

Les troubles de l'oralité alimentaire et l'orthophonie

Audrey Lecoufle, orthophoniste, service de gastro-nutrition pédiatrique, centre de référence des affections congénitales et malformatives de l'œsophage, CHRU de Lille

Emeline Lesecq-Lambre, orthophoniste, cabinet libéral et centre de référence des malformations cranio-maxillo-faciales, CHRU de Lille



Les troubles de l'oralité alimentaire commencent à être connus et reconnus en France ; ils ont été évoqués depuis une vingtaine d'années dans la littérature française. De plus en plus d'orthophonistes sont sollicités alors pour prendre en soins ces petits patients (et moins petits!). Le travail de l'orthophoniste n'est pas encore reconnu à ce niveau même s'il est aujourd'hui plus courant. Un travail de sensibilisation et de prévention est nécessaire à entreprendre auprès des autres professionnels de santé afin de faire reconnaître cette compétence aux orthophonistes et d'orienter ces petits patients le plus tôt possible, pour une prise en soin précoce et optimale.



©mbt-studio_Foto12

Les difficultés d'alimentation sont des motifs récurrents de consultation chez le nourrisson et le jeune enfant, qui concernent approximativement 25 % à 50 % des enfants (Cascales et al ; 2014).

« Un enfant ne se laisse pas mourir de faim », « Forcez-le, ce sont des caprices », « L'orthophoniste ? Mon bébé ne parle pas ! »

Ces phrases, de nombreux parents d'un enfant porteur de troubles de l'oralité alimentaire les ont déjà entendues. Aussi anodines soient-elles, elles affectent les parents et l'enfant sur des notions très intimes, qui relèvent aussi bien de l'éducation, de la culture, de la socialisation, de la santé. En tant que professionnel de santé, nous devons nous armer pour pouvoir répondre à ces parents qui, suivant des routes parfois très tortueuses, arrivent dans nos cabinets.

Dans ce dossier nous essayerons de répondre aux questions que peuvent se poser certains patients, prescripteurs ou confrères orthophonistes :

- Est-ce une compétence de l'orthophoniste que de prendre

en soin ce type de patients et de difficultés ? Qu'en est-il de notre nomenclature à ce niveau ?

- Sur quels critères poser un diagnostic de trouble de l'oralité alimentaire ?
- Comment accompagner avec bienveillance ces difficultés ?

1. Manger : un acte complexe quand tout va bien

Manger est un acte pluri-quotidien qui requiert à la fois un accordage de tous les sens et une motricité complexe au niveau oral. Outre l'aspect purement alimentaire, nous y cherchons aussi les notions de plaisir, de convivialité, d'échange, de partage...

Pour prendre plaisir à manger, tous les sens sont sollicités bien au-delà de ce que l'on imagine. Qui n'a jamais salivé devant une belle assiette dans un restaurant étoilé ? Ou en regardant la devanture d'une pâtisserie appétissante ?



Arrêtons-nous quelques instants sur nos sens et la façon dont ils sont sollicités au cours de l'alimentation.

La vue est l'un des sens les plus importants lors de l'alimentation : une jolie assiette met en appétit, alors qu'un fruit gâté ne nous donnera pas envie. C'est donc grâce à elle que l'on se met à manger ou que l'on évite de manger certains aliments. Gardons toujours en tête « le plaisir des yeux », lorsque l'on souhaite accompagner des enfants présentant des difficultés alimentaires, pour pouvoir solliciter ce plaisir de façon ludique (dessiner un bonhomme dans une purée, présenter une assiette rigolote...).

L'audition est aussi importante : les bruits environnementaux comme ceux de la cuisine sont très tôt intégrés comme bruits du quotidien (bruits de couteaux qui coupent les légumes, de la cuillère qui mélange le café le matin, bruits de friture...), rappelant aussi des sensations et des souvenirs (de bons comme de moins heureux) qui donnent envie ou non de se mettre à table.

Les bruits internes (bruits que l'on entend en bouche avec la chips qui croustille, la pomme qui croque...) renseignent aussi sur la mastication et la qualité de l'aliment que l'on mange. Ce sont d'ailleurs souvent ces textures très croquantes puis fondantes qui permettent aux enfants de passer aux morceaux lorsque cette étape est difficile ; proposant un feed-back auditif intéressant de ce qui se passe en endo-buccal.

Prendre plaisir à manger c'est aussi pouvoir « mettre la main à la pâte », c'est-à-dire avoir les compétences somesthésiques nous permettant de prendre plaisir à toucher les aliments quelle que soit leur texture (mouillée, collante, sèche...), soit pour cuisiner, soit pour manger avec les doigts (notion très culturelle). Cette compétence somesthésique se retrouve aussi en bouche avec les différentes textures des aliments que nous mangeons et que nous apprécions chacun différemment : l'œuf un peu gluant, la biscotte croustillante, la semoule sèche...

Le repas, c'est aussi l'odeur des aliments, odeur qui nous fait saliver et prépare déjà la digestion, ou au contraire odeur qui nous gêne et nous empêchera de manger un plat (un fromage trop fort, un champignon...). Et conjointement à l'odeur, arrive ensuite le goût des aliments, les saveurs en bouche pour le plaisir des papilles. Saveurs qui s'éduquent et s'apprécient aussi différemment en fonction des cultures.

Sur le temps du repas, 2 autres sens moins connus nous servent également en permanence, ce sont le système

vestibulaire (qui nous permet de développer notre sens de l'équilibre, de nous tenir assis sur une chaise...) ainsi que le système proprioceptif, qui nous renseigne en permanence sur la position de nos articulations et donc de notre corps dans l'espace (a-t-on les deux pieds au sol, les jambes croisées, le coude sur la table...). Pour bien manger, il est donc essentiel d'être bien installé.

C'est donc un éveil de tous les sens, qui se fait à chaque repas, et qui permet aussi de mettre en route l'activité salivaire, gastrique, intestinale, pancréatique organisés par le système parasymphatique (Lecerf, 2006).

Outre les sens, manger est aussi une activité pratique complexe qui requiert un grand nombre d'aptitudes motrices que l'enfant va développer et entraîner progressivement, notamment dans les 6 premières années de vie.

2. Quand tout ne se passe pas aussi bien... ou les troubles de l'oralité alimentaire

« Trouble des fonctions alimentaires », « dysoralité », « aversion sensorielle alimentaire », « syndrome de dysoralité sensorielle »... autant de terminologies différentes pour parler du trouble de l'oralité alimentaire. A l'heure actuelle il n'y a pas de consensus sur ces appellations qui recouvrent une grande variété de tableaux cliniques. Thibault (2007) définit ces troubles comme « *L'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale. Il peut s'agir de troubles par absence de comportement spontané d'alimentation, ou par refus d'alimentation, et de troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant* ». Cette définition tient compte des difficultés alimentaires que rencontre l'enfant, mais aussi de l'ensemble des composantes du développement de l'enfant qui peuvent être touchées dans le cas d'un trouble de l'oralité alimentaire. Nous utiliserons ici le terme de Trouble de l'Oralité Alimentaire (TOA), qui reste suffisamment général pour recouvrir l'ensemble des tableaux cliniques que l'on peut rencontrer, tout en regroupant les aspects à la fois moteurs, sensoriels et développementaux de ce trouble.

C'est surtout Chatoor (1997...), Kerzner (2015) et leurs équipes qui ont fait progresser les connaissances dans ce domaine. Leurs travaux ont permis d'affiner la description sémiologique et d'analyser les troubles en fonction de l'âge de survenue, du contexte et de l'évolution.

3. Signes cliniques du trouble de l'oralité alimentaire

Les signes cliniques du TOA sont multiples et peuvent se manifester sous différentes formes. Lorsque l'on a compris que toute la sphère sensorielle et motrice est mise à mal avec ce trouble, on comprend bien la richesse et la complexité des signes cliniques sensoriels et moteurs que l'on peut rencontrer.

Les signes cliniques du TOA peuvent se retrouver sur les temps de repas chez l'enfant :

- Introduction difficile des premiers aliments à la cuillère (persiste au-delà de 8 mois).
- N'accepte que des textures lisses (au-delà de 16 mois).
- Fréquents haut-le-cœur, vomissements.
- Réflexe nauséux important, avancé sur la langue.
- Ne prend aucun plaisir à s'alimenter, ne réclame pas.
- Temps de repas anormalement long (> 1 heure).
- Stocke la nourriture longtemps dans la bouche sans l'avaler.
- Présente des « aversions sélectives » (aliment, texture, odeur, température...).
- Le repas est devenu un moment de conflit et de négociations permanentes.

Ces signes cliniques sont à compléter par des observations en dehors des repas :

- Absence d'exploration orale chez le tout-petit (0-24 mois).
- Hypersensibilité/Hyposensibilité de la sphère oro-faciale.
- Hypersensibilité des mains, des pieds, du corps.
- Haut-le-cœur, vomissements, nausées hors-repas.
- Anomalie des praxies bucco-faciales (mimiques, articulation, langage).
- Stagnation/Cassure de la courbe de croissance sans explication médicale (signe de gravité).

Nous voyons bien à quel point les manifestations des troubles de l'oralité alimentaire sont variées et touchent tant à la sphère orale/corporelle qu'à la sphère sensorielle dans tout ce qu'elle a de plus complexe. Face à un enfant présentant une plainte liée à l'oralité alimentaire, il paraît ainsi important de réaliser une évaluation la plus complète possible, qui comprendra l'observation d'un temps de repas, et une observation fine hors-repas. L'évaluation prendra en compte toutes les manifestations du trouble afin de proposer une prise en charge adaptée et progressive : l'alimentation-plaisir et l'investissement positif de la sphère orale s'étayent en partie sur un investissement corporel et sensoriel harmonieux.

4. Causes du trouble de l'oralité alimentaire

L'origine de ces troubles n'est pas toujours facile à identifier car de nombreuses étiologies sont susceptibles d'entraver le bon développement de l'oralité alimentaire. Nous essayerons d'en faire le tour ici :

- **Origine organique :** Dans certaines pathologies digestives (reflux gastro-œsophagien, maladie cœliaque, allergie aux protéines de lait de vache...) ou extra-digestives (cardiopathies, pathologies pulmonaires...) où l'équilibre faim/satiété peut être perturbé, nous pouvons retrouver des TOA. De plus, certaines malformations congénitales (fentes faciales...), syndromes génétiques (Willi Prader, Rett...), et anomalies acquises de la déglutition (AVC, tumeurs, brûlures peptiques ou caustiques...) peuvent entraîner des difficultés alimentaires.
- **Origine neurologique :** des troubles de l'oralité alimentaires sont retrouvés parfois dans certaines *encéphalopathies congénitales* dans le cadre de séquelles de la rubéole ou toxoplasmose de la mère au cours de la grossesse par exemple ou d'*encéphalopathies acquises* (insuffisances respiratoires, insuffisances cardio-circulatoire...). Il est important de différencier les TOA des troubles de la déglutition. En effet, nous parlons ici plutôt d'un manque d'expériences sensorielles qui auraient entraîné des TOA. Des troubles de la déglutition peuvent toutefois se surajouter au handicap existant.
- **Origine psychogène :** lorsque le temps de repas ne se passe pas bien, on observe souvent un retentissement sur toute la sphère familiale. L'aspect psychologique et comportemental est donc toujours à explorer en parallèle des autres pistes somatiques et sensorielles. De plus, certaines pathologies psychiatriques comme la dépression du nourrisson ou le trouble des interactions mère/enfant (contacts visuels peu présents, vocalisations pauvres, peu de proximité physique...) peuvent entraîner une anorexie dans le sens d'un refus alimentaire avec peu d'intérêt pour la découverte alimentaire et sensorielle.
- **Origine post-traumatique :** Il arrive souvent qu'une nutrition artificielle (en période néonatale ou encore en place), des hospitalisations, un traumatisme chirurgical, une intubation, des fausses routes ou encore un traitement médicamenteux (qui modifie le goût, l'odorat ou l'appétit) engendrent des troubles de l'oralité alimentaire. Le refus alimentaire peut alors être soit total ou sélectif : en effet,



©Goncharovs Tanya-Fotolia

l'enfant peut refuser les morceaux mais accepter le mixé, peut refuser le biberon mais pas la cuillère, ou même boire le biberon en dormant. Le refus peut alors se manifester par des cris, une bouche fermée, des crispations, ou même le déclenchement d'un réflexe nauséux qui peut aller jusqu'au vomissement. Certains enfants jettent la nourriture ou la conservent un long moment dans les joues pour la recracher jusqu'à plusieurs heures après le repas. On note généralement une anxiété dans les moments précédant le repas avec une peur de manger, ou d'avaler.

► **Origine sensorielle:** Catherine Senez a introduit la notion de Syndrome de Dysoralité Sensorielle (2002); Irene Chatoor parle d'«aversion alimentaire d'origine sensorielle» (1997) Ces différents termes ont un point commun: la prévalence des critères sensoriels dans le TOA. Ces troubles sont d'ailleurs souvent associés à d'autres difficultés sensorielles (thermiques, auditives, olfactives...). Cette hyper réactivité des organes du goût et

de l'odorat toucheraient 25% des enfants à développement normal et 50 à 80% des enfants ou jeunes adultes polyhandicapés (Senez, 2002). Ces troubles résultent d'une hyper excitabilité des mécano et chimio-récepteurs du goût et de l'odorat et donc d'une hypersensibilité olfactive et gustative. Enfin, des prédispositions génétiques et des facteurs environnementaux peuvent expliquer les préférences alimentaires des nourrissons.

Ces causes sont rarement isolées et le plus souvent entremêlées. Notre évaluation devient alors une enquête minutieuse pour comprendre l'enfant et sa famille dans sa globalité, et éviter de passer à côté d'une cause ou au contraire de rejeter la faute sur une cause qui paraît évidente sans chercher ailleurs. La notion développementale est aussi à mettre au cœur de ces difficultés pour mieux comprendre la problématique de l'enfant.



©kimrep-foolia

5. Les conséquences de ces difficultés

Les TOA ont un retentissement majeur sur la cellule familiale. Les parents sont désespérés quand leur enfant ne mange pas et vont utiliser ou mettre en place un certain nombre de stratégies pour tenter de modifier les comportements alimentaires de l'enfant. Les stratégies mises en place peuvent être environnementales, comportementales, alimentaires... mais certaines peuvent avoir un effet plus néfaste que d'autres, entraînant toute la famille dans un cercle vicieux infernal.

Il convient donc à nous, orthophonistes, d'accompagner les parents pour les amener à réfléchir sur leurs pratiques éducatives notamment sur les temps de repas, non pas pour juger, mais pour dénouer les enjeux qui s'y manifestent et ainsi favoriser l'émergence de comportements alimentaires plus adaptés.

Pour cela nous avons recours dans nos pratiques respectives à **différents outils tels que l'analyse de films sur les temps**

de repas, comme on pourrait le faire en éducation précoce en orthophonie afin de valoriser des comportements langagiers, mais cette fois pour valoriser des comportements positifs autour du repas par exemple: «Ah, regardez, lorsque vous proposez tel aliment de façon ludique, votre enfant y porte un temps d'intérêt plus long», «Avec cette installation bien contenant regardez ce que votre enfant arrive à faire tout seul avec sa cuillère!»

Nous, orthophonistes, prenons du recul par rapport à nos pratiques et nos modes d'intervention auprès des parents, pour transmettre un «savoir-faire» autour des messages à porter tels que ne pas forcer; encourager avec bienveillance; proposer régulièrement; montrer l'exemple à l'enfant. Ces messages sont connus de tous mais c'est la façon dont nous, professionnels, nous ajusterons à l'enfant qui va permettre aux parents de prendre modèle pour se construire dans leur façon de proposer eux-mêmes à leur enfant.



6. Place de l'orthophoniste dans le trouble de l'oralité alimentaire

La place de l'orthophoniste n'est pas toujours évidente dans la problématique des TOA. En effet, le travail de l'orthophoniste est essentiellement reconnu dans les difficultés de langage oral, écrit, dans certaines problématiques ORL et neurologiques mais ses compétences chez le bébé et le très jeune enfant dans les troubles alimentaires ne sont pas toujours connues.

En milieu hospitalier, depuis quelques années, des postes se sont ouverts aux orthophonistes, notamment dans les services de réanimation néonatale et pédiatrique, les services de gastropédiatrie, de neuropédiatrie, et également dans certains centres de références (atrésie de l'œsophage, hernie diaphragmatique...). Ces postes permettent de travailler en amont auprès de ces tout-petits et de leurs familles, de faire de la prévention et du soin, de créer des réseaux de professionnels, de former les futurs collègues...

En libéral, la problématique est différente: d'une part, les professionnels de santé prescripteurs ne connaissent pas toujours nos champs de compétences, entre autres dans le domaine de l'oralité, et ne prescrivent donc pas systématiquement de bilan orthophonique pour ces enfants avec difficultés alimentaires, ou alors assez tardivement. Or, nous sommes tous, orthophonistes, convaincus de l'intérêt d'une prise en charge précoce.

D'autre part, notre nomenclature actuelle ne comporte pas d'acte spécifique pour les TOA. Nous convenons donc de coter un AMO 16 (bilan de la déglutition et des fonctions oro-myo-fonctionnelles) pour le bilan et un AMO 11 pour la prise en soins (rééducation des dysphagies chez l'adulte et chez l'enfant), en dehors de toute autre pathologie (neurologique, génétique...).

Au niveau des textes, la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise l'intervention de l'orthophoniste dans les TOA notamment dans le cadre de l'atrésie de l'œsophage par exemple: «*La prise en charge thérapeutique est multidisciplinaire et supervisée par un médecin hospitalier. Elle est réalisée par [...] les orthophonistes pour prévenir et traiter les troubles de l'oralité*», (Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) de l'atrésie de l'œsophage, HAS 2008). Dans le cadre de la hernie de coupole diaphragmatique, le PNDS de la HAS en 2012 définit également le rôle de l'orthophoniste: «*pour prévenir et traiter les troubles de l'oralité*».

L'orthophoniste a donc toute sa place dans la prise en soins des patients ayant des troubles de l'oralité alimentaire. Toutefois, l'interdisciplinarité est essentielle: un travail en partenariat doit être mis en place avec une équipe pluridisciplinaire lorsque cela est nécessaire, prenant en compte l'enfant dans sa globalité, avec ses compétences et difficultés, ainsi que sa famille.

7. Le suivi orthophonique

Notre suivi en orthophonie est avant tout un accompagnement parental bienveillant. En effet, nous accompagnons l'enfant dans ses difficultés mais aussi son entourage.

Il convient le plus souvent de donner des pistes aux parents en réfléchissant ensemble à ce qui semble le plus adapté et cohérent à la situation et aux ajustements familiaux possibles:

- Ne pas forcer l'enfant.
- L'aider à investir son corps et sa bouche de façon positive (massages, caresses...).
- Veiller à bien l'installer et/ou adopter une position confortable lorsqu'il est nourri ou lorsqu'il est à table.
- Adapter les textures et les quantités.
- Privilégier un endroit calme et agréable pour les moments de repas.

Pour développer la sensorialité, voici quelques idées de stimulations tactiles, olfactives et gustatives:

- Privilégier les manipulations tactiles (alimentaires ou non), avec des textures variées (douces, rugueuses, collantes...).
- Impliquer l'enfant dans la réalisation du repas (lui faire sentir les aliments, les toucher...), ce qui pourrait le motiver à goûter ce qu'il a préparé.
- Proposer des aliments ludiques (confettis en sucre, en chocolat).
- Proposer des jouets à mâcher, des hochets et brosses à dents de dentition pour développer l'exploration buccale.
- Instaurer des comptines rituelles et jeux de bouche.
- Favoriser les jeux symboliques comme la dinette où l'enfant donne à manger à sa poupée ou à l'adulte.

L'accompagnement de ces enfants et de leurs parents est essentiel: en effet, l'acte de manger est un acte pluri-quotidien, et quand cela dysfonctionne, c'est toute la sphère familiale qui est touchée, avec des conséquences qui peuvent parfois être graves.

L'orthophoniste a donc un rôle à jouer, que ce soit en exercice salarié ou en libéral. Nous pouvons proposer différentes modalités de prise en soins: l'enfant peut venir au cabinet de

manière hebdomadaire voire bi-hebdomadaire si cela s'avère nécessaire, nous pouvons aussi proposer un accompagnement de manière plus espacée ou encore à domicile. En effet, intervenir dans le milieu de vie de l'enfant est intéressant afin de se rendre compte du contexte des repas, de l'ambiance et la dynamique familiale dans ces moments partagés. Nous veillerons également à l'environnement et aux stratégies mises en place (écrans, jeux pour détourner l'attention...) ainsi qu'à son installation et à sa posture. Observer l'enfant dans son environnement nous permet alors d'ajuster au mieux notre intervention auprès de celui-ci et de sa famille.

Les grands domaines qui seront travaillés seront l'aspect moteur (praxies, mastication...) ainsi que l'aspect sensoriel (toucher, odorat, proprioception...) en fonction des difficultés et compétences de l'enfant et de nos observations et évaluations faites lors de notre bilan orthophonique. Nous pourrions ainsi travailler avec l'enfant en dehors des repas mais aussi en situation de repas.

Nous veillerons à respecter son rythme et nos maîtres mots seront: plaisir et sécurité. En effet, nous privilégierons le plaisir: plaisir d'être à table, de partager ce moment avec d'autres, plaisir de toucher, sentir, goûter les aliments... Cependant, nous veillerons toujours à l'installation et à une posture correcte de l'enfant pour une alimentation dans de bonnes conditions.

Des groupes pourront être réalisés avec des enfants ayant des problématiques similaires autour de l'alimentation. Ces groupes (généralement proposés en Campsp ou en milieu hospitalier, mais aussi en libéral) permettront à ces enfants de rencontrer d'autres enfants présentant les mêmes difficultés. Ils pourront alors, autour d'une activité sensorielle (alimentaire ou non) échanger, s'observer, interagir entre eux, s'imiter... Les parents, qui peuvent participer à ces ateliers, sortent alors de leur solitude, de cette impression qu'ils sont les seuls à vivre cela avec leur enfant. En effet les conséquences familiales et sociales ne sont pas toujours bien prises en compte dans ces troubles : la culpabilité de ne pas « savoir nourrir » son enfant, l'incompréhension de l'entourage, les repas de famille souvent compliqués à gérer, les repas au restaurant évités par exemple.

L'accompagnement parental est donc essentiel: nous travaillerons en partenariat avec les parents, nous chercherons des solutions ensemble, nous nous appuierons sur eux, qui connaissent le mieux leur enfant, pour adapter nos propositions thérapeutiques.

Suite à toutes ces réflexions, de nombreuses perspectives s'offrent à nous: faire connaître les TOA auprès des professionnels de santé, faire reconnaître ce champ de compétence de l'orthophoniste auprès des grandes instances, obtenir un AMO correspondant à la prise en soin de ces troubles.

En 2015, l'URPS Orthophonistes Nord Pas de Calais, en partenariat avec « Parlons-en ! », l'association de prévention en orthophonie de cette même région ont travaillé sur l'élaboration et la diffusion d'une plaquette sur les TOA à destination des professionnels de santé. Afin de sensibiliser ces derniers et de les toucher au plus près, nous avons organisé 4 soirées d'informations et d'échanges autour de cette problématique dans toute la région, que nous animions avec un gastropédiatre. A la fin de la soirée, la plaquette leur a été remise. Au total, 170 professionnels se sont déplacés, dont des pédiatres, sages-femmes, puéricultrices, infirmières...

Les retours ont été très positifs, il nous apparaît essentiel de poursuivre cette sensibilisation auprès d'autres professionnels de santé et de l'étendre au-delà des Hauts de France... à nous tous de jouer !

BIBLIOGRAPHIE

Cascales, T., Olives, J.P., Bergeron, M., Chatagner, A., Raynaud J.P. (2014) *Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson: classification, sémiologie et diagnostic*. Annales Médico-Psychologiques, 172, 700-707

Chatoor, I., Getson, P., Menvielle, E., Brasseaux, C., O'Donnel, R., (1997). *A feeding scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life*. Infant Mental Health Journal, 18, 76 - 91

Kerzner, B., Milano, K., Maclean, W., Berall, G., Stuart, S., Chatoor, I., (2015). *A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties*. Pediatrics, volume 135, numero 2, 344- 353.

Lecerf, J.M., Ragot, B., (2006). *Mieux nourrir mon enfant*. Ivry-sur-Seine: Les éditions de l'Atelier

Senez, C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Paris: Editions De Boeck Solal