

Claire FRÉDÉRIC

Promotion 2013 - 2016



INSTITUT
DE FORMATION
EN ERGOTHÉRAPIE

La Madeleine de Proust

Utilisation de l'olfaction en ergothérapie auprès
de personnes ayant la maladie d'Alzheimer



Mémoire présenté devant l'Université Paris Est-Créteil
en vue de l'obtention du Diplôme d'État d'Ergothérapie

Institut de Formation en Ergothérapie

Centre la Pyramide, 80 avenue du Général de Gaulle 94000 Créteil Cedex

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et augmentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 50 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- Un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- Un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné(e) FRÉDÉRIC Claire, étudiant(e) en 3^{ème} année en Institut de Formation en Ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et /ou de plagiat avéré.

A Magny Le Hongre , le 29 mai 2016

Signature : Claire FRÉDÉRIC

NOTE AUX LECTEURS

Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité.

Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Madame Floriane CORDIER pour son suivi, ses conseils et sa disponibilité qui m'ont beaucoup aidé tout au long de ma recherche.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil qui m'a accompagné durant mon cursus de formation.

Je remercie les ergothérapeutes et professionnels qui ont pris de leur temps pour répondre à mes questions en lien avec ma recherche.

Enfin, un grand merci à ma famille et à mes proches pour leurs relectures et leur soutien.

SOMMAIRE

Introduction	p.1
Démarche Méthodologique	p.3
Cadre conceptuel	p.5
I – La maladie d’Alzheimer	p.5
1. La démence	p.5
2. La démence de type Alzheimer	p.6
a. Définition et neuropathologie	p.6
b. Epidémiologie et diagnostic	p.7
c. Tableau Clinique	p.9
d. Maladie d’Alzheimer et Santé Publique	p.12
e. Traitements médicamenteux et prise en soin thérapeutique	p.14
II – Ergothérapie et maladie d’Alzheimer	p.15
1. L’ergothérapie et le métier d’ergothérapeute	p.15
2. L’ergothérapie auprès de personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer	p.16
a. Modèle de l’Occupation Humaine (MOH)	p.16
b. Prise en soin générale en ergothérapie des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer	p.19
c. Prise en soin des troubles du comportement en ergothérapie	p.20
3. La cuisine thérapeutique	p.21
a. Le repas en institution	p.21
b. L’atelier cuisine thérapeutique en ergothérapie	p.22
III – L’olfaction	p.26
1. Le système olfactif : de l’organe au cerveau	p.27
2. Perception et traitement cognitif de l’information olfactive	p.29
3. La mémoire olfactive et thérapie par réminiscence	p.30
4. Les troubles olfactifs	p.32
a. Les troubles olfactifs généraux	p.32
b. Les troubles olfactifs dans la maladie d’Alzheimer	p.33

Cadre expérimental	p.34
I – Démarche méthodologique de l'enquête	p.34
1. L'outil de recherche	p.34
2. La recherche des professionnels	p.35
3. Le déroulement des entretiens	p.36
II – Résultats et analyses	p.37
1. Présentation des professionnels	p.37
2. Thème n°1 : La maladie d'Alzheimer	p.37
a. Résultats bruts	p.37
b. Analyse des résultats	p.39
3. Thème n°2 : L'atelier cuisine thérapeutique	p.39
a. Résultats bruts	p.39
b. Analyse des résultats	p.41
4. Thème n°3 : La stimulation de la mémoire olfactive	p.43
a. Résultats bruts	p.43
b. Analyse des résultats	p.44
5. Thème n°4 : Les troubles du comportement	p.45
a. Résultats bruts	p.45
b. Analyse des résultats	p.47
III – Discussion, intérêts et limites	p.48
1. Discussion	p.48
2. Intérêts	p.51
3. Limites de l'enquête	p.52
Conclusion	p.53
Bibliographie	p.54
Glossaire	p.60
Annexes	p.62

INTRODUCTION

L'amélioration continue des conditions de vie et les progrès de la médecine entraînent une augmentation de l'espérance de vie. Inévitable, le vieillissement de la population est un sujet qui préoccupe désormais l'ensemble des systèmes sociaux, sanitaires mais surtout économiques. La vieillesse est un processus naturel et irréversible dû à l'action du temps sur les fonctions biologiques¹. Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), la France comptera plus de 70 millions d'habitants en 2050, et un habitant sur trois sera âgé de plus de 60 ans², âge correspondant actuellement à la cessation de l'activité professionnelle. Le vieillissement peut s'accompagner de troubles de la santé mentale tels que les démences. Ainsi le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer augmentera en proportion. Aujourd'hui, elle touche plus de 44 millions³ de personnes dans le monde, ce qui en fait un problème majeur de santé publique. En France, plus de 850 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer⁴ à ce jour et l'INSEE estime qu'en France en 2020⁵, plus de 1,3 million de personnes seront atteintes de cette maladie.

Mis à part son nom et malgré sa médiatisation, la maladie d'Alzheimer et ses manifestations restent encore très peu connue du grand public. C'est une maladie dont l'image sociale est très négative. Elle fait peur, notamment par son caractère irrémédiable, par ses conséquences sur la mémoire et sur l'identité, ainsi que par le sentiment d'impuissance qui lui est associé⁶. C'est pourquoi l'annonce du diagnostic est une étape difficile pour les personnes qui en sont atteintes comme pour leur entourage. C'est un combat quotidien que devront mener ces familles, au domicile comme en institution.

¹ Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, version 2016 – Consulté le 27/03/2016

² http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089 – Consulté le 20/03/2016

³ Rapport Alzheimer's Disease International, 2013, <http://www.alz.org/> - Consulté le 20/01/2016

⁴ <http://www.francealzheimer.org/comprendre-maladie/chiffres/692> – Consulté le 08/01/2016

⁵ Ibid.

⁶ Institut National de Prévention et de l'Éducation pour la Santé (INPES), *Le regard porté sur la maladie d'Alzheimer, résultats de trois études pour mieux connaître la maladie*, Dossier de presse, Mai 2009, page 4

Les bienfaits des traitements non médicamenteux tels que les revalidations cognitives, les activités physiques, les stimulations multi-sensorielles ou les thérapies animales, sont de plus en plus reconnues par la communauté scientifique pour lutter contre le déclin cognitif ou réduire les troubles du comportement chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer⁷. La Haute Autorité de Santé (HAS) les inclus dans leurs plus récentes recommandations de bonnes pratiques relatives à la prise en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer⁸. L'ergothérapie, avec ses soins et ses objectifs, occupe une place prépondérante dans l'utilisation de ces médiateurs auprès de cette population.

J'ai donc choisi d'étudier l'utilisation de ces médiateurs en ergothérapie et plus particulièrement celle de l'olfaction comme stimulateur sensoriel. L'odorat possède une mémoire sensorielle qui lui est propre et qui permet un accès important aux souvenirs comme le raconte Marcel PROUST⁹ dans son anecdote de la « Madeleine ». Ce pouvoir de réminiscence m'a amené à poser la problématique suivante : « [En quoi la stimulation de la mémoire olfactive en ergothérapie a-t-elle un impact sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?](#) ».

Pour répondre à cette problématique, j'aborderai dans un premier temps la notion de démence et ciblerai plus particulièrement sur la maladie d'Alzheimer que je m'efforcerai de détailler. Puis je présenterai le travail de l'ergothérapeute auprès de cette population et les recommandations de prise en soins des troubles du comportement. Pour terminer le cadre théorique, je développerai le sens de l'olfaction et la notion de mémoire olfactive associée. Enfin, je présenterai mon cadre expérimental en détaillant ma démarche méthodologique d'enquête, j'en exposerai les résultats qui en découlent puis les analyserai et j'ouvrirai une discussion en lien avec le sujet posé.

⁷ Haute Autorité de Santé (HAS), *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, Recommandations de bonnes pratiques, Mai 2009, page 10

⁸ Haute Autorité de Santé (HAS), *Maladie d'Alzheimer et maladie apparentées : diagnostic et prise en charge*, Décembre 2011, page 19

⁹ Écrivain français, 1871-1922

DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Peu de personnes savent que l'ergothérapie se pratique dans tant de structures différentes, aux pathologies multiples et aux profils de patients si variés. De ce fait, les cinq stages passés lors de ma formation m'ont permis de comprendre l'étendue des possibilités d'exercices professionnels et me laissent curieuse d'en découvrir davantage. Cependant, les expériences et les situations que j'ai pu vivre ont été riches de sens et j'ai pu en tirer de nombreux enseignements personnels.

Le stage de fin de deuxième année en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) composé d'une Unité Spécialisée Alzheimer et démences apparentées, est de loin le stage qui m'a le plus marqué. Outre le cadre pédagogique privilégié, l'intervention ergothérapique auprès de personnes ayant la maladie d'Alzheimer est l'une des plus intéressante et complète que j'ai pu avoir. En effet, l'ergothérapeute avait un large champ d'action : installation en chambre, optimisation des capacités motrices et fonctionnelles ou encore maintien de la participation sociale et de l'autonomie. Cette unité spécialisée était composée d'un accueil de jour de trois places du lundi au vendredi et de deux services de douze lits chacun accueillant des personnes aux différents stades de la maladie avec des troubles du comportement plus ou moins importants.

J'ai pu participer à la prise en charge ergothérapique de ces patients : fournitures d'aides techniques, évaluations à la marche, aux repas ou à la toilette, ateliers cognitifs, ateliers gymnastique douce, ateliers musique ou encore ateliers cuisine. Ces deux derniers ateliers m'ont fait remarquer que le fait d'entendre une chanson ou de sentir une odeur stimulait les résidents et les faisait parler d'un instant de leur vie en lien avec la musique ou avec l'odeur perçue. J'ai pu mettre en place avec les résidents plusieurs ateliers cuisine. Mes observations faites sur l'odorat se sont renouvelées : les participants me décrivaient leur enfance, leurs sentiments vis-à-vis d'une odeur, ou un souvenir personnel. Après quelques recherches, j'ai appris que l'odorat avait un lien direct et particulier avec la mémoire, plus spécifiquement ce qu'on appelle la mémoire émotionnelle. Ceci explique les réactions plus nombreuses des résidents lors de ces ateliers.

En prolongeant mes recherches sur l'olfaction, je me suis demandé comment exploiter ce sens pour cette population qui semble réagir à la stimulation olfactive. J'ai donc décidé d'étudier plus particulièrement la problématique suivante : « [En quoi la stimulation de la mémoire olfactive en ergothérapie a-t-elle un impact sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?](#) ».

Durant ce stage, j'ai constaté que la perte d'identité de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer entraînait régulièrement des troubles du comportement, notamment une déambulation et une agressivité importante. En corrélant cette observation avec la notion de stimulation olfactive, je me suis questionnée sur l'effet d'une telle stimulation sur le comportement d'un résident. La stimulation de la mémoire olfactive permet de se souvenir un court instant d'un morceau de vie dans lequel la personne peut retrouver une part d'identité. En partant de cette réflexion, j'ai posé l'hypothèse suivante : « [La stimulation de la mémoire olfactive lors d'atelier cuisine diminue les troubles du comportement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer](#) ».

Pour valider ou réfuter cette hypothèse et afin de mener à bien mon étude, je rechercherai tous les apports théoriques nécessaires à la connaissance de mes concepts principaux qui sont la maladie d'Alzheimer, l'ergothérapie et l'olfaction.

I - LA MALADIE D'ALZHEIMER

1. La démence

La démence est un ensemble de déficits cognitifs et de troubles comportementaux entraînant une perte d'autonomie progressive dans les actes de vie la quotidienne de la personne qui en est atteinte¹⁰. Par cette première définition, la prise en charge ergothérapique trouve naturellement sa place auprès de personnes atteintes de démences. Ce sont des maladies neurologiques dont l'emplacement des lésions cérébrales détermine les symptômes et donc le type de démence associée¹¹. Les sphères, personnelle, sociale et professionnelle de la personne en sont alors perturbées.

Le DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Texte Révisé)¹², caractérise la démence comme « *l'apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoigne à la fois une altération de la mémoire (...) et une ou plusieurs des perturbations cognitives suivantes : aphasie¹³, apraxie¹⁴, agnosie¹⁵, perturbation des fonctions exécutives¹⁶, (...) à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur* ». Cette codification est fondée sur la présence ou l'absence d'une perturbation cliniquement significative du comportement.

Malgré la parution récente du DSM-V, j'ai décidé de me baser sur la terminologie du DSM-IV-TR tout au long de ce document. En effet, les ouvrages et articles sur lesquels je m'appuie pour ma recherche se réfèrent tous à cette version (le DSM-V étant paru ultérieurement à leur édition).

¹⁰ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/> - Consulté le 03/05/2016

¹¹ CROISILE B., *Alzheimer : Que savoir ? Que craindre ? Qu'espérer ?*, Odile Jacob, 2014, page 41

¹² American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Texte Révisé, Traduction française, Paris, Masson, 1996

¹³ Glossaire

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

2. La démence de type Alzheimer

a. Définition et neuropathologie

En remontant l'histoire, la première description de la maladie d'Alzheimer date de plus de quatre mille ans. Entre 2414-2375 avant J.-C., PTAP-HOTEP¹⁷ écrit : « *La déchéance tombe sur l'homme et le déclin remplace la jeunesse. Les vexations l'écrasent chaque jour davantage ; la vue faiblit, l'oreille devient sourde, sa force s'effrite inéluctablement [...]. La bouche devient silencieuse, la parole s'affaiblit, l'esprit s'efface, sans se souvenir du jour précédent* »¹⁸. Pourtant, il faudra attendre 1906 pour que le médecin psychiatre Aloïs Alzheimer (1864-1915) présente la maladie à la communauté scientifique. Aujourd'hui, elle est la démence la plus fréquente en France et est à l'origine de 60 à 70% des démences¹⁹.

C'est une affection du cerveau dite neurodégénérative, c'est-à-dire qu'elle entraîne la destruction progressive et irréversible des neurones. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « *la maladie d'Alzheimer est caractérisée par l'association d'une amnésie hippocampique à des troubles cognitifs instrumentaux (langage, praxies, gnosies) témoignant d'une atteinte corticale d'évolution progressive retentissant sur le comportement et l'autonomie* »²⁰. Elle provoque un ensemble de troubles cognitifs et comportementaux évolutifs qui réduisent progressivement l'autonomie du patient.

La maladie d'Alzheimer est la conséquence de deux anomalies protéiniques qui entraînent la destruction des neurones à l'origine des troubles présents dans la maladie :

- Une interne : l'altération de la protéine Tau, qui a pour rôle naturel de stabiliser les fibrilles du neurone, provoque une dégénérescence neurofibrillaire²¹.
- Une externe : l'accumulation de la protéine Béta-amyloïde entre les neurones entraîne la formation de plaques amyloïdes, également appelées plaques séniles. L'apparition de ces plaques permet de différencier la maladie d'Alzheimer d'une démence vasculaire.

¹⁷ Vizir du pharaon Djedkare-Isési de l'Ancien Empire d'Egypte

¹⁸ CROISILE B., *Alzheimer : Que savoir ? Que craindre ? Qu'espérer ?*, Edition Odile Jacob, 2014, page 37

¹⁹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/> - Consulté le 03/01/2016

²⁰ Haute Autorité de Santé (HAS), *Maladie d'Alzheimer et maladie apparentées : diagnostic et prise en charge*, Décembre 2011, page 11

²¹ BRION J.-P., PASSAREIRO H., *Mise en évidence immunologique de la protéine tau au niveau de lésions de dégénérescence neurofibrillaire de la maladie d'Alzheimer*, Arch.biol., 1985, 95, pages 229-235

Si ces anomalies ne se détectent qu'à partir d'une exploration microscopique, anatomiquement on observe une atrophie cérébrale (par scanner ou par IRM). Cette atrophie, plus importante chez le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer que chez le sujet sain, est la conséquence de la disparition des réseaux neuronaux. Touchant principalement les régions hippocampiques²², de l'amygdale²³ et le cortex associatif²⁴, cette atrophie s'aggrave d'environ 8 à 10 % par an chez les patients atteints de la maladie alors qu'elle n'est que de 1 à 2%²⁵ dans le reste de la population.

Il existe deux formes de la maladie d'Alzheimer :

- La forme sporadique, qui représente 99% des cas et touche principalement les personnes âgées de plus de 65 ans. Aujourd'hui, aucune origine n'est connue, on ne peut donc pas prédire le développement de la maladie chez un individu²⁶.
- La forme héréditaire, qui représente moins de 1% du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en France. Une mutation sur un gène de leurs chromosomes entraîne le déclenchement de la maladie plus ou moins précocement. Selon le chromosome muté, l'âge du début de la maladie d'Alzheimer variera généralement de 35 à 85 ans²⁷.

b. Epidémiologie et diagnostic

En France, on estime actuellement qu'il y a plus de 850 000 personnes²⁸ atteintes de la maladie d'Alzheimer, ce qui la place 7^{ième} au rang mondial des pays les plus touchés. Avec la situation démographique actuelle où l'espérance de vie ne cesse d'augmenter, on estime que ce chiffre atteindra les 1 300 000 de personnes en 2020²⁹. En prenant en compte les aidants des patients (famille et proches), le nombre de personnes concernées par la maladie s'élève à 3 000 000 de personnes³⁰.

²² Glossaire

²³ Ibid.

²⁴ LECHEVALIER B., EUSTACHE F., VIADER F., *Traité de neuropsychologie clinique : Neurosciences cognitives et cliniques de l'adulte*, Neurosciences et cognition, INSERM, De Boeck, 2008, page 769. Voir Glossaire

²⁵ CROISILE B., *Alzheimer : Que savoir ? Que craindre ? Qu'espérer ?*, Edition Odile Jacob, 2014, pages 60-61

²⁶ Ibid, page 74

²⁷ Ibid, page 75

²⁸ <http://www.francealzheimer.org/comprendre-maladie/chiffres/692> - Consulté le 08/01/2016

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

Bien que les techniques scientifiques se multiplient et sont de plus en plus performantes, le diagnostic de la maladie d'Alzheimer reste encore très complexe. Actuellement, on estime que seule la moitié des personnes atteintes par la maladie est diagnostiquée. Ainsi, 33 % des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade léger sont diagnostiquées, 46 % au stade modéré et 73 % au stade sévère³¹. Ce faible taux de dépistage est dû au fait que le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ne peut se faire qu'à partir d'une série d'explorations : bilan neuropsychologique, imagerie cérébrale, bilan biologique (ponction lombaire du liquide céphalo-rachidien) ainsi que d'un entretien approfondi avec le patient et son entourage. La certitude du diagnostic ne peut s'obtenir qu'à la suite d'une autopsie exploratrice du système nerveux³².

Cependant, la communauté scientifique s'accorde à dire que certains facteurs de risques favorisent l'apparition de la maladie d'Alzheimer dans les formes non héréditaires. Le principal est l'âge. Selon Heiko BRAAK³³, l'apparition de la maladie se fait à la suite d'un long processus, s'installant insidieusement et progressivement mais ne s'exprimant qu'à l'âge avancé³⁴. Ainsi, le pourcentage de diagnostic augmente de manière significative après 65 ans³⁵. D'autres facteurs de risques sont également à prendre en compte : antécédents familiaux, antécédents médicaux (de type pathologies cardio-vasculaires ou traumatisme crânien) et les environnements sociaux, éducatifs et familiaux. Cependant, la présence de ces facteurs de risques ne suffit pas pour développer la maladie d'Alzheimer ou une démence apparentée.

Des études montrent que les femmes sont plus exposées que les hommes à la maladie, elles représentent 60% des cas³⁶. Cette différence s'explique notamment par le fait qu'elles vivent plus longtemps.

³¹ AMIEVA H. et al., *Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux*, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), 2007, page 203

³² CROISILE B., *Alzheimer : Que savoir ? Que craindre ? Qu'espérer ?*, Edition Odile Jacob, 2014, page 138

³³ Anatomiste et professeur à l'université de Francfort, 1937-

³⁴ BRAAK H., DEL TREDICI K., *The pathological process underlying Alzheimer's disease in individuals under thirty*, Acta Neuropathol., 2001, 121 (2), pages 171-181

³⁵ <http://www.alzheimer-europe.org/EN/Media/Images/Article-Images/Prevalence-Rates/Eurodem> - Consulté le 08/01/2016

³⁶ AMIEVA H. et al., *Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux*, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Publié en 2007, page 83

c. Tableau clinique

Comme nous l'avons vu précédemment, la maladie d'Alzheimer est une maladie de l'âge. Ainsi, elle s'installe progressivement et son début est insidieux, si bien qu'elle reste silencieuse durant plusieurs années avant l'apparition des premiers troubles : c'est la phase dite asymptomatique³⁷. Durant cette phase, également désignée par le terme MCI, Mild Cognitive Impairment (Flicker et al., 1991), le patient verbalise des plaintes mnésiques sans qu'il y ait de conséquences dans ses activités quotidiennes³⁸. Pour 80% des MCI³⁹, elles évoluent vers une phase symptomatique dite démentielle. Progressivement, le tableau clinique se dessine, caractérisant la maladie d'Alzheimer :

- **Les troubles mnésiques** sont les premières plaintes du patient dans la plupart des cas. Ces troubles concernent principalement la mémoire épisodique des faits récents⁴⁰. La mémoire de travail⁴¹ est vite altérée ce qui empêche l'intégration de faits nouveaux ou la manipulation des informations. La mémoire sémantique⁴² du langage et des savoirs culturels est touchée ainsi que la mémoire prospective⁴³ et la méta-mémoire⁴⁴.

- **Les fonctions exécutives** sont altérées : le jugement, le raisonnement, l'attention et la planification. La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ne peut plus se focaliser sur une tâche ni organiser son action. Les tâches les plus complexes sont abandonnées rapidement. Les tâches simples ne sont plus effectuées avec l'évolution de la maladie⁴⁵.

- **Une désorientation spatio-temporelle** : le patient a des difficultés à se repérer dans le temps et dans l'espace. Les saisons et années sont confondues, et la personne ne reconnaît pas les lieux familiaux⁴⁶.

³⁷ Glossaire

³⁸ LECHEVALIER B., EUSTACHE F., VIADER F., *Traité de neuropsychologie clinique : Neurosciences cognitives et cliniques de l'adulte*, Neurosciences et cognition, INSERM, De Boeck, 2008, page 771

³⁹ PETERSEN R.C. et al., *Current concepts in mild cognitive impairment*, Arch. Neurol., 2001, pages 1985-1992

⁴⁰ <http://www.francealzheimer.org/les-sympt%C3%B4mes/les-sympt%C3%B4mes-cognitifs/180> - Consulté le 16/02/2016

⁴¹ Glossaire

⁴² Ibid.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ <http://www.francealzheimer.org/les-sympt%C3%B4mes/les-sympt%C3%B4mes-cognitifs/180> - Consulté le 16/02/2016

⁴⁶ <http://www.francealzheimer.org/sympt%C3%B4mes-et-diagnostic/les-premiers-signes-d-alerte/179> - Consulté le 16/02/2016

- **Un syndrome aphaso-apraxo-agnosique** : il est caractérisé par trois symptômes qui sont l'aphasie, l'apraxie et l'agnosie. Il débute par un manque du mot et des difficultés à l'écriture ou à utiliser des outils complexes. Progressivement, la personne n'utilise plus qu'un mot ou son, ne donne plus de sens à ces phrases. Puis, elle devient mutique, ne manie plus aucun objet simple et ne reconnaît plus les images, les personnes ou l'espace dans lequel elle se situe⁴⁷. Parallèlement, la compréhension devient déficitaire. Les phrases complexes ne sont plus comprises, puis les phrases simples et mots basiques⁴⁸.

- **Les Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence (SCPD)** sont évaluables par le NPI, l'Inventaire Neuropsychiatrique⁴⁹ (ANNEXE I), recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS)⁵⁰. Ils sont classés en quatre groupes : les troubles affectifs et émotionnels, les troubles psychotiques, les troubles comportementaux et les troubles des instincts. Ces troubles ne surviennent pas tous au même stade de la maladie, sont imprévisibles et s'accroissent tout au long de la maladie.

Les troubles affectifs et émotionnels	<i>Apathie, dépression, anxiété, labilité émotionnelle, exaltation de l'humeur, conduites régressives</i>
Les troubles psychotiques	<i>Hallucinations, délires</i>
Les troubles comportementaux	<i>Agitation, agressivité, instabilité psychomotrice, compulsions, stéréotypies</i>
Les troubles des instincts	<i>Troubles du sommeil, troubles de l'appétit, troubles des sphincters, trouble de la sexualité</i>

Tableau 1 : Classifications des SCPD dans la maladie d'Alzheimer⁵¹

Parmi ces SCPD, on distingue deux types de troubles. Il y a ceux dits négatifs qui se traduisent par un retrait de la personne dans son environnement (apathie, tristesse, démotivation...) et ceux dits positifs ou productifs qui se manifestent par de l'agitation, de l'agressivité, des désinhibitions ou encore par des fugues⁵².

⁴⁷ CROISILE B., *Alzheimer : Que savoir ? Que craindre ? Qu'espérer ?*, Edition Odile Jacob, 2014, page 124

⁴⁸ <http://www.francealzheimer.org/les-sympt%C3%B4mes/les-sympt%C3%B4mes-cognitifs/180> - Consulté le 16/02/2016

⁴⁹ CUMMINGS J.-L., *The NeuroPsychiatric Inventory : Comprehensive assessment of psychopathology in dementia*, 1994. Traduction française PH Robert. Centre Mémoire de Ressources et de Recherche, 1996

⁵⁰ Haute Autorité de Santé, *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, Recommandation, Mai 2009, page 7

⁵¹ CROISILE B., *Alzheimer : Que savoir ? Que craindre ? Qu'espérer ?*, Edition Odile Jacob, 2014, page 129

⁵² <http://www.geriatrie-albi.com/CAP.html#I> – Consulté le 22/05/2016

L'évolution de ces troubles est progressive. Dans la maladie d'Alzheimer, la phase démentielle va être divisée en 4 phases, déterminées selon le test du Mini-Mental-State-Examination (MMSE)⁵³(ANNEXE II), publié par FOLSTEIN en 1975. Il est le test le plus couramment utilisé pour analyser le fonctionnement cognitif du patient : orientation temporo-spatiale, mémoire de travail, calcul mental, langage et copie. Il est validé et recommandé par l'HAS⁵⁴ dans sa version consensuelle du Groupe de Recherche et d'Evaluations Cognitives (GRECO). Il ne permet pas de poser un diagnostic précis mais oriente sur la sévérité des troubles cognitifs dans la phase démentielle. Le score obtenu à ce test permettra de déduire le stade d'évolution de la maladie :

- *Stade léger pour un score du MMSE entre 20 et 24 sur 30* : peut durer de deux à quatre ans. Les troubles mnésiques, bien qu'affectant la vie quotidienne, peuvent passer inaperçus dans l'entourage du patient. D'autres troubles cognitifs peuvent également faire leurs apparitions : des troubles du langage, une désorientation spatio-temporelle et parfois des troubles anxieux.
- *Stade modéré pour un score du MMSE entre 15 et 19 sur 30* : peut s'observer jusqu'à une dizaine d'années. Les troubles précédents ont progressé et ont complexifié l'état cognitif du patient. Venant compléter le tableau clinique précédent, des troubles visuo-spatiaux et de la compréhension, les troubles du comportement et du sommeil apparaissent. Enfin, on observe l'apparition du syndrome aphaso-apraxo-agnosique⁵⁵.
- *Stade sévère pour un score du MMSE entre 10 et 14 sur 30* : les actes de la vie quotidienne sont de plus en plus touchés par l'étendue des lésions. Les troubles du comportement se multiplient et le maintien au domicile n'est pas envisageable.
- *Stade terminal pour un score du MMSE entre 0 et 9 sur 30* : la personne devient totalement dépendante. La communication n'est plus possible et la capacité au déplacement devient progressivement nulle.

⁵³ Mini Mental State Examination, MMSE, FOLSTEIN, FLOSTEIN et MCHUGH, 1975 : évaluation courte des fonctions cognitives. Téléchargeable sur <http://www.sgca.fr/outils/mms.pdf>

⁵⁴ Haute Autorité de Santé (HAS), *Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées : diagnostic et prise en charge*, 2011, page 4

⁵⁵ Glossaire.

d. Maladie d'Alzheimer et santé publique

Depuis 15 ans, le ministère de la santé a mis en place différents plans nationaux successifs.

Un premier plan Alzheimer 2001-2005 centré sur le diagnostic, la prévention ainsi que le soutien et l'information des personnes malades et de leurs aidants. Il a notamment permis la mise en place de l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA).

Le second plan Alzheimer 2004-2007 est marqué par une meilleure reconnaissance de la maladie par la déclaration « Grande Cause Nationale » du gouvernement français en 2007 et est reconnue comme une affection de longue durée⁵⁶. Ceci permet une prise en charge des frais médicaux à 100% par l'Assurance Maladie.

Un troisième plan Alzheimer 2008-2012, dont les moyens financiers étaient à plus d'un milliard d'euros, donne de nouvelles directives fondamentales telle que la formation des aidants ou le développement d'accueils temporaires (accueil de jour par exemple).

Aujourd'hui, un plan Maladies Neurodégénératives (MND) 2014-2019 est en cours. Il a été doté d'un budget de 200 millions d'euros pour la recherche (traitements médicamenteux, diagnostic de la maladie) et de 270 millions d'euros pour le renforcement des dispositifs médico-sociaux existants, soit un budget global de 470 millions d'euros⁵⁷. Ce plan tourne autour de 3 grandes priorités : « *Améliorer le diagnostic et la prise en charge des malades* », « *Assurer la qualité de vie des malades et de leurs aidants* » et « *Développer et coordonner la recherche* »⁵⁸.

Suite à ces plans nationaux, le gouvernement a mis en place différentes mesures pour améliorer la prise en soin des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. En effet, il existe aujourd'hui des dispositifs spécialisés dans la prise en soin de cette maladie, telles que les Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA)⁵⁹, les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)⁶⁰ ou les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)⁶¹.

⁵⁶ Sénat, *Déclaration de la maladie d'Alzheimer "Grande Cause Nationale pour 2007"*, 12ième législature, Publiée dans le JO Sénat du 14/09/2006 - page 2395

⁵⁷ <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/plans-de-sante-publique/plan-maladies-neurodegeneratives-2014-2019> - Consulté le 19/02/2016

⁵⁸ <http://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019> - Consulté le 22/02/2016

⁵⁹ <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no6.html> - Consulté le 14/02/2016

⁶⁰ <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no4.html> - Consulté le 14/02/2016

⁶¹ <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no16.html> - Consulté le 14/02/2016

En plus de l'augmentation du nombre de places prévues dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), de nouvelles structures sont mises en place pour accueillir les patients dont le maintien à domicile n'est pas possible, comme les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) ou les Unités Cognitivo-Comportementales (UCC)⁶².

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer perdent rapidement leur autonomie dans leurs actes de la vie quotidienne. L'ergothérapeute intervient au sein d'une équipe pluridisciplinaire autour de ces patients. Implicitement, il agit également sur la situation de l'aidant, améliorant son intervention auprès de l'aidé et lui permettant d'améliorer leur qualité de vie : c'est une prise en charge double. Au sein d'un établissement de santé, l'ergothérapeute participe à l'optimisation des capacités cognitives, motrices et sensorielles et lutte contre le déclin cognitif par de multiples stimulations : atelier musique, jardin thérapeutique, cuisine thérapeutique, ou encore gymnastique douce par exemple.

Au sein de l'actuel plan MND, l'ergothérapeute est intégré à la mesure n°21 « *Renforcer et adapter l'intervention des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), définir et expérimenter de nouveaux protocoles d'intervention* »⁶³. Cette mesure préconise le renforcement du maintien et du soutien à domicile en favorisant l'intervention de personnels spécialisés tels que les ergothérapeutes, les psychomotriciens ou encore les infirmiers. D'autres professionnels peuvent être amenés à intervenir auprès du patient pour son maintien à domicile, notamment des services d'aides à domicile. L'évaluation de ces besoins découle d'une analyse réalisée par l'ergothérapeute.

⁶² <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no16.html> - Consulté le 14/02/2016

⁶³ Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, *Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019*, Stratégie Nationale de Santé, 2014, page 39

e. Traitements médicamenteux et prise en soin thérapeutique

Sans connaître l'origine biologique de la maladie d'Alzheimer, aucun médicament curatif n'est imaginable à ce jour. Cependant, il existe actuellement quatre médicaments dont l'action est simplement symptomatique et vise à ralentir la perte d'autonomie des patients : l'Aricept®, le Reminyl®, l'Exelon® et l'Ebixa®⁶⁴. Ils ralentissent l'évolution des symptômes de la maladie sans pour autant empêcher la progression des lésions neurologiques. Le choix du traitement mis en place dépendra de la sévérité et du stade de la maladie⁶⁵. Même si leur prescription reste facultative, le bénéfice qu'en tirent les patients est d'autant plus grand que le traitement est prescrit dès le stade léger de la maladie⁶⁶. A des stades avancés, l'intervention de thérapeutes pour la réadaptation du patient sera privilégiée par rapport à l'utilisation de médicaments⁶⁷.

Ces interventions non-médicamenteuses sont indiquées à chaque stade de la maladie d'Alzheimer. Elles sont pratiquées par des professionnels formés dans le cadre d'un projet de soin, à domicile ou en institut⁶⁸. Plusieurs objectifs sont recherchés : optimiser les fonctions cognitives, retarder la perte d'autonomie, préserver le lien social, ou encore diminuer les troubles de l'humeur et du comportement⁶⁹.

L'HAS présente plusieurs aspects de prise en charge : sur la qualité de vie (rééducation de l'orientation, stimulation multi-sensorielle), psychologique et psychiatrique, communicative, cognitive (rééducation et stimulation cognitive, ateliers mémoire), motrice et comportementale⁷⁰. Il est nécessaire que différents professionnels participent à ces approches, tels que l'orthophoniste (pour la communication et les troubles de la déglutition par exemple), le kinésithérapeute (comme pour l'activité motrice) mais également l'ergothérapeute pour de nombreuses raisons.

⁶⁴ Haute Autorité de Santé (HAS), *Les médicaments de la maladie d'Alzheimer à visée symptomatique en pratique quotidienne*, Bon usage des médicaments, Janvier 2009, page 1

⁶⁵ Ibid, page 4

⁶⁶ CROISILE B., *Alzheimer : Que savoir ? Que craindre ? Qu'espérer ?*, Edition Odile Jacob, 2014, pages 178-180

⁶⁷ MARGOT-CATTIN I., *La place de l'activité dans l'intervention auprès des personnes âgées présentant une démence avancée* in *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, coordonné par TROUVE E., Collection ergOTHérapies, Solal, 2009, page 125

⁶⁸ Haute Autorité de Santé (HAS), *Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées : diagnostic et prise en charge*, 2011, page 19

⁶⁹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), *Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*, Service évaluation technologique, Mai 2003, page 14

⁷⁰ Haute Autorité de Santé (HAS), *Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées : diagnostic et prise en charge*, 2011, pages 19-20-21

II - ERGOTHÉRAPIE ET MALADIE D'ALZHEIMER

1. L'ergothérapie et le métier d'ergothérapeute

Le mot ergothérapie vient de deux termes grecs *ergon*– qui signifie travail et *therapeia*– qui signifie soin⁷¹. L'ergothérapie se définit donc comme le soin par l'activité.

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'objectif de l'ergothérapie est « *de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace* ». Aussi, l'ergothérapie « *prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement* »⁷².

La profession d'ergothérapeute et les actes ergothérapiques sont réglementés par le Code de la Santé Publique⁷³. L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé : la personne est au centre de la prise en soin. Il intervient dans le cadre d'une relation thérapeutique par l'intermédiaire d'activités adaptées, d'enseignements et d'apprentissages⁷⁴. L'activité est donc au cœur de l'ergothérapie⁷⁵. L'ergothérapeute exerce sa profession uniquement sur prescription médicale. Il inscrit sa pratique au sein d'établissements médicalisés, de cabinets libéraux ou directement aux domiciles des patients. Son premier but est la ré-autonomisation de la personne. Son accompagnement se fait dans des démarches de rééducation, de réadaptation, de réhabilitation et de réinsertion sociale. L'ergothérapeute travaille toujours en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, d'infirmiers, de kinésithérapeutes, d'orthophonistes ou encore de psychomotriciens.

⁷¹ <http://www.cnrtl.fr/etymologie/ergoth%C3%A9rapie> – Consulté le 03/05/2016

⁷² <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession> - Consulté le 13/03/2016

⁷³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031075208&categorieLien=id> – Consulté le 13/03/2016

⁷⁴ <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession> - Consulté le 13/03/2016

⁷⁵ <https://www.oeq.org/profession/profession.fr.html> - Consulté le 28/03/2016

2. L'ergothérapie auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

a. Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Un modèle conceptuel est une « *représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* »⁷⁶. Autrement dit, un modèle conceptuel permet aux professionnels de santé d'organiser leur pratique et leur intervention auprès d'un patient en fonction des éléments recueillis. Les modèles conceptuels sont classés en trois catégories⁷⁷ : les modèles généraux utilisés dans beaucoup de situations différentes, les modèles appliqués qui ciblent certaines pathologies et situations, puis les modèles pratiques spécifiques à certaines techniques et évaluations.

Pour ma recherche de fin d'étude, j'ai décidé d'utiliser le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) car la pratique ergothérapique est centrée sur la personne, son occupation et son environnement. Ma recherche s'appuie sur une activité spécifique, il me semble intéressant de comprendre le processus d'engagement d'une personne dans une activité. C'est un modèle général qui a été créé par l'ergothérapeute et chercheur Gary KIELHOFNER en 1975⁷⁸. Bien que ce modèle soit l'un des plus cités dans le domaine de l'ergothérapie⁷⁹, il n'est que peu traduit en français. En effet, les termes qu'il emploie n'ont pas d'équivalence française, c'est pourquoi plusieurs termes sont modifiés à partir de l'anglais.

Le terme « occupation » utilisé par les ergothérapeutes anglophones trouve une consonance péjorative en français. A son sens strict, l'occupation est une activité proposée dans le but de divertir une personne et de faire passer le temps⁸⁰. Ainsi, nous le traduisons par une « activité signifiante et significative »⁸¹. Le terme « signifiant » est utilisé lorsque la personne donne un sens à l'activité qu'elle fait, alors que le terme « significative » est évoqué lorsque l'activité engagée fait sens pour l'environnement social de la personne⁸².

⁷⁶ MOREL-BRACQ M.-C., *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, collection Ergothérapie, Marseille, Solal, 2009, page 14

⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ MIGNET G., *Motivation, volition et engagement : éclairage du Modèle de l'occupation humaine* in *L'activité humaine : un potentiel pour la santé*, coordonné par MOREL-BRACQ M.-C. et al, De Boeck, 2015, page 98

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/occupation/55508>

⁸¹ MOREL-BRACQ M.-C., *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, collection Ergothérapie, Marseille, Solal, 2009, page 69

⁸² Ibid.

L'activité humaine signifiante et significative est primordiale dans l'auto-organisation de la personne⁸³. KIELHOFNER associe toujours la personne à son environnement physique et social⁸⁴, c'est pourquoi ces deux notions sont clairement identifiables dans la représentation schématique du MOH.

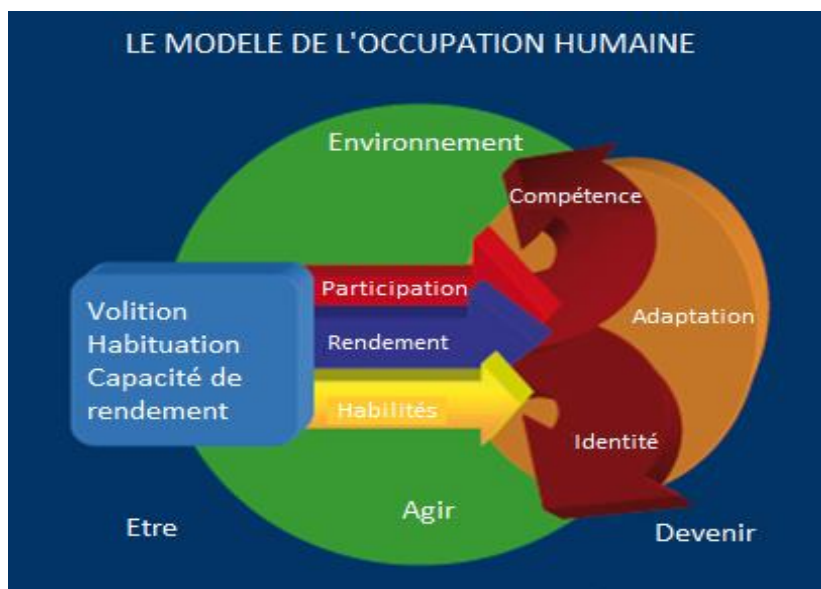


Figure 1 : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine selon Gary Kielhofner

En plus de l'environnement, trois notions apparaissent relatives à la personne : l'Être, l'Agir et le Devenir. Elles sont indissociables de l'environnement qui influe constamment sur notre action, nos pensées et nos émotions⁸⁵.

Le MOH décompose l'Être humain en trois systèmes interdépendants⁸⁶ : la volition, l'habituation et la capacité de rendement. La volition se traduit par la motivation de la personne à engager une activité en fonction de ses capacités, valeurs et intérêts⁸⁷. L'habituation est composée par les habitudes de vie et rôle au sein de la société⁸⁸. Enfin, la capacité de rendement correspond aux aptitudes objectives et subjectives permettant l'action⁸⁹.

⁸³ MOREL-BRACQ M.-C., *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, collection Ergothérapie, Marseille, Solal, 2009, page 70

⁸⁴ MIGNET G., *Motivation, volition et engagement : éclairage du Modèle de l'occupation humaine* in *L'activité humaine : un potentiel pour la santé*, coordonné par MOREL-BRACQ M.-C. et al, De Boeck, 2015, page 98

⁸⁵ Ibid.

⁸⁶ MOREL-BRACQ M.-C., *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, collection Ergothérapie, Marseille, Solal, 2009, page 70

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Ibid.

⁸⁹ Ibid.

Cet Être et plus particulièrement la volition peut être bouleversé par le handicap⁹⁰. De même, la modification de l'habitué entraîne un trouble de l'identité personnelle⁹¹, très présent dans la maladie d'Alzheimer. La perte de la volition ne permet plus à la personne ayant la maladie d'Alzheimer de s'engager dans une activité. Pourtant, le MOH considère que le ressenti satisfaisant et le souvenir agréable du patient pour une activité faite dans le passé suscite la motivation et l'envie nécessaire à la personne pour la pratiquer à nouveau⁹². Il est donc du rôle de l'ergothérapeute de déterminer les aspirations et les intérêts de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer pour lui permettre de s'engager activement dans une activité signifiante et significative et ainsi accéder à l'Agir⁹³.

L'Agir est le moment où la personne fait l'activité, elle est dans l'action⁹⁴. Il existe selon le MOH trois niveaux : la participation, le rendement et les habilités. La participation est le fait de faire, d'agir au sein de l'activité. Le rendement, ou performance, est la façon dont la personne accomplit l'activité. Enfin, la personne nécessite des habilités (motrices, procédurales, d'interactions et de communications) pour réaliser l'activité⁹⁵.

Le Devenir est le but à atteindre. Il dépend de l'identité occupationnelle de chacun et des compétences acquises, c'est-à-dire de sa capacité à maintenir une activité⁹⁶. Cela lui permet de s'adapter à de nouvelles activités ou de reproduire celles déjà entrepris.

Ces aspects de la personne et de son environnement permettent une intervention ergothérapique plus structurée puisque le processus d'engagement est compris. Ce modèle permet de mieux accompagner une personne connaissant des modifications liées à son handicap⁹⁷, notamment les difficultés que rencontrent les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer pour s'engager dans une activité.

⁹⁰ MOREL-BRACQ M.-C., *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, collection Ergothérapie, Marseille, Solal, 2009, page 70

⁹¹ Ibid.

⁹² GRAFF M. et al., *L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants : le programme COTID*, ANFE, De Boeck, Solal, 2013, page 31

⁹³ MAROUSE O., *Autres perspectives sur la personnalisation de la remise en activité du malade Alzheimer à domicile avec le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)* in *Expériences en ergothérapie XXVI*, Sous la direction de IZARD M.-H., Sauramps médical, 2013, page 183

⁹⁴ MIGNET G., *Motivation, volition et engagement : éclairage du Modèle de l'occupation humaine* in *L'activité humaine : un potentiel pour la santé*, Coordonné par MOREL-BRACQ M.-C. et al, De Boeck, 2015, page 98

⁹⁵ Ibid.

⁹⁶ GRAFF M. et al., *L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants : le programme COTID*, ANFE, De Boeck, Solal, 2013, page 38

⁹⁷ Ibid, page 71

b. Prise en soin générale en ergothérapie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Le champ de prise en charge de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en ergothérapie fait partie des interventions non-médicamenteuses recommandées par l'HAS. Elle se fait en institution ou au domicile, avec le patient mais aussi auprès de son entourage. Cette double prise en soins signifie qu'il y a une première intervention auprès du patient et une seconde auprès de son aidant⁹⁸. L'intervention en ergothérapie diffère selon le stade de la maladie et donc de l'importance des troubles présents⁹⁹.

Au domicile, comme en institution, le rôle principal de l'ergothérapeute est de permettre au patient de conserver son autonomie dans les actes de la vie quotidienne¹⁰⁰. Un premier travail cognitif est fait : des activités en relation avec les actes de la vie quotidienne sont mises en place¹⁰¹. L'ergothérapeute peut mettre en place des aides techniques qui optimisent la participation du patient¹⁰². Au domicile, un aménagement peut être nécessaire pour améliorer la sécurité du patient¹⁰³, par exemple un lit médicalisé Alzheimer. Des ateliers cognitifs stimulant la mémoire ou l'attention sont également faits.

Une activité physique est recommandée auprès de cette population. Faite en équipe pluridisciplinaire, elle permet l'optimisation des capacités fonctionnelles de la personne ce qui diminue les risques de chute à la déambulation comme aux transferts¹⁰⁴. De plus, pratiquer une activité physique permet de canaliser certains troubles du comportement présents¹⁰⁵. Ces troubles sont également un axe de prise en charge en ergothérapie puisqu'ils sont des obstacles à la socialisation des patients.

⁹⁸ Haute Autorité de Santé (HAS), *Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée*, Janvier 2010, page 5

⁹⁹ PANCRAZI M.-P., METAIS P., *Maladie d'Alzheimer, traitement des troubles psychologiques et comportementaux*, Masson, 2005, page 2

¹⁰⁰ WENISCH E. et al., *Méthode de prise en charge globale non médicamenteuse des patients déments institutionnalisés* in *Revue de neurologie*, Masson, 2005, page 293

¹⁰¹ Haute Autorité de Santé (HAS), *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*, Décembre 2011, page 21

¹⁰² Haute Autorité de Santé (HAS), *Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée*, Janvier 2010, page 2

¹⁰³ Ibid, page 4

¹⁰⁴ Ibid, page 3

¹⁰⁵ Haute Autorité de Santé (HAS), *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*, Décembre 2011, page 21

c. Prise en soin des troubles du comportement en ergothérapie

L'intervention en ergothérapie pour les troubles du comportement est variée. L'apparition des troubles du comportement constitue un argument majeur à l'institutionnalisation des personnes ayant vécues jusqu'alors à leur domicile. Le but de la prise en charge de ces troubles est la prévention des attitudes régressives qui peuvent être sources de tensions avec l'équipe soignante, l'aidant ou les autres résidents¹⁰⁶.

L'hospitalisation rend l'environnement des patients monotone, avec peu de stimulations. Ce manque de stimulations aggrave les troubles du comportement, notamment de la déambulation¹⁰⁷. Pourtant, il existe beaucoup de types de stimulations applicables en ergothérapie auprès de cette population : musique, danse, luminothérapie, médiation animale ou encore aromathérapie¹⁰⁸. Plusieurs objectifs sont alors recherchés dont principalement réduire le stress et l'anxiété ou lutter contre l'apathie des patients¹⁰⁹. Ces objectifs convergent vers l'amélioration du confort des patients et de leur qualité de vie. Les stimulations multi-sensorielles sont utilisées notamment dans la réduction de l'anxiété, de l'apathie ou encore de l'agitation¹¹⁰.

Les troubles présents dans la maladie d'Alzheimer ne permettent pas toujours la participation du patient dans les actes de la vie quotidienne. Ces troubles amènent le patient à encourir des risques de chutes ou des dangers plus importants. La personne devient ainsi dépendante d'une tierce personne pour la majorité des activités de la vie quotidienne. Ces interventions peuvent aller contre l'indépendance des patients, qui ne sont plus stimulés. Il paraît donc important de proposer des activités pour lesquelles les personnes seraient actrices avec des objectifs visant tant la cognition que le physique ou le comportement. C'est donc par la multitude d'objectifs pouvant être mis en place que l'atelier cuisine thérapeutique semble un médiateur privilégié pour cette population.

¹⁰⁶ PANCRAZI M.-P., METAIS P., *Maladie d'Alzheimer, traitement des troubles psychologiques et comportementaux*, Masson, 2005, page 3

¹⁰⁷ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), *Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*, Service évaluation technologique, Mai 2003, Page 21

¹⁰⁸ Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et service Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Février 2009

¹⁰⁹ PANCRAZI M.-P., METAIS P., *Maladie d'Alzheimer, traitement des troubles psychologiques et comportementaux*, Masson, 2005, page 3

¹¹⁰ Ibid.

3. L'activité cuisine

La cuisine est un attribut à part entière de la culture française et ce depuis des siècles. Le repas gastronomique français est d'ailleurs inscrit au patrimoine culturel immatériel et est reconnu depuis 2010 par l'UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)¹¹¹. La cuisine en France connaît ses influences selon la région, les traditions, la culture ou encore les rituels familiaux. Ainsi, l'histoire de la cuisine diffère en fonction de notre famille, formant parfois des souvenirs et liens très personnels.

a. Le repas en institution

Privilegié en famille et en société, le repas constitue des moments clefs dans la vie des personnes ayant la maladie d'Alzheimer¹¹². Le repas est une activité où les personnes ont une participation minime, contrairement à la majorité des activités de la vie quotidienne. L'institutionnalisation qu'elles connaissent ne leur permet plus de faire eux-mêmes la cuisine. Elles prennent simplement le repas préparé en fonction de leurs besoins nutritionnels, de leurs restrictions alimentaires (en cas de diabète ou de surpoids par exemples) ou de leurs capacités de déglutition (mixé pour éviter les fausses routes). Ainsi, elles n'ont plus de mains prises sur la préparation du repas ou sur le repas en lui-même.

La maladie d'Alzheimer peut entraîner des troubles de l'alimentation¹¹³. Ils comptent parmi les troubles de l'instinct présents dans les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence¹¹⁴. L'âge et la maladie provoquent des altérations du goût et de l'odorat, des troubles de la déglutition, des apraxies, des agnosies ou encore des troubles de l'attention poussant les personnes à modifier les comportements à table¹¹⁵. Ces éléments provoquent souvent la dénutrition¹¹⁶ du patient, ce qui aggrave la maladie et donc son état¹¹⁷.

¹¹¹ <http://france.fr/fr/gastronomie> - Consulté le 30/03/2016

¹¹² GUY C. et al., *Atelier de culinothérapie en ULSD : retrouver le plaisir de faire, le plaisir de faire partager, le plaisir d'avoir fait* in *Expériences en ergothérapie XXVI*, sous la direction de IZARD M.-H., Sauramps médical, 2013, page 86

¹¹³ CROISILE B., *Alzheimer : Que savoir ? Que craindre ? Qu'espérer ?*, Odile Jacob, 2014, page 129

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ <http://www.francealzheimer.org/besoins-nutritionnels-et-l-alimentation-au-cours-maladie/804> - Consulté le 30/03/2016

¹¹⁶ Glossaire

¹¹⁷ <http://www.francealzheimer.org/besoins-nutritionnels-et-l-alimentation-au-cours-maladie/804> - Consulté le 30/03/2016

b. L'atelier cuisine thérapeutique en ergothérapie

La doctoresse Ann WILCOCK définit le besoin d'activité comme central à l'être humain et ce besoin ne diminue pas à la suite de détériorations cognitives¹¹⁸. L'activité est « l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne »¹¹⁹. En ergothérapie, c'est un médiateur thérapeutique essentiel. Au sein de l'atelier cuisine, l'ergothérapeute recherche l'autonomie des patients en ciblant les difficultés auxquelles ils sont confrontés et en mettant en place des stratégies de compensation. C'est une activité signifiante puisque la personne projette cette activité dans le futur et son utilité pour elle, et est significative par l'investissement familial et social que demande la cuisine. En institution, c'est un espace qui permet de renouer du lien avec la réalité qu'ils ont connu à l'extérieur¹²⁰.

L'atelier cuisine se compose en plusieurs étapes qui peuvent différer selon les patients accueillis ou les objectifs recherchés¹²¹. Aussi, les étapes proposées dans ce travail de recherche ne sont pas systématiques et ne constituent pas une liste exhaustive des étapes de l'atelier cuisine fait en ergothérapie :

- L'accueil : les patients participants sont réunis avec l'équipe encadrant l'atelier dont l'ergothérapeute. C'est une première présentation de l'activité et un premier contact pour le patient avec le groupe. C'est un moment où il doit y avoir une mise en confiance pour que le patient se sente en sécurité et non agressé. Les notions de partage et de convivialité sont accentuées.
- La préparation de la recette : au préalable, le groupe fait le choix de la recette, la lit et établit une liste des courses et des ustensiles nécessaires. C'est un moment qui peut être difficile pour le patient, notamment pour exprimer ses choix et envies¹²².
- Les courses : C'est une étape qui peut être source d'angoisse pour le patient confronté à l'extérieur. La désorientation spatiale et les troubles du comportement peuvent être des obstacles rencontrés par le patient.

¹¹⁸ MARGOT-CATTIN I., *La place de l'activité dans l'intervention auprès des personnes âgées présentant une démence avancée* in *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, coordonnée par TROUVE E., Collection ergOTHérapies, Solal, 2009, page 126

¹¹⁹ Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF)*, 2001, page 10

¹²⁰ HOHENBERG O., *La vie d'un groupe cuisine* in *Journal d'ergothérapie* n°4, 1983, page 111

¹²¹ Le descriptif de ces étapes est fait sur l'observation fait en stage et sur le document d'Atelier Cuisine Thérapeutique de l'Association de la Promotion des Hôpitaux de Jour pour les Personnes Agées (APHJPA) disponible sur http://www.aphjpa.org/IMG/pdf/atelier_cuisine_therapeutique.pdf - Consulté le 03/04/2016

¹²² HOHENBERG O., *La vie d'un groupe cuisine* in *Journal d'ergothérapie* n°4, 1983, page 112

- La cuisine : c'est le temps de l'atelier où les interactions entre les participants sont les plus importantes. Il peut y avoir une répartition des tâches qui peut frustrer le patient ou au contraire le valoriser et l'inciter à prendre des initiatives¹²³. La stimulation de la situation fait que chaque personne évoque des souvenirs personnels. Puis, tout le monde participe au nettoyage et rangement du matériel.
- La dégustation : c'est avant tout un moment de plaisir et de partage¹²⁴. Chaque personne aide à mettre la table et prend le repas en commun avec les soignants et le reste du groupe. D'autres souvenirs peuvent également émerger à la dégustation. C'est un moment clé qui donne du sens à toutes les étapes précédentes.
- La conclusion de l'atelier : les patients s'expriment sur le vécu de la recette et leur ressenti. C'est un moment important pour clôturer cette activité. Une éventuelle programmation d'un nouvel atelier permet de stimuler les fonctions cognitives ou de mettre en place des aide-mémoire.

Lors de cet atelier, différents objectifs sont recherchés. En effet, la cuisine est une médiation pour la participation d'un patient, elle engage donc de nombreux aspects et capacités nécessaires à l'autonomie et à l'indépendance d'une personne.

- La dimension cognitive : tout au long de la recette, l'attention des patients est sollicitée ce qui peut être un frein pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ayant des troubles de l'attention. La lecture de la recette demande au patient de la concentration et une compréhension écrite puis orale¹²⁵. Les fonctions mnésiques sont également fondamentales : la mémoire de travail est utilisée pour la mémorisation des doses, de l'action réalisée ou encore du calcul mental lors d'adaptation d'une recette¹²⁶, la mémoire procédurale intervient dans les gestes tels que mélanger ou verser¹²⁷. Les gestes où intervient la manipulation d'objets ou d'ustensiles permettent de mettre en avant les apraxies des patients. La reconnaissance ou non des ingrédients

¹²³ HOHENBERG O., *La vie d'un groupe cuisine* in *Journal d'ergothérapie* n°4, 1983, page 112

¹²⁴ Ibid.

¹²⁵ CHAUDERON M., *Groupe mémoire et groupe cuisine thérapeutique en gériatrie* in *Expérience en ergothérapie XIII*, sous la direction de IZARD M.-H., Sauramps médical, 2000, page 116

¹²⁶ Ibid.

¹²⁷ GUY C. et al., *Atelier de culinothérapie en ULSD : retrouver le plaisir de faire, le plaisir de faire partager, le plaisir d'avoir fait* in *Expériences en ergothérapie XXVI*, sous la direction de IZARD M.-H., Sauramps médical, 2013, page 86

et objets permet quant à elle de statuer sur les éventuelles agnosies des patients¹²⁸. Les fonctions exécutives sont sollicitées : un travail de planification et d'organisation est nécessaire pour la réalisation d'une recette (suivre les étapes, organiser son plan de travail)¹²⁹. Enfin, la notion d'orientation temporo-spatiale est travaillée, notamment l'orientation dans la cuisine, le repère du jour et de l'heure ou encore le temps de cuisson¹³⁰.

- La dimension fonctionnelle : la déambulation, la station assise ou encore les transferts assis-debout sont sollicités durant tout l'atelier, ce qui nécessite l'équilibre statique et l'équilibre dynamique. Un travail de mobilisation générale est également fait, puisqu'il concerne l'utilisation des membres supérieurs, l'utilisation des préhensions globales (prendre un verre, tenir un fouet) et fines (tenir un couteau), la sollicitation de force des membres supérieurs (mélanger la pâte, soulever les ingrédients) et l'utilisation de la coordination bimanuelle¹³¹ symétrique et asymétrique ainsi que la coordination oculo-manuelle¹³². Si besoin, l'ergothérapeute met en place des aides techniques visant à compenser certaines altérations fonctionnelles¹³³.
- La dimension psycho-sociale : la cuisine est un moment de convivialité qui allie le besoin physiologique de s'alimenter à la notion de plaisir. Il s'agit de favoriser les échanges, d'inciter les participants à l'entraide et à la collaboration pour développer le sentiment d'appartenance à un groupe¹³⁴. Le moment de partage du repas fait que la personne se sent valorisée dans son environnement¹³⁵. La cuisine est un lieu familier où la personne se sent rassurée ce qui est propice à l'évocation des souvenirs¹³⁶.

¹²⁸ CHAUDERON M., *Groupe mémoire et groupe cuisine thérapeutique en gériatrie* in *Expérience en ergothérapie XIII*, sous la direction de IZARD M.-H., Sauramps médical, 2000, page 116

¹²⁹ Ibid.

¹³⁰ Ibid.

¹³¹ Glossaire

¹³² Ibid.

¹³³ GUY C. et al., *Atelier de culinothérapie en ULSD : retrouver le plaisir de faire, le plaisir de faire partager, le plaisir d'avoir fait* in *Expériences en ergothérapie XXVI*, sous la direction de IZARD M.-H., Sauramps médical, 2013, page 87

¹³⁴ Ibid, page 85

¹³⁵ CHAUDERON M., *Groupe mémoire et groupe cuisine thérapeutique en gériatrie* in *Expérience en ergothérapie XIII*, sous la direction de IZARD M.-H., Sauramps médical, 2000, page 116

¹³⁶ Ibid.

- La dimension sensorielle : cet atelier permet la stimulation de tous les sens. Tout d'abord la vue est sollicitée lors de la lecture de la recette, de l'exploration visuelle du plan de travail ou par l'aspect et la couleur des ingrédients. L'ouïe est stimulée par le frémissement de l'eau, le crépitemment des oignons ou la sonnerie de la minuterie. Le toucher est éveillé à la texture et température des aliments (sensibilité), à la sensation de la pâte mélangée à la main. Le goût est stimulé lors de la dégustation des aliments crus ou cuits où ils ressentent leurs côtés sucré, salé, acide ou amer, et du plat final. Enfin, l'odorat est sollicité à l'odeur de la cuisson et à l'odeur des arômes présents.

Ces sens sont stimulés inconsciemment, sauf si l'ergothérapeute veut insister sur l'un d'eux pour l'exploiter plus particulièrement. Cela peut être le cas pour l'olfaction qui est un sens ayant une capacité de réminiscence très spéciale qui est un moyen non médicamenteux pour la prise en charge des troubles du comportement des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Son utilisation auprès de cette population semble justifiée et pourrait être un nouvel axe de prise en soin pour l'ergothérapeute.

III - L'OLFACTION

Une odeur est un terme désignant à la fois un ensemble de molécules odorantes et une sensation produite chez un individu à la suite de sa perception. Pourtant invisible et impalpable, l'odeur est une émanation volatile qui produit une sensation différente d'un individu à un autre. Cela dépend du souvenir personnel lié à cette odeur et de son caractère plaisant ou déplaisant. L'olfaction, tout comme le goût, est un sens chimique, c'est-à-dire qu'il déclenche des mécanismes d'actions, qui sont des mouvements d'attirance ou d'éloignement d'une source.

Du point de vue de l'évolution, c'est le sens le plus primitif. Celui-ci, chez l'Homme, a régressé au profit de la vue lorsqu'il quitte le sol pour les arbres¹³⁷. De moins en moins sollicité au fil des siècles, l'Homme a su mettre à profit son odorat dans d'autres domaines au cours de son évolution. Au XIX^{ème} siècle, les médecins appelés osphrésiologues utilisaient le reniflage pour détecter des maladies dont l'odeur leur était caractéristique¹³⁸. En 1821, Hippolyte CLOQUET¹³⁹ les a inscrites dans un livre de références médicales, où il décrit l'odeur de la gale comme sentant le moisi ou de la teigne puant l'urine de souris¹⁴⁰.

L'olfaction reste un sens primordial dans notre quotidien, souvent stimulé inconsciemment et dont le pouvoir émotionnel ne cesse de questionner et d'inspirer la recherche. Le marketing s'ouvre aux odeurs, notamment dans les domaines des huiles essentielles, des arômes alimentaires, de la parfumerie ou encore de l'œnologie.

¹³⁷ BRAND G., *L'olfaction, de la molécule au comportement*, Neurosciences cognitives, Solal, 2001, page 29

¹³⁸ BOUVET C., *Manipulations olfactives, enquête sur ces odeurs qui séduisent, guérissent, trahissent*, Payot & Rivages, 2013, page 82

¹³⁹ Médecin et naturaliste français, 1787-1840

¹⁴⁰ Ibid.

1. Le système olfactif : de l'organe au cerveau

Le développement anatomique du système nerveux sensoriel commence dès les stades les plus précoces de la gestation. La structure anatomique se forme vers 6-8 semaines¹⁴¹. De nombreuses études ont montré que le système olfactif est opérationnel avant la naissance et qu'un encodage olfactif en mémoire est possible chez le fœtus¹⁴². Adulte, l'odorat humain pourrait percevoir jusqu'à 10 000 substances chimiques¹⁴³.

L'odorat est lié au système respiratoire. A l'inspiration, l'air entre et arrive à la cavité nasale (ou fosse nasale) par deux voies : directe dite ortho-nasale, lorsque l'on flaire, ou indirecte dite rétro-nasale, lorsque l'on mastique un aliment. Un faible pourcentage de l'air inhalé passe par l'épithélium olfactif, qui tapisse la cavité nasale. A titre de comparaison, l'épithélium olfactif mesure 3 cm² chez l'homme, 20 cm² chez le chat et 150 cm² pour le berger allemand¹⁴⁴, ce qui explique la puissance de l'odorat chez certaines espèces. L'épithélium olfactif est constitué de trois types de cellules : les cellules de soutien, les cellules souches (qui régénèrent les neurones olfactifs) et les cellules olfactives (des cellules nerveuses qui détectent le stimulus olfactif)¹⁴⁵.

Ce dernier type de cellules possède deux extrémités : une ayant des cils olfactifs qui baignent dans le mucus, l'autre ayant des filets olfactifs¹⁴⁶. La molécule odorante entre alors en contact avec les cils olfactifs puis l'information se transmet aux filets olfactifs. L'ensemble des filets olfactifs passe par la lame criblée, se rejoint au niveau du bulbe olfactif et forme le nerf olfactif qui est la première paire des nerfs crâniens¹⁴⁷. Le nerf olfactif transporte alors les influx aux aires olfactives du cortex cérébral, situées dans la partie interne du lobe temporal¹⁴⁸.

¹⁴¹ BRAND G., *L'olfaction, de la molécule au comportement*, Neurosciences cognitives, Solal, 2001, page 30

¹⁴² Ibid.

¹⁴³ BOUVET C., *Manipulations olfactives : enquête sur ces odeurs qui séduisent, guérissent, trahissent*, Payot & Rivages, 2013, page 16

¹⁴⁴ Ibid.

¹⁴⁵ MENCHE N., *Anatomie Physiologie Biologie*, 4ème édition, Maloine, 2009, page 188

¹⁴⁶ MARIEB E.N., *Biologie humaine, Principe d'anatomie et de physiologie*, 8ème édition, Pearson Education, page 325

¹⁴⁷ Ibid.

¹⁴⁸ Ibid.

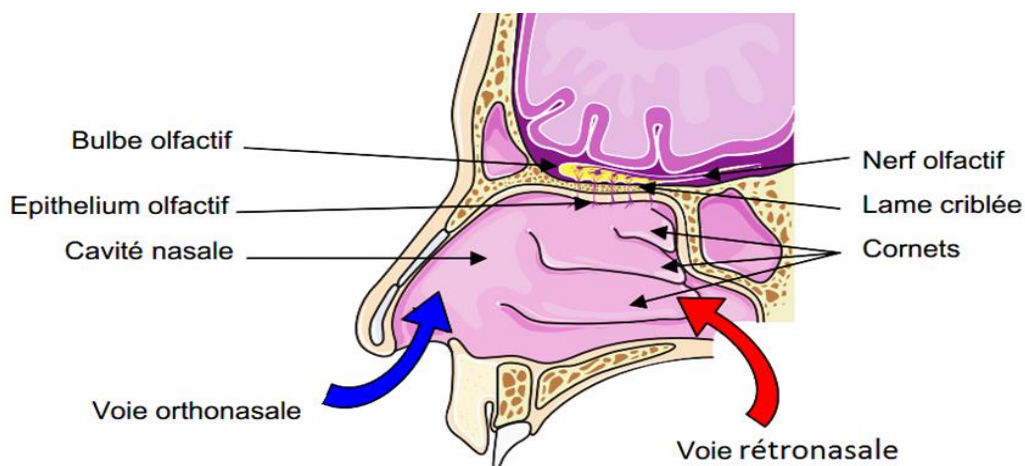


Schéma 1 : Le système olfactif¹⁴⁹

Pour arriver au cerveau, l'information olfactive va suivre un trajet particulier. Elle passe d'abord par le cortex olfactif primaire puis par le cortex olfactif secondaire sous la forme d'un message électrique. En effectuant ce parcours, l'information olfactive déclenche une sensation chez le sujet : elle a atteint les zones du cerveau appartenant au système limbique. Le système limbique est composé de l'hypothalamus, de l'amygdale et de l'hippocampe. Toutes ces structures du cerveau ont un rôle primordial dans le fonctionnement de la mémoire, les émotions, les souvenirs et le comportement affectif. C'est pour cette raison que le système limbique est qualifié de cerveau de l'émotion¹⁵⁰. Cette partie du cortex se nomme également le rhinencéphale, soit « le cerveau du nez »¹⁵¹.

Les techniques d'exploration par l'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) ont confirmé les influx sensoriels qui lient le bulbe olfactif et le système limbique. Elles nous apprennent également que le traitement olfactif diffère de celui des autres informations sensorielles. Les fibres nerveuses olfactives projettent l'information olfactive directement vers le cortex primaire cérébral, puis vers le thalamus et le néocortex¹⁵² où se fait l'intégration de l'information sensorielle. Une réaction émotionnelle se fait donc avant l'identification du souvenir concerné et de l'odeur associée¹⁵³.

¹⁴⁹ <http://nea-leparfum-2013.e-monsite.com/pages/les-effets-physiques/le-systeme-olfactif/>

¹⁵⁰ CANAC P., SAMUEL C., SOCQUET S., *Le guide de l'odorat*, Ambre, 2015, page 30

¹⁵¹ BRAND G., *L'olfaction, de la molécule au comportement*, Neurosciences cognitives, Solal, 2001, page 64

¹⁵² BIANCHIA A.-J., GUÉPET-SORDET B. H., MANCKOUNDIA P., *Modifications de l'olfaction au cours du vieillissement et de certaines pathologies neurodégénératives : mise au point*, La revue de médecine interne 36, 2015, page 2

¹⁵³ CANAC P., SAMUEL C., SOCQUET S., *Le guide de l'odorat*, Ambre, 2015, page 44

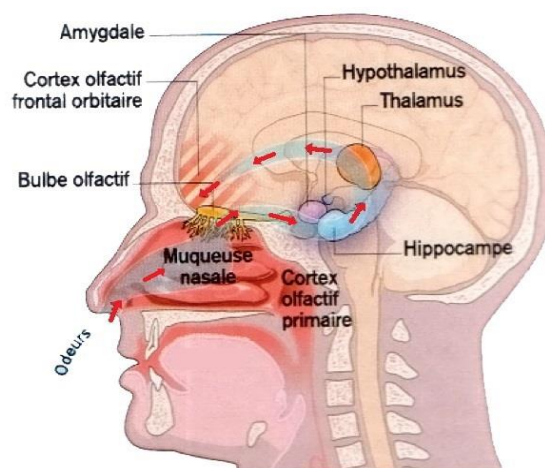


Schéma 2 : Traitement de l'information olfactive¹⁵⁴

A l'inverse, toutes les informations des autres systèmes sensoriels passent d'abord par le thalamus avant de rejoindre le cortex cérébral¹⁵⁵. Cette exception à la règle du relais thalamique pour les voies olfactives s'explique par leur développement antérieur à celui du thalamus durant la gestation¹⁵⁶.

2. Perception et traitement cognitif de l'information olfactive

La perception de l'information olfactive se fait selon le seuil de détection¹⁵⁷. Il correspond en fait à la sensibilité olfactive. Ce seuil est différent entre chaque espèce et dépend de la superficie de l'épithélium olfactif que cette espèce possède. La concentration minimale nécessaire à la détection d'une odeur varie en fonction des molécules présentes¹⁵⁸. Chez l'Homme, le seuil de détection dépend de la solubilité de ces molécules dans les lipides et de leur volatilité dans l'air¹⁵⁹. Il existe également de grandes variations interindividuelles dans la détection des odeurs en fonction du sexe (diminution des capacités olfactives durant la période de menstruations) et de l'âge qui réduit la sensibilité olfactive par la perte de cellules au niveau du bulbe olfactif¹⁶⁰. Le seuil de détection dépend également de l'intensité de l'odeur (concentration en molécule) et de l'adaptation de la personne (réduction de la sensibilité à une odeur suite à une exposition prolongée)¹⁶¹. La

¹⁵⁴ <http://cpnga.e-monsite.com/pages/ii-c-notre-cerveau-interprete.html>

¹⁵⁵ BRAND G., *L'olfaction, de la molécule au comportement*, Neurosciences cognitives, Solal, 2001, page 40

¹⁵⁶ Ibid.

¹⁵⁷ Ibid, page 57

¹⁵⁸ Ibid, page 58

¹⁵⁹ CANAC P., SAMUEL C., SOCQUET S., *Le guide de l'odorat*, Ambre, 2015, page 15

¹⁶⁰ BRAND G., *L'olfaction, de la molécule au comportement*, Neurosciences cognitives, Solal, 2001, page 59

¹⁶¹ Ibid, page 60

sensibilité olfactive peut être mesurable par un olfactomètre, outil de mesure précis de l'olfaction¹⁶². Cet appareil restant rare, le seuil de détection est souvent évalué par la présentation à un sujet de produits odorants plus ou moins dilués¹⁶³. S'en suit l'identification qui est un procédé mental où le stimulus olfactif va être classé en fonction des catégories olfactives de la mémoire sémantique¹⁶⁴.

Ces qualités sont la familiarité, c'est-à-dire l'exposition au préalable à une odeur et l'hédonicité, qui est le caractère plaisant ou déplaisant de l'odeur¹⁶⁵. S'en suit une identification de l'odeur, qui est une tâche cognitive particulièrement complexe¹⁶⁶.

3. La mémoire olfactive et la thérapie par réminiscence

Le système d'encodage de la mémoire olfactive se fait différemment des autres modalités sensorielles : il est dépendant du contexte d'exposition¹⁶⁷. Il a été démontré que l'on obtient une meilleure mémorisation des odeurs lorsqu'on les associe à un nom, à une image ou à un événement¹⁶⁸. Plus il y a d'associations et d'encrages au contexte, plus forte sera la reconnaissance. On fixe toutes les modalités sensorielles mobilisées pour un instant donné : ce que l'on voit, ce que l'entend, nos ressentis et ce que l'on sent¹⁶⁹. On y intègre la notion d'émotion qui peut être définie comme un état affectif lié à un objet interne ou externe¹⁷⁰ : c'est pourquoi un souvenir olfactif est extrêmement précis.

De manière générale, une information émotionnelle est rappelée et retenue plus facilement qu'une information neutre¹⁷¹. Par ce lien privilégié avec l'émotion, l'odeur garde un souvenir intact et d'une intensité exceptionnelle¹⁷². Plusieurs études ont démontré qu'une odeur ravivait des souvenirs plus anciens que par le biais des autres sens.

¹⁶² CANAC P., SAMUEL C., SOCQUET S., *Le guide de l'odorat*, Ambre, 2015, page 26

¹⁶³ Ibid.

¹⁶⁴ BRAND G., *L'olfaction, de la molécule au comportement*, Neurosciences cognitives, Solal, 2001, page 63

¹⁶⁵ Ibid.

¹⁶⁶ Ibid.

¹⁶⁷ BIANCHIA A.-J., GUÉPET-SORDET B. H., MANCKOUNDIA P., *Modifications de l'olfaction au cours du vieillissement et de certaines pathologies neurodégénératives : mise au point*, La revue de médecine interne 36, 2015, pages 31-37

¹⁶⁸ NAUDIN M., MONDON K., ATANASOVA B., *Maladie d'Alzheimer et olfaction*, Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil, 2013, page 290

¹⁶⁹ CANAC P., SAMUEL C., SOCQUET S., *Le guide de l'odorat*, Ambre, 2015, page 56

¹⁷⁰ EUSTACHE F., DESGRANGES B., *Les chemins de la mémoire*, Le Pommier, 2010, page 453

¹⁷¹ Ibid.

¹⁷² CANAC P., SAMUEL C., SOCQUET S., *Le guide de l'odorat*, Ambre, 2015, page 46

Marcel PROUST décrit le phénomène de réaction émotionnelle dans son ouvrage *Du côté de chez Swann* (1913), où après avoir goûté sa madeleine trempée dans du thé, il est pris d'une émotion intense : « *Un plaisir délicieux m'avait envahi [...]. D'où avait pu me venir cette puissante joie ? Je sentais qu'elle était liée au goût du thé et du gâteau, mais qu'elle le dépassait infiniment [...]. Et tout d'un coup le souvenir m'est apparu. Ce goût c'était celui du petit morceau de madeleine [...] après l'avoir trempé dans son thé [...]* »¹⁷³.

Toutes les modalités sensorielles inscrivent leurs informations dans la mémoire perceptive immédiate, puis sont stockées dans la mémoire à long terme¹⁷⁴. Cependant, la mémoire olfactive fait en grande partie appel à la mémoire autobiographique, ce qui explique sa grande résistance à l'oubli¹⁷⁵. La mémoire olfactive permet ainsi de faire resurgir des instants lointains de notre vie, parfois même oubliés. Il existe deux types de mémoire olfactive : une mémoire olfactive explicite et une mémoire olfactive implicite. La mémoire olfactive explicite est liée aux souvenirs répétés ou anciens de l'odeur et permet l'identification de l'odeur. La mémoire olfactive implicite est quant à elle basée sur les sensations mais ne permet pas une dénomination de l'odeur car il n'y a pas d'accès direct à la mémoire sémantique¹⁷⁶.

Ainsi, la mémoire olfactive converge vers le concept de réminiscence, introduit pour la première fois par Robert BUTLER¹⁷⁷ en 1963 qu'il dénomme « life review »¹⁷⁸. C'est l'évocation du passé, c'est « un mécanisme par lequel les souvenirs, inscrits dans la mémoire à long terme, remontent à la conscience »¹⁷⁹. Depuis plusieurs années, la *reminiscence therapy* (Thornton et Brotchie, 1987) est une approche non médicamenteuse de plus en plus utilisée pour les personnes atteintes de démence. En effet, son utilisation auprès de cette population se justifie par le fait que la mémoire à long terme est la plus longtemps conservée et les processus de détérioration mentale ne l'atteignent que

¹⁷³ PROUST M., *Du côté de chez Swann*, Flammarion, 1987, pages 140-145

¹⁷⁴ ENGEN T., *La mémoire des odeurs*, La Recherche n° 207, Février 1989

¹⁷⁵ BRAND G., *L'olfaction, de la molécule au comportement*, Neurosciences cognitives, Solal, 2001, page 65

¹⁷⁶ BIANCHIA A.-J., GUÉPET-SORDET H., MANCKOUNDIA P., *Modifications de l'olfaction au cours du vieillissement et de certaines pathologies neurodégénératives : mise au point*, La revue de médecine interne 36, 2015, page 2

¹⁷⁷ Docteur, gériatre et psychiatre américain, 1927-2010

¹⁷⁸ TALBOT-MAHMOUDI C., *Concept de réminiscence : évolution et applications en pratique clinique auprès de sujets âgés et dans la maladie d'Alzheimer*, Revue de neuropsychologie, Volume 7, 2015, pages 117-126

¹⁷⁹ Haute Autorité de Santé (HAS), *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, Recommandations de bonnes pratiques, Mai 2009

tardivement dans la maladie¹⁸⁰. Plusieurs objectifs sont recherchés, tels qu'améliorer l'estime de soi, favoriser les relations sociales et engendrer un bien être chez le patient¹⁸¹. La thérapie par réminiscence peut être pratiquée en groupe ou en individuel par le biais de photos, de musiques, d'objets ou d'arômes. En 1995, plusieurs études démontrent que la réminiscence est une intervention bénéfique pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer¹⁸². C'est donc un moyen d'intervention à exploiter sans modération pour l'ergothérapeute. Cette réminiscence peut se faire sous plusieurs formes, comme la tenue d'un cahier de vie ou la stimulation de la mémoire olfactive.

4. Les troubles olfactifs

a. Les troubles olfactifs généraux

Les troubles olfactifs sont nombreux et concernent toutes les populations confondues. Ils peuvent faire suite à un endommagement de l'appareil olfactif, à des troubles neurologiques, à un traumatisme crânien, à l'alcoolisme, ou même à un trouble d'ordre psychologique¹⁸³. On dénomme plusieurs niveaux de gravités et formes de troubles olfactifs. Les inflammations et obstructions des voies nasales sont les cas les plus fréquents des troubles olfactifs. C'est une perte ou une diminution temporaire bénigne des capacités olfactives. Plus importante, l'hyposmie est une perte partielle de l'odorat et fait opposition à l'hyperosmie, où l'odorat est extrêmement développé. Enfin, l'anosmie est une perte totale de l'odorat, dite de transmission si elle est due à un trouble organique passager ou dite de perception si les organes olfactifs sont détruits. D'autres troubles moins fréquents existent : l'hémianosmie qui est une perte unilatérale de l'odorat, la dysosmie qui correspond à une distorsion de l'odeur perçue, la parosmie qui est une sensation d'odeur qualitativement fausse, la cacosmie qui est une sensation désagréable ou encore la fantosmie qui est une hallucination olfactive.

¹⁸⁰ KALFAT H., *L'intervention auprès des personnes âgées présentant des troubles psycho-cognitifs* in *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, coordonné par TROUVE E., Collection ergOTHérapies, Solal, 2009, page 117

¹⁸¹ Ibid.

¹⁸² BOHREN I., DE CHASSEY S., *La Thérapie par la réminiscence et la Thérapie de Maintien de Soi*, Service Universitaire de Psychiatrie de l'Age Avancé, 2010

¹⁸³ BOUVET C., *Manipulations olfactives : enquête sur ces odeurs qui séduisent, guérissent, trahissent*, Payot & Rivages, 2013, page 23

b. Les troubles olfactifs dans la maladie d'Alzheimer

Dans la maladie d'Alzheimer, 85 à 90% des patients souffrent de troubles olfactifs¹⁸⁴. La plupart des patients en sont anosognosiques : seuls 6% d'entre eux expriment une plainte¹⁸⁵. De nombreuses études s'accordent à dire que ces troubles, détectés précocement dans la maladie, constituent des marqueurs prédictifs de la maladie d'Alzheimer et peuvent orienter le diagnostic¹⁸⁶. Pour détecter précocement ces troubles, les médecins disposent du Test Olfactif Clinique (TOC). La sensibilité olfactive ainsi que les processus d'identification et de dénomination sont également altérés¹⁸⁷.

Pourtant, la présence de ces troubles ou une suspicion ne constitue pas un motif d'arrêt de la stimulation de ce sens puisqu'on ne connaît pas l'étendue de ces troubles. Utiliser l'olfaction en ergothérapie chez les personnes ayant la maladie d'Alzheimer vise plusieurs objectifs : stimulation physique, travail de la mémoire et du langage, maintien de la participation sociale ou encore diminution des troubles du comportement. Il paraît ainsi important de continuer de le stimuler et de stimuler la mémoire olfactive qui lui est associée auprès de cette population. Ce moyen de stimulation permet de récupérer des souvenirs que la personne ne pourrait récupérer consciemment¹⁸⁸.

Pour pallier à ces troubles, l'ergothérapeute possède plusieurs moyens de stimulation de l'odorat et donc de la mémoire olfactive : salle Snoezelen, jardin thérapeutique ou encore atelier cuisine. C'est sur cette activité de la vie quotidienne que j'ai précisément décidé de m'appuyer pour mon cadre expérimental.

¹⁸⁴ DOTY R., *Odor perception in neurodegenerative diseases*, dans *Handbook of olfaction and gustation*, New York : Marcel Dekker, 2003, pages 479-502

¹⁸⁵ Ibid.

¹⁸⁶ NAUDIN M., MONDON K., ATANASOVA B., *Maladie d'Alzheimer et olfaction*, Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil, 2013, page 287

¹⁸⁷ BRAND G., *L'olfaction, de la molécule au comportement*, Neurosciences cognitives, Solal, 2001, page 69

¹⁸⁸ CANAC P., SAMUEL C., SOCQUET S., *Le guide de l'odorat, mieux sentir pour mieux vivre*, Ambre, 2015, page 8

I - MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUETE

Pour répondre à ma problématique « En quoi la stimulation de la mémoire olfactive en ergothérapie a-t-elle un impact sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ? » et pour valider ou réfuter mon hypothèse « La stimulation de la mémoire olfactive lors d'atelier cuisine diminue les troubles du comportement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer », j'ai décidé d'organiser des entretiens avec des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et utilisant la stimulation de la mémoire olfactive lors d'atelier cuisine. Le but thérapeutique concernant les troubles du comportement n'était pas un critère déterminant à la participation des professionnels. De même, il n'y avait aucun critère d'exclusion lié à la structure dans laquelle exerçaient les ergothérapeutes.

1. L'outil de recherche

Le choix d'une enquête basée sur des entretiens me semble plus judicieux qu'une enquête basée sur l'observation, notamment par le caractère dégénératif de la maladie et le temps restreint de la recherche qui ne m'auraient pas permis de tirer des résultats analysables. J'ai choisi d'utiliser des entretiens semi-directifs à base de questions ouvertes. Ce type d'entretien me semble plus adapté à l'analyse des informations recueillies par rapport à un entretien libre. Les professionnels peuvent toutefois argumenter, détailler ou aborder spontanément une notion. En amont de ces interviews, j'ai établi un guide d'entretien (ANNEXE III) afin de préparer les entrevues et de pouvoir les mener à bien. Ce guide est composé de treize questions regroupées en quatre thèmes qui abordent les notions principales de mon hypothèse. Ces thèmes sont organisés du plus général au plus particulier avec une synthèse permettant la reformulation en fin d'entretien. Quelques relances sont prévues si les réponses manquaient de complétude.

Je commence mes entretiens en demandant au professionnel de se présenter. Il me semble que ce préalable permettra de mieux comprendre leur contexte dans la prise en compte des éléments qu'ils fournissent. Mon premier thème est celui de la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer en ergothérapie, qu'elle soit individuelle ou de groupe. Le deuxième thème concerne l'atelier cuisine mis en place : sa fréquence, son cadre et ses objectifs. A la suite, les notions d'olfaction et de mémoire olfactive au sein de cet atelier sont abordées. Le but est de comprendre dans quelles mesures les ergothérapeutes utilisent cet outil et avec quels objectifs. Pour finir, le dernier thème concerne les effets de la mémoire olfactive sur les troubles du comportement. Toutes les notions précédentes sont donc réunies dans cette dernière partie de l'entretien qui me permet d'obtenir les éléments de synthèse permettant la validation ou la réfutation de mon hypothèse.

2. La recherche des professionnels

Pour mobiliser des ergothérapeutes, j'ai utilisé plusieurs méthodes de recherche. La première a été d'utiliser les réseaux de connaissances d'anciens ou d'actuels tuteurs de stage. Par ce biais, deux ergothérapeutes correspondants aux critères m'ont accordé une interview. Les réseaux sociaux ont également été un média de prise de contact, trois professionnelles ont accepté de participer à mon enquête. Enfin, une prospection téléphonique dans les EHPAD disposant d'Unité Spécialisée Alzheimer en Île de France ne m'a pas permis d'augmenter mon panel de professionnels.

Pour chaque entretien, un premier contact était établi afin d'expliquer mon sujet de recherche et le cadre éthique dans lequel il était réalisé. Cela permettait également de définir un jour et un horaire qui conviendrait au mieux à l'ergothérapeute. Ces premiers contacts ont été faits par voie téléphonique ou par courriel.

3. Le déroulement des entretiens

En définitive, cinq femmes ergothérapeutes ont accepté de répondre à mes questions. Quatre entretiens ont été réalisés par téléphone avec les ergothérapeutes exerçant hors Ile-de-France. Seul un entretien s'est fait sur le lieu de travail de l'ergothérapeute puisque la proximité le permettait.

Avant chaque début d'entretien, il était important de préciser le cadre éthique de ma recherche et de ces entrevues. Je rappelais donc que ces entretiens se tenaient dans le cadre de ma recherche de fin d'études d'ergothérapie et qu'ils seraient soumis à une note de droits réservés. J'informais également les ergothérapeutes qu'avec leur accord, notre conversation serait enregistrée pour une retranscription aussi fidèle que possible. Je rappelais que tout anonymat serait respecté, tant au niveau du professionnel interrogé que des lieux d'exercices évoqués durant l'interview. Enfin, pour permettre un discours sincère et fluide, il était important de rappeler qu'aucun jugement ne serait porté sur les réponses et sur la pratique professionnelle décrite.

Après ce préalable, je commençais l'entrevue avec mon guide d'entretien comme support, l'enregistrement n'étant démarré qu'après l'accord de l'interviewée. La durée moyenne de ces cinq entretiens a été d'environ 40 minutes pour un temps maximum prévu d'une heure.

II – RESULTATS ET ANALYSES

Pour analyser les entretiens réalisés, je parlerai de chaque thème dans l'ordre dans lequel il apparaît sur le guide d'entretien. Les résultats bruts seront illustrés à l'aide d'histogrammes ou de tableaux dans lesquels figureront les réponses des ergothérapeutes en italique et entre guillemets. Une couleur correspond à une question posée et aux cinq réponses données. Pour plus de cohérence, les résultats bruts d'un thème seront suivis de leur analyse, avant de passer aux résultats bruts du thème suivant. Chaque référence aux entretiens sera annotée d'un E1 pour le premier, d'un E2 pour le second, puis d'un E3, E4 et E5.

1. Présentation des professionnels

Le parcours professionnel des ergothérapeutes interrogées est très varié, que ce soit le temps d'exercice en ergothérapie ou l'expérience auprès des personnes ayant la maladie d'Alzheimer. Cependant, toutes ont travaillé au sein d'EHPAD accueillant des personnes atteintes de la maladie. De par cette diversité, cela me permettra d'analyser l'intervention ergothérapique en fonction du temps d'expérience de chacune.

Tableau 2: Expériences des professionnelles

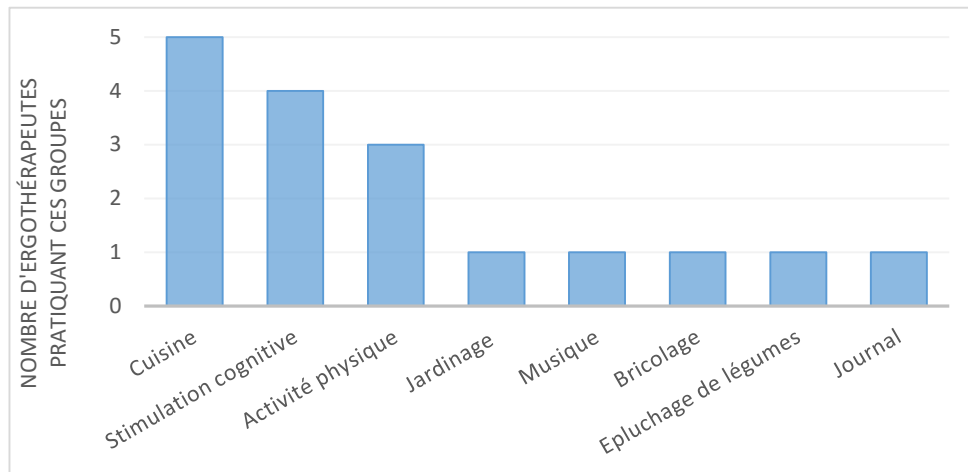
	<u>E1</u>	<u>E2</u>	<u>E3</u>	<u>E4</u>	<u>E5</u>
Temps d'exercices en ergothérapie	28 ans	6 mois	30 ans	13 ans	9 mois
Temps d'expérience auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	20 ans	6 mois	5 ans	13 ans	9 mois

2. Thème n°1 : La maladie d'Alzheimer

a. Résultats bruts

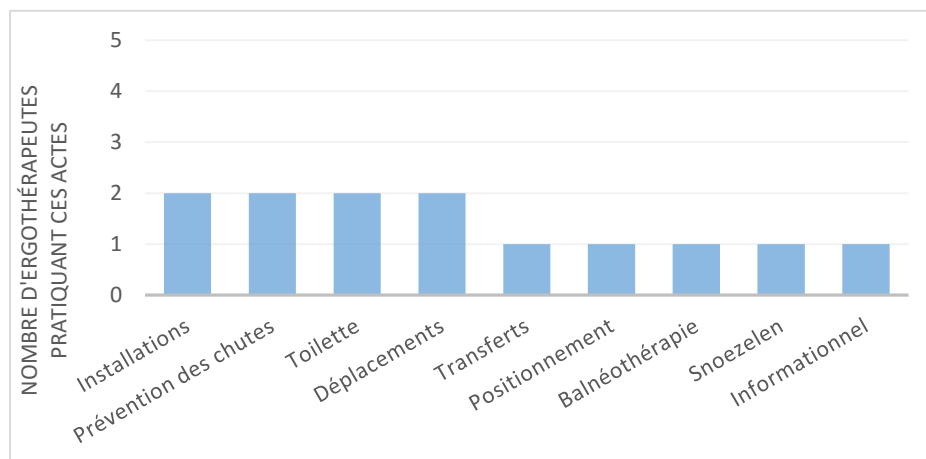
Les ergothérapeutes interrogées utilisent toutes des modalités de prise en charge en individuel ou en groupe. De nombreux modes de prise en charge apparaissent comme récurrents dans les établissements. Les graphiques ci-dessous rassemblent ces modalités de prise en soins en comptabilisant le nombre d'ergothérapeutes qui les utilisent.

Graphique 1 : Mode de prise en soins en groupe



Trois modalités de prise en soins de groupe se distinguent. En effet, sur les cinq ergothérapeutes interrogées, cinq utilisent l'atelier cuisine comme moyen de prise en charge en groupe, quatre mettent en place des ateliers de stimulation cognitive et trois d'entre elles proposent diverses activités physiques. D'autres activités de groupes sont proposées mais sont moins communes que les précédentes : le jardinage, la musique, le bricolage, l'épluchage de légumes et la lecture du journal ne sont mis en place qu'une fois.

Graphique 2 : Mode de prise en soins en individuel



Concernant les prises en soins individuelles, aucune modalité ne se distingue des autres. Les interventions ergothérapiques intègrent diverses installations, des préventions des chutes, des évaluations à la toilette et aux déplacements. Chacune de ces modalités sont citées deux fois. La prise en charge individuelle comprend également les transferts, le positionnement au lit comme au fauteuil, la balnéothérapie, la stimulation Snoezelen et de l'informationnel auprès du patient.

b. Analyse des résultats

L'unique question de ce thème tournait autour de la prise en charge globale de la personne ayant la maladie d'Alzheimer en ergothérapie. Deux modalités sont ressorties de ces entretiens : celle en groupe et celle en individuelle. En groupe, la mise en place d'atelier cuisine thérapeutique était un critère déterminant à la participation des ergothérapeutes, il est donc normal d'avoir un taux de 100% pour cette modalité de prise en soin de groupe. Les activités proposées convergent toutes vers l'optimisation des capacités résiduelles des patients en axant sur les activités de la vie quotidienne. En individuel, le champ d'action est très large et aucune tendance de prise en soin ne s'est profilée. La finalité de toutes ces modalités individuelles est avant tout de maintenir l'autonomie du patient.

Au regard des activités énoncées par les ergothérapeutes et des objectifs de chacune de ces activités proposées, les apports d'une modalité individuelle vont avoir une répercussion sur la prise en charge de groupe du patient et inversement. Par exemple, les déplacements et transferts travaillés en individuel vont permettre une meilleure autonomie lors de l'activité cuisine. Ainsi, les deux modalités peuvent être complémentaires de par des objectifs communs.

Les expériences des professionnelles et leur ancienneté dans l'établissement sont également des variables à prendre en compte dans les modalités de prise en charge des patients. En comparant l'ancienneté des ergothérapeutes et les activités mises en place, il apparaît qu'une ergothérapeute exerçant dans un établissement depuis plusieurs années met en place plus d'activités de groupe et fait plus d'interventions individuelles qu'un ergothérapeute exerçant depuis quelques mois. Les ergothérapeutes ayant pris poste récemment m'ont signifié vouloir multiplier leurs interventions auprès des patients.

3. Thème n°2 : L'atelier cuisine thérapeutique

a. Résultats bruts

Chaque professionnelle a été interrogée sur l'atelier cuisine qu'elle met ou qu'elle a mis en place auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le terme cuisine thérapeutique englobe plusieurs types d'ateliers. Ainsi sont sous-entendus les ateliers pâtisseries, les ateliers cuisines simples ou plus complexes tels qu'un repas thérapeutique.

Tableau 3 : Eléments de réponses sur le thème de l'atelier cuisine

Questions posées	Réponses des ergothérapeutes interrogées
Quelle était la fréquence de ces ateliers ?	E1 : Repas thérapeutique : 1 fois/mois E2 : Atelier cuisine : 1 fois/semaine E3 : Atelier pâtisserie : 1 fois/semaine E4 : Repas thérapeutique : 1 fois/semaine E5 : Atelier cuisine : 1 fois/mois
La fréquence offre-t-elle un repère dans le temps ?	E1 : « Ah oui ! Parce que c'était une régularité [...]. Donc c'était très stimulant pour les personnes désorientées dans le temps et l'espace. » E2 : « Non pas du tout. Au stade 1 et au stade 2 ils peuvent encore utiliser une aide technique [...], mais ils ne s'en souviennent pas. Après le stade 3 c'est trop dégradé pour qu'il y ait un repère. » E3 : « Je ne pense pas que ça soit vraiment compris que le lundi c'est atelier pâtisserie, donc ce n'est pas vraiment un repère pour eux. » E4 : « Non, vu l'avancée de la maladie on est plus dans un stade où d'eux-mêmes ils vont se souvenir qu'il y a l'atelier le vendredi. » E5 : « Ils ne se souviennent pas. »
Quels étaient les participants ?	E1 : 3 résidents avec tout type de profil, 6 invités, l'ergothérapeute et l'animatrice E2 : 3 résidents maximum aux stades 1, 2 ou 3 et l'ergothérapeute E3 : « Je m'installe et vient qui veut », tout type de profil, l'ergothérapeute et un soignant E4 : 8 personnes maximum avec tout type de profil, l'ergothérapeute et une auxiliaire de vie ou aide-soignante E5 : 5 résidents maximum aux stades modérés à avancés, l'ergothérapeute et un ASG
Y a-t-il des critères excluant à la participation ?	E1 : « Non pas de restriction. La seule chose c'est qu'il fallait que la personne soit quand même en capacité d'avoir un temps d'attention quand même minime. » E2 : « Il n'y avait que le stade 4 qui pouvait exclure la participation. » E3 : « Non, justement ce qui est intéressant dans l'atelier cuisine c'est que ça touche à tellement de choses que tout le monde peut participer. » E4 : « Des comportements moteurs qui joueraient au niveau de l'hygiène [...] peuvent éventuellement mettre à l'écart un participant. » E5 : « Justement non ! »

Questions posées	Réponses des ergothérapeutes interrogées
Quels sont vos objectifs lors de la mise en place de cet atelier ?	E1 : « Le premier objectif c'était sortir de sa chambre, avoir envie de faire quelque chose » ; « Donner envie, stimuler la vie sociale, l'estime de soi. Puis dans un deuxième temps on fait travailler la mémoire, on fait travailler la concentration, la station debout. » E2 : « La participation sociale c'est-à-dire faire autre chose que de ressasser les idées » ; « Je stimulais l'odorat et ça stimulait l'appétit. Ça c'était un gros objectif : donner l'envie de manger. » E3 : « On est vraiment dans le maintien des connaissances, dans le maintien des acquis » ; « Maintenir les gestes, stimuler les fonctions cognitives » ; « Le principal c'est de passer un bon moment [...], essayer d'encourager la participation sociale. » E4 : « Donner envie à la personne c'est l'objectif numéro 1 » ; « Travailler toutes les praxies, travailler tout le côté moteur » ; « On va veiller à ce que l'ensemble des canaux soient stimulés » ; « Sur leurs connaissances éventuelles, sur les souvenirs, sur la mémoire. » E5 : « Canaliser les troubles du comportement » ; « Favoriser les moments d'échanges » ; « On vise forcément les fonctions cognitives avec la recette, la mémoire » ; « Renforcer les capacités motrices » ; « Je dirais aussi améliorer l'estime de soi. »
Quels sont les étapes composant votre atelier cuisine ?	E1 : Choix du menu par les résidents ; Courses ; Cuisine ; Préparation de la salle à manger ; Dégustation ; Vaisselle E2 : Choix de la recette par l'ergothérapeute ; Courses ; Répartition des tâches par l'ergothérapeute ; Cuisine ; Dégustation E3 : Choix de la recette par les résidents ; Cuisine ; Dégustation E4 : Choix de la recette par les résidents ; Cueillage dans le jardin ; Cuisine ; Dégustation E5 : Courses (2 résidents et 2 encadrants) ; Cuisine ; Dégustation

b. Analyse des résultats

Les ergothérapeutes interrogées mettent en place un atelier cuisine qui peut être de la pâtisserie, la préparation d'un apéritif, d'un plat ou d'un repas complet. Les questions posées abordaient les points essentiels de l'atelier cuisine : la fréquence, les participants, les objectifs et la constitution de l'atelier.

Tout d'abord, la fréquence de l'atelier. Toutes les ergothérapeutes font cet atelier à fréquence régulière, aucune professionnelle ne le met ponctuellement en place. Même si la fréquence varie d'une ergothérapeute à une autre, la fréquence la plus répandue est d'une fois par semaine pour trois ergothérapeutes. Pourtant, même si cette fréquence est la plus rapide, les trois ergothérapeutes sont unanimes quant au fait que cette régularité ne constitue en rien un repère temporel pour les patients et ce, pour tout profil confondu.

L'ergothérapeute 5 qui met en place un atelier cuisine tous les mois est en accord avec cette réponse. En contradiction avec ces propos, l'ergothérapeute 1 qui met également en place un repas thérapeutique tous les mois pense que la régularité de l'atelier offre un repère aux patients. C'est un résultat qui peut sembler étrange si l'on considère que moins un atelier est fréquent, moins il servira de repère aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer, notamment pour les personnes aux stades plus évolués.

La différence de profil des patients accueillis lors de cet atelier pourrait expliquer le repère temporel décrit par l'ergothérapeute 1. Cependant, pour l'atelier cuisine, les cinq ergothérapeutes interrogées accueillent des patients aux profils variés, à tous les stades de la maladie et sans critère d'exclusion à leur participation. D'après l'ergothérapeute 2, les patients aux stades les plus légers ne se souviennent pas de l'atelier malgré une éventuelle aide technique. Ainsi, la différence de profil des patients ne permet pas d'expliquer pourquoi l'ergothérapeute 1 décrit un repère temporel grâce à la mise en place de l'atelier cuisine.

Les objectifs énoncés par les ergothérapeutes interrogées relèvent du cognitif, du fonctionnel, du sensoriel mais surtout du social. Pour toutes les ergothérapeutes, les bénéfices sociaux de l'atelier représentent l'objectif majeur pour cette population : sortir de sa chambre, donner envie et l'amélioration de l'estime de soi sont des expressions revenues durant les cinq entretiens.

Enfin, les étapes qui constituent l'atelier cuisine sont très variables et les réponses apportées par les ergothérapeutes sont à chaque fois différentes. Ainsi, aucune trame précise ne peut être déterminée pour l'atelier cuisine, mais une globalité peut être dessinée à partir des résultats. Par exemple, on distingue deux étapes clefs citées systématiquement dans le déroulement de l'atelier : la cuisine et la dégustation. L'ensemble de l'atelier peut varier selon plusieurs facteurs, notamment par l'expérience de l'ergothérapeute ou par les dispositifs de l'institut (jardin thérapeutique pour l'ergothérapeute 4). Les profils des patients accueillis et de leurs objectifs personnels sont également sources de modifications dans la constitution d'un atelier cuisine puisque les étapes auxquelles participeront chaque patient seront différentes.

4. Thème n°3 : La stimulation de la mémoire olfactive

a. Résultats bruts

Pour ce thème, les ergothérapeutes sont interrogées pour connaître l'utilisation de l'olfaction au sein de l'activité cuisine et leurs buts thérapeutiques liés à cette stimulation.

Tableau 4 : Éléments de réponses sur le thème de la stimulation olfactive

Questions posées	Réponses des ergothérapeutes interrogées
Quels sont vos objectifs ergothérapeutiques lors de la stimulation de la mémoire olfactive ?	E1 : « Favoriser l'expression, la communication et participer » ; « Pour moi la mémoire olfactive permet de faire travailler la parole, la mémoire de tout autre sens et la mémoire des souvenirs. » E2 : « Pour moi c'est surtout les souvenirs d'enfance. C'est une mémoire très forte même si on n'arrive plus à nommer l'odeur. C'est un rappel à la mémoire autobiographique en fait. » E3 : « Bon l'identification, c'est quand même la réalité de l'aliment. Après je le vois plutôt comme un plaisir des sens... c'est très cognitif et social c'est sûr ! » ; « Mais globalement c'est pour la mémoire et la reconnaissance des choses. » E4 : « Déjà stimuler naturellement » ; « Après on stimule l'autonomie, la mémoire [...] » ; « Je trouve qu'on peut d'avantage travailler sur de l'apprentissage que les autres canaux où on va accès sur la réminiscence du passé. Alors que sur l'olfaction on va plus travailler sur l'apprentissage, même avec parfois l'évocation du souvenir. » E5 : « Stimuler les fonctions cognitives mais plutôt centré sur la mémoire. C'est plus dans la réminiscence ! Je trouve que l'olfaction c'est vraiment un outil de réminiscence. »
Avez-vous un protocole de stimulation de la mémoire olfactive lors de l'atelier cuisine ?	E1 : « Non, on faisait en fonction des personnes qu'il y avait et en fonction de leur réceptivité. » E2 : « Non, ça venait durant la séance, selon ce que l'on cuisine, selon les résidents. » E3 : « Non, ça vient pendant la séance... » E4 : « Pas du tout ! » E5 : « Je n'ai pas vraiment de méthode, de protocole ou quoi. »
Utilisez-vous la stimulation de la mémoire olfactive dans d'autres ateliers ?	E1 : « On avait un atelier qui s'appelait Chemins de la mémoire, où on a intégré un atelier sur le gout et l'odorat » ; « L'atelier Touche à Tout pour les personnes qui avaient des troubles cognitifs très évolués [...]. Là il y avait une stimulation de l'odorat. » E2 : « Que pour l'atelier cuisine. » E3 : « Je le fais essentiellement pendant la cuisine [...]. Après j'utilise les odeurs dans l'atelier épluchage de légumes, c'est assez intéressant car la pièce est entièrement parfumée par les odeurs de légumes. » E4 : « Ça a plus de sens dans l'atelier cuisine que dans la salle Snoezelen [...]. Snoezelen, on va utiliser différentes médiations successivement ou en même temps, ce n'est pas sur l'odorat qu'ils vont s'attarder le plus. » E5 : « En ergothérapie non. »

Questions posées	Réponses des ergothérapeutes interrogées
Utiliserez-vous cette stimulation sur un autre atelier ou sur un autre mode de prise en soin ?	E1 : — E2 : « <i>J'aimerais proposer un loto des odeurs.</i> » E3 : Non, « <i>En tant qu'ergothérapeute, je préfère utiliser des activités qui sont proches de la vie quotidienne.</i> » E4 : Non E5 : « <i>Oui, dans deux !</i> »

b. Analyse des résultats

Unaniment, la stimulation de la mémoire olfactive permet un accès direct aux souvenirs. Pour quatre ergothérapeutes, l'outil de réminiscence qu'offre l'odorat est son atout le plus important. En utilisant cette stimulation et donc cette réminiscence, trois ergothérapeutes considèrent que l'on accède de façon privilégiée à la parole. Cette dimension sociale provoquée par l'olfaction semble être un moyen pour atteindre les objectifs sociaux recherchés par ces ergothérapeutes lors de la mise en place de l'atelier cuisine (cf tableau 2). De même, la stimulation de la mémoire olfactive permet de travailler les fonctions cognitives des patients comme le stipulent les ergothérapeutes 3 et 4. Elles citent notamment des processus cognitifs tels que l'identification, la reconnaissance ou encore l'apprentissage. La stimulation de la mémoire olfactive représente à nouveau un moyen aux objectifs cognitifs posés pour l'atelier cuisine (cf tableau 2).

Les ergothérapeutes ne mettent pas en place l'atelier cuisine pour stimuler spécifiquement la mémoire olfactive. La stimulation de cette mémoire est donc à intégrer dans l'atelier. Pour cela, aucune ergothérapeute ne stimule l'olfaction à un moment précis tel que la cuisson des aliments. Aussi, aucune ne s'appuie sur un protocole validé ou sur un protocole personnel pour stimuler la mémoire olfactive au sein de l'atelier. Chacune adapte leur intervention en fonction du déroulement de l'activité ou des patients présents.

Même si cette stimulation est appréciée et pertinente pour les ergothérapeutes, seules deux d'entre elles (E1 et E4) utilisent la stimulation olfactive dans un atelier différent du contexte de la cuisine. Pour l'ergothérapeute 1 qui met en place l'atelier « Chemins de la mémoire », l'utilisation de l'olfaction s'inscrit tout de même dans des activités en lien avec la réminiscence. Une continuité peut donc être faite entre les objectifs de la stimulation de la mémoire olfactive au sein de chaque atelier. L'ergothérapeute 4 stimule

l'olfaction en salle Snoezelen. Cependant, cette stimulation lui semble plus pertinente lors de l'atelier cuisine et permet au professionnel d'être plus libre quant à son utilisation.

Enfin, les ergothérapeutes 2,3, 4 et 5 se sont vues demander si elles développeraient cette stimulation au sien d'un autre atelier (E1 ne travaillant plus auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer). Les ergothérapeutes 3 et 4 ne multiplieront pas l'utilisation de cette stimulation. L'ergothérapeute 3 insiste sur le fait qu'elle n'utilise que des ateliers proches des activités de la vie quotidienne, ce qui fait opposition avec la réponse de l'ergothérapeute 2 qui envisage d'utiliser la stimulation lors d'un loto des odeurs, soit en dehors d'une activité. Les ergothérapeutes 2 et 5 sont quant à elles enthousiastes pour développer l'utilisation de la mémoire olfactive. Ces deux ergothérapeutes étant les plus jeunes et ayant mis en place moins d'activités, l'intégration de cette stimulation dans de nouvelles activités peut être plus envisageable.

5. Les troubles du comportement

a. Résultats bruts

Pour clôturer les entretiens et définir la validité ou non de mon hypothèse initiale, le dernier thème abordait les troubles du comportement. Les notions précédentes y sont donc intégrées afin d'affiner le sujet. Quatre questions sont posées concernant la prise en charge des troubles du comportement en ergothérapie, l'effet de la stimulation de la mémoire olfactive sur ces troubles et comment les ergothérapeutes évaluent cet effet.

Tableau 5 : Eléments de réponses sur le thème des troubles du comportement

Questions posées	Réponses des ergothérapeutes interrogées
Pensez-vous que les troubles du comportement sont un obstacle à la prise en charge en ergothérapie ?	E1 : « Oui, c'est le plus gros souci. [...] Quand il y en a c'est majoritairement la déambulation, l'agressivité et l'opposition. » ; « A partir du moment où ils venaient à l'atelier, ils étaient assez bien canalisés et restaient en place. » E2 : « Je dirai que c'est un aspect à part entière de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. [...] C'est vraiment l'objectif d'une prise en charge et ce même aux stades les plus légers quelques fois ! » E3 : « Non, rarement. [...] J'arrive à intégrer beaucoup de personnes ayant des troubles du comportement dans l'atelier cuisine. Et justement c'est ce cadre qui va les faire se canaliser » E4 : « Non. On va justement axer notre prise en charge d'une personne sur les troubles du comportement donc c'est un aspect de la prise en charge. » E5 : « Ce n'est pas bloquant, c'est juste à prendre en compte. [...] Ce n'est pas un frein, c'est toute une question d'adaptation de l'activité ! »

Questions posées	Réponses des ergothérapeutes interrogées
Comment évaluez-vous les effets de la stimulation de la mémoire olfactive sur les troubles du comportement des patients ?	E1 : « C'était en grande partie par l'observation. » - Grille personnelle E2 : « C'était de l'observation ! » E3 : Observation E4 : « Il n'y a pas d'outil vraiment validé qui sont utilisé, c'est simplement par l'observation. » E5 : « Je les évalue sur l'observation. » - Grille personnelle
Observez-vous un impact sur les troubles du comportement des patients à la suite d'une stimulation de la mémoire olfactive ?	E1 : « Alors en fait sur un temps court oui. [...] C'est vrai que nous sur l'instant de l'atelier, on a vu des modifications sur les troubles du comportement. Pour moi on est sur un effet immédiat, on a un sourire, une réaction. Dire que ça joue sur le long terme je ne sais pas. » ; « Alors est-ce que c'est parce que la mémoire olfactive a été stimulé, est-ce que c'est parce qu'on a fait attention à eux ... [...] Je pense que c'est une globalité. [...] C'est la totalité de la stimulation qui influe sur le comportement de la personne. » E2 : « En fait ça peut diminuer les troubles du comportement sur le moment présent. Parce qu'ils sont en activité donc ils sont mieux. » E3 : « Alors moi je trouve que c'est toute l'activité qui amène un petit moment de bien-être. Il me semble que c'est l'activité en elle-même, après quelle est la part de l'olfaction dedans, c'est difficile à dire ! Pour certaines personnes effectivement c'est peut-être ce biais-là qui leur permet de se canaliser et d'apaiser ces troubles, mais ça fait toujours partie du contexte. » E4 : « Alors à court terme surtout. Je n'ai malheureusement jamais eu de retour ou de constatation sur un apaisement à long terme. Mais sur le court c'est indéniable. » E5 : « Dans l'atelier cuisine oui. [...] Ce n'est pas parce qu'on va essayer de les faire sentir qu'ils se calment ! Mais 70% du temps, les troubles du comportement sont canalisés pendant la stimulation olfactive. »
Pensez-vous qu'il serait possible d'obtenir des résultats sur du long terme ?	E1 : « Pour réellement voir une évolution, il faudrait que l'atelier soit sur beaucoup plus de temps, plus fréquemment et avec les mêmes résidents. » E2 : « Je ne sais pas... Et puis le caractère dégénératif à un impact sur les troubles du comportement à long terme ! » E3 : « Je pense qu'il faudrait des activités plus régulières pour qu'il y ait un impact à long terme. Je crois que c'est trop ponctuel, c'est le reste de l'après-midi qui va bien se passer, après le lendemain est un autre jour ! Ce qui leur manque c'est une stimulation constante. » E4 : « On ne peut pas être sans arrêt dans la contenance. Il y a des moments où on est moins contenant pour eux puisqu'elle est présente par le biais de médiations qui apaisent et qui arrêtent temporairement les troubles du comportement. [...] Mais obligatoirement il y aura des moments où les troubles réapparaîtront. » E5 : « A un stade trop évolué c'est trop fluctuant et le bien être engendré n'influe pas tellement dans le temps. »

b. Analyse des résultats

Pour quatre ergothérapeutes, les troubles du comportement ne constituent pas un obstacle à la prise en soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. En effet, elles considèrent que c'est un axe de prise en soin, un objectif à part entière dans la prise en charge de la maladie. C'est en fonction de ces troubles que les ergothérapeutes adaptent leur intervention auprès des patients. L'ergothérapeute 1 affirme que ces troubles du comportement sont problématiques à la prise en charge, mais la présence de ces troubles ne constitue pas une raison suffisante pour ne pas intégrer ces patients au sein d'atelier. Ainsi, en accord avec les autres interviewées, il faut adapter l'atelier en fonction des troubles du comportement.

La modification des troubles du comportement suite à la stimulation de la mémoire olfactive est une question centrale à mon étude. Toutes les ergothérapeutes pensent que cette stimulation durant l'atelier apaise les patients sur un court thème et donc participe à la diminution des troubles du comportement des patients. Cependant, trois d'entre elles insistent sur le fait que cette source d'apaisement peut provenir de la stimulation de la mémoire olfactive comme du contexte encadrant de l'activité cuisine. Ainsi, elles ne peuvent affirmer que le bien-être des patients découle de la stimulation de la mémoire olfactive mais considèrent qu'elle participe à l'apaisement des patients. Pour évaluer la modification de ces troubles, aucune ergothérapeute n'utilise un support formel ou un bilan validé. Toutes privilégient l'observation. Deux d'entre elles ont mis au point une grille d'évaluation personnelle.

L'utilisation de la stimulation de la mémoire olfactive sur du long terme ne semble pas convaincre les professionnelles. Les ergothérapeutes 1 et 3 pensent qu'une stimulation de la mémoire olfactive plus régulière pourrait avoir des conséquences sur le long terme, mais ces stimulations seraient contraignantes (haute fréquence, même patients). Les ergothérapeutes 2,4 et 5 estiment au contraire que le caractère dégénératif de la maladie ne permet pas de contenir les troubles du comportement sur le long terme.

III – DISCUSSION, INTERETS ET LIMITES

1. Discussion

Les résultats vus précédemment se situent dans le cadre expérimental de ma recherche ayant pour problématique « En quoi la stimulation de la mémoire olfactive en ergothérapie a-t-elle un impact sur les personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ? » et ayant pour but de valider ou de réfuter mon hypothèse « La stimulation de la mémoire olfactive lors d’atelier cuisine diminue les troubles du comportement des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ». Au travers du cadre expérimental mené, des points validant mon hypothèse et des points tendant à l’invalider sont à mettre en exergues.

Les ateliers cuisine thérapeutiques, comme toutes les activités citées par les ergothérapeutes, s’inscrivent dans les activités de références inscrites dans le décret du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d’Etat d’ergothérapie¹⁸⁹, article 1. Ainsi, la mise en place d’atelier cuisine est une modalité de réalisation de soins et à visée de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation sociale.

Les activités cuisine décrites par les ergothérapeutes mises en place auprès de personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer diffèrent en fonction des patients accueillis et des objectifs qui leur sont associées. Aucune trame générale de l’atelier cuisine ne peut être dégagée des réponses données, cependant il n’existe aucun protocole sur la mise en place d’un atelier cuisine thérapeutique au niveau national ou dans les recommandations de pratique dans le domaine de l’ergothérapie. Chaque professionnel adapte son activité et peut intégrer de nouveaux éléments en fonction des objectifs recherchés.

Les bienfaits de la stimulation de la mémoire olfactive sur les troubles du comportement durant l’atelier cuisine semblent être indiscutables pour les

¹⁸⁹ Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de la santé et des sports, Arrêté du 5 juillet relatif au diplôme d’Etat d’ergothérapeute, Article 1
<https://www.legisfrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&dateTexte=&categorieLien=id> - Consulté le 23/05/2016

ergothérapeutes interrogées. Selon elles, la stimulation de la mémoire olfactive apaise les patients sur le court terme. Comme l'a souligné l'ergothérapeute 4, le fait de proposer quelque chose de nouveau au patient et d'attirer son attention sur une odeur qui le renvoie à quelque chose d'agréable permet déjà de canaliser les troubles du comportement. En effet, ceci fait partie des techniques de soin préconisées par l'HAS pour éviter les interventions médicamenteuses : il faut stimuler la personne en attirant son attention¹⁹⁰. Une seconde technique de soin, rapportée par l'ergothérapeute 5, consiste à ne pas insister lorsque le patient ne veut pas faire ce qui lui est demandé. Ainsi, si les troubles du comportement sont trop importants d'un atelier à un autre, le fait de demander au patient de sentir quelque chose qui d'habitude lui est agréable peut ne pas être possible au vu des troubles présents.

Contrairement aux stimulations multi-sensorielles et d'aromathérapie, la stimulation de la mémoire olfactive ne figure pas parmi les thérapies par la réminiscence dans les recommandations des interventions non-médicamenteuse de l'HAS. Pourtant, cette stimulation est déjà reconnue dans d'autres domaines d'activités, notamment dans le domaine de la neurologie. En effet, depuis 2001, Cosmetic Executive Women France (CEW) a mis en place des ateliers olfactifs dans neuf hôpitaux parisiens avec des olfactothérapeutes. Depuis fin 2015, un atelier olfactif dans un hôpital de Paris a été mis en place auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade précoce. La stimulation de la mémoire olfactive est donc un nouvel axe positif de prise en soin qui tend à se développer dans le domaine de la gériatrie.

Ainsi, la mémoire olfactive peut devenir un véritable outil pour les ergothérapeutes pratiquant la réminiscence. L'utilisation de la réminiscence par les ergothérapeutes entre dans le cadre des compétences de la profession. En effet, selon le décret du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapie, le métier d'ergothérapeute est régi sous l'article R4331-1 du code de la santé publique où lui sont attribué ses actes professionnels. La

¹⁹⁰ Haute Autorité de Santé (HAS), *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, Recommandations de bonnes pratiques, Mai 2009, page 10

réminiscence entre dans le champ de compétence de l'ergothérapeute par le point 3.H « *Le maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social* »¹⁹¹.

Cependant, durant les entretiens et dans le cadre de mon enquête, il a été mis en évidence que l'on ne pouvait dissocier les apports de la mémoire olfactive dans le bien être des patients et les apports du cadre thérapeutique que leur offre l'atelier cuisine. Dans le prolongement de ces résultats, il pourrait être intéressant de réaliser une étude complémentaire afin de pouvoir déterminer le rôle chacun. Le plus simple serait d'isoler la stimulation de la mémoire olfactive mais sans le cadre de l'activité, cela relèverait davantage du domaine de l'olfactothérapie que de l'ergothérapie. Pour conserver le cadre ergothérapique, une étude comparative de deux ateliers cuisine pourraient être envisagée. Un atelier intégrerait la stimulation de la mémoire olfactive et l'autre non (avec des produits presque inodores). Une comparaison des modifications des troubles du comportement nous permettrait de connaître le rôle de la stimulation de la mémoire olfactive et le rôle de l'atelier cuisine.

La stimulation de la mémoire olfactive est une stimulation nouvelle que les études scientifiques ont récemment mise en relation avec les apports thérapeutiques qui lui sont conférés. Les ergothérapeutes 1 et 4 ont précisé que dans un environnement donné, les patients ne s'arrêtent pas en priorité sur ce qu'ils sentent mais sur ce qu'ils voient ou entendent. Ainsi, ce serait un moyen de stimulation d'autant plus important puisque la personne ne stimule pas naturellement ce sens. Pour ce faire, les ergothérapeutes interrogées intègrent aléatoirement cette stimulation au sein de leur atelier : aucune ergothérapeute ne stimule la mémoire olfactive aux mêmes moments et d'une même manière. En effet, il n'existe à ce jour aucun protocole de stimulation de la mémoire olfactive au niveau national ou dans le domaine de l'ergothérapie. L'absence d'études et de documents officiels pourrait constituer un frein à l'utilisation de la mémoire olfactive en ergothérapie et pourrait être une cause de sa sous-utilisation.

¹⁹¹<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIA RTI00000914146&dateTexte=&categorieLien=cid> – Consulté le 24/05/2016

Les ergothérapeutes interrogées ne s'appuient sur aucun document officiel pour évaluer les modifications des troubles du comportement. Pourtant, l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) (ANNEXE I) est le bilan recommandé par l'HAS pour évaluer les troubles du comportement¹⁹². Mais dans le cas de la stimulation de la mémoire olfactive, c'est une modification qui est ponctuelle et qui n'a pas de conséquence sur le long terme d'après les ergothérapeutes. La NPI ne peut donc pas permettre d'évaluer ces modifications puisque sa portée se fait sur du long terme.

De plus, deux ergothérapeutes utilisent une grille personnelle pour annoter leurs observations. Une grille validée pourrait être généralisée en ergothérapie : la mise en place d'un outil validé pourrait permettre de mieux analyser les modifications du comportement suite à la stimulation olfactive et d'harmoniser les pratiques. Pour l'étude complémentaire proposée ci-dessus, il serait plus rigoureux d'avoir toujours les mêmes critères d'observations pour déterminer au mieux l'impact de la stimulation olfactive sur les troubles du comportement.

2. Intérêts

Si les bienfaits de la stimulation de la mémoire olfactive auprès de personnes ayant la maladie d'Alzheimer venaient à être plus connus et reconnus par la communauté scientifique, cette stimulation pourrait être étendue au sein de différents ateliers de groupe comme le jardinage ou dans des activités individuelles telles que les soins corporels. En multipliant les activités où la stimulation de la mémoire olfactive peut être intégrée, on peut penser que l'effet apaisant de la stimulation sera plus constante et qu'il durera dans le temps, comme nous l'ont précisé les ergothérapeutes 1 et 3. Si un état d'apaisement peut se prolonger dans le temps, il peut changer la prise en soin du patient sous tous ses aspects. En effet, il y aurait un intérêt thérapeutique primordial : cela permettrait de soulager le patient qui peut être éprouvé par ses troubles mais également les familles qui accompagnent le patient dès le stade léger. Enfin, diminuer les troubles du comportement permettrait une meilleure prise en soins des équipes soignantes et thérapeutiques.

¹⁹² Haute Autorité de Santé (HAS), *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, Recommandations de bonnes pratiques, Mai 2009, page 7

3. Limites de l'enquête

Cette enquête concerne un faible échantillon de professionnels. Ces résultats ne permettront pas de généraliser l'utilisation de la mémoire olfactive lors d'atelier cuisine qui restent des ateliers influencés par le professionnel en lui-même. Afin de généraliser l'intérêt et l'impact de la stimulation de la mémoire olfactive sur les troubles du comportement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, il aurait fallu un temps d'expérimentation plus important pour multiplier le nombre d'ergothérapeutes interrogés. De plus, un temps plus important m'aurait permis de compléter mes entretiens avec des observations durant plusieurs ateliers cuisines et d'en tirer des conclusions différentes des réponses données par les ergothérapeutes, mais également d'observer l'impact de la stimulation sur du long terme tout en considérant le caractère dégénératif de la maladie.

Durant mon enquête, je me suis également rendue compte qu'il était important de définir les troubles du comportement auprès des professionnelles interrogées. En effet, cela influence les réponses données puisque les critères d'observations de la modification des troubles du comportement sont différents entre chaque ergothérapeute. Pour plus de rigueur, il aurait été intéressant de préciser la notion de troubles du comportement. Ainsi, différents résultats concernant la modification du comportement après la stimulation olfactive auraient pu être apportés en fonction des troubles cités.

CONCLUSION

L'augmentation du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est une problématique de santé alarmante. Pour l'HAS, les interventions non-médicamenteuses sont à développer rapidement pour optimiser la prise en soin des patients. Suite à l'étude menée, il apparaît que la stimulation de la mémoire olfactive comme thérapie non-médicamenteuse offre une multitude d'éléments permettant d'accéder aux objectifs fixés auprès de cette population. Pour les ergothérapeutes l'utilisant, cette « Madeleine de Proust » est un moyen de réminiscence puissant dont les apports thérapeutiques sont indiscutables.

Dans le cadre de cette enquête, mon hypothèse de départ « [La stimulation de la mémoire olfactive lors d'atelier cuisine diminue les troubles du comportement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer](#) » semble être partiellement validée. En effet, durant les ateliers cuisine, la stimulation de la mémoire olfactive offrait un moment d'apaisement pour les patients. Cependant, est-ce la conséquence de cette stimulation ou du cadre thérapeutique rassurant pour les patients ? Il serait intéressant de préciser la réponse pour donner davantage de crédit à l'utilisation de la mémoire olfactive en ergothérapie auprès de cette population. Pour cela, une étude complémentaire serait à envisager afin de déterminer la part de la mémoire olfactive et la part du cadre thérapeutique dans la diminution des troubles du comportement. Apprécier la mémoire olfactive constituerait une thérapie non-médicamenteuse supplémentaire.

En choisissant ce thème pour ma recherche de fin d'études, je ne pensais pas trouver un moyen aussi intéressant dans une prise en soin. Cette recherche m'a permis de m'enrichir personnellement en en apprenant davantage sur de nouveaux concepts. Discuter avec les ergothérapeutes m'a également permis de considérer mon sujet différemment. Il a été intéressant de voir les différences de ressentis de chaque ergothérapeute vis-à-vis d'une même problématique. Professionnellement, je pense intégrer cette stimulation dans mes futures prises en charge, car elle est bénéfique pour tout profil de patients et peut être un autre moyen de prise de contact avec des patients présentant d'importants troubles.

BIBLIOGRAPHIE

- **Ouvrages**

American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Quatrième édition, Texte Révisé, Traduction française, Paris, Masson, 1996

BOUVET C., *Manipulations olfactives, enquête sur ces odeurs qui séduisent, guérissent, trahissent...*, Payot & Rivages, 2013

BRAND G., *L'olfaction : de la molécule au comportement*, Neurosciences cognitives, Solal, 2001

CANAC P., SAMUEL C., SOCQUET S., *Le guide de l'odorat, mieux sentir pour mieux vivre*, Ambre, 2015

CUMMINGS J.-L., *The NeuroPsychiatric Inventory : Comprehensive assessment of psychopathology in dementia*, 1994. Traduction française PH Robert. Centre Mémoire de Ressources et de Recherche, 1996

CROISILE B., *Alzheimer : Que savoir ? Que craindre ? Qu'espérer ?*, Odile Jacob, 2014

DOTY R., *Odor perception in neurodegenerative diseases in Handbook of olfaction and gustation*, 2003, pages 479-502

EUSTACHE F., DESGRANGES B., *Les chemins de la mémoire*, Le Pommier, 2010

GRAFF M. et al., *L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants : le programme COTID*, ANFE, De Boeck, Solal, 2013

IZARD M.-H., NESPOULOUS R., *Expérience en ergothérapie*, Treizième Série, Sauramps Médical, 2000

IZARD M.-H., NESPOULOUS R., *Expérience en ergothérapie*, Vingt-sixième Série, Sauramps Médical, 2013

LECHEVALIER B., EUSTACHE F., VIADER F., *Traité de neuropsychologie clinique : Neurosciences cognitives et cliniques de l'adulte*, Neurosciences et cognition, INSERM, De Boeck, 2008

MARIEB E.N., *Biologie humaine, Principe d'anatomie et de physiologie*, 8ème édition, Pearson Education, pages 325-326-331

MENCHE N., *Anatomie Physiologie Biologie*, 4ème édition, Maloine, 2009, page 188

MOREL-BRACQ M.-C., *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, collection Ergothérapie, Marseille, Solal, 2009

MOREL-BRACQ M.-C. et al., *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?*, Actualités en ergothérapie, ANFE, De Boeck, Solal, 2015

PROUST M., *Du côté de chez Swann*, Flammarion, 1987

TROUVÉ É., *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, Collection ergOTHérapie, ANFE, Solal, 2009

- **Articles**

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), *Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*, Service évaluation technologique, Mai 2003

Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et service Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Février 2009

Alzheimer's Disease International, *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia*, 2015

AMIEVA H. et al., *Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux*, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), 2007

BIANCHIA A.-J., GUÉPET-SORDET H., MANCKOUNDIA P., *Modifications de l'olfaction au cours du vieillissement et de certaines pathologies neurodégénératives : mise au point*, La revue de médecine interne 36, 2015

BOHREN I., DE CHASSEY S., *La Thérapie par la réminiscence et la Thérapie de Maintien de Soi*, Service Universitaire de Psychiatrie de l'Age Avancé, 2010

BRAAK H., DEL TREDICI K., *The pathological process underlying Alzheimer's disease in individuals under thirty*, Acta Neuropathol., 2001, pages 171-181

BRION J.-P., PASSAREIRO H., *Mise en évidence immunologique de la protéine tau au niveau de lésions de dégénérescence neurofibrillaire de la maladie d'Alzheimer*, Arch.biol., 1985, pages 229-235

ENGEN T., *La mémoire des odeurs*, La Recherche n° 207, Février 1989

Haute Autorité de Santé (HAS), *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, Recommandations de bonnes pratiques, Mai 2009

Haute Autorité de Santé (HAS), *Les médicaments de la maladie d'Alzheimer à visée symptomatique en pratique quotidienne*, Bon usage des médicaments, Janvier 2009

Haute Autorité de Santé (HAS), *Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée*, Janvier 2010

Haute Autorité de Santé (HAS), *Maladie d'Alzheimer et maladie apparentées : diagnostic et prise en charge*, Décembre 2011

HOHENBERG O., *La vie d'un groupe cuisine* in *Journal d'ergothérapie* n°4, 1983

Institut National de Prévention et de l'Éducation pour la Santé (INPES), *Le regard porté sur la maladie d'Alzheimer, résultats de trois études pour mieux connaître la maladie*, Dossier de presse, Mai 2009

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes, *Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019*, Stratégie Nationale de Santé, 2014

MUELLER J., *Au cœur des odeurs*, Revue française de psychanalyse, 2006, pages 791-813

NAUDIN M., MONDON K., ATANASOVA B., *Maladie d'Alzheimer et olfaction*, Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil, 2013, pages 287-293

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF)*, 2001

PANCRAZI M.-P., METAIS P., *Maladie d'Alzheimer, traitement des troubles psychologiques et comportementaux*, Masson, 2005

PERNOLLETV J.-C., SANZ G., BRIAND L., *Les récepteurs des molécules odorantes et le codage olfactif*, C. R. Biologies 329, 2006, pages 679–690

PETERSEN R.C. et al., *Current concepts in mild cognitive impairment*, Arch. Neurol., 2001, pages 1985-1992

Sénat, *Déclaration de la maladie d'Alzheimer "Grande Cause Nationale pour 2007"*, 12^{ième} législature, Publiée dans le JO Sénat du 14/09/2006 - page 2395

TALBOT-MAHMOUDI C., *Concept de réminiscence : évolution et applications en pratique clinique auprès de sujets âgés et dans la maladie d'Alzheimer*, Revue de neuropsychologie, Volume 7, 2015, pages 117-126

WENISCH E. et al., *Méthode de prise en charge globale non médicamenteuse des patients déments institutionnalisés*, Masson, 2005

- **Sites internet**

Dictionnaire de français – Dernière consultation le 20/03/2016
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/occupation/55508>

Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, version 2016 – Dernière visite le 27/03/2016
<http://www.dictionnaire.academie-medecine.fr/>

Site de l'Association Nationale Française d'Ergothérapie – Dernière visite le 13/03/2016
<http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>

Site du Cosmetic Executive Women France (CEW) – Dernière visite le 25/03/2016

<http://cew.asso.fr/page/liste-ateliers-olfactifs>

<http://cew.asso.fr/page/ateliers-olfactifs>

Site Légifrance, Décret du 10 juillet 2005, Compétences en ergothérapie – Dernière visite le 25/05/2016

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=D7972A9678191EA5AE90>

[DEE40369D609.tpdila20v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI00000](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=D7972A9678191EA5AE90DEE40369D609.tpdila20v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI00000)

[6914146&dateTexte=&categorieLien=cid](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=D7972A9678191EA5AE90DEE40369D609.tpdila20v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006914146&dateTexte=&categorieLien=cid)

Site de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) – Dernière visite le 02/01/2016

<http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie->

[psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer](http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer)

Site de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) – Dernière visite le 20/03/2016

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089

Site de la France – Dernière visite le 30/03/2016

<http://france.fr/fr/gastronomie>

Site France Alzheimer – Dernière visite le 03/05/2016

<http://www.francealzheimer.org/comprendre-maladie/chiffres/69>

<http://www.francealzheimer.org/les-sympt%C3%B4mes/les-sympt%C3%B4mes-cognitifs/180>

<http://www.francealzheimer.org/sympt%C3%B4mes-et-diagnostic/les-premiers-signes-d-alerte/179>

<http://www.francealzheimer.org/comprendre-la-maladie/les-traitements/194>

<http://www.francealzheimer.org/besoins-nutritionnels-et-l-alimentation-au-cours-maladie/804>

Site du gouvernement – Dernière visite le 13/03/2016

<http://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019>

<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no6.html>

<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no4.html>

<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no16.html>

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031075208&categorieLien=id>

Site de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) – Dernière visite le 03/05/2016

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>

Site de l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec (OEQ) – Dernière visite le 28/03/2016

<https://www.oeq.org/profession/profession.fr.html>

Site de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNAS) – Dernière visite le 19/02/2016

<http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/plans-de-sante-publique/plan-maladies-neurodegeneratives-2014-2019>

- **Conférences**

Village Alzheimer, Paris 10^{ème}/19^{ème}, lundi 21 septembre 2015

- Conférence 1 : « *Poser le diagnostic : concrètement cela se passe comment ?* », Docteur Claire PAQUET (Neurologue - CMRR Paris Nord) et Magali PRÉVOST (Neuropsychologue – CMRR Paris Nord).
- Conférence 2 : « *Former les professionnels : un indispensable* », Clara MARTIN-PRÉVEL (Responsable de la formation France Alzheimer et maladies apparentées) et Déborah LOWINSKI-LÉTINOIS (psychomotricienne et formatrice France Alzheimer et maladies apparentées).
- Atelier Danse : Christine ZWINGMANN & Atelier Musicothérapie : Pilar GARCIA

- **Autres**

- Diaporama de l'Atelier Cuisine Thérapeutique de l'Association de la Promotion des Hôpitaux de Jour pour les Personnes Agées (APHIPA) disponible sur http://www.aphipa.org/IMG/pdf/atelier_cuisine_therapeutique.pdf - Consulté le 03/04/2016

Agnosie : « Incapacité de reconnaître ou d'identifier des objets dans une modalité sensorielle donnée, alors que la perception élémentaire au sein de celle-ci est préservée, que la reconnaissance selon les autres modalités est normale et qu'il n'est relevé ni un défaut de familiarité de l'item, ni une perturbation de l'attention ou de la vigilance, ni un affaiblissement intellectuel important, ni un trouble de dénomination secondaire à une aphasie. »

Amygdale : « Noyau situé dans la région antéro-interne du lobe temporal en avant de la formation hippocampique. L'amygdale fait partie du système limbique. Elle est un relais dans l'évaluation de la valence émotionnelle des stimuli sensoriels et dans les réponses comportementales et végétatives déclenchées par les situations de peur. Elle représente un système d'alerte. »

Anosognosie : « Méconnaissance par le malade de l'affection dont il est atteint. »

Aphasie : « Trouble acquis du langage secondaire à une lésion cérébrale habituellement de l'hémisphère gauche. »

Apraxie : « Trouble acquis de la réalisation intentionnelle des gestes finalisés, non explicable par une atteinte sensorimotrice élémentaire, une anomalie de la coordination, une altération de l'attention ou de la vigilance, un affaiblissement intellectuel important, ni par une perturbation de la compréhension secondaire à une aphasie. »

Asymptomatique : « Qui ne présente pas de symptômes cliniques apparents. »

Coordination bimanuelle : « Capacité d'utiliser les deux mains simultanément pour atteindre un objectif commun. »

Coordination oculo-manuelle : « Capacité d'ajuster ses mouvements en fonction d'une cible visuelle. »

Cortex associatif : « Aire du cortex recevant des afférents d'une ou plusieurs aires sensitives primaires. »

¹⁹³ Définitions selon <http://dictionnaire.academie-medecine.fr> ou <http://www.larousse.fr>

Dénutrition : « Etat dans lequel se trouve un organisme qui a subi pendant un certain temps une insuffisance d'apport des matériaux nutritifs nécessaires à sa vie et à son développement normal. »

Fonctions exécutives : « Fonctions psychiques élaborées, reposant essentiellement sur l'activité du cortex préfrontal, intervenant dans les situations nouvelles ou non routinières et permettant l'élaboration de solutions grâce à leur capacité de sélection des informations pertinentes, de coordination et d'organisation des autres fonctions cérébrales. »

Hippocampe : « Saillie blanchâtre, en forme de croissant, du plancher de la corne temporale du ventricule latéral, appartenant au système limbique. »

Mémoire de travail : « Système de mémoire responsable du traitement et du maintien temporaire des informations nécessaires à la réalisation d'activités aussi diverses que la compréhension de textes, l'apprentissage et le raisonnement. »

Mémoire prospective : « Système de mémoire permettant à un individu de se souvenir d'initier et d'exécuter une action au moment approprié une action qu'elle a prévu d'accomplir dans le futur. »

Mémoire sémantique : « Système de mémoire correspondant à celle des mots, des concepts, des connaissances sur le monde indépendamment de leur contexte d'acquisition. »

Méta-mémoire : « Système de mémoire concernant les connaissances que possède une personne sur la mémoire en général et sur sa mémoire en particulier et les processus de surveillance (monitoring) et de contrôle de la mémoire pendant la réalisation d'une tâche mnésique. »

ANNEXES

Annexe I – Inventaire Neuropsychiatrique (NPI)	P. 1
Annexe II – Mini-Mental-State-Examination (MMSE)	P. 7
Annexe III – Guide d’entretien	P. 9
Annexe IV – Retranscription de l’entretien n°3	P. 11
Annexe V – Retranscription de l’entretien n°4	P. 15

ANNEXE I

NPI – R

Inventaire NeuroPsychiatrique - Réduit

Nom du patient :

Age :

Date de l'évaluation :

Le but de l'Inventaire NeuroPsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence, la gravité et le retentissement des troubles du comportement.

Le NPI permet d'évaluer 12 types de comportement différents.

PRESENCE :

La présence de chaque trouble du comportement est évaluée par une question.

Les questions se rapportent aux changements de comportement du patient qui sont apparus depuis le début de la maladie ou depuis la dernière évaluation.

Si le sujet (votre femme, votre mari, ou la personne que vous aidez) ne présente pas ce trouble, entourez la réponse **NON** et passez à la question suivante.

GRAVITE :

Si le sujet présente ce trouble entourez la réponse **OUI** et évaluez la GRAVITE du trouble du comportement avec l'échelle suivante :

- 1. Léger : changement peu perturbant
- 2. Moyen : changement plus perturbant
- 3. Important : changement très perturbant

RETENTISSEMENT :

Pour chaque trouble du comportement qui est présent, il vous est aussi demandé d'évaluer le RETENTISSEMENT, c'est-à-dire à quel point ce comportement est éprouvant pour vous, selon l'échelle suivante.

- 0. Pas du tout
- 1. Minimum
- 2. Légèrement
- 3. Modérément
- 4. Sévèrement
- 5. Très sévèrement, extrêmement

NPI - R

Inventaire NeuroPsychiatrique - Réduit

RECAPITULATIF

Nom du patient :

Age:

Date de l'évaluation :

Type de relation avec le patient :

X très proche/ prodigue des soins quotidiens

X proche/ s'occupe souvent du patient

X pas très proche/ donne seulement le traitement ou a peu d'interactions avec le patient

Items	NA	Absent	Gravité	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Comportement moteur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Score total			/ 36	/ 60

NA = question inadaptée (non applicable)

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, J.L. Cummings, 1994
NPI-R : Questionnaire Version Réduite / Traduction Française P.H.Robert- 2000.

IDEES DÉLIRANTES

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Est-il/elle vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger	2 – Moyen	3 – Important
Changement peu important	Changement plus important	Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

HALLUCINATIONS

«Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ?

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger	2 – Moyen	3 – Important
Changement peu important	Changement plus important	Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

AGITATION / AGRESSIVITÉ

« Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger	2 – Moyen	3 – Important
Changement peu important	Changement plus important	Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

DEPRESSION / DYSPHORIE

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ?

Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante

OUI Évaluez la gravité

NA = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger

Changement peu important

2 – Moyen

Changement plus important

3 – Important

Changement très important

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0

Modérément

3

Minimum 1

Sévèrement

4

Légèrement 2

Très sévèrement, extrêmement

5

ANXIETE

« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? A-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante

OUI Évaluez la gravité

NA = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger

Changement peu important

2 – Moyen

Changement plus important

3 – Important

Changement très important

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0

Modérément

3

Minimum 1

Sévèrement

4

Légèrement 2

Très sévèrement, extrêmement

5

EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ?

(Il ne s'agit pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille). Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante

OUI Évaluez la gravité

NA = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger

Changement peu important

2 – Moyen

Changement plus important

3 – Important

Changement très important

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0

Modérément

3

Minimum 1

Sévèrement

4

Légèrement 2

Très sévèrement, extrêmement

5

APATHIE / INDIFFERENCE

« Le patient/la patiente semble-il/elle montrer moins d'intérêt pour ses activités ou pour son entourage ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger	2 – Moyen	3 – Important
Changement peu important	Changement plus important	Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

DESINHIBITION

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ?
Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger	2 – Moyen	3 – Important
Changement peu important	Changement plus important	Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ?
Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger	2 – Moyen	3 – Important
Changement peu important	Changement plus important	Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme par exemple ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger	2 – Moyen	3 – Important
Changement peu important	Changement plus important	Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

SOMMEIL

« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil ?

(Ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)

Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger	2 – Moyen	3 – Important
Changement peu important	Changement plus important	Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

APPETIT / TROUBLES DE L'APPETIT

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires ?

(Coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir)

Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger	2 – Moyen	3 – Important
Changement peu important	Changement plus important	Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

ANNEXE II

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

☐
☐
☐
☐
☐

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

☐
☐
☐
☐
☐

Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | |
|------------|--------|----------|
| 11. Cigare | Citron | Fauteuil |
| 12. Fleur | Clé | Tulipe |
| 13. Porte | Ballon | Canard |

☐
☐
☐

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- | | | |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | ☐ |
| 15. | 86 | ☐ |
| 16. | 79 | ☐ |
| 17. | 72 | ☐ |
| 18. | 65 | ☐ |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | |
|------------|--------|----------|
| 11. Cigare | Citron | Fauteuil |
| 12. Fleur | Clé | Tulipe |
| 13. Porte | Ballon | Canard |

☐
☐
☐

Langage

/ 8

- | | |
|-----------------------|--------------------------------------|
| Montrer un crayon. | 22. Quel est le nom de cet objet ?* |
| Montrer votre montre. | 23. Quel est le nom de cet objet ?** |
24. Écoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

☐
☐
☐

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »****

☐
☐
☐

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
28. « Faites ce qui est écrit ».

☐
☐

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

☐

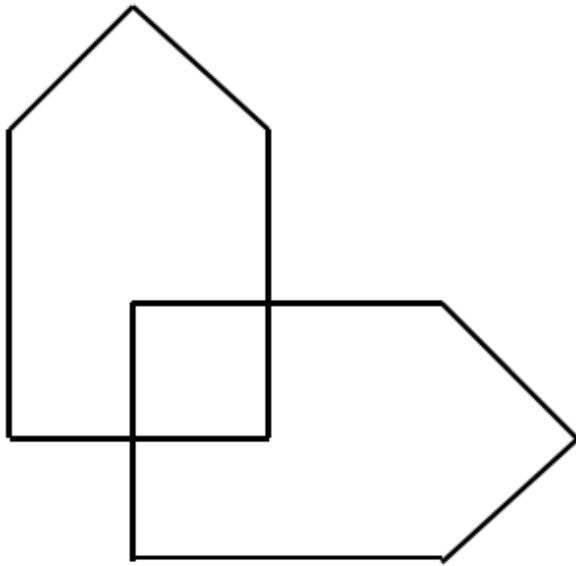
Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

☐

« FERMEZ LES YEUX »



ANNEXE III : Guide d'entretien

Guide d'entretien de recherche pour les ergothérapeutes travaillant avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et utilisant la stimulation de la mémoire olfactive lors d'atelier cuisine.

Protocole du guide d'entretien :

Je suis actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'institut de formation de Créteil – UPEC. Dans le cadre de ma recherche de fin d'études portant sur la stimulation de la mémoire olfactive avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, je souhaite vous interviewer sur vos travaux. Le but de cet entretien sera d'approfondir mes recherches théoriques et d'utiliser votre expérience pour la validation ou la réfutation de mon hypothèse : « La stimulation de la mémoire olfactive lors d'atelier cuisine diminue les troubles du comportement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ».

Cette entrevue sera enregistrée avec votre accord pour que sa retranscription soit la plus fidèle possible. Cependant, l'anonymat des noms et lieux restera conservé. Vos réponses devront être les plus sincères possibles et ne seront soumises à aucun jugement. L'entretien durera 1 heure tout au plus.

Préambule : Présentation de la personne interviewée

Q1 : Pouvez-vous vous présenter, me parler de votre parcours professionnel ?

- A) Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ?
- B) Quels ont été vos lieux d'exercice ? Et actuellement ?
- C) Depuis quand travaillez-vous auprès de personnes ayant la maladie d'Alzheimer ?

Thème 1 : La maladie d'Alzheimer

Q2 : Quelle est votre prise en charge ergothérapique auprès de cette population ?

- A) Quels sont les ateliers que vous mettez en place et pour quels objectifs ?
- B) Intervenez-vous dans les activités de la vie quotidienne du patient (repas, soins, toilette) ?

Thème 2 : L'atelier cuisine thérapeutique

Q3 : Pour quel profil de patient l'utilisez-vous ?

- A) Les patients participants sont à quel stade de la maladie ?
- B) Avez-vous des critères excluant à la participation de cet atelier ?

Q4 : Quels sont vos objectifs lors de la mise en place d'ateliers cuisine ?

Q5 : A quelle fréquence mettez-vous en place des ateliers cuisine auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

- A) Si cette fréquence est régulière, cela apporte-t-il un repère au patient ?

Q6 : Pouvez-vous me décrire une séance type de l'atelier cuisine ?

- A) Quels sont les participants ? (patients, professionnels, famille)
- B) Quel est le cadre ? (cuisine spécifique, horaire)
- C) Quelles sont les différentes étapes ? (choix de la recette, course, préparation, dégustation, restitution)

Thème 3 : La stimulation mémoire olfactive

Q7 : Utilisez-vous la mémoire olfactive seulement en atelier cuisine ou durant d'autres ateliers (atelier sensoriel, jardin thérapeutique) ?

Q8 : Quels sont vos objectifs ergothérapeutiques lors de la stimulation olfactive ?

Q9 : Durant votre atelier cuisine, avez-vous un protocole de stimulation de la mémoire olfactive ? Pouvez-vous me le décrire ?

Q10 : Développeriez-vous cette stimulation pour d'autres ateliers ?

Thème 4 : Les troubles du comportement

Q11 : Les troubles du comportement sont-ils selon vous un obstacle majeur à la prise en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Q12 : Comment évaluez-vous les effets de la stimulation olfactive (observation, bilan) ?

Q13 : Observez-vous un impact sur les troubles du comportement à la suite d'une stimulation olfactive lors d'atelier cuisine ?

ANNEXE IV : Retranscription de l'entretien n°3

Claire : Pour commencer, pouvez-vous me parler de votre expérience professionnelle et de votre parcours ?

Ergothérapeute : Oui, alors ça fait maintenant 30 ans que je suis ergothérapeute. Au début j'ai fait quelques remplacements. J'ai travaillé dans un centre de réadaptation pour jeunes et adolescents pendant 4 ans, puis j'ai travaillé 3 ans en rééducation fonctionnelle dans ma région. Après j'ai travaillé pendant 15 années dans un foyer d'accueil médicalisé qui ouvrait où il y avait des handicaps moteurs lourds comme des myopathies, des tétraplégies, enfin des choses comme ça, donc c'était beaucoup de réadaptation. Là ça fait 5 ans que je suis dans cet EHPAD, c'était une opportunité et je devais changer au bout de 15 ans ! C'était une création de maison de retraite, une ouverture. Ici il y a 84 lits dont deux unités de 14 places pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

C. : Vous accueillez des personnes atteintes pour tous les stades de la maladie ?

E. : Oui oui complètement. Et puis les gens qui ne sont pas dans l'unité peuvent avoir quelques troubles orientant vers la maladie d'Alzheimer mais leurs troubles sont débutants et ne nécessitent pas d'être pris en charge dans l'unité.

C. : Pour cibler sur la maladie d'Alzheimer, quelle est votre intervention ergothérapique auprès de cette population ?

E. : J'essaie de travailler bien évidemment l'autonomie, les toilettes pas énormément parce que c'est un petit peu compliqué au niveau de l'organisation. Pour les activités de la vie journalière avec les personnes Alzheimer, je vais plutôt travailler les déplacements et les transferts quand il commence à y avoir des problèmes. Egalement tout ce qui est prévention des chutes avec des petits parcours d'obstacles ou des choses comme ça. Et puis après ma prise en charge c'est beaucoup par l'intermédiaire d'ateliers. Moi ce qui me paraît important ce sont les ateliers liés à la vie quotidienne, donc essentiellement cuisine, enfin pâtisserie plutôt, et un atelier épluchage de légumes qui fonctionne bien. L'été aux beaux jours on fait jardinage aussi, ça fait émerger plusieurs choses, c'est intéressant comme activité. Donc voilà !

C. : Alors je m'intéresse plus particulièrement à l'atelier cuisine donc pâtisserie pour vous, quel type de patient y participe ?

E. : Ah bien tous !

C. : Il n'y a des critères excluant à la participation ?

E. : Non non, justement ce qui est intéressant dans l'atelier cuisine c'est que finalement ça touche à tellement de choses que tout le monde peut participer. Je le fais dans un des CANTOU, là-bas je m'installe et vient qui veut ! J'ai des patients qui gardent des capacités et qui peuvent avoir une participation active. Et puis à côté de ça viennent se rajouter des gens qui passent simplement, parce que c'est vrai que les personnes qui déambulent vont venir faire un tour, vont rester un petit peu puis vont retourner à autre chose. Ou alors des gens qui sont peut-être plus passifs, qui sont plus dans l'apathie, qui vont venir et qui vont s'installer même s'ils ne font pas, ils sont présents. La cuisine ça fait émerger pleins de choses, des souvenirs notamment par les odeurs, les goûts... La

participation est peut-être plus passive mais toujours bénéfique pour ces gens qui ne sont pas toujours dans l'action.

C. : Ça peut faire beaucoup de participants, vous encadrez ces ateliers seule ?

E. : Souvent il y a des aides-soignantes ou des ASH qui sont présentes dans l'unité qui viennent me rejoindre. C'est quand même beaucoup mieux parce que des fois c'est compliqué de gérer à la fois le déroulement de l'activité et les comportements des résidents, c'est vrai qu'on n'est pas trop de deux quand même...

C. : Vous parliez des souvenirs et donc de la mémoire, quels étaient vos autres objectifs pour cet atelier ?

E. : Alors oui il y avait la mémoire. Après on est vraiment dans le maintien des connaissances, dans le maintien des acquis. Les résidents présents sont souvent des femmes, donc des mères de famille qui ont cuisiné toute leur vie. C'est souvent des activités qui sont vraiment restées. C'est marrant de les voir travailler, de voir le vécu derrière... Donc oui maintien des acquis de la mémoire, des connaissances, des activités. Maintenir les gestes, stimuler les fonctions cognitives... Alors là c'est lire la recette, du calcul mental quand on double les proportions de la recette originale. Après dans les objectifs, peut-être que le principal c'est de passer un bon moment, c'est important qu'il y ait aussi cette notion de plaisir et de moment agréable... tout ce qui tourne autour du bien être ! La convivialité aussi c'est important, essayer de créer un lien entre les résidents pour encourager la participation sociale !

C. : La fréquence de cet atelier constitue un repère temporel ?

E. : L'atelier est 1 fois par semaine, mais je ne pense pas que ça soit vraiment compris que le lundi c'est atelier pâtisserie, donc ce n'est pas vraiment un repère pour eux. Par contre je pense qu'il y a quand même une mémoire, les gens savent qu'assez régulièrement on fait pâtisserie. Je pense aussi que je suis associée aux activités, les gens me connaissent et me repèrent même s'ils ne connaissent pas mon prénom mais bon...

C. : Et concrètement, comment se déroulent vos ateliers ?

E. : Alors le choix de la recette bien souvent c'est d'une semaine sur l'autre. La fois précédente on parle des recettes qu'ils connaissent, des gâteaux qu'ils aiment faire et la fois suivante j'essaie de respecter leurs désirs. Les courses on les fait très très rarement parce que je me fournis auprès de la cuisine de la maison de retraite où je dépose ma petite liste... d'ailleurs je ne leur fais pas faire la liste alors que c'est quelque chose que je pourrais leur demander... Et il y a une autre variante de l'activité que je fais, une fois par mois, on prépare un apéro pour le soir c'est-à-dire on prépare des quiches, des petits fours, des cakes salés et le soir les résidents mangent ça avec un petit verre. Ça je le fais avec une aide-soignante mais c'est le même fonctionnement au niveau du choix et des courses. Mais c'est dommage comme c'est au repas du soir je ne suis jamais là, donc ça perd peut-être un petit peu de sens pour moi et pour les résidents aussi, mais l'aide-soignante fait le lien. Sinon pour la dégustation de l'atelier pâtisserie, il y a plusieurs cas possibles. J'aime bien utiliser des petits moules individuels, ça cuit plus vite et ils peuvent le manger plus rapidement, ça permet de faire une continuité et une logique dans l'atelier... Je prépare, on fait, on cuit... Je les implique beaucoup dans la cuisson : « Alors qu'est-ce que vous en pensez, c'est assez cuit ? ». Alors à la cuisson, il y a toutes les odeurs qui embaument la pièce et l'extérieur et à ce moment-là on a toujours les mêmes remarques : « Olala qu'est-ce que ça sent bon chez vous ! »... Bon sinon l'autre

possibilité c'est que le gâteau fait est servi au repas du soir mais entre le moment où on le fait et le moment où on le mange ils oublient et ça perd aussi un peu de sa signification aussi.

C. : Vous faites le lien avec l'odeur, c'est le seul moment où vous stimuler la mémoire olfactive ?

E. : Je le fais essentiellement pendant la cuisine. Les odeurs je prends ça comme faisant partie d'un tout. On va autant parler des odeurs que d'autres souvenirs. Mais dans l'atelier cuisine j'insiste sur l'odeur, même en préparant des gâteaux un peu basiques j'intègre des odeurs avec des bols de miel, de chocolat, de vanille, de noix de coco... des parfums un petit peu de base comme ça. Ça m'arrive de partir sans idée puis quand on arrive à la fin on sort les petits bols, on les sent et on essaie de reconnaître les ingrédients, on les goûte si c'est possible aussi. Alors là on parle pour savoir ce qu'on ajoute, chacun dit s'il aime ou pas et on se décide sur l'ingrédient à mettre dans le gâteau. Mais oui j'insiste beaucoup sur les odeurs, y compris les gens qui sont présents mais pas forcément acteur, c'est une façon aussi de les impliquer. Après j'utilise les odeurs dans l'atelier épluchage de légumes, c'est assez intéressant car la pièce est entièrement parfumée par les odeurs de légumes. Ils retrouvent des souvenirs aussi bien par le geste que par l'odeur. En tant qu'ergothérapeute, je préfère utiliser des activités qui sont proches de la vie quotidienne. Mes collègues d'animations utilisent des jeux comme le loto des odeurs, mais je ne le fais pas. Ceci dit je pense que c'est une excellente activité.

C. : Donc pour vous la particularité de l'odeur c'est ce pouvoir de réminiscence ?

E. : Oui et puis aussi peut-être un certain plaisir à sentir les odeurs et à stimuler les sens. Mais globalement c'est pour la mémoire et la reconnaissance des choses. Bien sûr il y a la vue et le goût qui participent... Je vois ça comme une stimulation de tous les sens et après évocation de la mémoire.

C. : Plusieurs études montrent que dans la maladie d'Alzheimer les personnes pouvaient avoir des troubles de l'odorat et ne s'en plaignaient pas forcément...

E. : Oui ! Je remarque que pour certains l'olfaction est atténuée oui ! Donc heureusement qu'il y a aussi le goût et la vue qui participent à la reconnaissance des aliments. Des fois les sens peuvent être altérés, de même que des fois les reconnaissances des objets sont altérées, il y a l'agnosie... Donc en mettant en jeu plusieurs canaux et plusieurs circuits c'est plus facile pour l'identification.

C. : Quelles sont vos objectifs liés à la stimulation de la mémoire olfactive ?

E. : Bon bah l'identification, c'est quand même la réalité de l'aliment. Après je le vois plutôt comme un plaisir des sens... Après c'est très cognitif et social c'est sûr !

C. : Vous avez un protocole pour la stimulation olfactive ?

E. : Non, ça vient pendant la séance...

C. : D'accord. Comme vous le savez je m'intéresse plus particulièrement aux troubles du comportement. Est-ce que vous pensez qu'ils sont un obstacle à la prise en charge ?

E. : Non, rarement. Les troubles du comportement, notamment déambulant, c'est significatif de quelque chose. C'est sûr que s'ils arrivent à se poser, je me dis que c'est bien, on a réussi quelque chose. J'arrive à intégrer beaucoup de personnes ayant des troubles du comportement dans l'atelier cuisine. Et justement c'est ce cadre qui va les faire se canaliser.

C. : Avez-vous remarqué des effets sur ces troubles à la suite d'une stimulation olfactive ?

E. : Alors moi je trouve que c'est toute l'activité qui amène à un petit moment de bien-être. Il me semble que c'est l'activité en elle-même, après quelle est la part de l'olfaction dedans, c'est difficile à dire ! Je pense qu'après un atelier comme ça, les résidents sont apaisés quand même. Pour certaines personnes effectivement c'est peut-être ce biais-là qui leur permet de se canaliser et d'apaiser ces troubles, mais ça fait toujours partie du contexte.

C. : A long terme, vous pensez qu'il peut y avoir des effets ?

E. : Je me suis posée cette question, je pense qu'il faudrait des activités plus régulières pour qu'il y ait un impact à long terme. Je crois que c'est trop ponctuel, c'est le reste de l'après-midi qui va bien se passer, après le lendemain est un autre jour ! Ce qui leur manque je pense au quotidien c'est une stimulation constante, le manque de stimulation des fois c'est assez pénible pour le résident.

C. : Pour résumer, la mémoire olfactive est stimulante mais ne diminuerait les troubles du comportement que sur un temps assez court et faisant partie d'un contexte ?

E. : Oui voilà ! Les personnes ayant Alzheimer ont des besoins différents et avec tous ces moments de vide dans la journée qui peuvent être angoissants, les gens ont besoin d'être stimulés. La mémoire olfactive en soit peut-être intéressante, puisqu'à certains endroits je sais que les équipes ont aménagé des CANTOU de façon à ce qu'il y ait des aménagements de réminiscence, avec des meubles, de la vaisselle, de la lecture, des objets et aussi des odeurs ! L'intérêt est que les personnes se dirigent dans ces coins et ça fait une stimulation continue dans la journée. S'il y avait des choses à sentir tout au long de la journée, peut être que la stimulation olfactive continue au lieu de 15h à 16h permettrait d'abaisser les troubles du comportement. Le moyen de l'odorat n'est pas assez continu pour qu'il y ait des résultats sur le long terme. Mais je crois qu'on y vient, on se dirige là-dedans, vers les thérapies non médicamenteuses, toutes ces pistes-là commencent à arriver... Des fois il suffit de pas grand-chose, de petites stimulations par les soignants ou les familles, c'est toujours un quart d'heure de stimulé dans la journée !

ANNEXE V : Retranscription de l'entretien n°4

Claire : Alors tout d'abord pourriez-vous me parler de votre parcours professionnel, de vos lieux d'exercice... ?

Ergothérapeute : Oui, alors ça fait maintenant 13 ans que je travaille en gériatrie, dans un EHPAD relativement grand puisqu'il est sur un domaine de 4 hectares. Nous avons différents pavillons pour accueillir les différents stades de la personne âgée et donc des pathologies qui vont s'y associer. Il y a un bâtiment principal qui va accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie, un second bâtiment qui lui est utilisé pour l'accueil de jour ou pour de la prise en charge similaire au PASA et un troisième bâtiment qui est une unité protégée de 3 unités de vie.

C. : D'accord, donc c'est dans ce dernier bâtiment où il y a des personnes ayant la maladie d'Alzheimer ?

E. : Alors il y en a sur les trois lieux. Ensuite ils sont orientés vers l'unité protégée s'ils ont des troubles du comportement avec des mises en danger ou qui seraient gênants pour le reste de la population qu'on accueille.

C. : Quelle est votre prise en charge globale et individuelle avec cette population ?

E. : Alors en individuel je fais beaucoup de thérapie non médicamenteuse donc tout ce qui sera médiation Snoezelen, balnéothérapie... Après en prise en charge de groupe il y a beaucoup d'activités cuisine, bricolage, atelier manuel, musique, danse et ce qu'on appellera au sens large remue-méninges.

C. : Ça fait beaucoup de groupes ! Vous êtes la seule ergothérapeute du centre ?

E. : Ça fait pas mal de groupes oui ! Mais tout n'a pas une périodicité hebdomadaire bien sûr, certaines choses reviennent régulièrement, tous les mois ou tous les quinze jours. Après c'est vrai que ça dépend des saisons, du temps, du moral et de l'endroit sur lequel je vais aller travailler.

C. : Pour mon travail je m'intéresse plus particulièrement à l'atelier cuisine. Pouvez-vous me le décrire ?

E. : L'atelier cuisine est jumelé avec le repas thérapeutique, c'est-à-dire que le matin on prépare un élément du repas et on va l'intégrer au repas du midi. Alors en parallèle on a également un jardin thérapeutique donc l'idée est qu'en début de matin on va prélever ce dont on a besoin, de le décortiquer, de le préparer. Après on se remémore les ingrédients dont on a besoin, on présente brièvement les étapes qu'on va avoir à faire et ensuite on le réalise. C'est un groupe de 8 personnes maximum et j'ai toujours avec moi une auxiliaire de vie ou une aide-soignante. Il y a toujours quelqu'un avec moi parce que si on veut que ce soit réalisé et réalisable dans de bonnes conditions il faut un accompagnement relativement proche puisqu'on est sur une population à un stade avancé et juste une consigne orale ne va pas suffire.

C. : En parlant des patients présents, vous accueillez quel profil de patient pour cet atelier cuisine ?

E. : Sur celui-ci c'est vraiment toutes les pathologies et démences type Alzheimer.

C. : Il n'y a pas de critère excluant à la participation d'un patient ?

E. : Sur ce groupe là c'est vrai qu'on n'a pas de manifestation comportementale vraiment importante qui serait incompatible avec l'atelier. Il est certain que des comportements moteurs qui joueraient déjà au niveau de l'hygiène, parce que c'est quand même un domaine où on nous demande d'être extrêmement vigilants peut éventuellement mettre à l'écart un participant. Ou alors quelqu'un qui déambulerait beaucoup et qu'on n'arriverait pas à contenir malgré l'activité et la prise en charge quasi individuelle sur le temps de l'atelier. Mais ces critères restent ponctuels !

C. : Les participants sont à quel stade de la maladie ?

E. : On a des stades avancés... On est presque sur du sévère plutôt que sur du modéré...

C. : Et quelle est la fréquence de l'atelier ?

E. : Alors on essaie tous les vendredis ! Après s'il y a entre temps autre chose comme une activité événementielle, bon on va annuler notre activité... Ça peut être pour des spectacles, des animaux... Ce sont des événements sur lesquels le groupe peut venir se greffer donc dans ces cas-là on privilégie l'événement exceptionnel et on reporte à la semaine suivante notre atelier qui est un peu plus routinier. On peut facilement faire sauter une séance !

C. : Le fait de décaler les séances ça ne désoriente pas les patients ?

E. : Non, parce qu'en fait dans l'activité on travaille énormément sur la confiance, vu l'avancée de la maladie on est plus dans un stade où d'eux-mêmes ils vont se souvenir qui il y a à l'atelier le vendredi. Par contre ils arrivent quand même à appréhender que dès qu'ils me voient, c'est qu'on va faire quelque chose de sympa ensemble. Le rendez-vous qu'on a est associé à soit du bien-être, soit en tout cas à un moment agréable. Donc pour eux-mêmes si cet atelier ce n'est pas l'atelier gourmand mais de la gym ou quoi, pour eux il n'y aura pas de la frustration ou un manque parce qu'ils auront réalisé ce moment agréable pour lequel ils étaient venus.

C. : Et quelles sont vos objectifs pour ce groupe cuisine ?

E. : Alors donner envie à la personne c'est l'objectif numéro 1, parce que de toute façon si la personne n'a pas envie de participer ou si on n'arrive pas à la convaincre au cours de la séance, c'est quasiment voué à l'échec. Parce qu'on travaille de l'individuel à l'intérieur du groupe, sauf que s'il y a un individu qui n'est pas entièrement satisfait d'être présent sur le moment, son mal être va malheureusement être générer à l'ensemble du groupe. Donc on est sans arrêt en vigilance pour que ça se passe bien pour tout le monde. Pour les personnes qui seraient un peu venues à reculons cette fois-là, on essaie qu'elles arrivent à se sentir bien et à être contentes d'être avec nous, même si ce n'est qu'en simple spectateur. Pour les autres objectifs, c'est travailler toutes les praxies, travailler tout le côté moteur.... L'ensemble de mes activités se basent justement un peu sur les cinq sens qu'on travaille énormément en Snoezelen et en balnéothérapie. Même là au cours d'un atelier on va veiller à ce que l'ensemble des canaux soient stimulés, on travaillera avec une petite musique d'ambiance pour qu'il y ait une ambiance sonore pour nous contenir. On travaille bien sûr sur les odeurs puisqu'en cuisine on ne peut pas y échapper ! Donc c'est sur leurs connaissances éventuelles, sur les souvenirs, sur la mémoire... par exemple est-ce qu'ils avaient du thym dans leur jardin, est-ce que quand ils le voient ils savent reconnaître que c'est du thym et l'identifier... s'il reste des petits bouts de fromages ils vont les goûter pour travailler le gustatif... Enfin voilà, tous les canaux sont travaillés en permanence !

C. : D'accord. En parlant de sens, je m'intéresse plus particulièrement à l'odorat, c'est quelque chose que vous stimulez à chaque atelier cuisine ?

E. : Oui on essaie. C'est assez difficile parce qu'il y a une altération due à l'âge et à la maladie qui concernent l'odorat et le goût puisque c'est lié. Alors ils sentent, mais de là à associer une odeur à un nom réel d'aliment ou d'épice, c'est très difficile et compliqué. Alors à ce moment-là, puisqu'on a du mal à identifier ce qu'on est en train de sentir, j'essaie d'étiqueter cette odeur à un sens...est-ce que c'est agréable, est-ce que ça pique, est-ce que c'est sucré, est-ce que c'est salé...voilà on va faire en même temps un petit jeu de devinettes. Plus que de savoir si c'est réellement de la moutarde ou du sucre !

C. : Même s'il n'y a pas ce stade de l'identification, les patients se plaignent d'avoir des problèmes d'odorat ?

E. : Certaines personnes oui, elles sont quand même frustrées de ne pas sentir ou pas grand-chose. C'est pour ça qu'on va rebondir sur une autre facette, de savoir le sentiment associé. Du coup on est plus dans le mode d'échec « je dois identifier » ou « je dois sentir » pour avoir un sentiment de réussite parce que ce sont des questions fermées. Pour ces populations là, ça ressemble plus à du débat qu'un véritable atelier mémoire ou remue-méninges sur lesquels ils se sentiraient peut-être plus mis en échec, sur un mode un peu plus d'évaluation que du côté sympathique de donner son avis.

C. : D'accord, mais même si la personne n'a pas forcément d'odorat, vous lui faites sentir ?

E. : Ah oui, tout le monde est toujours inclus dans le groupe, on a le droit de dire qu'on ne sait pas. Alors ce n'est pas grave on demande à la voisine qui va l'aider ou l'aiguiller. Comme je dis, c'est des individus dans le groupe, donc les deux sont à utiliser, le groupe et l'individu pour que tout le monde se sente valorisé.

C. : Vous avez un protocole pour stimuler l'olfaction ?

E. : Pas du tout !

C. : D'accord. Alors je profite du fait que vous ayez une salle snoezelen. Par rapport à l'odorat, c'est plus intéressant d'utiliser cet outil ou de stimuler pendant l'atelier cuisine ?

E. : A mon sens, ça a plus de sens dans l'atelier cuisine que dans la salle Snoezelen. Parce que pour eux on va apporter du concret, on va travailler sur une mémoire, certes olfactive mais mémoire quand même. Alors que le Snoezelen, on va utiliser différentes médiations successivement ou en même temps, ce n'est pas sur l'odorat qu'ils vont s'attarder le plus. Snoezelen c'est souvent des odeurs comme la lavande ou l'eucalyptus qui vont être associées à de la pureté ou quelque chose comme ça... on aura des réactions comme « Tiens ça sent bon... » ou « Ça sent la fleur ! ». Voilà ça s'arrête souvent là. Il n'y a pas une réaction plus poussée et pour nous c'est assez difficile de rebondir là-dessus étant donné qu'on aura même pas la plante sous la main, on aura que des images... Ça reste très abstrait et comme on est sur un stade quand même avancé, personnellement je préfère le travailler en cuisine. En plus c'est une population relativement féminine, donc elles ont normalement toutes des souvenirs d'avoir cuisinés des épices, des ingrédients pour une recette !

C. : Ces souvenirs de l'odorat constituent la particularité de l'olfaction ?

E. : Je dirai que ce n'est pas le meilleur canal pour la réminiscence de souvenir. Par contre c'est un des canaux même sur des stades avancés sur lequel on va travailler sur de l'apprentissage de mémoire. Du coup l'association de « Je rentre dans la pièce et ça sent la lavande » et si j'ai passé un bon moment, agréable et pour lequel je me suis apaisé, à chaque fois que cette odeur de lavande va revenir, je l'associerai à quelque chose d'agréable. Je trouve qu'on peut d'avantage travailler sur

de l'apprentissage que les autres canaux où on va accéder sur la réminiscence du passé. Alors que sur l'olfaction on va plus travailler sur l'apprentissage, même avec parfois l'évocation du souvenir.

C. : Ah d'accord ! En stimulant l'olfaction, quels sont vos objectifs ?

E. : Déjà stimuler naturellement. On utilise un canal qu'aucun autre paramédical utilise je pense. On a presque un monopole finalement ! Après on stimule de nouveau l'autonomie, la mémoire, les praxies, lesgnosies, enfin tout un ensemble qui va être stimulé par rapport aux démences.

C. : Et les troubles du comportement peuvent constituer un objectif de la stimulation de la mémoire olfactive ?

E. : Oui, comme je vous ai dit, si un parfum ou une odeur est associée à un moment de bien-être, on peut tout à fait imaginer que le simple fait d'utiliser un diffuseur d'odeur avec des huiles essentielles dans la chambre pourrait suffire à l'apaiser plutôt que d'être obligé de faire une séance Snoezelen pour arriver à un stade de détente et d'apaisement des troubles du comportement.

C. : Les troubles du comportement sont des obstacles à la prise en charge en ergothérapie ?

E. : Non. On va justement axer notre prise en charge d'une personne sur les troubles du comportement donc c'est un aspect de la prise en charge. Ce n'est pas un obstacle en soit, on trouvera de toute façon un moyen pour les apaiser ou de faire avec en tout cas !

C. : Selon vous, ces troubles du comportement peuvent être diminués par la stimulation olfactive lors de l'atelier cuisine ?

E. : Alors à court terme surtout. Je n'ai malheureusement jamais eu de retour ou de constatation sur un apaisement à long terme. Mais sur le court c'est indéniable. C'est certain que de capter son attention sur autre chose que ses troubles du comportement et bien les déambulations cessent, les comportements moteurs aberrants s'arrêtent... oui c'est indéniable.

C. : Mais plus particulièrement grâce à la mémoire olfactive ou l'atelier en lui-même ?

E. : C'est un ensemble. C'est difficile d'isoler puisqu'on ne fait pas que ça. Ça serait difficile de dire mais en tout cas ça y contribue c'est certain.

C. : Comment évaluez-vous cette diminution des troubles du comportement ?

E. : Alors il n'y a pas d'outil vraiment validé qui sont utilisés, c'est simplement par l'observation. Je dirais une mini évaluation mais toujours visuelle sur le comportement de la personne au démarrage de l'activité ou avant même d'avoir commencé et qu'on est allé la chercher dans sa chambre, son comportement pendant la séance et ensuite cet apaisement qui va durer de 1h à 2h après l'activité pour les personnes où il y aura le plus d'effets.

C. : Pour avoir un effet à long terme, que faudrait-il ?

E. : Ça je l'ignore. On ne peut pas être sans arrêt dans la contenance. Même si on essaie de l'être, il y a des moments où on est moins contenant pour eux puisque cette contenance-là est présente par le biais de médiations qui apaisent et qui arrêtent temporairement les troubles du comportement. Malheureusement en institution même si on essaie que l'ambiance et le cadre soit les plus contenant possibles, il y a des moments de vide, de creux, parce qu'on n'est pas dans la prise en charge individuelle constamment. De toute manière les résidents seraient épuisés. Mais obligatoirement il y aura des moments où les troubles réapparaîtront.

C. : Une stimulation olfactive plus fréquente pourrait avoir un effet sur le long terme ?

E. : En tout cas je pense qu'il y aurait une accoutumance et les moments où il n'y aurait pas cette stimulation, il pourrait y avoir une manifestation comportementale plus massive du fait de l'absence. Mais on ne ferait qu'un atelier pur de stimulation olfactive, je ne suis pas certaine que les résidents tiennent, ou en tout cas que ce temps soit relativement court parce que ça leur demande beaucoup de concentration. Ils auraient peut-être moins de plaisir et pour nous aussi il y aurait moins de sens, moins d'échanges et moins d'objectifs aussi !

Résumé : La maladie d'Alzheimer est la démence la plus répandue en France et le nombre de cas diagnostiqué ne cesse d'augmenter. Pour la Haute Autorité de Santé, la prise en soin des patients se fait par une intervention médicamenteuse et non-médicamenteuse. Pour cette dernière, différentes modalités sont utilisées en ergothérapie dont la stimulation de la mémoire olfactive. Ce travail de recherche vise à déterminer l'incidence de cette stimulation sur les troubles du comportement des patients. Pour connaître cet impact, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de cinq ergothérapeutes utilisant cette stimulation durant des ateliers cuisine. Ces ergothérapeutes travaillent dans plusieurs structures différentes et sont localisés sur l'ensemble de la France. Selon les ergothérapeutes interrogées, la stimulation de la mémoire olfactive a un impact sur les patients avec des troubles du comportement, mais seulement sur un court terme. Cela apporte un moment de bien être aux patients agressifs et fait parler les patients apathiques. Mais aucun de ces ergothérapeutes ne pouvaient dire si ce bien être était la conséquence de la stimulation de la mémoire olfactive ou si c'était à cause du cadre thérapeutique de l'atelier cuisine. Ainsi, même si le pouvoir de réminiscence de la mémoire olfactive semble indiscutable, une étude complémentaire visant à déterminer son apport au sein l'atelier cuisine pour les troubles du comportement serait à envisager.

Mots-Clefs : Maladie d'Alzheimer – Ergothérapie – Atelier Cuisine – Mémoire Olfactive – Troubles du Comportement

Abstract: Alzheimer's disease is the most prevalent dementia in France and the number of people diagnosed keeps rising. For the French High Health Authority, patients' care is based on medical and non-medical treatments with occupational therapists using several tools such as the stimulation of olfactory memory. The aim of this study is to assess whether stimulating olfactory memory has an influence on patients' behaviour disorders. To investigate this impact, semi-directives interviews have been led with five occupational therapists using this stimulation during cooking activity. These occupational therapists work in different structures and are located on the whole of France. To the occupational therapists interviewed, the stimulation of olfactory memory has an impact on patients with behaviour disorders but only for a brief period. It brings a moment of well-being to aggressive patients and makes apathetic patients speak. But none of these occupational therapists could tell if this well-being was the consequence of the stimulation of olfactory memory or because of the therapeutic environment of the cooking activity. Actually, even if the reminiscence faculty of the olfactory memory cannot be denied, an additional study to determinate its clout during cooking activity for the behaviour disorders should be envisaged.

Keywords: Alzheimer's disease – Occupational Therapy – Cooking Activity – Olfactory Memory – Behaviour Disorder

Crédit Photo :

<https://www.bing.com/images/search?q=odorat&view=detailv2&id=49D542C5F65784323BFE499EE23190542F7BF659&selectedIndex=217&ccid=7OtOMfK9&simid=608053149763111367&thid=OIP.Meceb4e31f2bd8b4c7322432bc40c395eo0&ajaxhist=0>