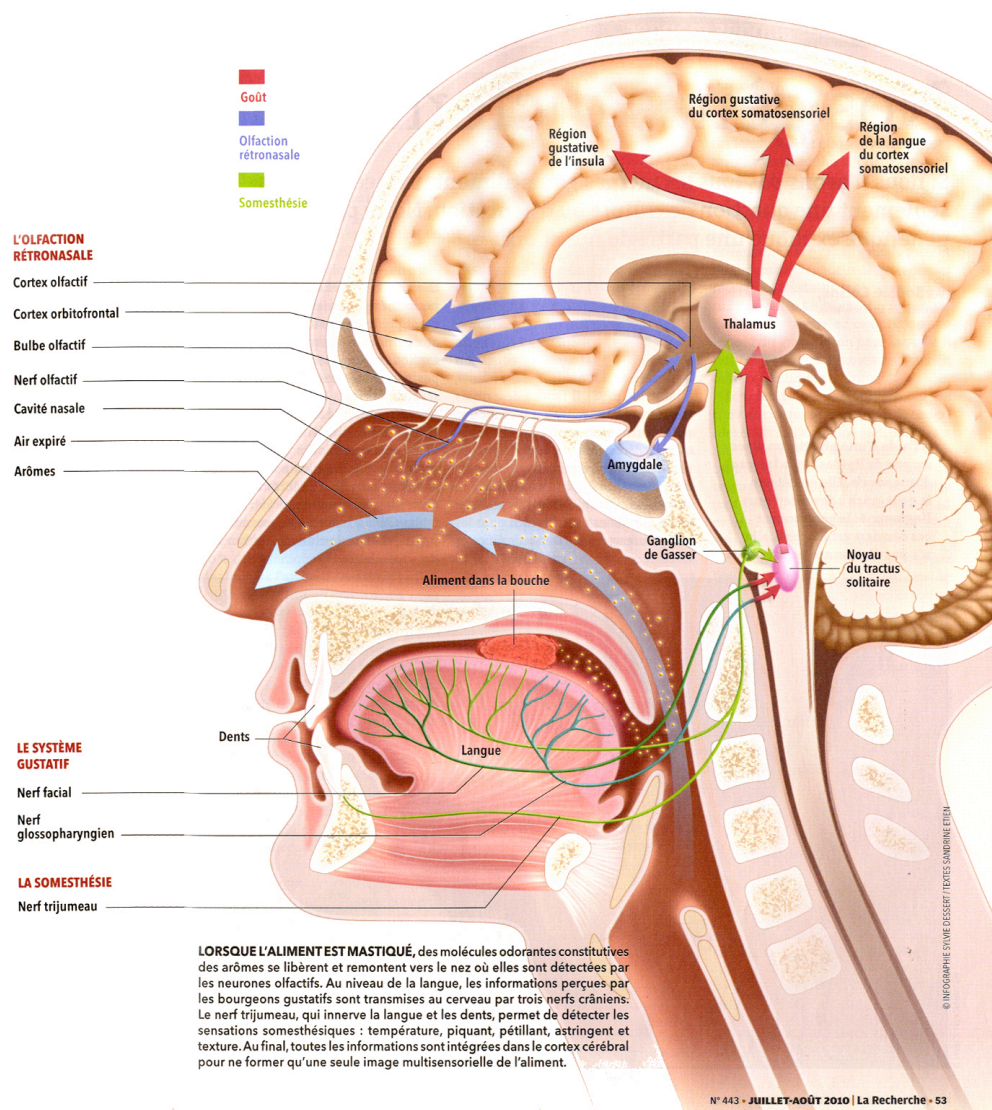


Figure 1 : Sensorialité et déglutition

A. Anatomie de l'olfaction

Le système olfactif est réparti sur trois étages : l'épithélium olfactif, le bulbe olfactif et les cortex olfactifs.

1. L'épithélium olfactif

Lors d'une inspiration, les molécules odorantes entrent dans les cavités nasales, c'est l'aéroportage (Bonfils, 2007).

Puis, arrivées au niveau de l'épithélium olfactif (au sommet des cavités nasales) (Schaal et al.,

2013), elles traversent le mucus sécrété par les glandes nasales. Ce mucus facilite le transport des molécules les moins hydrosolubles. L'épithélium est constitué de trois types de cellules : les neurones olfactifs (cellules sensorielles), les cellules de soutien, et les cellules basales (Holley, 1999). Le mucus transporte les molécules odorantes vers les neurones olfactifs qui remplissent trois fonctions :

- une fonction réceptrice : leurs dendrites possèdent des cils qui baignent dans le mucus et détectent les molécules odorantes (Serratrice et Serratrice, 2013) ;

- une fonction de transduction : lorsque la molécule se fixe au récepteur, on observe une dépolarisation et la génération d'un potentiel d'action. Le message chimique entraîne un message électrique (Serratrice et Serratrice, 2013) ;

- une fonction de transmission : le message olfactif périphérique va être transmis au bulbe olfactif, grâce aux axones, eux-mêmes guidés par les cellules gliales, dites « engainantes » (Bonfils, 2007).

Les axones ont une durée de vie limitée, mais se renouvellent très fréquemment grâce aux cellules basales (Bonfils, 2007).

Le nerf olfactif naît dans la muqueuse olfactive. Cette dernière est également innervée par deux branches sensibles du nerf trijumeau dont les terminaisons peuvent capter les molécules odorantes pour en traiter les sensations somesthésiques (chaud, piquant...).

2. Le bulbe olfactif

Le bulbe olfactif forme une cartographie des odeurs, principalement dans les glomérules.

Les axones des neurones olfactifs traversent la lame criblée de l'os ethmoïde et se projettent vers le bulbe olfactif où ils s'articulent avec les dendrites des cellules mitrales pour former les glomérules. Au sein de ces glomérules, le signal est transmis, grâce aux cellules mitrales, jusqu'au cortex olfactif primaire et au corps amygdaloïde.

Le bulbe olfactif serait le siège d'un stockage mnésique transitoire et jouerait un rôle dans l'apprentissage olfactif (Serratrice et Serratrice, 2013).

3. Les cortex olfactifs

Les axones des cellules mitrales traversent successivement le pédoncule olfactif et les bandelettes olfactives (tractus olfactif) pour rejoindre le cortex olfactif primaire.

Les centres olfactifs sont situés dans le lobe temporal, autour de l'hippocampe et sont divisés en deux aires :

- les aires primaires dominées par le cortex piriforme ;
- l'aire secondaire, constituée du cortex entorhinal (lui-même connecté à l'hippocampe) qui reçoit des projections des aires primaires.

Ces connexions centrales sont de deux types : néocorticales, qui assurent la perception consciente de l'odeur, et limbiques (dépendant de l'hypothalamus), support de la composante affective et permettant de déterminer une sensation agréable ou désagréable (Bonfils, 2007).

Ainsi, contrairement aux autres systèmes sensoriels, une fois perçue, l'information olfactive ne passe pas par le thalamus, mais atteint directement le cortex (Serratrice et Serratrice, 2013). La connexion au système limbique explique le caractère émotionnel des odeurs.

4. La presbyosmie

Au cours du vieillissement, l'odorat va décliner : c'est la « presbyosmie » (Bianchi et al., 2015). Cela se manifeste par une augmentation des seuils olfactifs, une dégradation de la mémoire de reconnaissance et une diminution progressive de la sensibilité entraînant des performances d'identification et de discrimination amoindries. Il s'agit le plus souvent d'une hyposmie et plus rarement d'une anosmie. Ce déclin peut également être provoqué par des facteurs extérieurs (médicaments, cigarette, etc.). De même, les processus d'identification sont intimement liés à des facteurs cognitifs (fluence verbale, mémoire verbale) qui eux-mêmes déclinent avec l'âge (Bianchi et al., 2015).

B. Anatomie du goût

Le goût, sens permettant de percevoir les saveurs, est très lié aux stimulations olfactives ou même visuelles et auditives ainsi qu'aux sensations somesthésiques (température, texture,

sensation de piquant...) (Brondel et al., 2013). Il n'existe que quatre saveurs de base (acide, amer, sucré, salé) dont les variations sont infinies. La perception de ces saveurs répond à une répartition topographique de la langue : sucré à la pointe de la langue, salé et acide sur les côtés, et amer en arrière. Nous naissons avec des préférences gustatives, mais qui vont évoluer en fonction de notre environnement culturel et de nos expériences culinaires.

1. La sensibilité gustative

a. Les bourgeons et les papilles

La perception des saveurs est opérée grâce aux récepteurs gustatifs se trouvant principalement sur la langue, mais aussi sur le palais, le pharynx et le larynx. Ces récepteurs périphériques appelés « bourgeons gustatifs » (entre 5000 et 20 000) sont contenus dans l'épithélium des papilles linguales (Serratrice et Serratrice, 2013). On distingue plusieurs types de papilles :

- les papilles caliciformes : au nombre de neuf, elles forment le V lingual à l'arrière de la langue. Elles sont innervées par le nerf glossopharyngien ;
- les papilles foliées : situées sur les bords latéraux et postérieurs, elles sont innervées par le nerf glossopharyngien ;
- les papilles fongiformes : disséminées sur la pointe et la partie antérieure de la langue, elles sont innervées par le nerf lingual (branche du nerf facial).

Les papilles constituent le support de la sensibilité gustative. Il existe également des papilles filiformes, les plus nombreuses, situées de part et d'autre du sillon médian, mais qui ne semblent pas intervenir dans la gustation.

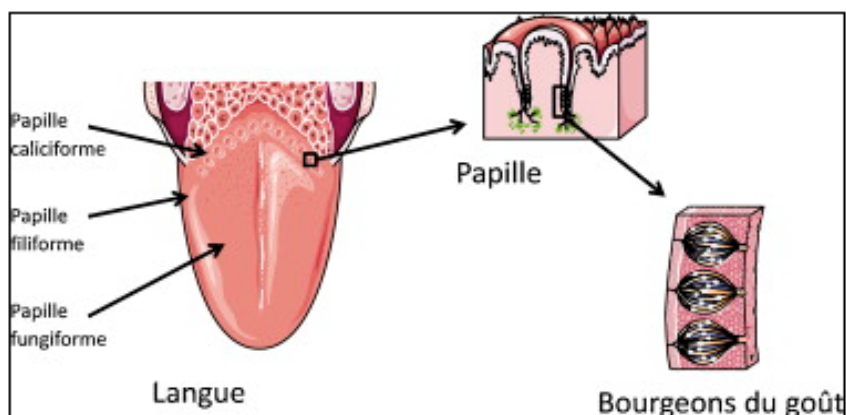


Figure 2 : Récepteurs linguaux

Les bourgeons sont constitués d'amas de cellules neuro-épithéliales qui ont une durée de vie de 10 jours. Il existe trois types de cellules (Brondel et al., 2013) :

- les cellules gliales ou de type I : sensibles aux substances salées ;
- les cellules réceptrices ou de type II : sensibles aux substances sucrées ;
- les cellules présynaptiques ou de type III : sensibles aux substances acides.

b. Les voies périphériques et le cortex

Le message chimique va être transformé en potentiel d'action grâce à la transduction (Serratrice et Serratrice, 2013). Les cellules gustatives transmettent l'information au cortex grâce aux voies ascendantes composées :

- de la corde du tympan, branche gustative du nerf facial pour les deux tiers antérieurs de la langue ;
- du nerf glossopharyngien pour le tiers postérieur ;
- du nerf laryngé supérieur (branche du nerf vague) pour le larynx et le pharynx.

Les fibres du nerf facial, situées à l'avant de la langue, permettent de différencier des saveurs appétitives (le sucré du salé) alors que les fibres du glossopharyngien, situées à l'arrière de la langue, discriminent les informations désagréables (Serratrice et Serratrice, 2013)..

Les fibres gustatives font un premier relais dans le noyau solitaire, puis dans le thalamus, avant de se projeter sur les aires gustatives ipsilatérales. Le noyau solitaire assure un premier traitement et une intégration des informations périphériques et centrales. Il est également en lien avec les noyaux salivaires. Le cortex gustatif, encore mal connu, se situerait majoritairement dans le lobe pariétal et rassemblerait plusieurs zones intervenant dans le comportement alimentaire (Serratrice et Serratrice, 2013).

Les aires secondaires sont communes aux sensations gustatives et olfactives et permettent ainsi une intégration des informations sensorielles.

2. Les sensations somesthésiques

Il existe différents mécanorécepteurs (tactiles, kinesthésiques, proprioceptifs) qui donnent en premier lieu des informations sur la texture et la consistance des aliments. Ces

mécanorécepteurs sont situés dans les papilles filiformes et fongiformes. Les récepteurs du tact, stimulés par les mouvements de la langue, permettent de stimuler les cellules du goût. La température joue également un rôle dans la gustation : le chaud accroît les sensations de sucré et salé ainsi que les sensations piquantes et diminue les sensations amères, acides et astringentes. De même, le froid diminue les sensations amères et sucrées. Ces variations sont permises grâce aux thermorécepteurs, situés dans les papilles fongiformes (Brondel et al., 2013).

Même si le nerf trijumeau ne véhicule aucune fibre gustative, il permet la sensibilité trigéminal, donc de ressentir le piquant (les bulles des boissons gazeuses), l'irritant (poivre, moutarde), l'astringent qui resserre les tissus de la langue (tanins présents dans le vin, kaki), les sensations de brûlure (piment), de chaleur (cognac) ou de fraîcheur (menthe) (Brondel et al., 2013).

Les systèmes trigéminal, gustatif et somesthésique œuvrent en interaction : les saveurs acides et amères peuvent par exemple augmenter l'astringence. Le système trigéminal peut également modifier les sensibilités gustatives (la chaleur augmente la sensation de brûlure) (Brondel et al., 2013).

3. Et les autres sens ?

La vision et l'audition ont également une influence sur les sensations gustatives. Nous avons ainsi tendance à croire que l'intensité d'une saveur augmente avec la couleur et que certaines couleurs peuvent stimuler certaines sensations (un vin blanc coloré en vert sera perçu comme acide). De même, lorsque la couleur respecte celle de l'aliment d'origine, le plat sera plus facilement consommé. On note aussi que la couleur du contenant aurait une influence sur le goût (Brondel et al., 2013)

4. Vieillesse et goût

Du fait du vieillissement, de la prise de certains médicaments ou de certaines pathologies, le goût peut se trouver modifié (Thebala, 2001). Une carence en zinc pourrait notamment être à l'origine d'une dysgueuzie. À partir de 50 ans, la perception gustative est atténuée (due en partie à une diminution des papilles gustatives (Beare et Stanley, 2005)), les seuils de reconnaissance des quatre saveurs de base sont augmentés, notamment celui du salé. C'est pourquoi les personnes âgées exprimeront une plus grande appétence au sucré qu'au salé, ce qui est problématique quant aux troubles de glycorégulation liés au vieillissement.

La diminution de la sensibilité gustative reste cependant très liée à une perte d'odorat en premier lieu, ces deux sens étant, comme nous l'avons évoqué, très liés.

Ainsi, ces difficultés de discrimination et de détection des goûts jouent un rôle dans les comportements alimentaires des sujets âgés.

VI. Manger : un plaisir gustatif et social

A. L'appétit

Une des nombreuses définitions que nous propose le dictionnaire pour la notion d'appétit est « Désir de nourriture, plaisir que l'on trouve à manger » (Le Grand Robert de la langue française, 2010).

La « faim » qui consiste en l'alerte d'un besoin de nourriture est essentielle pour la survie de chaque espèce ; elle est contrôlée par des médiateurs cliniques.

L'appétit concerne plutôt l'aspect hédonique de l'alimentation et est conditionné par un grand nombre de facteurs sociaux, culturels, psychologiques ainsi que par différentes conditions médicales pathologiques. Il est produit par la régulation d'un système de satiété périphérique combiné à une conduite alimentaire centrale. Certaines hormones gastro-intestinales participent également à la régulation de l'appétit chez l'homme (Pepersack, 2004).

Le sucré joue un rôle important sur la stimulation de l'appétit puisque son ingestion entraîne la sécrétion de peptides qui influencent la satiété en se répercutant ainsi sur notre métabolisme (Blundell et Finlayson, 2008).

L'appétit peut également être troublé ; on parle dans ce cas d' « anorexie », trouble d'origine pathologique ou physiologique qui touche les personnes âgées. On se trouve donc face à :

- des personnes âgées qui ont moins faim, ce qui modifie leurs choix de comportement alimentaire ;
- des personnes qui ressentent beaucoup plus rapidement le sentiment de satiété en raison d'un vieillissement gastrique et intestinal, ce qui entraîne nécessairement une diminution de la prise alimentaire. Il est donc essentiel de trouver les causes réversibles afin de les supprimer et

d'avoir accès à l'utilisation de stimulants de l'appétit afin de traiter au mieux de cette anorexie (Mathey et Lesourd, 2003).

B. Généralités sur l'alimentation

Au-delà de répondre aux besoins physiologiques, la nourriture mêle plusieurs composantes : affectives, culturelles et sociales (Guimelchain-Bonnet et Lemoine, 2008), ainsi que les préférences alimentaires individuelles. Elle permet de se créer une identité, d'appartenir ou non à un groupe (religieux par exemple) par adhésion ou par opposition (Andrieux, 2009). Chacun va donc développer une identité alimentaire influencée par son lieu de vie, ses goûts, sa culture, sa religion, son niveau social...

En dehors des aliments ingérés, les façons de manger sont également significatives et différentes selon la culture. Individuellement, nous n'avons pas la même façon d'aborder un repas, et nous développons chacun un comportement alimentaire : gros mangeur, petit mangeur, manger de façon rapide ou au contraire lente, etc. (INPES, 2012).

C. Le plaisir de manger

De nombreux chercheurs se sont penchés sur le lien délicat entre génétique et plaisir gustatif. D'une part, il est certain que cette sensation de plaisir fonctionne en réseau cérébral avec, entre autres, la libération de dopamine lorsque l'aliment est en bouche (ce sont alors les nerfs gustatifs qui envoient le signal). D'autre part, en amont, se trouve la composante du désir de manger qui est régie par toutes les autres composantes sensorielles (particulièrement l'odorat) et qui s'apparente au concept d'appétit (La Recherche, 2010).

Il y a encore beaucoup à découvrir sur cette problématique, mais une certitude réside au sein du plaisir humain (voire de l'addiction) de manger ; « Lorsque l'on demande aux Français la raison pour laquelle ils s'attablent, le plaisir vient en seconde position, juste après la nécessité pour vivre » (La Recherche, 2010).

D. Le plaisir social

Dans notre société, l'alimentation joue un rôle central dans la régulation des relations humaines et affectives. Les situations sociales et environnementales influencent l'alimentation

de chacun, et les repas sont une source de convivialité, d'échanges et de plaisir (Bonnery, 2011). D'ailleurs, pour 92 % des Français, « manger est un plaisir » (Derrien, 2011).

Ainsi, la difficulté à se nourrir de façon autonome a un impact psychologique fort, engendrant une perte de l'estime de soi et de confiance.

E. En institution gériatrique

Les repas au sein d'une institution, en plus d'être un soin essentiel, représentent des moments fondamentaux qui rythment la journée des patients. En effet, le vieillissement anatomique et sensoriel des patients, d'éventuelles maladies (notamment dépression) et d'autres facteurs entrent en jeu dans l'abandon des différentes composantes agréables de l'alimentation : mais malheureusement, bien souvent, le moment du repas perd toute notion de plaisir pour le patient. En institution gériatrique, 20 à 40 % de la population présente un état de dénutrition et ce chiffre augmente jusqu'à 70 % en séjour longue durée (Bourdel-Marchasson et al., 2009).

Il faudra donc favoriser les échanges entre les patients et mettre en place des aménagements pour rendre agréables les repas.

1. Favoriser les échanges

Il est important de réaliser un plan de table en fonction des affinités des patients, afin de favoriser la convivialité et les discussions au moment du repas. On veillera à créer des repères spatio-temporels précis pour les patients, surtout pour ceux atteints de démences. Pour cela, il est important que les patients mangent à des heures régulières, s'assoient à la même place, si possible avec les mêmes voisins de table. Il faudra également inciter les patients à manger en salle commune, mais sans pour autant les y contraindre ; le patient devra garder la liberté de choisir (Directions générales de l'alimentation et de la cohésion sociale, 2014).

2. Les aménagements

Pour améliorer au mieux les repas des résidents, des aménagements peuvent être réalisés dans les structures. Tout d'abord, il est primordial que l'établissement accueillant des résidents

âgés possède une salle dédiée spécialement à la prise des repas. Une disposition adéquate des tables permettra au personnel soignant de circuler et d'aider les patients en difficulté. De même, un aménagement acoustique devra être effectué afin de réduire le bruit de fond au moment des repas.

La décoration pourra également permettre de rendre l'ambiance plus agréable, mais elle ne doit pas être surchargée afin d'éviter de détourner l'attention des patients.

Concernant les troubles de la déglutition, du matériel spécifique tel que des verres à encoche nasale (et non des verres "canard") pourra être mis à disposition du patient afin de limiter les fausses routes.

Un repas servi dans une atmosphère agréable et chaleureuse aidera à attiser l'appétit et favorisera la convivialité (Directions générales de l'alimentation et de la cohésion sociale, 2014).

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

La dysphagie est une pathologie qui affecte un grand nombre de résidents en institution gériatrique. Pour ces patients dysphagiques, la qualité de vie peut s'en trouver altérée à divers degrés. En effet, les risques de fausses routes, créant une appréhension au moment de la prise alimentaire, entravent le plaisir des repas (Ruglio, 2013). Cette perte d'intérêt peut aller jusqu'à un refus du patient de s'alimenter correctement et entraîner alors une dénutrition. Alors, dénués de tout plaisir, les moments de repas ne constituent plus un moment de partage et d'échange social.

En raison des capacités cognitives souvent dégradées des résidents dans une institution gériatrique, il est essentiel que la prise en charge soit totalement adaptée, à la fois à leur profil de pathologie, et au milieu dans lequel ils évoluent. Le déclin cognitif, ainsi que les diverses pathologies dont souffrent les patients peuvent entraîner une anosognosie de leurs troubles de la déglutition. La notion de plaisir alimentaire passant principalement par les sens du goût et de l'odorat, ces prises en charge sensorielles se révèlent indispensables. Retrouver le plaisir d'être à table et apprécier la convivialité de ce moment social sont des pôles essentiels de la rééducation, en gériatrie, des troubles de la déglutition.

« Quel est l'intérêt d'ateliers sensoriels abordant la thématique de la nourriture dans la prise en charge des patients dysphagiques en gériatrie ? Dans quelle mesure influencent-ils leur qualité de vie ? »

Hypothèse 1 : En institution gériatrique, les ateliers sensoriels permettent d'atténuer les troubles de la déglutition du patient.

Hypothèse 2 : Les ateliers sensoriels permettent de stimuler l'appétit avant le repas et donc de lutter contre la dénutrition.

Hypothèse 3 : Les ateliers sensoriels permettent de diminuer le ressenti négatif du patient au moment du repas.

Hypothèse 4 : Les ateliers sensoriels permettent d'augmenter les interactions sociales entre les patients au moment du repas.

Hypothèse 5 : La rééducation des troubles de la déglutition permet aux patients de prendre conscience de leurs troubles lorsqu'ils souffrent d'anosognosie.

Hypothèse 6 : La stimulation sensorielle est bénéfique pour des patients atteints d'importants troubles cognitifs.

PARTIE PRATIQUE

I. Méthodologie

A. Contexte

C'est à l'hôpital Charles Foix (Ivry-sur-Seine) que nous avons réalisé notre étude au sein des services de l'Orbe et de la Fondation d'Heur dirigés par le D^r Lahlou. Les bilans initiaux et finaux ainsi que les séances d'orthophonie constituant la prise en charge ont été soumis à l'approbation des patients après validation du médecin responsable des services et des cadres de santé. L'étude s'est déroulée sur quatre mois.

B. Population

Afin d'homogénéiser la population, nous avons établi des critères d'inclusion et d'exclusion.

1. Critères d'inclusion

a. Âge : supérieur ou égal à 75 ans

Ce mémoire porte sur l'importance des stimulations olfactives et gustatives chez le sujet âgé. Il convenait donc, pour débiter, de préciser la notion d'âge pour la population étudiée. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est considéré âgé un individu de 65 ans et plus. Deux catégories se distinguent toutefois dans cette tranche d'âge : le « troisième âge » incluant les personnes âgées de 65 à 75 ans et « quatrième âge » pour les plus de 75 ans. Notre étude s'est donc portée sur cette seconde catégorie de patients.

b. Plainte : dénutrition ou troubles de la déglutition

Tous les patients étudiés présentent des troubles de la déglutition et/ou un état de dénutrition.

2. Critères d'exclusion

a. Présence de troubles majeurs du comportement

Les troubles importants du comportement entraînant de grandes difficultés de participation à la prise en charge des troubles de la déglutition, nous avons été obligées d'exclure ces patients.

b. Absence totale de langage

Notre étude se voulant un reflet précis du milieu gériatrique en séjour longue durée, nous avons choisi de ne pas en exclure les patients ayant un MMS faible (allant jusqu'à 8/30). Toutefois, il nous a paru essentiel que les patients participant à notre étude puissent communiquer oralement pendant nos ateliers pour que les interactions soient possibles et qu'ils puissent nous exprimer leur ressenti sans trop de difficultés.

C. Pré-sélection

Selon les critères d'inclusion et d'exclusion cités précédemment, une liste de patients élaborée par le chef de service nous a été fournie. Nous avons fait passer aux patients de cette liste le Mini-Mental State de Folstein (MMS) afin d'évaluer leur fonctionnement cognitif et de constater, en amont, s'ils étaient capables de répondre aux questions de notre bilan. Au vu des résultats au MMS et de nos diverses observations, le bilan orthophonique initial a été réalisé auprès de onze patients, nous avons ensuite déterminé ceux concernés par l'objet de notre mémoire et ceux ayant les capacités de participer à nos ateliers.

D. Sélection de la population d'étude (annexe A)

Au sein de l'hôpital Charles-Foix, nous avons rencontré des difficultés à trouver des patients étant capables cognitivement de participer à notre étude. Bien que nous eussions souhaité un échantillon d'étude plus large, seuls huit d'entre eux ont été retenus après les évaluations. Nous les avons ensuite scindés en deux groupes selon leur motivation et leurs capacités langagières. En évaluant leur désir de participer, ou non, à notre étude, il s'est avéré que l'un des patients initialement sélectionnés n'a pas souhaité participer aux ateliers sensoriels. Nous l'avons donc écarté de notre analyse.

La population de notre étude se compose donc de sept patients : quatre du service de l'Orbe (constituant l'échantillon n°1) et trois du service de la Fondation d'Heur (constituant l'échantillon n°2). Les deux échantillons ont bénéficié d'un suivi orthophonique conventionnel de dix séances individuelles, mais l'échantillon n°2 a, en plus, participé aux dix ateliers sensoriels.

L'âge des sept patients observés va de 79 à 82 ans et leur score au MMS va de 8 à 21.

E. Description du protocole

Pour tous les patients ayant participé à cette étude, le protocole d'observation s'est déroulé en trois étapes : un bilan initial, une prise en charge et un bilan final. Le protocole initialement prévu a dû être modifié afin de s'adapter au mieux à la population gériatrique que nous avons choisie. Peu de patients ayant été capables de répondre de façon adaptée à nos questions, nous nous sommes donc trouvés dans l'obligation de remplacer celles-ci par des observations cliniques accrues.

1. Bilan orthophonique initial (annexe B)

a. Objectifs

Le bilan initial a permis de recueillir des données qui furent ensuite comparées à celles du bilan final. Certaines de ces données étaient objectives : le poids, l'observation des repas, l'évaluation fonctionnelle et clinique. D'autres, subjectives : les réponses au questionnaire.

Ce bilan orthophonique de la déglutition se divise en trois parties : l'interrogatoire, l'évaluation clinique et l'évaluation fonctionnelle. Nous l'avons adapté à la population gériatrique en prenant en compte des facteurs tels que la fatigabilité ou la charge cognitive. Nous avons proposé un maximum de questions fermées et, quand cela était possible, nous avons scindé le bilan afin de ne pas fatiguer le patient.

a.1. Interrogatoire

L'interrogatoire était composé de questions portant sur le trouble de la déglutition du patient, d'éventuelles plaintes à ce propos, de la conscience qu'il en a et de son ressenti sur la question des repas. Pour établir un score d'auto-évaluation, un point était attribué à chaque ressenti positif afin de constituer une note.

Nous y avons également introduit des questions portant précisément sur les goûts alimentaires du patient, ce qui nous a permis d'orienter au mieux la prise en charge pour chacun d'entre eux.

Puisque notre étude analysait l'efficacité d'ateliers sensoriels, particulièrement au niveau olfactif et gustatif, nous avons ajouté une partie de test portant sur ces deux sens : quatre items pour l'odorat et quatre pour le goût. Pour chaque item, il s'est agi pour le patient de deviner

l'aliment, soit directement par identification soit, si celle-ci n'était pas réalisable, en reconnaissance (annexe C).

a.2. Évaluation clinique

Cette évaluation permet de tester les différentes praxies du mécanisme de la déglutition du patient afin de jauger l'état musculaire de ses organes bucco-phonateurs. Ces exercices ont été réalisés par imitation afin de limiter la charge cognitive, mais ils furent également étayés par des explications.

Les mécanismes de protection des voies aériennes supérieures et les capacités d'expulsion ont également été testés avec la toux volontaire et le hémmeage.

Lors du bilan, il était important de vérifier l'état bucco-dentaire afin de constater la présence ou non de prothèses dentaires (vérifier qu'elles sont adaptées), d'éventuelles mycoses ainsi que de stases salivaires qui signalent la présence d'un dysfonctionnement.

Le poids initial des patients a été noté afin de vérifier après ateliers si leur appétit a augmenté et si une augmentation de poids était constatée. Cette comparaison a donc été possible entre les patients des deux échantillons pour répondre à la problématique analysée.

a.3. Évaluation fonctionnelle

Elle consiste en une épreuve de tests alimentaires, complétée par une observation des repas.

Le test de déglutition, inspiré des « Tests de Capacité fonctionnelle de la Déglutition » de Guatterie et Lozano (1997), en est une version allégée (annexe D) du fait des restrictions des textures disponibles sur notre lieu d'étude et de la population à laquelle nous étions confrontées. Les essais alimentaires suivaient un ordre chronologique. Tout d'abord, le patient devait manger 6 cuillères à café de compote ; entre chaque cuillère une toux était demandée afin de nettoyer le pharynx, suivi de la production d'un [a] tenu pour vérifier l'état du larynx (une voix claire est le signe de l'absence de stase). Si à cette première étape aucune fausse route n'était constatée, nous passions à la deuxième épreuve : ingestion de 4 cuillères à café d'eau pétillante suivie de la même procédure, puis 4 cuillères à café d'eau plate fraîche, et enfin un verre d'eau plate.

Entre chaque étape, aucune fausse route ne devait être observée.

Ces tests alimentaires ont été enrichis par l'observation des déjeuners des patients en salle à manger. Nous avons ainsi noté le type de texture, le type de boisson, la présence ou non de fausses routes, les interactions avec les autres résidants, les quantités ingérées, la vitesse de prise du repas. (annexe E)

2. Prises en charge

Les deux échantillons de population ont bénéficié d'une prise en charge traditionnelle de rééducation des troubles de la déglutition. Rappelons que seul l'échantillon n°2 a participé aux ateliers sensoriels.

Les séances de rééducation orthophonique ont été réalisées en chambre afin de garantir le calme et limiter les interférences. Avant chaque séance nous avons sollicité l'accord du patient. Tous les patients (échantillon n°1 et n°2) ont bénéficié de dix séances chacun, de durée variable selon leur état, mais n'excédant pas trente minutes.

a. Rééducation de la déglutition

a.1. Moyens rééducatifs

La rééducation s'est articulée autour de trois points :

- muscler la sphère oro-faciale (langue, lèvres, joues, voile du palais) ainsi que le pharynx ;
- stimuler le patient sur différentes textures et procéder à des essais alimentaires réguliers ;
- proposer un travail vocal et respiratoire afin de mobiliser le larynx et la coordination pneumophonique.

Chaque exercice était adapté aux patients suite aux observations du bilan initial. Pour un patient qui avait présenté une faiblesse musculaire au niveau buccal et un bavage important, on envisageait des praxies telles que : « Faites un grand sourire puis un bisou » ou encore « Imiter le geste d'application d'un baume à lèvres ». Les exercices étaient répétés environ cinq fois.

a.2. Les stratégies d'adaptation

L'objectif étant de donner au patient des moyens compensatoires afin de faciliter au mieux la prise de repas, deux stratégies ont été appliquées.

La première stratégie d'adaptation mise en place lors de nos rééducations a été d'adapter les textures ingérées par le patient, afin de diminuer le risque de fausse route. Pour cela, nous avons régulièrement réalisé des essais alimentaires afin de vérifier la pertinence des régimes déjà mis en place.

La seconde stratégie d'adaptation a consisté en l'utilisation, par le patient, de posture de sécurité lorsque celle-ci était nécessaire. Cette posture, après avoir été expliquée au patient, était rappelée à chaque séance.

b. Ateliers sensoriels

Dix ateliers abordant le thème de l'alimentation ont été proposés aux patients constituant l'échantillon n°2.

b.1. Objectifs des ateliers

La mise en place des ateliers sensoriels vise deux objectifs :

Améliorer le ressenti des patients sur leurs repas et sur leur prise alimentaire. Il a donc été question, à travers ces ateliers, de développer l'appétit des patients afin qu'ils améliorent leur alimentation. C'est pourquoi nous avons favorisé les interactions sociales au sein des ateliers et observé une éventuelle généralisation de ces interactions lors des futures prises de repas. En effet, lors de nos bilans initiaux, et particulièrement pendant l'observation des repas, nous avons remarqué qu'il n'y avait aucun échange entre les patients lors de ces moments de socialisation.

b.2. Déroulement des ateliers

Comme il nous avait paru essentiel de ritualiser l'atelier, nous commençons toujours par un temps d'orientation temporo-spatiale avec les présentations de chacun, ainsi que le rappel de la date du jour. Ensuite, nous proposons aux patients de se rappeler les ateliers précédents, à l'aide d'étayage de notre part si besoin.

Chaque atelier qui présentait un sujet différent autour du thème de l'alimentation a été élaboré à l'aide de la diététicienne du service. Nous avons réfléchi ensemble aux aliments familiers des patients au sein de l'hôpital ou, au contraire, aux aliments qu'ils n'ont plus l'occasion de manger depuis leur hospitalisation, tout cela en respectant les règles d'hygiène de l'institution. Certains aliments nous ont été fournis par la diététicienne. Nous avons donc abordé les thèmes suivants : le chocolat, le pain et ses dérivés, les épices de dessert, le fromage, les sauces, les épices et herbes, les boissons, le petit-déjeuner (annexe F), les agrumes, les fruits d'été. À l'aide des divers aliments apportés, nous proposons aux patients une stimulation multi-sensorielle. Les patients avaient ainsi la possibilité de sentir les différents échantillons, goûter les saveurs ainsi que de toucher les aliments (différentes textures étaient proposées). Le traitement visuel était également travaillé : en début d'atelier nous leur présentions tous nos échantillons de nourriture et des images concernant le thème du jour afin qu'ils le devinent.

Par ailleurs, nous étions attentives à stimuler ces patients au niveau cognitif :

- sur le plan langagier : nous proposons un travail d'évocation tout au long de l'atelier sur chaque thème ou conversation s'y prêtant ;
- sur le plan de la mémoire : un rappel des ateliers précédents, des noms de personnes présentes lors de l'atelier ainsi que des souvenirs des patients était proposé ;
- sur le plan social : nous recherchions particulièrement les interactions entre les patients en renforçant chaque tentative ou initiation d'interactions des membres de l'atelier.

À la fin de chaque atelier, nous avons rempli une grille d'observation personnalisée (annexe G). Cela nous a permis de commenter la participation de chaque patient à l'atelier du jour, de noter des propos ou actions spontanés et donc de constater une évolution de l'appétit et des interactions sociales.

3. Bilan orthophonique final (annexe H)

Le bilan final, proposé à tous les patients de notre étude, a eu pour but de mesurer une éventuelle régression des troubles de la déglutition et l'évolution du ressenti des patients face à leur alimentation après la prise en charge.

Nous nous sommes donc à nouveau appuyées sur des données objectives : relevé du poids du patient, observation des repas, évaluation fonctionnelle et clinique. Le questionnaire, quant à lui, a constitué une donnée subjective. Concernant l'échantillon n°2, nous avons également inclus à notre bilan final les dix grilles d'observation du patient pendant nos ateliers ainsi que des questions concernant les ateliers.

II. Analyse des résultats

A. Objectifs de l'étude

Notre étude a eu pour objectif de montrer que la participation à des ateliers sensoriels autour de l'alimentation était bénéfique à des patients dysphagiques et/ou dénutris. Nous avons cherché à établir que :

- les ateliers sensoriels ont une influence sur le ressenti de l'alimentation des patients et sur les interactions sociales entre eux ;
- les ateliers sensoriels sont bénéfiques même pour des patients dont l'état cognitif est dégradé ;
- les ateliers permettent d'accroître l'appétit des patients.

B. Description des différents types de résultats

L'analyse des résultats se présente sous différentes formes :

- des graphiques sur l'évolution du poids des patients avant et après l'étude ;
- des graphiques sur l'évolution des quantités ingérées au cours des repas ;
- des graphiques concernant l'évolution de l'auto-évaluation des patients concernant leur trouble de la déglutition.

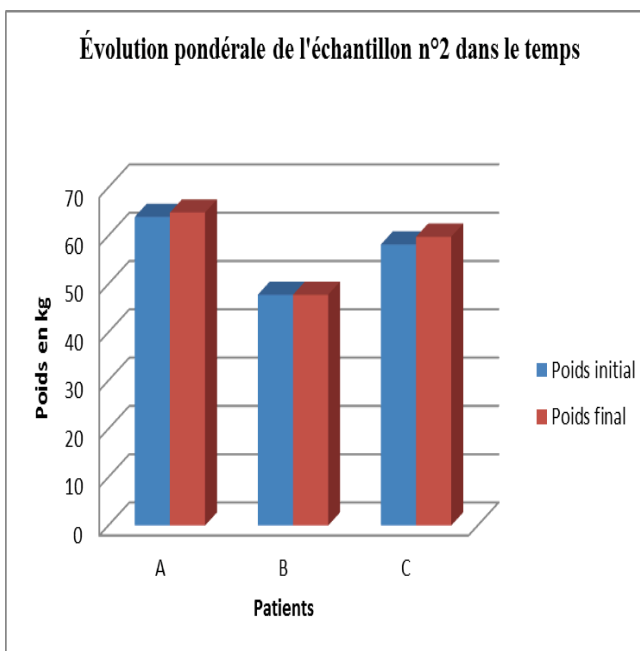
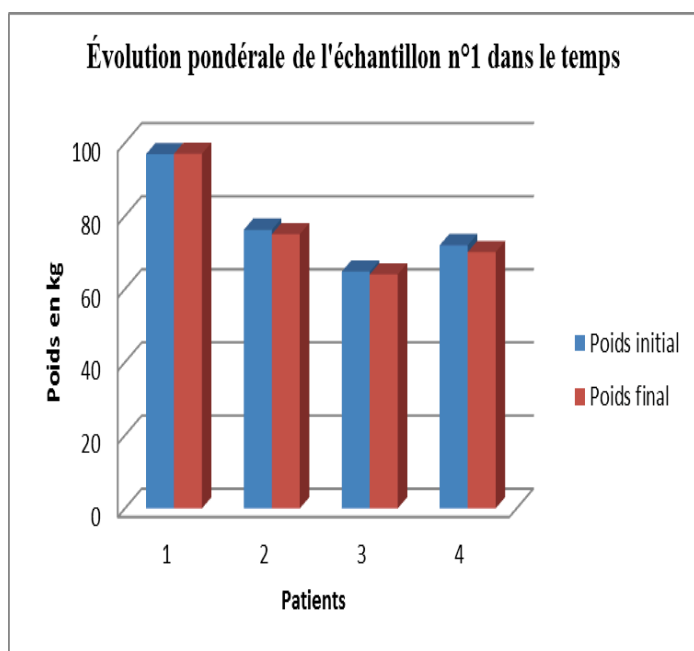
Ces résultats s'appuient sur la comparaison des résultats entre les deux échantillons.

À cela s'ajoute une analyse clinique des trois patients ayant suivi les ateliers sensoriels.

C. Analyse des résultats

Notre population ne se composant que de sept patients, les données statistiques quantitatives ne sont pas significatives. Nous avons donc choisi d'orienter principalement notre méthodologie d'analyse vers une démarche qualitative. Nous avons donc recherché une augmentation clinique des interactions sociales entre les patients au moment des repas, une diminution des troubles de la déglutition et une amélioration du négativisme du patient face à la régression des prises alimentaires grâce à des ateliers sensoriels centrés autour du thème de l'alimentation.

1. Évolution du poids des patients au cours de l'étude



Nous avons comparé le poids des patients de chaque échantillon au début et à la fin de l'étude.

Il a ainsi pu être observé une légère augmentation du poids de l'échantillon n°2 (833 g en moyenne) alors qu'à l'inverse, une faible diminution du poids des patients de l'échantillon n°1 a été relevée (- 962 g).

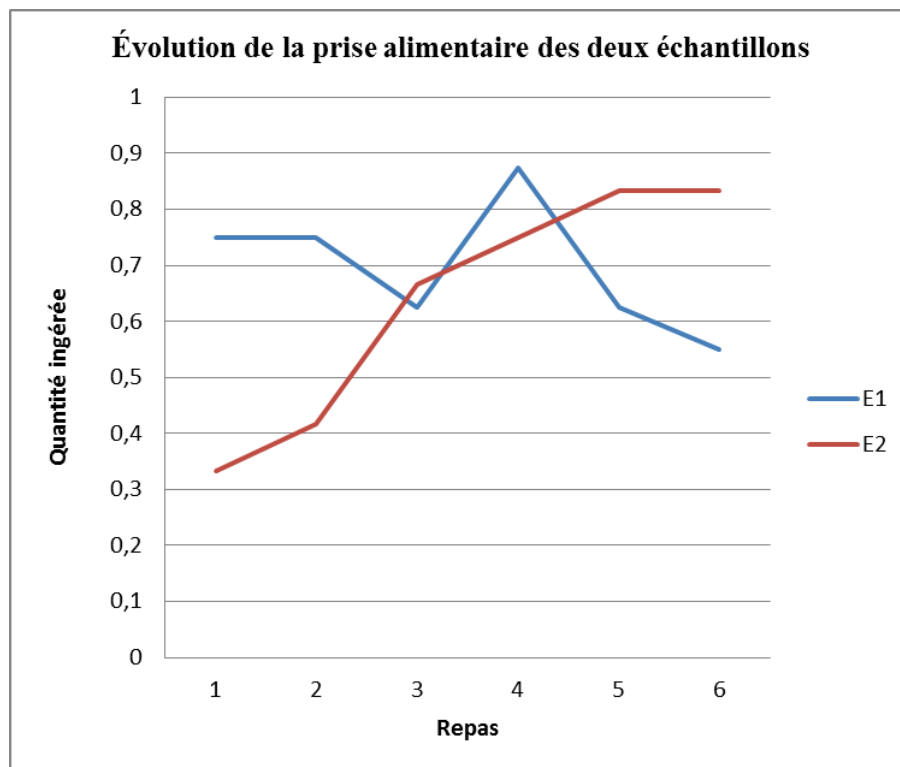
Ces résultats semblent donc prouver l'effet bénéfique d'une prise en charge sensorielle. Toutefois, les poids des patients étant soumis à des facteurs environnementaux, les éléments

contingents tels que l'état thymique, les pathologies associées ou le fait d'événements extérieurs nous obligent à nuancer ces conclusions.

2. Observation des repas

Pour chaque patient, une observation complète de 6 repas a été réalisée. Nous avons noté la quantité de nourriture ingérée selon une grille fournie par la diététicienne de l'hôpital Charles Foix (annexe E), ainsi que la présence, ou non, de fausse route lors de la prise alimentaire.

a. Évolution des quantités ingérées lors des repas au cours de l'étude



Au fil des ateliers, les patients ont montré un intérêt grandissant pour goûter les aliments proposés et ont exprimé, de plus en plus, une sensation de faim en sortant des séances. La courbe de l'échantillon n°1 montre une grande instabilité. On note qu'entre le premier et le dernier repas, la prise alimentaire a diminué. La courbe de l'échantillon n°2 indique que les quantités ingérées n'ont fait qu'augmenter au cours de l'étude. Entre le premier et le dernier repas, les quantités ont plus que doublé.

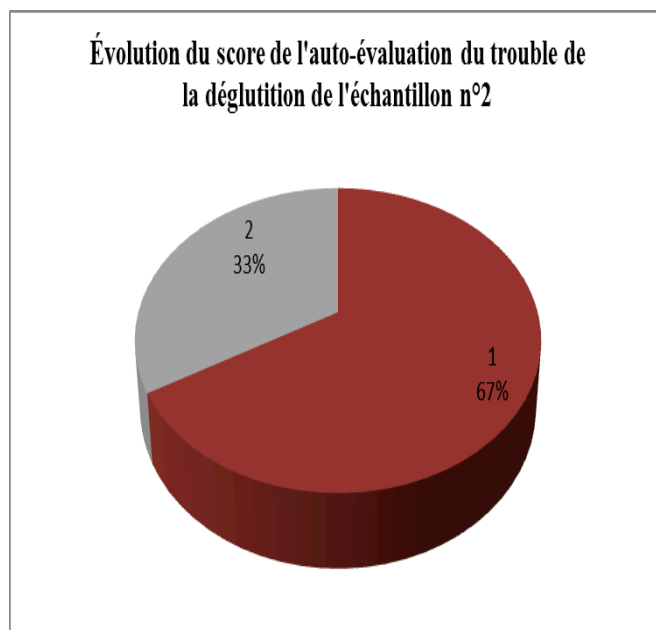
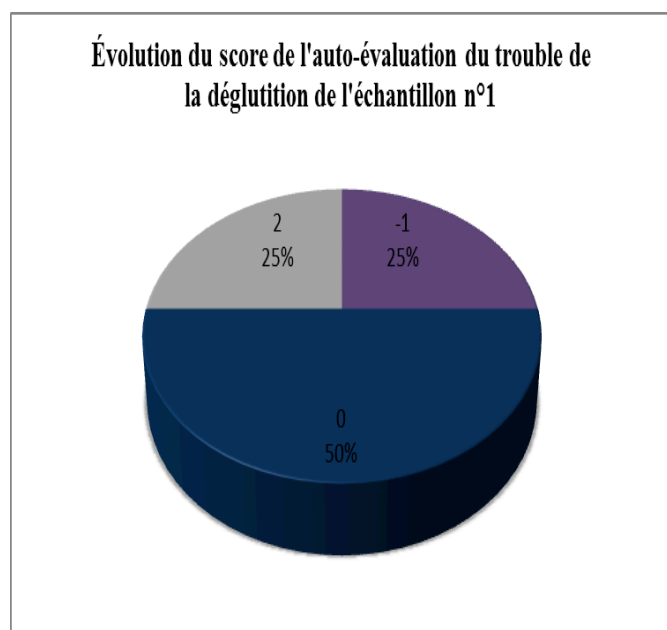
b. Observation des fausses routes (annexe I)

Lors de ces observations de repas, nous avons comptabilisé les fausses routes des patients des deux échantillons, mais nous n'avons pas estimé utile de représenter ces résultats de façon graphique puisque les fausses routes n'ont été influencées, ni par la rééducation, ni par les ateliers. En effet, les patients de deux échantillons n'ont présenté ni plus, ni moins de fausses routes au cours de l'étude.

3. Évolution du ressenti des patients quant à leur déglutition

Pour rappel, à l'issue du bilan orthophonique initial, une note évaluative a été donnée à chaque patient : pour chaque ressenti positif, nous attribuons un point. Nous avons utilisé la même méthode, avec le même questionnaire, lors du bilan final. Ainsi, la note maximale qu'un patient pouvait obtenir était 9/9.

Pour les résultats, nous avons retranché la note du bilan initial à celle de bilan final afin d'analyser les évolutions du ressenti par rapport aux troubles.



L'objectif a été d'observer si, à la suite de séances de rééducation orthophonique, ainsi qu'à leur participation aux 10 ateliers, les patients amélioreraient leur ressenti face à leurs troubles de la nutrition.

À la lecture du graphique 1, on peut constater que les patients de l'échantillon n°1 présentent majoritairement une stagnation de leur score (50 %). Un quart des patients a vu son score baisser d'un point ; un autre quart des patients a vu son score augmenter de deux points. Nous pouvons en conclure que la rééducation orthophonique classique a été bénéfique pour un quart de l'échantillon.

D'après le graphique 2, la totalité des patients ayant participé aux ateliers a vu leur score augmenter : la note d'un tiers d'entre eux a augmenté de deux points ; pour le reste des patients, elle a augmenté d'un point.

Ces résultats sont toutefois à nuancer, car une anosognosie très présente chez certains patients engendra évidemment des réponses imprécises ou peu adaptées.

4. Étude de cas des patients de l'échantillon n°2

La pertinence de nos résultats réside, sur le plan qualitatif, en nos observations cliniques régulières de chaque patient au cours des dix ateliers.

Nous avons donc scindé notre grille d'observation en deux parties :

- une partie concernant les interactions sociales : leur présence, leur fréquence et leur particularité. Un score sur 6 points a été attribué à chaque atelier et à chaque patient, notation qui nous a permis d'observer l'évolution de ces interactions au fil du temps.

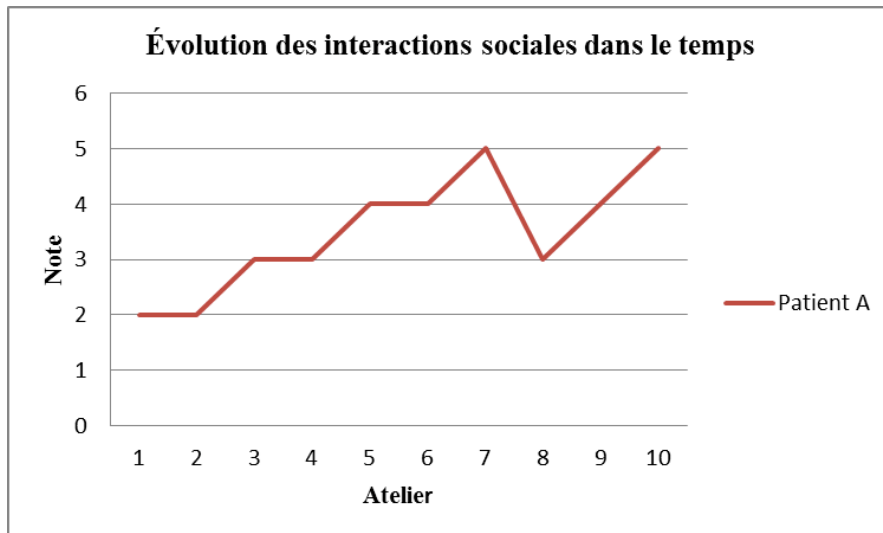
- une partie concernant le versant sensoriel : le plaisir de goûter, sentir et toucher les aliments, la sensation de faim ainsi que des demandes concernant l'alimentation. Comme pour les interactions sociales, un score sur 6 points également a été attribué à chaque atelier et à chaque patient, notation qui a permis d'observer chronologiquement ces évolutions.

a. Patient A

M^{me} C., âgée de 78 ans, présentait au début de l'étude un score de 21/30 au MMS. Souffrant de troubles de la déglutition et de dénutrition, cette patiente s'est tout de suite montrée intéressée par notre étude. Sa prise en charge a été facilitée par l'absence d'anosognosie. Étant la seule patiente consciente de ses troubles, ses réponses lors des bilans ont concordé avec nos observations cliniques.

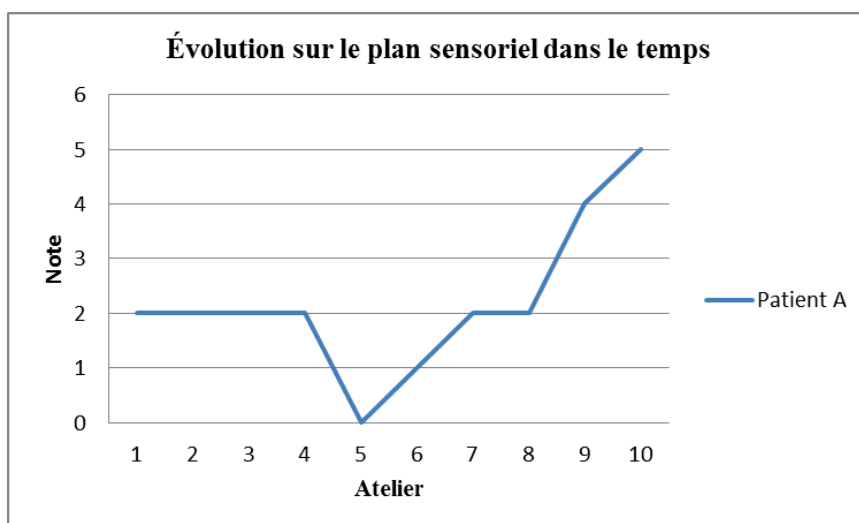
Interactions sociales

Au début des ateliers, M^{me} C. connaissait les autres participantes ; elle était d'emblée très investie et cordiale. À chaque séance, elle saluait nommément chaque personne présente. Toutefois, bien que ses propos aient été adaptés, ils n'étaient jamais spontanés et nous devions toujours initier l'échange.



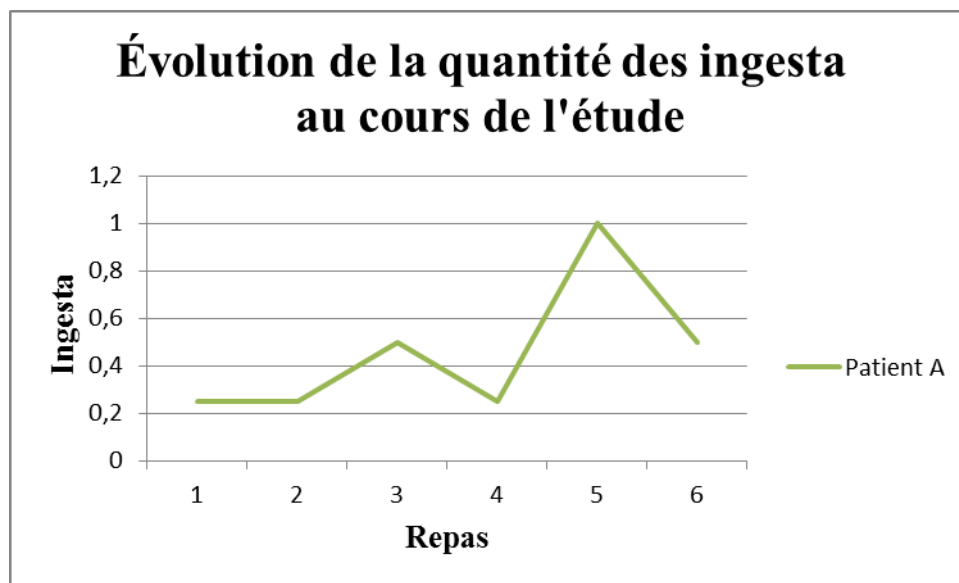
L'évolution constatée réside principalement en l'initiation des échanges. Au fil des séances, M^{me} C. s'est affirmée au sein du groupe. Ses commentaires et prises de paroles spontanés ont été de plus en plus nombreux : « Qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui ? », « Vous n'avez pas l'air dans votre assiette ! ». La dernière séance fut riche en interactions entre elle et les autres patientes, séance durant laquelle elle a pu exprimer sa peine quant à l'arrêt des ateliers : « Je ne veux pas que ça s'arrête, c'est dommage. Je suis triste ».

Versant sensoriel



M^{me} C. présentait un grand nombre d'aversions alimentaires, allant parfois jusqu'au dégoût, aversions qui ont rendu les stimulations olfactives et gustatives difficiles. Cela s'est évalué par un score de 0 à l'atelier 5 (« les fromages ») dans lequel elle a exprimé une forte opposition à toutes stimulations sensorielles. *A contrario*, lorsqu'elle appréciait le thème de l'atelier, M^{me} C. prenait plaisir à goûter et sentir les aliments et en demandait de nouveau. Par exemple, les derniers ateliers (« agrumes » et « fruits d'été ») ont été particulièrement appréciés par la patiente.

Ainsi, au terme de ces deux ateliers, M^{me} C a spontanément exprimé une sensation de faim. Nous avons en effet pu observer une corrélation entre cette sensation et les quantités ingérées lors des repas qui suivaient.



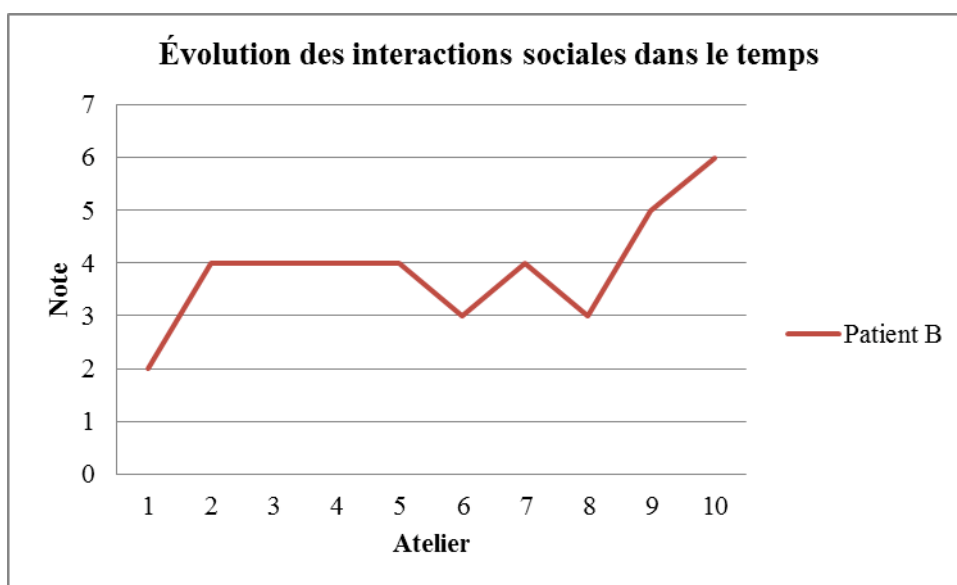
b. Patient B

M^{me} F, âgée de 84 ans, présentait au début de l'étude un score de 17/30 au MMS. Cette patiente souffrait d'importants troubles de la mémoire et de l'orientation spatio-temporelle, troubles aggravés par la présence récurrente d'une grande angoisse. Ces difficultés ont fortement perturbé ses rapports avec les autres membres de l'atelier au début de sa prise en charge.

Nous avons été particulièrement attentives aux troubles de la déglutition de cette patiente qui souffrait de fausses routes fréquentes, principalement aux liquides.

Interactions sociales

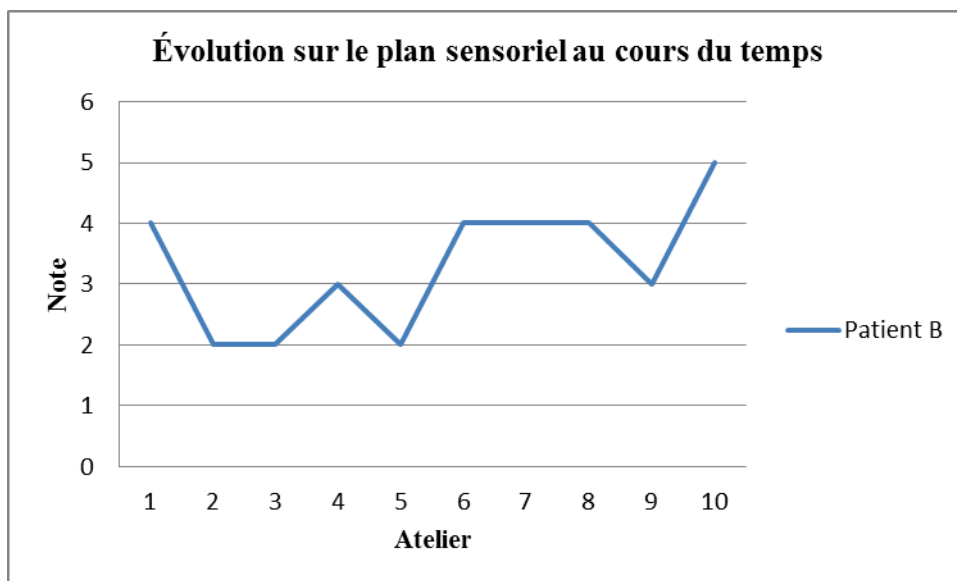
M^{me} F. a présenté l'évolution la plus prégnante sur le plan des interactions sociales : son score a augmenté de quatre points. En effet, lors des premiers ateliers, elle n'adressait la parole à personne et répondait laconiquement aux questions qui lui étaient posées. Elle saluait d'un bonjour général et succinct et n'interagissait pas avec les autres membres du groupe durant les ateliers. En raison de sa démence, M^{me} F. ne retenait pas le nom des autres participants ni la raison de notre présence avec elle ; nous étions attentives à la lui expliquer à chaque séance. Aussi, elle ne montrait pas un intérêt particulier pour ces ateliers.



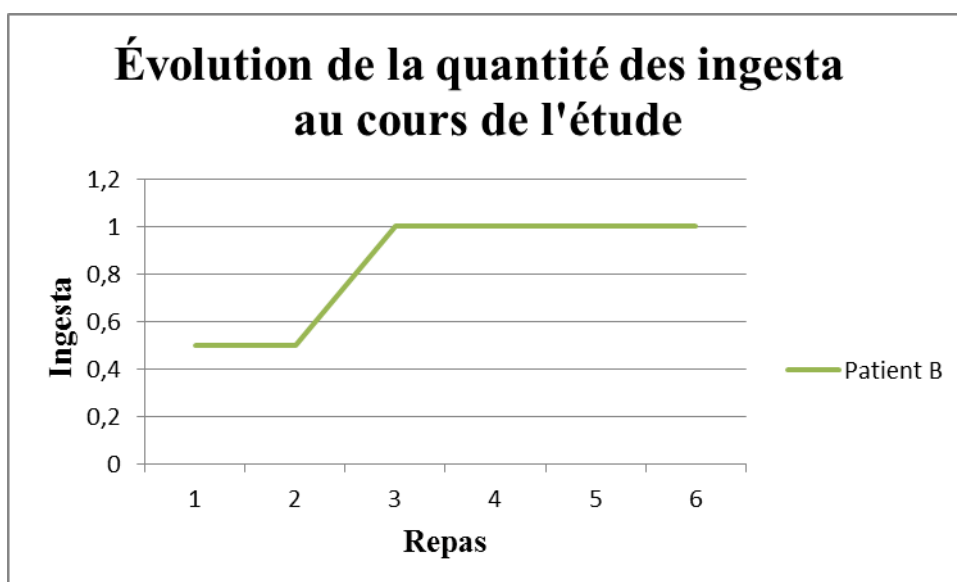
Sur le plan langagier, M^{me} F. s'est pourtant montrée de plus en plus impliquée dans les échanges et nous avons constaté l'émergence de propos spontanés (commentaires sur les odeurs « Le citron sent plus fort » et sur les goûts « Je n'aime pas, c'est trop salé »). Sur le plan thymique, un net changement s'est opéré : le cadre rassurant du groupe (fréquence, ritualisation, explications nombreuses et détaillées) a permis à la patiente d'investir positivement ces ateliers. Elle s'est mise à sourire, à chanter spontanément et à rire, même !

Le neuvième atelier a été très enrichissant pour M^{me} F. : dès son arrivée, elle a regardé sa voisine et a dit spontanément « Bonjour Annie ! » (alors qu'elle était incapable de retenir les prénoms). Lors du dernier atelier, elle a exprimé pour la première fois de façon verbale un intérêt pour les ateliers futurs : « Vous revenez quand ? », « On fera quoi la prochaine fois ? », malgré nos précisions sur la fin de notre intervention avec elle.

Versant sensoriel



M^{me} F. s'étant toujours montrée coopérante durant les stimulations sensorielles, l'évolution n'a été que très légère. Elle n'a jamais montré de dégoût ou d'aversion particulière et a eu un appétit régulier pendant toute la prise en charge : « Je n'ai jamais vraiment senti ma faim, mais j'ai toujours bien mangé », nous répétait-elle à chaque fin de séance. Cette affirmation coïncide avec nos observations : les quantités ingérées sont restées stables et satisfaisantes au cours de l'étude. Cela n'a pas influencé l'évolution de son poids.

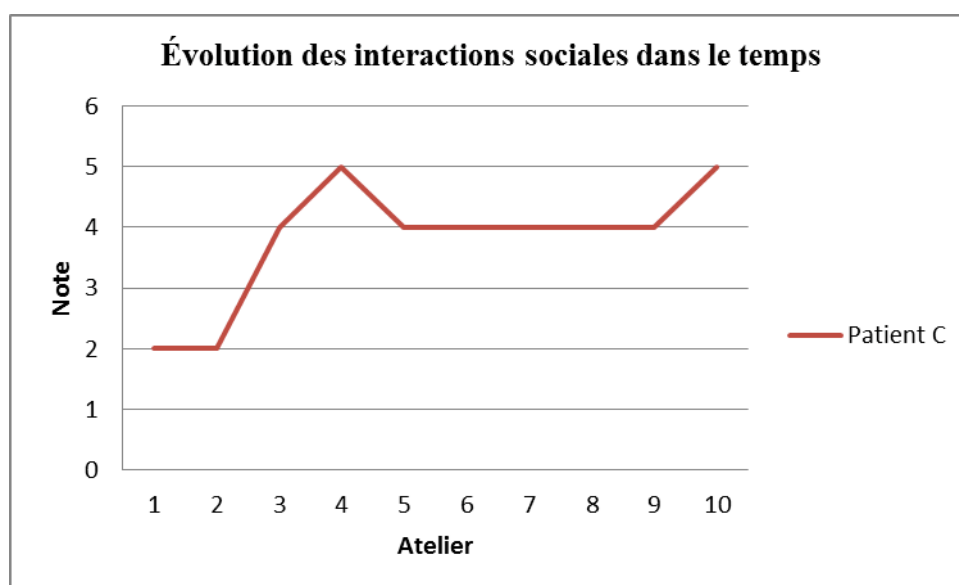


c. Patient C

M^{me} R., âgée de 92 ans, présentait au début de l'étude un score de 14/30 au MMS. Cette patiente souffrait d'une démence à un stade très avancé et ses propos étaient souvent inadaptés. Malgré cela, elle s'est toujours beaucoup investie dans les ateliers.

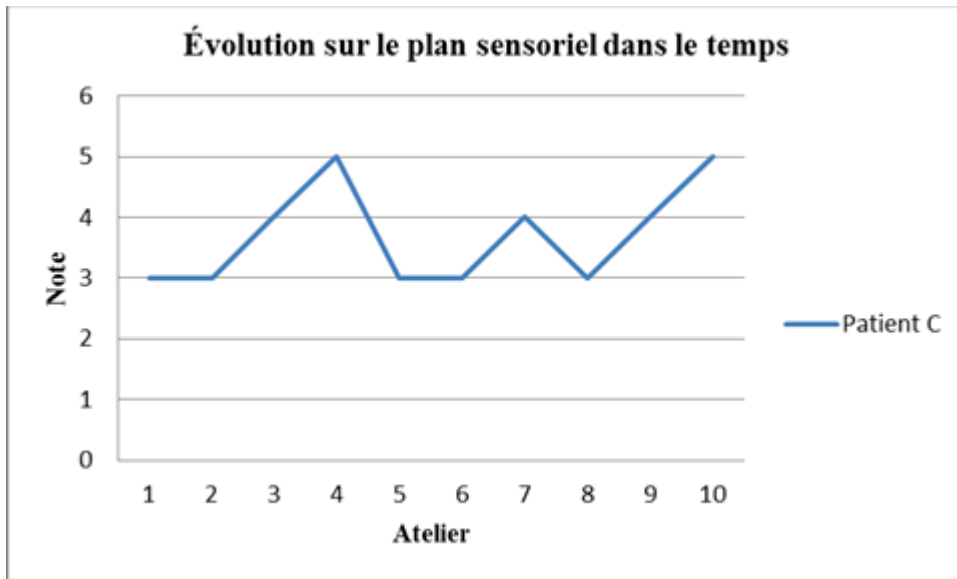
Interactions sociales

Au-delà de ces grandes difficultés pragmatiques, M^{me} R. a été d'emblée un élément moteur dans les échanges. Dès le début des ateliers, elle a manifesté un net intérêt pour les autres participantes (« Vous avez une très belle robe aujourd'hui ! » adressé à une patiente) et pour l'atelier en lui-même.



L'évolution constatée concerne principalement ses interventions : ses propos ont été de plus en plus longs, adaptés (avec étayage) et adressés aux autres membres du groupe.

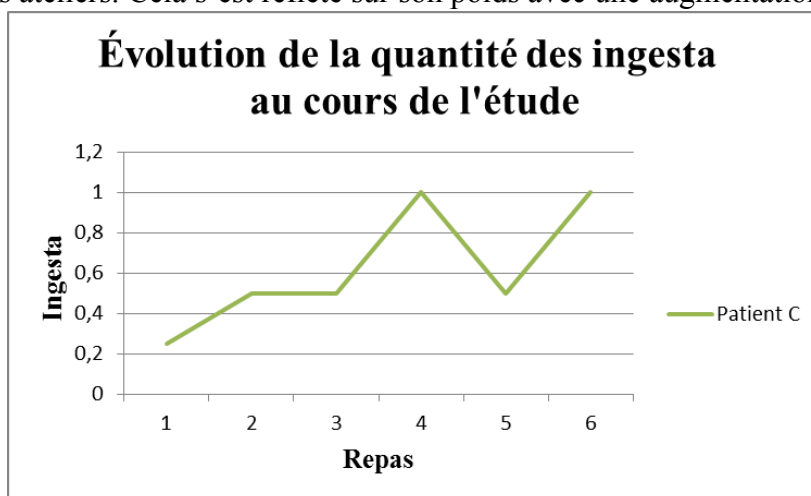
Versant sensoriel



Dès le début des observations, M^{me} R. présentait une appétence aux stimulations sensorielles ; elle était heureuse de toucher, goûter et sentir les aliments proposés.

La stimulation sensorielle a été très bénéfique pour cette patiente. En effet, il s'est avéré qu'au cours des séances, le contact avec les différents aliments a constitué un support d'évocation de plus en plus riche : nous avons constaté une progression de la dénomination et une verbalisation de ses souvenirs (« Ça sent le terroir », « Ça me rappelle le jardin de ma grand-mère »). M^{me} R. a été la seule patiente à avoir pris l'initiative de goûter et de sentir les aliments ; lors des derniers ateliers, elle s'est emparée des aliments afin de les manipuler par elle-même.

Par ailleurs, M^{me} R. a rapidement exprimé une sensation de faim qui s'est avérée lors de l'observation des repas : dès la moitié de l'étude, les quantités ingérées ont augmenté et ce jusqu'à la fin des ateliers. Cela s'est reflété sur son poids avec une augmentation d'1,6kg.



d. Questionnaire final (annexe J)

Une auto-évaluation composée de questions sur le ressenti de leur alimentation suite aux séances d'ateliers a été proposée à l'échantillon 2. Chaque patiente a assuré avoir pris plaisir aux stimulations sensorielles ainsi qu'au développement des relations sociales avec ses voisins de table lors des repas, stimulation dont la conversation fut le principal vecteur.

Deux patientes sur trois ont affirmé que leur appétit avait augmenté, ainsi que leur plaisir de manger durant la prise alimentaire. De plus, en comparant les poids et les quantités ingérées lors de l'observation des repas, nous avons constaté que le jugement des patientes sur leur appétit était fondé. Cette corrélation entre expression d'une sensation de faim et quantités ingérées s'est traduite par une augmentation du poids.

DISCUSSION DES RÉSULTATS ET LIMITES DE L'ÉTUDE

I - Synthèse des résultats

Hypothèse 1 : En institution gériatrique, les ateliers sensoriels permettent d'atténuer les troubles de la déglutition.

Aucune amélioration concernant les fausses routes n'a été observée au sein des deux échantillons. Les stimulations sensorielles n'ont pas influencé davantage les troubles de la déglutition que la rééducation orthophonique isolée.

Nous ne validons pas l'hypothèse 1.

Hypothèse 2 : Les ateliers sensoriels permettent de stimuler l'appétit avant le repas et donc de lutter contre la dénutrition.

Concernant l'évaluation des ateliers sensoriels, la majorité des patients de l'échantillon n°2 ont signifié leur appétit avait augmenté.

De même, l'observation des repas a permis de constater que les quantités ingérées augmentaient au fil du temps pour l'échantillon n°2. Cela se confirme au vu de l'augmentation pondérale de l'échantillon n°2 qui tend à prouver les bénéfices des ateliers sensoriels.

Nous validons l'hypothèse 2.

Hypothèse 3 : Les ateliers sensoriels permettent de diminuer le ressenti négatif du patient au moment du repas.

D'une part, en raison de groupes comparatifs insuffisants qui ne montrent pas une prégnance dans les résultats. D'autre part, l'anosognosie des patients rend difficile l'interprétation des résultats.

L'hypothèse 3 ne peut être validée, ni infirmée. Cependant, la validation de l'hypothèse 2 tend à supposer une diminution du négativisme des patients ayant participé aux ateliers.

Hypothèse 4 : Les ateliers sensoriels permettent d'augmenter les interactions sociales entre les patients au moment du repas.

La nette évolution du nombre et de la qualité des interactions sociales lors des ateliers est constatée. De plus, lors des observations de repas, nous avons remarqué une généralisation de ces interactions entre les patients. *A contrario*, nous n'avons observé aucune différence concernant les interactions sociales de l'échantillon n°1. Nous pouvons donc conclure que les ateliers ont influencé de façon certaine les interactions entre patients, au moment des repas.

Nous validons donc l'hypothèse 4.

Hypothèse 5 : La rééducation des troubles de la déglutition permet au patient de prendre conscience de leur trouble lorsqu'ils en ont une anosognosie.

Six patients sur sept n'étaient pas conscients de leurs troubles en début de prise en charge. Aucun n'en a pris conscience au cours de l'étude, et ce, malgré la rééducation et nos explications répétées.

Nous ne validons pas l'hypothèse 5.

Hypothèse 6 : La stimulation sensorielle est bénéfique sur des patients même très atteints cognitivement.

L'échantillon n°2 présentait deux patients sur trois très atteints cognitivement et dans un état de démence avancé. Pourtant, nous avons obtenu des résultats probants à tous niveaux : langagier, alimentaire et social.

Nous validons l'hypothèse 6.

II. Limites de l'étude

Malgré notre souci de rigueur, notre étude comporte certaines faiblesses.

Par exemple, la fiabilité significative des résultats est fatalement réduite en raison du faible nombre de patients impliqués dans cette étude. Nous aurions souhaité étendre le protocole à une population beaucoup plus importante, mais nous avons rencontré des difficultés pour trouver des patients entrant dans le cadre de cette recherche et cognitivement capables de répondre à nos attentes et questions. La méthodologie utilisée a donc été principalement qualitative.

Lors de nos stages, nous avons constaté les difficultés auxquelles se heurtent les orthophonistes en service de séjour longue durée gériatrique quand ils pratiquent la rééducation de la déglutition. Nous avons tenté, avec les ateliers olfactifs, d'apporter une stimulation qui soutiendrait cette prise en charge : nous avons donc gardé les mêmes conditions et la même population. C'est pourquoi nous avons choisi de ne pas exclure les patients cognitivement affaiblis.

Leur état cognitif (et général) a, d'une part, empêché ces patients de réaliser les exercices en dehors des séances d'orthophonie, et ce malgré nos demandes. D'autre part, l'anosognosie très développée chez certains patients nous a empêchées d'obtenir des réponses intégrales et adaptées aux questions des bilans. Nous nous sommes donc principalement fondées sur nos observations cliniques au cours des bilans et de la prise en charge.

En raison des règles d'hygiène exigées au sein de l'hôpital, nous avons été contraintes d'adapter le contenu de nos ateliers sensoriels aux aliments autorisés à Charles Foix. Nous avons toutefois réussi, malgré ces difficultés, à diversifier les produits et les textures proposés lors des ateliers afin d'obtenir un matériel sensoriel et cognitif significatif.

Les résultats indiquant une augmentation de poids des patients ou les quantités ingérées ont été influencés par de nombreux facteurs tels que l'état du patient, le contexte environnemental, etc., qui ont modifié, selon les moments, leurs valeurs. Ils sont donc à juger avec circonspection.

III. Suites de l'étude

La mise en place d'un travail sensoriel auprès de patients atteints de diverses pathologies neurologiques (traumatismes crâniens, aphasies, AVC, etc.) a été faite depuis de nombreuses années. Nous avons tenté d'apporter une idée nouvelle qui pourrait aider ou renforcer le travail orthophonique dans la prise en charge des troubles de la déglutition en orthophonie.

C'est pourquoi nous avons amorcé une recherche qui associe une stimulation sensorielle au trouble de la déglutition afin d'améliorer les aspects sociaux et hédoniques des repas. Toutefois, notre faible population d'échantillons ne nous permet pas d'extrapoler avec certitude la pertinence de ces résultats. À partir d'une étude plus étendue dans sa chronologie et une population regroupant un plus grand nombre de patients, les données quantitatives pourraient révéler une courbe plus fiable que la nôtre quant à l'efficacité d'une stimulation sensorielle lors d'une prise en charge des troubles de la déglutition.

Cette même étude pourrait également s'appliquer à une pathologie précise associée aux troubles de la déglutition (démence de type Alzheimer, par exemple). En effet, nous avons remarqué que nombre de nos patients ne présentaient pas de troubles isolés de la déglutition, mais souffraient souvent de démence associée. Une nette amélioration a été observée chez ces patients-là.

Nous sommes également arrivées à la conclusion que l'installation de bornes olfactives dans les hôpitaux (notamment à l'hôpital Charles Foix) pourrait permettre une augmentation de l'appétit de nombre des patients et ainsi, une amélioration autant qualitative que quantitative de leurs repas quotidiens.

Une étude, bien plus développée en « espace » (quantité d'échantillons analysés) et « en temps » (étude faite sur une année), quant à l'influence de ces bornes olfactives sur l'évolution des habitudes alimentaires des résidents, pourrait être réalisée. Elle irait évidemment dans le sens de la thématique et de la problématique de notre mémoire : l'amélioration du bien-être des patients âgés résidents en institution.

CONCLUSION

En milieu hospitalier gériatrique, il est difficile d'apporter un bénéfice de prise en charge des troubles de la déglutition par une rééducation orthophonique classique. En effet, l'état global des patients peut freiner la correction de leur dysphagie, même lorsque toutes les adaptations nécessaires ont été envisagées et mises en place. Au terme de notre étude, il nous est devenu évident que l'implication de stimulations sensorielles dans le processus alimentaire accentue l'appétit des patients ainsi que le plaisir qu'ils peuvent éprouver à s'alimenter, même si on ne note pas d'amélioration notable du trouble dysphagique en lui-même. C'est pourquoi, afin qu'une rééducation des troubles de la déglutition en institution gériatrique soit efficace, il nous paraît important d'y introduire des éléments exogènes tels que des stimulations sensorielles, cognitives ou encore un travail commun sur la « re-socialisation » des patients au sein des équipes soignantes.

La notion de convivialité lors des repas ayant tendance à se déliter au sein de ces institutions, pour les raisons que nous avons évoquées, il arrive fréquemment que les patients dysphagiques ne prennent plus aucun plaisir à interagir verbalement ou physiquement avec leurs voisins de table. Ainsi, les moments d'échanges sociaux et conviviaux qui s'associent traditionnellement aux repas perdent, par la présence de ces troubles, leur essence même.

Les ateliers sensoriels travaillés et analysés dans ce mémoire ont prouvé leurs effets positifs et stimulants sur le maintien d'un état physique correct. Grâce au plaisir alimentaire, l'apport nutritif régulier de conserver un poids satisfaisant et l'état de santé générale est ainsi préservé.

Nous sommes ainsi arrivées à la conclusion qu'étendre les ateliers sensoriels dans les services de long séjour avec un partenariat orthophoniste/diététicienne serait bénéfique à la stimulation de l'appétit et les interactions sociales lors des repas

BIBLIOGRAPHIE

Livres et articles

ANDRIEUX, L. (2009). Se nourrir, entre besoin physiologique et fonction symbolique. *Soins aides-soignantes*, 6(29), pp. 8-9.

BEARE, P. G., STANLEY, M. (2005). *Soins infirmiers en gériatrie: vieillissement normal et pathologique*. Bruxelles : De Boeck Supérieur. 507 p.

BIANCHI, A.-J., GUÉPET-SORDET, H., MANCKOUNDIA, P. (2015). Modifications de l'olfaction au cours du vieillissement et de certaines pathologies neurodégénératives : mise au point. *La Revue de Médecine Interne*, 36(1), pp. 31-37.

BLUNDELL, J., FINLAYSON, G. (2008). Le rôle du sucré dans le contrôle de l'appétit. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 43, pp. 2S42-2S46.

BONFILS, P. (2007). Physiologie, exploration et troubles de l'olfaction. *EMC - Oto-rhino-laryngologie*, 2(4), 13 p.

BONNERY, A.-M. (2011). Manger, c'est beaucoup plus que se nourrir. *Soins gérontologie* 16(89), p. 23.

BOURDEL-MARCHASSON, I. ROLLAND, C. JUTAND, M-A. EGEE,
C. BARATCHART, B. BARBERGER-GATEAU, P. (2009). Undernutrition in geriatric institutions in South-West France: policies and risks factors. *Nutrition* 25(2), pp. 155-164.

BRIN, F., COURRIER, C., LEDERLÉ, E., MASY, V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues (62330), France : Ortho Edition, impr. 2011. 303 p.

BRONDEL, L., JACQUIN, A., MEILLON, S., PÉNICAUD, L. (2013). Le goût : physiologie, rôles et dysfonctionnements. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 27(3), pp. 123-133.

- CAPET, C., DELAUNAY, O., IDRISSE, F., LANDRIN, I., KADRI, N. (2008). Troubles de la déglutition : de l'état buccodentaire à la fausse route - Troubles de la déglutition de la personne âgée : bien connaître les facteurs de risque pour une prise en charge précoce. *Neurologie- Psychiatrie-Gériatrie*, 7(40), pp. 15-23.
- COISNE, S., ETIEN, S. (2010). Dossier : Pourquoi nous aimons manger, la nouvelle physiologie du goût ; de la langue au cerveau, *La Recherche*, 443, pp. 48-51.
- COISNE, S., HEIMBURGER, F. (2010). Dossier : pourquoi nous aimons manger, la nouvelle physiologie du goût : retrouver les saveurs. *La Recherche*, 443, pp. 62-63.
- COISNE, S., AHMED, S. (2010). Dossier : pourquoi nous aimons manger, la nouvelle physiologie du goût ; tous dépendants au sucre ?, *La Recherche*, 443, pp.70-73.
- COQUET, F. (2000). Essai de modélisation de la démarche de bilan orthophonique. *Glossa*, 74, pp. 38-42.
- CREVIER-BUCHMAN, L. (2007). Physiologie de la déglutition normale. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale EMC, Elsevier SAS, Paris*, (ORL 20-801-A-10), 13, pp. 1-9.
- CRUNELLE, D. A., CRUNELLE, J.-P. A., Syndicat national des masseurs, kinésithérapeutes Fédération nationale des orthophonistes et Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs. (2010). *Les troubles d'alimentation et de déglutition*. Ortho édition.
- DERRIEN, É. (2011). Manger, de la convivialité et du plaisir avant toute chose. *Pratiques en nutrition*, 7(25), p. 7.
- DESSPORT, J.-C., JÉSUS, P., FAYEMENDY, P., DE ROUVRAY, C., SALLE, J.-Y. (2011). Évaluation et prise en charge des troubles de la déglutition. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 25(4), pp. 247-254.

FINIELS, H., FINIELS, P., JACQUOT, J.-M., STRUBEL, D., SAEZ, V., LAPIERRE, M. (1999). Troubles de la déglutition en institution gériatrique. In *Les troubles de la déglutition. Problèmes en médecine de rééducation*, Paris : Masson, pp. 103-107.

FINIELS, H., STRUBEL, D., JACQUOT, J. M., Service de Gériatrie et Prévention du vieillissement. Hôpital Carémeau. (C.H.U.) de Nîmes. FRA. (2001). Les troubles de la déglutition du sujet âgé : Aspects épidémiologiques. *La presse médicale*, 30(33), pp.1623-1634.

FORSTER, A., SAMARAS, N., NOTARIDIS, G., MOREL, P., HUA-STOLZ, J., SAMARAS, D. (2013). Évaluation et dépistage des troubles de la déglutition en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 13(74), pp.107-116.

GUATTERIE, M., LOZANO, V. (1997). Tests de Capacité Fonctionnelle de la Déglutition.

GUIMELCHAIN-BONNET, M., & LEMOINE, F. (2008). Respecter les traditions alimentaires. *L'aide-soignante*, 22(97), p. 18.

Haute Autorité de Santé, (2003). *Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés – Recommandations professionnelles*.

HÉBUTERNE, X., ALIX, E., RAYNAUD-SIMON, A., VELLAS, B. (2009). *Traité de nutrition de la personne âgée : [nourrir L'homme Malade]*. Springer Science & Business Media. 312 p.

HENDERSON, V., COLLIÈRE, M.-F. (1994). *La nature des soins infirmiers*. Éditions du Renouveau pédagogique Incorporated. 235 p.

HOLLEY, A. (1999). *Éloge de l'odorat*. Paris, France : O. Jacob. 273 p.

JACQUOT, J., POUDEIROUX, P., PIAT, C., STRUBEL, D. (2001). Les troubles de la déglutition du sujet âgé. Prise en charge. *La Presse Médicale*, 30(33), pp. 1645-1656.

Le Grand Robert de la langue française, (2010), p. 467.

- LESOURD, B. (2006). La dysphagie des sujets âgés. *Acta Endoscopica*, 36(4), pp. 623-638.
- LESOURD, B., RAYNAUD-SIMON, A., MATHEY, M.-F. (2001.). Comment favoriser la prise alimentaire des sujets âgés. *Nutrition clinique et métabolisme*, 15(3), pp. 177-188.
- MATHEY, M.-F., LESOURD, B. (2003). Comportement alimentaire du sujet âgé. *Endocrinologie-nutrition*, pp. 10-38.
- MCFARLAND, D. H., NETTER, F. H. (2009). *L'anatomie en orthophonie: parole, déglutition et audition*. Paris, France : Elsevier Masson. 280 p.
- PATRY, C., RAYNAUD-SIMON, A. (2011). Prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées : quoi de neuf depuis les recommandations de l'HAS en 2007 ? *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 11(63), pp. 95-100.
- PEPERSACK, T. (2004). L'altération des fonctions sensorielles et de l'appétit est-elle une fatalité chez le sujet âgé ? *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 18(4), pp. 189-197.
- POUDEROUX, P., JACQUOT, J.-M., ROYER, E., FINIELS, H. (2001, Novembre). Les troubles de la déglutition du sujet âgé, Procédés d'évaluation. *La Presse Médicale*, 33, pp. 1635-1644.
- PUISIEUX, F., D'ANDREA, C., BACONNIER, P., BUI-DINH, D., CASTAINGS-PELET, S., CRESTANI, B., ... WEIL-ENGERER, S. (2009). Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. *Revue des maladies respiratoires*, 26(6), pp. 587-605.
- RADOI, L., FOLLIGUET, M., PESSET, J.-J. (2009) Pathologies bucco-dentaires et santé générale chez le sujet âgé. *Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 16(160), pp. 522-527.
- RAME, A. (2001). Le soin de bouche non médicamenteux. *L'aide-soignante*, 30, pp. 21-22.

- RAYNAUD-SIMON, A. (2009). Comment dépister la dénutrition chez la personne âgée ? *Médecine des maladies métaboliques* 3(4), pp. 365-369.
- RHALIMI, M., MANGEREL, K. (2014). Analyse du risque de fausses-routes en gériatrie : Méthode REMED. *Pharmactuel*, 46(1).
- ROUSSEAU, T., (GATIGNOL, P., TOPOUZKHANIAN, S. (Éd.). (2013). *Les approches thérapeutiques en orthophonie*. Isbergues, France: Ortho édition. 286 p.
- ROUX-GIROD, M. (2012). Troubles de déglutition dans la maladie d'Alzheimer. *La lettre de psychogériatrie* 2(49).
- RUGLIO, V. (2012). *Vivre au quotidien avec des troubles de la déglutition: un guide pratique pour la personne âgée et son entourage*. Marseille, France : Solal. 61 p.
- RUGLIO, V. (2013). La prise en charge orthophonique et pluriprofessionnelle des troubles de la déglutition chez le sujet âgé. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie* 20(193).
- SCHAAL, B., Ferdenzi, C., Wathélet, O. (Éd.). (2013). *Odeurs et émotions: le nez a ses raisons...* Dijon, France : Éd. universitaires de Dijon. 421 p.
- SCHOEVAERDT, D., DESUTER, G., VAN DER VORST, S. (2013). La dysphagie et les troubles de la déglutition chez la personne âgée. *Revue de gériatrie*, 26, (6), pp. 273-281.
- SCHWEIZER, V. (2010). Troubles de la déglutition de la personne âgée. *Revue Médicale Suisse*, 6 (265), pp.1859-1862.
- SERRATRICE, J., SERRATRICE, G. (2013). Olfaction et gustation. *EMC - Neurologie*, 10(1), 11 p.
- THEBALA, M. (2001). Manger pour vivre. *Revue du soignant en gériatrie*, 1, 3 p.

TRATE, D. M., PARKMAN, H. P., FISHER, R. S. (1996). DYSPHAGIA. *Primary Care : Clinics in Office Practice*, 23(3), pp. 417-432.

WOISARD, V., PUECH, M. (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte: le point sur la prise en charge fonctionnelle*. Marseille, France: Solal. 475 p.

Sites internet

Direction générale de l'alimentation et Direction générale de la cohésion sociale (2014). Recueil d'action pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées. En ligne : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-3.pdf

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. (2012). Fourchettes & Baskets. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/OIES/fourchettes_baskets/pdf/FI_01.pdf

Légifrance, article L504-1 du Code de la Santé Publique, relatif à la profession d'orthophoniste : <http://www.legifrance.gouv.fr/> :

ANNEXES :

Annexe A : Présentation de la population d'étude

Patient	Âge	MMS	Texture	Boisson
Patient 1	82 ans	8/30	normale	Eau pétillante + plate
Patient 2	89 ans	14/30	normale	Eau plate
Patient 3	80 ans	19/30	mouliné	Eau plate
Patient 4	90 ans	14/30	mouliné	Eau plate
Patient 5	78 ans	21/30	mouliné	Eau pétillante
Patient 6	84 ans	17/30	mouliné	Eau gélifiée
Patient 7	92 ans	8/30	mouliné	Eau plate + pétillante

Annexe B : Exemple du bilan orthophonique initial (M^{me} F.)

1. Données générales

Nom : F. Prénom : T. Taille : 1 m 67 Poids : 47,8 kg

Date de naissance : 06.02.1931

2. Antécédents médicaux :

Troubles cognitifs d'aggravation progressive dans le cadre d'une démence de type Alzheimer en stade avancé. Troubles anxieux importants.

Troubles de la déglutition : fausses routes aux liquides (régime eau gélifiée)

3. Traitements :

En cours : traitement médicamenteux dans le cadre de la DTA + anxiété et sommeil

4. Facteurs de risque :

Tabac : non

Alcool : non

5. Histoire de la maladie :

Plainte : Aucune plainte > anosognosie massive

Ancienneté du trouble : environ 2 ans

Mode d'apparition : brutal / **progressif**

Caractère : **permanent**/intermittent

Gêne stabilisée/ gêne progressive

Textures alimentaires responsables des symptômes : **liquides**/solides//salive

Sévérité du trouble : ++

Possibilité d'évolution dans le temps : non

6. Évaluation des fonctions supérieures :

Score MMS : 17/30

7. Évaluation du ressenti du patient quant aux repas :

- a. Avez-vous faim au moment des repas ? « non, je n'ai jamais faim »
- b. Avez-vous peur de manger ? « non »
- c. Avez-vous des difficultés pour avaler ? « non, aucune »
 - c1) Quand vous mangez ? « non »
 - c2) Quand vous buvez ? « non » Observation : anosognosie ++
- d. Vous arrive-t-il de tousser ? « oui »
 - d1) Souvent ? « non, de temps en temps » Observation : tousse souvent et très encombrée
 - d2) À quels moments ? ne répond pas
 - d3) Sur quels aliments ? Boissons ? ne sait pas
- e. Avez-vous des difficultés pour mastiquer ? « non »
- f. Avez-vous l'impression que des aliments restent bloqués ? « non »
 - f1) À quel niveau ? ---
- g. Avez-vous des douleurs quand vous avalez ? « non »
 - g1) À quel niveau ? ---
 - g2) Pour quels aliments ? ---
- h. Avez-vous l'impression d'avoir la bouche sèche ou au contraire, trop de salive ?
« non, ni l'un ni l'autre »

8. Évaluation des goûts culinaires ?

- a. Aimez-vous cuisiner ? « non »
- b. Aimez-vous aller au restaurant ? Uniquement français ou cuisine du monde ? « oui mais je n'y allais pas souvent »
- c. Aimez-vous manger épicé ? « non, j'aime la cuisine uniquement française »
- d. Est-ce qu'une odeur particulière peut vous couper l'appétit ? « non »
- e. Un aliment particulier peut-il vous couper l'appétit ? « non »
- f. Est-ce qu'une odeur particulière peut attiser votre appétit ? « non »

g. Un aliment particulier peut-il attiser votre appétit ? « non »

h. Où faites-vous vos courses ?

h1) Au marché

h2) **Dans une grande surface**

h3) Potager

9. Évaluation des praxies

Mâchoire : ouvrir/fermer la bouche **OK**

Lèvres : étirer/avancer les lèvres [i]/[y] **OK**

imiter le geste « chut » **OK**

Joues : gonfler les joues **OK**

Langue : tirer/reculer la langue **OK**

mettre la langue à la commissure droite puis à la commissure gauche **OK**

claquer la langue au palais **OK**

[kra] [kro] [kry] [kru] **faible**

Voile du palais : alterner des voyelles orales et nasales [a]/[ã] [o]/[õ] **OK**

Larynx : alterner des voyelles graves et aiguës **difficile, larynx peu mobile**

10. Évaluation des mécanismes volontaires de protection des voies aériennes supérieures et d'expulsion

Toux volontaire : **OK, mais entraîne une quinte de toux très forte et grasse**

Hemmage : **OK**

11. Évaluation de l'état bucco-dentaire

Présence de mycose **non**

Présence de stases salivaires **oui, stases pharyngée, voix mouillée**

Port de prothèses dentaires **non**

12. Évaluation fonctionnelle de la déglutition

- 6 cuillères de compote **OK**
- 4 cuillères à café d'eau plate fraîche **toux ++**
- 4 cuillères à café d'eau pétillante fraîche **toux**
- Un verre d'eau plate à température ambiante **non testé**
- 4 bouchées de pain de mie **OK**

13. Évaluation de l'odorat

Cannelle : identification/reconnaissance **Aucun**

Banane : identification/**reconnaissance**

Vinaigre : identification/**reconnaissance**

Menthe : identification/**reconnaissance**

14. Évaluation du goût

Café : identification/reconnaissance **Aucun**

Sucre : **identification**/reconnaissance

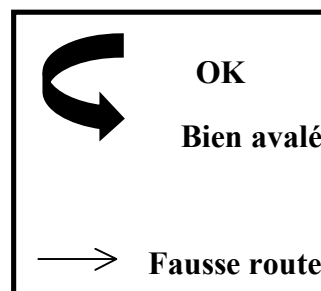
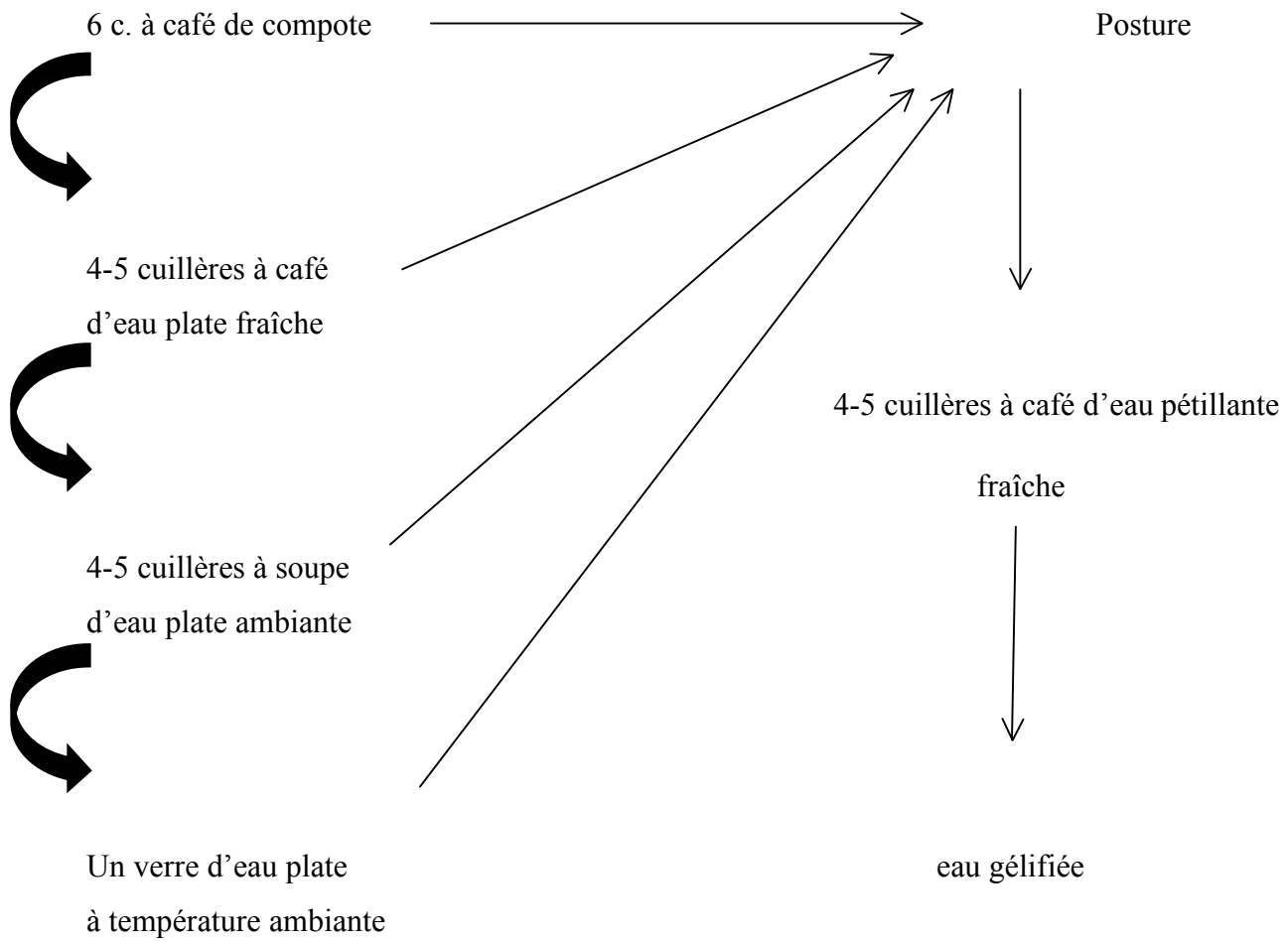
Sel : identification/**reconnaissance**

Jus de citron : identification/reconnaissance **Aucun**

Annexe C : Évaluation du goût et de l'odorat



Annexe D : Évaluation fonctionnelle de la déglutition



Annexe E : Exemple de fiche d'observation du déjeuner (M^{me} C.)



GHU
Pitié Salpêtrière-C. Foix

DEPISTAGE DE LA DENUTRITION ET SUIVI NUTRITIONNEL

Surveillance alimentaire sur 3 jours
Salle : Salle à manger

A FAXER REMPLI AU 4618

Etiquette patient

Mme C.

METTRE UNE CROIX DANS LA CASE CORRESPONDANT A LA QUANTITE CONSOMMEE :

DATE NOM et SIGNATURE de l'agent		29.03.15 Anne											
CONSOMMATION		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		Rien	1/4	1/2	Tout	Rien	1/4	1/2	Tout	Rien	1/4	1/2	Tout
Petit Déjeuner	CAFE ou THE												
	CHOCOLAT EN POUDRE												
	LAIT												
	LAITAGE												
	SUCRE												
	Pain divers, biscottes, bouillie												
	BEURRE ou MARGARINE												
	CONFITURE ou MIEL												
	BOISSON :												
	Supplément :												
Collation :													
Déjeuner	ENTREE		X										
	VIANDE POISSON OEUFS	X											
	LEGUMES ou FECULENTS		X										
	FROMAGE ou LAITAGE		X										
	DESSERT			X									
	PAIN ou BISCOTTES		X										
	BOISSON : eau pétillante		X										
Supplément : Rajoute beaucoup de sel Tous après boisson													
16H	BOISSON :												
	GATEAU ou autre												
	Supplément :												
Dîner	ENTREE ou POTAGE												
	POTAGE ENRICHI												
	VIANDE POISSON OEUFS												
	LEGUMES ou FECULENTS												
	FROMAGE ou LAITAGE												
	DESSERT												
	PAIN ou BISCOTTES												
	BOISSON :												
	Supplément :												
Collation :													

Annexe F : Photographie de l'atelier « Petit-déjeuner »



Annexe G : Exemple de fiche d'observation des ateliers sensoriels (M^{me} R.)

Au niveau social

Expression d'un contentement de participer à l'atelier : **OUI** NON

Langage : **X**

Non verbal et thymique : **sourit, enjouée**

Discussion avec les membres du groupe pendant l'atelier : OUI **NON**

Réponse aux questions posées : **OUI** NON Adaptées : OUI **NON**
(vague)

Souvenir de l'atelier précédent : OUI **NON**

Demande concernant l'atelier suivant : OUI **NON**

Parle de façon spontanée : **OUI** NON Propos : « Ça me rappelle le jardin de ma grand-mère »

Au niveau alimentaire

Plaisir à goûter les aliments proposés : **OUI** NON dégoût ? **non**

Plaisir à sentir les aliments proposés : **OUI** NON

Plaisir à toucher les aliments proposés : **OUI** NON **manipule d'elle même les aliments proposés. Se frotte les mains avec l'orange.**

En demande à nouveau : **OUI** NON

Présence de fausses routes : OUI **NON**

Expression d'une sensation de faim en sortant de l'atelier : **OUI** NON **En réponse à la question posée « Avez-vous faim ? »**

Annexe H : Exemple de bilan orthophonique final (M^{me} F.)

1. Évaluation du ressenti du patient face aux repas :

- a. Avez-vous faim au moment des repas ? « je n'ai jamais eu faim »
- b. Avez-vous peur de manger ? « non »
- c. Avez-vous des difficultés pour avaler ? « non »
 - c1) Quand vous mangez ? « non »
 - c2) Quand vous buvez ? « non »
- d. Vous arrive-t-il de tousser ? « oui depuis longtemps »
 - d1) Souvent ? « une à deux fois par jour. Je tousse. »
 - d2) À quels moments ? ---
 - d3) Sur quels aliments ? ---
- e. Avez-vous des difficultés pour mastiquer ? « non »
- f. Avez-vous l'impression que des aliments restent bloqués ? « non »
 - f1) À quel niveau ? ---
- g. Avez-vous des douleurs quand vous avalez ? « non »
 - g1) À quel niveau ? ---
 - g2) Pour quels aliments ? ---
- h. Avez-vous l'impression d'avoir la bouche sèche ou au contraire, trop de salive ? « non »

2. Évaluation des praxies

Mâchoire : ouvrir/fermer la bouche **OK**

Lèvres : étirer/avancer les lèvres [i]/[y] **OK**

imiter le geste « chut » **OK**

Joues : gonfler les joues **OK**

Langue : tirer/reculer la langue **OK**

mettre la langue à la commissure droite puis à la commissure gauche **OK**

claquer la langue au palais **OK**

[kra] [kro] [kru] **OK**

Voile du palais : alterner des voyelles orales et nasales [a]/[ã] [o]/[õ] **OK**

Larynx : alterner des voyelles graves et aiguës **toujours faible**

3. Évaluation des mécanismes volontaires de protection des voies aériennes supérieures et d'expulsion

Toux volontaire **OK**

Hemmage **OK**

4. Évaluation de l'état bucco-dentaire

Présence de mycose **non**

Présence de stases salivaires **non**

Port de prothèses dentaires **non**

5. Évaluation fonctionnelle de la déglutition

- 6 cuillères de compote **OK**
- 4 cuillères à café d'eau plate fraîche **toux ++**
- 4 cuillères à café d'eau pétillante fraîche **toux**
- Un verre d'eau plate à température ambiante **non testé**
- 4 bouchées de pain de mie **OK**

6. Auto-évaluation de la prise en charge

- Pensez-vous que la rééducation orthophonique vous a été bénéfique ? « je ne tousse pas beaucoup de toute façon »
- Avez-vous le sentiment que votre trouble a diminué ? **ne répond pas**
- Pensez-vous avoir besoin de continuer la rééducation ? « Ce n'est pas inutile »

Annexe I : Tableau des fausses routes

Repas	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6	Patient 7
Repas 1	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Repas 2	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	oui
Repas 3	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	oui
Repas 4	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	oui
Repas 5	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Repas 6	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	oui

Échantillon 1

Échantillon 2

Annexe J : Exemple d'évaluation des ateliers sensoriels (M^{me} F.)

Avez-vous pris plaisir à participer aux ateliers ? « Ça ne me déplaît pas. »

Avez-vous l'impression que votre appétit a augmenté ? « Non, vous savez j'ai toujours bien mangé »

Prenez-vous plaisir à manger depuis que vous participez aux ateliers ? « oui »

Prenez-vous plaisir à discuter avec votre voisin de table au moment des repas? Si oui, plus qu'avant ? « Oui. Être au contact des autres ce n'est pas désagréable. »

APPORTS D'ATELIERS SENSORIELS DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DYSPHAGIE EN INSTITUTION GÉRIATRIQUE

Résumé : Pour un patient âgé souffrant d'un trouble de la déglutition, la perte du plaisir de manger et d'interagir au moment du repas est une souffrance, au même titre que la dysphagie. La mise en place d'ateliers sensoriels abordant le thème de l'alimentation tend à prouver des bénéfices sur différents domaines : les interactions sociales durant les repas, le ressenti général du patient face à l'alimentation ainsi que l'appétit de ce dernier. Pour cela, nous avons comparé deux groupes de patients pris en charge classiquement pour leurs troubles de déglutition ; seul un des groupes a participé aux ateliers. Bien que nous ayons observé un faible impact sur le trouble de la déglutition en lui-même, une amélioration nette de l'appétit et des interactions entre les patients s'est dégagée de cette étude.

Mots-clés : dysphagie, gériatrie, ateliers sensoriels, déglutition, interactions sociales

THE BENEFITS OF SENSORY WORKSHOPS IN THE TREATMENT OF DYSPHAGIA IN GERIATRIC INSTITUTIONS

Abstract : The loss of the eating's pleasure and interact with meals for an old patient with swallowing disorders is suffering as well as dysphagia. For an elderly patient suffering from a swallowing disorder, the loss of pleasure in eating and the loss of interaction during meals are sources of pain, as much as dysphagia. The establishment of sensory workshops about food tend to show increases in various fields : social interactions during meals, the patient's feeling towards food and his appetite. For this, we compared two groups of patients conventionally treated for their swallowing disorders ; only one of the groups participated in the workshops. Although we observed a low impact on the swallowing disorder, a significant improvement in appetite and interactions between patients emerged from this study.

Key-words : dysphagia, geriatrics, sensory workshops, swallowing, social interactions

Nombre de pages rédactionnelle: 53

Nombre de pages annexes : 14

Références bibliographiques : 55