



UNIVERSITÉ DE NANTES

Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales

Année Universitaire 2018/2019

Mémoire

Pour l'obtention du

Certificat de Capacité en Orthophonie

**Mise en place d'une approche de
réhabilitation olfactive pour la prise en charge
des patients laryngectomisés totaux.**

Présenté par *Charlotte SOUFFLET*

Née le 03/11/1994

Président du Jury : Madame DER AZARIAN Mélanie, orthophoniste chargée de cours au CFUO de Nantes

Directrice du Mémoire : Madame MARTINAGE Valérie, orthophoniste chargée de cours au CFUO de Nantes

Co-directrice du Mémoire : Madame NAUX Elisabeth, orthophoniste chargée de cours au CFUO de Nantes

Membre du jury : Monsieur FERRON Christophe, ORL, praticien hospitalier et chargé d'enseignements

Remerciements

À Madame Mélanie DER AZARIAN,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de mon mémoire et d'avoir transmis votre expérience lors de vos différents enseignements.

À Monsieur Christophe FERRON,

Docteur, je vous remercie de me faire l'honneur de participer au jury de mon mémoire ainsi que de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

À Madame Valérie MARTINAGE,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger mon mémoire et d'avoir aiguillé ma réflexion tout au long de ce long travail.

À Madame Elisabeth NAUX,

Je vous remercie d'avoir co-dirigé mon mémoire et de m'avoir conseillée, afin que mon travail soit le plus possible adapté à la réalité de la pratique orthophonique.

Au Chef Manuel LE GOUIL du restaurant *La Poissonnerie et pas que*,

Je vous remercie pour vos précieux conseils qui m'ont permis d'établir une classification des odeurs.

À la Cheffe Claire HABCHI du restaurant *Le Café du Musée*,

Je vous remercie pour votre transmission de savoirs qui a particulièrement fait avancer mon projet, avec l'apprentissage de la technique de la déshydratation des aliments.

À toutes les orthophonistes ayant participé au programme de réhabilitation olfactive, pour vos conseils et votre implication tout au long des séances. Ce travail n'aurait pas pu se faire sans votre participation.

À tous les patients ayant participé au programme de réhabilitation olfactive,

Je vous remercie d'avoir accepté de m'aider dans la réalisation de ce travail et de m'avoir accordé votre confiance.

À Jean-Marc et Michelle,

Je vous remercie de m'avoir accompagnée et conseillée durant cette année. Votre accueil, votre disponibilité et votre expertise m'ont permis de nourrir ma réflexion.

Aux adhérents de l'association des Mutilés de la Voix des Sables d'Olonne, qui ont accepté de constituer ma population de patients-experts, afin d'asseoir mes hypothèses.

A tous les maîtres de stage qui m'ont accompagnée durant ces cinq années d'étude,

Je vous remercie pour vos conseils, votre disponibilité, votre bienveillance et votre transmission.

À mes proches,

Maman, je te remercie tendrement pour ton soutien sans faille tout au long de ces années, d'avoir cru en moi et surtout d'avoir tenu ta promesse. Cette réussite est aussi la tienne.

Papi, Mamie, ce travail est l'accomplissement de tout ce que vous m'avez transmis. Merci pour votre amour et d'avoir fait de moi celle que je suis aujourd'hui.

À mes amis qui m'ont soutenue durant ces études d'orthophonie et plus particulièrement à Jessica pour sa présence infaillible dans les bons comme les mauvais moments.

« Par délibération du Conseil en date du 7 mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »

Engagement de non-plagiat

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

Fait à Nantes, le 6 mai 2019

Table des matières

Remerciements.....	1
Introduction	7
1. L'olfaction	8
1.1 Anatomie du système olfactif	8
1.1.1 L'épithélium olfactif	8
1.1.2 Le bulbe olfactif.....	10
1.2 Physiologie de l'olfaction.....	11
1.3 Perturbations olfactives	12
1.3.1 Troubles qualitatifs	12
1.3.2 Troubles quantitatifs	12
1.3.3 Incidences d'un trouble de l'olfaction	13
2. La laryngectomie totale	14
2.1 Anatomie du laryngectomisé total	14
2.2 Conséquences physiologiques et sociales de la laryngectomie totale	14
2.2.1 Conséquences sociales de la laryngectomie totale	15
2.2.2 Conséquences de la laryngectomie totale sur la phonation.....	15
2.2.3 Conséquences de la laryngectomie totale sur la déglutition.....	18
2.2.4 Conséquences de la laryngectomie totale sur la respiration.....	18
2.2.5 Conséquences de la laryngectomie totale sur l'olfaction	19
2.3 Traitements du cancer laryngé.....	20
2.3.1 La radiothérapie	20
2.3.2 La chimiothérapie	22
3. Prise en charge de l'olfaction chez les patients laryngectomisés totaux.....	22
3.1 Intérêts de proposer une réhabilitation olfactive	22
3.2 Méthodes de réhabilitation olfactive	23
3.2.1 Méthodes rétrogrades	23

3.2.2	Méthodes antérogrades.....	23
3.2.3	Voie hématogène	25
1.	Hypothèses de travail	26
2.	Méthodologie	28
2.1	Population.....	28
2.1.1	Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	28
2.1.2	Recrutement de la population	28
2.2	Méthode.....	28
2.2.1	Composition et utilité des livrets	29
2.2.2	Questionnaire d'évaluation.....	30
2.2.3	Bilans olfactifs.....	30
2.2.4	Séances d'entraînement.....	31
3.	Présentation et analyse des résultats	36
3.1	Analyse quantitative des résultats.....	36
3.1.1	Bilans olfactifs pré et post réhabilitation	36
3.1.2	Entraînement aux odeurs.....	37
3.2	Analyse qualitative des résultats.....	38
3.2.1	Questionnaire à destination des patients	38
3.2.2	Questionnaire à destination des orthophonistes.....	40
3.3	Corrélation entre l'analyse qualitative et l'analyse quantitative des résultats.....	41
4.	Discussion.....	42
4.1	Synthèse et confrontation des résultats aux hypothèses.....	42
4.2	Apports cliniques	43
4.3	Biais et difficultés rencontrées.....	43
4.3.1	Limites liées au recrutement de la population	43
4.3.2	Limites liées au programme de réhabilitation olfactive	44
4.3.3	Limites liées au matériel utilisé	44

Conclusion	46
Bibliographie	47
Annexe 1 : Mise en forme pragmatique de la technique du bâillement poli	51
Annexe 2 : 35 pots d'odeurs	52
Annexe 3 : Cartes des catégories d'aliments	53
Annexe 4 : Cartes des aliments utilisés	55
Annexe 5 : Planche pour les exercices de jugement	64
Annexe 6 : Planches pour les exercices d'appariement	65
Annexe 7 : Lettre d'information à destination des patients.....	66
Annexe 8 : Recueil du consentement éclairé.....	67
Annexe 9 : Questionnaire d'auto-évaluation pré-réhabilitation	68
Annexe 10 : Questionnaire d'auto-évaluation post-réhabilitation	69
Annexe 11 : Bilan olfactif pré et post réhabilitation.....	70
Annexe 12 : Livret du patient (utilisation facultative)	71
Annexe 13 : Questionnaire final à destination des orthophonistes.....	76
Annexe 14 : Engagement éthique	78

Introduction

« L'Homme en sa qualité d'être vivant entretient, développe et adapte ses interactions avec l'environnement grâce à son système perceptif. » (Brand, 2001, p7).

L'olfaction occupe une place importante dans notre vie quotidienne, puisqu'elle attire notre attention sur les risques environnementaux et contribue à notre bien-être général. Ce sens est souvent altéré suite à une chirurgie du larynx, à cause des séquelles physiques et fonctionnelles qu'elle entraîne sur la vie sociale, la déglutition, la phonation et la respiration.

Actuellement, la prise en charge orthophonique est axée sur la réhabilitation vocale avec l'apprentissage d'une nouvelle voix. Toutefois, de nombreux patients déclarent avoir perdu l'odorat, le goût et l'appétit depuis la chirurgie et souhaitent être aidés. En 2000, Hilgers a proposé une méthode de réhabilitation olfactive appelée « technique du bâillement poli », dont F.Strecker (2010) a démontré les intérêts orthophoniques, mais aucun moyen technique n'a encore été proposé aux professionnels.

Face à ce constat, à la demande des patients et au manque de moyens concrets à destination des orthophonistes sur cet aspect de la prise en charge, nous avons voulu créer un matériel de réhabilitation basé sur des odeurs alimentaires.

La première partie de ce travail sera donc consacrée aux aspects théoriques de l'olfaction et de la laryngectomie totale. Aussi, nous expliquerons l'anatomie et la physiologie du système olfactif, avec les perturbations pouvant intervenir dans ce mécanisme. Puis, nous aborderons la chirurgie du larynx, ses conséquences, ses traitements ainsi que les différents moyens de prise en charge de l'olfaction en orthophonie.

Au sein de la partie pratique de ce travail, nous présenterons le matériel utilisé pour l'approche de prise en charge et les résultats obtenus après les passations. Enfin, nous les analyserons en les mettant en parallèle avec nos hypothèses de travail, afin de voir si une approche de réhabilitation structurée et progressive est efficace dans le rétablissement des capacités olfactives des patients laryngectomisés totaux.

Partie théorique

1. L'olfaction

1.1 Anatomie du système olfactif

La perception des odeurs fait appel au système olfactif, regroupant le bulbe olfactif et de nombreuses structures cérébrales. Une odeur naît de l'activation d'un grand nombre de récepteurs par des molécules diverses (Bonfils, Chevallier, 2017).

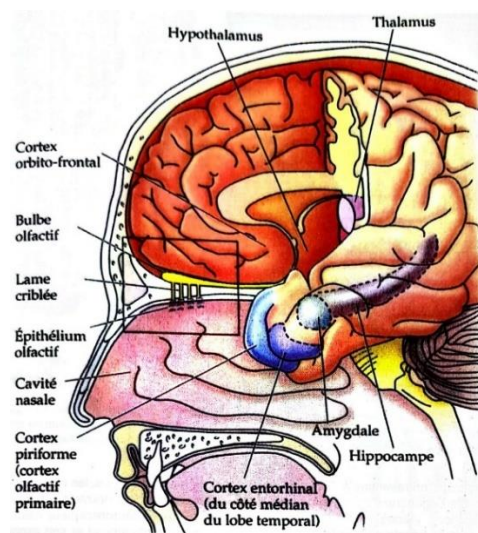


Figure 1 : *Voies olfactives*. Brand (2001) p 31

1.1.1 L'épithélium olfactif

La muqueuse olfactive, qui tapisse la face intérieure de la lame criblée de l'ethmoïde, la partie haute du septum et la face médiale du cornet moyen (Bonfils, Chevallier, 2017) est composée de trois types de cellules recouvertes d'une couche de mucus.

Le **mucus**, majoritairement sécrété par les glandes de Bowman, recouvre la surface de la muqueuse olfactive. Il assure la défense immunitaire, le maintien de l'homéostasie de l'environnement péri-récepteur, le transport des molécules odorantes, la détoxification, l'élimination des odorants après la transduction et le lavage permanent de la muqueuse.

Le **neuroépithélium olfactif** est composé de trois types de cellules :

- *Les neurones olfactifs primaires*

Appelés également cellules de Schultze, ce sont des cellules sensorielles bipolaires ayant une durée de vie de 2 à 3 mois (Bonfils, 2007), assurant la réception, la transduction (i.e la traduction d'un message chimique en message électrique) et la transmission des molécules odorantes. Il en existe environ 6 millions chez l'homme (Serratrice, 2013). Les molécules odorantes doivent donc parcourir la cavité nasale, avant de se fixer sur les récepteurs membranaires des neurones olfactifs primaires. (Bonfils, Chevallier, 2017)

Ils sont constitués d'un corps cellulaire contenant le noyau, une dendrite dirigée vers la cavité nasale, à l'extrémité de laquelle se trouvent des cils porteurs des récepteurs moléculaires et un axone qui traverse la membrane basale. Ce dernier se joint aux axones des autres neurones pour créer des filets olfactifs, puis des faisceaux pour former le nerf olfactif.

- *Les cellules basales*

Les cellules basales ou cellules souches sont situées à la base des neurones olfactifs primaires et assurent une régénération permanente des récepteurs, dont la durée de vie moyenne est limitée à 50 jours (Serratrice, 2013).

- *Les cellules de soutien*

Situées entre les neurones olfactifs, elles permettent la sécrétion d'une partie du mucus, le transfert des signaux entre les récepteurs ainsi que l'échange des molécules.

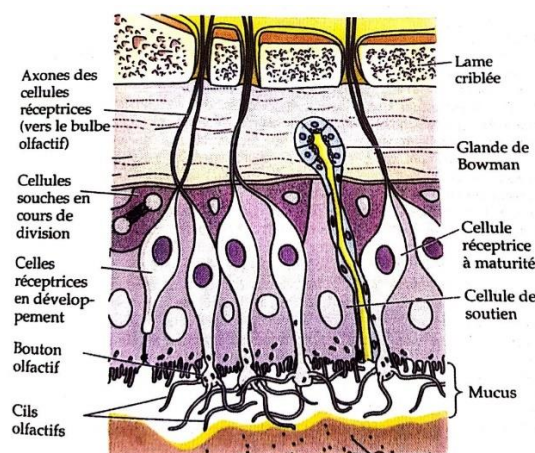


Figure 2 : *Structure du neuroépithélium olfactif*. Brand (2001) p 35

1.1.2 Le bulbe olfactif

Le bulbe olfactif est une structure paire, représentant le premier relais du système olfactif, car il traite l'information olfactive provenant de l'épithélium olfactif. Situés entre la lame criblée de l'ethmoïde et la face orbitaire du lobe frontal (Serratrice, 2013) et mesurant entre 6 et 16 mm de longueur (Brand, 2001), ils sont tous les deux composés de 6 couches concentriques :

- *La couche externe*, composée des axones des neurones olfactifs
- *La couche glomérulaire*, comprenant près de 2000 glomérules, participant à la transmission de l'information au cortex olfactif. Chaque glomérule comporte les ramifications des axones des neurones olfactifs, des cellules mitrales et des interneurones (Bonfils, 2007).
- *La couche plexiforme externe*, composée des dendrites des cellules mitrales et des dendrites des cellules granulaires.
- *La couche des cellules mitrales*, représentant les cellules principales du bulbe olfactif
- *La couche plexiforme interne*, qui constitue la liaison entre les cellules granulaires et les cellules mitrales.
- *La couche des cellules granulaires*, représentant des interneurones exerçant un ralentissement de l'activité des cellules mitrales lors de l'expiration.

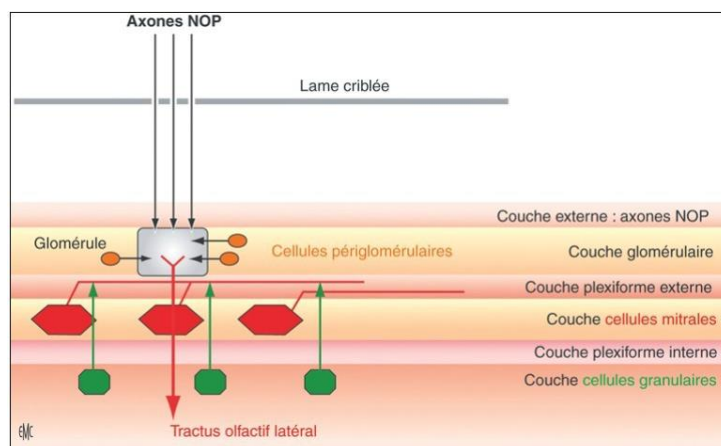


Figure 3 : *Structure du bulbe olfactif*. Bonfils (2007), p 3

1.2 Physiologie de l'olfaction

L'olfaction s'organise en plusieurs étapes, qui permettent à l'Homme de discriminer entre 5000 et 10000 odeurs, bien qu'il ne possède que 500 gènes récepteurs des odeurs (Brand, 2001) :

- *La transmission par aéroportage*

Les molécules odorantes en suspension dans l'air sont transportées dans les cavités nasales, vers le neuroépithélium, grâce au débit d'air aérien. Ce transport est induit via une pénétration par flux antérograde (voie orthonasale, dite conventionnelle) avec l'inspiration pulmonaire, ou par une voie rétrograde (rétro-olfaction) avec une odeur provenant de la cavité orale et de l'oropharynx (Bonfils & al, 2004).

- *Les événements périrécepteurs*

Afin d'atteindre les neurones olfactifs primaires, les molécules odorantes doivent traverser le mucus nasal et y être dissoutes (Bonfils & al, 2004). Or, la plupart de ces molécules sont hydrophobes et l'intervention de protéines, telles que les « odorant binding proteins » est indispensable pour favoriser la liaison avec les récepteurs des neurones olfactifs (Bonfils & al, 2004).

- *La transduction*

Les molécules se lient aux récepteurs des cils des neurones olfactifs, qui vont traduire le message chimique en message électrique. (Bonfils & al, 2004).

- *L'intégration centrale*

Cette dernière étape participe au traitement cognitif et émotionnel de l'information reçue (Bonfils, Chevallier, 2017).

Tout d'abord, l'étape bulbaire permet la reconnaissance des odeurs par le cerveau. Les axones des neurones olfactifs primaires traversent la lame criblée de l'éthmoïde, afin de transmettre l'information au bulbe olfactif et activer les glomérules. (Bonfils & al, 2004). Chaque bulbe olfactif constitue une « cartographie des odeurs » (Brand, 2001, p 37) : une odeur vient stimuler une zone spécifique du bulbe.

Puis, les informations olfactives reçues sont transmises au cortex olfactif primaire, afin d'être interprétées et intégrées.

1.3 Perturbations olfactives

Les troubles olfactifs, également appelés dysosmies, peuvent être qualitatifs ou quantitatifs.

1.3.1 Troubles qualitatifs

Il existe 3 types de dysosmies qualitatives, caractérisées par une altération du seuil de détection des molécules odorantes :

- Les **hyposmies**, caractérisées par une diminution des capacités olfactives. Les hyposmies de transmission sont engendrées par une altération de la transmission des molécules odorantes. Les hyposmies de perception concernent des altérations au moment de la transduction ou de la perception centrale de l'odeur.
- Les **hyperosmies**, correspondant à une perception olfactive exacerbée.
- Les **anosmies** représentant une perte totale de l'odorat. Il s'agit de la pathologie olfactive la plus fréquente et elles sont très souvent bilatérales (Serratrice, 2013).

Les anosmies de transmission résultent d'un défaut de liaison entre les molécules odorantes et les récepteurs olfactifs, tandis que les anosmies de perception sont dues à une atteinte congénitale, nerveuse, tumorale, virale ou traumatique. Selon leur étiologie, les anosmies peuvent être irréversibles ou récupérer partiellement ou totalement.

1.3.2 Troubles quantitatifs

Les troubles olfactifs quantitatifs se manifestent par une altération de la perception olfactive. Chacune des trois dysosmies qualitatives va orienter vers un diagnostic précis (Bonfils, 2007) :

- La **cacosmie** correspond à « la perception d'une mauvaise odeur qui existe réellement à l'intérieur du sujet. » (Bonfils, 2007, p5). Elle est permanente, mais le système olfactif de l'individu est intact.
- La **parosmie** représente une modification de la perception d'une odeur relativement agréable en une odeur désagréable, parfois définie comme « une odeur de caoutchouc brûlé, d'excrément ou de fosse septique » (Bonfils, 2007, p5), tandis qu'elle provient parfois de fruits ou du chocolat.

- La **phantosmie**, ou hallucination olfactive, est définie comme « la perception erronée d'une odeur absente » (Bonfils, 2007, p6). Elle témoigne souvent d'une pathologie neurologique ou psychiatrique. (Bonfils, 2007).

1.3.3 Incidences d'un trouble de l'olfaction

L'olfaction intervient dans nos comportements, de manière consciente ou inconsciente (Allali, 2010). Elle joue un rôle important dans la vie quotidienne, puisqu'elle attire notre attention sur les risques environnementaux et contribue à notre bien-être général. Les troubles olfactifs peuvent avoir des conséquences sur la qualité de vie des patients. En effet, plus de 40% des individus font part d'une diminution de leur bien-être général et de leur humeur (Keller & Malaspina, 2013).

Tout d'abord, l'olfaction intervient dans la **reconnaissance des aliments** et notre comportement avec la localisation alimentaire et l'indice de comestibilité des mets. Le système olfactif engendre la détection des arômes : la nourriture peut paraître moins appétissante et plus fade lorsqu'un patient souffre d'une dysosmie.

La diminution de l'appétence à se nourrir peut aussi influencer le poids corporel : de nombreux patients évoquent une prise de poids, tandis que d'autres se plaignent d'une diminution de la masse corporelle (Keller & Malaspina, 2013).

Le système olfactif fournit également des indications sur les **dangers environnementaux** et remplit une fonction d'alerte : odeur de gaz, de brûlé, de fumée, aliments avariés.

Ensuite, l'olfaction participe à la détermination des **comportements sociaux, émotifs, sexuels voire professionnels**. Habituellement, elle fait resurgir des souvenirs et procure du plaisir. Sa perte peut engendrer de l'isolement, un défaut de détection des odeurs corporelles, une perturbation de l'humeur ou de la relation de couple, une diminution du plaisir, une modification des compétences professionnelles dans les métiers ayant recours à l'odorat.

2. La laryngectomie totale

2.1 Anatomie du laryngectomisé total

La laryngectomie totale est une intervention chirurgicale, consistant en une ablation complète du larynx. Les systèmes digestif et respiratoire sont définitivement séparés et la trachée est abouchée à la paroi antérieure du cou. La respiration demeure possible grâce à la présence permanente d'une ouverture pratiquée dans le cou, appelée trachéostome.

Dans certains cas, la laryngectomie peut être étendue à l'hypopharynx, à la base de langue ou à la glande thyroïde en fonction de l'étendue de la tumeur (Le Huche, 2010).

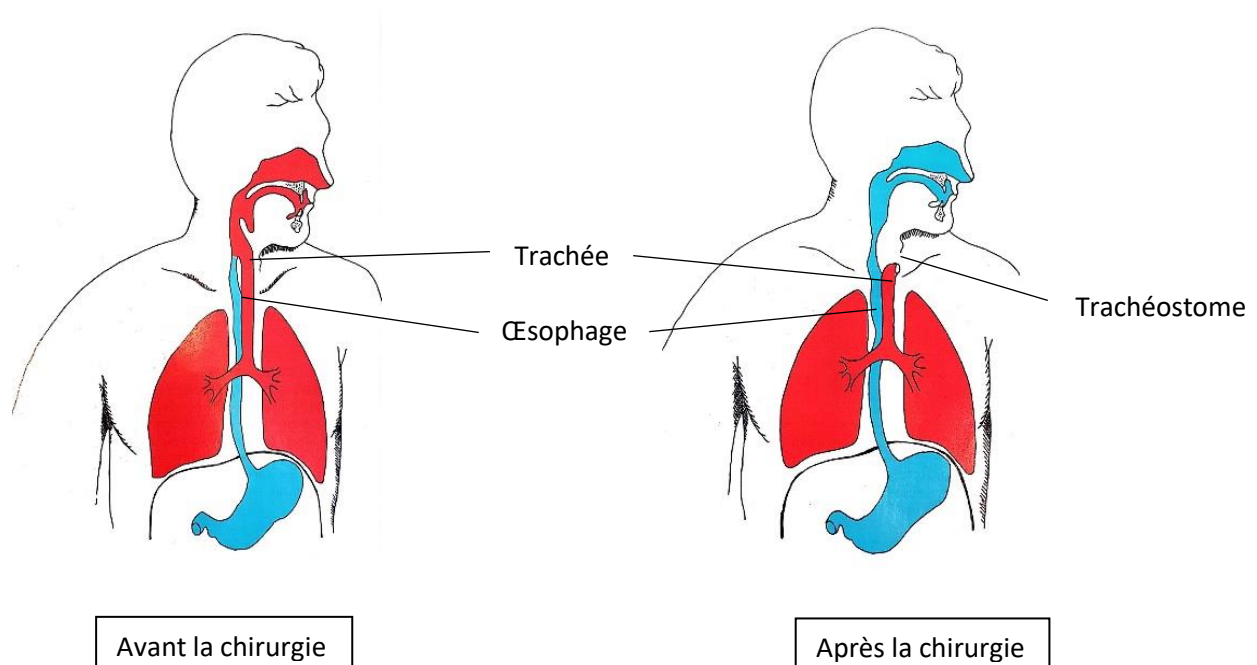


Figure 4 : *Conséquences anatomiques d'une laryngectomie totale.* D'après Le Huche (2010)

2.2 Conséquences physiologiques et sociales de la laryngectomie totale

Les cancers des voies aéro-digestives supérieures et leurs traitements sont à l'origine de complications et de séquelles multiples, impactant le quotidien des patients (Babin, 2014). Suite à ces changements, leur vie est modifiée et ils doivent envisager l'avenir différemment, en prenant en considération le retentissement fonctionnel et psychologique de leur pathologie.

Leur qualité de vie, c'est-à-dire la « perception qu'ils ont d'eux-mêmes dans le monde » (Babin, 2005), est donc impactée.

2.2.1 Conséquences sociales de la laryngectomie totale

La laryngectomie totale engendre une « rupture biographique » dans la vie quotidienne des patients, une modification corporelle et identitaire avec des retentissements psychologiques et sociaux importants (Babin, 2008).

De nombreuses conséquences sociales influent sur la qualité de vie du patient, même si l'impact d'une chirurgie du larynx varie entre les patients, selon leur âge, leur sexe, leur statut socio-économique et l'incidence fonctionnelle du cancer (Babin, 2008).

La modification de l'apparence physique impacte l'identité personnelle du malade. Le patient ne reconnaît plus son corps ni sa voix et ses proches ne le voient plus comme avant (Babin, 2014). Dans ce cas, le handicap alimente sa dépression et altère sa qualité de vie, avec la limitation de ses activités quotidiennes et professionnelles. En effet, les loisirs sont réduits, avec la nécessité d'effectuer des soins quotidiens, et l'impossibilité de participer à certains exercices sportifs. De plus, le patient est le plus souvent placé en invalidité professionnelle, impliquant une diminution des revenus et des contacts sociaux.

Le cancer affecte la personne malade, mais également son entourage : conjoint, enfants, amis, famille. Aussi, la prise en charge des proches par les soignants et celle du malade sont indissociables (Babin, 2008), avec la prise en considération de leur rôle dans la maladie.

2.2.2 Conséquences de la laryngectomie totale sur la phonation

La laryngectomie totale conclut sur « une mutilation traumatisante, privant le patient de sa possibilité de communiquer et de se faire entendre, mais aussi d'exprimer ses sentiments et sa personnalité » (Bretagne, 2010). Or, les individus reconnaissent la langue orale, comme le principal mode de communication (Babin, 2008). Il est donc capital de l'aider à acquérir une voix de substitution, afin qu'il puisse reprendre une vie sociale ou professionnelle.

2.2.2.1 Voix trachéo-oesophagienne

En fonction de l'état des tissus, du choix du chirurgien et en tenant compte de la demande du patient, l'ORL peut réaliser une fistule trachéo-oesophagienne et poser une prothèse interne (implant phonatoire), au cours de l'intervention chirurgicale ou en seconde intention. L'implant phonatoire permet l'apprentissage de la voix trachéo-oesophagienne, car il contient une valve, qui s'ouvre de la trachée vers l'œsophage, permettant de faire passer l'air pulmonaire lors de l'obturation du trachéostome. L'air remonte ensuite le long du tube digestif et fait vibrer la bouche de l'œsophage, aboutissant sur une sonorisation.

La réhabilitation vocale après laryngectomie totale, selon la technique de la voix trachéo-oesophagienne avec implant phonatoire apporte de bons résultats, en un délai réduit (Luquet & Daliphard, 2010). En effet, la voix se met facilement en place et la production sonore est de bonne qualité, en conservant son caractère expressif. Toutefois, la présence d'un implant implique un nettoyage régulier, un remplacement annuel et mobilise toujours une main pour communiquer, lorsque le recours à un système de valve automatique (kit main libre) n'est pas activé.

Pour les patients à l'aise avec leur nouvelle voix, une valve automatique peut donc leur être proposé, afin de produire une communication libérée de toute obturation manuelle. Il s'agit d'un appareil fixé devant le trachéostome, au sein duquel une valve phonatoire est actionnée par l'augmentation brusque de la pression d'air expiratoire. Le flux d'air est dirigé vers l'œsophage à travers l'implant et la fermeture de cette valve empêche sa sortie. Au repos, cette valve reste en position d'ouverture, permettant la respiration. Cependant, ce système est coûteux pour le patient, car il faut que le patient s'habitue à respirer calmement et l'adhésif placé autour du trachéostome se décolle fréquemment suite à la pression exercée lors de la phonation.

Lors de l'apprentissage de la voix trachéo-oesophagienne, la prise en charge orthophonique vise à travailler la coordination manuelle ou la maîtrise de la valve automatique qui libère la main du patient (Farenc, 2010) et à optimiser ses productions vocales.

2.2.2.2 Voix oro-oesophagienne

Cette voix repose sur l'apprentissage d'un mécanisme d'éruclation volontaire, sonore et contrôlée, mobilisant l'air buccal et faisant vibrer la bouche œsophagienne.

La pénétration aérienne se fait par l'intermédiaire de différentes techniques principales : les blocages et l'injection (appelée également « Méthode Hollandaise »). Dans la technique des blocages, l'air contenu dans la cavité buccale est comprimé à l'aide des muscles buccaux, afin de pénétrer dans l'œsophage. La Méthode Hollandaise consiste à injecter de l'air buccal dans l'œsophage, lors de l'articulation énergique des phonèmes constrictifs et occlusifs sourds. Quelle que soit la méthode utilisée, l'apprentissage de la voix oro-oesophagienne se basera sur la mise en place du mécanisme, la transformation de l'éruclation en sons articulés et l'allongement de l'émission sonore.

Toutefois, la maîtrise de ce mécanisme phonatoire passe par un apprentissage souvent long et difficile où l'on demande au patient d'être acteur et dont le résultat n'est pas toujours à la hauteur de ses espérances (Bretagne, 2010). En effet, certains obstacles peuvent ralentir l'acquisition de cette voix, tels que la réticence du patient vis-à-vis de ce mécanisme peu naturel d'injection ou la difficulté d'acceptation de la mutilation.

2.2.2.3 Laryngophone

En cas d'échec de l'apprentissage de la voix oro-oesophagienne ou de la voix trachéo-oesophagienne, une prothèse externe électrique peut être proposée au patient, afin de créer un son vibratoire et d'amplifier la voix chuchotée. La membrane vibrante est positionnée sur la peau du cou, au niveau du plancher buccal, ou de la joue, afin de mettre en vibration l'air contenu dans les cavités buccale et pharyngée, lorsque le patient articule.

Ce matériel offre la possibilité de régler l'intensité et la hauteur de la parole, mais le bruit produit par la membrane est gênant pour l'interlocuteur. La voix est robotique, tous les sons sont voisés et le fondamental ne peut être modifié durant l'acte de parole, ce qui retire à la voix sa mélodie (Giovanni & Robert, 2010).

La prise en charge orthophonique visera donc à aider le patient à coordonner la mise en place du laryngophone avec la parole ainsi que l'indépendance des souffles buccaux et pulmonaires, comme dans l'apprentissage de la voix oro-oesophagienne.

2.2.2.4 La voix chuchotée

Lorsque ces trois moyens ne sont pas concluants pour le patient, le recours à la voix chuchotée peut lui être proposé. En effet, elle reste possible puisqu'elle ne nécessite pas la mise en action des cordes vocales.

Cependant, elle est peu intense et n'est pas adaptée à certaines situations, telles que le téléphone ou les conversations de groupe. Pour être audible, elle devra donc être bien articulée, en évitant au maximum les bruits de bouche (également appelés le grenouillage) ainsi que les habitudes de forçage pouvant être mis en place.

2.2.3 Conséquences de la laryngectomie totale sur la déglutition

Suite à une laryngectomie totale, la fonction de déglutition n'est généralement pas altérée. Les voies digestive et respiratoire étant définitivement séparées, le patient n'est plus sujet aux fausses routes.

Excepté en période post-opératoire immédiate, au cours de laquelle une sonde naso-gastrique se substitue à une alimentation per os en attendant que l'œsophage soit cicatrisé, la déglutition n'est pas source de problèmes. L'alimentation peut toutefois engendrer des difficultés, lorsque le patient souffre de problèmes dentaires, de complications issues de la radiothérapie ou d'une chirurgie étendue ou lorsque la greffe n'a pas pu être possible lors de l'intervention, pouvant induire une sténose plus ou moins importante de l'œsophage.

2.2.4 Conséquences de la laryngectomie totale sur la respiration

Suite à la chirurgie, le trajet respiratoire est modifié et les voies respiratoires supérieures sont condamnées. Désormais, l'air ne passe plus par le nez ni par la bouche, mais par le trachéostome. Les fonctions de la ventilation nasale ne sont plus assurées. Aussi, l'air inspiré n'est donc plus filtré, ni réchauffé, ni humidifié.

Pour assurer la protection des voies respiratoires des agressions extérieures, le patient doit donc placer un filtre ou une cassette ECH (échangeur de chaleur et d'humidité) au niveau du

trachéostome. A l'inspiration, ce filtre retient les poussières. A l'expiration, il retient l'humidité de l'air et permet de rétablir l'équilibre respiratoire naturel.

Cette modification de la respiration et l'absence de la fermeture glottique bloquent également la mise en apnée. La constipation et l'impossibilité de porter des objets lourds sont donc des conséquences de la laryngectomie totale.

2.2.5 Conséquences de la laryngectomie totale sur l'olfaction

De nombreux laryngectomisés déclarent avoir perdu l'odorat, le goût et l'appétit depuis la chirurgie. Certains rapportent les avoir retrouvés après plusieurs mois, tandis que d'autres ont abandonné l'espoir de les récupérer (Allali, 2010).

D'après Mumovic & Hocevar-Boltezar (2014), 51.4 % des patients laryngectomisés totaux sont hyposmiques et 30.5 % ont été diagnostiqués anosmiques. En effet, la dérivation du courant d'air pulmonaire empêche l'odorat par voie orthonasale, correspondant à une hyposmie orthonasale consécutive à la laryngectomie totale. Toutefois, l'anatomie du système olfactif n'est pas modifiée et la laryngectomie totale n'a pas de répercussions sur l'intégration centrale des informations olfactives. La fonction olfactive est donc intacte, même si elle n'est pas sollicitée pendant un temps.

Quelquefois, une olfaction résiduelle existe grâce à l'olfaction rétronasale, chez les bons parleurs en voix œsophagienne (Allali, 2010), suite à l'indépendance des souffles respiratoire et phonatoire ainsi qu'à l'importance des flux aériens.

L'aide à la récupération de cette fonction fait partie des objectifs de la prise en charge orthophonique, afin d'améliorer la qualité de vie du patient.

2.3 Traitements du cancer laryngé

2.3.1 La radiothérapie

2.3.1.1 Principes d'utilisation

La radiothérapie externe est au centre de la prise en charge des cancers ORL, afin de traiter les tumeurs pour 60 à 75% des patients (Chabolle 2013). Il s'agit d'un traitement local utilisant des rayonnements ionisants, afin de détruire les cellules cancéreuses, tout en épargnant autant que possible les tissus sains avoisinants (Dubois, 2016). L'évolution des techniques de radiothérapie a permis de renforcer l'efficacité thérapeutique, pour mieux couvrir le volume tumoral et réduire la dose délivrée aux tissus sains (Dubois, 2016).

La radiothérapie peut être exclusive (en alternative à l'intervention) ou en complément de la chirurgie et peut être associée à des séances de chimiothérapie. Dans le cadre d'un cancer ORL, elle est délivrée en ambulatoire, en 5 à 7 semaines en post-opératoire, ou en 7 semaines lorsqu'elle est utilisée à titre exclusif (Chabolle, 2013).

L'indication thérapeutique et la nature histologique de la tumeur indiquent le nombre total de séances (le fractionnement) et le temps séparant le premier du dernier jour de traitement (l'étalement) (Le Huche, 2010). La dose des rayonnements ionisants s'exprime en Grays (Gy) et correspond à environ 70 – 80 Gy, lors d'un cancer des voies aérodigestives supérieures (Dubois, 2016).

L'irradiation des tissus sains peut engendrer des effets secondaires aigus ou tardifs, en fonction des tissus, du volume total irradié, de la dose totale délivrée et de la dose fractionnée et des facteurs de radiosensibilité des cellules (Le Huche, 2010).

2.3.1.2 Effets secondaires aigus

Les effets secondaires aigus surviennent pendant le temps de l'irradiation ou jusqu'à 3 mois après la fin du traitement (Dubois, 2016). Ils sont systématiques, réversibles et disparaissent progressivement, grâce à « un mécanisme de repopulation à partir de cellules souches » (Le Huche, 2008).

Plusieurs réactions aiguës sont relevées dans le cadre d'un cancer ORL, qu'il convient de prévenir et de traiter :

- La **radiomucite** est un processus inflammatoire, caractérisé par un érythème (tache rouge) au niveau des muqueuses pharyngo-laryngées. Elle est responsable d'une dysphagie douloureuse.
- La **radioépithélite** se manifeste par un érythème, ayant un aspect de desquamation pouvant être douloureuse. (Le Huche, 2008).
- La **xérostomie** aiguë (sécheresse buccale), causée par une diminution de la sécrétion de salive (hyposialie). Cette complication peut empêcher le réflexe de déclenchement de la déglutition (Allali, 2010).
- La **perte du goût**, liée à l'irradiation des papilles gustatives mais aussi à la xérostomie.
- Une **dysphonie** est possible et transitoire.

La prévention et le traitement de ces effets secondaires aigus nécessitent un suivi régulier ainsi qu'une hygiène cutanée et bucco-dentaire rigoureuse (Le Huche, 2008).

2.3.1.3 Effets secondaires tardifs

Au-delà de 6 mois après la fin de la radiothérapie, 5 à 6% des patients traités vont développer des effets secondaires tardifs sévères (Dubois, 2016). La toxicité tardive n'est donc pas systématique mais elle induit des réactions peu réversibles, causées par « une perte cellulaire au niveau des tissus sains à renouvellement lent et/ou une atteinte de la vascularisation » (Le Huche, 2008).

Suite aux séances de traitement, plusieurs symptômes seront à surveiller :

- L'**hyposialie** engendre une xérostomie chronique, altérant progressivement l'état buccal et dentaire.
- L'**ostéoradionécrose mandibulaire** est la conséquence d'une perte totale de la vascularisation tissulaire. Cette complication est rare mais son traitement fait appel à des interventions chirurgicales (Le Huche, 2008).
- La **myélite radique** est une complication rare mais irréversible, caractérisée par une démyélinisation consécutive à la dévascularisation de la moelle épinière (Le Huche, 2008).

- Une **insuffisance thyroïdienne**, souvent asymptomatique.
- Un **jabot** sous-mentonnier est fréquent.
- La **fibrose cervicale** est fréquente et correspond à une rigidité fonctionnelle du cou, parfois associée à des douleurs (Le Huche, 2008).

2.3.2 La chimiothérapie

La chimiothérapie cytotoxique agit sur les cellules tumorales et les tissus sains dont le renouvellement cellulaire est rapide (Chabolle, 2013).

Les complications des chimiothérapies ORL sont essentiellement hématologiques et digestives : neutropénie, thrombopénie, anémie, nausées, vomissements, diarrhées, mucite (irritation plus ou moins importante des muqueuses oropharyngées)

La chimiothérapie peut être utilisée en cancérologie ORL en induction, en concomitance avec la radiothérapie et en situation de récurrence ou d'évolution métastatique.

3. Prise en charge de l'olfaction chez les patients laryngectomisés totaux

3.1 Intérêts de proposer une réhabilitation olfactive

Suite à la chirurgie, peu de patients évoquent la diminution de leurs capacités olfactives. En effet, l'acquisition d'un nouveau moyen de communication, outil indispensable à la socialisation, représente leur principale demande (Strecker, 2010). De plus, l'intervention orthophonique étant associée à l'apprentissage de cette nouvelle voix, les patients ne mentionnent pas spécifiquement leur dysosmie. Toutefois, leur qualité de vie est souvent altérée. Il conviendrait donc d'interroger le patient sur son ressenti olfactif depuis l'opération afin de lui proposer des solutions adaptées, s'il en exprime le besoin.

Malgré le manque d'information des patients et des professionnels sur les possibilités de réhabilitation olfactive (Shirrer, 2012), l'évaluation et la prise en charge de l'olfaction devraient être intégrées à l'accompagnement pluridisciplinaire des patients, pour une amélioration de leur qualité de vie (Risberg-Berlin, 2009).

3.2 Méthodes de réhabilitation olfactive

3.2.1 Méthodes rétrogrades

1.1.1.1 Utilisation de la prothèse phonatoire

Les patients porteurs d'une prothèse phonatoire peuvent inspirer par le trachéostome puis venir l'obturer. L'obturation va permettre à l'air expiré d'être dévié par la prothèse phonatoire, afin d'expulser l'air par le nez.

Cette méthode est efficace et peut paraître plus naturelle que d'autres techniques d'olfaction, puisque seule une obturation de l'implant est recommandée (Nouffert, 2016).

1.1.1.2 Le rapprochement des mâchoires

En 1963, F. Le Huche découvre que le mouchage est encore possible grâce à un rapprochement des mâchoires. Cette technique, semblable à des mouvements de mastication, consiste à envoyer de l'air depuis la cavité buccale vers le nez, grâce à un rapprochement brusque des mâchoires, tout en maintenant les lèvres closes. Ainsi, le flux d'air nasal est rétabli lors de chaque mouvement.

Le Huche conseille donc aux patients d'utiliser cette méthode pour la réhabilitation olfactive.

3.2.2 Méthodes antérogrades

3.2.2.1 Le larynx By-pass

Le larynx by-pass a été introduit par l'équipe de Damsté en 1978. Il comporte un long tuyau en plastique, qui va relier le trachéostome à la bouche du patient, permettant de restaurer le flux d'air nasal antérograde. L'air, qui sort du trachéostome, va remonter dans la bouche, puis dans les fosses nasales en passant par l'oropharynx. Cela va créer un flux d'air nasal et stimuler l'organe olfactif.

3.2.2.2 Le bâillement poli

En 2000, le chirurgien néerlandais F. Hilgers, créateur de l'implant Provox, reprend la méthode de rapprochement des mâchoires de Le Huche et lui donne le nom de « technique du bâillement poli » ou « Polite Yawning » ou « Nasal Airflow Inducing Maneuver ». Il veut enseigner aux patients une manœuvre volontaire, générant un flux d'air nasal et reposant sur un mouvement d'écartement des mâchoires, lèvres closes, associé à un abaissement de la mandibule, du palais mou, du plancher buccal et de la langue.

En 2004, Hilgers expose les différents postulats de sa méthode, que l'orthophoniste devra maîtriser pour la proposer aux patients : “The mandible, and thus the floor or mouth, is lowered. The mandibular joint rotates, but should not shift. Simultaneously, the tongue moves from the hard palate downwards. The lips remain closed. The movement must be repeated quickly a couple of times.” Une mise en forme pragmatique de la méthode du bâillement poli a été effectuée pour les passations, afin de faciliter la compréhension des étapes par les patients et les orthophonistes.¹

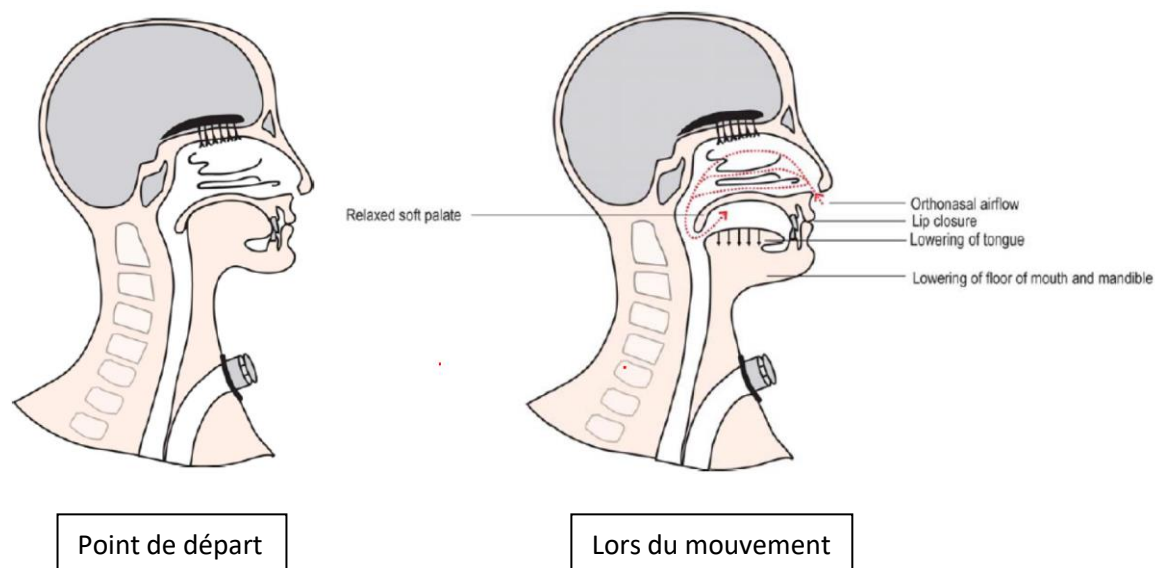


Figure 5 : *Technique du bâillement poli*. D'après Le Huche (2004)

¹ Mise en forme des étapes du bâillement poli en annexe 1

La durée de la prise en charge olfactive est variable (Hilgers, 2004). En effet, la moitié des patients est capable de reproduire efficacement les mouvements au bout de 30 minutes (Hilgers, 2000), tandis que d'autres personnes ont besoin de davantage de temps.

Parfois, certains patients développent leur propre technique. Une conscientisation des mouvements effectués est toutefois nécessaire, pour un contrôle plus efficace de leur odorat (Hilgers, 2004). Toutefois, la réhabilitation olfactive devra être interrompue si le patient manque de motivation ou s'il rencontre des difficultés à exécuter les mouvements (Hilgers, 2004).

3.2.2.3 Le bâillement poli raffiné

La technique du bâillement poli introduite par Le Huche peut être effectuée de manière plus discrète. Les mâchoires restent immobiles, tout comme les lèvres, mais la base de langue effectue des mouvements de pompage.

L'apprentissage de cette méthode est long et son exécution est plus complexe.

3.2.2.4 Une technique clinique : le bisou

La technique du bisou fait partie des méthodes utilisées cliniquement dans la pratique des orthophonistes. Elle consiste en une protrusion des lèvres, couplée au bruit du baiser, assurant un appel d'air buccal suffisamment conséquent pour déclencher une olfaction antérograde.

3.2.3 Voie hématogène

Grâce à la circulation sanguine, des patients hyposmiques peuvent retrouver l'odorat, s'ils étaient régulièrement en contact avec des molécules odorantes, tels que les œnologues, les nez ou les cuisiniers. On ne peut pas développer la voie hématogène chez une personne qui ne la possède pas initialement.

Les corps odorants présents dans la circulation sanguine seraient capables d'exciter directement le système olfactif et la transmission olfactive serait due à la proximité des cellules nerveuses sensorielles et des capillaires sanguins qui les irriguent. Cette voie perceptive s'est avérée fonctionnelle dans l'olfaction et dans la gustation. (Brucelle, Di Maggio-Gobet, 2016).

Partie pratique

1. Hypothèses de travail

La prise en charge des troubles de l'olfaction doit faire partie de la rééducation orthophonique des patients laryngectomisés totaux (Soucasse, 2013). En effet, pour un certain nombre de patients, l'hyposmie crée une souffrance sociale, caractérisée par une diminution de l'estime de soi.

Pour établir des hypothèses de travail, six adhérents de l'association des Mutilés de la voix ont accepté de répondre à un questionnaire d'auto-évaluation ainsi que de participer à un test olfactif, permettant d'évaluer qualitativement et quantitativement leur odorat. Le questionnaire permet aux participants d'auto-évaluer leurs capacités olfactives, en fournissant des informations sur leurs parcours médical (chirurgie, traitements), orthophonique et professionnel. Le bilan olfactif comporte 8 odeurs à discriminer et si possible, à identifier : le chou, la banane, la cannelle, le café, le curry, l'orange, le vinaigre balsamique, la menthe.

Les données recueillies ont mis en évidence une interprétation erronée des patients quant à leurs capacités olfactives : pour la majorité des personnes interrogées, leur ressenti était inférieur à leurs capacités réelles. Un questionnement simple sur l'olfaction lors des consultations avec les professionnels permettrait de quantifier leur plainte.

Individus	Odorat avant laryngectomie totale	Odorat après laryngectomie totale
Adhérent 1	10	5
Adhérent 2	10	5
Adhérent 3	10	4
Adhérent 4	7	3
Adhérent 5	9	4
Adhérent 6	9	4
	Moyenne	Moyenne
	9,16	4,16

Figure 6 : Relevé des ressentis (scores allant de 0 à 10) de 6 adhérents de l'association des Mutilés de la Voix

Individus	Discrimination /8	Identification spontanée /8	Identification sur propositions /8	Total / 24	Score bilan
Adhérent 1	8	3	6	17	70%
Adhérent 2	7	1	6	14	58%
Adhérent 3	8	5	8	21	87,50%
Adhérent 4	8	4	8	20	83%
Adhérent 5	8	2	6	16	66%
Adhérent 6	8	1	4	13	54%
	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne
	7,83	2,66	6,33	16,83	69,75%

Figure 7 : Relevé des scores obtenus lors du bilan par 6 adhérents de l'association des Mutilés de la Voix

De plus, Risberg-Berlin (2014) a démontré les bénéfices de l'utilisation d'un programme de réadaptation précoce et structuré dans la prise en charge des capacités olfactives des patients laryngectomisés. Aussi, ce travail se basera sur les hypothèses suivantes :

- **Un entraînement intensif de l'olfaction permet d'obtenir une évolution durable et significative des capacités olfactives.**
- **Une approche de réhabilitation structurée et progressive est efficace dans le rétablissement des capacités olfactives.**

Afin de valider ces hypothèses, une approche de réhabilitation olfactive a été mise en place auprès de nombreux patients, grâce aux conseils de la directrice de ce mémoire Madame Valérie Martinage, orthophoniste en libéral, chargée de cours au CFUO de Nantes, et de la co-directrice Madame Elisabeth Naux, orthophoniste en libéral à Nantes.

La mise en œuvre de ce programme s'est déroulée en plusieurs temps :

- Information des patients et des orthophonistes
- Recueil du consentement éclairé
- Questionnaire d'auto-évaluation et bilan pré-réhabilitation
- Apprentissage de la technique du bâillement poli
- Passation des séances d'entraînement
- Questionnaire d'auto-évaluation et bilan post-réhabilitation
- Collecte et analyse des réponses

2. Méthodologie

2.1 Population

Une étude transversale rétrospective a été réalisée entre septembre 2018 et avril 2019, sur un échantillon de 16 patients, traités par laryngectomie totale ou pharyngo-laryngectomie totale.

2.1.1 Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les patients inclus dans le programme de réhabilitation présentaient un état de santé compatible avec la participation aux séances. Aussi, les patients devaient être aptes à une reprise alimentaire et le suivi olfactif n'avait pas lieu durant les sessions de radiothérapie, afin de ne pas introduire de biais liés à la fatigabilité ou à la douleur engendrées par le traitement.

2.1.2 Recrutement de la population

Le recrutement de la population s'est effectué grâce à une liste recensant les orthophonistes recevant des patients laryngectomisés totaux en Vendée et en Loire Atlantique, ainsi qu'à la diffusion d'une annonce via les réseaux sociaux. En totalité, 9 orthophonistes travaillant dans toute la France, en libéral (4 professionnels) ou en centre de rééducation (5 professionnels) ont accepté d'inclure leurs patients à ce travail.

2.2 Méthode

Pour effectuer les passations, les orthophonistes ont eu à leur disposition une boîte contenant :

- 35 pots contenant de la poudre d'aliments déshydratés.²
- 6 petits pots et des petites cuillères destinés à effectuer le bon dosage de poudre, afin de respecter une équité entre tous les participants.
- Plusieurs gobelets et des abaisse-langues utilisés lors des séances d'entraînement.

² Photographie des pots en annexe 2

- Des livrets, intitulés « livret de l’orthophoniste » et « livret du patient »
- Un schéma explicatif du bâillement poli à compléter avec le patient.
- Une pochette contenant des supports pour les bilans et la prise en charge³

2.2.1 Composition et utilité des livrets

Deux livrets composent le matériel : le livret de l’orthophoniste et le livret du patient.

2.2.1.1 Livret de l’orthophoniste

Le livret de l’orthophoniste comporte 80 pages et rassemble les résultats des différents bilans et exercices. Il comprend la lettre d’information destinée au patient⁴, expliquant l’objectif du travail ainsi que son déroulement, l’attestation de consentement éclairé⁵, les questionnaires d’auto-évaluation⁶, les bilans olfactifs⁷ et le descriptif détaillé des 14 séances d’entraînement.

2.2.1.2 Livret du patient

Le livret du patient est plus concis et peut être proposé au patient, en fonction de ses demandes et besoins. Il comporte une lettre d’information ainsi que des espaces libres dédiés à ses ressentis et interrogations, pouvant être exploités en séances ou lors des entraînements à la maison.⁸

³ Supports de prise en charge en annexes 3, 4, 5 et 6

⁴ Lettre d’information en annexe 7

⁵ Attestation de consentement éclairé en annexe 8

⁶ Questionnaires d’auto-évaluation en annexe 9 et 10

⁷ Bilan olfactif en annexe 11

⁸ Espaces dédiés à l’expression des patients sur le déroulement de leur séance, en annexe 12

2.2.2 Questionnaire d'évaluation

Le matériel comporte trois questionnaires : deux à destination des patients et un pour l'orthophoniste.

2.2.2.1 A destination des patients

La prise en charge de l'odorat débute par un inventaire qualitatif des capacités olfactives du patient, grâce à un questionnaire d'auto-évaluation, inspiré du questionnaire DyNaChron (Kacha, Guillemin & Jankowski, 2011).

Le questionnaire permet aux patients d'auto-évaluer leur odorat avant la chirurgie et leur odorat actuel, sur une échelle de 0 à 10 (0 correspondant à aucune perception et 10 pas de difficulté de perception), l'impact du trouble sur la vie quotidienne ainsi que leurs attentes vis-à-vis de la rééducation.

A l'issue des séances, un second questionnaire d'auto-évaluation est proposé aux patients, afin d'examiner l'évolution de leurs ressentis sur leur odorat, les modalités d'utilisation de la technique du bâillement poli au quotidien et la possible amélioration de leur qualité de vie.

2.2.2.2 A destination des orthophonistes

Un questionnaire à destination des orthophonistes est proposé en fin de prise en charge, afin qu'ils puissent noter les difficultés éventuelles rencontrées lors des passations ainsi que leurs remarques en vue de l'amélioration du matériel.⁹

2.2.3 Bilans olfactifs

Deux bilans sont proposés aux patients, avant et après la prise en charge, afin d'évaluer quantitativement leurs capacités olfactives. Les deux bilans sont identiques et permettent

⁹ Questionnaire à destination des orthophonistes, en annexe 13

d'examiner les capacités de discrimination d'odeurs d'une part, c'est-à-dire leur perception, et d'identification d'autre part.

Au cours de cette évaluation, huit odeurs alimentaires sont présentées aux patients, par assimilation au test olfactif Smell Diskettes (Briner & Simmen, 2000) : le chou, la banane, la cannelle, le café, le curry, l'orange, le vinaigre balsamique, la menthe. Pour accompagner l'épreuve d'identification d'odeurs, on retrouve des fiches illustrées de réponses à choix multiples pour chaque odeur, avec des odeurs simples et éloignées de la cible.

Lors de la passation de ce test olfactif, plusieurs critères validés dans le mémoire de F.Strecker (2011) ont été respectés :

- Laisser un intervalle de 45 secondes entre chaque odeur.
- Présenter les odeurs plus fortes à la fin (orange, vinaigre, menthe), afin de pallier une possible fatigabilité.
- Présenter des odeurs variées, issues de catégories alimentaires différentes : légumes, fruits, épices, vinaigre, graines torréfiées, herbes aromatiques

2.2.4 Séances d'entraînement

2.2.4.1 Confection des odeurs

La confection et la classification des odeurs alimentaires ont été réalisées sous la bienveillance et les conseils de Manuel Le Gouil, chef du restaurant *La poissonnerie et pas que* et de Claire Habchi, chef du restaurant *Le café du musée d'arts de Nantes*.

Huit catégories d'odeurs alimentaires et 35 odeurs sont exploitées dans le matériel de prise en charge :

- **Les herbes aromatiques** : le basilic, la menthe, le thym, le persil, le romarin, le laurier.
- **Le vinaigre balsamique.**
- **Les agrumes** : le pamplemousse, l'orange, le citron.
- **Les épices** : le curry, le poivre, la réglisse, le piment, la cannelle, la muscade, les clous de girofle, l'ail.

- **Les graines torréfiées** : le café, le chocolat.
- **L'huile d'olive**.
- **Les fruits** : la banane, la fraise, la framboise, l'ananas, la poire, la pomme, la pêche, la noix de coco.
- **Les légumes** : le chou, le navet, l'oignon, l'échalote, la carotte, le céleri.

L'ordre de présentation des aliments est défini par l'intensité des odeurs (Strecker, 2011). Chaque catégorie alimentaire comporte des odeurs fortes et des odeurs plus faibles. Lors des séances, il convient de varier l'intensité des odeurs présentées, afin de ne pas mettre les patients en difficulté et d'éviter le phénomène de persistance des odeurs dans les fosses nasales.

De plus, un délai d'une minute est à respecter entre la présentation de deux odeurs, pour éviter le phénomène d'imprégnation nasale et permettre la ventilation de l'espace proximal du patient.

Sur les conseils des restaurateurs, les aliments utilisés ont été séchés avec un déshydrateur puis mixés, pour obtenir une poudre odorante. Afin d'être conservés pendant plusieurs mois, les aliments ont ensuite été placés dans des pots en verre, qui vont être exploités lors des ateliers olfactifs. Au cours des sessions d'entraînement, les pots ne contenaient que 3 petites cuillères de poudre, afin d'assurer une équité entre tous les participants.

2.2.4.2 Ateliers olfactifs

Au cours de la prise en charge, il faut varier les supports et les odeurs, pour proposer aux patients diverses situations d'olfaction (Strecker, 2011). Aussi, hormis les évaluations olfactives qualitatives et quantitative, l'approche de réhabilitation regroupe 14 séances d'entraînement. Durant toute la durée des séances, le patient ne doit pas regarder à l'intérieur des pots et fixer un point au loin dans la pièce, afin qu'il se concentre exclusivement sur l'odeur. Puis, le contenant est placé à une distance d'environ 3 centimètres en dessous du nez.

Dans le cadre de ce travail, la passation de toutes les sessions n'était pas obligatoire. Aussi, les orthophonistes ont parfois fait le choix de ne proposer que les séances 1, 3, 5, 7 et 9, permettant d'évaluer la validité des différents ateliers proposés.

a) Apprentissage de la technique du bâillement poli

La première séance de prise en charge permet au patient de se familiariser avec la méthode du bâillement poli, grâce à trois odeurs fortes : le café, le chocolat et l'ail.

Dans un premier temps, le patient et l'orthophoniste vont travailler autour de la technique du bâillement poli, en décomposant les mouvements : ouvrir et fermer la mandibule, en maintenant les lèvres closes, puis élever et abaisser la langue. Ensuite, la poudre est présentée dans un gobelet contenant de l'eau très chaude, favorisant la diffusion de l'odeur. Elle est ensuite soumise au patient dans un petit pot, entouré d'un cache en papier, pour se rapprocher d'une stimulation olfactive naturelle.

b) Discrimination d'odeurs

La discrimination correspond à « la capacité à distinguer deux stimuli (présence, absence), grâce à l'intégration des informations recueillies par les sens » (Dictionnaire d'orthophonie, p81, 2011). Elle peut être différente suivant les odeurs, les sujets et les techniques utilisées (Brand, 2001). Aussi, le seuil de détection, correspondant à la sensibilité olfactive et le seuil de reconnaissance, permettant une identification de l'odeur varient entre les individus.

Durant cette deuxième séance, il s'agit d'entraîner la technique du bâillement poli et de stimuler les cellules olfactives, grâce à 4 odeurs : le thym, le citron, le curry et la noix de coco. Le patient doit indiquer s'il sent ou non l'odeur présentée, avant d'essayer de l'identifier, grâce à des propositions imagées (cartes représentant les photographies séparées des aliments et par catégories).

c) Jugement d'odeurs

Les séances 3 et 4 travaillent le jugement d'odeurs, c'est-à-dire « l'aptitude à se faire une opinion, à porter une appréciation et à conclure à un raisonnement » (Dictionnaire d'orthophonie, p145, 2011).

La technique du bâillement poli est utilisée pour reconnaître les odeurs des clous de girofle, de l'orange, du laurier, de l'oignon, de la framboise, de la pêche et du navet, grâce à leurs caractéristiques et souvenirs associés. Afin d'aider le patient à visualiser l'objectif de

l'exercice, un tableau représentant deux catégories « j'aime » et « je n'aime pas » peut être placé devant lui.¹⁰

d) Appariement d'odeurs

L'appariement d'odeurs similaires puis très proches est utilisé lors des séances 4, 5 et 6. Le patient doit identifier les paires de pots contenant la même odeur ou la même catégorie d'odeurs, avec la menthe, le vinaigre, la fraise, le thym, le citron, le pamplemousse, la framboise, le piment, le poivre et le céleri. Lors de cette tâche, l'utilisation des planches d'appariement¹¹ est préconisée, pour aider le patient à conscientiser la tâche demandée.

e) Identification d'odeurs sur propositions

Au cours des six premières séances de réhabilitation olfactive, le patient a pu découvrir 26 odeurs différentes. Grâce à ses capacités de reconnaissance, il peut désormais identifier plus facilement des odeurs issues d'herbes aromatiques, d'agrumes, d'épices, de fruits, de légumes et de vinaigre.

Lors des séances 7, 8 et 9, le patient fera de nouveau appel au jugement et à la catégorisation, pour discriminer voire identifier du romarin, de l'échalote, de l'ananas, de l'huile d'olive, de la réglisse, du persil, de la poire, de la carotte, de la muscade, de la pomme, du basilic, de l'orange, de la cannelle, de la banane et du chou.

f) Détection des différences, inspirée du Jeu de Kim

Le jeu de Kim est un jeu décrit par R.Kipling en 1901, dans son roman Kim. Traditionnellement, plusieurs objets sont disposés devant les participants, qui doivent les observer et les mémoriser. Les objets sont ensuite cachés et l'animateur effectue des modifications sur les objets : il peut en retirer, en ajouter ou modifier les emplacements. Puis, les joueurs doivent déceler la modification qui a été opérée dans le jeu.

¹⁰ Cf annexe 4

¹¹ Cf annexe 5

Ce jeu permet de développer l'acuité des sens, l'observation, l'attention et la mémoire. Différentes variations autour des sens ont été inventées : Kim du toucher, Kim de l'ouïe, Kim du goût et Kim de l'odorat.

Grâce au jeu de Kim de l'odorat, les séances 10 et 11 permettent au patient de retravailler 10 des 35 odeurs les plus courantes : la fraise, le café, l'oignon, le chocolat, le curry, le persil, l'huile d'olive, la banane, le chou. Lors de ces sessions, cinq pots sont mélangés, le patient doit identifier les odeurs, puis trouver quelle est l'odeur manquante suite à la modification effectuée par l'orthophoniste.

g) Identification spontanée d'odeurs

Sept catégories alimentaires et 35 odeurs ont été explorées durant les 11 séances de réhabilitation olfactive, grâce à la technique du bâillement poli. Lors des trois dernières séances, le patient fait appel à ses représentations olfactives et mentales pour nommer 15 odeurs, travaillées préalablement.

Au quotidien, le patient n'a pas l'occasion de sentir un aliment à l'aveugle. La reconnaissance spontanée n'étant pas écologique, elle n'est pas obligatoire. En effet, l'identification verbale d'une odeur est une tâche très difficile : l'individu tente de faire un lien entre des noms d'odeurs proches ou similaires et la source odorante proposée (Brand, 2001).

Toutefois, cette tâche est intéressante lors d'une réhabilitation de l'odorat, afin d'affiner ses représentations olfactives.

3. Présentation et analyse des résultats

3.1 Analyse quantitative des résultats

3.1.1 Bilans olfactifs pré et post réhabilitation

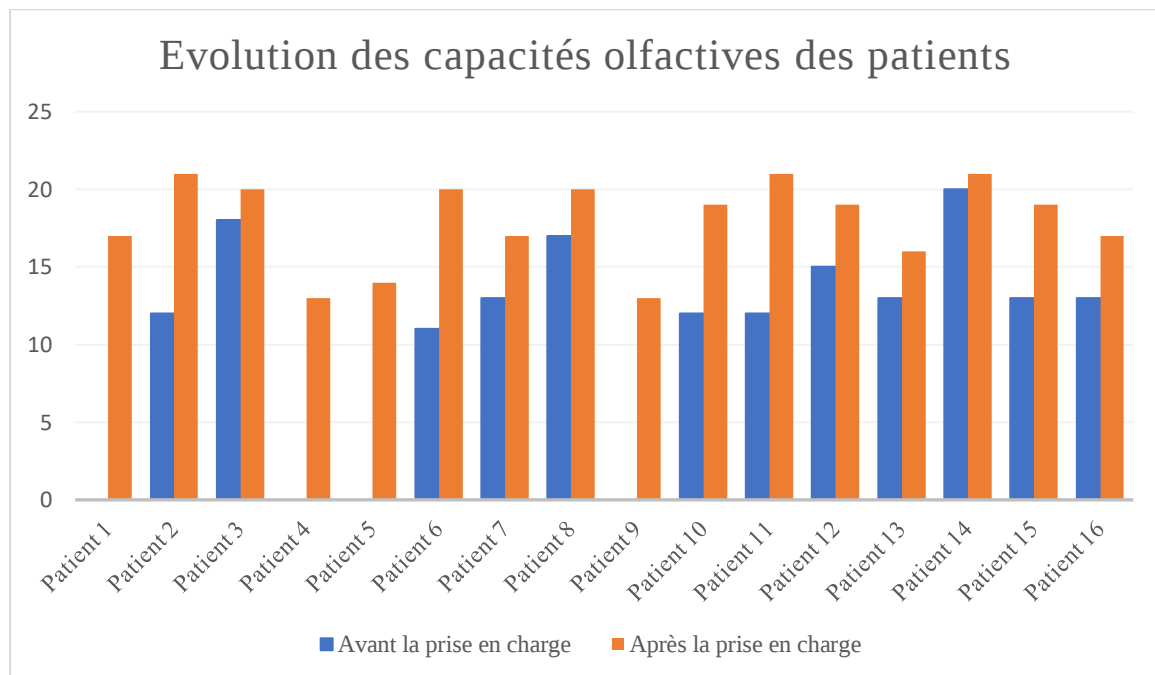


Figure 8 : Relevé des capacités olfactives (de 0 à 24) des 16 patients ayant participé au protocole avant et après la prise en charge

Sur une échelle de 0 à 24, les capacités des patients ont évolué de +1 à +17 points entre le début et la fin de la prise en charge.

En effet, en amont du suivi olfactif, quatre patients ne discriminaient aucune odeur alimentaire et 12 patients ont obtenu un score supérieur à 10/24.

Suite aux séances de réhabilitation olfactive, tous les participants ont réussi à discriminer voire à identifier des odeurs et aucun patient n'a obtenu de score inférieur à 10/24. Treize patients ont d'ailleurs observé un résultat supérieur à 15/24, avec 3 participants situés au-dessus de 20/24.

Ainsi, une amélioration des capacités de discrimination et d'identification des odeurs a été relevée pour tous les participants.

3.1.2 Entraînement aux odeurs

Les 35 odeurs déshydratées utilisées dans cette approche de prise en charge ont été réparties en 8 catégories (agrumes, graines torréfiées, herbes aromatiques, huile d'olive, vinaigre balsamique, fruits, légumes, épices). Grâce aux résultats récoltés dans les livrets, elles ont pu être classées selon leur taux d'identification spontanée ou sur propositions.

100 %	≥ 75 %	74 % - 51 %	50 % - 26 %	≤ 25 %	0 %
Orange	Ail	Chocolat	Coco	Carotte	Muscade
	Café	Curry	Piment	Banane	
	Thym	Framboise	Romarin	Persil	
	Citron	Oignon	Échalote		
	Laurier	Pêche	Ananas		
	Céleri	Fraise	Régλισse		
	Girofle	Pamplemousse	Basilic		
	Navet	Huile	Poire		
	Menthe	Cannelle	Chou		
	Vinaigre				
	Pomme				
	Poivre				

Figure 9 : Taux d'identification des 35 odeurs alimentaires

D'après ce tableau, nous pouvons observer que 22 odeurs présentées ont été identifiées à plus de 50%, tout en sachant que l'orange a été reconnue par tous les participants. Nous pouvons en déduire que cela est lié au caractère courant de l'utilisation de cet agrume et à son odeur puissante, tandis que la banane a été identifiée à moins de 25% par les patients, puisque son odeur est assez faible.

Les herbes aromatiques, couramment utilisées pour leurs composantes odorantes dans la cuisine, n'ont pas été bien reconnues. Le persil, le basilic et le romarin ont été identifiés à moins de 50%. Ce sont donc des produits qui perdent leur odeur lorsqu'ils sont déshydratés.

Les épices fréquentes, telles que le poivre, l'ail, le curry ou la cannelle présentent un taux d'identification supérieur à 50%, tandis que celles que nous utilisons moins ont peu été reconnues. La muscade n'a d'ailleurs jamais été nommée par les patients.

Grâce à ces résultats, nous comprenons que le taux d'identification des odeurs déshydratées dépend des propriétés de séchage des aliments ainsi que de leur fréquence d'utilisation dans la vie quotidienne.

3.2 Analyse qualitative des résultats

3.2.1 Questionnaire à destination des patients

3.2.1.1 Incidence de la prise en charge sur le ressenti olfactif

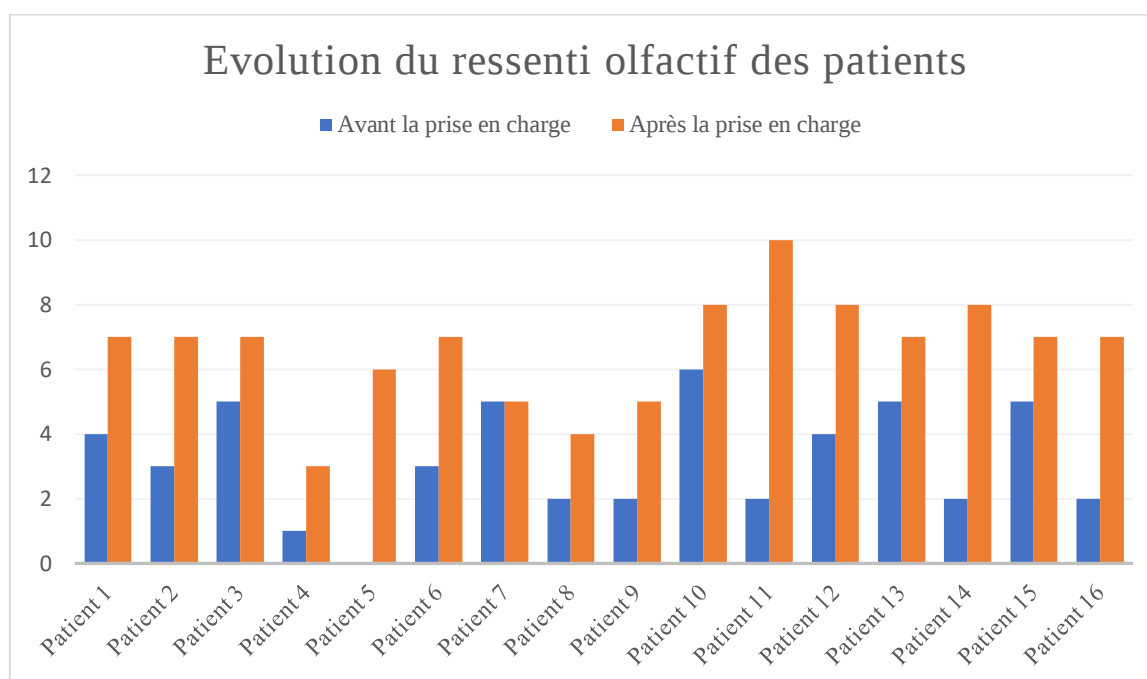


Figure 10 : Relevé du ressenti olfactif (de 0 à 10) des 16 patients ayant participé au protocole avant et après la prise en charge

Sur une échelle de 0 à 10, les ressentis des patients ont évolué de +0 à +8, entre le début et la fin de la prise en charge.

En effet, en amont du suivi olfactif, un patient a estimé que ses capacités olfactives étaient inexistantes et 11 participants ont jugé leur ressenti comme étant inférieur ou égal à 4.

Suite aux séances de réhabilitation olfactive, 12 patients ont exprimé que leur ressenti olfactif était supérieur ou égal à 6.

Un patient a également jugé que le travail effectué n'avait pas eu d'incidence sur son ressenti olfactif, mais une amélioration a été relevée pour tous les autres participants. Le constat de ce patient sera à mettre en parallèle avec les résultats objectifs rapportés par les orthophonistes, dans la partie « amélioration de la qualité de vie des patients ».

3.2.1.2 Incidence de la prise en charge sur la qualité de vie des patients

Tous les patients ont observé une évolution de leur ressenti olfactif ainsi que de leurs capacités olfactives. Toutefois, celle-ci ne signifie pas toujours une amélioration de la qualité de vie, en fonction de l'importance que les patients accordent à l'olfaction.

Aussi, 81% des participants ont jugé que la prise en charge avait participé à l'amélioration de leur qualité de vie et qu'ils en étaient satisfaits, tandis que 19% des patients ont estimé que les exercices proposés n'avaient pas eu d'incidence sur leur vie quotidienne. Pour ces derniers, il a été rapporté que l'olfaction n'est pas prioritaire dans leur rémission et qu'ils n'avaient pas de demande spécifique dans ce domaine.

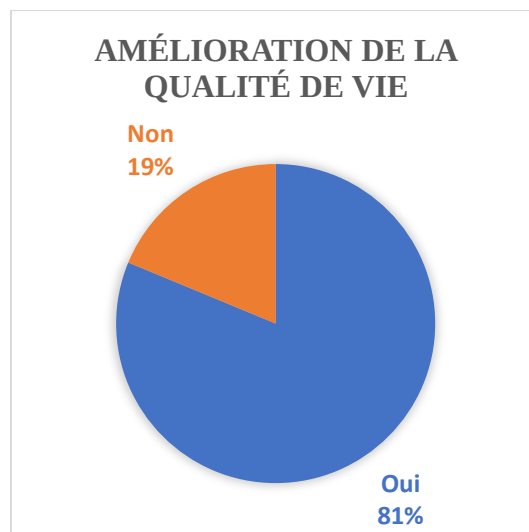


Figure 12 : *Relevé des ressentis sur l'amélioration de la qualité de vie des 16 patients ayant participé au protocole*

Les patients ayant ressenti une amélioration de leur qualité de vie ont exprimé que le travail de l'olfaction avait fait renaître des souvenirs et leur permettait maintenant de mieux utiliser leur

odorat au quotidien (parfum du conjoint, odeurs de cuisine, gel douche). Ils parvenaient à sentir les odeurs du quotidien, voire à les classer, même s'ils ne pouvaient pas toujours les nommer directement.

3.2.2 Questionnaire à destination des orthophonistes

A la suite des passations, les 9 orthophonistes ont fait part de leurs remarques concernant la faisabilité du protocole en libéral et en centre de rééducation.

Parmi elles, 8 orthophonistes se sentaient mieux accompagnées dans la prise en charge de l'olfaction des patients laryngectomisés totaux et souhaitaient proposer cette approche à leurs prochains patients, que ce soit en libéral ou en centre de rééducation.

Les professionnels ont jugé que les odeurs déshydratées étaient plus représentatives que celles trouvées dans un loto industriel et que cela pouvait convenir à une prise en charge de groupe dans les institutions.

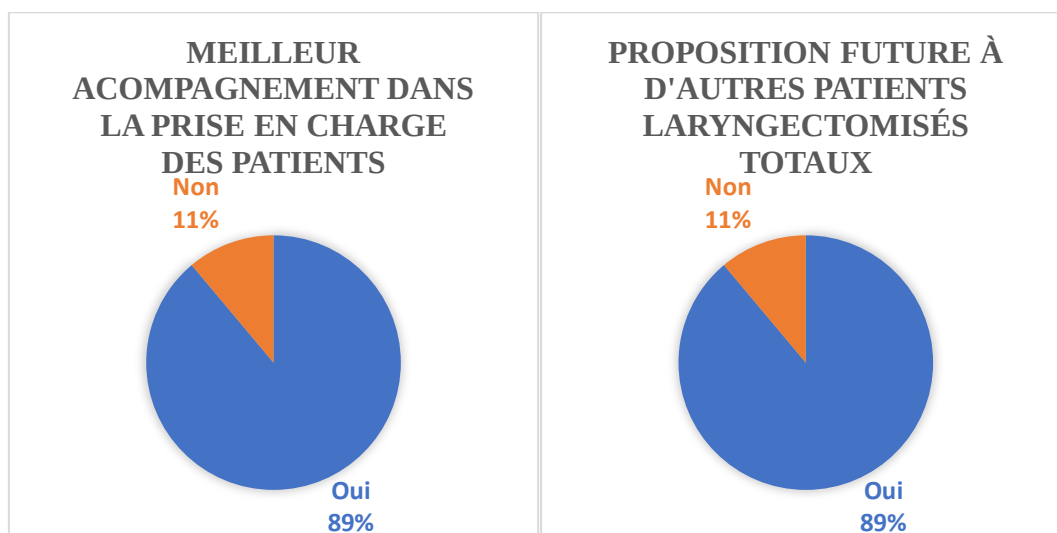


Figure 13 : Relevé des ressentis des 9 orthophonistes ayant participé au protocole

Toutefois, les orthophonistes étaient unanimes pour signifier que l'approche de prise en charge proposée devait être simplifiée, dans sa manipulation et sa présentation, afin qu'elle soit davantage utilisable en séance. En effet, les pots devraient être davantage opaques et la

présentation du livret devrait être revue, pour que les séances soient plus fluides. De plus, les passations demandaient un temps important de préparation et de nettoyage, en dehors des temps de séance et cela impactait le rythme de travail quotidien.

3.3 Corrélation entre l'analyse qualitative et l'analyse quantitative des résultats

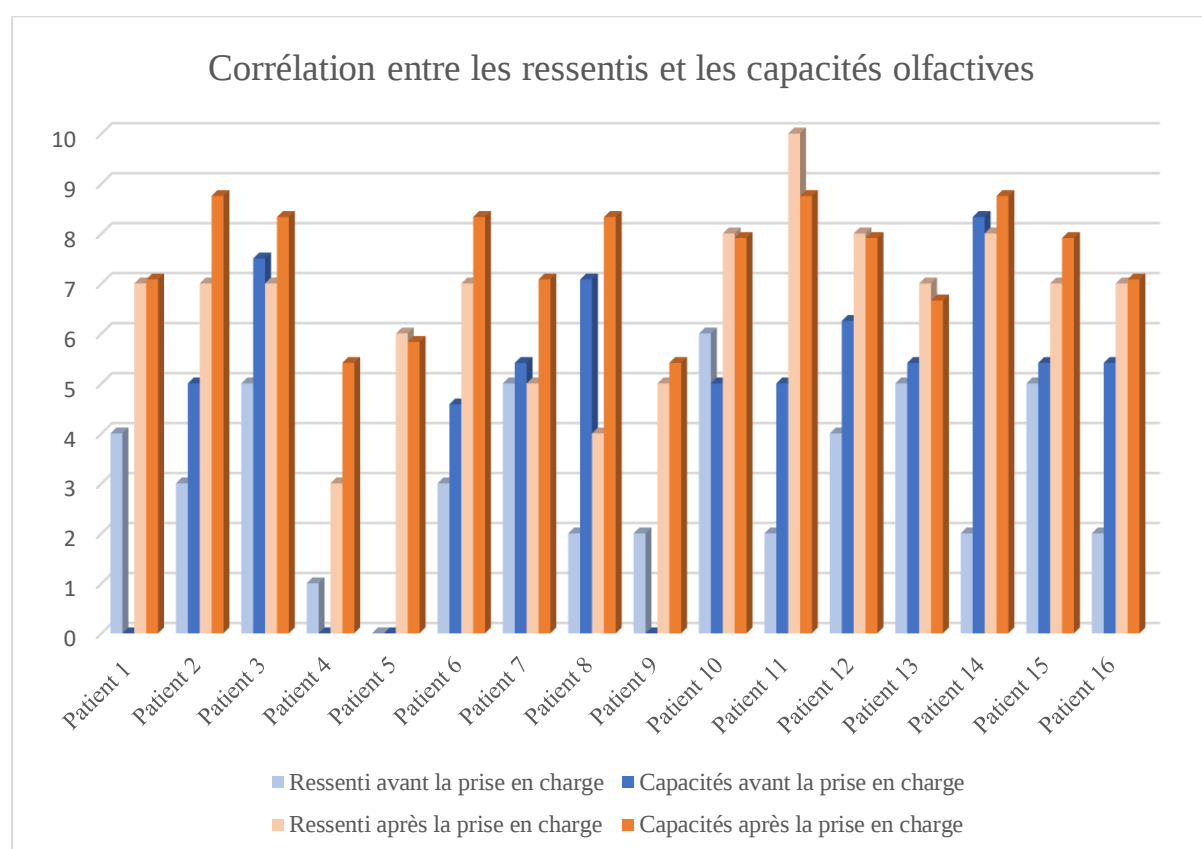


Figure 14 : *Corrélation entre les ressentis et les capacités olfactives des 16 patients, avant et après la prise en charge*

Grâce aux analyses précédentes, nous avons pu constater que les 16 patients avaient observé une amélioration de leurs ressentis olfactifs ainsi que de leurs capacités olfactives après la prise en charge.

Cependant, la mise en corrélation des bilans objectifs et subjectifs rejoint le constat établi grâce aux adhérents de l'association des Mutilés de la Voix : le ressenti olfactif est inférieur aux

capacités réelles. En effet, avant la prise en charge, 10 patients sous-estiment leur olfaction et 11 patients ont également une interprétation de leurs capacités en deçà de la réalité. Parmi ces participants, 8 d'entre eux ont systématiquement évalué à la baisse leurs capacités olfactives.

Ainsi, il convient de valoriser les patients quant à leurs capacités, en les questionnant sur leur plainte et en évaluant leur olfaction, afin de les aider à visualiser l'impact de leur entraînement sur leurs productions.

4. Discussion

4.1 Synthèse et confrontation des résultats aux hypothèses

Cette approche de réhabilitation olfactive a été conçue afin de valider deux hypothèses de travail :

- Un entraînement intensif de l'olfaction permet d'obtenir une évolution durable et significative des capacités olfactives.
- Une approche de réhabilitation structurée et progressive est efficace dans le rétablissement des capacités olfactives.

Les 16 patients ayant participé à ce travail n'ont pas tous bénéficié du même nombre de séances. En effet, les orthophonistes pouvaient choisir de ne travailler avec eux que sur quelques séances, afin d'établir un lien entre le nombre de sessions et l'évolution de l'olfaction. Aussi, 9 patients ont participé à 5 séances, 5 autres individus ont effectué entre 6 et 13 séances, tandis que seuls deux opérés ont travaillé pendant les 14 séances. Néanmoins, quel que soit le nombre de séances effectuées, les résultats aux bilans ont montré que tous les participants avaient observé une amélioration de leurs capacités olfactives, influant, pour la plupart, sur leur qualité de vie.

Compte tenu du faible nombre de participants, de l'hétérogénéité de la durée du suivi et des résultats objectifs et subjectifs aux bilans, nous ne pouvons ni valider ni invalider la première hypothèse de travail. Il conviendrait de proposer cette approche à un plus grand nombre de patient pour la randomiser.

Ensuite, les réponses fournies par les patients durant les séances ont permis d'établir un taux d'identification pour les 35 odeurs alimentaires présentées. Toutefois, nous avons constaté que

ce taux dépendait des propriétés de séchage des aliments ainsi que de leur fréquence d'utilisation dans la vie quotidienne. L'ordre et le choix de présentation des odeurs sont donc importants dans la mise en place des séances, afin de pouvoir observer une amélioration des capacités olfactives et par extension de la qualité de vie des patients.

Ces données ainsi que les résultats généraux des bilans nous ont donc permis de valider la seconde hypothèse de travail. Aussi, une prise en charge structurée et progressive améliore le ressenti olfactif ainsi que les capacités réelles des patients.

4.2 Apports cliniques

Notre travail a été conçu suite aux interrogations des patients et des orthophonistes, sur la prise en charge de l'olfaction consécutive à une chirurgie du larynx.

Dans la partie précédente, nous avons observé que la plupart des orthophonistes ayant participé au programme avaient décelé un intérêt dans notre approche de prise en charge et qu'ils souhaitent poursuivre cet aspect du suivi.

Les professionnels ont trouvé que les odeurs provenant d'aliments déshydratés s'éventaient moins rapidement que dans les lotos des odeurs que nous pouvons acheter dans le commerce. Elles étaient également plus proches des aliments originels, car elles n'étaient pas réalisées à partir de produits industriels.

Aussi, ce programme est novateur, puisqu'il est constitué d'odeurs liées aux saveurs quotidiennes, pour une approche orthophonique plus écologique.

4.3 Biais et difficultés rencontrées

4.3.1 Limites liées au recrutement de la population

Malgré un recrutement sur toute la France, seuls 16 patients ont pu participer à cette étude. En effet, l'état de santé de certains sujets s'est dégradé avant le début des séances, induisant souvent une hospitalisation, tandis que d'autres n'ont pas souhaité participer à l'approche de réhabilitation olfactive ou n'ont pas donné leur consentement éclairé. En effet, bien qu'admettant la modification de leur odorat, beaucoup de patients souhaitent se concentrer

essentiellement sur la réhabilitation vocale, tandis que d'autres admettent avoir déjà rencontré une diminution de leurs capacités olfactives à cause de leurs antécédents alcoolo-tabagiques.

De plus, les conditions d'accueil de certains centres hospitaliers ou de réadaptation ne permettaient pas d'inclure une prise en charge olfactive. Il convenait en effet de recevoir les patients sur plusieurs semaines, afin d'avoir un délai d'observation suffisant pour le bon déroulement des séances.

4.3.2 Limites liées au programme de réhabilitation olfactive

La principale limite de cette étude est le temps demandé pour la préparation des poudres odorantes et le nettoyage des pots après les séances. En effet, bien que les sessions soient assez rapides, elles demandaient aux orthophonistes une grande organisation : dosage et préparation des pots avant les exercices ainsi que le rangement rapide du matériel, afin d'éviter toute évaporation des odeurs.

En amont des prises en charge, la durée de séchage des aliments est également conséquente, pour parvenir à une poudre sèche et exploitable. De plus, les odeurs de certains aliments déshydratés sont relativement éloignées des aliments frais, telles que les herbes aromatiques, ou s'évaporent rapidement, comme la pomme. Il convient donc de les extraire du programme ou de n'utiliser que des herbes et fruits frais.

Ensuite, quelques participants ont estimé que les substances odorantes persistaient dans la pièce et que cela gênait les exercices suivants. Aussi, l'ordre de présentation des odeurs pourrait être amélioré, en proposant moins d'odeurs par séance, permettant ainsi aux patients de se concentrer davantage sur les aliments proposés.

Enfin, certains patients éprouvaient de la difficulté à exécuter la technique du bâillement poli. Plus de temps pourrait être consacré à la maîtrise de ce mouvement ou l'orthophoniste pourrait enseigner une autre méthode au patient, en fonction de ses compétences et besoins.

4.3.3 Limites liées au matériel utilisé

Pour la confection du matériel de prise en charge, des pots en verre transparents ont été utilisés. Malgré le cache-pot confectionné, les patients devaient fermer les yeux ou fixer un point dans

la pièce, afin d'éviter de regarder la couleur de l'aliment dans le pot. Aussi, cette situation n'était pas particulièrement fonctionnelle et certains sujets ont plusieurs fois vu l'intérieur du contenant. A l'avenir, il convient d'utiliser des pots totalement opaques, recouverts d'un opercule percé sur le dessus, permettant la diffusion de l'odeur après avoir agité le contenant.

De plus, les couvercles étaient vite imprégnés des odeurs des aliments, altérant le déroulement de la séance et demandant du temps supplémentaire de nettoyage aux orthophonistes. Les pots devraient donc être tous confectionnés à l'avance, pour ne pas avoir à transvaser la poudre entre les différents récipients et limiter les manipulations.

Conclusion

La laryngectomie totale engendre des séquelles physiologiques et sociales majeures, altérant ainsi la qualité de vie des patients. Parmi ces conséquences, les opérés peuvent être atteints d'un trouble de l'odorat suite à la dérivation du courant d'air pulmonaire, correspondant à une hyposmie orthonasale. Or, l'olfaction occupe une place importante dans la vie quotidienne, puisqu'elle fait partie de la reconnaissance des aliments et des dangers environnementaux. Elle coordonne également nos comportements sociaux, émotifs, sexuels voire professionnels.

La prise en charge orthophonique des patients laryngectomisés totaux s'articule actuellement autour de l'apprentissage d'une nouvelle voix. Toutefois, la qualité de vie des patients peut être améliorée avec l'intégration d'un suivi olfactif dans les séances (Risberg-Berlin, 2009), lorsqu'ils souhaitent être accompagnés dans ce domaine.

Le manque de moyens concrets de prise en charge nous a conduits à établir une approche de réhabilitation olfactive progressive et structurée à destination des patients opérés du larynx, utilisant exclusivement des aliments déshydratés.

Suite à la passation du programme, incluant les bilans subjectifs et objectifs ainsi que les séances olfactives, nous avons pu constater que les 16 patients ayant participé à ce travail ont observé une amélioration de leur olfaction. Aussi, nous avons donc pu démontrer qu'une approche de réhabilitation structurée et progressive était efficace dans le rétablissement des capacités olfactives, quel que soit le nombre de séances effectuées.

De plus, la plupart des orthophonistes ont estimé être mieux accompagnés dans la prise en charge de l'olfaction et souhaitaient proposer cette approche à leurs prochains patients. Aussi, l'intérêt clinique de ce travail a bien été démontré, malgré les limites engendrées par la mise en place de ces séances sur le terrain.

Enfin, si notre travail a été établi à destination des patients laryngectomisés totaux, nous pensons qu'il pourrait être intéressant de l'intégrer à la prise en charge d'autres pathologies, telles que les troubles de l'oralité ou suite à des sessions de radiothérapie après les cancers bucco-linguo-faciaux. Il pourrait également être utilisé pour le suivi des patients souffrant d'une dysgueusie, en associant goût et olfaction.

Bibliographie

Ouvrages

- Allali, A. (2010). Réhabilitation olfactive après laryngectomie totale. Dans Farenc, JC. (dir), *Rééducation orthophonique* (243, p. 93-108). Paris: Fédération nationale des orthophonistes
- Bonfils, P., Chevalier, JM. (2017). *Anatomie ORL*. (83-100). Paris : Lavoisier
- Brand, G. (2001). L'olfaction, de la molécule au comportement. Paris : Solal
- Bretagne, E. (2010). La voix oro-oesophagienne : apprentissage, avantages et limites. Dans Farenc, JC. (dir.), *Rééducation orthophonique*. (243, p 61-66.) Paris : Fédération nationale des orthophonistes
- Brin-Henry, F., Courier, C., Lederlé, E., Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie*. Paris: Orthoédition
- Chabolle, F. (2013). *Complications et séquelles des traitements en cancérologie ORL*. Paris : Elsevier Masson
- Dubois, JB. (2016). *Nouveautés en radiothérapie*. Edp Sciences
- Farenc, JC. (2010). La voix trachéo-oesophagienne avec valve automatique. *Rééducation orthophonique*, (243, 87-92). Paris : Fédération Nationale des Orthophonistes
- Giovanni, A., Robert, D., (2010). *Prise en charge orthophonique en cancérologie ORL*. Marseille : Solal
- Le Huche, F., Allali, A. (2008). *La voix sans larynx*. Marseille : Solal

- Luquet, A., Daliphard, F. (2010). Voix trachéo-oesophagienne, de la technique à la pratique ou la distorsion entre le « pouvoir-parler et le vouloir-dire ». Expérience clinique de 20 ans à propos de 472 laryngectomisés totaux. Dans Farenc, JC. (dir), *Rééducation orthophonique*. (243, 81-86). Paris : Fédération Nationale des Orthophonistes

Articles de revue

- Babin, E., Sigston, E., Hitier, M., & al (2008). Quality of life in head and neck cancers patients: predictive factors, functional and psychosocial outcome. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 265, 265-270, 10.1007 / s00405-007-0561-0
- Babin, E., Heutte, N., Grandazzi, G., Prévost, V., Robart, L. (2014). Qualité de vie des patients et soins de support en cancérologie des VADS. *Bulletin du cancer*, 101(5), 505-510. 10.1684/bdc.2014.1960
- Babin, E., Joly, F., Vadillo, M., dehesdin, D. (2005). Qualité de vie en cancérologie. Application aux cancers des voies aérodigestives supérieures. *Annales Françaises d'Oto-Rhino-Laryngologie et de pathologie cervico-faciale*, 122(3), 134-14, AORL-06-2005-122-3-0003-438X-101019-200514553
- Bonfils, P., Malinvaud, D., Bozec, H., Halimi, Ph. (2004). Les troubles de l'olfaction. *Annales Françaises d'Oto-Rhino-Laryngologie et de pathologie cervico-faciale*, 121(2), 67-74, [https://doi.org/10.1016/S0003-438X\(04\)95492-8](https://doi.org/10.1016/S0003-438X(04)95492-8)
- Bonfils, P. (2007). Physiologie, expoloration et troubles de l'olfaction. *EMC Oto-rhino-laryngologie*, 2(4), 1-12, Doi :10.1016/s0246-0351(07)46954-9
- Briner, HR., Simmen, D. (2000). Smell Diskettes as screening test of olfaction. *Rhinology*, 37(4), 145-148,

- Hilgers, F., Van Dam, F., Koster, M., Keyzers, S. (2000). Rehabilitation of olfaction after laryngectomy by means of a nasal airflow-inducing maneuver : the polite yawning technique. *Archives of Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, 126(6), 726-731, 10.1001 / archotol.126.6.726

- Hilgers, F., Van Dam, F., Van As, C., Polak, R. (2004) Smelling after total laryngectomy. *Olfaction regained, using the polite yawning technique: a book for speech pathologists and laryngectomees*. (pp. 12-17). Editor Frans Hilgers: Netherlands Cancer Institute

- Hilgers, F., Van Dam, F., Van As, C., Polak, R. (2004) Olfactory rehabilitation: polite yawning technique. *Olfaction regained, using the polite yawning technique: a book for speech pathologists and laryngectomees*. (pp. 18-38). Editor Frans Hilgers: Netherlands Cancer Institute

- Kacha, S., Guillemin, F., & Jankowski, R. (2011). Development and validity of the DyNaChron questionnaire for chronic nasal dysfunction. *European Archives Of Oto-Rhino-Laryngology*, 269(1), 143-153. <http://dx.doi.org/10.1007/s00405-011-1690-z>

- Keller, A., Malaspina, D. (2013). Hidden consequences of olfactory dysfunction: a patient report series. *BMC ear, nose and throat disorders*, 13(8), 10.1186 / 1472-6815-13-8.

- Mumovic, G., Hocevar-Boltezar, I. (2014). Olfaction and gustation abilities after a total laryngectomy. *Radiology and oncology*, 48(3), 301-306, 10.2478/raon-2013-0070

- Risberg-Berlin, B., Ryden, A., Möller, RY., Finizia, C. (2009). Effects of total laryngectomy on olfactory function, health-related quality of life, and communication : a 3-year follow-up study. *BMC Ear, Nose and Throat disorders*. 10.1186/1472-6815-9-8.

- Risberg-Berlin, B., Karlsson, T., Tuomi, L., Pinizia, C. (2014). Effectiveness of olfactory rehabilitation according to a structured protocol with potential of regaining

pre-operative levels in laryngectomy patients using nasal airflow-inducing manoeuvre. *European Archives of Otorhinolaryngology*, 271(5), 1113-1119, 10.1007/s00405-013-2719-2

- Serratrice, J., Serratrice, G. (2013). Olfaction et gustation, *EMC, Neurologie*, 10(1), 10.1016/S0246-0378(12)60762-3

Mémoires et thèses

- Schirrer, M., (2012). *La rééducation olfactive des patients laryngectomisés totaux en France : un état des lieux de la pratique orthophonique.* (université de Lorraine)
- Soucasse, C., (2013). *Evaluation qualitative et quantitative de la perte du goût et de l'odorat chez des patients traités pour un carcinome pharyngo-laryngé par laryngectomie totale et radiothérapie.* (université de Poitiers)
- Strecker, F., (2011). *La réhabilitation de l'odorat chez le patient laryngectomisé total.* (université de Strasbourg)

Annexe 1 : Mise en forme pragmatique de la technique du bâillement poli

Etapes décrites par Hilgers & al (2004)	Etapes présentées aux patients
The mandible, and thus the floor of mouth, is lowered. The mandibular joint rotates, but should not shift.	Ecarter les mâchoires.
Simultaneously, the tongue moves from the hard palate downwards.	Simultanément, coller la langue au palais, puis la déplacer vers le plancher buccal.
The lips remain closed.	Les lèvres doivent restées fermées.
The movement must be repeated quickly a couple of times.	Chaque cycle doit être répété plusieurs fois de suite.

Annexe 2 : 35 pots d'odeurs



Annexe 3 : Cartes des catégories d'aliments

Plantes aromatiques



Vinaigre



Epices



Agrumes



Huile



Fruits



Légumes



Graines torréfiées



Annexe 4 : Cartes des aliments utilisés

Laurier



Thym



Menthe



Romarin



Persil



Basilic



**Vinaigre
balsamique**



Pamplemousse



Citron



Orange



Curry



Poivre



Ail



Piment



Cannelle



Réglisse



Muscade



Café



Chocolat



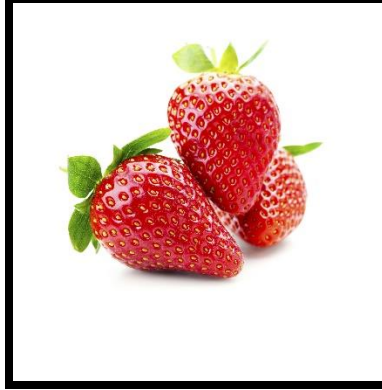
Clou de girofle



Huile d'olive



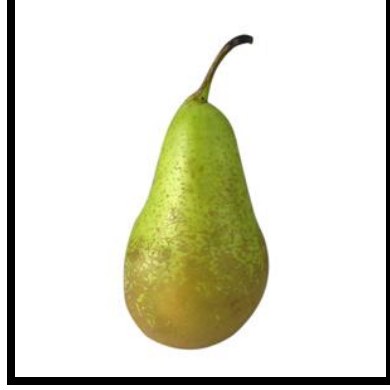
Fraise



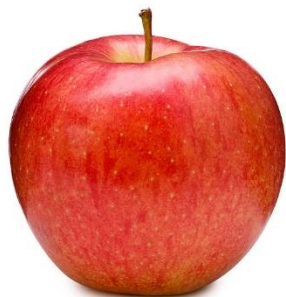
Banane



Poire



Pomme



Framboise



Pêche



Ananas



Coco



Carotte



Navet



Oignon



Chou



Céleri



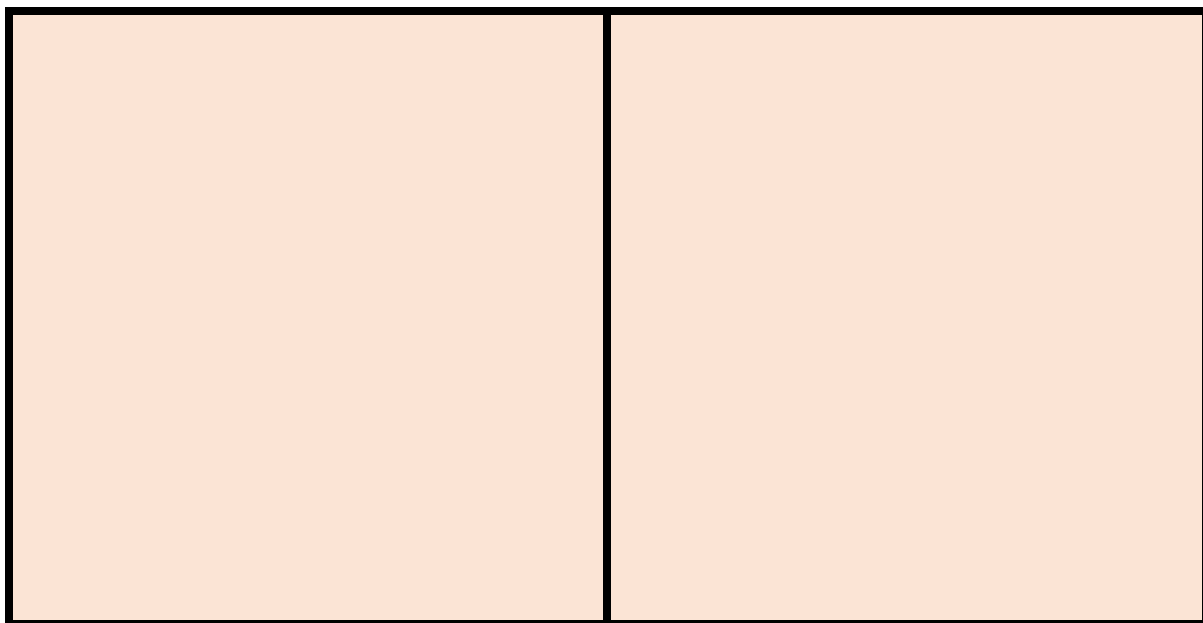
Echalote



Annexe 5 : Planche pour les exercices de jugement

J'aime	Je n'aime pas

Annexe 6 : Planches pour les exercices d'appariement



Annexe 7 : Lettre d'information à destination des patients

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante en 5ème année au Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Nantes, et dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je me permets de solliciter votre participation à mon étude intitulée « **Mise en place d'une approche de stimulation olfaction pour la prise en charge des patients laryngectomisés totaux** », dirigée par Madame MARTINAGE et co-dirigée par Madame NAUX, orthophonistes à Nantes (44).

La lecture de ce document vous permettra de prendre connaissance de l'étude et de ses objectifs. Vous pouvez à tout moment poser vos questions à votre orthophoniste, que j'ai rencontré(e) au préalable. La perte olfactive fait partie des conséquences secondaires à la laryngectomie totale, mais est encore trop rarement intégrée dans la prise en charge du patient laryngectomisé total. Ainsi, je souhaiterais grâce à cette étude, mettre en place un protocole de rééducation olfactive destinée aux patients laryngectomisés totaux.

Les sessions de rééducation olfactive dureront moins de 15 min, à la fin de votre séance d'orthophonie, et s'étaleront entre 5 et 14 séances, selon vos besoins.

Cette approche de rééducation se déroulera en 3 étapes :

- Recueil de vos besoins et de vos capacités olfactives actuelles, grâce à un bilan et à un questionnaire d'auto-évaluation
- Rééducation olfactive, composée d'exercices progressifs
- Recueil de l'évolution de vos capacités et ressentis après la rééducation olfactive

Vous êtes libre de participer et vous pouvez vous réserver le droit à tout moment d'interrompre votre participation sans justification et sans que cela ne vous porte préjudice. Ce mémoire est réalisé conformément aux dispositions de la loi 88.11.38 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches médicales.

Signature du patient

Je vous remercie pour l'attention portée à ma demande.

Charlotte Soufflet

Annexe 8 : Recueil du consentement éclairé

Titre de l'étude : **Mise en place d'une approche de réhabilitation olfactive pour la prise en charge des patients laryngectomisés totaux.**

Consentement de participation de :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Dans le cadre de la réalisation d'une approche de réhabilitation olfactive, Mme SOUFFLET Charlotte, étudiante en orthophonie m'a proposé de participer à une investigation organisée par le Centre de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO) de Nantes.

Mon orthophoniste m'a clairement présenté les objectifs de l'étude, m'indiquant que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Afin d'éclairer ma décision, il m'a été communiqué une information précisant clairement les implications d'un tel protocole, à savoir : le but de la recherche, sa méthodologie, sa durée, les bénéfices attendus, ses éventuelles contraintes, les risques prévisibles, y compris en cas d'arrêt de la recherche avant son terme. J'ai pu poser toutes les questions nécessaires, notamment sur l'ensemble des éléments déjà cités, afin d'avoir une compréhension réelle de l'information transmise. J'ai obtenu des réponses claires et adaptées, afin que je puisse me faire mon propre jugement.

Toutes les données et informations me concernant resteront strictement confidentielles. Seule l'étudiante y aura accès.

J'ai pris connaissance de mon droit d'accès et de rectification des informations nominatives me concernant et qui sont traitées de manière automatisées, selon les termes de la loi.

J'ai connaissance du fait que je peux retirer mon consentement à tout moment du déroulement du protocole et donc cesser ma participation, sans encourir aucune responsabilité. Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires concernant cette étude.

Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision, et compte tenu de l'ensemble de ces éléments, j'accepte librement et volontairement de participer à cette étude dans les conditions établies par la loi.

Fait à :, le

Signature du participant

Signature de l'étudiant

Annexe 9 : Questionnaire d'auto-évaluation pré-réhabilitation

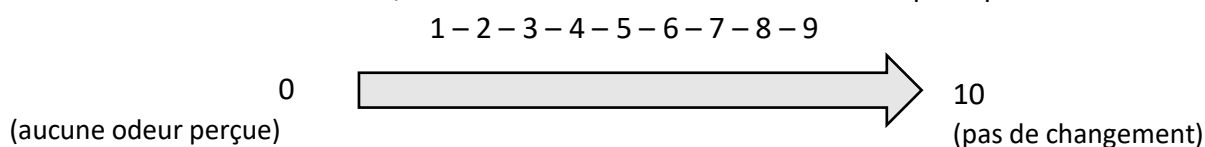
Question 1 :

- Aviez-vous déjà constaté des troubles de l'odorat avant votre opération ?

Oui – Non

Remarques :

- Sur une échelle de 0 à 10, à combien situeriez-vous votre odorat pré-opératoire ?



Question 2 :

- Comment pourriez-vous qualifier votre odorat depuis la mise en place de la rééducation ?

Bon (je suis capable de tout sentir)

☐

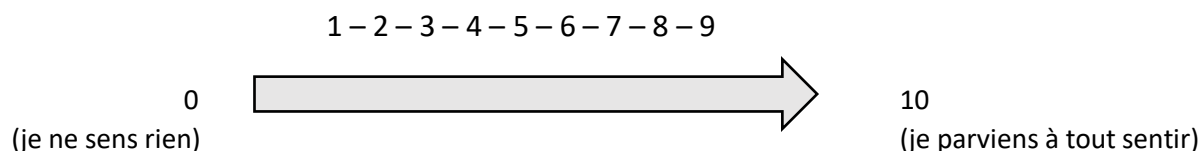
Moyen (je ne suis pas capable de tout sentir, mais cela est suffisant)

☐

Pauvre (je ne sens rien, ou très peu)

☐

- Sur une échelle de 0 à 10, à combien situeriez-vous votre odorat actuel ?



- La modification de votre odorat vous gêne-t-elle dans votre vie quotidienne ?

Oui – Non

Remarques :

Question 3 :

- Quelles sont vos attentes par rapport à cette réhabilitation olfactive ?

Annexe 10 : Questionnaire d'auto-évaluation post-réhabilitation

Question 1 :

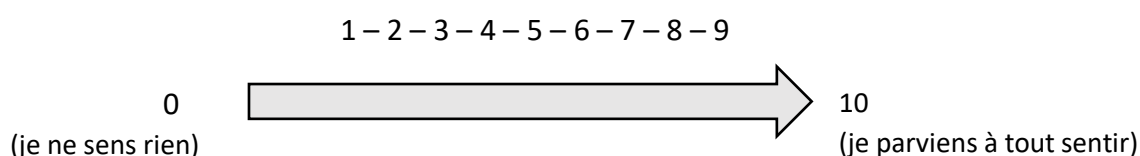
- Comment pourriez-vous qualifier votre odorat depuis la mise en place de la rééducation ?

Bon (je suis capable de tout sentir) ☐

Moyen (je ne suis pas capable de tout sentir, mais cela est suffisant) ☐

Pauvre (je ne sens rien, ou très peu) ☐

- Sur une échelle de 0 à 10, à combien situeriez-vous votre odorat ?



Question 2 :

- Utilisez-vous cette technique dans votre quotidien ?
Oui – Non

Remarques : _____

Question 3 :

- La rééducation a-t-elle amélioré votre vie quotidienne ?
Oui – Non

Remarques : _____

Annexe 11 : Bilan olfactif pré et post réhabilitation

Consignes de passation : 2 cuillères de poudre dans un petit pot

- Pour la discrimination : Est-ce que vous percevez une odeur ?
- Pour l'identification spontanée : Est-ce que cette odeur vous évoque quelque chose ?
- Pour l'identification sur propositions : Est-ce que l'odeur que vous avez sentie vous évoque un de ces trois objets ou aliments ? (+ planches correspondantes)

Posture du patient pour sentir : _____

	Discrimination	Identification spontanée	Identification sur propositions
Chou			
Banane			
Cannelle			
Café			
Curry			
Orange			
Vinaigre balsamique			
Menthe			

Score en discrimination : /8

Score en identification spontanée : /8

Score en identification sur propositions : /8

Annexe 12 : Livret du patient (utilisation facultative)

Séance 1 : découverte de la méthode du bâillement poli

La technique du bâillement poli se décompose en une série de mouvements :

- ⇒ **Abaissier la mandibule, sans ouvrir les lèvres.**
- ⇒ **Coller la langue au palais.**
- ⇒ **Ouvrir la mandibule en maintenant les lèvres fermées et déplacer la langue vers le plancher buccal.**
- ⇒ **Replacer la mandibule en position de repos en remontant doucement la langue au palais.**

Chaque cycle doit être répété plusieurs fois de suite pour permettre l'efficacité de cette méthode.

Odeurs travaillées :

Remarques :

Séance 2

Odeurs travaillées :

Remarques :

Séance 3

Odeurs travaillées :

Remarques :

Séance 4

Odeurs travaillées :

Remarques :

Séance 5

Odeurs travaillées :

Remarques :

Séance 6

Odeurs travaillées :

Remarques :

Séance 7

Odeurs travaillées :

Remarques :

Séance 8

Odeurs travaillées :

Remarques :

Séance 9

Odeurs travaillées :

Remarques :

Séance 10

Odeurs travaillées :

Remarques :

Séance 11

Odeurs travaillées :

Remarques :

Séance 12

Odeurs travaillées :

Remarques :

Séance 13

Odeurs travaillées :

Remarques :

Séance 14

Odeurs travaillées :

Remarques :

Annexe 13 : Questionnaire final à destination des orthophonistes

Question 1 :

- Avez-vous rencontré des difficultés à mettre en place ces exercices ?

Oui – Non

Pourquoi ? : _____

- Quel(s) exercices vous ont posé des difficultés ?

Pourquoi ?

- Quel(s) exercices ne vous ont posé aucune difficulté ?

Pourquoi ?

Question 2 :

- Grâce à cette approche de réhabilitation, vous sentez-vous mieux accompagné(e) pour prendre en charge les besoins olfactifs des patients ?

Oui – Non

Remarques :

Question 3 :

- Souhaiteriez-vous proposer cette approche de réhabilitation olfactive à d'autres patients laryngectomisés ?

Oui – Non

Remarques :

Annexe 14 : Engagement éthique

Je soussignée Charlotte SOUFFLET, dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études orthophoniques à l'Université de Nantes, m'engage à respecter les principes de la déclaration d'Helsinki concernant la recherche impliquant la personne humaine.

L'étude proposée vise à concevoir un matériel de réhabilitation olfactive à destination des patients laryngectomisés totaux, basé exclusivement sur des odeurs alimentaires.

Conformément à la déclaration d'Helsinki, je m'engage à :

- Informer tout participant sur les buts recherchés par cette étude et les méthodes mises en œuvre pour les atteindre,
- Obtenir le consentement libre et éclairé de chaque participant à cette étude
- Préserver l'intégrité physique et psychologique de tout participant à cette étude,
- Informer tout participant à une étude sur les risques éventuels encourus par la participation à cette étude,
- Respecter le droit à la vie privée des participants en garantissant l'anonymisation des données recueillies les concernant, à moins que l'information ne soit essentielle à des fins scientifiques et que le participant (ou ses parents ou son tuteur) ne donne son consentement éclairé par écrit pour la publication,
- Préserver la confidentialité des données recueillies en réservant leur utilisation au cadre de cette étude.

Fait à Nantes

Le 01/09/2018

Signature

Titre du Mémoire : Mise en place d’une approche de réhabilitation olfactive pour la prise en charge des patients laryngectomisés totaux.

RESUME

Une hyposmie orthonasale est souvent consécutive à la laryngectomie totale, altérant ainsi la reconnaissance des aliments et des dangers environnementaux. Actuellement, la prise en charge orthophonique des patients laryngectomisés totaux est axée autour de l’apprentissage d’une nouvelle voix, mais certains patients souhaitent être aidés dans le rétablissement de leurs capacités olfactives.

Une approche olfactive progressive et structurée, exclusivement basée sur des aliments déshydratés a donc été établie, afin de fournir aux professionnels un support concret de prise en charge. Suite aux passations, tous les participants ont observé une amélioration de leurs capacités olfactives ainsi que de leur ressenti olfactif. De plus, les orthophonistes se sentaient mieux accompagnés et souhaitaient proposer ce protocole à leurs futurs patients. Ainsi, quel que soit le nombre de séances proposées, une approche de réhabilitation progressive et structurée impacte positivement leur qualité de vie ainsi que leurs capacités olfactives.

MOTS-CLES

Olfaction – laryngectomie totale – hyposmie - programme de réhabilitation – odeurs alimentaires – Aliments déshydratés

ABSTRACT

Orthonasal hyposmia is a frequent result of total laryngectomy, altering the recognition of food and environmental hazards. Speech and language therapy for total laryngectomized patients currently focuses on learning a new voice, but some patients want to be helped in restoring their olfactory abilities.

A progressive and structured olfactory approach, exclusively based on dehydrated foods, has therefore been established in order to provide professionals with concrete support for their care. As a result of the transfers, all participants noted an improvement in their olfactory capacities as well as their olfactory experience. In addition, speech-language pathologists felt better supported and wanted to propose this protocol to their future patients. Thus, whatever the number of proposed sessions, a progressive and structured rehabilitation approach has a positive impact on their quality of life and their olfactory capacities.

KEY WORDS

Olfaction – total laryngectomy – hyposmia – rehabilitation program – food odors – dehydrated foods

Certificat de capacité
d'orthophonie

Mise en place d'une approche de stimulation olfactive

Livret de l'orthophoniste

Charlotte Soufflet

ETUDIANTE EN MASTER 2 D'ORTHOPHONIE AU CFUO DE NANTES

Table des matières

Introduction	2
Présentation des étapes du mémoire	3
Lettre d'information à destination du patient	4
Recueil du consentement éclairé	5
Identité du patient	6
Questionnaire d'auto-évaluation pré-réhabilitation olfactive.....	7
Evaluation initiale.....	8
Progression des séances.....	9
Séance 1 : Présentation de la technique du bâillement poli (étape obligatoire).....	10
Séance 2 : Discrimination d'odeurs	16
Séance 3 : Jugement d'odeurs (étape obligatoire)	20
Séance 4 : Jugement et appariement d'odeurs	27
Séance 5 : Appariement d'odeurs (étape obligatoire)	34
Séance 6 : Appariement d'odeurs	42
Séance 7 : Identification d'odeurs (étape obligatoire)	49
Séance 8 : Identification d'odeurs.....	53
Séance 9 : Identification d'odeurs (étape obligatoire)	57
Séance 10 : Trouver les différences = jeu de Kim.....	60
Séance 11 : Trouver les différences = jeu de Kim.....	65
Séance 12 : Identification spontanée d'odeurs (non obligatoire).....	69
Séance 13 : Identification spontanée d'odeurs (non obligatoire).....	71
Séance 14 : Identification spontanée d'odeurs (non obligatoire).....	73
Evaluation finale.....	75
Questionnaire d'auto-évaluation post-réhabilitation olfactive	76
Questionnaire à destination des orthophonistes	77
Remarques, conseils et suggestions.....	79

Introduction

La **perte olfactive** fait partie des conséquences secondaires à la **laryngectomie totale**, mais sa réhabilitation est encore trop rarement intégrée dans la prise en charge du patient laryngectomisé total. Ainsi, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je souhaiterais mettre en place une **approche de rééducation olfactive facile d'utilisation et adaptable aux besoins des patients**.

Nous allons donc proposer aux orthophonistes qui le souhaitent un protocole clé en mains. Il comprend des étapes de prise en charge détaillant le matériel à utiliser (aliments déshydratés), un ordre d'odeurs spécifique ainsi que des exercices précis, basés sur une classification d'odeurs établie avec l'aide de professionnels de la restauration.

Ce protocole de réhabilitation olfactive est facile et rapide à mettre en œuvre : entre 5 et 10 minutes par séance, pendant 5 à 14 séances en fonction de vos possibilités et habitudes thérapeutiques. C'est adaptable aux suivis en libéral comme aux prises en charge en centres de rééducation.

Ce programme de réhabilitation s'adresse aux patients laryngectomisés totaux, dès qu'ils sont aptes à une **reprise alimentaire** et que le test au bleu a été concluant. Dans le cadre de mon mémoire, la prise en charge olfaction ne peut avoir lieu pendant les séances de **radiothérapie** ou chimiothérapie et il faudra attendre au minimum **6 mois** avant de débiter les séances après l'irradiation.

Dans ce livret, vous trouverez la lettre d'information et le recueil du consentement éclairé à destination du patient, les bilans pré et post-réhabilitation, les questionnaires d'auto-évaluation et le déroulé des séances.

Charlotte Soufflet

Présentation des étapes du mémoire

- *Etape 1* : information des patients et des orthophonistes
- *Etape 2* : questionnaire et bilan pré-réhabilitation à destination des patients (1 séance)
- *Etape 3* : apprentissage du bâillement poli (1 séance)
- *Etape 4* : passation des exercices du protocole, avec grille de réponses fermée (entre 4 et 14 séances)
- *Etape 5* : questionnaire et bilan post-réhabilitation à destination des patients (1 séance)
- *Etape 6* : questionnaire à destination des orthophonistes
- *Etape 7* : collecte des réponses des patients
- *Etape 8* : création du poster

Lettre d'information à destination du patient

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante en 5ème année au Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Nantes, et dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je me permets de solliciter votre participation à mon étude intitulée « **Mise en place d'une approche de stimulation olfaction pour la prise en charge des patients laryngectomisés totaux** », dirigée par Madame MARTINAGE et co-dirigée par Madame NAUX, orthophonistes à Nantes (44).

La lecture de ce document vous permettra de prendre connaissance de l'étude et de ses objectifs. Vous pouvez à tout moment poser vos questions à votre orthophoniste, que j'ai rencontré(e) au préalable. La perte olfactive fait partie des conséquences secondaires à la laryngectomie totale, mais est encore trop rarement intégrée dans la prise en charge du patient laryngectomisé total. Ainsi, je souhaiterais grâce à cette étude, mettre en place un protocole de rééducation olfactive destinée aux patients laryngectomisés totaux.

Les sessions de rééducation olfactive dureront moins de 15 min, à la fin de votre séance d'orthophonie, et s'étaleront entre 5 et 14 séances, selon vos besoins.

Cette approche de rééducation se déroulera en 3 étapes :

- Recueil de vos besoins et de vos capacités olfactives actuelles, grâce à un bilan et à un questionnaire d'auto-évaluation
- Rééducation olfactive, composée d'exercices progressifs
- Recueil de l'évolution de vos capacités et ressentis après la rééducation olfactive

Vous êtes libre de participer et vous pouvez vous réserver le droit à tout moment d'interrompre votre participation sans justification et sans que cela ne vous porte préjudice. Ce mémoire est réalisé conformément aux dispositions de la loi 88.11.38 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches médicales.

Signature du patient

Je vous remercie pour l'attention portée à ma demande.

Charlotte Soufflet

Recueil du consentement éclairé

Titre de l'étude : **Mise en place d'une approche de réhabilitation olfactive pour la prise en charge des patients laryngectomisés totaux.**

Consentement de participation de :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Dans le cadre de la réalisation d'une approche de réhabilitation olfactive, Mme SOUFFLET Charlotte, étudiante en orthophonie m'a proposé de participer à une investigation organisée par le Centre de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO) de Nantes.

Mon orthophoniste m'a clairement présenté les objectifs de l'étude, m'indiquant que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Afin d'éclairer ma décision, il m'a été communiqué une information précisant clairement les implications d'un tel protocole, à savoir : le but de la recherche, sa méthodologie, sa durée, les bénéfices attendus, ses éventuelles contraintes, les risques prévisibles, y compris en cas d'arrêt de la recherche avant son terme. J'ai pu poser toutes les questions nécessaires, notamment sur l'ensemble des éléments déjà cités, afin d'avoir une compréhension réelle de l'information transmise. J'ai obtenu des réponses claires et adaptées, afin que je puisse me faire mon propre jugement.

Toutes les données et informations me concernant resteront strictement confidentielles. Seule l'étudiante y aura accès.

J'ai pris connaissance de mon droit d'accès et de rectification des informations nominatives me concernant et qui sont traitées de manière automatisées, selon les termes de la loi.

J'ai connaissance du fait que je peux retirer mon consentement à tout moment du déroulement du protocole et donc cesser ma participation, sans encourir aucune responsabilité. Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires concernant cette étude.

Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision, et compte tenu de l'ensemble de ces éléments, j'accepte librement et volontairement de participer à cette étude dans les conditions établies par la loi.

Fait à :, le

Signature du participant

Signature de l'étudiant

Identité du patient

Initiales du patient et sexe : Date de naissance :

Profession : Risque olfactif dans la profession :

Tendance alcoolo-tabagique avant l'opération : Après l'opération :

Nom de l'orthophoniste et mode d'exercice :

	Oui	Non	Commentaires
Chirurgie inférieure à 2 ans			Date : Lieu :
Chirurgie supérieure à 2 ans			Date : Lieu :
Pose d'un implant phonatoire			Technique vocale :
Radiothérapie avant la chirurgie			Durée du traitement :
Radiothérapie après la chirurgie			Durée du traitement :
Dosage de rayons inférieur à 50 Gy			Nb de séances :
Dosage de rayons entre 50 et 60 Gy			Nb de séances :
Dosage de rayons entre 60 et 70 Gy			Nb de séances :
Dosage de rayons supérieur à 70 Gy			Nb de séances :
Fin des rayons entre 6 mois et 2 ans			Date de fin :
Fin des rayons supérieure à 2 ans			Date de fin :
Présence d'une chimiothérapie			Date de fin :
Sensibilisation olfactive antérieure (une seule séance)			Date approximative :
Rééducation olfactive antérieure (plusieurs séances)			Fréquence : Nombre :

Questionnaire d'auto-évaluation pré-réhabilitation olfactive

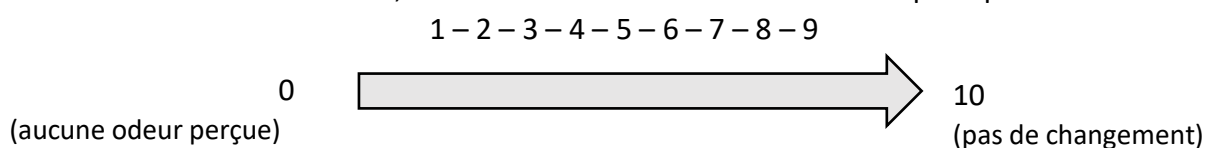
Question 1 :

- Aviez-vous déjà constaté des troubles de l'odorat avant votre opération ?

Oui – Non

Remarques :

- Sur une échelle de 0 à 10, à combien situeriez-vous votre odorat pré-opératoire ?



Question 2 :

- Comment pourriez-vous qualifier votre odorat depuis la mise en place de la rééducation ?

Bon (je suis capable de tout sentir)

☐

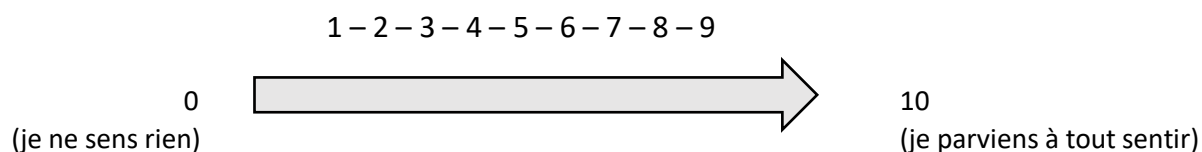
Moyen (je ne suis pas capable de tout sentir, mais cela est suffisant)

☐

Pauvre (je ne sens rien, ou très peu)

☐

- Sur une échelle de 0 à 10, à combien situeriez-vous votre odorat actuel ?



- La modification de votre odorat vous gêne-t-elle dans votre vie quotidienne ?

Oui – Non

Remarques :

Question 3 :

- Quelles sont vos attentes par rapport à cette réhabilitation olfactive ?

Evaluation initiale

Consignes de passation : 2 cuillères de poudre dans un petit pot

- Pour la discrimination : Est-ce que vous percevez une odeur ?
- Pour l'identification spontanée : Est-ce que cette odeur vous évoque quelque chose ?
- Pour l'identification sur propositions : Est-ce que l'odeur que vous avez sentie vous évoque un de ces trois objets ou aliments ? (+ planches correspondantes)

Méthode utilisée par le patient pour sentir : _____

	Discrimination	Identification spontanée	Identification sur propositions
Chou			
Banane			
Cannelle			
Café			
Curry			
Orange			
Vinaigre balsamique			
Menthe			

Score en discrimination : /8

Score en identification spontanée : /8 sur propositions : /8

Progression des séances

- **Séance 1 : présentation de la technique du bâillement poli**
- Séance 2 : discrimination d'odeurs
- **Séance 3 : jugement d'odeurs**
- Séance 4 : jugement et appariement d'odeurs
- **Séance 5 : appariement d'odeurs**
- Séance 6 : appariement d'odeurs
- **Séance 7 : identification d'odeurs**
- Séance 8 : identification d'odeurs
- **Séance 9 : identification d'odeurs**
- Séance 10 : trouver les différences (avec des odeurs déjà travaillées)
- Séance 11 : trouver les différences (avec des odeurs déjà travaillées)

Séances optionnelles :

- Séance 12 : identification spontanée d'odeurs (avec des odeurs déjà travaillées)
- Séance 13 : identification spontanée d'odeurs (avec des odeurs déjà travaillées)
- Séance 14 : identification spontanée d'odeurs (avec des odeurs déjà travaillées)

 Si vous souhaitez réduire le nombre de séances, vous pouvez choisir de garder les séances 1 à 9, en privilégiant les séances 1, 3, 5, 7 et 9. Dans ce cas, il faudra veiller à la maîtrise de la technique du bâillement poli, en adaptant les intitulés des consignes.

Séance 1 : Présentation de la technique du bâillement poli (étape obligatoire)

Présentation de la technique du bâillement poli

Dans la première édition de « La voix sans larynx » parue en 1963, François Le Huche découvre que le mouchage est encore possible grâce à un rapprochement des mâchoires. Ainsi, le flux d'air nasal est rétabli lors de chaque mouvement d'écartement des mâchoires. Il conseille donc aux patients d'utiliser cette technique pour la réhabilitation olfactive.

En 2000, le chirurgien néerlandais F. Hilgers, créateur de l'implant phonatoire Provox, reprend cette méthode et lui donne le nom de « technique du bâillement poli » ou « Polite Yawning » ou « Nasal Airflow Inducing Maneuver ». Avec son équipe, Hilgers veut enseigner aux patients une **manœuvre volontaire** générant un flux d'air nasal et reposant sur un **mouvement d'écartement des mâchoires, lèvres closes, associé à un abaissement de la mandibule, du palais mou, du plancher buccal et de la langue.**

Grâce à cette méthode, le volume de la cavité buccale est augmenté et les molécules odorantes parviennent directement à l'épithélium olfactif.

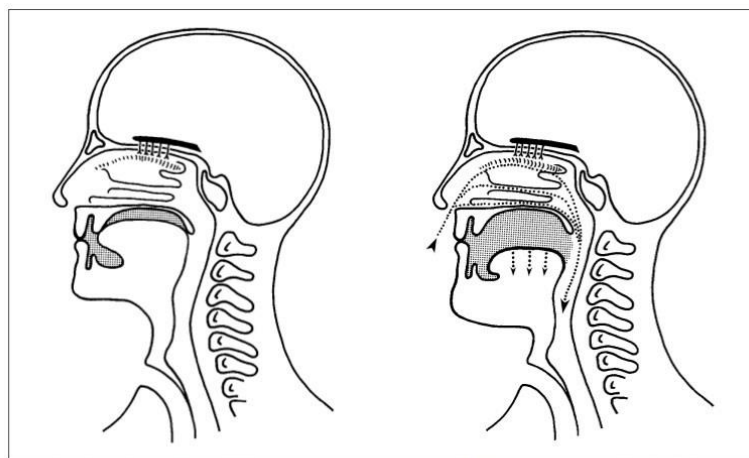


Figure 1. Left. Schematic drawing of the situation before the nasal airflow-inducing maneuver. Right. Schematic drawing of the nasal airflow-inducing maneuver, creating a volume increase in the oral cavity and oropharynx by lowering the jaw, floor of the mouth, tongue, base of tongue, and soft palate with the lips securely closed. In this way, negative pressure and thus nasal airflow are induced, allowing odorous substances to reach the olfactory epithelium.

Réalisation de la technique

La technique du bâillement poli se décompose en une série de mouvements :

- ⇒ **Ecarter les mâchoires, en maintenant les lèvres fermées.**
- ⇒ **Coller la langue au palais.**
- ⇒ **Déplacer la langue vers le plancher buccal.**
- ⇒ **Replacer la mandibule en position de repos en remontant doucement la langue au palais.**

Chaque cycle doit être répété plusieurs fois de suite pour permettre l'efficacité de cette méthode.

Apprentissage de la méthode

Avant d'enseigner la méthode au patient, l'orthophoniste doit être capable de la réaliser. Si, lors de l'évaluation initiale, l'orthophoniste a constaté que le patient utilisait déjà une méthode d'olfaction, il conviendra alors de lui prodiguer des conseils afin de l'optimiser ou des instructions pour la rendre davantage fonctionnelle.

La méthode du bâillement poli peut être **rapidement** mise en application par les patients. L'étude menée par Hilgers et al (2000) révèle que 57% des patients étaient capables de sentir après une séance de 30 minutes. Une seconde étude de Risberg-Berlin et al (2009) démontre également l'efficacité sur le long terme de cette technique.

Lors de l'apprentissage de la méthode, l'orthophoniste pourra proposer au patient de réaliser les mouvements face à un miroir et devra lui fournir un modèle. Il faudra également veiller à guider le patient, être à l'écoute de ses interrogations et le rassurer sur ses capacités.

Première étape

Dans un premier temps, le cycle va être **décomposé** : travail de la mandibule puis de la langue.

Le patient va tout d'abord s'entraîner à **enchaîner une ouverture et une fermeture de la bouche, tout en maintenant ses lèvres closes**. Durant cette phase, il faudra veiller à ce que le patient n'inspire pas par le trachéostome au moment de l'écartement des mâchoires, afin d'éviter un phénomène d'hyperventilation. La respiration ne doit donc pas être synchronisée aux mouvements.

Puis, il va travailler **l'élévation au palais et l'abaissement forcé de la langue**. Lors des premiers essais, le patient peut réaliser ces mouvements bouche entrouverte, mais il devra petit à petit les réaliser en gardant les lèvres fermées.

Deuxième étape

Lorsque les mouvements isolés seront correctement réalisés, **ils devront être enchaînés, pour que les répétitions induisent une quantité d'air suffisante**. Nous pourrons donner au patient l'image d'un aliment volumineux à mâcher, afin de l'aider à amplifier les mouvements.

Lors de cette phase d'enchaînement des mouvements, l'orthophoniste pourra proposer au patient **d'utiliser la méthode** pour sentir des odeurs fortes, telles que l'ail et le café. Cela lui permettra d'avoir un feed-back sur ses productions.

Une séance de 20 à 30 minutes suffit généralement aux patients pour apprendre cette méthode. Si la réalisation des mouvements est compliquée, l'orthophoniste pourra demander au patient de s'entraîner chez lui avant la prochaine rencontre.

Préparation de la séance 1

• Préparer le schéma anatomique • Préparer un miroir • Faire chauffer de l'eau (bouilloire) • 3 gobelets et 3 cuillères • Un abaisse-langue	• 1 petit pot contenant 3 cuillères d'ail • 1 petit pot contenant 3 cuillères de café • 1 petit pot contenant 3 cuillères de chocolat • Cartes : ail, café, chocolat, carotte, banane, pamplemousse
---	--

Déroulement de la séance 1 (au minimum 20 minutes)

Date :

❖ Présentation de la méthode au patient ⇒ Objectifs et rappels anatomiques si nécessaire, à l'aide du schéma ⇒ Description des mouvements à effectuer avec modèle visuel
❖ Apprentissage de la méthode ⇒ Entraînement de la mandibule : ouvrir et fermer la mandibule, en maintenant les lèvres closes.  Le patient ne doit pas respirer par le trachéostome. ⇒ Entraînement de la langue : élever et abaisser la langue, en maintenant les lèvres closes.  Si le patient ressent des difficultés à effectuer ces mouvements lèvres fermées, il peut dans un premier temps, s'entraîner avec la bouche entrouverte, ou avec un abaisse-langue entre les lèvres. Ceci crée un réflexe de pince qui permet de libérer la langue et la mandibule. ⇒ Enchaînement des mouvements et des cycles :

Fermer la bouche, lèvres closes > Coller la langue au palais > Ouvrir la bouche en maintenant les lèvres fermées et déplacer la langue vers le plancher buccal > Replacer la mandibule en position de repos en remontant doucement la langue au palais.

❖ **Entraînement avec des odeurs réelles**

Nous allons maintenant entraîner la technique du bâillement poli avec des odeurs réelles.

Durant toute la durée des séances, le patient ne devra pas regarder à l'intérieur des pots. Aussi, vous pouvez proposer au patient de fixer un point au loin dans la pièce (cadre, vase, téléphone...), afin qu'il se concentre exclusivement sur l'odeur. Puis, vous pouvez placer le petit pot à une distance d'environ 3 cm en dessous de son nez, en évitant d'agiter le pot.

Il faudra également veiller à laisser 1 minute de battement entre chaque odeur, durant toute la durée des séances.

⇒ **Ail**

⇒ Avec 3 cuillères d'ail dans de l'eau chaude (moitié du gobelet) :

Percevez-vous une odeur ?

⇒ Avec 3 cuillères d'ail dans un petit pot :

Percevez-vous une odeur ?

 Si le patient n'a pas réussi à percevoir une odeur, retravailler les mouvements et les enchainements de cycles.

Vous sentez-vous plus à l'aise avec la poudre seule ou avec la diffusion par le biais de l'eau chaude ?

Est-ce une odeur que vous appréciez ?

Que vous évoque cette odeur ?
.....

⇒ Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter les cartes de l'ail et de la carotte :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?
.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

 Si le patient répond correctement, le féliciter ! Sinon, lui demander de justifier sa réponse et lui montrer la couleur de l'ail par rapport à celle de la carotte. Vous pouvez également lui proposer de « goûter » la poudre. En passant par le goût, le patient peut se rendre compte par lui-même de la nature de l'aliment.

Laisser un intervalle d'au moins 1 minute entre la présentation de l'ail et du café. Durant ce temps, vous pouvez recueillir ses premières impressions.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

⇒ **Café**

⇒ Avec 3 cuillères de café dans de l'eau chaude (moitié du gobelet) :

Percevez-vous une odeur ?

⇒ Avec 3 cuillères de café dans un petit pot :

Percevez-vous une odeur ?

Vous sentez-vous plus à l'aise avec la poudre seule ou avec la diffusion par le biais de l'eau chaude ?

Est-ce une odeur que vous appréciez ?

Que vous évoque cette odeur ?

.....

⇒ Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter les cartes du café et de la banane :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

Laisser un intervalle d'au moins 1 minute entre la présentation du café et du chocolat.

.....

.....

.....

.....

⇒ **Chocolat**

⇒ Avec 3 cuillères de chocolat dans de l'eau chaude (moitié du gobelet) :

Percevez-vous une odeur ?

⇒ Avec 3 cuillères de chocolat dans un petit pot :

Percevez-vous une odeur ?

Vous sentez-vous plus à l'aise avec la poudre seule ou avec la diffusion par le biais de l'eau chaude ?

Est-ce une odeur que vous appréciez ?

.....

Que vous évoque cette odeur ?

.....

⇒ Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter les cartes du chocolat et du pamplemousse :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

❖ **Faire un point avec le patient sur la séance : ressentis, préférences, attentes**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Si la réalisation des mouvements est compliquée, vous pouvez demander au patient de s'entraîner chez lui avant la prochaine rencontre.

Séance 2 : Discrimination d'odeurs

La **discrimination** correspond à la capacité à **distinguer deux stimuli** (présence, absence) grâce à l'intégration des informations recueillies par les sens. Durant cette deuxième séance, il s'agit **d'entraîner la technique du bâillement poli** et de stimuler les cellules olfactives.

En début de séance, l'orthophoniste pourra répondre aux questions, recueillir les remarques éventuelles concernant l'entraînement du patient à son domicile et, si besoin, reprendre les étapes de la méthode du bâillement poli.

Préparation de la séance 2

- Préparer le schéma anatomique
- Préparer un miroir
- 1 abaisse-langue, si besoin
- Faire chauffer de l'eau
- 4 gobelets et 4 cuillères

- 1 petit pot contenant 3 cuillères de thym
- 1 petit pot contenant 3 cuillères de citron
- 1 petit pot contenant 3 cuillères de curry
- 1 petit pot contenant 3 cuillères de coco
- Cartes : thym, citron, curry, coco, oignon, fraise, chocolat, piment

Déroulement de la séance 2 (entre 10 et 15 minutes)

Date :

❖ Faire un point avec le patient sur la méthode du bâillement poli

⇒ Avez-vous eu l'occasion de vous entraîner depuis notre dernière séance ? Avec quels aliments ? Dans quel contexte ?

.....

.....

.....

.....

⇒ Avez-vous des remarques concernant la méthode ? Voulez-vous qu'on retravaille les mouvements ensemble ?

.....

.....

.....

.....

 Que le patient souhaite ou non retravailler les mouvements, vous pouvez utiliser les aliments prévus pour la séance.

❖ Entraînement à la discrimination

 Si, lors de la séance 1, le patient a indiqué qu'il se sentait plus à l'aise avec une méthode de diffusion des odeurs, vous pouvez n'utiliser que celle-ci durant la séance 2. Dans ce cas, je vous remercie de bien vouloir indiquer quelle méthode vous utilisez.

 Si le patient n'a pas indiqué de préférence, vous pouvez utiliser les deux méthodes de diffusion durant la séance 2, afin d'affiner la technique du bâillement poli.

⇒ **Thym**

⇒ Avec 3 cuillères de thym dans de l'eau chaude :

Percevez-vous une odeur ?

⇒ Avec 3 cuillères de thym dans un petit pot :

Percevez-vous une odeur ?

Est-ce une odeur que vous appréciez ?

Que vous évoque cette odeur ?

.....

⇒ Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter les cartes du thym et de l'oignon :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

Laisser un intervalle d'au moins 1 minute entre la présentation du thym et du citron.

.....

.....

.....

.....

⇒ **Citron**

⇒ Avec 3 cuillères de citron dans de l'eau chaude :

Percevez-vous une odeur ?

.....

⇒ Avec 3 cuillères de citron dans un petit pot :

Percevez-vous une odeur ?

.....

Est-ce une odeur que vous appréciez ?

.....

Que vous évoque cette odeur ?

.....

⇒ Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter les cartes du citron et de la fraise :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

Laisser un intervalle d'au moins 1 minute entre la présentation du citron et du curry.

.....

.....

.....

.....

.....

⇒ **Curry**

⇒ Avec 3 cuillères de curry dans de l'eau chaude :

Percevez-vous une odeur ?

⇒ Avec 3 cuillères de curry dans un petit pot :

Percevez-vous une odeur ?

Est-ce une odeur que vous appréciez ?

Que vous évoque cette odeur ?

.....

⇒ Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter les cartes du curry et du chocolat :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?

.....

Odeur correcte	Odeur incorrecte
----------------	------------------

Laisser un intervalle d'au moins 1 minute entre la présentation du curry et de la coco.

.....

.....

.....

.....

.....

⇒ **Coco**

⇒ Avec 3 cuillères de coco dans de l'eau chaude :

Percevez-vous une odeur ?

⇒ Avec 3 cuillères de coco dans un petit pot :

Percevez-vous une odeur ?

Est-ce une odeur que vous appréciez ?

Que vous évoque cette odeur ?

.....

⇒ Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter les cartes de la coco et du piment :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

❖ **Faire un point avec le patient sur la séance : ressentis, préférences, attentes**

.....

🔔 S'il le souhaite et si cela est possible pour lui, vous pouvez proposer au patient de s'entraîner chez lui, en sentant l'odeur de son café (ou autre boisson chaude) ou l'odeur des plats en train de cuire.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Séance 3 : Jugement d'odeurs (étape obligatoire)

Le **jugement** correspond à l'aptitude à se faire une **opinion**, à porter une appréciation sur quelque chose ou quelqu'un, à conclure à un **raisonnement**.

Nous allons travailler le jugement d'odeurs lors des séances 3 et 4. il s'agit d'utiliser la technique du bâillement poli pour reconnaître des odeurs grâce à leurs **caractéristiques**.

Lors de cette séance, nous allons explorer 5 catégories d'odeurs : les herbes aromatiques (le laurier), les agrumes (l'orange), les épices (les clous de girofle), les fruits (la framboise) et les légumes (l'oignon). Les différences entre ces odeurs vont permettre au patient de se familiariser avec les différentes catégories d'aliments et ainsi **d'émettre un ressenti** sur celles-ci, en fonction des caractéristiques et souvenirs associés.

Préparation de la séance 3

• Si besoin, prévoir un miroir • Faire chauffer de l'eau • Préparer 5 gobelets et 5 cuillères • Cartes : laurier, orange, clous de girofle, framboise, oignon, chocolat, poivre, ananas, réglisse, romarin • Cartes avec les catégories d'aliments • Planche « j'aime, je n'aime pas »	• 1 petit pot contenant 3 cuillères de laurier • 1 petit pot contenant 3 cuillères d'orange • 1 petit pot contenant 3 cuillères de clous de girofle • 1 petit pot contenant 3 cuillères de framboise • 1 petit pot contenant 3 cuillères d'oignon
---	---

Déroulement de la séance 3 (entre 5 et 10 minutes)

Date :

 Faire un point avec le patient sur sa semaine

⇒ **Avez-vous eu l'occasion de vous entraîner depuis notre dernière séance ? Avec quels aliments ? Dans quel contexte ?**

.....

.....

.....

.....

.....

⇒ **Comment ces essais se sont-ils passés ?**

.....

.....

.....

.....

.....

Entrainement au jugement

🔔 Lors de cette séance 3, vous pouvez utiliser les 2 méthodes de diffusion : la poudre pour se rapprocher au maximum du quotidien, l'eau chaude pour favoriser la découverte des caractéristiques des aliments.

 Placer le support « j'aime, je n'aime pas » devant le patient. Au fur et à mesure, vous pouvez placer les cartes ou les pots sur le support, pour aider le patient à visualiser l'objectif de l'exercice.

Aujourd'hui, nous allons travailler sur les caractéristiques des odeurs du quotidien. Vous allez essayer de vous concentrer sur vos ressentis, vos souvenirs liés à ce que vous allez sentir.

⇒ **Laurier**

⇒ Avec 3 cuillères de laurier dans de l'eau chaude :

Percevez-vous une odeur ?

⇒ Avec 3 cuillères de laurier dans un petit pot :

Percevez-vous une odeur ?

Est-ce une odeur que vous appréciez ?

Que vous évoque cette odeur ?

.....
.....
.....

Comment pourrions-nous la qualifier ?

.....
.....
.....

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

⇒ Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter les cartes du laurier et du chocolat :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

Laisser un intervalle d'au moins 1 minute entre la présentation du laurier et de l'orange.

.....

.....

.....

.....

.....

⇒ **Orange**

⇒ Avec 3 cuillères d'orange dans de l'eau chaude :

Percevez-vous une odeur ?

⇒ Avec 3 cuillères d'orange dans un petit pot :

Percevez-vous une odeur ?

Est-ce une odeur que vous appréciez ?

Que vous évoque cette odeur ?

.....

.....

.....

Comment pourrions-nous la qualifier ?

.....

.....

.....

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

⇒ Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter les cartes de l'orange et du poivre :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?

.....

Odeur correcte	Odeur incorrecte
----------------	------------------

Laisser un intervalle d'au moins 1 minute entre la présentation de l'orange et des clous de girofle.

.....

.....

⇒ **Clous de girofle**

⇒ Avec 3 cuillères de clous de girofle dans de l'eau chaude :

Percevez-vous une odeur ?

⇒ Avec 3 cuillères de clous de girofle dans un petit pot :

Percevez-vous une odeur ?

Est-ce une odeur que vous appréciez ?

Que vous évoque cette odeur ?

.....
.....
.....

Comment pourrions-nous la qualifier ?

.....
.....
.....

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

⇒ Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter les cartes des clous de girofle et de l'ananas :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

Laisser un intervalle d'au moins 1 minute entre la présentation des clous de girofle et de la framboise.

.....
.....

.....

.....

.....

⇒ **Framboise**

⇒ Avec 3 cuillères de framboise dans de l'eau chaude :

Percevez-vous une odeur ?

⇒ Avec 3 cuillères de framboise dans un petit pot :

Percevez-vous une odeur ?

Est-ce une odeur que vous appréciez ?

Que vous évoque cette odeur ?

.....

.....

.....

Comment pourrions-nous la qualifier ?

.....

.....

.....

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

⇒ Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter les cartes de la framboise et de la réglisse :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?

.....

Odeur correcte	Odeur incorrecte
----------------	------------------

Laisser un intervalle d'au moins 1 minute entre la présentation de la framboise et de l'oignon.

.....

.....

.....

.....

⇒ **Oignon**

⇒ Avec 3 cuillères d'oignon dans de l'eau chaude :

Percevez-vous une odeur ?

⇒ Avec 3 cuillères d'oignon dans un petit pot :

Percevez-vous une odeur ?

Est-ce une odeur que vous appréciez ?

Que vous évoque cette odeur ?

.....
.....
.....

Comment pourrions-nous la qualifier ?

.....
.....
.....

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

⇒ Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter les cartes de l'oignon et du romarin :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

❖ Faire un point avec le patient sur la séance : ressentis, préférences, attentes

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



S'il le souhaite et si cela est possible pour lui, vous pouvez proposer au patient de s'entraîner chez lui, en sentant l'odeur de ses plats chauds et boissons chaudes, afin de percevoir les caractéristiques d'aliments familiers.

Séance 4 : Jugement et appariement d'odeurs

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le **jugement** correspond à l'aptitude à se faire une **opinion**, à porter une appréciation sur quelque chose ou quelqu'un, à conclure à un **raisonnement**. Nous avons déjà travaillé 5 catégories d'aliments grâce aux émotions véhiculées par les odeurs lors de la dernière séance.

Au commencement de cette séance 4, nous pouvons continuer cette exploration des odeurs avec un fruit (la pêche) et un légume (le navet).

Dans un second temps, nous allons proposer au patient une tâche **d'appariement d'odeurs identiques**, c'est-à-dire former des paires d'odeurs aux caractéristiques similaires, afin de reprendre les notions travaillées avec le jugement.

Préparation de la séance 4

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Si besoin, prévoir un miroir• Faire chauffer de l'eau• Préparer 2 gobelets et 2 cuillères• Cartes : pêche, navet, menthe, vinaigre, céleri, cannelle, pomme, chou• Cartes avec les catégories d'aliments• Planche « j'aime » et « je n'aime pas »• 2 planches d'appariement | <ul style="list-style-type: none">• 1 petit pot contenant 3 cuillères de pêche• 1 petit pot contenant 3 cuillères de navet• 2 petits pots contenant 3 cuillères de menthe• 2 petits pots contenant 4 cuillères de vinaigre |
|---|---|

Déroulement de la séance 4 (entre 5 et 10 minutes)

Date :

Faire un point avec le patient sur sa semaine

⇒ **Avez-vous eu l'occasion de vous entraîner depuis notre dernière séance ? Avec quels aliments ? Dans quel contexte ?**

.....

.....

.....

.....

⇒ **Comment ces essais se sont-ils passés ?**

.....

.....

.....

.....

Entraînement au jugement

 Lors de cette séance 4, vous pouvez utiliser les 2 méthodes de diffusion : la poudre pour se rapprocher au maximum du quotidien, l'eau chaude pour favoriser la découverte des caractéristiques des aliments.

 Placer le support « j'aime, je n'aime pas » devant le patient. Au fur et à mesure, vous pouvez placer les cartes ou les pots sur le support, pour aider le patient à visualiser l'objectif de l'exercice.

Aujourd'hui, dans un premier temps, nous allons retravailler sur les caractéristiques des odeurs du quotidien. Comme la semaine passée, vous allez essayer de vous concentrer sur vos ressentis, vos souvenirs liés à ce que vous allez sentir.

⇒ **Pêche**

⇒ Avec 3 cuillères de pêche dans de l'eau chaude :

Percevez-vous une odeur ?

⇒ Avec 3 cuillères de pêche dans un petit pot :

Percevez-vous une odeur ?

Est-ce une odeur que vous appréciez ?

Que vous évoque cette odeur ?

.....
.....
.....

Comment pourrions-nous la qualifier ?

.....
.....
.....

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

⇒ Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter les cartes de la pêche et du céleri :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

Laisser un intervalle d'au moins 1 minute entre la présentation de la pêche et du navet.

.....
.....
.....
.....

⇒ **Navet**

⇒ Avec 3 cuillères de navet dans de l'eau chaude :

Percevez-vous une odeur ?

⇒ Avec 3 cuillères de navet dans un petit pot :

Percevez-vous une odeur ?

Est-ce une odeur que vous appréciez ?

Que vous évoque cette odeur ?

.....

.....

.....

Comment pourrions-nous la qualifier ?

.....

.....

.....

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

- ⇒ Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter les cartes du navet et de la cannelle :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

Entraînement à l'appariement

-  Lors de cet entraînement, ne proposer au patient que la poudre, afin de se rapprocher petit à petit du mode de diffusion le plus courant.

-  Pour cet exercice, proposer au patient les pots de menthe et de vinaigre en même temps. Ils seront mélangés devant lui et le patient devra retrouver les paires, sans regarder à l'intérieur des pots.

Pour cet exercice d'appariement, le patient peut sentir tous les pots une première fois en fixant au loin un point dans la pièce. Puis, les pots seront refermés et placés devant lui.

Dans cette deuxième partie, nous commençons un nouvel exercice. Je vous propose 4 pots d'odeurs que vous pouvez sentir.

Je vous invite à laisser le patient explorer lui-même les pots, pour faire ses propres constatations.

- ⇒ **Qu'en pensez-vous ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

⇒ Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter les cartes de la menthe et de la pomme (paire 1) :

Odeur correcte	Odeur incorrecte
----------------	------------------

⇒ Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter les cartes du vinaigre et du chou (paire 2) :

Odeur correcte	Odeur incorrecte
----------------	------------------

⇒ Si le patient n'a pas reconnu les paires :

[illegible]

Comment pourrions-nous les qualifier ?

.....

.....

.....

.....

.....

Selon vous, existe-t-il des différences ou des similitudes entre ces odeurs ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pourrions-nous les regrouper par paires ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

 Placer le support d'appariement devant le patient. Au fur et à mesure, vous pouvez placer les cartes ou les pots sur le support, pour aider le patient à visualiser l'objectif de l'exercice.

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir chaque odeur ?

.....

A quels aliments peuvent-elles vous faire penser ?

.....

⇒ Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter les cartes de la menthe et de la pomme (paire 1) :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?

.....

Odeur correcte Odeur incorrecte ⇒ Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter les cartes du vinaigre et du chou (paire 2) : Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ? Odeur correcte Odeur incorrecte	
❖ <u>Faire un point avec le patient sur la séance : ressentis, préférences, attentes</u> 🔔 S'il le souhaite et si cela est possible pour lui, vous pouvez proposer au patient de s'entraîner chez lui, en sentant l'odeur de ses plats chauds et boissons chaudes, afin de percevoir les caractéristiques d'aliments familiers. 	

Séance 5 : Appariement d'odeurs (étape obligatoire)

Lors de la séance précédente, nous avons débuté un exercice d'**appariement d'odeurs identiques** et exploré 4 nouvelles odeurs. Aujourd'hui, nous allons proposer au patient d'identifier les caractéristiques d'une nouvelle senteur (la fraise), avant d'étendre notre réflexion à l'appariement **d'odeurs différentes** mais issues **d'une même catégorie**.

Certaines odeurs ont déjà été travaillées. Cela permettra de stimuler la reconnaissance des aliments.

Préparation de la séance 5

• Cartes : menthe, thym, citron, pamplemousse, pêche, navet, curry, coco, ail, café, chocolat, laurier, clous de girofle, oignon et framboise, banane, fraise • Cartes avec les catégories d'aliments • 3 planches d'appariement	• 2 petits pots contenant 3 cuillères de fraise • 1 petit pot contenant 3 cuillères de menthe • 1 petit pot contenant 3 cuillères de thym • 1 petit pot contenant 3 cuillères de citron • 1 petit pot contenant 3 cuillères de pamplemousse
--	---

Déroulement de la séance 5 (entre 5 et 10 minutes)

Date :

 Faire un point avec le patient sur sa semaine

⇒ **Avez-vous eu l'occasion de vous entraîner depuis notre dernière séance ? Avec quels aliments ? Dans quel contexte ?**

⇒ **Comment ces essais se sont-ils passés ?**

.....

.....

.....

.....

.....

Entraînement à l'appariement

🔔 Lors de cet entraînement, ne proposer au patient que la poudre, afin de se rapprocher petit à petit du mode de diffusion le plus courant.

🔔 Pour cet exercice, proposer au patient les pots de fraise, de menthe, de thym, de citron et d'orange en même temps. Ils seront mélangés devant lui et le patient devra retrouver les paires, sans regarder à l'intérieur des pots.

Pour cet exercice d'appariement, le patient peut sentir tous les pots une première fois en fixant au loin un point dans la pièce. Puis, les pots seront refermés et placés devant lui.



Placer le support d'appariement devant le patient. Au fur et à mesure, vous pouvez placer les cartes ou les pots sur le support, pour aider le patient à visualiser l'objectif de l'exercice.

La semaine précédente, nous avons débuter un travail de regroupement d'odeurs par paires. Aujourd'hui, nous allons poursuivre cela avec 6 pots.

Je vous invite à laisser le patient explorer lui-même les pots, pour faire ses propres constatations.

⇒ **Qu'en pensez-vous ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Les questions à suivre dépendront de la réponse du patient.

⇒ Si le patient a reconnu les deux pots identiques et les deux autres paires :

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir chaque odeur ?

.....

A quels aliments peuvent-elles vous faire penser ?

.....

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur identique, lui présenter les cartes de la fraise et de la banane :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

- Si le patient ne parvient pas à nommer les autres odeurs :

Les odeurs restantes devant vous ont été évoquées lors des séances précédentes.

Je vous invite à présenter les cartes de la menthe, du thym, du citron, du pamplemousse, du vinaigre, de la pêche, du navet, du curry, de la coco, de l'ail, du café, du chocolat, du laurier, des clous de girofle, de l'oignon et de la framboise Si le patient n'a pas trouvé les catégories d'aliments correspondantes. Dans ce cas, le patient a beaucoup de cartes devant lui, vous pouvez l'aider à éliminer les catégories d'aliments qui seraient trop éloignées des odeurs présentées.

SINON, lui présenter seulement les cartes de l'orange, du citron, du thym, de la menthe et du laurier.

Pensez-vous que ces odeurs puissent correspondre à quelques-uns de ces aliments ?

.....

Odeur correcte	Odeur incorrecte
Odeur correcte	Odeur incorrecte
Odeur correcte	Odeur incorrecte
Odeur correcte	Odeur incorrecte

- ⇒ Si le patient a reconnu les deux pots identiques, mais pas les deux autres paires :

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peuvent appartenir ces pots identiques ?

.....

A quel aliment peuvent-ils vous faire penser ?

.....

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur identique, lui présenter les cartes de la fraise et de la banane :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

Que vous évoque les odeurs restantes ?

.....

.....

.....

.....

Comment pourrions-nous les qualifier ?

.....

.....

.....

.....

.....

Selon vous, existe-t-il des différences ou des similitudes entre ces 4 odeurs ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pourrions-nous les regrouper par paires ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir chaque odeur ?

.....

A quels aliments peuvent-elles vous faire penser ?

.....

.....

- Si le patient ne parvient pas à nommer les autres odeurs :

Les odeurs restantes devant vous ont été évoquées lors des séances précédentes.

Je vous invite à présenter les cartes de la menthe, du thym, du citron, du pamplemousse, du vinaigre, de la pêche, du navet, du curry, de la coco, de l'ail, du café, du chocolat, du laurier, des clous de girofle, de l'oignon et de la framboise SI le patient n'a pas trouvé les catégories d'aliments correspondantes. Dans ce cas, le patient a beaucoup de cartes devant lui, vous pouvez l'aider à éliminer les catégories d'aliments qui seraient trop éloignées des odeurs présentées.

SINON, lui présenter seulement les cartes de l'orange, du citron, du thym, de la menthe et du laurier.

Pensez-vous que ces odeurs puissent correspondre à quelques-uns de ces aliments ?

.....

.....

Odeur correcte	Odeur incorrecte
Odeur correcte	Odeur incorrecte
Odeur correcte	Odeur incorrecte
Odeur correcte	Odeur incorrecte

- ⇒ Si le patient n'a pas reconnu de paires :

Que vous évoque chaque odeur ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....
Comment pourrions-nous les qualifier ?
.....
.....
.....
.....
.....

Selon vous, existe-t-il des différences ou des similitudes entre ces odeurs ?
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pourrions-nous les regrouper par paires ?
.....
.....
.....
.....
.....

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir chaque odeur ?
.....

A quels aliments peuvent-elles vous faire penser ?
.....
.....

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur identique, lui présenter les cartes de la fraise et de la banane :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?
.....

Odeur correcte	Odeur incorrecte
----------------	------------------

- Si le patient ne parvient pas à nommer les autres odeurs :

Les odeurs restantes devant vous ont été évoquées lors des séances précédentes.

Je vous invite à présenter les cartes de la menthe, du thym, du citron, du pamplemousse, du vinaigre, de la pêche, du navet, du curry, de la coco, de l'ail, du café, du chocolat, du laurier, des clous de girofle, de l'oignon et de la framboise SI le patient n'a pas trouvé les catégories d'aliments correspondantes. Dans ce cas, le patient a beaucoup de cartes devant lui, vous pouvez l'aider à éliminer les catégories d'aliments qui seraient trop éloignées des odeurs présentées.

SINON, lui présenter seulement les cartes de l'orange, du citron, du thym, de la menthe et du laurier.

Pensez-vous que ces odeurs puissent correspondre à quelques-uns de ces aliments ?

.....

Odeur correcte	Odeur incorrecte
Odeur correcte	Odeur incorrecte
Odeur correcte	Odeur incorrecte
Odeur correcte	Odeur incorrecte

❖ **Faire un point avec le patient sur la séance : ressentis, préférences, attentes**

.....

 S'il le souhaite et si cela est possible pour lui, vous pouvez proposer au patient de s'entraîner chez lui, en sentant l'odeur de quelques aliments travaillés depuis le début, ou d'autres aliments familiers dont il voudrait connaître les caractéristiques.

Séance 6 : Appariement d'odeurs

Préparation de la séance 6

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Cartes : menthe, thym, citron, orange, vinaigre, pêche, navet, curry, coco, ail, café, chocolat, laurier, clous de girofle, oignon et framboise céleri, fraise, piment, poivre, échalote• Cartes avec les catégories d'aliments• 3 planches d'appariement | <ul style="list-style-type: none">• 2 petits pots contenant 3 cuillères de céleri• 1 petit pot contenant 3 cuillères de fraise• 1 petit pot contenant 3 cuillères de framboise• 1 petit pot contenant 3 cuillères de piment• 1 petit pot contenant 3 cuillères de poivre |
|---|--|

Déroulement de la séance 6 (entre 5 et 10 minutes)

Date :

 Faire un point avec le patient sur sa semaine

⇒ **Avez-vous eu l'occasion de vous entraîner depuis notre dernière séance ? Avec quels aliments ? Dans quel contexte ?**

.....

.....

.....

.....

.....

[illegible]

Pour cet exercice d'appariement, le patient peut sentir tous les pots une première fois en fixant au loin un point dans la pièce. Puis, les pots seront refermés et placés devant lui.

Je vous invite à laisser, une nouvelle fois, le patient explorer lui-même les pots, pour faire ses propres constatations.

[illegible]

Les questions à suivre dépendront de la réponse du patient.

⇒ Si le patient a reconnu les deux pots identiques et les deux autres paires :

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir chaque odeur ?

A quels aliments peuvent-elles vous faire penser ?

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur identique, lui présenter les cartes du céleri et de l'échalote :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?

Odeur correcte	Odeur incorrecte
----------------	------------------

- Si le patient ne parvient pas à nommer les autres odeurs :

Certaines odeurs restantes devant vous ont été évoquées lors des séances précédentes. Vous pouvez consulter la liste des odeurs vues ensemble dans votre livret, si vous le souhaitez.

Je vous invite à présenter les cartes de la fraise, la framboise, la coco et de la pêche SI le patient a bien trouvé la catégorie des fruits, pour la première paire.

SINON, lui proposer les cartes de la menthe, du thym, du citron, de l'orange, du vinaigre, de la pêche, du navet, du curry, de la coco, de l'ail, du café, du chocolat, du laurier, des clous de girofle, de l'oignon, de la fraise et de la framboise. Dans ce cas, le patient a beaucoup de cartes devant lui, vous pouvez l'aider à éliminer les catégories d'aliments qui seraient trop éloignées des odeurs présentées.

Pour la deuxième paire, les aliments n'ont pas encore été travaillés ensemble. Il convient donc de savoir s'ils correspondent aux cartes des épices présentes sur la table, ou si ce sont de nouvelles odeurs. PUIS présenter les cartes du piment et du poivre.

Pensez-vous que ces odeurs puissent correspondre à quelques-uns de ces aliments ?

Odeur correcte	Odeur incorrecte
Odeur correcte	Odeur incorrecte

Odeur correcte	Odeur incorrecte
Odeur correcte	Odeur incorrecte

⇒ Si le patient a reconnu les deux pots identiques, mais pas les deux autres paires :

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peuvent appartenir ces pots identiques ?

.....

A quel aliment peuvent-ils vous faire penser ?

.....

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur identique, lui présenter les cartes du céleri et de l'échalote :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?

.....

Odeur correcte	Odeur incorrecte
----------------	------------------

Que vous évoque les odeurs restantes ?

.....

.....

.....

.....

Comment pourrions-nous les qualifier ?

.....

.....

.....

.....

.....

Selon vous, existe-t-il des différences ou des similitudes entre ces 4 odeurs ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....

Pourrions-nous les regrouper par paires ?

.....
.....
.....
.....
.....

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir chaque odeur ?

.....

A quels aliments peuvent-elles vous faire penser ?

.....
.....

- Si le patient ne parvient pas à nommer les autres odeurs :

Certaines odeurs restantes devant vous ont été évoquées lors des séances précédentes.

Je vous invite à présenter les cartes de la fraise, la framboise, la coco et de la pêche SI le patient a bien trouvé la catégorie des fruits, pour la première paire.

SINON, lui proposer les cartes de la menthe, du thym, du citron, de l'orange, du vinaigre, de la pêche, du navet, du curry, de la coco, de l'ail, du café, du chocolat, du laurier, des clous de girofle, de l'oignon, de la fraise et de la framboise. Dans ce cas, le patient a beaucoup de cartes devant lui, vous pouvez l'aider à éliminer les catégories d'aliments qui seraient trop éloignées des odeurs présentées.

Pour la deuxième paire, les aliments n'ont pas encore été travaillés ensemble. Il convient donc de savoir s'ils correspondent aux cartes des épices présentes sur la table, ou si ce sont de nouvelles odeurs. PUIS présenter les cartes du piment et du poivre.

Pensez-vous que ces odeurs puissent correspondre à quelques-uns de ces aliments ?

.....
.....

Odeur correcte	Odeur incorrecte
Odeur correcte	Odeur incorrecte

Odeur correcte	Odeur incorrecte
Odeur correcte	Odeur incorrecte

⇒ Si le patient n'a pas reconnu de paires :

Que vous évoque chaque odeur ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Comment pourrions-nous les qualifier ?

.....

.....

.....

.....

.....

Selon vous, existe-t-il des différences ou des similitudes entre ces odeurs ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pourrions-nous les regrouper par paires ?

.....

.....

.....

.....
.....
.....

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir chaque odeur ?

.....
.....

A quels aliments peuvent-elles vous faire penser ?

.....
.....

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur identique, lui présenter les cartes du céleri et de l'échalote :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un de ces aliments ?

.....

Odeur correcte	Odeur incorrecte
----------------	------------------

- Si le patient ne parvient pas à nommer les autres odeurs :

Certaines odeurs restantes devant vous ont été évoquées lors des séances précédentes.

Je vous invite à présenter les cartes de la fraise, la framboise, la coco et de la pêche SI le patient a bien trouvé la catégorie des fruits, pour la première paire.

SINON, lui proposer les cartes de la menthe, du thym, du citron, de l'orange, du vinaigre, de la pêche, du navet, du curry, de la coco, de l'ail, du café, du chocolat, du laurier, des clous de girofle, de l'oignon, de la fraise et de la framboise. Dans ce cas, le patient a beaucoup de cartes devant lui, vous pouvez l'aider à éliminer les catégories d'aliments qui seraient trop éloignées des odeurs présentées.

Pour la deuxième paire, les aliments n'ont pas encore été travaillés ensemble. Il convient donc de savoir s'ils correspondent aux cartes des épices présentes sur la table, ou si ce sont de nouvelles odeurs. PUIS présenter les cartes du piment et du poivre.

Pensez-vous que ces odeurs puissent correspondre à quelques-uns de ces aliments ?

.....
.....

Odeur correcte	Odeur incorrecte
----------------	------------------

	Odeur correcte	Odeur incorrecte	
	Odeur correcte	Odeur incorrecte	
	Odeur correcte	Odeur incorrecte	

🔔 S'il le souhaite et si cela est possible pour lui, vous pouvez proposer au patient de s'entraîner chez lui, en sentant l'odeur de quelques aliments travaillés depuis le début, ou d'autres aliments familiers dont il voudrait connaître les caractéristiques.

❖ **Faire un point avec le patient sur la séance : ressentis, préférences, attentes**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Séance 7 : Identification d'odeurs (étape obligatoire)

Au cours de 6 dernières séances de réhabilitation olfactive, le patient a pu redécouvrir 26 odeurs différentes, via des tâches de discrimination, de jugement et d'appariement.

Grâce à ses capacités de reconnaissance, le patient peut désormais **identifier** plus facilement des odeurs issues d'herbes aromatiques, d'agrumes, du vinaigre, d'épices, de fruits et de légumes. Nous allons aujourd'hui lui proposer une **nouvelle catégorie alimentaire** (l'huile d'olive) ainsi que 4 autres odeurs. Ces nouvelles odeurs feront, une nouvelle fois, appel au **jugement**, aux **souvenirs** et à la **catégorisation**.

Préparation séance 7

• Toutes les cartes des aliments • Cartes avec les catégories d'aliments	• 1 petit pot contenant 4 cuillères de romarin • 1 petit pot contenant 3 cuillères d'échalote • 1 petit pot contenant 3 cuillères d'ananas
---	--

	• 1 petit pot contenant 4 cuillères d'huile d'olive • 1 petit pot contenant 4 cuillères de réglisse
--	--

Déroulement séance 7 (entre 5 et 10 minutes)

Date :

 <u>Faire un point avec le patient sur sa semaine</u> ⇒ Avez-vous eu l'occasion de vous entraîner depuis notre dernière séance ? Avec quels aliments ? Dans quel contexte ? ⇒ Comment ces essais se sont-ils passés ?
 <u>Entraînement à l'identification</u>  Afin de favoriser l'identification des aliments déjà travaillés et permettre leur élimination, disposer sur la table toutes les cartes des aliments avec leur catégorie.  Si le patient indique une odeur incorrecte, en présentant une odeur déjà travaillée, vous pouvez lui demander de justifier sa réponse puis lui apporter le pot correspondant, afin qu'il sente la différence. Nous travaillons l'olfaction ensemble depuis 7 séances et nous avons exploré 26 odeurs et 7 catégories alimentaires. Je les ai disposées sur la table et en ai ajouté ! Aujourd'hui, nous allons essayer de reconnaître 5 odeurs supplémentaires, grâce à toutes les caractéristiques que nous avons évoquées ensemble. ⇒ Echalote

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter toutes les cartes des catégories :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'une de ces catégories ?

.....

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un des aliments de cette catégorie ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ **Ananas**

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter toutes les cartes des catégories :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'une de ces catégories ?

.....

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un des aliments de cette catégorie ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ **Huile**

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter toutes les cartes des catégories :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'une de ces catégories ?

.....

Odeur correcte	Odeur incorrecte
----------------	------------------

⇒ **Régliste**

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter toutes les cartes des catégories :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'une de ces catégories ?

.....

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un des aliments de cette catégorie ?

.....

Odeur correcte	Odeur incorrecte
----------------	------------------

⇒ **Romarin**

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter toutes les cartes des catégories :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'une de ces catégories ?

.....

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un des aliments de cette catégorie ?

.....

	Odeur correcte	Odeur incorrecte	
❖ <u>Faire un point avec le patient sur la séance : ressentis, préférences, attentes</u> 			
S'il le souhaite et si cela est possible pour lui, vous pouvez proposer au patient de s'entraîner chez lui, en sentant l'odeur de quelques aliments travaillés depuis le début, ou d'autres aliments familiers dont il voudrait connaître les caractéristiques.			

Séance 8 : Identification d'odeurs

Grâce aux capacités travaillées, le patient peut désormais **identifier** plus facilement des odeurs issues d'herbes aromatiques, d'agrumes, du vinaigre, de l'huile, d'épices, de fruits et de légumes.

Le travail d'identification d'odeurs sur propositions a commencé lors de la séance 7 et nous allons le poursuivre lors de la séance 8, avec 5 nouvelles odeurs. Celles-ci odeurs feront, une nouvelle fois, appel au **jugement**, aux **souvenirs** et à la **catégorisation**.

Préparation séance 8

- Toutes les cartes des aliments - Cartes avec les catégories d'aliments	1 petit pot contenant 3 cuillères de persil 1 petit pot contenant 3 cuillères de poire 1 petit pot contenant 3 cuillères de carotte 1 petit pot contenant 3 cuillères de muscade 1 petit pot contenant 3 cuillères de pomme
---	---

Déroulement séance 8 (entre 5 et 10 minutes)

Date :



Faire un point avec le patient sur sa semaine

⇒ Avez-vous eu l'occasion de vous entraîner depuis notre dernière séance ? Avec quels aliments ? Dans quel contexte ?

.....

.....

.....

.....

⇒ Comment ces essais se sont-ils passés ?

.....

.....

.....

.....



Entraînement à l'identification



Afin de favoriser l'identification des aliments déjà travaillés et permettre leur élimination, disposer sur la table toutes les cartes des aliments avec leur catégorie.



Si le patient indique une odeur incorrecte, en présentant une odeur déjà travaillée, vous pouvez lui demander de justifier sa réponse puis lui apporter le pot correspondant, afin qu'il sente la différence.

Nous allons poursuivre le travail d'identification des odeurs avec 5 autres pots.

⇒ **Muscade**

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter toutes les cartes des catégories :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'une de ces catégories ?

.....

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un des aliments de cette catégorie ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ Pomme

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter toutes les cartes des catégories :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'une de ces catégories ?

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un des aliments de cette catégorie ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ Carotte

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter toutes les cartes des catégories :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'une de ces catégories ?

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un des aliments de cette catégorie ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ **Poire**

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter toutes les cartes des catégories :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'une de ces catégories ?

.....

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un des aliments de cette catégorie ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ **Persil**

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter toutes les cartes des catégories :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'une de ces catégories ?

.....

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un des aliments de cette catégorie ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

❖ **Faire un point avec le patient sur la séance : ressentis, préférences, attentes**

.....

.....

.....



S'il le souhaite et si cela est possible pour lui, vous pouvez proposer au patient de s'entraîner chez lui, en sentant l'odeur de quelques aliments travaillés depuis le début, ou d'autres aliments familiers dont il voudrait connaître les caractéristiques.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Séance 9 : Identification d'odeurs (étape obligatoire)

Préparation de la séance 9

• Toutes les cartes des aliments • Cartes avec les catégories d'aliments	• 1 petit pot contenant 3 cuillères de basilic • 1 petit pot contenant 3 cuillères d'orange • 1 petit pot contenant 3 cuillères de cannelle • 1 petit pot contenant 3 cuillères de banane • 1 petit pot contenant 3 cuillères de chou
--	---

Déroulement de la séance 9 (entre 5 et 10 minutes)

Date :



Faire un point avec le patient sur sa semaine

⇒ **Avez-vous eu l'occasion de vous entraîner depuis notre dernière séance ? Avec quels aliments ? Dans quel contexte ?**

.....

.....

.....

.....

.....

⇒ **Comment ces essais se sont-ils passés ?**

.....

.....

.....

.....

 Entraînement à l'identification

 Afin de favoriser l'identification des aliments déjà travaillés et permettre leur élimination, disposer sur la table toutes les cartes des aliments avec leur catégorie.

 Si le patient indique une odeur incorrecte, en présentant une odeur déjà travaillée, vous pouvez lui demander de justifier sa réponse puis lui apporter le pot correspondant, afin qu'il sente la différence.

Nous allons encore poursuivre le travail d'identification des odeurs avec 5 autres pots.

⇒ **Chou**

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter toutes les cartes des catégories :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'une de ces catégories ?

.....

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un des aliments de cette catégorie ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ **Banane**

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter toutes les cartes des catégories :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'une de ces catégories ?

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un des aliments de cette catégorie ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ Orange

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter toutes les cartes des catégories :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'une de ces catégories ?

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un des aliments de cette catégorie ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ Cannelle

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

- Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter toutes les cartes des catégories :

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'une de ces catégories ?

Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un des aliments de cette catégorie ?

Odeur correcte	Odeur incorrecte
⇒ Basilic Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ? A quel aliment peut-elle vous faire penser ? - Si le patient ne parvient pas à nommer l'odeur, lui présenter toutes les cartes des catégories : Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'une de ces catégories ? Pensez-vous que cette odeur puisse correspondre à l'un des aliments de cette catégorie ? 	
Odeur correcte	Odeur incorrecte
❖ <u>Faire un point avec le patient sur la séance : ressentis, préférences, attentes</u> 	
🔔 S'il le souhaite et si cela est possible pour lui, vous pouvez proposer au patient de s'entraîner chez lui, en sentant l'odeur de quelques aliments travaillés depuis le début, ou d'autres aliments familiers dont il voudrait connaître les caractéristiques.	

Séance 10 : Trouver les différences = jeu de Kim

Le **jeu de Kim** est un jeu de société décrit par Rudyard Kipling en 1901. Il permet de développer **l'acuité des sens**, l'observation, l'attention et la mémoire. Différentes variations

autour des sens ont été inventées : Kim du toucher, Kim de l'ouïe, Kim du goût et Kim de l'odorat.

Lors des séances 10 et 11, nous allons proposer au patient d'exercer son odorat grâce au **Kim de l'odorat**. Le patient devra identifier 5 odeurs différentes, les retenir ou s'aider des cartes, puis trouver l'odeur qui a été enlevée. Toutes les odeurs ont déjà été vues, mais cet exercice sera l'occasion de les retravailler en changeant de support.

Préparation séance 10

• Toutes les cartes des aliments • Cartes avec les catégories d'aliments	• 1 petit pot contenant 2 cuillères de fraise • 1 petit pot contenant 2 cuillères de café • 1 petit pot contenant 2 cuillères d'oignon • 1 petit pot contenant 2 cuillères de chocolat • 1 petit pot contenant 2 cuillères de curry
---	---

Déroulement séance 10 (entre 5 et 10 minutes)

Date :

 <u>Faire un point avec le patient sur sa semaine</u> ⇒ Avez-vous eu l'occasion de vous entraîner depuis notre dernière séance ? Avec quels aliments ? Dans quel contexte ? ⇒ Comment ces essais se sont-ils passés ?
 <u>Entraînement au jeu de Kim</u>

 Afin de favoriser l'identification des aliments déjà travaillés et permettre leur élimination, disposer sur la table toutes les cartes des aliments avec leur catégorie.

🔔 Si le patient indique une odeur incorrecte, en présentant une odeur déjà travaillée, vous pouvez lui demander de justifier sa réponse puis lui apporter le pot correspondant, afin qu'il sente la différence.

🔔 Pour cet exercice, proposer au patient tous en même temps. Ils seront mélangés devant lui et le patient devra retrouver l'identité des aliments, sans regarder à l'intérieur des pots.

Aujourd'hui, nous allons exercer notre reconnaissance des odeurs déjà travaillées ensemble, grâce au jeu de Kim. Je vais vous présenter 5 odeurs à identifier, je vais ensuite enlever un pot et, grâce aux caractéristiques décelées, vous allez devoir reconnaître le pot manquant.

Je vous invite à laisser le patient explorer les odeurs et faire ses propres constatations.

⇒ **Qu'en pensez-vous ?**

[illegible]

Vous allez pouvoir aider le patient à identifier chaque odeur grâce aux cartes, selon les remarques émises lors de la question précédente.

⇒ **Fraise**

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ Oignon

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ Chocolat

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ Café

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ **Curry**

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

Vous avez maintenant découvert les 5 odeurs présentes sur la table. Je vais vous demander de prendre les cartes correspondantes, puis de fermer les yeux ou de tourner la tête et je vais enlever un pot. Ensuite, ce sera à vous de me dire quel est le pot manquant.

⇒ **A votre avis, quel est le pot manquant ? Pourquoi ?**

 Quelle que soit la réponse du patient, vous pouvez lui montrer le pot retiré.

❖ Faire un point avec le patient sur la séance : ressentis, préférences, attentes

 S'il le souhaite et si cela est possible pour lui, vous pouvez proposer au patient de s'entraîner chez lui, en sentant l'odeur de quelques aliments travaillés depuis le début, ou d'autres aliments familiers dont il voudrait connaître les caractéristiques.

Séance 11 : Trouver les différences = jeu de Kim

Lors de la séance précédente, nous avons retravaillé 5 odeurs grâce au **jeu de Kim**, dans lequel le patient devait retrouver que vous aviez **enlevé**.

Lors de cette séance 11, nous allons poursuivre cet exercice avec 5 autres odeurs.

Préparation séance 11

• Toutes les cartes des aliments • Cartes avec les catégories d'aliments	• 1 petit pot contenant 2 cuillères de persil • 1 petit pot contenant 3 cuillères d'huile • 1 petit pot contenant 3 cuillères de réglisse • 1 petit pot contenant 2 cuillères de banane • 1 petit pot contenant 2 cuillères de chou
--	---

Déroulement séance 11 (entre 5 et 10 minutes)

Date :



Faire un point avec le patient sur sa semaine

⇒ **Avez-vous eu l'occasion de vous entraîner depuis notre dernière séance ? Avec quels aliments ? Dans quel contexte ?**

.....

.....

.....

.....

⇒ **Comment ces essais se sont-ils passés ?**

.....

.....

.....

.....

Lors de notre séance 11, nous allons reprendre le jeu de Kim, comme la séance dernière. Je vais vous présenter 5 odeurs à identifier, je vais ensuite enlever un pot et, grâce aux caractéristiques décelées, vous allez devoir reconnaître le pot manquant.

Je vous invite à laisser le patient explorer les odeurs et faire ses propres constatations.

⇒ **Qu'en pensez-vous ?**

[illegible]

Vous allez pouvoir aider le patient à identifier chaque odeur grâce aux cartes, selon les remarques émises lors de la question précédente.

⇒ **Persil**

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ Huile

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ Réglisse

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ Banane

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

.....

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

.....

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ **Chou**

Selon vous, à quelle catégorie d'aliments peut appartenir cette odeur ?

A quel aliment peut-elle vous faire penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

Vous avez maintenant découvert les 5 odeurs présentes sur la table. Je vais vous demander de prendre les cartes correspondantes, puis de fermer les yeux ou de tourner la tête et je vais enlever un pot. Ensuite, ce sera à vous de me dire quel est le pot manquant.

⇒ **A votre avis, quel est le pot manquant ? Pourquoi ?**

 Quelle que soit la réponse du patient, vous pouvez lui montrer le pot retiré.

❖ **Faire un point avec le patient sur la séance : ressentis, préférences, attentes**



S'il le souhaite et si cela est possible pour lui, vous pouvez proposer au patient de s'entraîner chez lui, en sentant l'odeur de quelques aliments travaillés depuis le début, ou d'autres aliments familiers dont il voudrait connaître les caractéristiques.

Séance 12 : Identification spontanée d'odeurs (non obligatoire)

Au cours des séances de réhabilitation olfactive, le patient a exploré les caractéristiques de **35 odeurs différentes**, grâce à la technique du bâillement poli.

Désormais, nous allons terminer notre travail par 3 séances **d'identification spontanée** d'odeurs. Il n'y a plus de propositions et le patient doit faire appel à ses **représentations olfactives et mentales** pour nommer l'aliment.

La reconnaissance spontanée n'est pas écologique – le patient ne sentira jamais un aliment à l'aveugle-, et n'est donc pas obligatoire, mais nous pouvons tout de même proposer cette tâche, afin d'affiner les représentations de certains aliments.

Préparation séance 12

- 1 petit pot contenant 2 cuillères de poivre
- 1 petit pot contenant 2 cuillères de coco
- 1 petit pot contenant 2 cuillères de laurier
- 1 petit pot contenant 2 cuillères de navet
- 1 petit pot contenant 2 cuillères de pomme

Déroulement séance 12 (5 minutes)

Date :



Faire un point avec le patient sur sa semaine

⇒ Avez-vous eu l'occasion de vous entraîner depuis notre dernière séance ? Avec quels aliments ? Dans quel contexte ?

.....

.....

.....

.....

⇒ Comment ces essais se sont-ils passés ?

.....

.....

.....

.....

❖ Entraînement à l'identification spontanée



Si le patient donne une réponse incorrecte, vous pouvez lui demander de la justifier, de se rappeler les caractéristiques de l'aliment décrit, puis je vous invite à lui présenter le pot indiqué.

Nous avons travaillé ensemble 35 odeurs différentes. Pour affiner notre travail, je vais vous présenter 5 odeurs déjà vues ensemble puis vous demander de me les nommer.

⇒ **Poivre**

A quel aliment cette odeur vous fait-elle penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ **Coco**

A quel aliment cette odeur vous fait-elle penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ **Laurier**

A quel aliment cette odeur vous fait-elle penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ **Navet**

A quel aliment cette odeur vous fait-elle penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ **Pomme**

A quel aliment cette odeur vous fait-elle penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

Séance 13 : Identification spontanée d'odeurs (non obligatoire)

Préparation séance 13

- 1 petit pot contenant 2 cuillères d'ail
- 1 petit pot contenant 2 cuillères d'échalote
- 1 petit pot contenant 3 cuillères de vinaigre
- 1 petit pot contenant 2 cuillères de basilic
- 1 petit pot contenant 2 cuillères de poire

Déroulement séance 13 (5 minutes)

Date :

❖ Entraînement à l'identification spontanée



Si le patient donne une réponse incorrecte, vous pouvez lui demander de la justifier, de se rappeler les caractéristiques de l'aliment décrit, puis je vous invite à lui présenter le pot indiqué.

Comme la séance précédente, je vais vous présenter 5 odeurs déjà vues ensemble puis vous demander de me les nommer.

⇒ **Poire**

A quel aliment cette odeur vous fait-elle penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ **Basilic**

A quel aliment cette odeur vous fait-elle penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ **Echalote**

A quel aliment cette odeur vous fait-elle penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ **Vinaigre**

A quel aliment cette odeur vous fait-elle penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ Ail

A quel aliment cette odeur vous fait-elle penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

Séance 14 : Identification spontanée d'odeurs (non obligatoire)

Préparation séance 14

- 1 petit pot contenant 2 cuillères de pêche
- 1 petit pot contenant 2 cuillères de carotte
- 1 petit pot contenant 3 cuillères d'huile
- 1 petit pot contenant 2 cuillères de cannelle
- 1 petit pot contenant 3 cuillères de romarin

Déroulement séance 14 (5 minutes)

Date :

❖ Entraînement à l'identification spontanée

🔔 Si le patient donne une réponse incorrecte, vous pouvez lui demander de la justifier, de se rappeler les caractéristiques de l'aliment décrit, puis je vous invite à lui présenter le pot indiqué.

Comme la séance précédente, je vais vous présenter 5 odeurs déjà vues ensemble puis vous demander de me les nommer.

⇒ **Pêche**

A quel aliment cette odeur vous fait-elle penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ **Huile**

A quel aliment cette odeur vous fait-elle penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ **Carotte**

A quel aliment cette odeur vous fait-elle penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ **Cannelle**

A quel aliment cette odeur vous fait-elle penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

⇒ **Romarin**

A quel aliment cette odeur vous fait-elle penser ?

Odeur correcte

Odeur incorrecte

Evaluation finale

Consignes de passation : 2 cuillères de poudre dans un petit pot

- Pour la discrimination : Est-ce que vous percevez une odeur ?
- Pour l'identification spontanée : Est-ce que cette odeur vous évoque quelque chose ?
- Pour l'identification sur propositions : Est-ce que l'odeur que vous avez sentie vous évoque un de ces trois objets ou aliments ? (+ planches correspondantes)

Posture du patient pour sentir : _____

	Discrimination	Identification spontanée	Identification sur propositions
Chou			
Banane			
Cannelle			
Café			
Curry			
Orange			
Vinaigre balsamique			
Menthe			

Score en discrimination : /8

Score en identification spontanée : /8

Score en identification sur propositions : /8

Questionnaire d'auto-évaluation post-réhabilitation olfactive

Question 1 :

- Comment pourriez-vous qualifier votre odorat depuis la mise en place de la rééducation ?

Bon (je suis capable de tout sentir)

☐

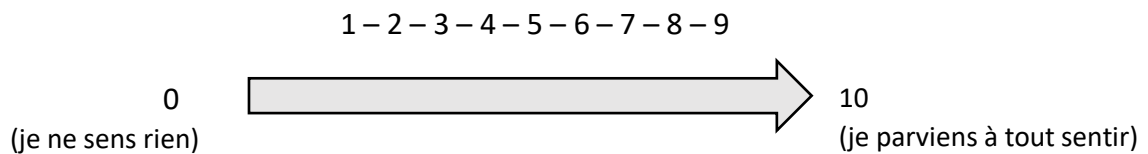
Moyen (je ne suis pas capable de tout sentir, mais cela est suffisant)

☐

Pauvre (je ne sens rien, ou très peu)

☐

- Sur une échelle de 0 à 10, à combien situeriez-vous votre odorat ?



Question 2 :

- Utilisez-vous cette technique dans votre quotidien ?

Oui – Non

Remarques : _____

Question 3 :

- La rééducation a-t-elle amélioré votre vie quotidienne ?

Oui – Non

Remarques : _____

Questionnaire à destination des orthophonistes

Question 1 :

- Avez-vous rencontré des difficultés à mettre en place ces exercices ?

Oui – Non

Pourquoi ? : _____

- Quel(s) exercices vous ont posé des difficultés ?

Pourquoi ?

- Quel(s) exercices ne vous ont posé aucune difficulté ?

Pourquoi ?

Question 2 :

- Grâce à cette approche de réhabilitation, vous sentez-vous mieux accompagné(e) pour prendre en charge les besoins olfactifs des patients ?

Oui – Non

Remarques :

Question 3 :

- Souhaiteriez-vous proposer cette approche de réhabilitation olfactive à d'autres patients laryngectomisés ?

Oui – Non

Remarques :

Remarques, conseils et suggestions

- Remarques éventuelles de l'orthophoniste :

[illegible]

-
- This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Merci beaucoup pour votre participation !