



HAL
open science

**Prise en charge orthophonique et diététique en libéral
des patients dysphagiques ORL : intérêts de la mise en
place d'une consultation commune entre orthophonistes
et diététiciens en libéral dans la réalimentation des
patients dysphagiques ORL**

Amélie Dubail

► **To cite this version:**

Amélie Dubail. Prise en charge orthophonique et diététique en libéral des patients dysphagiques ORL : intérêts de la mise en place d'une consultation commune entre orthophonistes et diététiciens en libéral dans la réalimentation des patients dysphagiques ORL. Médecine humaine et pathologie. 2012. hal-01871619

HAL Id: hal-01871619

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01871619>

Submitted on 11 Sep 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ECOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE

Directeur: Mme le Pr. Parietti

PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE ET DIETETIQUE EN LIBERAL DES PATIENTS
DYSPHAGIQUES ORL

Intérêts de la mise en place d'une consultation commune entre orthophonistes et diététiciens en
libéral dans la réalimentation des patients dysphagiques ORL

Mémoire
présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

par
Amélie Dubail

le
26 juin 2012

JURY

Président: Monsieur R. JANKOWSKI, professeur en médecine

Rapporteur: Mademoiselle A. HENRY, orthophoniste

Assesseurs: Madame M. SIMONIN, orthophoniste

Mademoiselle H. AUBOIN, diététicienne

Remerciements

A Monsieur le professeur Jankowski,

Pour m'avoir fait l'honneur d'être mon président de jury

A Aurélia Henry,

Pour m'avoir guidée et soutenue dans mes réflexions et dans mon travail sur ce projet qui me tenait à cœur.

A Hélène Auboin,

Pour sa disponibilité, son implication dans ce projet et toutes ses remarques qui ont nourri ma réflexion.

A Madame Simonin,

Pour avoir éveillé mon envie de travailler avec les patients en ORL et pour ses précieux conseils

A Madame Lacave,

Pour son écoute et sa gentillesse

To Wendy Schreuder and her family,

Thank you for your warm welcome. Without you, this essay wouldn't exist as it is.

A ma famille et mes amis,

Pour leur soutien sans faille, leur gentillesse et leur patience. Je n'aurais pu rêver mieux que vous pour m'accompagner tout au long de cette année...

« la déglutition symbolise le mouvement de l'existence qui se laisse traverser par les événements et les assimile. »

Maurice Merleau-Ponty
Phénoménologie de la perception

Sommaire

Introduction	9
Chapitre 1 : Assises théoriques	11
1. Rappels anatomiques des structures mises en jeu dans la déglutition	12
1.1. Cavité buccale	
1.1.1. <i>Lèvres</i>	
1.1.2. <i>Dents</i>	
1.1.3. <i>Palais</i>	
1.1.4. <i>Plancher de bouche</i>	
1.1.5. <i>Langue</i>	
1.2. Pharynx	
1.2.1. <i>Rhinopharynx</i>	
1.2.2. <i>Oropharynx</i>	
1.2.3. <i>Hypopharynx</i>	
1.3. Larynx	
1.3.1. <i>Structures cartilagineuses</i>	
1.3.2. <i>Musculature du larynx</i>	
2. Physiologie de la déglutition	18
2.1. Temps oral	
2.1.1. <i>Temps de préparation du bol alimentaire</i>	
2.1.2. <i>Temps oral proprement directement</i>	
2.2. Temps pharyngé	
2.2.1. <i>Transport du bolus</i>	
2.2.2. <i>Protection des voies aériennes</i>	
2.3. Temps œsophagien	
3. Les cancers des voies aéro-digestives supérieures et leurs conséquences sur la déglutition	20
3.1. <i>Étiologie</i>	
3.2. <i>Classification internationale des cancers des voies aéro-digestives supérieures</i>	
3.3. <i>Principales chirurgies</i>	

3.3.1. *Chirurgies de la cavité buccale et de l'oropharynx*

3.3.2. *Laryngectomies partielles*

3.3.2.1. *Laryngectomies partielles horizontales*

3.3.2.2. *Laryngectomies partielles verticales*

3.4. *Traitements complémentaires*

3.4.1. *Radiothérapie*

3.4.2. *Chimiothérapie*

4. L'alimentation du patient

26

4.1. *Troubles alimentaires liés au cancer*

4.1.1. *Dénutrition*

4.1.2. *Cachexie*

4.1.3. *Impact de la dysphagie sur l'alimentation*

4.2. *Complémentation orale*

4.3. *Alimentations artificielles*

4.3.1. *Alimentation entérale*

4.3.1.1. *Sonde naso-gastrique*

4.3.1.2. *Sonde de gastrostomie*

4.3.2. *Alimentation parentérale*

5. La prise en charge orthophonique théorique

29

5.1. *Bilan*

5.1.1. *Anamnèse*

5.1.2. *Examen fonctionnel*

5.1.2.1. *Bilan anatomique et pratique*

5.1.2.2. *Bilan des capacités fonctionnelles*

5.1.2.3. *Essai de déglutition*

5.2. *Prise en charge orthophonique*

5.2.1. *Stratégies d'adaptation*

5.2.2.1. *Adaptations écologiques*

5.2.2.2. *Adaptation des textures et consistances*

5.2.2.3. *Postures de sécurité*

5.2.2.4. *Manœuvres de déglutition*

5.2.2. *La rééducation*

Chapitre 2 : Méthodes et moyens	38
1. But de l'étude et méthodologie	39
1.1. Hypothèses	
1.2. Objectifs de travail	
2. Cheminement	40
2.1. Début du projet	
2.2. Émergence de la problématique	
3. Élaboration du protocole	41
3.1. Questionnaires	
3.1.1. <i>Questionnaire destiné aux patients</i>	
3.1.2. <i>Questionnaires destinés aux professionnels</i>	
3.2. Consultations pilotes	
4. Populations	44
4.1. Patients pour le questionnaire	
4.2. Orthophonistes pour le questionnaire	
4.3. Diététiciens pour le questionnaire	
4.4. Consultation pilote	
Chapitre 3 : Résolution de la problématique	46
1. Analyse des données	47
1.1. Dépouillement des questionnaires	
1.1.1. <i>Questionnaire destiné aux patients</i>	
1.1.2. <i>Questionnaire destiné aux orthophonistes en libéral</i>	
1.1.3. <i>Questionnaire destiné aux diététiciens</i>	
1.2. Consultations pilotes	
1.2.1. <i>Prise de contact avec le patient et ses thérapeutes</i>	
1.2.2. <i>Entretien préalable des professionnels</i>	
1.2.3. <i>Consultation en elle-même</i>	
1.2.4. <i>Avis des professionnels et de la patiente</i>	

2. Synthèse des données et résolution de la problématique **64**

2.1. Synthèse des résultats

2.1.1. *Intérêts*

2.1.1.1. *Efficacité de la prise en charge*

2.1.1.2. *Partages des informations*

2.1.1.3. *Réassurance*

2.1.1.4. *Évolution de la pratique*

2.1.2. *Possibilité de mise en place*

2.1.2.1. *Motivation*

2.1.2.2. *Mise en place pratique*

2.2. Résolution de la problématique

2.2.1. *Mise en relation avec les hypothèses de travail*

2.2.2. *Conclusion de l'étude*

2.3. Discussion

Conclusion **71**

Bibliographie **73**

Annexes **75**

Introduction

Nous déglutissons toutes les quarante secondes, près de mille fois par jour. Ce geste nous paraît banal et anodin voire même trivial... Et pourtant, comme l'apprennent à leurs dépens les personnes souffrant de troubles de la déglutition, ne pas pouvoir déglutir a des conséquences bien plus importantes qu'on ne pourrait l'imaginer.

Dans une culture qui valorise la bonne chère et les contacts sociaux lors des repas, il est difficile pour des personnes ne pouvant plus s'alimenter par la bouche de s'intégrer et de conserver une vie normale.

A cela s'ajoutent pour les patients atteints d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures des problématiques autrement plus difficiles à vivre : diagnostic d'une maladie grave, traitements lourds, chirurgies mutilantes...

Les patients atteints d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures bénéficient généralement d'une évaluation orthophonique de leur fonction de déglutition lors de leur hospitalisation. Cette évaluation sera suivie, si nécessaire, d'une prise en charge rééducative des troubles dysphagiques dont l'objectif est de rétablir chez le patient une déglutition sans danger. Lorsque l'on considère le lien étroit qu'il existe entre la déglutition et l'alimentation, il nous paraît naturel de placer cette démarche rééducative dans le contexte d'une prise en charge multidisciplinaire afin que le patient puisse non seulement résoudre ses problèmes de dysphagie mais aussi ses troubles alimentaires. De fait, la coopération avec les diététiciens nous paraît essentielle pour la réalimentation sereine des patients.

Bien que la nécessité de coopération entre les paramédicaux soit largement admise, la collaboration entre les orthophonistes et les diététiciens est très peu développée dans la littérature. En outre, plusieurs témoignages de professionnels et de patients font état d'un sentiment d'impuissance et d'isolement face à un trouble dysphagique. La rééducation paraît parfois interminable pour les patients mais aussi très angoissante pour les orthophonistes car il s'agit d'une pathologie qui peut entraîner un risque vital pour le patient. D'autant que certains aspects de réalimentation ne font pas partie des compétences des orthophonistes qui sont parfois sollicités pour donner des conseils en-dehors de leur champ de compétence. Cela nous a donc amenée à nous questionner sur la possibilité d'une coopération entre les diététiciens et les orthophonistes et sur le rôle du diététicien auprès des patients atteints d'un cancer de la sphère oto-rhinolaryngologique.

Si les consultations orthophonique et diététique existent dans certains hôpitaux ou centres spécialisés, en dehors de ces cadres particuliers, il n'existe que peu de contacts entre l'orthophoniste

en libéral et le diététicien qui suit le patient à sa sortie de l'hôpital. C'est pourtant dans ces moments, alors que le patient reprend sa vie à son domicile, que les praticiens devraient être le plus présents afin d'apporter l'autonomie et le soutien dont le patient a besoin.

Notre étude consistera donc à rechercher quels pourraient être les intérêts d'une consultation commune entre orthophoniste et diététicien en libéral pour les patients dysphagiques ORL. Nous nous sommes attachés à prendre en compte les points de vue de tous les acteurs de la rééducation : le patient, le diététicien et l'orthophoniste.

D'abord, nous exposerons les connaissances théoriques sur lesquelles se base notre travail. Ensuite nous décrirons la démarche et les choix que nous avons faits pour mettre en place notre expérimentation. Enfin nous réaliserons l'analyse et l'interprétation des données recueillies, ceci dans le but d'apporter une réponse à notre problématique.

Chapitre 1 : Assises théoriques

1. Rappels anatomiques des structures mises en jeu lors de la déglutition

[4 ; 9 : 11]

1.1. Cavité buccale

La cavité orale est la cavité de la face comprise entre les maxillaires et la mandibule, fermée en avant par les lèvres, limitée latéralement par les joues, en haut par le palais, en bas par le plancher oral et communiquant en arrière avec l'oropharynx par l'isthme du gosier. Elle occupe le tiers inférieur de la face.

1.1.1. Lèvres

Les lèvres sont deux replis musculo-membraneux séparés par la fente orale. Elles sont formées par une couche musculaire recouverte en dehors par de la peau et en dedans par la muqueuse de la cavité orale qui a un épithélium mince et transparent. Sous la couche muqueuse, on trouve de nombreuses glandes salivaires accessoires. Quand on tire la lèvre supérieure vers le haut on peut voir le frein labial supérieur, repli médian tissulaire qui relie la lèvre aux alvéoles du maxillaire supérieur. Lorsqu'on tire la lèvre inférieure vers le bas on peut voir le frein labial inférieur qui relie la lèvre aux alvéoles de la mandibule.

Les muscles des lèvres sont centrés autour d'un muscle circulaire : le muscle orbiculaire de la bouche qui assure la fermeture de la fente orale. Les autres muscles labiaux naissent à distance des lèvres mais se terminent sur le muscle orbiculaire auquel ils s'opposent afin d'ouvrir la fente labiale. Ces muscles dilatateurs sont le platysma, l'élévateur de la lèvre supérieure, l'élévateur de l'angle de la bouche, le grand et le petit zygomatique, le releveur naso-labial, l'abaisseur de la lèvre inférieure, l'abaisseur de l'angle de la bouche et le mentonnier.

1.1.2. Dents

Les dents sont des organes très durs, de coloration blanchâtre, situés de façon à former deux arcades ouvertes en arrière, l'une supérieure située sur le maxillaire, l'autre inférieure située sur la mandibule. Elles sont implantées dans les alvéoles dentaires, cavités creusées dans le bord alvéolaire de la mandibule ou du maxillaire. Les alvéoles sont recouvertes par les gencives sur la face externe.

On distingue quatre catégories de dents : les incisives, les canines, les prémolaires et les molaires. La dentition définitive compte trente-deux dents.

1.1.3. Palais

Le palais est limité en avant et sur les côtés par l'arcade gingivo-dentaire supérieure. Il sépare la cavité buccale de la cavité nasale. Il comprend deux parties : une partie antérieure et osseuse qui supporte les arcades dentaires, le palais osseux et une partie postérieure, musculaire et mobile, le voile du palais.

Le palais osseux est formé par les processus palatins des maxillaires et les lames horizontales des os palatins. Il a la forme d'une ogive perforée en avant par le foramen incisif et en arrière par le foramen grand palatin et petit palatin. Il est recouverte d'une muqueuse de type oral qui contient de nombreuses glandes salivaires accessoires.

Le voile du palais ou palais mou est une cloison musculo-membraneuse, mobile et contractile, qui prolonge en arrière le palais osseux. C'est la limite arbitraire entre l'oropharynx et le rhinopharynx. Il est principalement formé par cinq muscles qui sont le pérystaphylin interne ou releveur du palais, le pérystaphylin externe ou tenseur du palais, le palato-glosse, le pharyngo-staphylin et l'azygos de la lnette.

1.1.4. Plancher de bouche

Le plancher buccal constitue la paroi inférieure de la cavité buccale. Il est formé de trois muscles : le mylo-hyoïdien, le génio-glosse et le ventre antérieur du digastrique. La majeure partie du plancher buccal est occupée par le corps de la langue en dessous de laquelle se trouve le sillon alvéolo-lingual.

1.1.5. Langue

La langue est un organe musculo-muqueux intervenant dans la mastication, la déglutition et la phonation. Elle comprend deux parties en continuité : le corps de la langue, mobile situé dans la cavité orale et la racine de langue, fixe située en arrière du corps de la langue, dans l'oropharynx. Lorsqu'on soulève la langue, il est possible de remarquer un repli tissulaire sur la ligne médiane liant la langue au plancher de la bouche. Ce repli est appelé le frein de langue.

Les muscles de la langue sont au nombre de dix-sept qu'on peut séparer en deux groupes : les muscles intrinsèques et les muscles extrinsèques. Les muscles intrinsèques ont une origine et une insertion à l'intérieur de la langue. Ils sont responsables des petits mouvements de la langue et ils sont impliqués dans les ajustements délicats de la forme et de la position. Les muscles extrinsèques relient la langue avec les structures qui l'entourent ; c'est-à-dire la mandibule, l'os hyoïde, le palais, l'apophyse styloïde de l'os temporal et le pharynx. Ils permettent à la langue d'effectuer des déplacements vers l'avant, vers l'arrière, vers le haut, vers le bas et de chaque côté.

1.2. Pharynx

Carrefour des voies aériennes et digestives, le pharynx est un conduit musculo-membraneux étendu verticalement en avant de la colonne vertébrale, depuis la base du crâne jusqu'au bord inférieur de la sixième vertèbre cervicale où il se poursuit par l'oesophage. Il comprend trois parties : le rhinopharynx, l'oropharynx et l'hypopharynx.

1.2.1. Rhinopharynx

Le rhinopharynx ou nasopharynx ou cavum est la partie supérieure du pharynx. Il communique en avant avec les cavités nasales par les choanes. La limite anatomique entre le rhinopharynx et l'oropharynx est la ligne horizontale reliant le bord postérieur du palais osseux au bord supérieur de l'arc ventral de l'atlas. Il a une fonction respiratoire et phonatoire ainsi qu'une fonction de ventilation de l'oreille moyenne via la trompe d'Eustache.

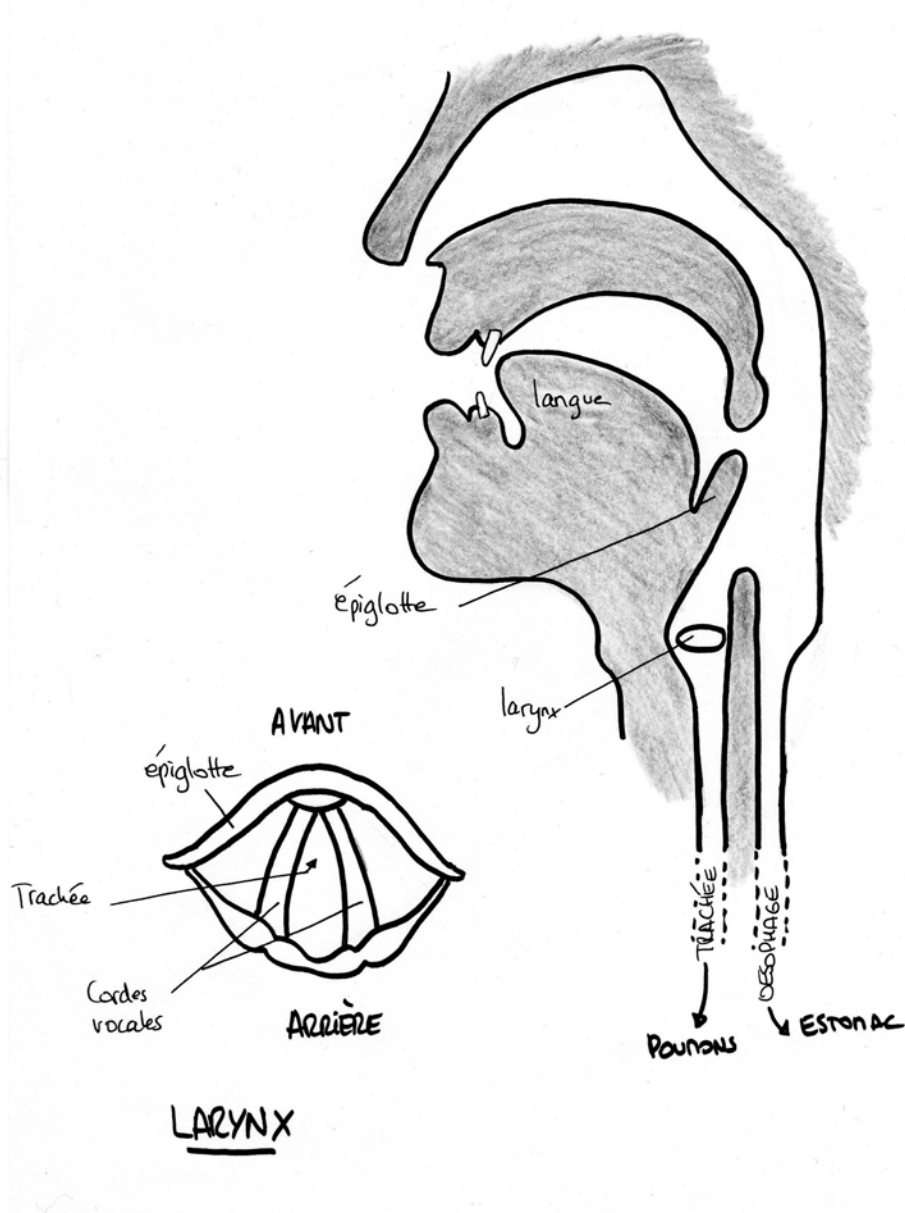
1.2.2. Oropharynx

La partie moyenne du pharynx située en arrière de la cavité orale est dénommée oropharynx. Il est limité en haut par le voile du palais et l'ostium intra-pharyngien, en bas par le bord supérieur de l'épiglotte et en avant par l'isthme du gosier et le V lingual. C'est un carrefour entre les voies respiratoires et les voies digestives.

1.2.3. Hypopharynx

L'hypopharynx est la portion inférieure du pharynx. C'est une cavité en forme d'entonnoir irrégulier évasé vers le haut. De part et d'autre de la partie médiane, l'invagination de la muqueuse hypopharyngée dans l'espace hyo-thyro-laryngé constitue les gouttières pharyngo-laryngées plus communément appelées sinus piriformes. Il est situé en arrière du larynx et assure une fonction exclusivement digestive en reliant l'oropharynx à l'oesophage cervical.

1.3. Larynx



C'est le segment initial des voies respiratoires inférieures. Il s'ouvre en haut dans la partie supérieure de l'hypopharynx et se poursuit en bas par la trachée cervicale. Il est situé dans la partie supérieure de la région infra-hyoïdienne médiane, en regard des vertèbres C4, C5 et C6. Il est formé d'un ensemble musculo-cartilagineux recouvert d'une muqueuse. Le larynx est amarré à l'os hyoïde et à la base de langue. Il joue un rôle essentiel dans la respiration, la phonation et la déglutition.

1.3.1. Structures cartilagineuses

Le larynx se compose de cinq cartilages. De bas en haut on rencontre le cartilage cricoïde, les deux cartilages aryénoïdes en arrière, le cartilage thyroïde en avant et le cartilage de l'épiglotte.

1.3.1.1. Le cartilage cricoïde

C'est un cartilage en forme de bague chevalière, la partie large étant en arrière. Il supporte l'ensemble de la structure laryngée et assure le diamètre de la filière laryngée. Il est indispensable à la respiration car il maintient le larynx en position ouverte. En l'absence de cartilage cricoïde, le larynx se collabe : toute chirurgie du larynx impose donc de le conserver. Si la conservation n'est pas possible, une laryngectomie totale est réalisée.

1.3.1.2. Les cartilages aryténoïdes

Les cartilages aryténoïdes sont les seuls cartilages mobiles du larynx. Ils ont la forme de pyramides triangulaires posées sur le bord postérieur du cartilage cricoïde avec lequel ils s'articulent. La base inférieure se prolonge de deux processus : le processus antérieur appelé processus vocal sur lequel s'insère le muscle vocal et le processus postéro-latéral dénommé processus musculaire sur lequel s'insèrent les muscles crico-aryténoïdiens.

1.3.1.3. Le cartilage thyroïde

Le cartilage thyroïde a la forme d'un bouclier constitué de deux lames qui se rejoignent en avant. Le bord antérieur est plus ou moins saillant selon le sexe de la personne : les deux lames forment un angle d'environ 90° chez l'homme et 120° chez la femme. Le bord postérieur de chaque lame est prolongé par une corne supérieure et une corne inférieure. L'extrémité des cornes inférieures s'articulent avec le cartilage cricoïde.

1.3.1.4. L'épiglotte

Le cartilage épiglottique est une lamelle de cartilage souple et mince ayant la forme d'une feuille. L'épiglotte coulisse vers le haut quand les voies aériennes sont ouvertes, et aide à obstruer l'entrée de la trachée au moment de la déglutition.

Ces éléments cartilagineux sont réunis entre eux par des ligaments (thyro-épiglottique, ary-épiglottique, thyro-aryténoïdien supérieur et inférieur) et par des membranes (thyro-hyoïdienne, crico-thyroïdienne et crico-trachéale).

1.3.2. La musculature du larynx

Il existe d'une part les muscles intrinsèques qui ont leurs deux attachements à l'intérieur du larynx et d'autre part les muscles extrinsèques qui ont un attachement sur le larynx et un autre attachement à l'extérieur du larynx.

1.3.2.1. Les muscles intrinsèques

Tous ces muscles ont au moins une insertion sur le cartilage aryténoïde (sauf le muscle crico-thyroïdien). Ils peuvent être divisés en trois groupes : les muscles adducteurs des plis vocaux, un muscle abducteur des plis vocaux et les muscles tenseurs des plis vocaux.

Les muscles adducteurs des plis vocaux permettent au pli vocal de se rapprocher de la ligne et médiane et sont constricteurs de la glotte. Ils sont composés du muscle crico-aryténoïdien latéral, du muscle thyro-aryténoïdien moyen, du muscle thyro-aryténoïdien supérieur et du muscle aryténoïdien oblique.

Le muscle crico-aryténoïdien postérieur est un muscle abducteur des plis vocaux. Sa contraction entraîne l'éloignement du pli vocal de la ligne médiane et la dilatation de la glotte.

Le muscle crico-thyroïdien et le muscle thyro-aryténoïdien inférieur composent les muscles tenseurs des plis vocaux qui, comme leur nom l'indique, tendent les plis vocaux.

1.3.2.1. Les muscles extrinsèques

La musculature extrinsèque du larynx assure l'amarrage du larynx à la base du crâne, à la mandibule et à la ceinture scapulaire. L'os hyoïde joue un rôle important dans cet amarrage car presque tous les muscles extrinsèques s'insèrent sur lui. Ils peuvent être divisés en deux groupes : les éleveurs du larynx et les abaisseurs du larynx. Les premiers regroupent le muscle stylo-hyoïdien, le muscle digastrique, le muscle mylo-hyoïdien, le muscle génio-hyoïdien et le muscle thyroïdien. Les deuxièmes regroupent le muscle sterno-hyoïdien, le muscle sterno-thyroïdien et le muscle omo-hyoïdien.

2. Physiologie de la déglutition [5 ; 6 ; 9 ; 11]

Le Dictionnaire d'orthophonie définit la déglutition comme l'acte d'avalier la salive, du liquide ou des solides, comportant, avec la mastication, un temps volontaire - le temps buccal - qui est suivi des temps pharyngé et œsophagien. Après franchissement de l'isthme du gosier, il y a progression réflexe et non plus volontaire du bol alimentaire dans le pharynx et l'œsophage.

En s'appuyant sur les bases anatomiques, les auteurs s'accordent à scinder l'acte de déglutir en trois phases successives : un temps oral (ou buccal) divisé en un temps de préparation du bol alimentaire et un temps oral proprement dit, un temps pharyngé et un temps œsophagien.

2.1. Le temps oral

2.1.1. Le temps de préparation du bol alimentaire

Il permet de rendre le bol alimentaire apte à passer sans encombre les phases suivantes. Il comporte une succession d'actes volontaires : la préhension et introduction des aliments dans la cavité buccale, la contention buccale, la mastication et l'insalivation.

La durée de ce temps est variable en fonction des aliments, de leur consistance et de leur état d'hydratation.

2.1.2. Le temps oral proprement dit

Il correspond au transport du bol alimentaire préalablement préparé vers l'oropharynx. La bouche est fermée et la mandibule fixée. La pointe de langue se relève et s'applique contre la crête alvéolaire des incisives supérieures, ce qui entraîne le glissement du bol sur le dos de la langue. Le bol ainsi rassemblé est ensuite déplacé vers l'arrière par la langue mobile. En arrière le voile du palais est appliqué contre le dos de la langue afin de maintenir le bol dans la cavité buccale et prévenir la pénétration d'aliments dans le pharynx alors que le larynx est encore ouvert. Le temps oral se termine lorsque le bol franchit l'isthme du gosier.

2.2. Temps pharyngé

Le temps pharyngé est déclenché par le contact du bol avec les récepteurs sensitifs de l'isthme du gosier, de l'oropharynx et de la margelle laryngée. Il réalise le transport des aliments dans le pharynx jusqu'au sphincter supérieur de l'œsophage tout en assurant la protection des voies aériennes. C'est une phase réflexe qui dure moins d'une seconde.

2.2.1. Le transport du bolus

Deux types de pressions vont s'exercer sur le bol alimentaire : le péristaltisme pharyngé et le piston lingual. Au moment du déclenchement du temps pharyngé, la contraction péristaltique du pharynx est à l'origine d'une force dirigée vers le bas qui entraîne le bol alimentaire. Le recul de la base de langue permet au bolus d'être chassé vers l'hypopharynx.

2.2.2. La protection des voies aériennes

Pendant le temps pharyngé, la première protection des voies respiratoires se fait grâce à un état d'apnée pendant le passage du bolus dans le pharynx. En haut le cavum est séparé de l'oropharynx par la fermeture vélopharyngée grâce à l'élévation du voile du palais. Ceci a pour but de prévenir toute pénétration des aliments dans les fosses nasales. En bas, l'occlusion glottique et l'élévation et la projection antérieure laryngée empêchent la pénétration des aliments dans la trachée. L'occlusion est réalisée par l'accolement des cordes vocales et des bandes ventriculaires. Grâce à la contraction des muscles sus-hyoïdien et sous-hyoïdien, le larynx s'élève et bascule vers l'avant le plaçant sous la base de langue. La bascule de l'épiglotte sur les aryténoïdes complètent la fermeture du larynx.

En cas de pénétration accidentelle de particules alimentaires dans le larynx avant ou après le déclenchement du temps pharyngé, le réflexe de fermeture laryngée et le réflexe de toux permettent d'évacuer ces particules et de protéger les voies aériennes.

2.3. Temps œsophagien

Cette phase permet le transport du bolus du sphincter supérieur de l'œsophage au sphincter inférieur de l'œsophage. Elle est possible grâce au péristaltisme œsophagien et à la pesanteur qui permettent le mouvement du bol vers le bas et donc vers l'estomac. Durant cette phase le pharynx et le larynx reprennent leur position initiale et la respiration peut reprendre.

3. Les cancers des voies aéro-digestives supérieures et leurs conséquences sur la déglutition [5 ; 9 ; 11]

3.1. Etiologie

Les cancers ORL représentent 12% des cancers en France. On les rencontre en grande majorité dans des contextes de consommation éthylo-tabagique auxquels s'ajoutent des causes telles que l'infection bucco-dentaire chronique ou des causes professionnelles d'irritation des muqueuses par inhalation de vapeurs ou de poussières.

3.2. Classification internationale des cancers des voies aéro-digestives supérieures

La classification TNM est un système international développé de façon à classer les cancers selon leur extension anatomique. Les trois lettres symbolisent la propagation de la maladie cancéreuse sur le site de la tumeur primitive, dans les ganglions lymphatiques voisins et à distance avec les métastases. Chaque lettre est affectée d'un coefficient.

La lettre T symbolise la tumeur initiale. Elle est cotée de T0 quand la tumeur primitive n'est pas localisée à T4 dans le cas de tumeurs très étendues. Cette cotation dépend donc du volume de la tumeur mais aussi de sa fixation aux organes voisins comme les os ou les muscles. Chaque structure anatomique possède sa propre échelle T aussi nous ne présenterons à titre d'exemple que l'échelle T pour les tumeurs de cavité buccale et de l'oropharynx.

Cavité buccale et oropharynx	
T1	Tumeur inférieure ou égale à 2cm dans son plus grand diamètre
T2	Tumeur dont le plus grand diamètre est supérieur à 2 cm et inférieur à 4 cm
T3	Tumeur dont le plus grand diamètre est supérieur à 4 cm
T4	Tumeur s'étendant aux structures voisines (muscles, os, peau)

La lettre N allant de N0 à N3 dépend du terrain ganglionnaire plus ou moins proche de la tumeur initiale.

Adénopathies régionales	
NX	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N0	Absence de ganglions cliniquement métastatiques
N1	Adénopathie homolatérale, unique, de moins de 3 cm de diamètre
N2	Métastases uniques dans un seul ganglion lymphatique homolatéral de plus de 3 cm et de moins de 6 cm dans son plus grand diamètre, ou métastases ganglionnaires homolatérales multiples toutes inférieures à 6 cm dans leur plus grand diamètre

N2a	Adénopathie homolatérale unique de diamètre supérieur à 3 cm et inférieur à 6cm
N2b	Adénopathies homolatérales multiples de diamètre inférieur à 6 cm
N2c	Adénopathies bi ou controlatérales de diamètre inférieur à 6 cm
N3	Adénopathie(s) de diamètre supérieur à 6 cm

La lettre M est cotée M0 lorsqu'il y a absence de métastases connues et M1 lorsqu'on observe des métastases et ce quel que soit leur siège.

Métastases	
M0	Pas de signe de métastases à distance
M1	Présence de métastase(s) à distance

3.3. Principales chirurgies

3.3.1. Les chirurgies de la cavité buccale et de l'oropharynx

La **glossectomie** désigne l'exérèse d'une partie ou de la totalité de la langue. On distingue les glossectomies partielles (exérèses relativement simples), les glossectomies subtotaux (exérèses de la quasi-totalité de la langue mais conservant la base de langue), et la glossectomie totale (qui enlève la totalité de la langue y compris la base de langue).

Les glossectomies partielles peu étendues ont peu ou pas de conséquences sur la déglutition. Les glossectomies altèrent donc la mobilité linguale et en conséquence, la mastication, le contrôle du bol alimentaire et sa propulsion. Le nettoyage des sillons gingivo-labial et gingivo-lingual, et des stases alimentaires pouvant s'y déposer, pose également problème. De plus, l'insensibilité des zones de suture du plancher buccal peut donner lieu à des fausses-routes. Dans les glossectomies subtotaux et totales, la mastication est quasi impossible, de même que le contrôle du bolus et sa propulsion vers le pharynx. Ce défaut de propulsion, ainsi que les stases alimentaires en résultant, représentent un risque de fausses-routes permanent, ce qui nécessite généralement une laryngectomie totale secondaire pour supprimer les risques d'inhalation, même en l'absence d'atteinte laryngée initiale.

La **pelvi-mandibulectomie** désigne une interventions sur des tumeurs situées au niveau du plancher de bouche et la face ventrale de langue. Elle peut entraîner l'exérèse de la symphyse mandibulaire antérieure. Il est possible de combler le manqué de tissus par un lambeau prélevé sur le grand pectoral.

Les pelvi-mandibulectomies ont de lourdes séquelles fonctionnelles qui entraînent des fausses-routes avant et pendant la déglutition, suite à l'altération de la mastication, du contrôle du

bolus dans la cavité buccale et de sa propulsion vers l'oropharynx. De plus, on observe également des problèmes d'incontinence labiale, au niveau salivaire ou alimentaire.

La **bucco-pharyngectomie-transmandibulaire** (ou **BPTM**) consiste en l'ablation de la loge amygdalienne et/ou de l'hémibase homolatérale de la langue, voire du voile mais conserve habituellement la mandibule (sauf en cas d'atteinte osseuse). Un lambeau myo-cutané prélevé sur le grand pectoral sert à la reconstruction. La majeure partie de la langue mobile est préservée mais on constate une paralysie de l'hémilangue homolatérale.

Les séquelles sont importantes et portent sur la mobilité linguale, la mastication, le contrôle et la propulsion du bolus. Cela entraîne des stases buccales latérales, une incontinence labiale, des fausses-routes avant, pendant et après la déglutition, voire, si le voile du palais est atteint, un éventuel reflux nasal.

3.3.2. Les laryngectomies partielles

3.3.2.1. Les laryngectomies partielles verticales

La **cordectomie** consiste en l'exérèse d'une corde vocale qui peut être étendue en arrière au cartilage aryénoïde. Elle peut se faire par voie endoscopique au laser ou par thyrotomie. Lorsqu'elle est réalisée par voie endoscopique aucune reconstruction n'est nécessaire. Sinon on peut procéder à un simple rapprochement des ailes thyroïdiennes ou à une plastie glottique par abaissement de la bande ventriculaire homolatérale suturée à la sous-glotte en regard de la corde vocale restante. Cette intervention entraîne peu de modification du sphincter et n'a pas d'incidence sur la déglutition du patient.

La **laryngectomie frontolatérale** consiste en l'exérèse d'une corde vocale parfois étendue en arrière au cartilage aryénoïde, de la commissure antérieure avec un fragment de cartilage thyroïde et le tiers antérieur de la corde vocale controlatérale. La reconstruction se fait par simple rapprochement des ailes thyroïdiennes et peut être accompagnée par une plastie glottique. Là encore, cette intervention entraîne peu de modification du sphincter et ne cause pas de troubles de la déglutition.

La **laryngectomie frontale antérieure avec épiglottoplastie ou intervention de Kambic-Tucker** consiste en une exérèse du plan glottique, des deux tiers antérieur du cartilage thyroïde et parfois d'un aryénoïde. La reconstruction se fait par abaissement de l'épiglotte qui est suturée en bas au cartilage cricoïde et latéralement aux ailes thyroïdiennes restantes. Cette intervention a pour

conséquences la pose d'une canule de trachéotomie, la mise en place d'une sonde naso-gastrique.

Après ce type d'intervention, la protection des voies respiratoires est altérée : l'épiglotte abaissée dans la base de langue n'est plus fonctionnelle et il n'y a plus de cordes vocales ou de bandes ventriculaires. On observe parfois un retard de déclenchement du réflexe de déglutition dans la période postopératoire immédiate. Les fausses routes sont de type fausses routes directes par défaut de fermeture de la néoglote. Elles peuvent aussi se produire avant la déglutition par défaut de déclenchement du réflexe.

L'hémilaryngopharyngectomie supracricoiïdienne consiste en l'exérèse d'un héli-larynx et d'un héli-hypopharynx supracricoiïdien. Pour conserver une fermeture, on procède à la création d'une néo-paroi pharyngée latérale et d'un lambeau musculo-périchondal sous-hyoïdien suturé à la muqueuse de la paroi hypopharyngée postérieure.

Les troubles de la déglutition observés sont donc dus à l'atteinte du sphincter laryngé qui entraîne des fausses routes directes mais aussi à la section du nerf laryngé supérieur homolatéral et à des troubles du péristaltisme pharyngé.

3.3.2.2. Les laryngectomies partielles horizontales

La **laryngectomie partielle supracricoiïdienne avec crico-hyoïdoépiglottopexie (CHEP)** ou **intervention de Majer-Piquet** consiste en l'ablation de la totalité du cartilage thyroïde, des deux bandes ventriculaires, des deux ventricules et des deux cordes vocales. Le cartilage aryténoïde est également retiré du côté atteint. Cette opération conserve en grande partie l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques et la branche postérieure du nerf laryngé supérieur. La suture réalisée entre l'os hyoïde, l'épiglotte et le cricoïde permet de recréer la fermeture d'une néo-glotte.

L'épiglotte conserve donc son rôle directionnel du bol alimentaire, mais la modification de la glotte et surtout la limitation de la dynamique et de l'ascension laryngée induisent un fort risque de fausses-routes trachéales.

La **laryngectomie partielle supracricoiïdienne avec crico-hyoïdopexie (CHP)** ou **intervention de Labayle** induit l'exérèse des structures endolaryngées la plus large. Elle ampute en effet la totalité du cartilage thyroïde, des muscles pré-laryngés et de la loge hyo-thyro-épiglottique. S'y ajoute la résection des deux bandes ventriculaires, des deux ventricules, des cordes vocales et parfois d'un aryténoïde. Le cartilage cricoïde est suturé au ras de l'os hyoïde. La fermeture du néo-larynx est réalisée grâce à la bascule en avant de l'aryténoïde restant, qui vient au contact de la base de langue.

La mobilisation de la base de langue dans la fermeture de la néo-glotte diminue généralement son rôle dans le transport du bolus. La perte de l'épiglotte s'ajoutant à celle du plan glottique et des bandes ventriculaires entraîne la disparition de tous les niveaux de fermeture laryngée. Les fausses-routes peuvent être causées par un mauvais recul de la base de langue, une mobilité aryténoïdienne déficiente, une fuite latérale du côté de l'aryténoïde amputé ou par écoulement d'une stase pharyngée lors de la reprise respiratoire.

Les **laryngectomies partielles supracricoïdiennes étendues** sont rares. Elles peuvent être étendues à l'arc du cricoïde avec reconstruction par crico-trachéo-hyoïdo-épiglotto-pexie (CTHEP), au bord supérieur du cricoïde et rarement au sinus piriforme adjacent.

Plus l'exérèse est importante, plus les troubles seront sévères et la rééducation longue. Une gastrostomie sera souvent envisagée en préopératoire.

3.4. Traitements complémentaires

3.4.1. La radiothérapie

La radiothérapie consiste à délivrer des rayons ionisants aux tissus. Ces rayons provoquent des altérations cellulaires dont le résultat final est la destruction de la cellule. Ce phénomène n'est pas spécifique mais touche de préférence les cellules en phase de division et donc préférentiellement les cellules cancéreuses. Le champ d'irradiation porte sur la tumeur primitive et ses relais ganglionnaires.

Les troubles de la déglutition sont d'autant plus importants que le traitement chirurgical a été précédé ou suivi d'une radiothérapie. En effet, après une radiothérapie, on peut constater :

- une mucite de la cavité buccale qui va provoquer des sécrétions épaisses et collantes et entraîner une dysphagie douloureuse surtout que la plupart des patients présentent des muqueuses déjà fragilisées par la consommation d'alcool, de tabac et une mauvaise hygiène buccale.
- Un trismus qui apparaît après l'irradiation des articulations temporo-mandibulaires et des muscles masticateurs. Il se traduit par une limitation de l'ouverture buccale, survenant de manière progressive entre trois et six mois après le début des rayons.
- une hyposialie provoquant une sécheresse buccale après une période d'hypersialorrhée, aggravant la dysphagie et favorisant la surinfection buccale et l'apparition de mycoses.
- une perturbation de la fonction gustative. Il peut s'agir d'une agueusie ou d'une dysgueusie, avec un goût métallique ou amer, favorisée par les mycoses buccales. Habituellement, cette

perturbation disparaît rapidement mais, comme la dysphagie et l'hyposialie, elle contribue à une diminution des prises alimentaires en cours de traitement.

3.4.2. La chimiothérapie

La chimiothérapie consiste à administrer par voie veineuse des médicaments ciblant les cellules cancéreuses, aussi appelés médicaments tumoricides. La place de la chimiothérapie dans le traitement des cancers des voies aéro-digestives supérieures est assez modeste et elle est quasiment toujours associée à un traitement par radiothérapie.

4. L'alimentation du patient [1 ; 2 ; 3 ; 7 ; 8 ; 19 ; 21]

Une bonne nutrition, tant au niveau de la qualité que de la quantité des aliments, est nécessaire pour qu'une personne reste en bonne santé. Maintenir une bonne nutrition dans le cas des patients en cancérologie est particulièrement problématique. Le cancer lui-même et ses traitements causent souvent une perte d'appétit ou rendent difficile l'ingestion suffisante d'aliments. Les patients perdent souvent beaucoup de poids, de 6 à 13kg en moyenne. Ces difficultés dans leur alimentation affaiblissent les patients au point de représenter un risque vital.

4.1. Troubles de l'alimentation liés au cancer

4.1.1. La dénutrition

La dénutrition est un état pathologique résultant d'apports nutritionnels insuffisants en regard des dépenses énergétiques de l'organisme. Lorsque les apports sont inadaptés en plus d'être insuffisants, on parle de malnutrition. Elle se manifeste par une perte de poids qui s'observe par un amaigrissement visible et une plainte du patient. Cette perte de poids est considérée comme inquiétante si elle est supérieure à 5% du poids habituel en moins d'un mois ou supérieure à 10% du poids habituel en six mois. Lorsqu'elle est supérieure à 10% en un mois ou supérieure à 15% en six mois on parle de dénutrition sévère. La dénutrition entraîne une dégradation de l'état général.

4.1.2. La cachexie

La cachexie est un affaiblissement profond de l'organisme dû à une dénutrition très importante. La cachexie n'est pas une maladie en elle-même, mais le symptôme d'une autre. Dans le cas des patients suivis en cancérologie, elle est liée à des substances secrétées par la tumeur, les cachexines. Le principal symptôme de la cachexie est la perte de poids, tant sous forme de muscles, de graisse et même de masse osseuse. La perte d'appétit (anorexie), une faiblesse généralisée (asthénie) et une anémie comptent également au nombre des symptômes majeurs. Il n'existe pas de traitement pour la cachexie et simplement augmenter la prise alimentaire per os du patient ne suffit pas. Il est souvent nécessaire d'amener les nutriments directement dans l'estomac ou dans les vaisseaux sanguins. La cachexie s'observe souvent sur des patients en phase terminale, et s'accompagne d'une morbidité extrême

4.1.3. Impact de la dysphagie sur l'alimentation

De tous les symptômes oraux des cancers des voies aéro-digestives supérieures, les troubles de la déglutition sont les seuls que l'on peut relier à la dénutrition. Bien que les troubles de la

déglutition puissent s'installer à long terme après un traitement pour le cancer oral ou oro-pharyngé, ils sont plus sévères durant ou peu après le traitement entre autres à cause de l'infection des muqueuses dues aux radiations et/ou la mobilité réduite de la langue après une chirurgie. Les problèmes de déglutition provoquent une dénutrition par le fait que la déglutition n'étant pas fonctionnelle, la prise per os n'est pas suffisante pour couvrir tous les besoins nutritionnels du patient.

4.2. La complémentation orale

La complémentation nutritionnelle orale a une place primordiale dans la prise en charge de la dénutrition. Elle est appliquée lorsque l'alimentation normale ne couvre plus les besoins protéino-énergétiques, que le tube digestif est fonctionnel et que le patient a des capacités de déglutition suffisantes et une certaine autonomie.

L'objectif de la nutrition orale (ou complémentation orale) est d'augmenter, grâce à des compléments nutritionnels oraux, les apports en énergie et en azote fournis par l'alimentation orale habituelle. Elle sera proposée uniquement après échec d'une alimentation normale adaptée ou enrichie. Son utilisation sera toujours transitoire : les produits qui la composent sont riches en énergie et en protéines, ils viennent compléter l'alimentation normale mais ne peuvent en aucun cas la remplacer.

4.3. L'alimentation artificielle

Elle est indiquée lorsque la prise per os n'est plus suffisante pour maintenir des apports nutritifs suffisants. Elle est souvent mise en place en première intention, en même temps que l'intervention chirurgicale de la tumeur et dans une intention préventive vis-à-vis d'une possible dénutrition du patient.

4.3.1. La nutrition entérale

La nutrition entérale est une méthode de substitution ou de complémentation de l'alimentation orale permettant d'apporter tous les nutriments nécessaires à l'organisme par une sonde introduite dans le tube digestif par voie nasale ou par l'intermédiaire d'une stomie digestive.

4.3.1.1. La sonde naso-gastrique

Elle consiste en l'introduction d'une sonde dans l'estomac par la voie nasale. Peu esthétique et inconfortable, elle n'est généralement conservée que dans un délai relativement court. En effet, la présence de la sonde dans l'oesophage, en plus de rendre la déglutition parfois difficile, empêche la

bonne fermeture du sphincter oesophagien et peut donc entraîner un risque de reflux gastro-oesophagien. Les remontées gastriques, au-delà d'entraîner un risque d'inhalation, irritent les muqueuses endo-laryngées du fait de leur acidité. Afin de limiter le risque de reflux gastro-oesophagien, il est nécessaire de maintenir une position assise pendant la prise alimentaire et dans un délai d'une à deux heures après.

4.3.1.2. La sonde de gastrostomie

Si l'alimentation entérale doit se prolonger au-delà de quatre à six semaines, il est proposé au patient de poser une sonde de gastrostomie. La pose est réalisée au cours d'une gastroscopie. Une insufflation permet d'accoler la face antérieure de l'estomac à la paroi abdominale et de créer une fistule permanente via une incision réalisant l'abouchement de l'estomac à la peau. La sonde est introduite directement dans l'estomac via cette incision. La gastrostomie présente l'avantage de pouvoir être rendue totalement invisible par les vêtements (au contraire de la sonde naso-gastrique) et elle est donc généralement mieux vécue par les patients. De plus, sa manipulation est moins douloureuse, plus sûre et les complications (infection pariétale, hémorragie digestive...) sont relativement rares.

4.3.2. La nutrition parentérale

La nutrition parentérale est une méthode de substitution de l'alimentation entérale permettant d'apporter tous les nutriments nécessaires à l'organisme par voie intraveineuse via un cathéter veineux court (perfusion intraveineuse), un cathéter central ou une chambre implantable. Classiquement, l'alimentation parentérale est soit complète soit partielle et sa durée est souvent brève, mais elle peut parfois s'étendre sur plusieurs semaines voire plusieurs mois. Elle est mise en place lorsque le tube digestif n'est pas fonctionnel ou que la nutrition entérale est contre-indiquée.

5. La prise en charge orthophonique théorique [5 ; 10 ; 12 ; 13 ; 20]

5.1. Le bilan

Il vient compléter le bilan médical réalisé et consiste en l'évaluation des capacités fonctionnelles et rééducatives du patient. Son but est de déterminer quel est le processus physiopathologique qui intervient ainsi que les moyens d'en diminuer les effets, d'évaluer les risques et les bienfaits d'une alimentation orale et d'établir un projet thérapeutique adapté au profil du patient.

5.1.1. L'anamnèse

L'anamnèse a pour but de récolter des informations sur la patient grâce à un entretien avec le patient lui-même ainsi que son entourage. Il s'agit pour l'orthophoniste de recueillir des informations générales (âge, profession...) mais aussi des informations concernant l'histoire de la maladie (diagnostic, date du diagnostic, traitements...).

L'orthophoniste posera des questions sur les habitudes alimentaires du patient telles qu'elles étaient avant le diagnostic et telles qu'elles sont au moment de l'entretien. Il collectera des informations sur le mode d'alimentation, les stratégies déjà mises en place par le patient pour améliorer son alimentation, les conditions dans lesquelles se trouvent le patient au moment des repas.

5.1.2. L'examen fonctionnel

Son objectif est de mettre en évidence d'éventuelles anomalies anatomiques, d'évaluer les capacités fonctionnelles du patient et d'essayer de déterminer le mécanisme physiopathologique du trouble

5.1.2.1. Bilan anatomique et pratique

La première étape du bilan est d'observer les structures anatomiques de la sphère ORL au repos. L'orthophoniste vérifie l'état bucco-dentaire, la posture de la tête et du tronc, l'aspect et la taille de langue, mais également la présence d'éventuels mouvements anormaux ou parasites observables. On observe également les possibilité des flexion, torsion et inclinaison la tête car ces mouvement seront sollicités pour obtenir une posture facilitatrice de la déglutition.

L'orthophoniste évalue les capacités pratiques du patient en lui demandant d'effectuer des gestes précis sur commande orale ou par imitation. L'orthophoniste s'attachera à bien observer les mouvements des différentes structures dans la vitesse et la précision de leur exécution ainsi que le

tonus et la force motrice.

Un travail sur les possibilités sensibles du patient est également effectué en procédant à des palpations et des stimulations des zones du visage, des lèvres et des zones intra buccales. Il est en effet fréquent que certains zones se soient rigidifiées et aient perdu de leur sensibilité suite à la chirurgie ou à la radiothérapie, ce qui peut entraver le contrôle du bol alimentaire ou le repérage et la récupération de stases dans les sillons gingivaux-jugaux.

Enfin, l'orthophoniste contrôle la présence et la qualité de deux réflexes:

- le **réflexe nauséux**, qui peut avoir été aboli ou au contraire exarcebé chez le patient. On peut le déclencher en stimulant les piliers de l'arche vélaire. Ce geste est impérativement réalisé avec l'accord du patient en le prévenant de la sensation qui peut être très mal vécue.
- Le **réflexe de toux**, qui est le dernier moyen de protection des voies aériennes lors de fausses routes. Lorsqu'il est aboli, le patient s'expose à un risque de fausses-routes silencieuses ou non-toussées qui, à terme, pourrait déclencher des pneumopathies d'inhalation. L'obtention d'une toux efficace par une stimulation de l'oropharynx est donc très importante.

5.1.2.2. Bilan des capacités fonctionnelles

L'orthophoniste évalue l'efficacité des opérations nécessaires au bon déroulement de la déglutition dans son temps oral et son temps pharyngé

- La **mastication** est évaluée en faisant un essai soit avec un biscuit soit avec une compresse si on souhaite éviter que le patient n'avale. Le geste doit être précis, efficace et rapide.
- La **fermeture vélopharyngée** est évaluée en demandant au patient de répéter des phonèmes en alternant les phonèmes nasaux et les phonèmes oraux. Un miroir peut être placé sous le nez du patient afin de contrôler d'éventuelles déperditions nasales.
- La **fermeture glottique** est évaluée en demandant au patient de produire des phonèmes à attaque très dure, de type coups de glotte ou de produire un hémmege.
- La présence de l'**ascension laryngée** est évaluée lors d'un essai de déglutition à vide, à la salive.
- Une **toux** volontaire, qui est utile pour l'expulsion, est demandée.

5.1.2.3. Essai de déglutition

Avec l'accord du médecin et après s'être assuré de l'état de vigilance du patient, l'orthophoniste peut effectuer un essai de déglutition.

Le premier essai est généralement réalisé à l'eau gélifiée, qui entraîne des complications moins importantes que d'autres substances en cas d'inhalation. De plus, sa couleur permet de mettre en évidence d'éventuelles fausses-routes non toussées ou des infiltrations d'aliments dans la trachée, surtout lorsqu'une trachéotomie est en place: une partie de l'eau passant vers la trachée est retenue au niveau de la trachéotomie, ce qui constitue une preuve tangible d'inhalation.

Si l'essai se déroule bien, on peut passer à un essai avec une texture pâteuse de type flan ou yaourt. On peut envisager de faire un essai aux liquides, tout en gardant en tête qu'il s'agit de la texture la plus difficile à maîtriser et à contenir. On choisira pour faciliter le contrôle du bol et aider au déclenchement du réflexe de déglutition, une aide mécanique par un ralentissement (épaississement, eau gélifiée, ajout de compote dans l'eau) ou une aide sensorielle (eau gazeuse, sirops).

Si le patient a subi une chirurgie purement endobuccale, la problématique n'est pas la même car dans ce cas c'est la préparation et la propulsion du bol qui est difficile. Les liquides sont alors facilitateurs car il n'y a pas besoin de préparation et la propulsion est facilitée par la texture.

Outre la consistance des essais, il est également intéressant de faire varier les ustensiles utilisés (cuillère, verre normal ou paille...) afin de voir si l'une ou l'autre des méthodes se révèle facilitatrice pour le patient.

L'orthophoniste veille au bon déroulement de la déglutition en observant le contrôle du bol et l'ascension laryngée. Il guette des signes tels qu'une toux, un bavage, un hémage ou une voix « mouillée ». Afin d'objectiver avec précision les difficultés du temps pharyngé et si l'examen clinique n'est pas suffisant, on peut procéder à un examen vidéo-radioscopique

Par l'observation du mécanisme de déglutition du patient, l'orthophoniste va déterminer quel mécanisme physiopathologique intervient dans l'alimentation et pourra ainsi proposer les adaptations nécessaires et un projet de rééducation construit spécifiquement pour le patient.

5.2. La prise en charge orthophonique

Cette prise en charge vise à rendre le patient autonome dans sa déglutition sans le mettre en danger, en lui permettant de se réalimenter de façon satisfaisant tant quantitativement que qualitativement, afin qu'il puisse d'abord retrouver une protection des voies aériennes pendant les déglutitions et ensuite pouvoir de nouveau participer au repas qui ont un fort rôle social et culturel.

5.2.1. Les stratégies d'adaptation

L'une des premières interventions de l'orthophoniste consiste à proposer au patient des stratégies d'adaptation permettant de réduire les symptômes constatés. Ces stratégies n'agissent en aucun cas sur le mécanisme physiopathologique : elles ne le modifient pas mais permettent d'en limiter les effets ou de contourner les difficultés qu'il engendre.

5.2.1.1. Adaptations de l'environnement

Afin d'optimiser l'efficacité des efforts du patient, il convient de mettre en place quelques mesures simples.

- **L'installation du patient :** Dans la mesure du possible, il sera important pour le patient de prendre ses repas assis avec les pieds bien posés sur le sol. Si l'alimentation se fait au lit, le patient doit pouvoir être redressé pendant les prises alimentaires et le rester encore trente minutes après. La position doit être stable et ne doit pas entraver les mouvements.
- **L'environnement :** Les prises alimentaires se déroulent dans la mesure du possible sans distractions visuelles ou sonores (télévision, lieu de passage etc...) afin que le patient puisse se concentrer de manière efficace sur les gestes à réaliser.
- **Les ustensiles :** Des ustensiles adaptés seront choisis, si besoin, aux difficultés propres du patient. Les patients pourront se voir proposer le verre à découpe nasale qui permet d'éviter une position avec la tête rejetée en arrière et le cou en extension qui est plus susceptible de provoquer des fausses routes.
- **Le moment et la durée des prises alimentaires :** La déglutition n'étant plus automatique et le patient devant réfléchir à son geste, la prise alimentaire peut être fatigante, en particulier pour des patients qui sont par ou dont la déglutition est douloureuse. Les prises alimentaires seront donc fractionnées et interrompues par des pauses. Si le patient a une alimentation entérale, les prises per os se font avant qu'il ne passe les poches afin d'éveiller l'appétit ce qui rendra la dimension de plaisir à l'alimentation. De plus, cela permet d'éviter les reflux-gastro-oesophagiens.

5.2.1.2. Adaptation des textures et consistances

En fonction du mécanisme physiopathologique identifié, il est souvent impossible pour le patient de démarrer la reprise alimentaire avec des repas semblables à ce qu'il avait l'habitude de consommer avant l'opération. Les difficultés de propulsion, de mastication et les risques de fausse-route rendent souvent nécessaire l'adaptation des textures des plats proposés. Le but est de proposer

des plats aussi lisses et homogènes que possible afin de limiter le risque d'éparpillement dans la cavité buccale, et donc de fausse-route immédiate ou différée. De plus, l'hyposialie fréquente des patients nécessite souvent une texture suffisamment lubrifiée pour pallier le manque de salive et faciliter le glissement vers le pharynx.

Si les premiers essais réalisés avec de petites quantités telles que des flancs ou des compotes se révèlent concluants, il est possible pour le patient de repasser à un régime un peu plus consistant.

Les textures utilisées sont alors :

- **Les liquides** : ils sont généralement abordés en fin de rééducation (sauf dans le cas des chirurgies endobuccales). Au sein même de ce groupe, on préférera commencer par des liquides gazeux, chauds ou très froids et ayant du goût (café, jus de fruits, sodas, eau gazeuse avec sirop, etc...) afin d'offrir des repères somesthésiques. L'eau plate, insipide, reste le liquide le plus difficile à contrôler et à avaler.
- **Les semi-liquides** : ils constituent la première étape de la reprise alimentaire et sont généralement proposés en petite quantité pour commencer. Il s'agit de textures lisses et homogènes telles que les potages .
- **Les pâteux**: peuvent aussi être désignés par le terme "en purée". Ce sont des aliment plutôt épais et ne nécessitant quasiment pas de mastication. On peut citer l'eau gélifiée, les crèmes dessert ou les plats mixés mélangés à de la crème.
- **Le mixé** : tous les aliments sont passés au mixeur afin d'obtenir une texture lisse, sans aspérités. On propose généralement des purées de viande, de légumes (la pomme de terre, trop riche en amidon, est à éviter en raison des contre-indications radiothérapeutiques), des compotes de fruits sans trop de grains (la poire est à éviter), des flancs, des yaourts, du fromage blanc, des mousses ou des terrines...
- **Le haché** : il demande déjà des capacités de mastication plus importantes. Il conserve une texture en petits morceaux avec des aliments non fibreux. On y retrouve le pain de mie, le fromage rapé, les viandes et poissons hachés, etc...
- **Le tendre** : ce régime est composé d'aliments relativement mous, qui limitent les efforts de mastication, mais dont la texture d'origine est relativement conservée et pouvant être plus granuleuse (au contraire du mixé). Il s'agit entre autres de biscuits trempés dans du liquide, de viandes tendres et écrasées, de légumes et de fruits bien cuits et/ou écrasés, de fromages à tartiner, etc...

Dans tous les cas, il convient de prendre garde aux aliments dispersibles tels que la semoule

ou le riz. La difficulté principale est de trouver une alimentation à la texture adaptée, qui contienne des apports caloriques suffisants et qui respecte les goûts du patient.

5.2.1.3. *Les postures de sécurité*

Souvent indiquées pour les laryngectomies partielles supra-glottiques ou des héli-laryngo-pharyngectomies supra-cricoïdiennes, elles permettent de protéger les voies aériennes et faciliter le passage du bolus dans le pharynx en palliant les séquelles des interventions chirurgicales. Comme elles ne sont pas naturelles, leur réalisation demande un effort de la part du patient. Au fur et à mesure de la prise en charge elles tendent à s'automatiser.

- **La flexion antérieure** : elle consiste à abaisser la tête pour amener le menton sur le sternum. La projection de la base de langue et de l'épiglotte vers la paroi pharyngée permet une meilleure protection du larynx et l'ouverture des sinus piriformes.
- **La rotation** : en amenant le menton le plus près de l'une des épaules, on crée l'écrasement du sinus piriforme du côté de la rotation (côté opéré), favorisant ainsi le passage du bolus dans l'hémipharynx opposé (côté sain). Cette posture convient donc particulièrement aux héli-laryngo-pharyngectomies.
- **La rotation associée à la flexion antérieure** : amener le menton au plus près de la clavicule du côté opéré permet de protéger le larynx tout en favorisant le passage du bolus alimentaire dans le sinus piriforme sain.
- **L'inclinaison** : le patient amène son oreille sur son épaule côté touché afin de diriger le bolus du côté fonctionnel vers la cavité buccale.
- **L'extension de la tête** : elle consiste à pencher la tête en arrière afin de pallier les difficultés de propulsion, mais elle augmente également le risque de fausse-route en perturbant l'ascension laryngée et en augmentant les dimensions du pharyngo-larynx. Elle n'est plus utilisée.
- **Le décubitus dorsal ou latéral** consiste au positionnement du patient à plat-dos avec une inclinaison du dossier du lit ou sur le côté. Cette position est d'usage plus restreinte. Elle

évite le débordement des stases dans le larynx en leur permettant de rester collées sur la paroi pharyngée.

5.2.1.4. Les manœuvres de déglutition

Décrites par JA Logemann, les manœuvres de déglutition permettent de pallier un défaut de protection laryngée. Elles demandent un degré d'attention et un investissement du patient un peu plus importants que les postures de sécurité car elles sont constituées d'une suite d'actions qu'il faut retenir et font donc appel à un effort de mémorisation.

- **La fermeture précoce** permet une adduction volontaire des cordes vocales avant la déglutition et donc une fermeture glottique assurant l'étanchéité du larynx. La consigne est de bloquer fortement sa respiration avant d'avaler, ce qui sous-entend une bonne maîtrise du souffle.

Consigne : Inspirez. Bloquez. Avalez. Expirez.

- **La déglutition sous-glottique** permet, en plus de la fermeture glottique, de nettoyer le vestibule laryngé à l'aide d'une toux volontaire afin d'en expulser les éventuelles stases et éviter une fausse-route à la reprise inspiratoire. Il est préférable que l'apnée se fasse après la mise en bouche et que l'inspiration soit nasale.

Consigne : Inspirez. Bloquez. Avalez. Toussez. Reprenez votre souffle.

- **La déglutition super-sus-glottique :** renforce au moyen d'un appui musculaire de contre-résistance (appui sur le bord de la table par-exemple) la fermeture précoce des cordes vocales en y ajoutant l'adduction des bandes ventriculaires, le glissement des aryténoïdes et le recul de la base de langue. Elle demeure associée à une toux volontaire.

Consigne : Inspirez. Bloquez votre souffle et appuyez sur la table. Avalez. Reprenez votre souffle

5.2.1.5. Les manœuvres de vidange

Ces manœuvres sont proposées lorsque le transport du bolus est entravé, afin de permettre la vidange du pharyngo-larynx.

- **La déglutition de Mendelsohn** permet d'allonger le temps d'ouverture du sphincter

supérieur de l'œsophage en augmentant l'amplitude de l'ascension laryngée. Il est possible pour le patient d'assurer ce maintien de manière manuelle si cela est plus efficace.

Consigne : Avalez en vous concentrant sur le mouvement de votre larynx qui monte. Maintenez le larynx en position haute. (attendre quelques secondes). Laissez redescendre.

- **La déglutition d'effort** a pour principe d'accentuer la propulsion de la base de langue ainsi que la contraction pharyngée pour assurer une vidange complète des vallécules.

Consigne : Inspirez. Avalez très fort.

- **Les déglutitions répétées** se feront sur commande de l'orthophoniste, le risque mineur étant une entrée d'air inconfortable dans l'estomac.
- **L'alternance liquide-solide** permet la vidange des stases valléculaires. Mais elle n'est envisageable qu'avec des patients pour qui la déglutition des liquides ne présente pas de risque majeur.
- **La dépression dans la cavité buccale** consiste à faire reculer le bolus de manière artificielle en l'aspirant et non en utilisant la langue.
- **L'aide manuelle** qui permet la vidange des sillons gingivaux-jugaux grâce au maintien des lèvres et des joues à l'aide de la main.

5.2.2. La rééducation

En parallèle de la mise en place de stratégies d'adaptation, l'orthophoniste propose un travail de rééducation spécifique qui a pour but de renforcer le contrôle et la force musculaires, mais aussi de normaliser le tonus et la sensibilité des différentes structures anatomiques intervenant dans la déglutition. Ses outils de rééducation principaux sont les praxies bucco-linguo-faciales et un travail articulaire. Il est également important de ne pas négliger la mobilisation des structures n'étant pas directement accessibles.

- **Le voile du palais** : on entraîne sa mobilité grâce à des exercices de phonation (alternance de phonèmes oraux et nasals) et de souffle dirigé.
- **Le pharynx** : ne pouvant agir directement sur le pharynx, on mobilise les structures annexes à travers des exercices de déglutition langue tirée, de bâillements volontaires ou via la mobilisation laryngée (production bruyante d'air).

- **Le recul de la base de langue** : l'objectif est d'en améliorer la force et l'amplitude. On propose pour cela des mouvements actifs de contre-résistance, des mouvements d'abaissement passif à l'aide du doigt, des mouvements actifs (balayage du palais avec la langue) ou encore des exercices phonatoires alternant phonèmes postérieurs et antérieurs.
- **La musculature extrinsèque du larynx** : afin d'exercer l'ascension et la projection antérieure du larynx, on associe un travail de mise en tension de la musculature (avec des exercices de contre-résistance de la mandibule et des bâillements), des manœuvres de déglutition (à vide, de Mendelsohn...), et une mobilisation linguale (balayage du palais, articulation de consonnes postérieures...)
- **La musculature intrinsèque du larynx** : elle est entraînée en provoquant une fermeture glottique ou sus-glottique. On utilise pour cela l'émission saccadée de voyelles, des efforts à glotte fermée, la toux volontaire, ou des manœuvres de déglutition.
- **La musculature mandibulaire** : elle doit être travaillée avec précaution en cas de résection partielle de la mandibule. On propose principalement des exercices de controrésistance et des mobilisations passives.

Chapitre 2 : Méthode et moyens

1. But de l'étude et méthodologie

Le but de notre étude est de répondre à la question posée par notre problématique :

« *Quels sont les intérêts de la mise en place d'une consultation commune entre orthophonistes et diététiciens en libéral dans la réalimentation des patients dysphagiques ORL? »*

1.1. Hypothèses

Afin de répondre au mieux à notre problématique nous avons formulé plusieurs hypothèses de travail qui pourront être validées ou non par nos recherches.

Hypothèse 1 : Une consultation commune entre orthophoniste et diététicien en libéral est intéressante pour tous les acteurs de la rééducation.

Notre étude vise à démontrer que les patients, les orthophonistes et les diététiciens sont demandeurs d'une prise en charge coordonnée entre orthophoniste et diététicien. Il pourrait s'agir d'un travail préliminaire pour la création et la formalisation d'une consultation orthophonique et diététique en libéral pour les patients dysphagiques ORL. Pour cela nous devons nous assurer que cette consultation trouvera son public.

Nous cherchons donc à évaluer les intérêts que les différents acteurs voient à la consultation mais aussi leur motivation et leur envie que cette consultation voie le jour.

Pour les professionnels nous avons aussi ajouté à nos considérations une dimension importante qui est le partage de connaissances et l'évolution de la pratique professionnelle au contact d'autres professionnels de santé.

Hypothèse 2 : La consultation est réalisable en pratique.

Si les consultations pluridisciplinaires ou tout du moins les contacts entre les différents professionnels sont fréquents dans le cadre d'institutions comme les hôpitaux ou les centres de soins de suite, il n'en est pas de même pour le libéral. Dans son mémoire sur la prise en charge orthophonique et diététique des patients dysphagiques, Cécile Antczak a conclu que l'exercice libéral ne limite pas forcément la collaboration entre les orthophonistes et les diététiciens mais qu'il en modifie les modalités. Les professionnels auraient dans ce cadre plus de contacts indirects.

Ici nous cherchons à mettre en place un partenariat avec des contacts directs, ce qui induit un certain nombre de contraintes. En effet, il faut pouvoir faire se rencontrer deux professionnels et un patient en un même lieu, cela peut demander une organisation méticuleuse tant dans le choix de l'endroit où la consultation a lieu que dans le déroulement de la séance.

Notre hypothèse ici est que la mise en place logistique de cette consultation est possible ce

qui justifierait la possibilité de la création de la consultation à plus grande échelle.

1.2. Objectifs de travail

Les objectifs de notre étude, découlant des hypothèses décrites ci-dessus, seront donc :

- de vérifier que les patients trouvent un intérêt à une consultation commune entre orthophoniste et diététicien en libéral
- de vérifier que les professionnels sont intéressés par une consultation commune entre orthophoniste et diététicien en libéral et y trouvent un bénéfice dans leur pratique
- de vérifier que cette consultation est faisable en mettant en place des consultations pilotes

2. Cheminement

2.1. Début du projet

Après les cours sur la laryngectomie totale dispensés par Mme Simonin et après avoir rencontré des patients en service ORL lors de stages, l'envie de travailler dans le domaine de la cancérologie ORL s'est rapidement imposée et nous avons décidé de choisir ce thème pour notre mémoire. Nous avons donc pris contact avec les orthophonistes exerçant dans ce domaine, dont Aurélia Henry qui est devenu notre maître de mémoire, afin de faire émerger une problématique intéressante.

Le projet a d'abord été influencé par l'impression que les orthophonistes montrent peu d'intérêt pour les pathologies ORL, ce qui entraîne parfois un manque dans la prise en charge des patients à la sortie des centres spécialisés et des hôpitaux. L'idée de proposer un outil pour dédramatiser et encourager les orthophonistes à prendre en charge ces patients nous a d'abord séduite. Nous avons dû finalement faire marche arrière car le postulat de départ était difficile à vérifier et il aurait été délicat, en tant qu'étudiante, de juger et de conseiller les pratiques des professionnels.

Par la suite, nous avons rencontré par hasard une diététicienne qui a travaillé avec des patients présentant une dysphagie postopératoire suite à un cancer. Nous avons été étonnée et intriguée car nous n'avions jamais entendu parler de la prise en charge en diététique des patients dysphagiques. En interrogeant les personnes autour de nous à l'école d'orthophonie, nous avons pu constater que le suivi des diététiciens n'était que peu voire pas connu alors que le contact avec un autre professionnel pouvait rassurer les orthophonistes. Nous nous sommes donc orientée vers la collaboration entre l'orthophoniste et le diététicien.

2.2. Émergence de la problématique

Après avoir fixé notre thème de recherche sur le partenariat entre le diététicien et l'orthophoniste, il nous fallait cibler notre problématique et pour cela définir avec quelle population nous souhaitions travailler : notre travail serait-il orienté vers les patients ou vers les professionnels ?

Nous nous sommes d'abord orientée vers l'idée d'un document commun pour l'orthophoniste et le diététicien, détaillant le travail de chaque professionnel travaillant avec un patient donné. Ce document, par les informations qu'il aurait contenues aurait permis une prise en charge plus cohérente du diététicien et de l'orthophoniste. Là encore nous avons dû renoncer car le projet, bien qu'attrayant, semblait peu réalisable. En effet un orthophoniste et un diététicien ont des compétences qui sont spécifiques à leur profession. L'orthophoniste ne peut se substituer à un diététicien et vice-versa. Le document n'aurait pas facilité le travail des professionnels car les informations ne leur auraient pas forcément « parlé ».

Après avoir lu le mémoire d'Aurore Balan-Gheorghiu ainsi que celui de Déborah Morisset et Laetitia Gernez sur la consultation ortho-diététique de l'hôpital Georges Pompidou à Paris, nous nous sommes intéressé à ce type de prise en charge commune. Nous avons pu constater que ces prises en charge n'avaient pas encore été envisagées en libéral et nous nous sommes donc concentré sur cet objectif.

Néanmoins il nous a fallu faire des choix afin de bien cibler notre étude. En effet nous n'avions ni le temps ni les moyens de mettre en place la consultation à grande échelle et d'en évaluer les bénéfices. Il fallait en premier lieu évaluer la demande des professionnels et des patients car il aurait été inutile de créer une consultation si celle-ci n'aboutissait à rien par manque d'intérêt de la part des différents acteurs de la rééducation.

C'est ainsi que nous en sommes arrivée à notre problématique actuelle : « Quels sont les intérêts de la mise en place d'une consultation commune entre orthophonistes et diététiciens en libéral dans la réalimentation des patients dysphagiques ORL? »

3. Élaboration du protocole

Afin d'évaluer les demandes des différents acteurs de la rééducation -c'est-à-dire les patients, les diététiciens et les orthophonistes- nous avons élaboré des questionnaires. L'un d'eux a été développé pour les patients afin que ceux-ci puissent nous faire part de leur expérience dans la réalimentation et nous donner leur avis sur l'intérêt que pourrait représenter une consultation commune entre les diététiciens et les orthophonistes. Les deux autres permettent de recueillir l'avis des professionnels.

Nous avons en parallèle essayé de mettre en place des consultations pilotes avec quelques patients suivis par un orthophoniste libéral et un diététicien prestataire de service. Ceci a pour but de montrer que ce type de consultation pluridisciplinaire est réalisable et ne présente pas plus d'inconvénients dans sa mise en place logistique que d'avantages dans le suivi du patient et dans l'évolution de la pratique des professionnels.

3.1. Questionnaires

Il était important pour nous que la passation des questionnaires soit la plus simple et la plus efficace possible. Nous avons donc développé des questionnaires dont le nombre de questions était limité afin que le plus de personnes aient l'opportunité de les remplir. Pour le questionnaire destiné aux patients nous avons utilisé des termes simples et avons indiqué la définition des concepts qui auraient pu poser problème.

Nous avons aussi laissé à la fin de tous les questionnaires, une rubrique « remarques » afin que les personnes répondant puissent exprimer des idées ou des perspectives auxquelles nous n'aurions pas pensées.

3.1.1. Questionnaire destiné aux patients

Ce questionnaire a été élaboré autour de trois grands axes qu'il nous paraissait important d'explorer.

3.1.1.1. Histoire de la maladie

Les premières questions de ce questionnaire sont à rapprocher d'une anamnèse qui pourrait être faite lors d'un bilan. En effet nous avons choisi de poser des questions sur le diagnostic, la date du diagnostic, les éventuelles interventions chirurgicales, les traitements complémentaires et l'état de départ au niveau de la réalimentation, que ce soit au niveau de la déglutition et au niveau d'une éventuelle nutrition artificielle. Il nous a semblé important de replacer chaque patient dans son histoire personnelle et son histoire avec la maladie. Nous voulions aussi avoir le panel le plus large de patients. Les cancers ORL regroupent des pathologies très différentes aux conséquences plus ou moins importantes. C'est cette diversité que nous avons voulu évaluer afin que cette étude puisse être la plus représentative possible des expériences vécues par les patients.

3.1.1.2. Le suivi et l'évolution dans la réalimentation

Les questions suivantes permettent de déterminer comment le patient a été suivi. Il lui est demandé de préciser s'il a été suivi par un orthophoniste et dans quel cadre, s'il a été suivi par un

diététicien et dans quel cadre et comment sa réalimentation a évolué. Il s'agit ici de permettre au patient de donner un retour sur son expérience. Ces questions permettent entre autre un raisonnement préalable pour les suivantes qui concernent la consultation commune entre orthophoniste et diététicien en libéral. En faisant appel à sa propre expérience le patient sera plus à même de juger la possible utilité de cette consultation.

3.1.1.3. Avis sur la consultation

Il s'agit ici de recueillir l'avis du patient sur l'intérêt que pourrait représenter la consultation commune entre orthophoniste et diététicien en libéral. Dans un premier temps il est demandé au patient de donner son avis sur les intérêts que pourrait présenter ce type de consultation. Nous demandons au patient qui exprimerait son intérêt d'expliquer son choix. par l'aspect pratique de la présence des deux professionnels à un même endroit, par l'aspect rassurant de la présence des deux professionnels ou par le besoin d'un suivi plus cohérent. Nous avons laissé la possibilité au patient d'exprimer une opinion différente des choix que nous avons proposés en créant une réponse « autre avis ». Dans un deuxième temps, nous demandons au patient s'il aurait plus personnellement eu envie de bénéficier de ce type de prise en charge. Il s'agit ici plutôt d'évaluer la motivation personnelle du patient à participer à une consultation de ce type.

3.1.2. Questionnaires destinés aux professionnels

Nous avons choisi de décrire ici les deux questionnaires de la même façon car peu d'items les différencient l'un de l'autre. Tout comme dans le questionnaire destiné aux patients, les questions peuvent être séparées selon trois grands axes.

3.1.2.1. Profils des professionnels

Les premières questions concernent la formation et l'exercice des professionnels. En effet nous avons jugé intéressant de voir si l'expérience des professionnels pouvait jouer un rôle dans la façon dont ils envisageaient la prise en charge des patients dysphagiques.

3.1.2.2. Expériences avec les patients en ORL

Nous avons jugé pertinent de demander aux professionnels de préciser s'ils avaient déjà pris en charge des patients dysphagiques ORL et comment ils avaient envisagé ce contact. Nous voulions voir si les personnes ayant éprouvé des difficultés pouvaient trouver que la consultation dans la consultation une sécurité et une aide pour envisager plus sereinement les rééducations de troubles de la déglutition consécutifs à un cancer des voies aéro-digestives supérieures.

3.1.2.3. Avis sur la consultation

Il s'agit ici de recueillir l'avis des professionnels sur l'intérêt que pourrait représenter la consultation commune entre orthophoniste et diététicien en libéral. Nous demandons d'abord aux professionnels quels intérêts la consultation pourrait avoir pour le suivi du patient, puis quels intérêts cela pourrait avoir pour les professionnels eux-même et enfin, comme pour les patients, nous leur demandons s'ils auraient eu envie de participer à des prises en charge de ce type. Nous avons fait apparaître dans ces questions la notion d'évolution de la pratique et d'échange de connaissances entre les professionnels.

3.2. Consultations-pilotes

Nous avons cherché à mettre en place des consultations communes entre un orthophoniste et un diététicien prenant en charge un même patient dysphagique ORL et ainsi de démontrer que la consultation était possible et réalisable en pratique.

Nous commençons d'abord par contacter le patient et ses deux thérapeutes afin de présenter notre projet et d'obtenir l'accord de toutes les personnes impliquées dans la prise en charge.

Nous avons essayé d'organiser ensuite des rencontres préalables afin que les professionnels puissent s'accorder sur les objectifs de chacun dans la prise en charge du patient.

La consultation en elle même se déroule préférentiellement au domicile du patient. Les professionnels se partagent le temps de travail et donnent des informations au patient afin qu'il puisse continuer à s'entraîner chez lui et ainsi rendre son alimentation de plus en plus fonctionnelle.

Enfin, lors d'entretiens libres, nous avons recueilli les impressions du patient et des professionnels de la prise en charge qui avait eu lieu.

4. Populations

4.1. Patients pour le questionnaire

Nous avons inclus toute personne ayant eu un diagnostic de cancer des voies aéro-digestives supérieures quel que soit leur mode de traitement. Nous n'avons pas retenu de critères d'âge, de sexe ou de niveau socio-culturel car cela nous aurions alors eu des difficultés à évaluer les conséquences sur les réponses et il nous aurait fallu avoir un panel plus étendu.

Nous avons exclu de notre population les personnes ayant subi une laryngectomie ou une pharyngo-laryngectomie totale. Notre étude portant sur la dysphagie, il nous paraissait peu pertinent d'inclure les personnes ayant subi une chirurgie qui entraîne peu ou pas de troubles de la déglutition.

4.2. Orthophonistes pour le questionnaire

Nous avons inclus dans notre population tous les orthophonistes exerçant en libéral au moment présent sans distinction d'âge. Nous avons choisi de conserver les réponses d'orthophonistes diplômés depuis moins d'un an et ce dans le but d'avoir un retour sur leur formation encore récente.

Nous avons exclu de notre étude les orthophonistes exerçant exclusivement en centre ou en hôpital. En effet, notre travail porte sur la prise en charge en libéral des patients. Nous avons inclus les personnes effectuant un exercice mixte.

4.3. Diététiciens pour le questionnaire

Nous avons inclus tous les diététiciens susceptibles d'avoir été en contact ou susceptibles d'avoir suivi des patients en cancérologie ORL.

Nous avons exclu les diététiciens à la retraite ou n'exerçant plus au moment présent.

Nous n'avons exclu aucun des domaines d'activité des diététiciens car nous voulions connaître les possibilités de prise en charge dans leurs différents cadres d'exercice. Nous avons néanmoins ciblé plus particulièrement les prestataires de service et les diététiciens hospitaliers qui sont ceux qui ont plus souvent l'occasion de prendre en charge les patients de cancérologie ORL.

4.4. Consultations pilote

Nous avons recherché des patients ayant des troubles de la déglutition consécutifs à un cancer des voies aéro-digestives supérieures suivis à la fois par un orthophoniste en libéral et un diététicien. Nous avons inclus tous les patients qui correspondaient aux critères définis pour le questionnaire, qui se sont dit intéressés par le projet et dont les deux thérapeutes ont pu se rendre disponibles et disposés à mettre en place au moins une séance en commun.

Chapitre 3 : Résolution de la problématique

1. Analyse des données

Le but de notre étude est d'évaluer les intérêts de la mise en place d'une consultation commune entre orthophonistes et diététiciens en libéral dans la réalimentation des patients dysphagiques ORL.

Afin de valider ou d'invalider nos hypothèses, nous allons d'abord les confronter aux résultats recueillis par les trois questionnaires destinés aux patients, aux orthophonistes et aux diététiciens. Nous étudierons ensuite nos observations effectuées pour les consultations pilote que nous avons voulu mettre en place.

1.1. Dépouillement des questionnaires

1.1.1. Questionnaire destiné aux patients

Notre population est constituée de douze sujets. Ce nombre restreint ne nous permettra pas de généraliser nos conclusions et notre travail restera une étude pilote. Néanmoins les réponses nous ont permis une analyse qualitative des besoins et des attentes de ces patients.

Parmi les douze questionnaires, sept ont été administrés par nos soins lors d'entretiens téléphoniques. Les entretiens des cinq autres patients ont été menés par les orthophonistes qui les prennent en charge en libéral.

1.1.1.1. Pathologie initiale

Nous avons différencié deux types d'atteintes en fonction du siège de la tumeur. Nous pouvons voir que l'effectif de personnes ayant eu une atteinte laryngée et celui des personnes ayant eu une atteinte de la cavité buccale et de l'oropharynx est le même.

	Nombre de patients	Pourcentage
Atteinte du larynx	6	50%
Atteinte de la cavité buccale et de l'oropharynx	6	50%

1.1.1.2. Date du diagnostic

La plupart de nos patients ont été interrogés alors qu'ils suivaient encore une rééducation orthophonique ou en se basant sur les patients ayant consulté à l'Hôpital Central de Nancy entre 2010 et 2012. La pose du diagnostic était donc, la plupart du temps, récente.

	Nombre de patients	Pourcentage
Diagnostic en 2011	5	41,5%
Diagnostic en 2010	5	41,5%
Diagnostic avant 2010	2	17%

1.1.1.3. Intervention chirurgicale

A cette question seul un patient a répondu « non ». Il est à noter que ce profil de patient est assez peu fréquent mais tend à se multiplier comme le démontre la mise en place à l'Hôpital Central de Nancy d'une consultation spécifique pour les troubles de la déglutition des patients ayant reçu pour seul traitement des séances de radiothérapie.

1.1.1.4. Traitements complémentaires

Nous avons constaté que la majorité des patients avait reçu un traitement complémentaire après leur opération. Ces traitements consistent dans la majorité en des séances de radiothérapie.

	Nombre de patients	Pourcentage
Radiothérapie	10	83%
Chimiothérapie	0	0%
Radio-chimiothérapie	0	0%
Aucun traitement complémentaire	2	17%

1.1.1.5. Dysphagie

A cette question, tous les patients sans exception ont évoqué des troubles de la déglutition plus ou moins importants à un moment de leur prise en charge.

1.1.1.6. Alimentation artificielle

Tous les patients ont eu besoin à un moment ou un autre de leur prise en charge d'une alimentation artificielle. Nous pouvons observer qu'il s'agissait à chaque fois d'une alimentation de type entérale.

	Nombre de patients	Pourcentage
Sonde naso-gastrique	5	41,5%
Sonde de gastrostomie	7	58,5%
Intraveineuse	0	0%
Pas d'alimentation artificielle	0	0%

Nous pouvons constater en observant les questions précédentes que nous avons pu recueillir des expériences de patients très variées. Bien que notre échantillon de population soit assez restreint, il nous semble assez représentatif de la diversité des patients dysphagiques ORL.

1.1.1.7. Suivi orthophonique

Tous les patients de notre panel ont été suivis par une orthophoniste. Certains patients en ont même rencontré plusieurs dans différents cadres. L'orthophoniste en libéral semble néanmoins être le professionnel avec lequel les patients sont le plus en contact.

	Nombre de patients	Pourcentage
Orthophoniste en hôpital	5	41,5%
Orthophoniste en centre de soins de suite et de réadaptation	2	17%
Orthophoniste en libéral	10	83%
Pas de contact avec un orthophoniste	0	0%

1.1.1.8. Suivi diététique

Peu de patients ont déclaré ne pas avoir été en contact avec un diététicien. Là encore, certains patients ont rencontré plusieurs professionnels dans différents cadres. Nous pouvons constater que le diététicien prestataire de service est le professionnel le plus impliqué dans la prise en charge des patients.

	Nombre de patients	Pourcentage
Diététicien(ne) en hôpital	5	41,5%
Diététicien(ne) en libéral	0	0%
Diététicien(ne) prestataire de service	9	75%
Pas de contact avec un(e) diététicien(ne)	3	25%

1.1.1.9. Évolution de la réalimentation

Les patients interrogés ont tous eu un parcours très différent et on observe un certain équilibre dans les effectifs. Nous pouvons néanmoins remarquer qu'un seul patient est parvenu à retrouver une alimentation normale, similaire à celle pré-diagnostic.

	Nombre de patients	Pourcentage
Je suis exclusivement nourri(e) par alimentation artificielle	2	17%
Je suis nourri(e) par alimentation artificielle et j'arrive à prendre quelques aliments par la bouche	3	25%
Je me nourris presque normalement mais je conserve mon alimentation artificielle	3	25%
Je me nourris presque normalement mais je suis obligé(e) de prendre des compléments alimentaires	1	8%

Je me nourris normalement par la bouche mais certains aliments ou textures me sont encore interdits	2	17%
Je me nourris normalement	1	8%

1.1.1.10. Bénéfices d'une consultation en libéral réunissant un(e) orthophoniste et un(e) diététicien(ne)

Seuls deux patients ont déclaré ne pas voir l'intérêt d'une consultation commune entre l'orthophoniste et le diététicien. Les patients ont eu tendance à choisir plusieurs réponses pour justifier leur choix. Nous pouvons constater que la catégorie « autre avis » n'a pas été utilisée par les patients.

	Nombre de patients	Pourcentage
oui, je me sentirais mieux pris(e) en charge	7	58,5%
oui, ce serait plus facile pour moi d'avoir toutes les informations concernant ma réalimentation	5	41,5%
oui, je serais rassuré(e) par la présence de deux professionnels	6	50%
oui, ce serait plus pratique (deux professionnels en un seul et même lieu)	3	25%
non, je ne vois pas quel pourrait être l'intérêt de ce genre de consultation	2	17%
Autre avis	0	0%

1.1.1.11. Participation à la consultation

Seul un patient nous a déclaré ne pas souhaiter participer à une consultation orthophonique et diététique si on le lui proposait. Néanmoins, lors de l'entretien, le patient a signifié qu'il préférerait s'en remettre aux décisions de son chirurgien et que si cela lui avait été conseillé par celui-ci sa réponse aurait été différente.

	Nombre de patients	Pourcentage
Oui	11	92%
Non	1	8%

1.1.1.12. Remarques complémentaires

Aucun patient n'a souhaité faire de remarques supplémentaires.

1.1.2. Questionnaire destiné aux orthophonistes en libéral

Notre population est constituée de trente-quatre professionnels libéraux exerçant en France.

1.1.2.1. Formation

Les questionnaires ayant été diffusés entre autre par le Syndicat des Orthophonistes de Meurthe-et-Moselle (SOMM) et par la liste des contacts des maîtres de stage de l'école d'orthophonie de Lyon, il est normal que nous trouvions une majorité de professionnels diplômés de l'école de Nancy et de Lyon.

	Nombre de réponses	Pourcentage
Nancy	8	23,5%
Lyon	9	26,5%
Belgique	5	15%
Lille	5	15%
Nice	2	5%
Autres écoles	5	15%

1.1.2.2. Période d'obtention du diplôme

Plus de la moitié des professionnels interrogés ont obtenu leur diplôme entre l'année 2000 et l'année 2011. Nous pouvons constater que la plupart des personnes ayant répondu ont obtenu leur diplôme récemment.

	Nombre de réponses	Pourcentage
Avant 1990	5	15%
Années 1990	4	12%
Années 2000	14	41%
Années 2010	11	32%

1.1.2.3. Expérience en libéral

Les effectifs notés confirment d'une part notre observation à propos du fait que notre population exerce depuis peu en libéral et d'autre part ils montrent que certaines orthophonistes ont changé de cadre d'exercice en passant récemment du salarial au libéral.

	Nombre de réponses	Pourcentage
Entre 1 et 5 ans	19	56%
Entre 5 et 10 ans	7	20%
Entre 10 et 20 ans	4	12%
Plus de 20 ans	4	12%

1.1.2.4. Expérience avec les patients dysphagiques ORL

La majorité des orthophonistes interrogés ont déjà rencontré des patients dysphagiques ORL dans leur pratique en libéral. Nous pouvons donc penser que les professionnels pourront faire des liens avec leur expérience avec ces patients dans les questions concernant les possibles bénéfices de la consultation pluridisciplinaire.

	Nombre de réponses	Pourcentage
Oui	25	73,5%
Non	9	26,5%

1.1.2.5. Ressenti des professionnels vis-à-vis des patients

En réponse à la question « vous êtes-vous senti(e) à l'aise avec ce(s) patient(s) ? », nous pouvons observer que les professionnels sont majoritairement à l'aise avec les patients présentant une dysphagie ORL. Néanmoins certains professionnels, bien qu'ils aient accueilli les patients dans leur cabinet continue à éprouver un malaise vis-à-vis de ces pathologies et de leur prise en charge.

	Nombre de réponses	Pourcentage
Oui	18	72%
Non	7	28%

Les résultats de la question « seriez vous prêt(e) à prendre en charge ces patients si l'occasion se présentait ? » sont beaucoup moins tranchés. Dans le groupe des personnes n'ayant pas accueilli de patients dysphagiques ORL, certains professionnels ne se sentent pas prêts à prendre en charge ce type de pathologies. Nous essaierons d'observer si ces professionnels se sentiraient prêts à faire ces prises en charge dans le cadre d'une consultation pluridisciplinaire.

	Nombre de réponses	Pourcentage
Oui	4	45%
Non	5	55%

1.1.2.6. Inquiétudes vis-à-vis de la prise en charge

Pour cette question nous avons recueilli les réponses de seize des professionnels interrogés.

Nous pouvons d'abord constater que la prise en charge des patients dysphagiques ORL est source de questionnement pour les orthophonistes. La première des préoccupations est que les professionnels se sentent isolés dans leur cabinet et se sentiraient démunis en cas de problème. La raison principale de cette appréhension est que la prise en charge de la dysphagie est la seule rééducation orthophonique où l'action du praticien peut représenter un risque vital pour le patient. Après cette inquiétude importante viennent les impressions de manque dans la formation initiale et de manque d'aisance dans la pratique. Nous pourrions confronter ces résultats à ceux permettant d'évaluer si la présence d'un autre professionnel de santé et les échanges avec celui-ci pourraient rassurer les orthophonistes concernés.

	Nombre de réponses	Pourcentage
Je ne me sens pas assez à l'aise dans ma pratique pour prendre en charge ce genre de patient	5	31%
J'ai l'impression de ne pas être assez formé(e) (formation initiale) pour prendre correctement en charge ces patients	5	31%
Je me sens isolé(e) dans mon cabinet et je me trouverais démun(e) en cas d'urgence	8	50%
Je n'aime pas ce type de prises en charge	1	6%
Autre	3	19%

1.1.2.7. Contact avec les diététiciens

On peut constater qu'une part important des orthophonistes interrogés ont déjà eu des contacts avec un ou des diététiciens. On remarque que l'interlocuteur privilégié est le diététicien hospitalier avant le prestataire de service ou le diététicien libéral.

	Nombre de réponses	Pourcentage
oui, un(e) diététicien(ne) en hôpital	17	50%
oui, un(e) diététicien(ne) en libéral	3	9%
oui, un(e) diététicien(ne) prestataire de service	8	23,5%
non	14	41%

1.1.2.8. Bénéfices potentiels de la consultation impliquant un orthophoniste et un diététicien pour les patients

Une forte proportion des orthophonistes interrogés soulignent d'abord l'apport d'informations cohérentes au patient grâce à la présence des deux professionnels dans un même lieu. Beaucoup d'orthophonistes estiment qu'une consultation de ce type permettra une prise en charge plus adaptée.

Certains professionnels ont utilisé la réponse « autre avis » pour nous signaler qu'une consultation complète n'était peut-être pas nécessaire mais qu'un entretien avec l'autre professionnel pouvait être intéressant. L'un des professionnels nous a signifié qu'il s'abstenait de répondre à la question car il n'avait jamais rencontré de patients dysphagiques ORL et ne se sentait pas capable de juger une prise en charge spécifique à ces pathologies.

	Nombre de réponses	Pourcentage
oui, ces patients bénéficieraient d'une prise en charge plus adaptée pour leur réalimentation	26	76,5%
oui, cela permettrait au patient d'avoir des informations cohérentes venant des deux professionnels	28	82%
non, le patient a besoin de deux consultations séparées	0	0%
Autre réponse	3	9%

1.1.2.9. Bénéfices de la consultation réunissant un(e) orthophoniste et un(e) diététicien(ne) pour les professionnels

La majorité des orthophonistes interrogés mettent en avant que la consultation pluridisciplinaire permettrait avant tout de faciliter la prise en charge par la coordination entre les deux professionnels. Une grande partie des personnes interrogées met aussi en avant le fait que les professionnels pourront partager leurs connaissances et évoluer dans leur pratique. L'aspect rassurant de ce type de consultation a aussi été mentionné par les orthophonistes. Quelques personnes signalent qu'elles estiment que la consultation serait trop difficile à mettre en place pour représenter un réel intérêt.

Dans la rubrique « autre avis » un professionnel nous a signalé que selon lui l'anxiété principale dans la prise en charge des patients dysphagiques était le risque de fausse route et que dans ce cas un partenariat avec un kinésithérapeute lui paraissait plus pertinent.

	Nombre de réponses	Pourcentage
oui, les professionnels se sentiraient moins isolés et seraient donc plus rassurés	16	47%
oui, les professionnels pourraient partager leur connaissances et évoluer dans leur pratique	25	73,5%
oui, les prises en charge seraient facilitées de par une coordination entre les deux professionnels	26	76%
non, ce genre de consultation serait difficile à mettre en place	2	6%
non, les professionnels n'y trouveraient pas d'intérêt	0	0%
autre avis	1	3%

1.1.2.10. Participation à la consultation

Une écrasante majorité des professionnels interrogés a manifesté son intérêt pour participer à une consultation avec un diététicien. Seule un orthophoniste signale qu'il pense que cette consultation serait trop compliquée à mettre en place.

Dans la rubrique « autre avis », un professionnel a estimé qu'il ne pouvait pas juger n'ayant pas été en contact avec les patients concernés par ce projet. Un autre nous a signalé qu'il aurait été d'accord si le cadre de cette consultation avait été un centre ou l'hôpital.

	Nombre de réponses	Pourcentage
oui, je serais intéressé(e)	31	91%
non, ce serait trop compliqué à mettre en place	1	3%
non, je n'y verrais pas d'intérêt	0	0%
autre avis	2	6%

1.1.2.11. Remarques complémentaires

Dans les remarques que nous avons reçues beaucoup d'orthophonistes libéraux signalent l'importance qu'ils accordent au dialogue avec les autres professionnels de santé, y compris le diététicien avec qui ils leur arrivaient souvent de prendre contact.

Un professionnel nous a proposé d'étendre la recherche sur les consultation commune entre

orthophoniste et diététicien à d'autres pathologies comme par exemple les enfants souffrant de troubles de l'oralité, dans le cadre du poly-handicap ou de l'autisme.

1.1.3. Questionnaire destiné aux diététiciens

Notre population est constituée de vingt et un professionnels exerçant essentiellement en Meurthe-et-Moselle.

1.1.3.1. Formation

Les professionnels interrogés exerçant essentiellement en Meurthe-et-Moselle, nous avons une grande partie de notre population qui a été diplômé à Nancy ou dans ses environs.

	Nombre de réponses	Pourcentage
Agglomération nancéenne	12	57%
Lyon	4	19%
Autres	6	24%

1.1.2.2. Période d'obtention du diplôme

Plus de la moitié des professionnels interrogés ont obtenu leur diplôme dans les années 2000 et les autres ont été diplômés soit la décade précédente soit la décade suivante. Nous sommes donc en présence de personnes ayant pour la plupart été diplômées récemment.

	Nombre de réponses	Pourcentage
Années 1990	4	19%
Années 2000	13	62%
Années 2010	4	19%

1.1.2.3. Expérience professionnelle

Au niveau du cadre d'exercice, on observe le fait que les diététiciens hospitaliers, suivis par les diététiciens prestataires de service, composent une grande partie de notre population.

La catégorie « autres » désigne une personne travaillant dans la restauration collective et une personne qui a une activité professionnelle mixte.

	Nombre de réponses	Pourcentage
Hôpital	9	43%
Centre	2	10%
Prestataire de service	7	32%
Libéral	1	5%

Autres	2	10%
---------------	---	-----

Au niveau de la durée de l'exercice au poste occupé par le diététicien, Les effectifs notés nous permettent de souligner l'installation récente des professionnels au poste qu'ils occupent désormais.

	Nombre de réponses	Pourcentage
Moins de 2 ans	8	38%
Entre 2 et 5 ans	5	24%
Entre 5 et 10 ans	6	28%
Plus de 10 ans	2	10%

1.1.2.4. Expérience avec les patients dysphagiques ORL

La majorité des diététiciens interrogés ont déjà rencontré des patients dysphagiques ORL dans leur pratique. Nous pouvons donc penser que les professionnels pourront faire des liens avec leur expérience avec ces patients dans les questions concernant les possibles bénéfices de la consultation pluridisciplinaire.

	Nombre de réponses	Pourcentage
Oui	18	86%
Non	3	14%

1.1.2.5. Ressenti des professionnels vis-à-vis des patients

En réponse à la question « vous êtes-vous senti(e) à l'aise avec ce(s) patient(s) ? », nous pouvons observer que les professionnels sont majoritairement à l'aise avec les patients présentant une dysphagie ORL. Néanmoins certains professionnels continuent à éprouver un malaise vis-à-vis de ces pathologies et de leur prise en charge.

	Nombre de réponses	Pourcentage
Oui	13	72%
Non	5	28%

Les résultats de la question « seriez vous prêt(e) à prendre en charge ces patients si l'occasion se présentait ? » sont difficiles à interpréter au vu du nombre de réponses. Dans le groupe des personnes n'ayant pas accueilli de patients dysphagiques ORL, certains professionnels ne se sentent pas prêts à prendre en charge ce type de pathologies mais on peut les considérer comme étant minoritaires ici.

	Nombre de réponses	Pourcentage
Oui	2	67%
Non	1	33%

1.1.2.6. Inquiétudes vis-à-vis de la prise en charge

Huit personnes ont souhaité répondre à cette question. Nous pouvons remarquer que la principale préoccupation des diététiciens est une impression de manque de formation initiale qui permettrait de prendre les patients en charge sereinement.

	Nombre de réponses	Pourcentage
Je ne me sens pas assez à l'aise dans ma pratique pour prendre en charge ce genre de patient	1	12,5%
J'ai l'impression de ne pas être assez formé(e) (formation initiale) pour prendre correctement en charge ces patients	5	62,5%
Je me sens isolé(e) et je me trouverais démuni(e) en cas d'urgence	1	12,5%
Je n'aime pas ce type de prises en charge	0	0%
Autre	1	12,5%

1.1.2.7. Contact avec les orthophonistes

Très peu de diététiciens nous ont répondu qu'il n'avait jamais contacté un orthophoniste. Nous pouvons remarquer que l'interlocuteur privilégié est l'orthophoniste en libéral.

	Nombre de réponses	Pourcentage
un(e) orthophoniste en hôpital	8	38%
un(e) orthophoniste en centre de soins de suite et de réadaptation	6	28,5%
un(e) orthophoniste en libéral	10	47,6%
non	2	9,5%

1.1.2.8. Bénéfices de la consultation réunissant un(e) orthophoniste et un(e) diététicien(ne) pour les patients

Les diététiciens interrogés ont souligné l'intérêt que pouvait représenter la consultation au

niveau de l'adaptation de la prise en charge au patient. Ils indiquent également que la présence des deux professionnels dans une consultation permettrait de donner au patient des informations cohérentes.

Une personne a signalé en cochant l'item « autre avis » que cette consultation serait utile en complément de consultations séparées. Une autre n'a pas voulu se prononcer sur les intérêts possibles.

	Nombre de réponses	Pourcentage
oui, ces patients bénéficieraient d'une prise en charge plus adaptée pour leur réalimentation	17	81%
oui, cela permettrait au patient d'avoir des informations cohérentes venant des deux professionnels	15	71%
non, le patient a besoin de deux consultations séparées	0	0%
Autre réponse	2	14%

1.1.2.9. Bénéfices de la consultation réunissant un(e) orthophoniste et un(e) diététicien(ne) pour les professionnels

Les possibilités de facilitation de la prise en charge et celles de partage de connaissance et d'évolution dans la pratique intéressent une grande partie de notre panel de diététiciens. Une seule personne a exprimé que ce type de prise en charge n'aurait aucun intérêt pour les professionnels.

	Nombre de réponses	Pourcentage
oui, les professionnels se sentiraient moins isolés et seraient donc plus rassurés	12	47%
oui, les professionnels pourraient partager leur connaissances et évoluer dans leur pratique	16	73,5%
oui, les prises en charge seraient facilitées de par une coordination entre les deux professionnels	17	76%
non, ce genre de consultation serait difficile à mettre en place	0	0%

non, les professionnels n'y trouveraient pas d'intérêt	1	5%
autre avis	0	0%

1.1.2.10. Participation à la consultation

Une seule personne a exprimé le fait qu'elle ne voulait pas participer à ce type de consultation, l'estimant sans intérêt. Une autre personne a manifesté de l'incertitude en cochant la réponse « autre avis » et en précisant que sa réponse dépendrait de la façon dont serait organisée la consultation.

	Nombre de réponses	Pourcentage
oui, je serais intéressé(e)	19	90%
non, ce serait trop compliqué à mettre en place	0	0%
non, je n'y verrais pas d'intérêt	1	5%
autre avis	1	5%

1.1.3.11. Remarques complémentaires

Cette rubrique n'a pas été utilisée par les professionnels interrogés.

1.2. Consultations pilotes

Le but de notre démarche était de mettre en place pour un ou deux patients choisis une consultation commune entre l'orthophoniste et le diététicien en libéral. Nous n'avons pas cherché à contrôler les modalités de la prise en charge ou à juger le contenu des séances car nous ne cherchions pas à valider un protocole. Nous voulions démontrer que cette consultation était réalisable en pratique et que la prise en charge pouvait avoir lieu avec les deux professionnels présents en un même lieu. De fait, les séances pluridisciplinaires en libéral ne correspondant à aucune nomenclature, elles n'ont pas été comptées par les professionnels qui ont tenté l'expérience.

Nous avons eu l'opportunité de proposer à trois patients de participer à ces consultations pilotes : Mme H., M. R. et M. D.

1.2.1. Prise de contact avec les patients et leurs thérapeutes

- M. R. est un patient qui a été suivi au service ORL de l'Hôpital Central de Nancy. M.R. formulait une plainte à propos de sa réalimentation car il se sentait perdu et n'avait pas assez d'informations pour engager sereinement sa reprise alimentaire. Ces

plaintes et inquiétudes nous sont parvenues via notre maître de mémoire qui nous a proposé de le recruter pour la mise en place de la consultation pilote. Nous l'avons contacté par téléphone et après que nous lui ayons expliqué les principes de notre travail, il nous a dit vouloir réfléchir avec son entourage pendant quelques jours. Depuis nous n'avons plus de nouvelles et à ce jour nous n'avons toujours pas réussi à le recontacter.

- M. D. a lui aussi été suivi à l'Hôpital Central de Nancy et plus particulièrement à la consultation pour les patients traités uniquement par radiothérapie. Alimenté par sonde naso-gastrique et suivi par une orthophoniste en libéral, M.D. a fait beaucoup de progrès dans sa déglutition et a émis le souhait qu'on lui enlève sa sonde. Face à cette problématique d'ajustement des apports nutritifs en fonction de sa prise per os, nous lui avons proposé de nous mettre en relation avec son orthophoniste libérale et le diététicien prestataire de service s'occupant de lui afin de mettre en place, s'ils étaient d'accord, une consultation commune. Lorsque nous avons pu exposer notre projet aux professionnels, ils ont tous les deux été enthousiastes à l'idée de participer à cette expérience. Malheureusement, les deux professionnels ayant des emplois du temps très chargés il n'a pas été possible de trouver un moment qui soit propice à ce projet. Nous n'avons pas pu mettre en place de consultation.
- Nous avons rencontré Mme H. par le biais de son orthophoniste en libéral que nous avons sollicitée pour faire partie de notre expérimentation. Mme H. a été suivie dans le service ORL du centre Alexis Vautrin avant de repartir à son domicile et de continuer sa prise en charge auprès d'une orthophoniste en libéral. Mme H. a une sonde de gastrostomie et les poches lui sont apportées par un diététicien prestataire de service. Après avoir pris contact avec l'orthophoniste, la patiente et le diététicien un rendez-vous est fixé pour une consultation au domicile de la patiente.

1.2.2. Entretien préalable des professionnels

Cet entretien a eu lieu une semaine avant la consultation au cabinet de l'orthophoniste à Nancy en présence des deux professionnels et de moi même. Le but de cet entretien était d'expliquer en quoi consistait notre travail plus précisément et quel serait notre rôle lors de la consultation.

Ensuite les deux professionnels ont pu parler de la patiente, de ses antécédents et de la suite qu'ils voulaient donner à la prise en charge ont aussi mis à profit ce temps pour poser des questions

plus générales sur la prise en charge de la réalimentation. C'est l'occasion pour les professionnels de s'échanger des informations et de faire part de leurs expériences.

1.2.3. Temps de consultation

La consultation a eu lieu au domicile de la patiente en présence des deux professionnels et de nous même. Nous nous sommes installée en tant qu'observateur et avons laissé l'orthophoniste et le diététicien gérer la séance comme il en avait été convenu à l'entretien.

D'abord les professionnels ont écouté la patiente parler de son quotidien, de son envie qu'on lui enlève sa sonde. Elle évoque un rendez-vous avec un dentiste pour se faire faire des prothèses dentaires car son absence de dentition l'empêche de manger des aliments solides.

Ensuite l'orthophoniste a proposé à la patiente de montrer au diététicien quelles adaptations elles avaient mis en place ensemble. L'orthophoniste a donc fait un essai aux liquides et au mixé pour constater que la patiente avait bien intégré tous les conseils qu'elle avait donnés.

Le diététicien a ensuite pris le relais en faisant l'inventaire avec la patiente de ce qu'elle mangeait par la bouche et le nombre de poches qu'elle passait par sa sonde. Par la suite il a fait le compte calorique de ce que Mme H. mange en une journée pour pouvoir rééquilibrer le rapport entre l'alimentation per os et l'alimentation artificielle.

Enfin les deux professionnels ont discuté avec la patiente des futurs objectifs de la prise en charge. Comme la déglutition était proche de la normale, l'orthophoniste a proposé de faire une pause dans la prise en charge. La rééducation orthophonique reprendrait plus tard lorsque Mme H. aura reçu ses prothèses dentaires afin de travailler la déglutition des solides. Quant au diététicien, il a proposé de commencer le sevrage des poches puisque les apports nutritionnels des aliments ingérés per os étaient suffisants pour remplacer une poche. La patiente a donc pour consignes de continuer à suivre les conseils et les adaptations mises en place pour sa déglutition en attendant les prothèses dentaires et d'éliminer un des repas qu'elle prenait par la gastrostomie pour le remplacer par un véritable repas. Tout ceci en continuant à faire attention à son poids et à prévenir sans hésiter les professionnels si elle rencontrait le moindre problème.

1.2.4. Avis des professionnels et de la patiente

La patiente nous a avoué qu'au premier abord elle avait eu peur que ça ne fasse « trop de monde » et qu'elle se retrouve submergée par trop d'informations. Mais elle a finalement apprécié cette consultation qui lui a donné l'impression d'être suivie de façon cohérente et qui lui a permis d'exprimer certaines de ses attentes. L'issue de la consultation étant le sevrage des poches, Mme H a exprimé un soulagement à l'idée d'être en voie pour faire enlever la sonde de gastrostomie dans des

conditions satisfaisantes.

Le diététicien nous a dit avoir toujours apprécié le partenariat entre les différents professionnels de santé et essayer au maximum d'être en lien avec les personnes qui prennent en charge ses patients, y compris les orthophonistes. La forme de la consultation lui a convenu et lui a paru pertinente pour cette patiente. Néanmoins il estime qu'il ne sera pas nécessaire de multiplier les consultations de ce type mais qu'il faudrait plutôt intervenir à des moments particuliers de la prise en charge, comme ici pour le sevrage de l'alimentation artificielle qui est un instant charnière de la réalimentation au cours duquel le compte calorique doit être ajusté en fonction des possibilités d'alimentation per os et donc de la fonctionnalité de la déglutition du patient.

L'orthophoniste nous a déclaré être ravie de cette consultation, avoir trouvé le projet intéressant : cela lui avait permis de découvrir et d'apprendre beaucoup. Elle nous avait exprimé précédemment une impression d'impuissance lorsque la rééducation de la déglutition stagnait. Elle nous a dit ne pas savoir quels conseils donner à ses patients pour qu'ils diversifient leur alimentation en fonction de leurs capacités de déglutition et pour qu'ils retrouvent du plaisir à manger. Pour elle, les points forts de ce type de consultation sont la découverte d'une autre profession de santé avec qui il est possible de partager des connaissances et la confiance qui peut s'installer entre les trois acteurs de la rééducation.

2. Synthèse des résultats et résolution de la problématique

Ce chapitre est réalisé à partir de la synthèse des résultats obtenus grâce aux trois questionnaires utilisés dans notre étude ainsi que de nos observations pendant la consultation pilote. Plutôt que de présenter cette synthèse en fonction des questionnaires et en séparant donc les réponses des professionnels et des patients, nous avons choisi de réunir ces dernières. Nous présenterons donc les résultats en fonction des intérêts mis en évidence et en fonction d'une réflexion sur la réalisation pratique, ce qui nous permettra plus tard de les mettre en corrélation avec nos hypothèses de travail et de répondre à notre problématique initiale.

2.1. Synthèse des résultats

2.1.1. Intérêts

2.1.1.1. Efficacité de la prise en charge

Aurore Balan Gheorghiu, dans son mémoire La consultation orthophonique et diététique en ORL : intérêts de la mise en commun des compétences dans la prise en charge des patients dysphagiques a conclu que la consultation commune entre orthophonistes et diététiciens dans le cadre de l'hôpital permet une meilleure efficacité de la prise en charge des personnes ayant eu un cancer des voies aéro-digestives supérieures. Nous avons voulu savoir si les patients et les professionnels estimaient qu'une telle consultation appliquée au libéral pouvait représenter les mêmes intérêts pour l'efficacité de la rééducation.

En dépouillant les questionnaires destinés aux patients, nous avons pu observer que seul un patient avait récupéré une alimentation normale après le diagnostic et le traitement de son cancer. Nous pourrions relier cette observation au fait que, pour une majeure partie de ces patients, le diagnostic est relativement récent. Néanmoins les patients nous ont tous évoqué une certaine longueur de la rééducation qui pouvait être frustrante. De fait, 58,5% des patients pensent qu'une consultation commune entre un orthophoniste et un diététicien leur permettrait de se sentir mieux pris en charge.

Ce point a aussi été évoqué avec la patiente de la consultation pilote. Après la séance en elle-même elle nous a déclaré s'être sentie en confiance et bien suivie, dans une rééducation très cohérente.

Pour les professionnels, deux aspects ont été évoqués. Dans un premier lieu, 76,5% des orthophonistes et 81% des diététiciens ont souligné que la consultation permettrait aux patients d'avoir une prise en charge plus adaptée pour leur réalimentation. Ici c'est l'intérêt pour le patient qui est mis en avant. Dans un second lieu, 76% des orthophonistes et 76% des diététiciens précisent

que la consultation faciliterait la prise en charge pour les professionnels. Les orthophonistes et les diététiciens font donc confiance à la présence d'un autre professionnel de santé pour faire avancer la rééducation efficacement à la fois pour les patients et pour eux-mêmes.

2.1.1.2. Partage des informations

L'objectif final d'une rééducation est de permettre au patient, grâce à des adaptations spécifiques au trouble et à son environnement, d'être autonome. Dans le cas de la dysphagie, il s'agit pour l'orthophoniste de proposer des conseils sur l'adaptation de l'environnement, de la posture et des textures proposées afin que la déglutition soit la plus fonctionnelle possible. Pour le diététicien il s'agit d'adapter le régime et les menus des patients afin qu'ils aient des apports caloriques et nutritifs suffisants. Il est donc important, dans les deux prises en charge, de permettre au patient de s'approprier les techniques de rééducation.

Les patients eux-mêmes ne placent pas la possibilité d'avoir plus d'informations concernant leur réalimentation dans leurs priorités bien que 41,5% des patients estiment que, grâce à la consultation, il pourrait être mieux informés.

Les professionnels se sentent plus concernés par cette problématique, sans doute parce que ce sont eux qui doivent passer ces informations aux patients de façon plus ou moins formelle. Nous notons que 82% des orthophonistes et 71% des diététiciens estiment que la consultation orthophonique et diététique permettrait au patient d'avoir des informations cohérentes venant des deux professionnels. Les professionnels sont sans doute plus sensibilisés à cette notion de partage d'informations avec le patient car elle fait partie intégrante de la prise en charge. Par ailleurs la question était centrée sur la notion de cohérence. En effet, on peut penser que les deux professionnels adapteront les informations à donner au patient en fonction de leur propres objectifs mais aussi en fonction de ceux de l'autre professionnel de santé.

2.1.1.3. Aspect sécurisant

La considération de l'aspect sécurisant de la prise en charge pluridisciplinaire vient de nos premières réflexions sur la prise en charge des patients dysphagiques ORL. En effet nous nous avons remarqué que cette prise en charge intéressait peu les orthophonistes voire les mettait mal à l'aise. Notre questionnaire met en évidence que les orthophonistes n'ont, dans une importante proportion, aucun problème pour prendre en charge ces patients. Néanmoins nous avons pu observer que parmi les orthophonistes mal à l'aise avec les patients en ORL, la moitié a déclaré se sentir isolée et démunie surtout en cas d'urgences. Nous avons voulu savoir si la présence d'un diététicien permettrait aux orthophonistes se sentir plus sereins pour prendre en charge les patients

dysphagiques ORL.

Nous pouvons constater que les orthophonistes ont répondu à 47% que la consultation permettrait aux professionnels de se sentir moins isolés et donc d'être plus rassurés. Ce chiffre ne représente pas la moitié de notre population et n'est pas vraiment exploitable tel quel. Néanmoins si l'on met en relation ces chiffres avec ceux des orthophonistes se sentant isolés, on peut constater que 75% des orthophonistes qui se sentaient isolés et démunis ont estimé que la présence d'un diététicien leur permettrait de sentir plus à l'aise.

Très peu de diététiciens ont exprimé un sentiment d'isolement ou une sensation d'être démunis. De même 47% d'entre eux ont aussi répondu au questionnaire et ont estimé qu'ils se sentiraient rassurés en présence d'un orthophoniste.

Quant aux patients, 50% d'entre eux se sentiraient rassurés si la consultation commune entre orthophoniste et diététicien était mise en place. Nous pouvons sans doute relier cette observation à celle que nous avons fait à propos de l'efficacité de la prise en charge. En effet, si le patient s'estime mieux suivi, il pourra engager sereinement sa réalimentation et sera donc rassuré.

2.1.1.4. Évolution de la pratique

Ce point ne concerne que les professionnels. Il s'agit ici de démontrer que la consultation commune entre l'orthophoniste et le diététicien n'est pas simplement la juxtaposition de deux consultations qui auraient pu être indépendantes l'une de l'autre mais bien un partenariat abouti entre les deux intervenants. Partenariat qui pourrait permettre une mise en commun des compétences et par conséquent permettre une évolution de la pratique des professionnels impliqués.

Tout d'abord nous avons cherché à savoir si les professionnels ressentaient ou non un manque dans leur formation initiale ou dans leur expérience professionnelle qui aurait pu être plus ou moins comblé par le partage de connaissances avec un autre professionnel de santé. Nous avons constaté que 31% des orthophonistes et 62,5% des diététiciens font état d'un manque de formation initiale tandis que 31% des orthophonistes et 12,5% des diététiciens disent ne pas être assez à l'aise avec leur pratique. Mis à part la plainte des diététiciens à propos de leur formation initiale, les autres données sont trop peu représentatives pour être exploitées. Nous ne pouvons donc pas faire de lien entre le possible manque de formation et l'envie des praticiens de partager des connaissances et d'évoluer dans leur pratique.

De fait nous avons tout de même observé que 73,5% des orthophonistes et 73,5% des diététiciens estiment que la consultation pluridisciplinaire permettrait aux professionnels de partager leurs connaissances et d'évoluer dans leur pratique. Nous pouvons en conclure que même si les personnes se sentent suffisamment formées, il existe une demande d'approfondissement et de

coopération et de mise en commun de savoir faire au contact d'autres professionnels.

Nous avons aussi pu observer ce partage d'informations et de connaissances pendant que nous observions la consultation pilote que nous avons effectuée. En effet, l'orthophoniste comme le diététicien ont pu se poser mutuellement les questions qui les interpellaient sur l'un ou l'autre des aspects de la prise en charge du patient. L'orthophoniste nous a même déclaré qu'elle avait trouvé ce point comme étant un des meilleurs arguments de la consultation en binôme.

2.1.2. Possibilités de mise en place de la consultation

2.1.2.1. Motivation des participants

Notre but était d'effectuer un travail préliminaire qui pourrait aboutir à la création d'une consultation commune entre orthophoniste et diététicien. Il nous fallait donc, entre autres, vérifier que le public concerné par ce type de prise en charge se sentait motivé pour participer à cette nouvelle consultation. Nous avons donc posé la question « Si l'occasion se présentait, accepteriez-vous de participer à ce type de consultation ? » aussi bien aux patients qu'aux professionnels. Les résultats que nous avons obtenus sont quasi unanimes : 92% des patients, 91% des orthophonistes et 90% des diététiciens nous ont déclaré que si l'occasion se présentait ils souhaiteraient participer à cette consultation. Nous pouvons donc en déduire que si elle était mise en place, la consultation trouverait son public rapidement car les différents acteurs de la rééducation sont demandeurs de ce genre de consultation.

2.1.2.2. Mise en place pratique

Nous avons cherché à mettre en place des consultations pilotes afin de démontrer que ce type de consultation pluridisciplinaire était réalisable en pratique en libéral. Nous avons eu des contacts de patients qui aurait sans doute tiré des bénéfices de ces consultations mais nous avons constaté qu'organiser une telle séance pouvait être fastidieux.

En effet sur les trois patients avec lesquels nous avons été en contact, seule une patiente a accepté de faire partie de l'expérience et elle était prise en charge par deux professionnels qui ont accepté de bouleverser leurs emplois du temps afin de pouvoir être présent tous les deux au domicile de la patiente.

La consultation est donc réalisable en pratique à la condition incompressible d'être bien planifiée en amont avec toutes les personnes concernées. Par ailleurs nous n'avons pas observé de problèmes entre l'orthophoniste et le diététicien car chacun a gardé, en plus des échanges et interactions inter-professionnelles, un champ d'action propre aux compétences de son exercice. Nous n'étions pas présente pour juger du contenu de la séance mais nous avons pu constater qu'il n'existait

pas de frustration concernant le partage du temps et le respect des objectifs de l'autre praticien.

2.2. Résolution de la problématique

2.2.1. Mise en relation avec les hypothèses de travail

La synthèse des résultats obtenus nous permet de nous confronter à nos hypothèses de travail et de tenter de répondre à notre problématique.

Hypothèse 1 : Une consultation commune entre orthophoniste et diététicien en libéral est intéressante pour tous les acteurs de la rééducation.

Nous avons mis en évidence des intérêts que pouvaient représenter la consultation commune entre un orthophoniste et un diététicien tant du point de vue du patient que des professionnels.

Les personnes interrogées ont estimé que la consultation permettrait d'améliorer la prise en charge que ce soit au niveau de son efficacité mais aussi au niveau de sa cohérence et des possibilités pour le patient d'avoir les informations lui permettant d'être autonome le plus facilement possible.

Cette consultation permettrait aussi de sécuriser les différents acteurs de par la présence d'un autre professionnel chargé de suivre le patient. Il ne s'agirait pour aucune des personnes impliquées de se retrouver face à une situation inextricable.

Enfin, les professionnels y trouveraient un bénéfice dans leur pratique. En effet la collaboration pluridisciplinaire permettrait aux deux professions d'échanger sur leurs connaissances et ainsi de faire évoluer les pratiques de chacun.

Notre hypothèse de départ est donc validée par nos observations et les réponses des patients et des professionnels.

Hypothèse 2 : La consultation est réalisable en pratique.

Les réponses aux questionnaire nous ont montré que si cette consultation venait à être créée, elle rencontrerait son public rapidement.

De plus nous avons vu avec notre consultation pilote que réunir les deux professionnels en un même lieu pour le suivi d'un même patient était réalisable à condition que chacun soit motivé et que l'organisation des contraintes horaires soit préparée en amont.

Nous avons rencontré une limite majeure lors de la mise en place des consultations pilotes. Faute de temps et de possibilités pour les professionnels de se déplacer, certaines prise en charge en commun n'ont pas pu se faire.

Cette hypothèse n'est donc que partiellement validée car la consultation est bien réalisable

mais est soumise à des facteurs limitants.

2.2.2. Conclusion de l'étude

Nous pouvons à présent répondre à notre problématique initiale : « *Quels sont les intérêts de la mise en place d'une consultation commune entre orthophonistes et diététiciens en libéral dans la réalimentation des patients dysphagiques ORL?* »

Nous avons donc pu voir que les intérêts de la mise en place d'une consultation commune entre orthophonistes et diététiciens en libéral dans la réalimentation des patients dysphagiques ORL seraient d'améliorer l'efficacité de la prise en charge, de rassurer les différents acteurs de la rééducation, de permettre le partage d'informations à la fois entre les praticiens et le patient dans le but de rendre celui-ci autonome et entre les deux professionnels qui peuvent alors évoluer dans leur pratique ; ceci tout en restant réalisable en pratique.

2.3. Discussion

Si notre étude nous a permis d'apporter des éléments de réponse à notre problématique, il convient cependant d'apporter quelques réserves aux résultats obtenus et de modérer quelque peu les conclusions que nous pouvons en tirer.

En effet, nous rappelons que nos questionnaires n'ont été adressés qu'à un petit nombre de professionnels et de patients. Il conviendrait, avant de généraliser les résultats obtenus, d'étendre cette étude à un public plus important. Nous regrettons principalement de ne pas avoir pu obtenir davantage de réponses des diététiciens que nous avons eu beaucoup de mal à contacter.

Il nous semble aussi important de préciser que nous aurions voulu multiplier les consultations pilotes afin d'avoir une analyse plus fine des problèmes que l'on pourrait rencontrer en mettant en place ces consultations. Malheureusement le temps et les opportunités nous ont manqués.

Cette étude nous aura en tout cas permis, d'apprendre beaucoup des différents professionnels mais aussi des patients. Grâce à notre travail de recherche nous avons pu appréhender toutes les difficultés auxquelles un patient dysphagiques ORL est confronté. Nous avons aussi pu mesurer toute l'énergie que mettent en oeuvre les thérapeutes pour soigner ces patients. Bien sûr, au travers de ces rencontres, nous avons également assimilé des éléments nécessaires à notre future pratique, comme par exemple les techniques pour le retour à une alimentation la plus normale possible. Ceci

étant elles nous auront aussi et surtout fait comprendre toute l'importance qu'a la dimension humaine et relationnelle dans ces prises en charge.

Nous espérons sincèrement que cette étude permettra d'aboutir à un projet plus formel et surtout qu'il permettra de faire découvrir une nouvelle facette des prises en charge de patients dysphagiques ORL souvent peu « appréciées » des professionnels.

Conclusion

L'objectif de ce mémoire était de déterminer quels pouvaient être les intérêts d'une consultation commune entre un orthophoniste et un diététicien en libéral dans la réalimentation des patients dysphagiques ORL. Nous avons dans un premier temps recueilli l'avis de toutes les personnes impliquées dans ce projet : les patients et les professionnels, orthophonistes et diététiciens. Dans un deuxième temps nous avons voulu démontrer que ce type de consultation était réalisable en pratique en mettant en place des consultations pilote.

Les témoignages recueillis nous ont permis d'apporter des éléments de réponse à la problématique.

Grâce aux informations recueillies auprès des patients, des orthophonistes et des diététiciens nous avons pu voir que la mise en place d'une consultation orthophonique et diététique en libéral présentait des intérêts qui motiveraient la création à plus grande échelle et la formalisation de cette consultation. Nous avons pu remarquer que les différentes personnes impliquées attendaient une meilleure prise en charge, des échanges d'informations riches et cohérents permettant d'améliorer la pratique des professionnels ou l'autonomie du patient.

Nous avons pu démontrer que la consultation était réalisable et ce malgré une difficulté majeure d'organisation qui nécessite une planification et une logistique en amont de la consultation. De plus, d'après nos résultats, les différents acteurs de la rééducation sont demandeurs ou en tout cas motivés pour tenter l'expérience de la pluridisciplinarité.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer tout au long de ce mémoire, il s'agissait ici d'un travail préliminaire pour la formalisation de cette forme de consultation. Il serait donc intéressant que d'autres travaux suivent ce mémoire pour affermir la création de cette consultation et, plus tard, en évaluer les impacts réels sur la prise en charge.

Il serait aussi intéressant, comme cela nous l'a été suggéré de faire le même travail pour d'autres pathologies comme par exemple les troubles de l'oralité chez l'enfant ; ou encore étudier le lien qui pourrait exister entre les orthophonistes et d'autres professions comme par exemple les kinésithérapeutes.

Sur un plan personnel, ce travail nous aura permis de nous confronter à la réalité du métier

d'orthophoniste en libéral, à la prise en charge de la dysphagie ainsi qu'à la démarche de collaboration vers d'autres professionnels. Nous avons pu rencontrer des personnes, professionnels et patients, dont les histoires nous ont permis d'évoluer tant humainement que dans nos connaissances théoriques.

Bibliographie

Ouvrages

- [1] Alpers, David H. (2008), *Manual of nutritional therapeutics*, Philadelphia :Lippincott Williams & Wilkins
- [2] Bernard P.F. (1997), *Précis d'alimentation entérale*, Vincennes : Ed. Hospitalières
- [3] Bernard P.F. (1997), *Précis d'alimentation parentérale*, Vincennes : Ed. Hospitalières
- [4] Bonfils P., Chevallier J.P. (2005) *Anatomie : Tome 3, ORL*, Paris : Médecine-sciences Flammarion
- [5] Brihaye S., Crevier-Buchman L., Tessier C. (1998), *La déglutition après chirurgie partielle du larynx*, Marseille : Solal
- [6] Brin F., Courrier C., Léderlé E., Masy V. (2006), *Dictionnaire d'orthophonie*, Paris : OrthoEditions
- [7] Desport J-C, Lescut D. (2005), *Guide de bonnes pratiques de nutrition artificielle à domicile*, Kremlin-Bicêtre : Éd. K'Noé
- [8] Drasin C., Rosenbaum A., Stitt E. H. (1980), *Nutrition for the cancer patient*, Palo Alto: Calif. , Bull Pub. Co.
- [9] Duguelrov P., Remacle M. et coll. (2009), *Précis d'audiophonologie et de déglutition tome II Voies Aéro-Digestives Supérieures*, Marseille :Solal
- [10] Giovanni A., Robert D. (2010), *Prise en charge orthophonique en cancérologie*, Marseille : Solal
- [11] Mcfarland D. (2006), *L'anatomie en orthophonie*, Paris : Masson
- [12] Puech M., Woisard V. (2011), *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte. Le point sur la*

prise en charge, Marseille : Solal

[13] Puech M., Woisard V. (2008), *Les approches thérapeutiques en orthophonie; Tome 3 Prise en charge des pathologies ORL; Rééducation des dysphagies de l'adulte et de l'enfant*, Paris: Orthoéditions

Mémoires

[14] Antczak C. (2010), *Prise en charge orthophonique et diététique des patients dysphagiques: Intérêts de la coopération des professionnels lors de la reprise alimentaire après une chirurgie ORL*, Mémoire d'orthophonie, Université Henri Poincaré Nancy 1

[15] Balan-Gheorghiu A. (2006), *La consultation orthophonique et diététique en ORL : intérêts de la mise en commun des compétences dans la prise en charge des patients dysphagiques*, Mémoire d'orthophonie, Université de Paris

[16] Fiore M., Leturnier A. (2010), *"Ne faisons pas fausse-route !" : sensibilisation transdisciplinaire sur la prise en charge au quotidien des troubles d'alimentation et de déglutition*, Mémoire d'orthophonie, Université de Lille 2

[17] Gernez L., Morisset D. (2008), *L'utilisation du DHI comme outil d'évaluation de la consultation ortho-diététique*, Mémoire d'orthophonie, Université de Paris

[18] Massoni S. (2007), *Troubles de la déglutition et accompagnement nutritionnel dans le cadre des traitements par radiochimiothérapie des cancers ORL*, Mémoire d'orthophonie, Université d'Aix-Marseille II

Articles

[19] Jager-Wittenaar H. Et coll. (2010), *Malnutrition in patients treated for oral or oropharyngeal cancer--prevalence and relationship with oral symptoms an explorative study*

[20] Kamstra et coll. (2010), *Oral symptoms and functional outcome related to oral and oropharyngeal cancer*

[21] Raber-Durlacher J.E. Et coll. (2011), *Swallowing dysfunction in cancer patients*

Annexes

Questionnaire à destination des patients

Le but de ce questionnaire est d'évaluer les intérêts que pourrait représenter une consultation orthophonique-diététique en libéral à destination des patients atteints de dysphagie après un cancer ORL. Nous vous remercions de consacrer quelques minutes de votre temps pour nous faire part de votre expérience et vos remarques N'hésitez pas à vous exprimer.

Les informations récoltées seront traitées de façon totalement anonyme.

1. Pour quel type de pathologie êtes-vous ou avez-vous été suivi(e) ?

.....

2. Quand le diagnostic a-t-il été posé ?

3. Avez-vous été opéré ?

- oui
- non

4. Avez-vous eu des traitements complémentaires ?

- oui, radiothérapie
- oui, chimiothérapie
- oui radio-chimiothérapie
- non

5. Avez-vous présenté des troubles de la déglutition (difficulté à avaler) ?

- oui
- non

6. Avez-vous eu besoin d'être alimenté artificiellement ?

- oui, par sonde naso-gastrique
- oui, par sonde de gastrostomie
- oui, par perfusion intra-veineuse
- non

7. Avez-vous été suivi(e) ou êtes vous suivi(e) par un(e) orthophoniste ?

- oui, un(e) orthophoniste en hôpital
- oui, un(e) orthophoniste en centre de soins de suite et de réadaptation
- oui, un(e) orthophoniste en libéral
- non

8. Avez-vous été suivi(e) ou êtes vous suivi(e) par un(e) diététicien(ne) ?

- oui, je vois/j'ai vu un(e) diététicien(ne) à l'hôpital
- oui, je me rends/je me suis rendu(e) au cabinet d'un(e) diététicien(ne) régulièrement
- oui, un(e) diététicien(ne) vient/venait à mon domicile
- non

9. Où en êtes-vous dans votre réalimentation ?

- Je suis exclusivement nourri(e) par alimentation artificielle

- Je suis nourri(e) par alimentation artificielle et j'arrive à prendre quelques aliments par la bouche
- Je me nourris presque normalement mais je conserve mon alimentation artificielle
- Je me nourris presque normalement mais je suis obligé(e) de prendre des compléments alimentaires
- Je me nourris normalement par la bouche mais certains aliments ou textures me sont encore interdits
- Je me nourris normalement

10. A votre avis, une consultation en libéral (hors de l'hôpital ou de centres) réunissant un(e) orthophoniste et un(e) diététicien(ne) serait-elle bénéfique ?

- oui, je me sentirais mieux pris(e) en charge
- oui, ce serait plus facile pour moi d'avoir toutes les informations concernant ma réalimentation
- oui, je serais rassuré(e) par la présence de deux professionnels
- oui, ce serait plus pratique (deux professionnels en un seul et même lieu)
- non, je ne vois pas quel pourrait être l'intérêt de ce genre de consultation
- autre avis (précisez).....

11. Si l'occasion se présentait/s'était présenté, accepteriez-vous/auriez-vous accepté de participer à ce type de consultation ?

- oui
- non

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Questionnaire à destination des orthophonistes

Le but de ce questionnaire est d'évaluer les intérêts que pourrait représenter une consultation orthophonique-diététique en libéral à destination des patients atteints de dysphagie après un cancer ORL. Nous vous remercions de consacrer quelques minutes de votre temps pour nous faire part de votre expérience et vos remarques N'hésitez pas à vous exprimer.

Les informations récoltées seront traitées de façon totalement anonyme.

1. Dans quelle école avez-vous été formé(e) ?
2. Quand avez-vous été diplômé(e) ?
3. Depuis quand exercez-vous en libéral ?
4. Dans votre exercice libéral, avez-vous déjà suivi un ou des patient(s) présentant une dysphagie après un cancer ORL ?
 - oui
 - non
- 5 a. Si oui, vous êtes-vous senti(e) à l'aise avec ce(s) patient(s) ?
 - oui
 - non
- b. Si non, seriez vous prêt(e) à prendre en charge ces patients si l'occasion se présentait ?
 - oui
 - non
6. Pour quelles raisons vous sentez-vous mal à l'aise avec/ne prendriez-vous pas en charge ces patients ?
 - Je ne me sens pas assez à l'aise dans ma pratique pour prendre en charge ce genre de patient
 - J'ai l'impression de ne pas être assez formé(e) (formation initiale) pour prendre correctement en charge ces patients
 - Je me sens isolé(e) dans mon cabinet et je me trouverais démuni(e) en cas d'urgence
 - Je n'aime pas ce type de prises en charge
 - Autres (précisez)
7. Avez-vous déjà été en contact, dans le cadre de votre exercice avec un(e) diététicien(ne) ?
 - oui, un(e) diététicien(ne) en hôpital
 - oui, un(e) diététicien(ne) en libéral
 - oui, un(e) diététicien(ne) prestataire de service
 - non
8. A votre avis, une consultation réunissant un(e) orthophoniste et un(e) diététicien(ne) serait-elle bénéfique pour le patient ?
 - oui, ces patients bénéficieraient d'une prise en charge plus adaptée pour leur réalimentation

- oui, cela permettrait au patient d'avoir des informations cohérentes venant des deux professionnels
- non, le patient a besoin de deux consultations séparées
- autre avis (précisez).....

9. A votre avis, ce genre de consultation serait-elle bénéfique pour les professionnels ?

- oui, les professionnels se sentiraient moins isolés et seraient donc plus rassurés
- oui, les professionnels pourraient partager leur connaissances et évoluer dans leur pratique
- oui, les prises en charge seraient facilitées de par une coordination entre les deux professionnels
- non, ce genre de consultation serait difficile à mettre en place
- non, les professionnels n'y trouveraient pas d'intérêt
- autre avis (précisez).....

10. Si l'occasion se présentait, accepteriez-vous de participer à ce type de consultation ?

- oui, je serais intéressé(e)
- non, ce serait trop compliqué à mettre en place
- non, je n'y verrais pas d'intérêt
- autre avis (précisez).....

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Questionnaire à destination des diététiciens

Le but de ce questionnaire est d'évaluer les intérêts que pourrait représenter une consultation orthophonique-diététique en libéral à destination des patients atteints de dysphagie après un cancer ORL. Nous vous remercions de consacrer quelques minutes de votre temps pour nous faire part de votre expérience et vos remarques N'hésitez pas à vous exprimer.

Les informations récoltées seront traitées de façon totalement anonyme.

1. Où avez-vous été formé(e) ?
2. Quand avez-vous été diplômé(e) ?
3. Actuellement dans quel cadre exercez-vous et depuis quand?
4. Dans votre exercice, avez-vous déjà suivi un ou des patient(s) présentant une dysphagie après un cancer ORL ?
 - oui
 - non
- 5 a. Si oui, vous êtes-vous senti(e) à l'aise avec ce(s) patient(s) ?
 - oui
 - non
- b. Si non, seriez vous prêt(e) à prendre en charge ces patients si l'occasion se présentait ?
 - oui
 - non
6. Pour quelles raisons vous sentez-vous mal à l'aise avec/ne prendriez-vous pas en charge ces patients ?
 - Je ne me sens pas assez à l'aise dans ma pratique pour prendre en charge ce genre de patient
 - J'ai l'impression de ne pas être assez formé(e) (formation initiale) pour prendre correctement en charge ces patients
 - Je me sens isolé(e) et je me trouverais démun(e) en cas d'urgence
 - Je n'aime pas ce type de prises en charge
 - Autres (précisez)
7. Avez-vous déjà été en contact, dans le cadre de votre exercice avec un(e) orthophoniste ?
 - oui, un(e) orthophoniste en hôpital
 - oui, un(e) orthophoniste en centre de soins de suite et de réadaptation
 - oui, un(e) orthophoniste en libéral
 - non
8. A votre avis, une consultation réunissant un(e) orthophoniste et un(e) diététicien(ne) serait-elle bénéfique pour le patient ?
 - oui, ces patients bénéficieraient d'une prise en charge plus adaptée pour leur réalimentation

- oui, cela permettrait au patient d'avoir des informations cohérentes venant des deux professionnels
- non, le patient a besoin de deux consultations séparées
- autre avis (précisez).....

9. A votre avis, ce genre de consultation serait-elle bénéfique pour les professionnels ?

- oui, les professionnels se sentiraient moins isolés et seraient donc plus rassurés
- oui, les professionnels pourraient partager leur connaissances et évoluer dans leur pratique
- oui, les prises en charge seraient facilitées de par une coordination entre les deux professionnels
- non, ce genre de consultation serait difficile à mettre en place
- non, les professionnels n'y trouveraient pas d'intérêt
- autre avis (précisez).....

10. Si l'occasion se présentait, accepteriez-vous de participer à ce type de consultation ?

- oui, je serais intéressé(e)
- non, ce serait trop compliqué à mettre en place
- non, je n'y verrais pas d'intérêt
- autre avis (précisez).....

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

