



UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES TECHNIQUES MÉDICALES

U.E.7.5.c Mémoire

Semestre 10

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

Directeur : Pr Florent ESPITALIER

Co-Directrices Pédagogiques : Mme Typhanie PRINCE, Mme Emmanuelle PRUDHON

Directrice des Stages : Mme Annaïck LEBAYLE-BOURHIS

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

Année Universitaire 2018/2019

Mémoire

pour l'obtention du

Certificat de Capacité en Orthophonie

Evaluation de l'impact de l'écoute musicale personnalisée auprès des patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade avancé sur les troubles du comportement alimentaire.

Etude de cas.

Présenté par *Julie PIAU*

Née le 26/10/1994

Présidente du Jury : Madame DER AZARIAN – Mélanie – Orthophoniste, chargée de cours à l'Université de Nantes

Directrice du Mémoire : Madame POMIES – Julie – Orthophoniste

Co-directrice du Mémoire : Madame FIX – Marie-Hélène – Gériatre, chargée de cours à l'Université de Nantes

Membres du jury : Monsieur FERRON – Christophe – ORL et chirurgien cervico-facial, chargé de cours à l'Université de Nantes

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

Engagement de non-plagiat

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

Fait à : Nantes. Le 11 août 2019

Signature : Julie Piau

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements tout particulièrement à mes directrice et codirectrice de mémoire. Leurs conseils et leurs encouragements m'ont été précieux. La confiance et la disponibilité qu'elles m'ont accordées malgré leurs autres engagements m'ont été d'une grande aide.

Merci à Mme Mélanie Der Azarian, présidente du jury, et M. Christophe Ferron, expert, pour leur travail au sein du jury de soutenance.

Je remercie toute l'équipe soignante du foyer logement « Les Hirondelles » qui m'a reçue et m'a adressé des résidents pour participer à notre étude. Je les remercie également pour leur disponibilité et leur accueil.

Merci à mes maîtres de stage, plus particulièrement à Odile pour ses encouragements.

Je tiens à adresser un immense merci à ma famille et mes amis, pour leur soutien infaillible et indispensable tout au long de ces années d'études. L'orthophonie, et le mémoire, ont parfois tenu une (trop) grande place dans notre quotidien avec eux. Merci tout spécialement à maman, Léa, Alison, Nicolas, Mathilde et Lauriane pour leur relecture assidue du mémoire, malgré le côté rébarbatif de la tâche... !

« La prise alimentaire est le symbole de la vie qui continue. L'alimentation véhicule une longue histoire de convivialité, de moments partagés. L'alimentation surtout pour les proches véhicule l'appartenance à une famille, à une histoire commune. » (Dr Cassaigne, 2008)

INTRODUCTION.....	1
1. PARTIE THEORIQUE.....	2
1.1. La maladie d'Alzheimer	2
1.1.1. Facteurs de risque et facteurs protecteurs	2
1.1.2. Etiologie	2
1.1.2.1. Les causes organiques	2
1.1.2.2. Les causes psychologiques.....	3
1.1.3. Symptomatologie	3
1.1.3.1. Les troubles cognitifs (Moulias et al., 2005).....	3
1.1.3.2. Les troubles non cognitifs	4
1.1.3.2.1 Les troubles comportementaux (Ploton, 2009)	4
1.1.3.2.2 Des troubles neurologiques	4
1.1.3.3. Le retentissement fonctionnel.....	4
1.1.4. Les critères diagnostiques.....	4
1.1.5. Une maladie évolutive	7
1.1.6. Le traitement	8
1.1.6.1. Thérapie médicamenteuse.....	8
1.1.6.2. Thérapies non médicamenteuses	9
1.2. La déglutition	10
1.2.1. Définition	10
1.2.2. Les 3 phases avec schémas	11
1.2.2.1. La phase orale.....	11
1.2.2.2. La phase pharyngée.....	11
1.2.2.3. La phase œsophagienne.....	12
1.2.2.4. Contrôle neurologique de la déglutition.....	13
1.3. La dysphagie.....	14
1.3.1. Définition	14
1.3.2. Dysphagie oropharyngée dans la MA.....	14
1.4. La musique et la musicothérapie	16
1.4.1. La musique	16
1.4.1.1. Universalité de la musique.....	16
1.4.1.2. La musique pour soigner	16
1.4.1.3. La musique et le cerveau.....	17
1.4.2. La musicothérapie	18
1.4.2.1. Généralités	18
1.4.2.2. Musicothérapie et orthophonie	18
1.4.3. Thérapie musicale et MA.....	18

1.4.4. <i>L'écoute musicale et les comportements alimentaires</i>	20
2. METHODE	20
2.1. Problématique et hypothèses	20
2.2. Méthodologie	21
2.2.1. Elaboration du projet	21
2.2.1.1. <i>Sélection des patients</i>	21
2.2.1.1.1 Critères d'éligibilité.....	21
2.2.1.2. <i>Recrutement</i>	22
2.2.1.3. <i>Matériel</i>	22
2.2.1.3.1 MMSE, version consensuelle du Greco (<i>cf. annexe 5</i>).....	22
2.2.1.3.2 Questionnaire de « Music and Memory » (<i>cf. annexe 6</i>).....	23
2.2.1.3.3 Formulaire général sur temps du repas (<i>cf. annexe 7</i>).....	23
2.2.1.3.4 Le NPI-ES (<i>cf. annexe 8</i>).....	24
2.2.2. Mise en place du protocole d'étude	26
2.2.2.1. <i>Création des playlists</i>	26
2.2.2.2. <i>Première rencontre avec l'équipe soignante à propos des troubles du comportement alimentaire des patients</i>	26
2.2.2.3. <i>Bilan préliminaire</i>	27
2.2.2.4. <i>Ecoute musicale</i>	27
2.2.2.5. <i>Observations des repas après écoute musicale</i>	27
2.2.3. Présentation des patients	27
2.2.3.1. <i>Patient E</i>	27
2.2.3.1.1 Anamnèse.....	27
2.2.3.1.2 Goûts musicaux	28
2.2.3.2. <i>Patient L</i>	28
2.2.3.2.1 Anamnèse.....	28
2.2.3.2.2 Goûts musicaux	29
2.2.3.3. <i>Patient C</i>	29
2.2.3.3.1 Anamnèse.....	29
2.2.3.3.2 Goûts musicaux	30
2.2.3.4. <i>Patient M</i>	30
2.2.3.4.1 Anamnèse.....	30
2.2.3.4.2 Goûts musicaux	31
3. ANALYSE DES RESULTATS	31
3.1. Patient E	31
3.1.1. Evolution des troubles du comportement	31
3.1.2. Evolution des troubles du comportement alimentaire	32

3.1.2.1. Résultats à l'échelle de Blandford.....	32
3.1.2.2. Impact de l'environnement.....	33
3.1.2.3. Qualité du repas	34
3.1.2.4. Evolution de la déglutition.....	34
3.1.2.5. Plaisir au repas	34
3.2. Patient L.....	35
3.2.1. Evolution des troubles du comportement.....	35
3.2.2. Evolution des troubles du comportement alimentaire	36
3.2.2.1. Résultats à l'échelle de Blandford.....	36
3.2.2.2. Impact de l'environnement.....	37
3.2.2.3. Qualité du repas	37
3.2.2.4. Evolution de la déglutition.....	37
3.2.2.5. Plaisir au repas	37
3.3. Patient C.....	37
3.3.1. Evolution des troubles du comportement.....	37
3.3.2. Evolution des troubles du comportement alimentaire	39
3.3.2.1. Résultats à l'échelle de Blandford.....	39
3.3.2.2. Impact de l'environnement.....	39
3.3.2.3. Qualité du repas	39
3.3.2.4. Evolution de la déglutition.....	39
3.3.2.5. Plaisir au repas	40
3.4. Patient M.....	40
3.4.1. Evolution des troubles du comportement.....	40
3.4.2. Evolution des troubles du comportement alimentaire	41
3.4.2.1. Résultats à l'échelle de Blandford.....	41
3.4.2.2. Impact de l'environnement.....	42
3.4.2.3. Qualité du repas	42
3.4.2.4. Evolution de la déglutition.....	42
3.4.2.5. Plaisir au repas	43
4. DISCUSSION.....	43
4.1. Interprétation des résultats.....	43
4.1.1. Patient E.....	43
4.1.2. Patient L.....	44
4.1.3. Patient C.....	44
4.1.4. Patient M.....	44
4.2. Comparaison inter-patient.....	45
4.3. Intérêts de l'étude.....	45

<i>4.3.1. Intérêts pour les participants</i>	45
<i>4.3.2. Intérêts pour l'équipe soignante</i>	46
4.4. Limites de l'étude	46
<i>4.4.1. Population</i>	46
<i>4.4.2. Conditions d'expérimentation</i>	47
<i>4.4.3. Temps avec les soignants</i>	47
CONCLUSION	48
Bibliographie.....	49
Annexes	56

INTRODUCTION

La maladie d'Alzheimer (MA) représente un réel enjeu au niveau économique, sociétal ou encore politique. En 2012, 850 000 cas de la MA sont répertoriés en France. Tous les ans, 225 000 nouveaux cas sont recensés. En 2020, les personnes atteintes d'Alzheimer représenteront une personne sur quatre. Le nombre de cas ne cesse d'augmenter en raison de l'allongement de l'espérance de vie. Elle est la maladie neurodégénérative la plus fréquente et la quatrième cause de mortalité en France (France Alzheimer). Au cours de son évolution, elle touche petit à petit tous les aspects de la vie quotidienne, notamment le temps du repas.

Des traitements médicamenteux existent pour limiter ces troubles, mais ils sont peu efficaces et entraînent de nombreux effets secondaires. Les thérapies non-médicamenteuses sont préconisées (HAS, 2018), notamment l'orthophonie pour les domaines de la communication et de la mémoire, mais aussi de la déglutition. « Tous les types de démences peuvent s'accompagner de troubles de la déglutition, en particulier en fin d'évolution de la maladie, et sont alors souvent aggravés par des troubles de l'attention, de la concentration et des problèmes praxiques. » (Forster, 2012, p.110). Cependant, la rééducation des troubles de la dysphagie demande une participation active du patient. Au stade avancé de la maladie, la personne n'a plus les capacités cognitives pour suivre ce type de rééducation. Il est donc souvent impossible de gérer la dysphagie efficacement. C'est pourquoi il pourrait être intéressant de proposer de nouvelles approches.

La thérapie par la musique est une prise en charge de plus en plus étudiée. De nombreuses recherches s'intéressent aux bienfaits de cette thérapie pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, notamment dans le domaine de la communication et du comportement. Dan Cohen (2018) propose une nouvelle approche de la dysphagie dans le cadre des démences, il semble que l'écoute de playlists personnalisées améliorerait la déglutition. L'écoute musicale peut-elle avoir un effet positif sur les troubles du comportement alimentaire ? Peut-elle également influencer les mécanismes physiologiques de la déglutition ?

L'objectif de cette étude est d'observer les effets provoqués par l'écoute des playlists musicales personnalisées en fonction des goûts musicaux des patients, afin d'en évaluer l'impact éventuel sur les troubles du comportement alimentaire dans la MA au stade avancé.

Tout d'abord, nous exposerons les données théoriques actuelles relatives à la maladie d'Alzheimer, à la déglutition, à la dysphagie et l'utilisation de la musique dans le soin. Un second axe mettra en avant la méthodologie de cette étude. Enfin, nous développerons notre discussion sur les résultats présentés auparavant.

1. PARTIE THEORIQUE

1.1. La maladie d'Alzheimer

«La maladie d'Alzheimer (MA) est une lente dégénérescence des neurones, qui débute au niveau de l'hippocampe puis s'étend au reste du cerveau. Elle se caractérise par des troubles de la mémoire à court terme, des fonctions d'exécution et de l'orientation dans le temps et l'espace. Le malade perd progressivement ses facultés cognitives et son autonomie.» (Inserm, 2014)

1.1.1. Facteurs de risque et facteurs protecteurs

Dans l'apparition de la MA, des facteurs protecteurs et de risque ont été mis en évidence par l'étude PAQUID (Ankri, 2009). Les facteurs de risque seraient l'âge (la prévalence de la MA passe de 1,2% entre 65 et 69 ans à 28,5% après 90 ans), le sexe féminin au-delà de 70 ans, les antécédents familiaux de démence, l'hypertension artérielle et un réseau social pauvre, notamment avec le célibat. En outre, les personnes porteuses de l'allèle e4 de l'Apolipoprotéine E ont quatre à huit fois plus de risques de développer la maladie.

Les facteurs protecteurs seraient un niveau d'éducation élevé, ainsi que la pratique d'activités de loisirs. Par ailleurs, la consommation modérée de vin aurait un rôle protecteur (Ankri, 2009).

1.1.2. Etiologie

La MA est une maladie neurodégénérative. «La cause qui déclenche le processus dégénératif reste inconnue.» (Touchon & Portet, 2004, p.25). Il s'agirait de l'intrication de facteurs étiologiques de nature génétique et environnementale. Cependant, l'évolution des lésions est mieux comprise.

1.1.2.1. Les causes organiques

La MA est marquée par une accumulation anormale de protéine "tau" hyperphosphorylée dans le cerveau. En effet, dix à quinze ans avant les premiers symptômes, deux lésions principales se forment dans le cerveau, d'une part, des dépôts amyloïdes, aussi appelés « plaques amyloïdes » ; d'autre part, des lésions dites de « dégénérescence neurofibrillaire », avec une perte neuronale au niveau de la partie interne du cerveau et une dysfonction synaptique.

Cette atrophie cérébrale, que l'on peut également observer chez le sujet vieillissant sain est plus rapide et plus importante chez le malade, notamment au niveau des structures temporales internes. Elle se situe plus particulièrement au niveau de l'hippocampe, zone du cerveau impliquée dans la mémoire et les émotions (Dormont, 2012). La perte cellulaire va ensuite s'étendre à d'autres zones du cerveau, notamment celles du langage, du jugement et du

savoir-faire, ce qui explique la désorganisation de l'activité mentale, que l'on peut observer tout au long de la maladie (Moulias et al., 2005).

1.1.2.2. Les causes psychologiques

Pour certains auteurs, la MA serait l'expression de pertes existentielles (Ogay, 1999). La personne âgée subit au cours de sa vie des pertes importantes (sa jeunesse, des membres de son entourage, son travail, ...), à cela s'ajoutent parfois des altérations de santé et d'énergie. Certaines personnes réussissent à faire face à ces dommages, à retrouver un sens à leur vie, se construisent une identité solide. D'autres personnes ne réussissent pas à surmonter ces manques et à se construire une image de soi acceptable. Chaque crise traversée entrave, voire annule l'expression du Moi, causant de l'anxiété et du stress, ce qui peut aggraver un état démentiel.

Selon Valérie Cohen-Scali et Jean Guichard (2008), les changements (scolarité, puberté, modifications socio-professionnelles, maladies, naissances, deuils, déplacements géographiques, retraite) représentent les différentes étapes d'une vie humaine et exigent chaque fois de l'individu des ressources d'adaptation importantes. Ces étapes de questionnements importants peuvent aussi bien évoluer vers une forme de "sagesse", "d'intégrité personnelle", que vers une direction de "désespoir tragique".

1.1.3. Symptomatologie

On observe des perturbations cognitives et non cognitives qui handicapent le patient dans sa vie quotidienne.

1.1.3.1. Les troubles cognitifs (Moulias et al., 2005)

Les troubles cognitifs débutent par des troubles de la mémoire qui vont porter tout d'abord sur des événements récents. Plus la maladie avance plus la mémoire des faits anciens est impactée. Par la suite, des troubles de l'orientation temporo-spatiale s'associent.

Les fonctions exécutives sont altérées. Des troubles du raisonnement ne permettent plus à la personne de s'adapter à des situations nouvelles. Le trouble attentionnel cause une grande distractibilité.

Les troubles phasiques peuvent retentir sur le comportement du patient. La communication est réduite et des activités telles que la lecture du journal sont abandonnées.

Il existe différents types de troubles praxiques au cours de cette maladie. Une apraxie réflexive, c'est-à-dire une incapacité à imiter des gestes arbitraires et une apraxie visuo-constructive, qui renvoie à des difficultés à reproduire la perspective et, ou à une incapacité à dessiner sur ordre ou copie, peuvent être observées à un stade précoce. Une apraxie idéomotrice, autrement dit une incapacité à réaliser les gestes symboliques, peut être associée. L'apparition d'une apraxie idéatoire, c'est-à-dire des difficultés à utiliser des objets réels, a un fort

retentissement sur la vie quotidienne. Elle apparaît souvent plus tardivement. Enfin, l'apraxie de l'habillage, une incapacité à s'habiller, apparaît plutôt à un stade avancé.

Les troubles gnosiques, autrement dit une incapacité à reconnaître des objets, malgré des fonctions sensorielles intactes, apparaissent de façon plus tardive dans la maladie et peuvent s'associer à un trouble de la reconnaissance des visages connus (prosopagnosie).

1.1.3.2. Les troubles non cognitifs

1.1.3.2.1 Les troubles comportementaux (Ploton, 2009)

Les symptômes non cognitifs, autrement dit comportementaux et psychologiques, comprennent une perte d'initiative, un désintérêt, une absence de désir et d'émotion, un repli sur soi. Les manifestations d'une dépression sont fréquentes et peuvent être associées à des comportements anxieux, voire des idées délirantes parfois accompagnées d'hallucinations.

A un stade plus avancé de la maladie, l'agitation verbale, vocale et/ou motrice peut parfois s'accompagner d'agressivité verbale et plus rarement physique. Une instabilité psychomotrice peut également être observée. Le patient est incapable de rester en place, il déambule, il ne peut pas s'empêcher d'explorer les lieux ou de suivre l'aidant dans tous ses déplacements. Des comportements moteurs aberrants (répétitions gestuelles et/ou verbales) peuvent également être observés, tout comme des troubles du sommeil. Ces derniers se traduisent par une fragmentation du rythme veille-sommeil, voire même une inversion avec une possibilité d'agitation en fin d'après-midi.

Quelquefois, des troubles des conduites alimentaires peuvent donner suite à un amaigrissement et à des signes de dénutrition.

1.1.3.2.2 Des troubles neurologiques

Au stade avancé de la maladie, des signes neurologiques somatiques se manifestent. Ils se caractérisent par des troubles de la marche, une rétropulsion (tendance à la chute en arrière), des pas raccourcis et traînants. Les patients peuvent chuter ou présenter des crises d'épilepsie.

1.1.3.3. Le retentissement fonctionnel

Petit à petit, ces troubles vont compromettre les temps de la vie quotidienne. Tout d'abord, ce seront des tâches comme prendre ses médicaments ou gérer ses comptes qui seront impactées. Puis, ce seront des gestes plus simples tels que s'habiller ou se laver. A l'extrême, la personne devient incontinente et perd toute autonomie.

1.1.4. Les critères diagnostiques

La MA a été décrite et authentifiée par ses critères histologiques. Ce sont ces mêmes caractères qui permettent d'en faire un diagnostic.

Cependant, le diagnostic de la MA se fait de manière clinique, en se basant sur des indices très précis. La Haute Autorité de Santé (HAS, 2011) préconise de se référer aux critères du DSM-IV-TR 2007 et ceux du NINCDS-ADRDA, en attendant des données plus spécifiques.

Les critères du DSM IV permettent de mettre en évidence une altération cognitive retentissant sur la vie quotidienne. Le diagnostic de démence, selon ses conditions, s'appuie sur l'existence d'un déficit de la mémoire à court et à long terme et sur la présence d'au moins un des signes suivants :

- altération de la pensée abstraite,
- altération du jugement,
- aphasie,
- apraxie,
- agnosie,
- modifications de la personnalité.

Ces troubles cognitifs doivent être à l'origine d'une altération de la vie professionnelle, familiale ou sociale. Et ils ne doivent pas dépendre d'une confusion mentale ou d'une dépression.

Les critères du NINCDS-ADRDA (McKann et al., 1984, cité par Derouesné, 2006) permettent d'éviter de diagnostiquer à tort un sujet sain. Ils sont répartis en six sous-groupes :

- *Critères de maladie d'Alzheimer probable :*
 - Syndrome démentiel établi sur les données cliniques et confirmé par les tests neuropsychologiques,
 - Déficiences portant au moins sur deux fonctions cognitives,
 - Aggravation progressive des troubles cognitifs,
 - Absence de trouble de la vigilance,
 - Début entre l'âge de 40 et 90 ans,
 - Absence de maladies systématiques ou cérébrales qui pourraient rendre compte par elles-mêmes de troubles cognitifs progressifs,
- *Éléments renforçant le diagnostic probable :*
 - Détérioration progressive du langage, des réalisations gestuelles ou de la perception,
 - Diminution des activités quotidiennes et survenue de troubles du comportement,
 - Antécédents familiaux de troubles similaires,
 - Résultats des examens complémentaires (absence d'anomalie du LCR, EEG normal ou présentant des anomalies non spécifiques comme une augmentation des rythmes lents, signes d'atrophie cérébrale sur la TDM progressant lors des examens répétés),

- *Caractéristiques cliniques compatibles avec le diagnostic de la maladie d'Alzheimer probable après exclusion d'autres causes :*
 - Existence de plateaux dans l'évolution de la progression de la maladie,
 - Symptômes associés (dépression, insomnie, incontinence, délire, illusions, hallucinations, réactions de catastrophe, troubles sexuels, perte de poids)
 - Présence chez quelques patients, surtout à un stade avancé, d'autres signes neurologiques : rigidité, myoclonies, troubles de la marche, crises d'épilepsie,
- *Signes rendant le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable incertain ou improbable :*
 - Début soudain, apoplectiforme,
 - Déficits neurologiques focaux (hémiparésie, déficit de la sensibilité, du champ visuel, incoordination à une phase précoce de la maladie),
 - Crises d'épilepsie ou troubles de la marche au début de la maladie,
- *Diagnostic clinique de maladie d'Alzheimer possible :*
 - Devant un syndrome démentiel en l'absence d'autres affections systématiques, neurologiques, psychiatriques pouvant expliquer les symptômes et en présence de variations dans le mode de début, les symptômes initiaux et l'évolution,
 - En présence d'une autre affection systématique ou cérébrale, susceptible de causer une démence mais qui n'est pas considérée comme la cause de la maladie,
 - Devant un déficit limité à une seule fonction, d'évolution progressive et sévère, en l'absence d'autre cause identifiable,
- *Critères pour le diagnostic de maladie d'Alzheimer certaine :*
 - Les critères de diagnostic MA probable avec les signes histopathologiques obtenus par biopsie ou autopsie.

Dans l'avenir, les interventions thérapeutiques devront se faire le plus tôt possible. Le développement de médicaments visant à ralentir le processus pathologique va rendre nécessaire l'identification des patients atteints de maladie d'Alzheimer au stade précoce, dit prédémentiel. Ces patients sont actuellement dilués dans le cadre hétérogène du mild cognitive impairment (MCI). Pourtant, il est aujourd'hui possible d'identifier les patients atteints de maladie d'Alzheimer au stade prédémentiel sur la base de biomarqueurs spécifiques. Il s'agit en particulier de modifications du taux des marqueurs biologiques dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) (diminution de la concentration du peptide β -amyloïde ($A\beta$) ; augmentation des concentrations de protéine Tau et phospho-Tau), de l'atrophie des structures temporales internes (hippocampe notamment) mise en évidence par IRM, ou d'un profil d'hypoperfusion

(évalué au SPECT) ou d'hypométabolisme (au PET-scan). Pour toutes ces raisons, de nouveaux critères sont actuellement étudiés qui visent à permettre l'identification de la maladie d'Alzheimer quel que soit le stade de l'affection, même à son début, avant le seuil de démence. Ce sont les critères de Dubois (2007). Ils reposent sur la mise en évidence d'un trouble significatif et inaugural de la mémoire épisodique associé à une atrophie hippocampique à l'IRM, d'une modification des biomarqueurs dans le LCR ou d'un profil métabolique spécifique (Molin & Rockwood, 2016).

1.1.5. Une maladie évolutive

Bien que la MA présente, aussi bien aux prémices de la maladie qu'au cours de son évolution, des tableaux très hétéroclites autant dans leur vitesse de progression, que dans les troubles eux-mêmes, Derouesné (2006) fait état d'une évolution en 3 temps.

Les lésions décrites un peu plus haut se forment lentement et progressivement avant l'apparition des premiers symptômes, il s'agit de la phase préclinique. Avec la progression des lésions, les premiers symptômes cliniques se déclarent, c'est la phase prédémentielle. Les lésions ne concernant en priorité que les régions hippocampiques, les manifestations à cette phase sont essentiellement d'ordre mnésique et émotionnel. Durant cette phase, le patient garde une certaine autonomie. Puis ces symptômes s'intensifient et réduisent progressivement cette dernière. En parallèle, d'autres structures cognitives sont impactées par les lésions, provoquant ainsi de nouveaux signes cliniques tels que des troubles du comportement, du langage, des praxies, de la déglutition... Il s'agit de la phase démentielle, durant laquelle les troubles retentissent sur l'autonomie et la vie relationnelle du patient.

L'amplitude de ce retentissement détermine le stade de la démence. On parle :

- de démence légère, lorsque l'autonomie est relativement préservée,
- de démence modérée, lorsque le patient a besoin d'une aide constante, mais de façon limitée,
- de démence avancée, lorsqu'il y a une perte quasi totale de l'autonomie.

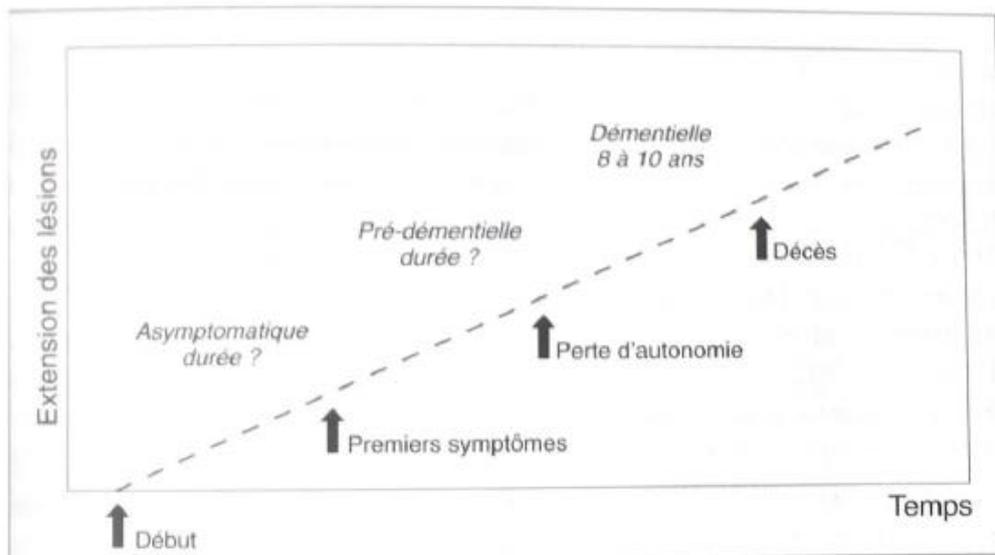


Figure 1 : Les trois phases de la MA (Touchon & Portet, 2004)

Afin de quantifier le degré de l'atteinte, il est possible d'utiliser les scores obtenus au Mini-Mental State Examination, en l'absence de marqueurs directs de sévérité (Vellas et al., 2005). Cela permet d'observer l'évolution de la maladie. Ainsi, la démence est légère, lorsque le score est supérieur à 20, elle est modérée, pour un score compris entre 20 et 10, et sévère quand le score est inférieur à 10 (Forette & Rigaud, 2005).

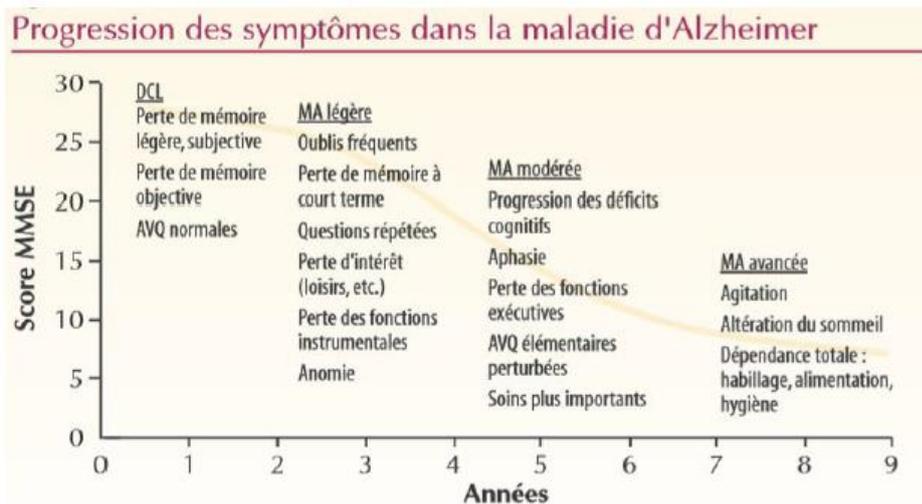


Figure 2 : Progression des symptômes de la MA (Feldman & Woodward, 2005)

1.1.6. Le traitement

1.1.6.1. Thérapie médicamenteuse

Un traitement médicamenteux est possible. Il est à base d'inhibiteurs de la cholinestérase (donepezil, galantamine, rivastigmine) aux stades léger et modéré et d'antiglutamate (mémantine) au stade avancé. Cependant, ces médicaments ne sont plus remboursés depuis le 01/08/18. «Le service médical rendu est insuffisant au regard des autres

médicaments ou thérapies disponibles » (Journal officiel de la République française, 2018). Cependant les avis divergent. Certaines sociétés savantes et organisations professionnelles médicales tels que la Fédération des centres mémoire déclarent que les médicaments symptomatiques qui pourraient ne plus être remboursés demain ont prouvé leur efficacité sur la cognition dans la MA (France Alzheimer, 2018). Des psychotropes peuvent également être prescrits en cas de troubles du comportement perturbateurs (HAS, 2009).

Il n'existe pas encore de traitement curatif, les traitements médicamenteux visent à ralentir l'évolution de la maladie et à rétablir des neurotransmissions. Leur efficacité est limitée, il est donc conseillé de les combiner avec une thérapie non médicamenteuse. Des recherches sont faites actuellement afin de trouver un traitement qui pourrait inhiber la formation des plaques séniles (Delrieu, 2014).

1.1.6.2. Thérapies non médicamenteuses

Différents types de prises en charge peuvent être proposés aux patients MA, afin de les prendre en compte dans leur globalité.

Tout d'abord, les thérapies comportementales ont pour but d'améliorer la qualité de vie et à réduire les troubles du comportement du patient MA. Ces thérapies peuvent être prodiguées jusqu'à des stades avancés de la maladie. Il en existe plusieurs types :

- La thérapie de réminiscence ou d'évocation du passé s'appuie sur la mémoire autobiographique ancienne relativement préservée au cours de la MA (Amieva, 2014),
- La validation de Naomi Feil vise à stimuler la communication verbale et non verbale des personnes âgées désorientées afin d'agir pour leur bien-être (Feil, 1977),
- Les thérapies basées sur une stimulation sensorielle (l'aromathérapie, la luminothérapie, la musicothérapie, ...).

Ensuite, les troubles mnésiques peuvent être pris en charge. Pour cela, trois techniques de revalidation cognitive exploitant la mémoire implicite préservée ont été étudiées (Van der Linden et al., 2005) :

- La technique de récupération espacée : Le principe de cette technique est d'obtenir la récupération des informations pour des intervalles de temps de plus en plus longs (d'abord en rappel immédiat puis au bout de 5, 10, 20,40 secondes...).

- La technique d'estompage : La technique d'estompage consiste à obtenir la récupération des informations à l'aide d'indices qui seront progressivement estompés jusqu'à obtenir un rappel correct sans indices.

- La technique d'apprentissage sans erreur : L'apprentissage sans erreur consiste à exposer de façon répétée le patient à l'information à mémoriser pour obtenir un rappel correct.

Toutefois, ces méthodes ne peuvent être proposées qu'aux stades léger à modéré de la MA. Des aides externes tels que le carnet, l'agenda ou des alarmes et la structuration de l'environnement du sujet sont également recommandés pour compenser les déficits mnésiques.

Enfin, la HAS (2008) préconise une prise en charge orthophonique visant « à maintenir et à adapter les fonctions de communication du patient (langage, parole et autres) et à aider la famille et les soignants à adapter leur comportement aux difficultés du malade ».

1.2. La déglutition

Notre étude ayant pour but notamment d'observer les effets de l'écoute musicale personnalisée notamment sur les mécanismes physiopathologiques de la déglutition, il faut bien prendre en considération au préalable les aspects techniques de cette dernière.

1.2.1. Définition

La déglutition est « l'acte d'avaler la salive, du liquide ou des solides, comportant, avec la mastication, un temps volontaire : le temps buccal, qui est suivi par le temps pharyngé et oesophagien» (Brin et al., 2004). L'être humain peut déglutir jusqu'à 2000 fois par jour (environ trente minutes par jour).

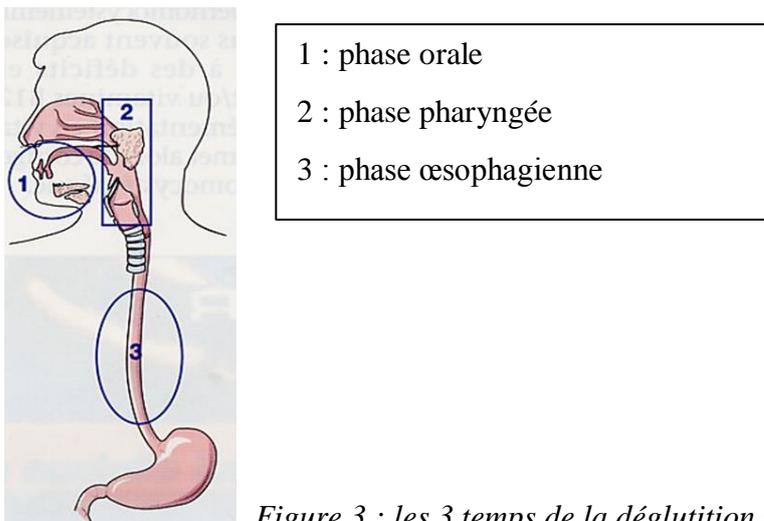


Figure 3 : les 3 temps de la déglutition (Strubel, 2012)

La déglutition a pour rôle de transporter les bolus de la bouche à l'estomac et de protéger les voies aériennes contre les inhalations. Pour cela, elle coordonne l'activation et l'inhibition

de nombreux muscles nécessaires à l'alimentation et à la respiration, en un temps très court (Kotzki, 1999).

1.2.2. Les 3 phases avec schémas

1.2.2.1. La phase orale

La première, ou phase orale, comprend une phase préparatoire qui correspond à la mastication et à l'insalivation de l'aliment en bouche. Elle est dépendante des propriétés physiques de l'aliment à ingérer. Elle rend le bolus homogène, et le fragmente pour permettre de le déglutir. Elle nécessite donc une dentition stable capable de broyer correctement les aliments et une sangle labiale continente, prévenant le bavage.

La phase orale à proprement dit, correspond au passage semi-réflexe des aliments de la bouche, par propulsion linguale vers le pharynx. Elle se termine lorsque le bolus a franchi les piliers antérieurs du voile du palais. Lorsque son déclenchement est altéré, on peut observer un long mâchonnement et des essais répétés de déglutition, autrement dit « rolling ».

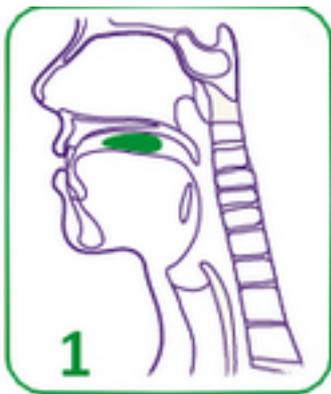


Figure 4 : le bolus pendant la phase orale (Sphere-Nutrition.be)

1.2.2.2. La phase pharyngée

Cette deuxième phase, réflexe et rapide, nécessite le réarrangement transitoire du pharynx de tractus respiratoire en tractus alimentaire, afin de protéger les voies aériennes et éviter les fausses routes. Elle implique pour cela plusieurs actions étroitement coordonnées :

- Le mouvement antérieur de la base de langue et l'élévation du larynx (expansion de l'oropharynx et raccourcissement du pharynx), qui canalisent le bolus dans l'oropharynx,
- Le relèvement du voile du palais contre la paroi pharyngée postérieure (fermeture du rhinopharynx), qui prévient des régurgitations nasales du bolus,
- Le larynx se ferme de façon étanche (au niveau des cordes vocales et du vestibule laryngé, puis l'épiglotte bascule), afin de protéger les voies respiratoires d'un éventuel

risque de fausses routes. La clôture du larynx est complète lors de l'élévation maximale du larynx.

- Le bolus est ensuite propulsé vers l'hypopharynx par la base de langue, avec un mouvement d'abaissement puis de recul pour le pousser vers l'hypopharynx.

La protection des voies aériennes ne se limite pas à la fermeture du larynx. Il y a également l'inhibition centrale de la respiration et le positionnement du larynx hors de la trajectoire du bolus (déplacement supérieur et antérieur du larynx). Ce mouvement d'élévation laryngée est indispensable pour étirer et ouvrir le sphincter œsophagien supérieur, en effet le muscle cricopharyngien (muscle principal du sphincter supérieur œsophagien) est solidaire des mouvements du larynx.

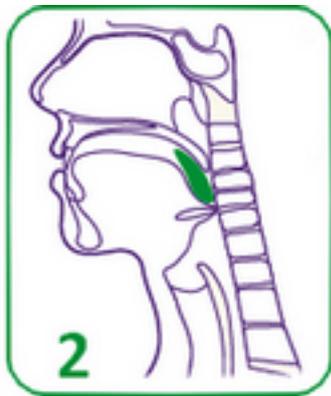


Figure 5 : le bolus pendant la phase pharyngée (Sphere-

Nutrition.be)

1.2.2.3. La phase œsophagienne

Elle commence lorsque le bolus est passé au niveau du sphincter œsophagien et se termine lorsque le bolus arrive à l'estomac, c'est un temps totalement réflexe, involontaire. Même si, la pesanteur joue un rôle, ce sont les contractions péristaltiques qui parcourent l'œsophage de haut en bas, qui facilitent la progression du bol alimentaire. Les aliments atteignent ensuite le sphincter inférieur de l'œsophage : celui-ci se relâche pour les laisser passer, puis se referme à nouveau. Il faut une synchronisation et une coordination entre ces événements pour une bonne réalisation de la déglutition.

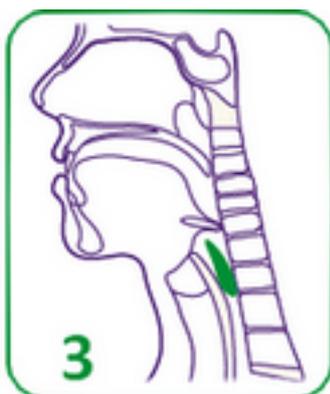


Figure 6 : Trajectoire du bolus pendant la phase œsophagienne

(Sphere-Nutrition.be)

1.2.2.4. Contrôle neurologique de la déglutition

Le contrôle neurologique de la déglutition utilise des afférences et des efférences périphériques, un centre de la déglutition (situé au niveau du tronc cérébral) et un contrôle cortical (Auzon, 2007). La déglutition est une séquence préprogrammée ou pattern. Ce circuit est déclenché, soit par influx sensoriels provenant de la bouche et du pharynx, soit de façon volontaire. Il est ainsi organisé de façon à pouvoir s'adapter à des changements des conditions extérieures, grâce aux afférences sensorielles (Cot & Macfarland, 1996).

Ce système est spatialement étendu, il implique l'activité de nombreux muscles, innervés par plusieurs nerfs crâniens (Cot & Macfarland, 1996). Ces derniers peuvent être sensoriels, sensitifs, moteurs ou mixtes.

Six paires de nerfs crâniens interviennent lors de la déglutition :

- Le nerf trijumeau (V) : innervation motrice des muscles masticateurs et sensitivo-sensorielle des joues, des lèvres de la cavité buccale et des sensations somatiques de la langue (température, pression, douleur...),
- Le nerf facial (VII) : innervation motrice des lèvres, des joues et des muscles de la face et sensitivo-sensorielle du goût sur les 2 tiers antérieurs de la langue,
- Le nerf vague ou pneumogastrique (X) : innervation motrice du voile du palais, du larynx, du pharynx, de l'œsophage et sensitivo-sensorielle du larynx,
- Le nerf glosso-pharyngien (IX) : participe à l'innervation motrice du voile du palais, du larynx et du pharynx et sensitivo-sensorielle du voile du palais, du pharynx et des sensations gustatives et somatiques du tiers postérieur de la langue.
- Le nerf accessoire ou spinal (XI) : participe à l'innervation motrice du voile du palais, du larynx et du pharynx,
- Le nerf hypoglosse (XII) : innervation motrice de la langue.

Les connexions entre les afférences sensibles et les efférences motrices vont permettre le fonctionnement réflexe de la déglutition mettant en jeu la protection des voies respiratoires.

Ces actions dites réflexes sont contrôlées par les centres bulbaires dans lesquels se situent les centres de la respiration, de la déglutition et de la phonation. Le rôle du cortex cérébral n'est pas encore parfaitement établi. On peut toutefois affirmer son rôle dans le contrôle volontaire de la déglutition.

1.3. La dysphagie

1.3.1. Définition

La symptomatologie de la dysphagie est très riche et elle comprend divers degrés de gravité. Elle peut aller de la simple sensation d'inconfort jusqu'à des difficultés majeures mettant en jeu le pronostic vital du patient.

“La dysphagie se définit généralement comme [...] une difficulté à transférer la nourriture de la cavité orale vers l'estomac en passant par le pharynx et l'œsophage. Elle est un indice d'une anomalie dans l'un ou l'autre aspect du mécanisme de déglutition. Les symptômes de la dysphagie peuvent concerner la bouche, le pharynx, le larynx ou l'œsophage. “ (Cot & Macfarland, 1996, p.43). Cette définition peut être élargie aux phases précédant la déglutition, telles que la sélection des aliments, la mastication ou les mouvements d'exploration linguale (Leopold & Kagel, 1983). La dysphagie n'est pas une maladie en soi : c'est un symptôme d'un grand nombre d'atteintes, elle fait également partie des troubles du comportement alimentaire.

Il existe deux types de dysphagie :

- la dysphagie oropharyngée qui se traduit par une difficulté à transférer le bolus alimentaire de la cavité buccale vers le pharynx et l'œsophage. Elle altère donc les phases orale et pharyngée de la déglutition.
- la dysphagie œsophagienne qui correspond à une difficulté à transporter le bolus le long de l'œsophage vers l'estomac. C'est donc la phase œsophagienne qui est perturbée.

Nous parlerons essentiellement de dysphagie oropharyngée. Lors de la déglutition, le bolus est soumis à un contrôle neuro-musculaire complexe. Le moindre dysfonctionnement peut poser problème pour son transport vers les voies digestives.

1.3.2. Dysphagie oropharyngée dans la MA

Dans le cadre de cette pathologie, une dysphagie associée peut-être observée. Une dysphagie, dans les maladies neurodégénératives, telles qu'Alzheimer, constitue, lorsqu'elle apparaît un tournant évolutif grave et annonciatrice de complications mettant en jeu le pronostic vital. Elle «est cause de déshydratation, de malnutrition, et de pneumopathies d'inhalation, qui représentent la première cause de morbidité et de mortalité dans la MA, (...). D'où l'intérêt d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces de ce trouble.» (Girod-Roux,

2012, p.2) D'après Girod-Roux, la dysphagie associée, dite «pseudobulbaire» dans la maladie d'Alzheimer est due à des lésions cérébrales diffuses. Ces dernières sont à l'origine de troubles cognitifs qui modifient les comportements alimentaires volontaires et stéréotypés et altèrent les fonctions orale, pharyngée et laryngée. Les effets secondaires des traitements psychotropes peuvent également aggraver la dysphagie. Les troubles de la déglutition sont liés de façon significative à la sévérité de l'atteinte cognitive (44% au stade sévère pour 12,5% au stade modéré), à l'autonomie d'alimentation: « For patient with dementia, continuation of self-feeding for as long as possible is considered the best practice » (Amella, 2004, p.4), et à l'apraxie bucco-faciale.

“Pratiquement toutes les conditions qui affectent le système nerveux central ou périphérique sont susceptibles de causer une dysphagie haute” (Cot & Macfarland, 1996, p. 50). En effet, la maladie d'Alzheimer étant une atteinte du cortex cérébral et du tronc cérébral, elle peut causer une dysphagie oropharyngée chez le patient.

On va retrouver des troubles neuro-musculaires ou une faiblesse liée à l'âge, un déficit perceptif, une perte d'autonomie pour l'alimentation et une perte du contrôle intellectuel sur la déglutition. Dans les maladies neurologiques telles que Alzheimer, on peut souvent observer une diminution de la sensibilité, une agnosie des troubles de la déglutition.

Le déficit cognitif observé dans la MA impacte irrémédiablement la réadaptation. Les réflexes de toux et de déglutition peuvent être altérés. De plus, le patient n'a pas les capacités cognitives pour compenser volontairement les perturbations liées à l'alimentation. «L'approche rééducative du patient dément n'est pas aisée et même parfois, totalement impossible. L'objectif est ici d'essayer de limiter l'impact de la maladie et de ses conséquences sur la fonction alimentaire.» (Bleeckx, 2009, p.157). La prise en charge est pluridisciplinaire, elle doit être adaptée aux mécanismes physiopathologiques et à l'état du patient au jour le jour. En effet, la vigilance et l'état des fonctions cognitives sont fluctuants. Le recours à un orthophoniste pour l'évaluation et la rééducation est indiqué. Il donne des conseils d'adaptation de la posture, du bolus (volume, texture et température), de l'environnement et de la fréquence des repas. Suh et al. (2009) préconise d'axer les méthodes de rééducation sur le renforcement des aspects sensoriels de la déglutition (changements de température et d'acidité du bolus), afin d'améliorer la prise de conscience de la substance des aliments en bouche, puisque 71% des fausses routes sont dues à un défaut de la phase orale (Girod-Roux, 2012). Cependant, ce type de rééducation demande une participation active du patient et une volonté manquant aux patients atteints de troubles cognitifs conséquents. C'est pourquoi, pour les stades avancés de la maladie, il est souvent impossible de gérer la dysphagie efficacement.

1.4. La musique et la musicothérapie

« Prends un bain de musique une à deux fois par semaine pendant quelques années et tu verras que la musique est à l'âme ce que l'eau du bain est au corps ». Oliver Wendell Holmes (Le Monde)

« La musique possède un pouvoir de résilience puisqu'elle peut faire revenir une émotion passée et en permettre le remaniement par la maîtrise du chant et des souvenirs associés. » (Cyrulnik, 2007, p. 100)

1.4.1. La musique

D'après le dictionnaire le Larousse, la musique est « l'art qui permet de s'exprimer par l'intermédiaire des sons. »

1.4.1.1. Universalité de la musique

Des études anthropologiques montrent que toutes les cultures humaines pratiquent et écoutent de la musique (Bigand, 2018). Peut-on cependant la considérer comme universelle ? Pour qu'elle le soit, nous devons lui prêter des points communs. En Occident, le terme musique est bien défini, en revanche dans certaines parties du monde il n'existe pas ou ne renvoie pas aux mêmes champs. Au Tibet, le terme « n'ga-ro » englobe toutes émissions sonores, musicales ou non. En Afrique, on utilise plusieurs mots pour « chant », selon le répertoire, mais pas de terme générique. Il n'existe pas non plus d'équivalent en arabe. Nous ne pouvons donc pas parler de définition universelle de la musique et pourtant on la dit universelle. Ce sont finalement les émotions qu'elle procure qui se retrouvent dans toutes les cultures (Fritz, 2009).

1.4.1.2. La musique pour soigner

Platon considérait que la musique était capable de rétablir l'harmonie entre l'âme et le corps. Il affirmait même que le chant était nécessaire pour que les actions médicales soient efficaces. Au cours de l'histoire, des vertus curatives ont toujours été associées à la musique. Au Moyen Age, elle représentait déjà une part importante du traitement médical. Elle faisait même partie des disciplines canoniques des études de médecine jusqu'au XVIème siècle.

“De tous temps, la finalité première de la musique et du son a été la guérison et la méditation (...). Reconnue comme langage de l'affectivité, la musique déclenche chez l'auditeur des réactions émotionnelles qui sont propres à sa personnalité, à ses intérêts à ses désirs et à ses besoins.” (Ogay, 1999, p.44) La musique est formée d'ondes sonores qui sont perçues par l'oreille et entrent en résonance avec les vibrations biologiques de notre corps. De cette façon,

les émissions de sons produites par les instruments vont déclencher une vibration des organes suivant les lois de la physique ondulatoire. Elles entraînent des effets plutôt somatiques, au niveau de la respiration, de la circulation et de la détente musculaire. La stimulation vibratoire sollicite le système émotionnel et devient source de détente. Le son et ses vibrations pénètrent le corps et le font réagir avant d'être analysé par le cerveau. Les stimuli musicaux sont réceptionnés par le thalamus, le siège des émotions, des sentiments et des sensations, avant de passer au cortex cérébral.

Il existe aujourd'hui un panel musical très varié et quasiment infini. Cet art devient alors un outil, notamment à des fins thérapeutiques.

1.4.1.3. La musique et le cerveau

La musique aurait une influence sur les réseaux neuronaux (Bigand, 2018). Elle activerait un réseau très large faisant intervenir les lobes frontaux, temporaux, pariétaux, occipitaux, et le cervelet (Zatorre et al., 2002). Le cerveau musical serait cortical, sous-cortical et bi-hémisphérique (Desana et al., 2011).

La musique a des effets physiologiques sur le sujet qui l'écoute ou la produit, notamment sur le système cardio-vasculaire (variation du rythme cardiaque, de la pression artérielle), sur le système nerveux central (variation de la vasoconstriction, enjeu sur la vigilance et sur le plan mnésique), sur l'appareil digestif et l'appareil respiratoire (Fertier, 2018).

Elle stimule également des régions impliquées dans le circuit du plaisir et de la récompense, comme le striatum ventral, l'amygdale, le cortex préfrontal médial. De cette façon, musique et processus émotionnels sont fortement liés (Zatorre et al., 2002). Elle peut également avoir un effet analgésique (Bigand et al., 2012).

D'autres parts, la musique active des zones relatives à la mémoire comme l'hippocampe (Boso et al., 2006). Elle permettrait d'améliorer les performances lors de tâches cognitives comme les tâches de mémoire (Lee et al., 2007), la lecture, les activités mathématiques (Mingat et al., 1994).

De nombreuses études mettent en évidence le lien entre les réseaux neuronaux du langage et ceux impliqués dans la musique. Le réseau musical serait indépendant de celui du langage verbal et correspondrait à un langage plus archaïque (Zatorre et al., 2002). Toutefois les structures cérébrales de la musique et du langage seraient liées et partageraient des réseaux communs (Fedorenko et al., 2009).

1.4.2. La musicothérapie

1.4.2.1. Généralités

Par son pouvoir émotionnel, la musique permet de communiquer avec autrui, même avec ceux qui ont perdu les codes conventionnels de la communication. La musique permet d'échanger avec les autres sans langage. Ses facultés de mise en relation sont exploitées depuis longtemps par la musicothérapie.

La musicothérapie est une forme de psychothérapie à médiation, introduisant la musique comme moyen d'expression et de communication. Cette approche se situe prioritairement dans le registre non verbal, mettant en jeu le son, la musique, le mouvement, favorisant l'ouverture de canaux de communication (Ogay, 1999).

Il existe deux types de techniques en musicothérapie : réceptive et active. Elles sont utilisées en groupe comme individuellement.

La musicothérapie réceptive est basée sur l'écoute d'extraits musicaux choisis en fonction de l'identité sonore du patient. Ils sont inducteurs de modifications de comportements et d'humeur, ainsi que de l'émergence de souvenirs.

La musicothérapie active est basée sur la production musicale réalisée par le patient lui-même. Les percussions corporelles et instrumentales sont un moyen pour le patient de s'exprimer. L'improvisation musicale, qui est l'élément phare de la musicothérapie active, permet au patient de se libérer et de se défouler affectivement. Les défenses psychologiques tombent à travers le jeu et laissent place à la communication musicale.

1.4.2.2. Musicothérapie et orthophonie

Un orthophoniste n'est pas musicothérapeute. En revanche, l'intervention musicale est pertinente dans la prise en charge orthophonique car elle favorise la communication verbale et non verbale. Les orthophonistes peuvent utiliser des outils tels que le travail du rythme (TMR), le chant (pathologies de la voix) ou encore l'écoute musicale (favoriser l'émergence du langage notamment dans le cadre des maladies neurodégénératives).

1.4.3. Thérapie musicale et MA

Selon Sacks et Cler (2009), « pour les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer, la musique n'est pas un luxe mais une nécessité ». De nombreuses publications scientifiques démontrent les bénéfices de la thérapie par la musique dans le cadre de la MA.

Dans la MA, c'est l'affectivité qui détermine le comportement dit aberrant des personnes atteintes de la maladie. En effet, le processus cognitivo-conceptuel, qui contrôle les émotions, les sentiments et les sensations, dysfonctionne et les laisse s'écouler sans retenue. Leur expression est devenue corporelle, puisque elle ne peut plus ou difficilement se faire par

le biais de la communication verbale. La musicothérapie, en tant que thérapie non-verbale, permet d'entrer en communication avec la personne confuse (Ogay, 1999). D'après Mathilde Chagneau (2017), l'écoute musicale seule peut améliorer les performances cognitives du patient, pour l'instant elle est utilisée surtout pour aider les patients à renouer avec la communication. La capacité préservée de traiter la musique chez de nombreuses personnes atteintes de démence peut être en partie due au fait que la maladie affecte plus lentement les régions du cerveau qui sont liées à la cognition musicale que les régions en corrélation avec la mémoire.

Chez la personne âgée, l'écoute musicale lorsqu'elle est bien sélectionnée en fonction de l'identité sonore de la personne (ISO), va évoquer le passé et faire resurgir ses plaisirs, ses succès, et le rappel de réalisations anciennes. Cette réminiscence va permettre de restaurer le sentiment de valeur personnelle, par la réappropriation d'un temps vécu, dans un contexte et une époque réactualisés, même à un stade avancé de la maladie (Desana et al., 2011).

De plus, la musicothérapie, en gériatrie, notamment avec les patients Alzheimer, s'avère être un moyen de suppléance au langage oral, en traduisant les émotions, sentiments. En effet ces patients ont souvent perdu l'instrument verbal. En outre, la musique ancre le patient dans le temps présent, en faisant appel à ses émotions et en créant un partage avec le thérapeute (Desana et al., 2011).

L'écoute musicale peut impacter les troubles psycho-comportementaux. Elle améliore l'humeur des patients et peut réduire les manifestations d'angoisse (déambulation, pleurs, tremblements), d'agressivité, les comportements répétitifs (Lesniewska, 2003). L'impact de la musique sur le comportement des personnes atteintes de démence peut aussi être dû à la capacité de la musique à intensifier l'excitation et à atténuer les déficits attentionnels de la démence (Simmons-Stern et al., 2010). «Elle améliore la qualité de vie du malade et des aidants, elle réduit les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence. Lorsque la musicothérapie est plutôt réceptive de type audition passive, elle favorise la relaxation mais ses effets sont temporaires.» (Thomas et al., 2017, p.2). De plus, les effets d'une approche musicale continuent même dans les périodes où l'intervention est interrompue (Whear et al., 2014).

Tous ces bénéfices pourraient s'expliquer notamment par le fait que les capacités musicales sont presque innées et implantées dans plusieurs zones du cerveau. Ainsi, même à un stade avancé, les malades conservent une certaine sensibilité musicale (Bigand et al., 2012).

La musicothérapie, comme l'orthophonie permet de favoriser les capacités d'interaction des personnes atteintes de la MA à un stade avancé. L'orthophonie cherche à maintenir les capacités de communication du patient, et le musicothérapeute a pour but la création d'une

relation thérapeutique. Ainsi, ces deux disciplines ont un objectif commun. Il est alors envisageable que l'orthophoniste utilise des notions de thérapie musicale en complément de sa rééducation orthophonique.

1.4.4. L'écoute musicale et les comportements alimentaires

Nous avons trouvé 1 article se référant à ce sujet.

Comme il a été vu précédemment, la mémoire de la musique est fortement liée aux émotions, lorsque l'on écoute de la musique de nombreuses zones du cerveau sont activées, notamment le système limbique qui libère de la dopamine, la musique a donc un impact émotionnel. Si la maladie d'Alzheimer nuit à la capacité de se rappeler les faits et les détails, elle ne détruit pas les connexions à long terme établies entre une chanson préférée et le souvenir d'un événement important (Music and Memory).

D'après Dan Cohen et al. (2018), l'écoute de playlists personnalisées peut améliorer la déglutition dans les démences sévères. Ils ont remarqué des effets thérapeutiques des playlists personnalisées sur les comportements alimentaires, la nutrition et la gestion du poids. Ils ont étudié la quantité de nourriture consommée par patient sur une période de deux semaines (une semaine avec la musique 30 minutes avant le repas et l'autre sans). L'apport moyen avec l'intervention « Music and Memory » était de 71,4%, tandis que l'apport moyen sans était de 41,4%.

2. METHODE

2.1. Problématique et hypothèses

Les premières causes de mortalité dans la maladie d'Alzheimer sont la déshydratation, la malnutrition, et les pneumopathies d'inhalation (Girod-Roux, 2012), dues à des fausses routes et ou une altération de l'alimentation.

Les rééducations orthophoniques proposées pour les troubles de la déglutition demandent une participation active du patient. Il est donc souvent impossible de gérer la dysphagie efficacement, pour les stades avancés, leurs capacités cognitives ne le leur permettent pas. L'écoute musicale pourrait être une alternative à la rééducation classique de la déglutition. Les troubles du comportement influencent de façon conséquente le moment du repas, nous parlons d'ailleurs de troubles du comportement alimentaire. « Au cours de l'évolution de la maladie, apparaissent fréquemment des troubles du comportement alimentaire dominés par l'anorexie. Les causes de l'anorexie sont multiples et très souvent intriquées. Parmi ces causes,

on peut citer les troubles de l'humeur, la dépression, les délires et les hallucinations, les causes somatiques ou l'iatrogénie. » (Secher et al., 2001, p.2).

L'objectif de ce mémoire est d'observer les effets de l'écoute de playlists personnalisées sur les comportements alimentaires.

Nous émettons deux hypothèses :

L'écoute de playlists personnalisées permettrait :

- une amélioration des comportements qui perturbent le moment du repas,
- une amélioration des mécanismes physiologiques de la déglutition (propulsion du bolus, mastication, phase pharyngée).

2.2. Méthodologie

2.2.1. Elaboration du projet

Afin d'évaluer l'impact de l'écoute de playlists musicales personnalisées sur les patients atteints de la MA, nous avons décidé d'observer leurs effets sur les comportements alimentaires lors du repas. Il s'agit :

- d'observer les changements ou les modifications des comportements,
- de repérer les améliorations de la déglutition au moment du repas à l'aide de mesures et d'observations cliniques grâce à un protocole déterminé,
- de comparer ces résultats avec ceux obtenus après l'observation d'un repas sans écoute musicale au préalable.

Pour ce faire, nous avons voulu effectuer une étude de cas de patients atteints de troubles des comportements alimentaires dans le cadre d'une MA, sur une durée de 15 jours.

2.2.1.1. Sélection des patients

Pour participer à cette étude de cas, nous avons recherché entre 2 et 5 patients atteints de la MA à un stade avancé et souffrant de troubles des comportements alimentaires, quel que soit le degré de sévérité de ces derniers. Les contraintes institutionnelles (cours et stages) ont limité de ce fait notre échantillon. La population de l'étude s'est donc limitée à quatre personnes.

2.2.1.1.1 Critères d'éligibilité

Critères d'inclusion des patients :

- Patient présentant un diagnostic de MA probable défini selon les critères du NINCDS-ADRDA,
- Stade avancé de la maladie, établi par un score au MMSE inférieur ou égal à 10,
- Troubles de la déglutition détectés par la structure,
- Recueil du consentement libre et éclairé d'un des proches, les patients étant à un stade très avancé de la maladie, il a été impossible de leur demander le leur.

Critères d'exclusion des patients :

- Causes de démence autres que la MA
- Surdité profonde bilatérale

2.2.1.2. Recrutement

Des EHPAD des régions vendéenne, nantaise et sarthoise ont été contact  s par courrier électronique (*cf.* annexe 1) et téléphone pour recruter les participants. Un EHPAD s'  st montré intéressé, une rencontre a donc été organisée avec **la** cadre de santé. Cette dernière nous a présenté des résidents qui d'après l'équipe pourraient participer à notre étude. Les mesures préalables (MMSE et questionnaire musical) ont été effectuées auprès de 5 résidents. A la suite de ces mesures, quatre résidents correspondaient aux critères d'inclusion et ont accepté de participer à l'étude.

Les participants et leur famille ont reçu une lettre explicative (*cf.* annexe 2) sur le fonctionnement de l'étude. Ils ont signé une lettre de consentement libre et éclairé (*cf.* annexe 3) et un formulaire d'autorisation concernant le recueil des données les concernant, notamment les données vidéo (*cf.* annexe 4).

Pour plus de précision au niveau des observations de repas, les patients ont été film  s. Les vidéos ne seront pas diffusées, elles ne servent qu'au recueil de données.

2.2.1.3. Matériel

*2.2.1.3.1 MMSE, version consensuelle du Greco (*cf.* annexe 5)*

Le MMSE est un outil d'évaluation global des fonctions cognitives, conçu pour un dépistage rapide des déficits cognitifs. Il peut en effet être effectué en pratique médicale courante. Cependant, il ne suffit pas comme seul test diagnostique d'une maladie d'Alzheimer. Le score obtenu donne une idée du degré de détérioration cognitive. Le score seuil de démence est fixé à 24/30. De 24 à 20, la démence est considérée comme légère, de 10 à 20, elle est

modérée, et enfin lorsque le score est inférieur à 10, le degré de démence est sévère. (Touchon & Portet, 2004)

2.2.1.3.2 Questionnaire de « Music and Memory » (cf. annexe 6)

Afin de créer des playlists adaptées aux goûts musicaux de chaque patient, les patients (si possible), l'équipe soignante de l'institution et les proches du patient ont répondu à un questionnaire.

Le questionnaire choisi a été établi par l'association « Music and Memory ». Afin de proposer des playlists au plus près des goûts du patient, nous avons suivi une formation en ligne auprès de l'association.

Un extrait du questionnaire est proposé en annexe, la formation étant payante, « Music and Memory » souhaitait que leur outil ne soit pas diffusé.

2.2.1.3.3 Formulaire général sur temps du repas (cf. annexe 7)

Nous avons construit un formulaire permettant de faire l'anamnèse des troubles du comportement alimentaire des patients.

Ce formulaire s'organise en deux temps : la prise d'information sur le dossier médical et un entretien avec une personne de l'équipe soignante.

D'après Kotzki (1999), la prise d'information sur le dossier médical permet de refaire l'historique des troubles. Les informations recherchées sont :

- l'histoire du problème, la durée, les conditions d'apparition (progressive, soudaine), sa progression (amélioration, aggravation, état stable),
- la condition médicale (en particulier : les maladies, traumatismes ou chirurgies susceptibles d'affecter les fonctions respiratoires et digestives),
- les interventions médicales déjà pratiquées en regard du trouble alimentaire (intubation, examen neurologique),
- l'Indice de Masse Corporelle (IMC), pour déceler des signes de dénutrition, « la pratique clinique montre que la perte de poids s'accompagne d'un ensemble de complications (altération du système immunitaire, atrophie musculaire, chutes, fractures et dépendance) responsables d'une aggravation de l'état de santé et d'une augmentation du risque d'institutionnalisation et de mortalité. » (Secher, 2011, p.227),
- certains médicaments ont des effets secondaires sur l'appétit, l'action musculaire et les sécrétions tels que les antidépresseurs qui peuvent affecter la coordination de la déglutition,

- l'état de vigilance, puisque ce dernier influence la déglutition.

L'entretien avec un membre de l'équipe soignante est effectué en dehors des situations alimentaires. Il permet de considérer le patient dans son ensemble, avant de considérer l'évaluation de ses mécanismes de déglutition. Lors de cette entrevue, sont abordés les domaines de l'alimentation, du niveau sensoriel visuel et auditif, et l'état buccodentaire, comme l'état de la langue.

Il était important dans notre travail de prendre en compte les observations des aides-soignantes. Elles ont souvent un rôle clé dans l'identification de la dysphagie. Etant au contact des patients toute la journée, elles observent certains signes suggestifs tels que des épisodes de toux, de sialorrhée, d'étouffement, une diminution de l'appétit ou encore des étouffements nocturnes.

2.2.1.3.4 Le NPI-ES (cf. annexe 8)

« Même si la déglutition est normale ou quasi normale d'un point de vue physiologique, les troubles du comportement et de l'attention peuvent impacter l'alimentation. » (Kotzki, 1999, p.199). Dans le cadre de troubles du comportement alimentaire dans la MA, il est important de préciser l'impact des troubles psycho-comportementaux.

Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution.

Afin de mesurer une évolution des comportements grâce à l'écoute musicale, nous avons fait passer le NPI-ES une fois avant le début du protocole et une autre à la fin du protocole, avec la même personne, afin que le jugement de l'évolution soit le plus objectif possible.

2.2.1.2.4 – Evaluation des comportements alimentaires (cf. annexe 9)

Cette évaluation consiste en une observation de repas. Elle s'organise en cinq parties :

- *L'environnement*

L'environnement offre des distractions que le patient n'est pas nécessairement en mesure d'inhiber pour se concentrer sur son alimentation.

Dans cette partie, l'installation et la posture sont observées. Il est important de noter que toutes les dynamiques du carrefour aérodigestif ne peuvent être considérées isolément de la posture corporelle, en particulier de la statique céphalique (posture de la tête et du rachis cervical), et de la respiration. En effet, *es* de mauvaises postures majorent les troubles de la

déglutition. Or, elles sont retrouvées chez beaucoup de patients de la population gériatrique institutionnalisée, le plus souvent chez ceux qui nécessitent des soins importants et ceux qui présentent des troubles cognitifs sévères (Girod-Roux, 2012).

Le risque d'inhalation est majoré, quand le patient est alimenté par un tiers (Amella, 2004). C'est pourquoi le niveau d'aide du personnel et les ustensiles utilisés sont également répertoriés.

- *Le repas*

Lors d'un repas, les déglutitions successives sont assez coûteuses en énergie. Elles requièrent des capacités cognitives, telles que l'attention et la vigilance. Celles-ci peuvent se révéler difficiles à mobiliser sur toute la durée d'un repas chez un patient âgé qui est plus fatigable. On peut donc remarquer un allongement du temps du repas ou une perte d'appétit.

- *L'échelle de Blandford*

Cette échelle permet d'identifier plusieurs groupes de troubles du comportement alimentaire :

- Les comportements de résistance
- Les comportements sélectifs
- Dyspraxie et agnosie. Troubles cognitifs et attentionnels
- Incoordination orale neuromusculaire. Dysphagie oropharyngienne
- Niveau de dépendance alimentaire

Les parties suivantes permettent d'étayer les réponses à l'échelle de Blandford.

- *La déglutition* (Forster, 2012)

Afin d'évaluer, de façon écologique la déglutition, nous nous sommes concentrés sur la mastication et la propulsion du bol, afin d'évaluer la phase orale, mais aussi sur le temps pharyngé. Nous avons également prêté une attention particulière aux liquides. En effet « les patients avec démence de type Alzheimer présentent un allongement du transit oral pour les liquides » (Forster, 2012, p.110).

Deux aspects importants de la dysphagie sont considérés : l'efficacité et la sécurité de la déglutition. L'efficacité de la déglutition peut être altérée avec des apports oraux insuffisants et donc un risque de déshydratation et de malnutrition. « L'incidence des bronchopneumonies

d'aspiration augmente avec l'âge. » (Forster, 2012, p.111) Les troubles de la déglutition majorent les risques de fausses routes.

- *Le plaisir*

« Le repas constitue pour les Français un des moments les plus agréables, moins que jouer, regarder un spectacle ou se promener, mais quasiment autant que lire ou écouter de la musique. » (De Saint Pol, 2017, p.3). Cependant ces repas qui « constituent normalement un moment privilégié de plaisir et d'interaction sociale » peuvent devenir des « espaces de souffrance, de danger et d'humiliation. » (Jacquot et coll., 2001, p.3) Perte du plaisir de manger et de boire, anxiété, gêne sociale..., tous ces ressentis constituent des obstacles contrariant la prise alimentaire du patient. Ils peuvent même mener à un isolement. (Finiels et coll., 2001)

- *Autres observations*

Cet outil permet d'observer les différents aspects du repas. Il permettra d'évaluer l'évolution des comportements alimentaires avant le début de l'écoute musicale, puis avec écoute musicale au bout de 7 jours et à 14 jours.

2.2.2. Mise en place du protocole d'étude

Afin de vérifier les hypothèses, 5 patients ont écouté leur playlist personnalisée respective pendant 14 jours, à raison de 30 minutes par jour, avant le moment du repas. Une observation de repas a été faite à J0, J7, J14.

2.2.2.1. Création des playlists

Les playlists ont été créées avant le début du protocole. Pour cela, nous avons fait passer le questionnaire « music and memory » aux proches, soit lors d'une rencontre ou par téléphone. L'animatrice de la structure a également répondu au questionnaire pour chaque résident. Enfin, lorsque cela était possible, nous avons essayé de récolter des informations auprès des sujets choisis, par l'intermédiaire du questionnaire et avec l'écoute d'extraits musicaux, afin de mieux cibler leurs goûts.

2.2.2.2. Première rencontre avec l'équipe soignante à propos des troubles du comportement alimentaire des patients

Cette rencontre s'est faite en plusieurs temps. Tout d'abord, nous avons rempli le formulaire général sur le temps du repas à partir du dossier médical de chaque patient et après un temps pris avec une des infirmières de la résidence, ensuite le NPI-ES a été rempli par une infirmière.

La semaine précédant le protocole, nous avons assistés aux transmissions de l'équipe soignante, afin de présenter notre projet et que l'équipe au complet soit informée des objectifs de notre venue.

2.2.2.3. Bilan préliminaire

Cette première observation de repas a pour but de repérer les troubles du comportement alimentaire des patients. Elle permettra par la suite d'observer une hypothétique évolution des troubles du comportement alimentaire après écoute musicale.

2.2.2.4. Ecoute musicale

L'écoute musicale se fait en chambre pour plus de tranquillité, de une heure à trente minutes avant le repas tous les jours durant l'étude. Pour deux patients, elle se fait sur clé USB branchée sur leur télévision respective. Pour les deux autres, faute de télévision, elle se fait sur ordinateur avec une enceinte, afin d'avoir une puissance de son suffisante.

2.2.2.5. Observations des repas après écoute musicale

Deux observations de repas après écoute musicale sont faites par patient, une à J7 et l'autre à J14. Etant donné l'état fluctuant des symptômes, ces deux évaluations permettent de préciser les évolutions observées. Chaque observation se fera sur le temps du midi, puisque ce dernier est le plus varié au niveau des aliments.

2.2.3. Présentation des patients

2.2.3.1. Patient E

2.2.3.1.1 Anamnèse

Madame E., 97 ans, célibataire, travaillait dans une usine de chaussures. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer a été posé en 2012, l'année de son entrée en institution. Son score au MMSE est de 3/30, elle présente donc une MA au stade avancé. Mme E. est en fauteuil avec tablette, repose-tête et repose-pied afin de l'aider à avoir une meilleure posture. Elle porte des lunettes et présente une surdité liée à l'âge, moins importante du côté gauche. Mme E., présente des troubles de l'humeur, du comportement et de l'hypertension. Elle a déjà contracté des pneumopathies avec quelquefois des épisodes d'hyperthermie. En 2015, elle a été hospitalisée pour une fracture du col du fémur. Son IMC est dans la norme.

Mme E. a besoin d'une aide complète dans les activités de la vie quotidienne et bénéficie d'une surveillance nocturne.

Au niveau de la déglutition, son alimentation se fait en texture mixée et l'hydratation avec de l'eau gélifiée. Mme E. a besoin de stimulation pour boire, surtout au moment des

grosses chaleurs. L'hydratation se fait à la petite cuillère. Les repas se font en salle, quand son état le permet. Son niveau de vigilance au moment des repas est fluctuant, il lui arrive de faire des malaises et elle présente un léger bavage.

Pour ce qui est de la communication, la compréhension verbale et non-verbale semblent légèrement impactées par les déficits visuels et auditifs. Parler près de son oreille gauche est conseillé. La qualité articuloire est bonne, Mme E. est compréhensible.

Elle ne porte pas de prothèses dentaires, mais son état buccodentaire reste altéré. Il lui manque des dents en haut et en bas et les dents restantes sont de mauvaise qualité. De plus, nous notons une légère déshydratation de la langue. Il s'avère que cette dernière est crevassée.

2.2.3.1.2 Goûts musicaux

Mme E. n'a pas d'enfant et plus de famille proche. C'est l'amie qui s'occupe d'elle qui a accepté de répondre au questionnaire.

Mme E. était très sociable. Elle aime la musique, mais cette dernière n'a pas eu une importance particulière dans sa vie. Elle est très pieuse et a connu une éducation très stricte. Elle est de confession catholique, elle participait à la chorale de l'église. Les chants religieux gardent encore beaucoup d'importance pour elle aujourd'hui. Lorsqu'elle écoutait de la musique, c'était plutôt de la variété française à la radio et elle aimait les comptines telles que « au clair de la lune ».

2.2.3.2. *Patient L*

2.2.3.2.1 Anamnèse

Madame L., 89 ans au moment de l'étude, est mariée, son époux est resté à son domicile. Elle exerçait la profession de couturière. Elle a deux enfants.

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer a été posé en 2013. Son entrée en institution date de 2015, l'évolution de la maladie ne permettait plus à son mari de s'occuper d'elle seul. Son score au MMSE est de 0/30, elle est donc au stade avancé de la MA. Mme L. est alitée toute la journée et est très douloureuse lorsqu'elle est mobilisée. Une cataracte bilatérale occasionne une malvoyance chez elle. Mme L. a des troubles de l'humeur et du comportement, notamment au moment de la toilette, elle peut être agressive verbalement et physiquement. Elle présente quelquefois des épisodes d'hyperthermie. Son IMC est à 19,93, elle montre donc des signes de dénutrition.

Mme L. a besoin d'une aide complète dans les activités de la vie quotidienne et bénéficie d'une surveillance nocturne.

En ce qui concerne de la déglutition, son alimentation se fait en texture mixée et l'hydratation avec de l'eau gélifiée. Mme L. a également besoin de stimulation pour boire. Les repas se font en chambre, au lit en position assise. Son état de vigilance au moment des repas est fluctuant.

Au niveau de la communication, la compréhension verbale et non-verbale semblent légèrement impactées. Mme L. est difficilement intelligible, sa voix est très faible et légèrement soufflée et sa qualité articulaire est défaillante.

Les prothèses dentaires de Mme L. ne sont plus adaptées, elle ne les porte plus. Il lui reste seulement deux incisives du bas et 3 sur le haut. Sa langue est crevassée, signe de déshydratation.

2.2.3.2.2 Goûts musicaux

Mme L. était très sociable, elle aime énormément la musique, surtout danser. Elle est de confession catholique, elle participait à la chorale de l'église. La religion est importante pour elle, elle regarde la messe à la télévision le dimanche. Lorsqu'elle écoutait de la musique, c'était plutôt de la variété française. Elle dansait également beaucoup au bal musette.

Mme L. a un lecteur de CD à côté de son lit que les aides-soignantes allument régulièrement dans la journée.

2.2.3.3. *Patient C*

2.2.3.3.1 Anamnèse

Monsieur C., âgé de 91 ans au moment de l'étude et vit dans la structure avec sa femme, mais en chambres séparées. Il était serrurier. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer a été posé en 2015, il est rentré en institution en 2016. Son score au MMSE est de 9/30, il présente donc une MA au stade avancé. M C. est en fauteuil avec repose-tête et repose-pied, il essaye à certains moments d'avancer seul en se balançant d'avant en arrière. Il présente des troubles de l'humeur et du comportement, l'équipe soignante lui donne du Risperidone en solution buvable, un neuroleptique, quand il montre un comportement trop agressif. Son IMC est dans la norme.

M C. a besoin d'une aide complète dans les activités de la vie quotidienne et bénéficie d'une surveillance nocturne.

Pour ce qui est de la déglutition, son alimentation se fait en texture normale et l'hydratation avec de l'eau plate. Les repas se font en salle, il mange seul, mais avec des couverts adaptés (manches épais, assiette à rebord et ventouse). Cependant, il présente une légère apraxie idéomotrice et des fausses routes surtout aux liquides.

Au niveau de la communication, la compréhension verbale et non-verbale semblent bonnes. Pour ce qui est de l'expression, M. C. a besoin d'un temps de latence avant de s'exprimer oralement, l'articulation est de qualité.

M. C. a des prothèses dentaires, qu'il ne porte pas tout le temps, en effet ces dernières ne sont plus adaptées et se décrochent.

2.2.3.3.2 Goûts musicaux

La femme de M. C. chante énormément, surtout de la variété française, chose qu'il apprécie beaucoup. De plus, il aime le sport, plus particulièrement le football, il soutient l'équipe locale. Il affectionne les hymnes sportifs.

2.2.3.4. *Patient M*

2.2.3.4.1 Anamnèse

Madame M., 90 ans au moment de l'étude, est veuve et n'a pas d'enfants, ce sont ses deux neveux qui s'occupent d'elle. Elle exerçait la profession de couturière. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer a été posé en 2009, et son entrée en institution s'est faite en 2011. Son score au MMSE est de 0/30, elle présente donc une MA au stade avancé. Mme M. est en fauteuil avec repose-tête et repose-pieds afin de l'aider à avoir une meilleure posture, elle porte des lunettes quand elle les accepte. Mme M., présente des troubles de l'humeur et du comportement. L'équipe soignante a noté des épisodes d'hyperthermie à plusieurs reprises. Son IMC est dans la norme.

Mme M. bénéficie d'une aide complète dans les activités de la vie quotidienne et d'une surveillance nocturne.

Au niveau de la déglutition, son alimentation se fait en mixé et l'hydratation avec de l'eau gélifiée. De plus, Mme M. a besoin de stimulation pour boire, surtout au moment des grosses chaleurs. Les repas se font en salle. Son état de vigilance au moment des repas est fluctuant, il lui arrive de s'endormir au milieu du repas.

Il est difficile d'estimer son niveau de compréhension, Mme M. est happée par tous les stimuli visuels et répond très rarement aux questions. Au niveau de l'expression, Mme M. parle très peu et a un manque du mot sévère, l'articulation est également altérée.

Mme M. n'a pas de prothèses dentaires et n'a plus de dent. On observe une inoclusion labiale avec la langue déviée à l'extérieur.

2.2.3.4.2 Goûts musicaux

Mme M. est une personne qui était très sociable, elle aime la musique, mais cette dernière n'avait pas une importance particulière dans sa vie. Elle a quand même un poste de radio dans sa chambre. Elle aime la variété française, plus particulièrement les airs joyeux.

3. ANALYSE DES RESULTATS

Notre étude a porté sur un petit nombre de participants, nous ne pouvons donc pas formuler de généralisation. Nous présenterons ici les résultats permettant de mesurer l'évolution des comportements alimentaires grâce à l'écoute musicale.

3.1. Patient E

3.1.1. *Evolution des troubles du comportement*

A la première passation du NPI-ES, il ressort que Mme E. présente des hallucinations et peut être agitée et agressive notamment au moment de la toilette. A la deuxième passation de nouveaux troubles du comportement ne se sont pas déclarés. Mme E. entend des voix et parle à des personnes qui ne sont pas présentes. Elle peut également crier, jurer et se montrer peu coopérante quand l'équipe veut l'aider. Dans certaines situations elle peut devenir violente physiquement.

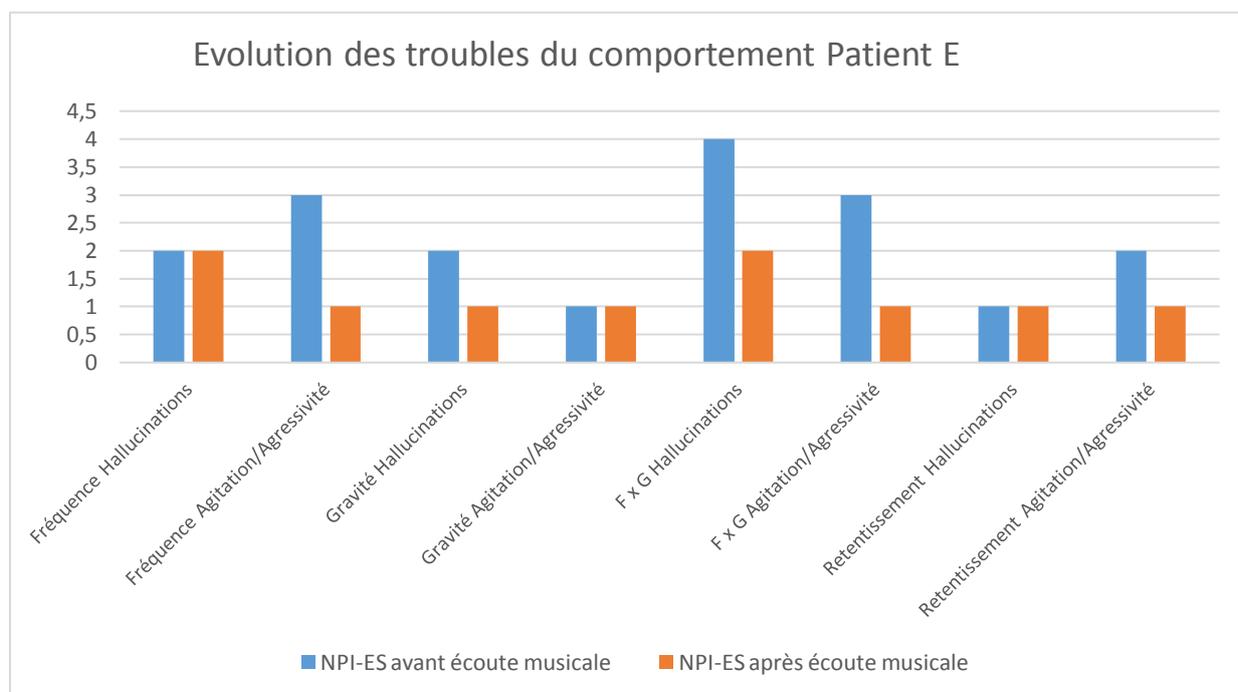


Figure 7 : Résultats au NPI-ES du patient E

L'agitation et l'agressivité se manifestent moins souvent après écoute musicale, elle passe d'une fréquence de 3 : « plusieurs fois par semaine, mais pas tous les jours » à une fréquence de 1 : « moins d'une fois par semaine ». Lors de la toilette, ces comportements sont toujours présents, mais moins importants, de retentissement léger (score 2), nous observons un retentissement minime (score 1). Même si le niveau de gravité reste inchangé, ce comportement reste perturbant pour Mme E.. L'équipe soignante communique plus facilement avec elle, les gestes de la toilette sont donc mieux acceptés par Mme E.

La fréquence et le retentissement des hallucinations ne semblent pas impactés par l'écoute musicale. Mais elles paraissent moins graves, avant l'écoute musicale elles sont éprouvantes et stressantes (score de 2), après l'écoute musicale, elles sont inoffensives et moins éprouvantes (score de 1).

Après écoute musicale, Mme E. se montre plus coopérante et est moins agacée au moment de la toilette.

3.1.2. Evolution des troubles du comportement alimentaire

3.1.2.1. Résultats à l'échelle de Blandford

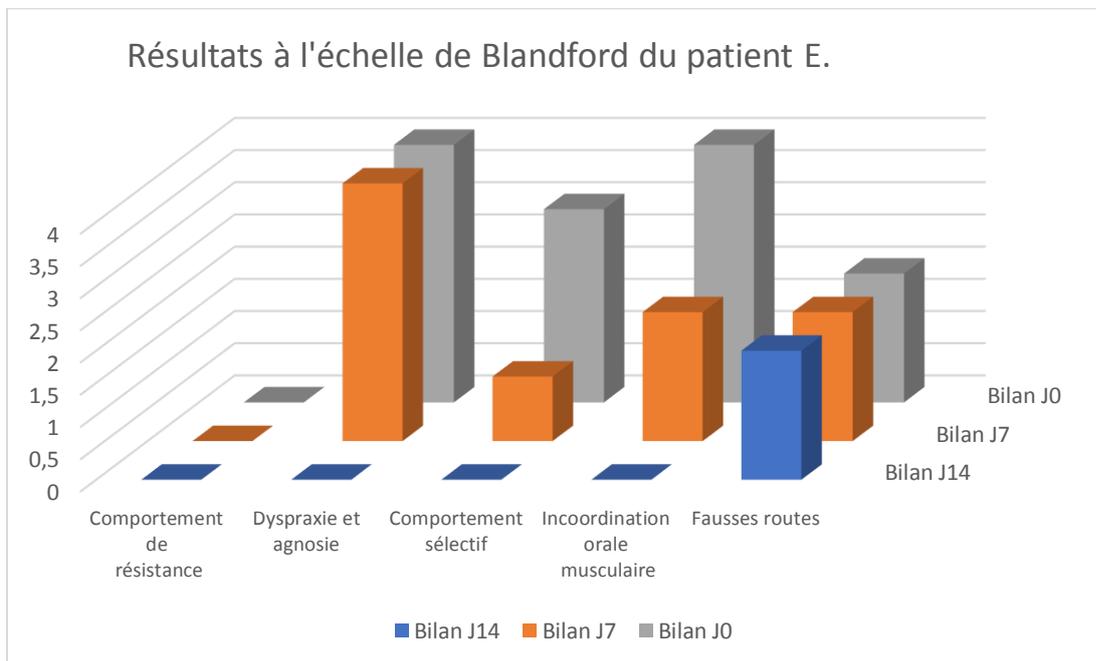


Figure 8 : Résultats à l'échelle de Blandford du patient E.

Les comportements alimentaires de Mme E. semblent s'être améliorés avec l'écoute musicale.

Au niveau de la dyspraxie et de l'agnosie, au moment de l'observation de repas préliminaire (J0), Mme E. a besoin de gestes bienveillants (caresses sur la main) pour manger. Elle est incapable d'utiliser ses couverts, elle mélange et joue avec la nourriture plutôt que de l'avaler. Les aliments ne sont pas non plus reconnus. Après 14 jours d'écoute musicale, on note que ces comportements sont réduits.

En ce qui concerne les comportements sélectifs, Mme E. ne mange que des petites quantités de nourriture, puis refuse de s'alimenter, même si on la fait manger, elle préfère les liquides et refuse les solides. Ces signes ne sont plus observables après 14 jours d'écoute musicale.

Du côté de l'incoordination orale neuromusculaire, Mme E. n'ouvre pas la bouche spontanément quand on lui présente la nourriture. Elle fait des mouvements continus de rotation de la langue, ce qui empêche l'ingestion des aliments. Elle peut à certains moments accepter la nourriture, mais ne pas l'avaler, de ce fait la nourriture coule de sa bouche. Suite à l'écoute musicale, ces signes ne sont plus observés.

Les signes de fausses routes (toux, hémage, voix « mouillée ») n'ont pas été modifiés par l'écoute de musique.

L'Echelle de Blandford évalue également la dépendance alimentaire. A la première et deuxième observation, Mme E. ne s'alimentait que si on la faisait manger. Après 14 jours d'écoute musicale, elle s'alimente seule, mais a besoin d'aide de temps en temps.

3.1.2.2. Impact de l'environnement

Mme E. mange en salle à manger lors des 3 observations, pour les 2 premières, elle est placée à une table de 4 personnes, pour la dernière, elle est seule à sa table. L'aidant se place toujours à côté d'elle.

Au niveau de la posture, on remarque une évolution après 14 jours d'écoute musicale. Pour les deux premières observations de repas, Mme E. a les avant-bras appuyés sur les accoudoirs de son fauteuil, lors de la dernière observation, ils reposent sur la table. Son tronc est toujours en hypoflexion, mais nous observons, après 14 jours d'écoute musicale un redressement de la tête lorsqu'elle porte les aliments à sa bouche.

Pour les première et deuxième observations, c'est le personnel qui faisait manger Mme E., pour la dernière, elle a exprimé le désir de manger seule. Afin de l'aider, des couverts adaptés lui ont été proposés (verre avec hanse, couverts avec manche épais).

3.1.2.3. Qualité du repas

La durée du repas n'est pas influencée par l'écoute musicale. Cependant, la quantité de nourriture ingérée a augmenté. A la première observation, Mme E. n'a pas mangé sa soupe et n'a mangé que la moitié de son plat de résistance. A la dernière, Mme E. mange tout ce qui lui est proposé sur son plateau.

3.1.2.4. Evolution de la déglutition

- *La Mastication*

Etant donné que le patient E mange en mixé et que son état buccodentaire est altéré, la mastication est impossible à observer.

A la première observation, nous remarquons, une protrusion linguale, un léger trouble de la sensibilité au niveau des lèvres (aliments qui coulent) et des stases au niveau de la langue et sur les côtés. Nous ne remarquons pas d'amélioration au bout de 7 jours, après 14 jours d'écoute, la préhension labiale est plus fonctionnelle, et nous n'observons pas de stases buccales, de plus lorsque de la nourriture coule au niveau des lèvres, Mme E. essaye d'aller la chercher avec sa langue.

A la première observation, nous avons noté des enchaînements de plusieurs tentatives de déglutition et un temps de latence supérieur à 3 secondes avant la déglutition. De plus des signes de fausses routes telles que la toux, l'hémmege et la voix mouillée sont observés avec les solides et les liquides. Au moment de l'observation finale, nous remarquons également des signes de fausses routes (toux et voix mouillée), tous états confondus.

3.1.2.5. Plaisir au repas

Mme E. montre une certaine indifférence quant au contenu des assiettes, au moment de l'observation préliminaire, elle hausse les épaules quand on lui demande si c'est bon ou si elle en veut d'autre. En outre, elle refuse de manger seule quand on lui pose la question.

Au bout de 7 jours, elle refuse toujours de manger seule, mais s'intéresse à ce qu'il y a dans son assiette, mais cela est source d'angoisse, elle ne reconnaît pas les aliments et se demande pourquoi les personnes autour d'elle ne mangent pas pareil (différence entier/mixé). Aux questions « en voulez-vous d'autres ? » et « Est-ce-que c'est bon ? », elle hausse toujours des épaules. Durant ce repas, Mme E. parle beaucoup, mais ce sont les mêmes questions qui

reviennent tout le temps, après chacune de nos réponses elle répond « je ne comprends rien », « je suis perdue ».

Nous remarquons une nette évolution au bout de 14 jours, Mme E. exprime le fait qu'elle a faim sur le chemin pour aller à la salle à manger. Elle dit qu'elle est contente d'être là et nous parle de ses « copines » avec qui elle mange. Tous les plats lui paraissent bons. Lorsque nous l'aidons avec ses couverts, elle tend la main pour les reprendre. Durant ce repas, Mme E. parle de sa vie passée et lorsque nous nous levons, nous demande si nous partons. A la fin du repas, elle nous remercie de notre venue.

3.2. Patient L

3.2.1. Evolution des troubles du comportement

Mme L. présente de l'agitation, de l'agressivité et des hallucinations aux deux passations du NPI-ES. Elle peut entendre des voix et parler à des personnes qui ne sont pas présentes. Elle fait preuve d'agressivité au moment de la toilette, elle est peu coopérante quand les soignants veulent l'aider et les insulte. Dans ces moments d'agressivité, elle peut jeter des objets ou frapper les soignants.

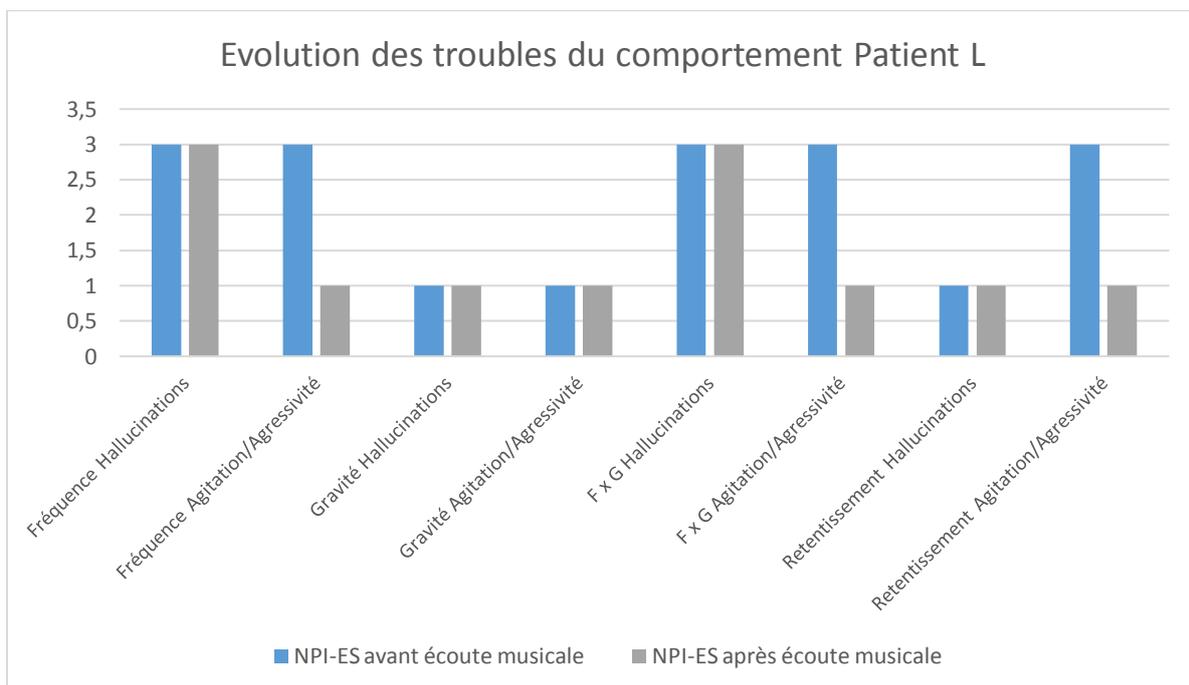


Figure 9 : Résultats au NPI-ES du patient L

L'écoute musicale n'a pas réduit les hallucinations de Mme L., mais les comportements d'agitation et d'agressivité ont diminués. Leur fréquence est passée d'un score de 3 à un score de 1. Ils se manifestent moins d'une fois par semaine, alors qu'avant l'écoute musicale, ils se

manifestaient plusieurs fois par semaine, mais pas tous les jours. Et leur retentissement est passé de modéré (score de 3) à minime (score de 1).

3.2.2. Evolution des troubles du comportement alimentaire

3.2.2.1. Résultats à l'échelle de Blandford

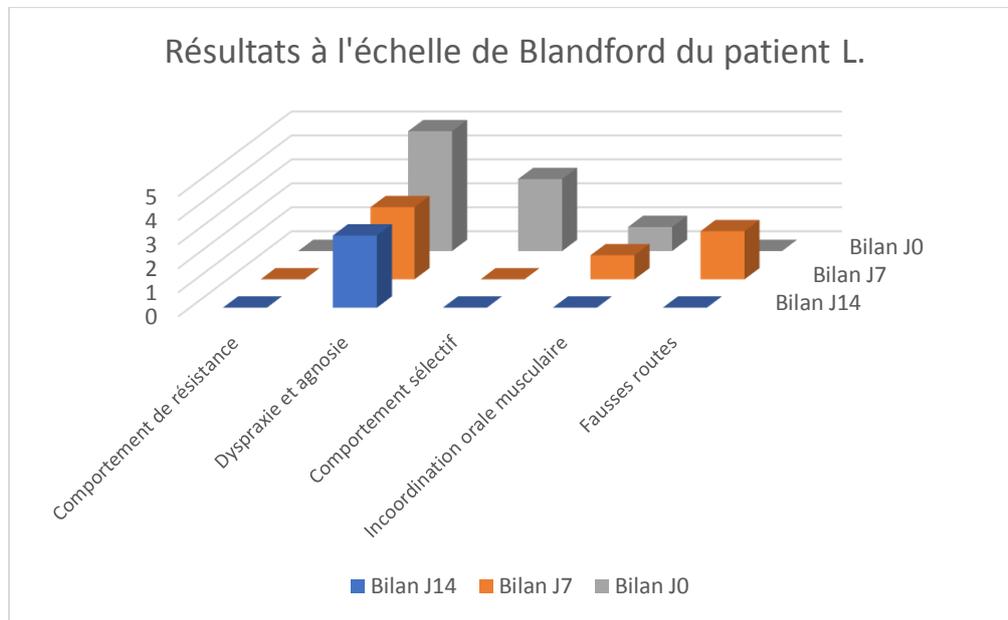


Figure 10 : Résultats à l'échelle de Blandford du patient L.

L'écoute musicale semble avoir amélioré les comportements alimentaires de façon globale.

Les troubles les plus prégnants étaient la dyspraxie et l'agnosie, l'écoute musicale a permis de les diminuer, mais ils restent les plus présents. A J0, Mme L. avait besoin de toucher réançant pour manger, elle porte à sa bouche des choses non comestibles, comme sa serviette et semble ne pas reconnaître les aliments. Après l'écoute musicale, ces comportements disparaissent. Cependant, Mme L. parle toujours de façon continue, il est très difficile de l'alimenter, elle ne peut pas non plus s'alimenter seule, mais elle porte la main à sa bouche, comme si elle essayait d'y introduire quelque chose.

Mme L. ne présente pas de comportement de résistance, mais des attitudes sélectives, seulement au premier repas : elle ne veut manger que des aliments sucrés ou froids et préfère les liquides, de plus elle ne mange qu'en petites quantités.

Pour ce qui est de l'incoordination orale neuromusculaire, Mme L. n'ouvrait pas la bouche spontanément quand on lui présentait la nourriture, ce qui n'est plus observé après 14 jours de musique.

Des fausses routes et une voix mouillée sont notées à J7.

3.2.2.2. Impact de l'environnement

Mme L. mange en chambre, dans son lit en position assise. Elle se montre agitée à chaque début de repas, la mobilisation de ses membres inférieurs pour la mettre en position assise est douloureuse. Ses bras sont le long de son corps et sa tête est bien positionnée aux 3 observations.

Son niveau d'autonomie reste faible malgré la musique, mais Mme. L se montre plus alerte et à l'écoute de ce qu'on peut lui dire.

3.2.2.3. Qualité du repas

La durée du repas reste la même pour les 3 observations (contrainte de temps de l'équipe soignante). Cependant dès le septième jour, Mme L. mange de plus grosses quantités (la moitié de l'entrée et du plat de résistance, le dessert et le fromage), alors qu'à la première observation, elle n'avait mangé que son dessert et son fromage.

3.2.2.4. Evolution de la déglutition

Mme L. mange en mixé, son état buccodentaire est altéré, la mastication est par conséquent impossible à observer.

Mme L. présente des signes de fausses routes seulement à J7. Cependant, l'écoute musicale ne semble pas avoir d'effet sur la phase orale pour Mme L. on note une protrusion linguale et une faible sensibilité (stases linguales et au palais), pour les trois observations.

3.2.2.5. Plaisir au repas

Mme L. semble prendre plus de plaisir à s'alimenter après l'écoute musicale. Elle ouvre plus spontanément la bouche lorsque la cuillère est avancée et quand on lui demande si la nourriture est à son goût elle nous répond que c'est bon.

3.3. Patient C

3.3.1. Evolution des troubles du comportement

Le NPI-ES ne met en évidence que des troubles de type agressivité et agitation pour M. C. Ces dernières se traduisent par de l'agacement lors de certaines activités telles que la toilette, et le couché pour la sieste, un manque de coopération lorsque le personnel l'aide. Il peut également être violent physiquement et verbalement.

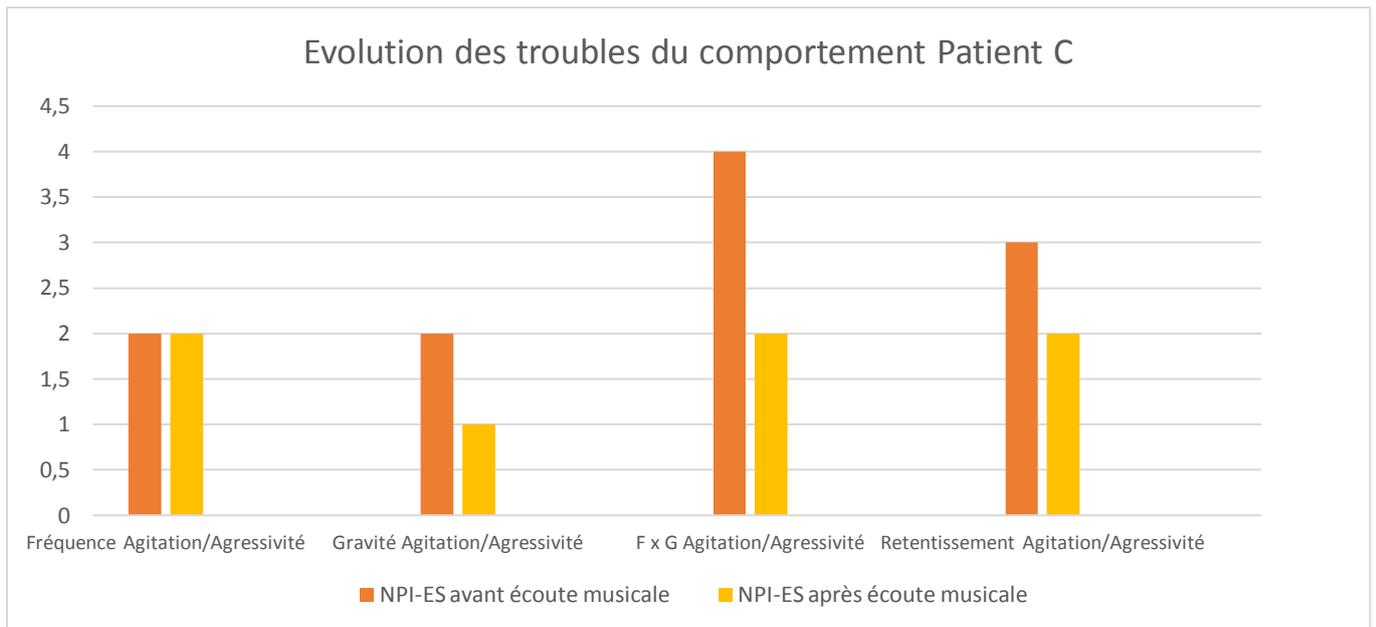


Figure 11 : Résultats au NPI-ES du patient C.

Les comportements agressifs et d'agitation, semblent s'être améliorés suite à l'écoute musicale, mais leur fréquence est sensiblement la même. Leur gravité a baissé d'un point (elle passe d'un score de 2 à un score de 1), les comportements restent perturbants pour le patient, mais sont gérables par l'équipe. D'ailleurs leur retentissement est plus léger (score de 3 à un score de 2).

3.3.2. Evolution des troubles du comportement alimentaire

3.3.2.1. Résultats à l'échelle de Blandford

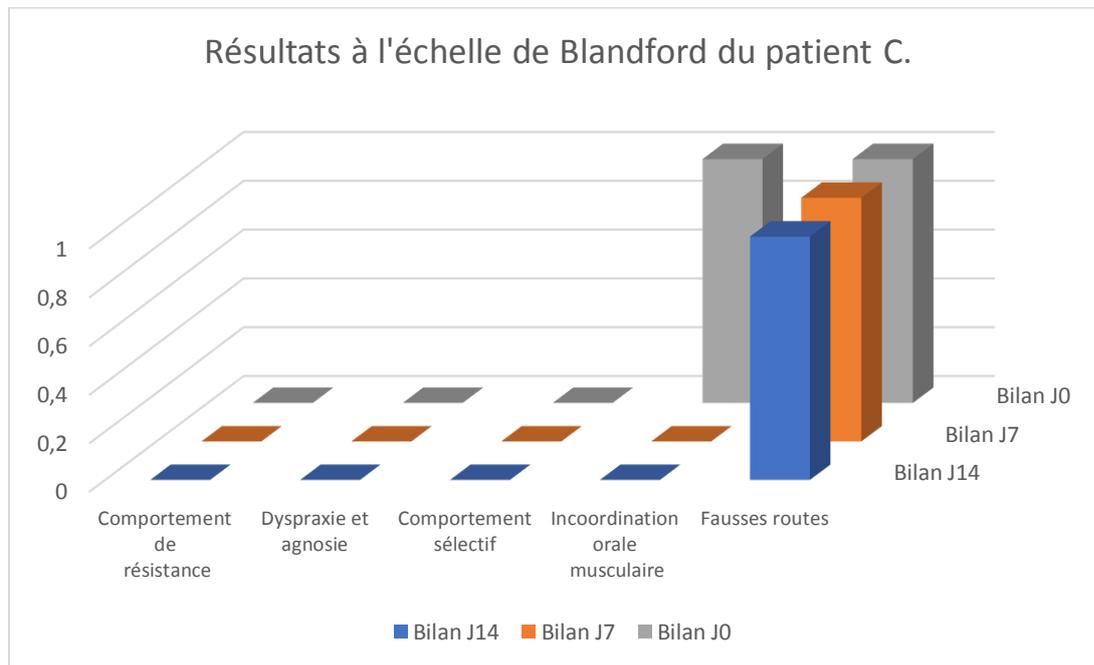


Figure 12 : Résultats à l'échelle de Blandford du patient C.

M. C. ne présente pas de troubles du comportement alimentaire aux 3 observations à part des fausses routes et un léger bavage à la première.

3.3.2.2. Impact de l'environnement

M. C. mange en salle à manger, à une table individuelle. Il s'alimente seul avec des couverts adaptés. Au niveau de la posture, on note un léger affaissement sternal et une asymétrie, cependant au moment de manger M. C. se redresse.

3.3.2.3. Qualité du repas

M. C. mange en quantité suffisante et peut prendre deux fois d'un plat. Il mange à vitesse normale.

3.3.2.4. Evolution de la déglutition

La mastication est compliquée, les prothèses dentaires de M. C. ne sont plus adaptées étant donnée sa perte de poids. La mastication s'en trouve donc ralentie.

M. C. a des difficultés à amener la nourriture à sa bouche, mais la propulsion linguale ne semble pas impactée.

M. C. fait de nombreuses fausses routes surtout avec les liquides, on note que leur récurrence n'est pas modifiée par l'écoute musicale. Elles sont cependant moins importantes lorsqu'on lui propose un verre échancre, de cette façon, le patient ne bascule plus la tête en arrière.

3.3.2.5. Plaisir au repas

M. C. a toujours pris plaisir à manger, étant seul à sa table, ses troubles du comportement n'impactent pas ce temps. Cependant, il peut se montrer agacé par notre présence aux observations J0 et J7. Pour la dernière observation, il peut nous confirmer que cela le gratte dans la gorge surtout au moment de boire et que tousser le fatigue. Il se montre plus coopérant.

3.4. Patient M

3.4.1. Evolution des troubles du comportement

Mme M. présente des hallucinations, de l'agitation et de l'agressivité.

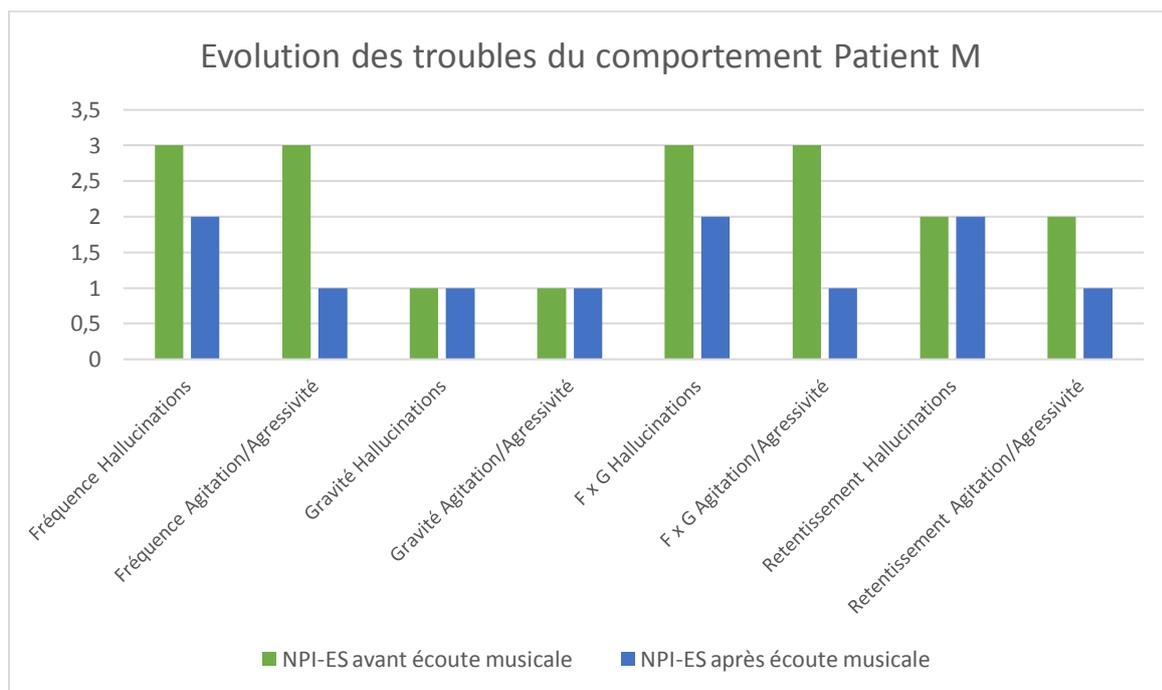


Figure 13 : Résultats au NPI-ES du patient M

Les fréquences des hallucinations, de l'agitation et de l'agressivité paraissent moins élevées après l'écoute musicale. En effet, elles sont respectivement passées des scores de 3 à 2 et des scores de 3 à 1. Leur gravité est cependant inchangée. Enfin, le retentissement sur les activités professionnelles a diminué seulement pour l'agitation et l'agressivité, le score perd un point, le retentissement devient donc minime.

3.4.2. Evolution des troubles du comportement alimentaire

L'observation à J14 n'a pas été possible, Mme M. était très fatiguée, elle est très sensible à la canicule. Lorsque nous sommes passés pour lui mettre en route la musique, elle dormait. L'équipe soignante n'a pas non plus réussi à la réveiller pour le déjeuner. Les deux jours qui ont suivi elle dormait aussi, il a été impossible de lui passer la musique et d'observer un repas.

3.4.2.1. Résultats à l'échelle de Blandford

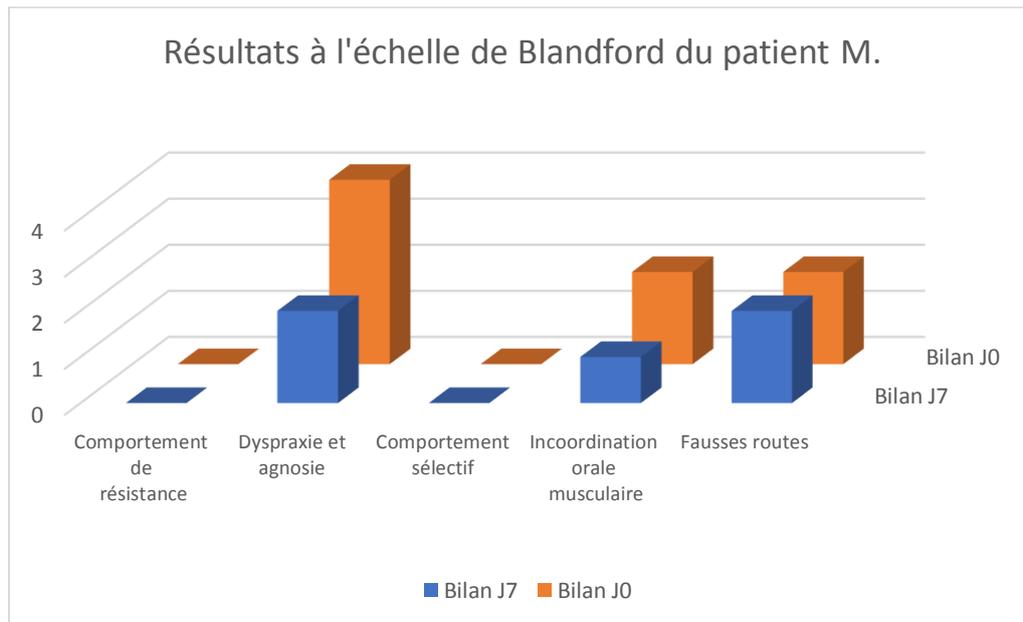


Figure 14 : Résultats à l'échelle de Blandford du patient M.

Mme M. ne présente ni de comportements de résistance, ni de comportements sélectifs aux deux observations. Les signes de fausses routes ne sont pas influencés par l'écoute musicale, nous observons aux deux repas des gargouillements dans la voix et Mme M. tousse en mangeant. Nous remarquons cependant une légère évolution en ce qui concerne la dyspraxie et l'agnosie. A J0, Mme M. a besoin d'être encouragée et stimulée pour manger, elle est incapable d'utiliser ses couverts, elle mange également des choses qui ne sont pas comestibles et elle semble ne pas reconnaître les aliments. Au bout de sept jours, Mme M. ne mange plus de choses non comestibles et a moins besoin d'être encouragée pour manger.

3.4.2.2. Impact de l'environnement

Mme M. mange en salle à manger pour les 2 observations, elle est seule à sa table et l'aide-soignante se place à côté pour la faire manger. Mme M. est seule à table car elle a tendance à agripper tout ce qui est placé devant elle, elle gêne ses voisins de table.

Mme M. est happée par tout ce qui se passe autour d'elle et présente un trouble de la vigilance qui se manifeste notamment par de la somnolence. Elle est de ce fait capable d'oublier qu'elle a des aliments dans sa bouche.

Nous notons un changement de posture entre la première et deuxième observation. A J0, nous observons une légère asymétrie avec un effondrement sternal, à J7 les coudes de Mme M. sont sur les bras de son fauteuil et ainsi corrige sa posture.

3.4.2.3. Qualité du repas

Mme M. mange en quantité suffisante, cependant ses troubles de la vigilance impactent la durée de repas. Nous notons un repas moins long à la deuxième observation.

Comme nous l'avons noté auparavant, Mme M. est sujette à de la somnolence, qui s'intensifie tout au long du repas. Cette fatigabilité se fait ressentir à la deuxième observation également, mais plus tard. A la première observation, Mme M. montre des signes de somnolence dès le plat de résistance, tandis qu'à la deuxième observation, les signes se manifestent qu'au moment du dessert.

3.4.2.4. Evolution de la déglutition

Etant donné que le patient M. mange en mixé et que son état buccodentaire est altéré, la mastication est impossible à observer.

Nous ne notons pas une évolution flagrante en ce qui concerne la déglutition pour Mme M.

Le trouble de la vigilance de Mme M. impacte la propulsion du bol alimentaire, il stagne en bouche et favorise les fausses routes. En effet, Mme M. tousse sur le temps du repas, surtout avec les liquides, même épaissis.

Mme M. présente cependant une meilleure sensibilité à J7, elle sent les aliments qui coulent de ses lèvres et essaye d'aller les chercher avec sa langue.

3.4.2.5. Plaisir au repas

Mme M. semble prendre plus de plaisir à s'alimenter après l'écoute musicale. Elle ouvre plus spontanément la bouche lorsque la cuillère est avancée. Elle reste cependant très passive au moment du repas et ne semble pas désirer manger seule.

A J7, Mme M. a une meilleure appétence à la communication, elle nous pointe des personnes et objets, nous regarde et essaye d'interagir. Tandis qu'à J0, Mme M. a le regard dans le vide et ne répond pas à nos sollicitations.

4. DISCUSSION

4.1. Interprétation des résultats

Notre étude avait pour objectif de mettre en évidence un éventuel effet positif de l'écoute de playlists personnalisées sur les troubles des comportements alimentaires auprès de patients au stade avancé de la maladie d'Alzheimer.

Pour répondre à cette hypothèse, nous avons supposé dans un premier temps que l'écoute musicale aurait des effets positifs sur les comportements qui impactent le moment du repas, puis dans un second temps, qu'elle améliorerait les mécanismes physiologiques de la déglutition (propulsion du bolus, mastication, phase pharyngée).

Nous allons désormais répondre à nos deux suppositions au regard de nos résultats, afin de valider ou non notre hypothèse générale : l'écoute musicale aurait un effet bénéfique sur les comportements alimentaires.

4.1.1. Patient E.

Le NPI-ES semble montrer que les troubles du comportement sont moins fréquents pendant les 14 jours d'écoute musicale, plus particulièrement au niveau de l'agressivité de Mme E.. Cependant, cet effet est moins visible en ce qui concerne les hallucinations. Nous notons qu'elles sont moins perturbantes pour la patiente.

La dernière observation de repas, nous permet de noter une amélioration globale des comportements alimentaires. Cette dernière est moins importante concernant la déglutition, les fausses routes sont toujours présentes. Cependant, Mme E retrouve un désir d'autonomie, qui influence le plaisir pris à table. Ainsi, la patiente mange en plus grande quantité. En retrouvant une certaine autonomie au moment du repas, Mme E. redevient actrice de ce moment et semble plus sereine.

4.1.2. Patient L.

L'écoute de musique paraît influencer de façon positive les comportements agressifs de Mme L. Au NPI-ES, leur fréquence et leur retentissement ont diminué. A contrario, les hallucinations ne semblent pas être impactées par l'écoute musicale.

On observe également une diminution des troubles du comportement alimentaire. Mme L. porte souvent sa main à la bouche, il pourrait être intéressant de lui proposer le « finger food ». On note également une augmentation des quantités ingérées, cette évolution est très favorable, étant donné que Mme L. présente des signes de dénutrition.

4.1.3. Patient C.

Le NPI-ES met en évidence des comportements agressifs assez importants au niveau de leur retentissement sur les activités professionnelles. La dernière passation montre que ces derniers évoluent de façon positive durant les 14 jours d'écoute.

M. C. ne semble pas présenter des troubles du comportement particuliers au moment du repas. Il a toujours manifesté du plaisir face aux plats qui lui étaient présentés et un désir d'autonomie. Nous observons cependant de nombreuses fausses routes notamment aux liquides, ce qui fatigue beaucoup M. C. et le gêne.

4.1.4. Patient M.

Mme M. présente des hallucinations et de l'agressivité comme de l'agitation aux deux passations du NPI-ES. Nous notons une certaine évolution. En effet, après écoute musicale, elles s'observent moins fréquemment. Cependant lorsque ces dernières surviennent leur intensité reste la même tout en ayant un retentissement moins important sur les activités des soignants en ce qui concerne l'agressivité et l'agitation.

La dernière observation de repas n'a pas été possible pour Mme M. étant donnée sa somnolence avant et à l'heure du repas. Cependant nous observons une amélioration de la vigilance au moment du repas qui limite les fausses routes, étant plus alerte, les oublis de bolus en bouche sont moindres. Elle a donc moins besoin de stimulation afin de lui rappeler de déglutir et elle est moins perturbée par la présence de tous les objets qui se trouvent sur la table, ce qui lui évite de les mettre en bouche.

De plus, Mme M. semble prendre plus de plaisir à manger et nous notons une évolution de l'appétence à la communication, elle semble plus désireuse d'interagir avec les aidants qui l'entourent.

D'ailleurs l'équipe soignante a noté une nette évolution de la communication grâce à l'écoute musicale et a demandé à l'entourage de fournir à Mme M. un poste avec port USB, afin de pouvoir continuer à passer sa playlist un peu tous les jours.

4.2. Comparaison inter-patient

Les scores au NPI-ES et les observations de repas ont permis de relever des améliorations après les 14 jours d'écoute musicale à différents niveaux chez les patients. L'ensemble des résultats montrent des changements au niveau du comportement. Voici les observations qui se démarquent davantage :

- la patiente E. a retrouvé un désir d'autonomie et est capable de manger seule avec un peu d'aide,
- La patiente L. qui présente des signes de dénutrition mange en plus grande quantité,
- Le patient C. ne montre pas d'amélioration au niveau de la déglutition, mais les signes d'agressivité ont fortement diminué,
- Les capacités de vigilance de la patiente M. se sont améliorées.

Les variabilités inter-individuelles expliquent les différences des effets des playlists. Les patients n'ont pas exactement les mêmes manifestations de troubles du comportement alimentaire. De plus, les effets de la MA se manifestent de façon très différente d'un patient à l'autre.

Nous pouvons noter que l'écoute musicale semble améliorer les comportements chez tous les patients. Cette dimension n'est pas à négliger puisqu'ils influencent de façon considérable l'alimentation du patient. Son impact est cependant moins important en ce qui concerne les mécanismes physiologiques de la déglutition.

4.3. Intérêts de l'étude

4.3.1. Intérêts pour les participants

En dehors des éléments relatifs à nos hypothèses, nous avons remarqué que les participants tiraient d'autres bénéfices de leur participation à notre étude.

Tout d'abord, les soignants ont remarqué que nos venues quotidiennes étaient très positives. En effet, la plupart des participants de notre étude participaient peu à la vie de l'EHPAD. Nous étions donc l'une des rares sources de stimulation pour eux. Les soignants ont

relevé une hausse de la communication. Mme M. s'est mise à frapper dans ses mains avec l'aide-soignante au rythme de la musique et à danser avec les mains.

Par ailleurs, la famille de M. C. a remarqué une amélioration de l'humeur grâce à la musique chez leur père.

4.3.2. Intérêts pour l'équipe soignante

La structure dans laquelle nous sommes intervenus se situe dans un désert médical. Peu de résidents bénéficient d'une intervention orthophonique, encore moins sur les temps de repas.

L'étude nous a permis de donner quelques conseils à l'équipe sur les adaptations à proposer lors des repas, pour limiter les troubles de déglutition. L'équipe est d'ailleurs désireuse d'avoir des retours sur notre travail et pense poursuivre l'écoute musicale avec certains patients.

4.4. Limites de l'étude

4.4.1. Population

Notre population est très restreinte ce qui ne permet pas de conclure statistiquement sur l'impact de l'écoute de playlists personnalisées auprès des patients atteints de MA, au stade avancé. Il est nécessaire de réunir au moins trente participants pour pouvoir effectuer des tests paramétriques et pouvoir généraliser les résultats obtenus par l'échantillon à l'échelle de la population (Preux et al., 2003).

Une autre limite de notre étude est la grande diversité de symptômes et de rapidité d'évolution de la maladie d'Alzheimer d'un patient à l'autre. Nous avons tenu à inclure dans notre étude des participants présentant des scores au **MMS** assez homogènes, se situant entre zéro et dix sur trente. Toutefois, cela ne suffit pas à avoir un groupe strictement homogène au niveau cognitif. En effet, les atteintes cognitives peuvent être très variées, malgré des scores au MMSE quasiment égaux. Les déficits objectivés par le test peuvent se situer dans des domaines différents. Nous avons utilisé ce test pour l'inclusion car il est recommandé par la HAS (2011). Selon Rousseau (2007), l'âge des participants, leur niveau socio-culturel et leur lieu de vie sont aussi à prendre en compte car ce sont des facteurs qui expliquent également leurs capacités de communication.

Il serait intéressant de proposer l'écoute de playlists à un nombre de patients plus important, afin de pouvoir faire une analyse quantitative des résultats et pouvoir formuler des généralisations.

4.4.2. Conditions d'expérimentation

L'étude a eu lieu au mois de juillet, durant une période de fortes chaleurs. L'écoute musicale ayant lieu dans les chambres des participants, non climatisées, plusieurs patients étaient plus fatigables à causes des températures élevées et moins disponibles pour l'écoute musicale, notamment Mme M. Nous venions en fin de matinée le plus tôt possible, mais nous ne pouvions pas venir trop tôt pour ne pas déranger les aides-soignantes dans l'organisation des toilettes. La température des chambres au moment de l'écoute a peut-être pu avoir un effet sur nos résultats.

De plus, nous étions contraintes par l'organisation de l'équipe (toilette, descente à la salle à manger). Certains patients ont écouté les playlists moins de 30min certains jours, par manque de temps avant le repas. Il serait donc intéressant, de faire l'étude sur une période plus longue, afin de lisser ce type de contretemps.

4.4.3. Temps avec les soignants

Les soignants se sont montrés très accueillants et disponibles. Toutefois, nous n'avons assisté qu'à une seule réunion avec eux, par contrainte de temps. Les prises d'informations supplémentaires se faisaient souvent entre deux portes. Assister à plusieurs réunions nous aurait sans doute permis de recueillir plus d'éléments pour notre analyse qualitative.

Il aurait également été pertinent de rencontrer les soignants quelques temps après la fin de l'entraînement, afin de recueillir leurs observations sur l'évolution de la communication des participants sur la durée.

CONCLUSION

Les troubles du comportement alimentaire sont un véritable handicap pour les patients Alzheimer. Ils impactent considérablement l'alimentation et les fausses routes engendrent souvent des infections, des signes de malnutrition et de déshydratation. Au stade avancé de la maladie, la rééducation orthophonique consiste en une adaptation du bolus (volume, texture et température), de la posture, de l'environnement et de la fréquence des repas. L'altération des capacités cognitives des patients ne permet pas une rééducation orthophonique basée sur la conscientisation des mécanismes de déglutition et des positions de sécurité.

Ce mémoire avait pour ambition de proposer un autre type de prise en charge. Conformément à notre première hypothèse, l'écoute de playlists personnalisées a montré des effets au niveau des comportements alimentaires notamment une amélioration de la vigilance. Cependant ces progrès sont différents d'un patient à l'autre et le faible échantillonnage de population ne nous permet pas de déterminer avec précision les effets de l'écoute musicale sur les comportements alimentaires. Pour cela, il serait intéressant d'évaluer l'impact de l'écoute des playlists sur un nombre supérieur de sujets. Nous ne pouvons toutefois pas conclure à des effets probants sur les mécanismes physiologiques de la déglutition.

Les patients et l'équipe soignante ont apprécié ces temps d'écoute qui entrent tout à fait dans une relation de soin, et souhaitent le voir réitéré. Au-delà de ses effets sur le temps du repas, l'écoute musicale reste un acte thérapeutique qui permet de diminuer certains troubles du comportement tels que l'anxiété ou l'agressivité. Elle permet également de stimuler la communication des patients.

L'orthophoniste propose déjà des adaptations alimentaires aux patients MA, afin de sécuriser la déglutition et limiter les risques de fausses routes. A l'issue de notre étude, nous avons observé une amélioration des comportements des patients lors des repas après une écoute musicale. Ces progrès constatés sur le plan comportemental ouvrent des perspectives et nous permettent d'envisager l'écoute de playlists personnalisées comme complément des adaptations alimentaires lors de la prise en charge orthophonique.

Dans un contexte de maladies neurodégénératives qui donne parfois peu d'espoir quant à l'amélioration de l'autonomie des patients, l'orthophoniste n'est plus un acteur isolé. Les familles et les soignants collaborent pour créer du lien autour du patient grâce à la musique. La personne malade redécouvre désormais le plaisir de l'échange.

Bibliographie

Amella, E.J. (2004). Feeding and hydration issues for older adults with dementia. *Nurth clin North Am*

Amieva, H., Le Goff, M., Millet, X., & Gateau, P. (2008). *Prodromal Alzheimer's disease : successive emergence of the clinical symptoms*. *Ann Neurol*, (64), 492-498.

Ankri, J. (2009). Prévalence, incidence et facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, 32(1), 129-141. doi:10.3917/g.s.128.0129.

Arrêté du 29 mai 2018 portant radiation de spécialités pharmaceutiques de la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale (J.O. n°124 1 juin 2018).

Auzou P. (2007). Contrôle neurologique de la déglutition ». *Kinésithérapie, la revue*, 7(64),24-29.

Bigand, E. (2018). *Les bienfaits de la musique sur le cerveau*. Belin.

Bigand, E., Habib, M., & Brun, V. (2012). *Musique et cerveau: nouveaux concepts, nouvelles applications*. Montpellier: Sauramps médical.

Bleeckx, D. (2009). Chapitre 11: Démence et dysphagie : une approche respectueuse et adaptée. Dans Vanderheyden, J-M. et al. *La prise en charge des démences, De Boeck Supérieur* « *Questions de personne* ».149-161. DOI 10.3917/dbu.vande.2009.01.0149

Boso, M., Politi, P., Barale, F., & Enzo, E. (2006). *Neurophysiology and neurobiology of the musical experience*. *Functional neurology*, (2), 187-191.

Brin, F., Courier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues, France Ortho Edition

Cassaigne, P. (2008). *ARRET EVENTUEL DE L'ALIMENTATION EN PHASE EVOLUEE DE MALADIE D'ALZHEIMER : Pourquoi et comment l'aborder avec la famille et les soignants.* (mémoire de DIU). Consulté sur geriatrie-albi.com/conditionsarretalimAlzheimer.pdf

Chagneau, M. (2017, décembre); «music 'al», une étude clinique sur l'efficacité de la musique auprès de personnes souffrant de la maladie d'alzheimer. *La revue française de musicothérapie*, 36(2)

Cohen-Scali V., Guichard J. (2008). L'identité : perspectives développementales. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 37(3), 321-345.

Cot, F., Macfarland, D. (1996). *La dysphagie oropharyngée chez l'adulte.* Edisem, Paris, Québec

Cohen, D., Stephen, G., Lo, A., Lombardo, R., Pfeffer, B. (2018). «Music and memory» and improved swallowing in advanced dementia.

Cyrułnik B. (2007) Anthropologie naturaliste de la musique : effet de résilience. In : Lejeune A., Maury-Rouan C. et Cyrułnik B. (Ed). Résilience, vieillissement et maladie d'Alzheimer. Marseille, Solal : 99-108.

Delrieu, J., Ousset, P.J., Voisin, T., Vellas, B. (2014, décembre). Immunothérapie anti-amyloïde dans la maladie d'Alzheimer. *La revue neurologique* 170 (12), 739-748. <https://doi.org/10.1016/j.neuro1.2014.10.003>

Derouesné, C. (2006). Maladie d'Alzheimer : données neuropathologiques et cliniques. In C ; Belin, A.-M. Ergis, O. Moreaud, *Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques.* Marseilles / Solal.

De Saint Pol, T. (2017). Les évolutions de l'alimentation et de sa sociologie au regard des inégalités sociales. *L'Année sociologique*, vol. 67(1), 11-22. doi:10.3917/anso.171.0011.

Desana, M-O., Lejeune, A., & Ducloy, I. (2011). *Musique, mouvement et maladie d'Alzheimer*. Marseille: Solal.

Dormont, D. (2012). L'imagerie médicale dans le diagnostic des maladies neurodégénératives. *Laennec*, 60 (4). 30-39. DOI 10.3917/lae.124.0030

Fedorenko, E., Patel, A., Casasanto, D., Winawer, J., & Gibson, E. (2009). *Structural integration in language and music : evidence for a shared system*. *Memory & Cognition*, 37(1), 1-9.

Feil, N. (1977). *Validation, mode d'emploi: techniques élémentaires de communication avec les personnes âgées séniles atteintes de démence type Alzheimer*. Paris: Editions Pradel.

Feldman, H., Najeeb Qadi, M. (2006). Maladie d'Alzheimer au stade avancé : approche clinique. *La Revue Canadienne de la Maladie d'Alzheimer et autres démences*, 8(3), 4-9.

Fertier André. (2018). *Le pouvoir des sons: Les histoires extraordinaires de la musicothérapie*. Paris: Éditions Ellébore.

Finiels, H., Strubel, D., & Jacquot, J. M. (2001). Les troubles de la déglutition du sujet âgé: aspects épidémiologiques. *La presse médicale*, 30(33), 1623-1634.

Forette F., Rigaud, A-S. (2005). Comprendre les syndromes démentiels. In R. Moulias, M.-P. Hervy, C. Ollivet, D. Mischlich, *Alzheimer et maladies apparentées. Traiter, soigner et accompagner au quotidien*. 31-43. Paris : Masson.

Forster, A., Samaras, N., Notaridis, G., Morel, P., Hua-Stolz, J., & Samaras, D. (2013). Évaluation et dépistage des troubles de la déglutition en gériatrie. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 13(74), 107-116.

France Alzheimer. (2018, 5 août). *Et maintenant, la prise en soin est-elle plus efficace ?* [Communiqué de presse]. Consulté sur https://www.francealzheimer.org/wp-content/uploads/2018/05/cp_-d%C3%A9remboursement-m%C3%A9dicaments-Alzheimer-28052018.pdf

Fritz, T., Jentschke, S., Gosselin, N., Sammler, D., Peretz, I., Turner, R., & Koelsch, S. (2009). Universal recognition of three basic emotions in music. *Current biology*, 19(7), 573-576.

Girod-Roux, M. (2012). Troubles de la déglutition dans la maladie d'Alzheimer. *Lettre psychogériatrique*.
Récupéré sur <http://www.lettre-psychogerieatrie.com/wp-content/uploads/2012/05/49-M-Girod-Roux-D%C3%A9glutition-Alzheimer1.pdf>

HAS, Haute autorité de santé. (2008). *Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*. (Recommandations de bonnes pratiques professionnelles)

HAS, Haute autorité de santé. (2009). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. (Recommandations de bonnes pratiques professionnelles)

HAS, Haute Autorité de Santé (2011). *Maladie d'Alzheimer et maladie apparentée diagnostic et prise en charge*. (Recommandations de bonne pratique)

INSERN (2014) : Récupéré du site de l'Inserm:
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie>

Jacquot, J. M., Poudroux, P., Piat, C., & Strubel, D. (2001). Les troubles de la déglutition du sujet âgé: prise en charge. *La Presse Médicale*, 30(33), 1645-1656.

Kim, S. J. (2010). Music therapy protocol development to enhance swallowing training for stroke patients with dysphagia. *Journal of Music Therapy*, 47(2), 102-119.

Kotzki Nelly, Pouderoux Philippe, & Jacquot Jean-Marc. (1999). *Les troubles de la déglutition*. Paris, Milan, Barcelone: Masson, 597-602

Lee, Y., Lu, M., & Ko, H. (2007). *Effects of skill training on working memory capacity*. *Learning and instruction*, 17(3), 336-344.

Leopold, N. A., & Kagel, M. C. (1983). Swallowing, ingestion and dysphagia: a reappraisal. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 64(8), 371-373.

Source. (s.d.). Dans *Le Monde*. Consulté le 24 août 2019 sur https://dicocitations.lemonde.fr/auteur/2166/Oliver_Wendell_Holmes.php

Lesniewska Henryka Katia, Drera Huguette, & Samuel-Lajeunesse Bertrand. (2003). *Alzheimer: Thérapie comportementale et art-thérapie en institution*. Paris, Budapest, Torino: L'Harmattan.

Mingat, A., & Suchaut, B. (1994). *Evaluation d'une expérimentation d'activités musicales en grande section maternelle : effets transversaux sur les acquisitions scolaires en lecture et en mathématiques au cours préparatoire*. Dijon: Cahier de l'IREDU, N°; 56.

Molin, P., & Rockwood, K. (2016). Les nouveaux critères de la Maladie d'Alzheimer - Perspective gériatrique. *Canadian geriatrics journal : CGJ*, 19(2), 74-82. doi:10.5770/cgj.19.242

Moulias, R., Hervy, M. P., & Ollivet, C. (2005). Alzheimer et maladies apparentées: Traiter, soigner et accompagner au quotidien. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 5(28), 52.

Récupéré du site de «music and memory»: www.musicandmemory.org

Ogay Suzanne, Ploton Louis, & Menuhin Yehudi. (1996). *Alzheimer: Communiquer grâce à la musicothérapie*. Paris, Montréal (Québec): l'Harmattan.

Ploton, L. (2009). À propos de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, vol. 32 / 128-129(1), 89-115. doi:10.3917/g.s.128.0089.

Preux, P.M., Druet-Cabanac, M., Dalmay, F., Vergnenègre, A. (2003). *Qu'est-ce qu'un test paramétrique ?* Revue des Maladies Respiratoires. 20 (6), 952-954.

Rousseau, T. Rencontres d'orthophonie, Union nationale pour le développement de la recherche et de l'information en orthophonie (France), & Fédération nationale des orthophonistes (France) (Éd.). (2007). *Démences: orthophonie et autres interventions*. Isbergues: Ortho édition.

Sacks, O., & Cler, C. (2009). *Musicophilia: la musique, le cerveau et nous*. Paris: Éd. du Seuil.

Secher, M., Gillette-Guyonnet, S., & Nourhashémi, F. (2011). Nutrition et maladie d'Alzheimer. *Nutrition clinique et métabolisme*, 25(4), 227-232.

Simmons-Stern, N. R., Budson, A. E., & Ally, B. A. (2010). Music as a memory enhancer in patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 48(10), 3164-3167.

Sphere-Nutrition.be. Consulté sur : <https://www.sphere-nutrition.be/qu-est-ce-que-dysphagie.htm>

Strubel,D. (2012). Les troubles de la déglutition chez la personne âgée [Diapositive 6]. Consulté sur : <https://slideplayer.fr/slide/482586/>

Suh MK, Kim HH, Na DL. (2009). Dysphagia in patients with dementia : Alzheimer vs vascular. *Alz Dis Assoc Disord*, 23(2)178-184.

Thomas, P., Chandès, G., & Hazif-Thomas, C. (2017). Efficacité de la musicothérapie sur la résilience dans la maladie d'Alzheimer. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 17(101), 299-306.

Touchon J. (2004). *La maladie d'Alzheimer*. Issy-les-Moulineaux, [Levallois-Perret]: Masson.

Van der Linden, M., Adam, S., Salmon, E., Juillerat, A.-C., Mulligan R., Seron, X. (2005, janvier). *Memory evaluation with a new cued recall test in patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease*. *Journal of neurology*, 252(1), 47-55.

Vellas, B. et al. (2005). Consensus sur la démence de type Alzheimer au stade sévère. *La Revue de Gériatrie*, 30(9), 627-640.

Whear, R., and al. (2014). Effectiveness of mealtime intervention on behavior symptoms of people with dementia living in care homes: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(3). 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.10.016>.

Zatorre, R., & Krumhansl, C. (2002). *Neuroscience. Mental models and musical minds*. *Science*, (13).

Annexes

Annexe 1 : Lettre explicative à destination des structures	57
Annexe 2 : Lettre explicative à destination des patients et de l'entourage.....	58
Annexe 3 : Lettre de consentement éclairé.....	59
Annexe 4 : Autorisation de capitation et d'exploitation de video d'un adulte Sous tutelle.....	60
Annexe 5 : MMSE, version consensuelle du Greco.....	61
Annexe 6 : Formulaire pour créer des listes de lecture personnalisées.....	64
Annexe 7 : Formulaire générale sur le temps du repas.....	65
Annexe 8 : NPI-ES	69
Annexe 9 : Evaluation des comportements alimentaires	77

Annexe 1 : Lettre explicative à destination des structures

Piau
Julie
étudiante en orthophonie en 5^{ème} année au CFUO de Nantes
5 allée de la cité, 44200 Nantes
06 22 64 77 47
Piau.julie@gmail.com

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante en 5^{ème} année d'orthophonie au CFUO de Nantes, mon mémoire de fin d'études consiste à étudier l'intérêt de l'écoute de playlists personnalisées pour améliorer la déglutition chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade sévère. Ce mémoire est dirigé par Mme Pomiès, orthophoniste à Nantes et Mme Fix, gériatre à l'hôpital Bellier et enseignante au CFUO. Il s'agirait d'effectuer au sein de diverses structures, dont la vôtre, si vous le souhaitez, une étude sur quelques patients atteints de la maladie d'Alzheimer et ayant des troubles de la déglutition.

Cette étude a pour but de faire écouter aux patients 30 minutes une playlist personnalisée, avant le repas, durant 2 semaines, avec une évaluation de la déglutition et des comportements sur le temps du repas avant l'étude, à une semaine puis à deux semaines. Cette dernière sera confectionnée au préalable par mes soins C'est pourquoi, pour mener à bien ce projet, j'aurais besoin d'être présente à quelques repas et à d'autres moments pour créer les playlists.

Je vous remercie par avance de votre écoute et de votre disponibilité ainsi que de celle de votre équipe. N'hésitez pas à me contacter si vous souhaitez des informations complémentaires.

Avec mes respectueuses salutations.

Julie Piau

Annexe 2 : Lettre explicative à destination des patients et de l'entourage

Téléphone : 06 22 64 77 47

Mail : piau.julie@gmail.com

Adresse : 4, rue des Mauges, 85500 Beaurepaire

Beaurepaire, le 12/07/19

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante en 5^{ème} année au Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Nantes et réalise un mémoire de master 2 sur le thème de l'intérêt de l'écoute de playlists personnalisées pour améliorer les comportements au moment du repas et la déglutition des patients atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé. Mon mémoire est dirigé par Mme Pomiès, orthophoniste et Mme Fix, gériatre.

Dans ce cadre, j'ai besoin de faire des observations cliniques auprès de patients qui correspondent à ces critères. J'aimerais intervenir auprès de votre proche, pour pouvoir tester mon protocole et recueillir des données. Si vous l'acceptez.

Mon protocole se déroulerait sur 14 jours, du 15 au 29 juillet, pendant lesquels le patient, écouterait tous les jours, 30 min de musique avant le repas. Pour éviter une surcharge de travail pour le personnel, je me déplacerai pour activer les playlists. Durant ces deux semaines, la déglutition et les comportements de votre proche seront évalués pendant le temps d'un repas à J0, à J7 et J14, afin d'observer l'impact de la musique. Les playlists seront créés par mes soins au préalable et suite à un entretien avec la patiente et le personnel de l'EHPAD. La playlist sera mise sur clé USB et branchée sur la télévision au moment de l'écoute.

Vous trouverez en pièce jointe la lettre de consentement éclairé.

Je me tiens à votre disposition si vous souhaitez davantage d'informations concernant ce projet

Bien cordialement,

Julie Piau

Annexe 3 : Lettre de consentement éclairé

Titre de l'étude :
Consentement de participation de :
Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Adresse :

Dans le cadre de la réalisation d'une recherche portant sur l'évaluation des pratiques et des conséquences des pratiques orthophoniques, Mme/Mr

étudiant(e) en orthophonie m'a proposé de participer à une investigation organisée par le Centre de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO) de Nantes.

Mme/Mr

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

Toutes les données et informations me concernant resteront strictement confidentielles. Seul (e-s-es).....

y aura (ont) accès.

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

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

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

Fait à :, le

Signature du participant

Signature de l'étudiant

Annexe 4 : Autorisation de capitation et d'exploitation de video d'un adulte sous tutelle

Nous soussignés :

Madame, Monsieur : _____

Demeurant : _____

Investi(e) de la tutelle de Mr/Mme: _____

Autorise à titre gracieux, Julie Piau, étudiante en 5ème année au Centre de Formation Universitaire en Orthophonie, à filmer Mr/Mme _____, au foyer logement Les Hirondelles, dans le cadre d'un recueil de données pour un mémoire de fin d'étude, intitulé « Intérêt de l'écoute de playlists personnalisées, dans le cadre de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé, pour améliorer les comportements au moment du repas et la déglutition » et à utiliser son image.

En conséquence de quoi, et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et aux droits de la personnalité, nous autorisons l'étudiante Julie Piau à fixer les vidéos effectuées dans le cadre du Projet. Les vidéos pourront être exploitées seulement dans le cadre de l'analyse des observations recueillies, elles ne seront aucunement diffusées.

Julie Piau s'interdit expressément de procéder à une exploitation des images et enregistrements susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, à la dignité ou à l'intégrité de notre proche.

Nous garantissons que Mr/Mme _____ n'est pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de son image ou de son nom.

Fait à _____, le _____

Signature des personnes exerçant l'autorité de tutelle : _____

Annexe 5 : MMSE, version consensuelle du GRECO



Maladie d'Alzheimer
et maladies apparentées

OUTIL D'ÉVALUATION

PROMOTION DE L'AMÉLIORATION
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
Sous le cadre du programme MARS
MobiQual

1

Mini mental state examination

MMSE version consensuelle du GRECO

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Le MMSE est un outil d'évaluation global des fonctions cognitives, conçu pour un dépistage rapide des déficits cognitifs.

Il ne peut être utilisé comme seul test diagnostique d'une maladie d'Alzheimer.

Selon les recommandations de l'ANAES (2000), tous âges et tous niveaux socio-culturels confondus, le seuil le plus discriminant est 24.

L'âge et le niveau socio-culturel du patient doivent être pris en considération, de même que l'état affectif et le niveau de vigilance, pour l'interprétation des résultats.

• Folstein MF, Folstein SE, McHugh R R. "Mini mental state": A practical method for grading the clinician. *J. Psychos Res* 12(12), 129-136.

• ANAES. Recommandations pratiques pour le diagnostic de maladie d'Alzheimer (2000).

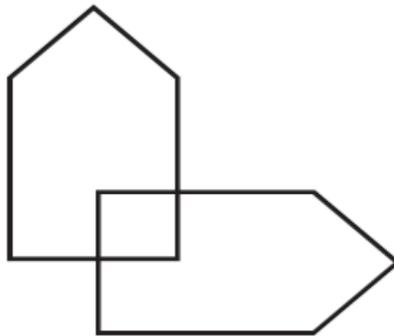
• Deroubaud C, et al. La Mini-mental state examination (MMSE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. *Presc Méd* 1999 ; 41 : 103-105.

OUTIL
D'ÉVALUATION

Nom du patient :		Prénom du patient :	
Date de naissance du patient :	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date du test :	
Nom et status de l'accompagnant :			
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 ?		<input type="checkbox"/>	
2. En quelle saison ?		<input type="checkbox"/>	
3. En quel mois ?		<input type="checkbox"/>	
4. Quel jour du mois ?		<input type="checkbox"/>	
5. Quel jour de la semaine ?		<input type="checkbox"/>	
Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons			
6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?		<input type="checkbox"/>	
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?		<input type="checkbox"/>	
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?		<input type="checkbox"/>	
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?		<input type="checkbox"/>	
10. À quel étage sommes-nous ?		<input type="checkbox"/>	sur 10
APPRENTISSAGE / 3			
Je vais vous dire trois mots ; je 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	<input type="checkbox"/>
12. Fleur	Clé	Tulipe	<input type="checkbox"/>
13. Porte	Ballon	Canard	<input type="checkbox"/>
Répéter les 3 mots			<input type="checkbox"/> sur 3
ATTENTION ET CALCUL / 5			
Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?			
14. 100 - 7 = 93	15. 93 - 7 = 86	16. 86 - 7 = 79	17. 79 - 7 = 72
18. 72 - 7 = 65			
			<input type="checkbox"/> sur 5
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 demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?			
19. Cigare	Citron	Fauteuil	<input type="checkbox"/>
20. Fleur	Clé	Tulipe	<input type="checkbox"/>
21. Porte	Ballon	Canard	<input type="checkbox"/>
Répéter les 3 mots.			<input type="checkbox"/> sur 3
LANGAGE / 8			
Montrer un crayon.	22. Quel est le nom de cet objet ?	<input type="checkbox"/>	
Montrer votre montre.	23. Quel est le nom de cet objet ?	<input type="checkbox"/>	
	24. Écoutez bien et répétez après moi : "PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET"	<input type="checkbox"/>	
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,	<input type="checkbox"/>	
	26. pliez-la en deux,	<input type="checkbox"/>	
	27. et jetez-la par terre	<input type="checkbox"/>	
Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : "FERMEZ LES YEUX" et dire au sujet :			
	28. "Faites ce qui est écrit"	<input type="checkbox"/>	
Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :			
	29. "Voulez-vous écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière."	<input type="checkbox"/>	sur 8
PRAXIES CONSTRUCTIVES / 1			
Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :			
	30. "Voulez-vous recopier ce dessin ?"	<input type="checkbox"/>	sur 1
SCORE TOTAL			<input type="checkbox"/> sur 30



FERMEZ LES YEUX



Annexe 6 : Formulaire pour créer des listes de lecture personnalisées



Formulaire pour créer des listes de lecture personnalisées

Nom du participant : _____

Lieu de naissance _____ Langue maternelle : _____

Quelle est l'importance de la musique dans votre vie?

Très importante Importante Peu importante Pas importante

Quel **genre musical** préférez-vous? (**Consulter la liste des genres musicaux**)

Annexe 7 : Formulaire générale sur le temps du repas

PATIENT :

AGE (date de naissance) :

DOSSIER MEDICAL

- Antécédents médicaux :

Pneumopathie D ou G :

Episodes d'hyperthermie : absents rares fréquents

- Histoire du trouble, la durée, les conditions d'apparition (progressive, soudaine), la progression (amélioration, aggravation, état stable)

- La condition médicale (en particulier, les maladies, traumatismes ou chirurgies susceptibles d'affecter les fonctions respiratoires et digestives)

- Interventions médicales déjà pratiquées en regard du problème de santé actuel (intubation, examen neuro ...)

- Etat de vigilance : normal faible fluctuants

- IMC : (>21 = signe de dénutrition)

- Examen physique pratiqué par le médecin (dénutrition, déshydratation)

- Traitements médicamenteux en cours

- Hospitalisations

- Suivis actuels

Entretien avec les accompagnants et le patient (à faire passer à chaque bilan de déglutition, pour remarquer une éventuelle évolution)

- Vie quotidienne (repas, sommeil, adaptations à l'environnement)

❖ **Installation habituelle :** Assis Couché autre

❖ **Niveau de communication :**

Compréhension verbale : excellente limitée faible

Compréhension non verbale : excellente limitée faible

Expression verbale : excellente faible nulle

Qualité articuloire : normale quelques troubles très perturbée

Expression non verbale : compréhensible peu compréhensible nulle

❖ **Alimentation :**

-Type de texture d'aliments : mixée moulinée hachée normale

-Type de boisson : épaisse liquide au verre eau gazeuse autres (préciser)

-Bavage : important faible ponctuel surtout à l'effort

-Stases buccales (salivaires et/ou aliments) : langue côtés de la langue palais

-Allongement du temps de repas

-Aliments refusés :

-Gêne ou odyndphagie bruit anormal pendant ou après la déglutition

-Voix mouillée après ou à distance des repas

-Voix soufflée voix faible voix irrégulière

-Toux lors du repas après le repas à distance des repas nocturne

-Reflux gastro oesophagien : traité non traité vomissement

-Signes de dénutrition :

-Signes de déshydratation :

-Mycoses intrabuccales aphtes autres

-Encombrements : systématiques parfois souvent

-Nécessité de kiné respiratoire : systématique parfois souvent

-Nécessité d'aspiration : systématique parfois souvent

-Encombrement nasal : systématique parfois souvent

❖ Niveau sensoriel :

-Audition :

-Vision :

-Examens réalisés :

❖ Etat buccodentaire et de la langue

-Coefficient masticateur (dents face à face pour une mastication efficace)

-Patient normo-denté :

nombre de dents manquantes : haut bas
prothèses dentaires (si oui, sont-elles collées ?)

-langue :

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE

Version pour Equipe Soignante

NPI-ES

Instructions

BUT

Le but de l'inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Le NPI-ES peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe (par exemple, dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation externe) mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES.

L'INTERVIEW DU NPI-ES

Le NPI-ES se base sur les réponses d'un membre de l'équipe soignante impliquée dans le prise en charge du patient. L'entretien ou l'évaluation est conduit de préférence en l'absence du patient afin de faciliter une discussion ouverte sur des comportements qui pourraient être difficiles à décrire en sa présence. Lorsque vous présentez l'interview NPI-ES au soignant, insistez sur les points suivants:

Le but de l'interview
Les cotations de fréquence, gravité et retentissement sur les activités professionnelles
Les réponses se rapportent à des comportements qui ont été présents durant la semaine passée ou pendant des autres période bien définis (par exemple depuis 1 mois ou depuis la dernière évaluation)
Les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par "oui" ou "non".

Il est important de:

- Déterminer le temps passé par le soignant auprès du patient. Quel poste occupe le soignant; s'occupe-t-il toujours du patient ou seulement occasionnellement; quel est son rôle auprès du patient; comment évalue-t-il la fiabilité des informations qu'il donne en réponse aux question du NPI-ES?
- Recueillir les traitements médicamenteux pris régulièrement par le patient

QUESTIONS DE SÉLECTION

La question de sélection est posée pour déterminer si le changement de comportement est présent ou absent. Si la réponse à la question de sélection est négative, marquez "NON" et passez au domaine suivant. Si la réponse à la question de sélection est positive ou si vous avez des doutes sur la réponse donnée par le soignant ou encore s'il y a discordance entre la réponse du soignant et des données dont vous avez connaissance (ex : le soignant répond NON à la question de sélection sur l'euphorie mais le patient apparaît euphorique au clinicien), il faut marquer "OUI" et poser les sous questions.

SOUS-QUESTIONS

Quand la réponse à la question de sélection est "OUI", il faut alors poser les sous questions. Dans certains cas, le soignant répond positivement à la question de sélection et donne une réponse négative à toutes les sous questions. Si cela se produit, demandez au soignant de préciser pourquoi il a répondu

"OUI" à la question de sélection. S'il donne alors des informations pertinentes pour le domaine comportemental mais en des termes différents, le comportement doit alors être coté en gravité et en fréquence. Si la réponse "OUI" de départ est une erreur, et qu'aucune réponse aux sous questions ne confirme l'existence du comportement, il faut modifier la réponse à la question de sélection en "NON".

NON APPLICABLE

Une ou plusieurs questions peuvent être inadaptées chez des patients très sévèrement atteints ou dans des situations particulières. Par exemple, les patients grabataires peuvent avoir des hallucinations mais pas de comportements moteurs aberrants. Si le clinicien ou le soignant pense que les questions ne sont pas appropriées, le domaine concerné doit être coté "NA" (Non Applicable dans le coin supérieur droit de chaque feuille), et aucune autre donnée n'est enregistrée pour ce domaine. De même, si le clinicien pense que les réponses données sont invalides (ex : le soignant ne parait pas comprendre une série de questions), il faut également coter "NA".

FRÉQUENCE

Pour déterminer la fréquence, posez la question suivante :

"Avec quelle fréquence ces problèmes se produisent (définissez le trouble en décrivant les comportements répertoriés dans les sous questions). Dites-vous qu'ils se produisent moins d'une fois par semaine, environ une fois par semaine, plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours, ou tous les jours ?"

1. **Quelquefois** : moins d'une fois par semaine
2. **Assez souvent** : environ une fois par semaine
3. **Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours
4. **Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps

GRAVITÉ

Pour déterminer la gravité, posez la question suivante :

"Quelle est la gravité de ces problèmes de comportement. A quel point sont-ils perturbants ou handicapants pour le patient? Dites-vous qu'ils sont légers, moyens ou importants?"

1. **Léger** : changements peu perturbants pour le patient
2. **Moyen** : changements plus perturbants pour le patient mais sensibles à l'intervention du soignant
3. **Important** : changements très perturbants et insensibles à l'intervention du soignant

Le score du domaine est déterminé comme suit :
score du domaine = fréquence x gravité

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI/ES

Nom: Age: Date de l'évaluation:

Fonction de la personne interviewée: Type de relation avec le patient:

Traquante/ prodigue des soins quotidiens:

tracifier S'occupe souvent du patient:

pas très prodige/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient

MA = question *inadaptée* (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

0. **pas du tout**
1. **perturbation minimum:**
presque aucun changement dans les activités de routine.
2. **Légerment:**
quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail.
3. **Moderément:**
désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail.
4. **assez sévèrement:**
désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail.
5. **très sévèrement ou extrêmement:**
très désorganisant, source d'anxiété majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités.

Pour chaque domaine, il y a donc 4 scores possibles :

Fréquence, Gravité, (Fréquence x Gravité), Retenissement sur les activités professionnelles.

Le score total au NPI-ES peut être calculé en additionnant tous les scores aux dix premiers domaines. L'ensemble des scores aux 12 domaines peut aussi être calculé dans des circonstances spéciales comme lorsque les signes neurovégétatifs s'avèrent particulièrement importants. Le score de retenissement sur les activités professionnelles n'est pas pris en compte dans le score total du NPI-ES mais peut être calculé séparément comme le score total de retenissement sur les activités professionnelles en additionnant chacun des sous scores retenissement de chacun des 10 (ou 12) domaines comportementaux.

INTERPRETATION DES RESULTATS

En recherche clinique il existe plusieurs scores (cut off) possible.

En pratique clinique les éléments les plus pertinents à retenir sont :

- le score fréquence x Gravité pour chaque domaine (un score supérieur à 2 est pathologique)

REFERENCES

Sisco F., Tarelli M., Lafont V., Berthelot C., Baudin C., Giordana J.Y., Bracconi T., Robert P.H. Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes. L'Année Gerontologique, 14 : 151-171, 2000

Copyrights : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - CHU de NICE.

Email : misssi@chu-nice.fr

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retenissement
Idees delirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Depression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Score total 10					[]	
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Score total 12					[]	

A. IDEES DELIRANTES

(NA)

"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 ou de l'équipe soignante ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou que leur époux/épouse le/la trompe? Le patient a-t-il d'autres croyances inhabituelles?"

NON Passez à la section suivante OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente croit-Il/elle être en danger ou que les autres ont l'intention de lui faire du mal ou lui ont fait du mal par le passé ?

Oui	Non
-----	-----
2. Le patient/la patiente croit-Il/elle que les autres le/la volent ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------
3. Le patient/la croit-Il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------
4. Le patient/la patiente croit-Il/elle que des membres de sa famille, de l'équipe soignante ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------
5. Est-ce que le patient/la patiente croit-Il/elle que des personnes que l'on voit à la télévision ou dans des magazines sont réellement présentes dans la pièce ? (essate-Il/elle de leur parler ou de communiquer avec elles ?)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------
6. Croit-Il/elle en d'autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces idées délirantes

FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine

Assez souvent : environ une fois par semaine

Fréquentement : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps

GRAVITE

Léger: les idées délirantes sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente.

Moyen: les idées délirantes sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente.

Important: les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de troubles du comportement

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et aggrave-t-il votre charge de travail?

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

B. HALLUCINATIONS

(NA)

"Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? 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 ?" (Si oui, demandez un exemple afin de déterminer s'il s'agit bien d'une hallucination). Le patient s'adresse-t-il à des personnes qui ne sont pas là?"

NON Passez à la section suivante OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente dit-Il/elle entendre des voix ou se comporte-t-Il/elle comme s'Il/elle entendait des voix ?

Oui	Non
-----	-----
2. Le patient/la patiente parle-t-Il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------
3. Le patient/la patiente dit-Il/elle voir des choses que les autres ne voient pas ou se comporte-t-Il/elle comme s'Il/elle voyait des choses que les autres ne voient pas (des personnes des animaux des humains, etc...) ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------
4. Le patient/la patiente dit-Il/elle sentir des odeurs que les autres ne sentent pas ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------
5. Le patient/la patiente dit-Il/elle ressentir des choses sur sa peau ou semble-t-Il/elle ressentir des choses qui rampent sur lui/elle ou qui le/la touchent ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------
6. Le patient/la patiente dit-Il/elle ou se comporte-t-Il comme si Il/elle avait des goûts dans la bouche qui ne sont pas présents ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------
7. Le patient/la patiente décrit-Il/elle d'autres sensations inhabituelles ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces hallucinations

FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine

Assez souvent : environ une fois par semaine

Fréquentement : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps

GRAVITE

Léger: les hallucinations sont présentes mais semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente.

Moyen: les hallucinations sont éprouvantes et stressantes pour le patient/la patiente et provoquent des comportements inhabituels et étranges.

Important: les hallucinations sont très stressantes et éprouvantes et représentent une source majeure de comportements inhabituels et étranges (l'administration d'un traitement occasionnel peut se révéler nécessaire pour les maîtriser)

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et aggrave-t-il votre charge de travail?

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

C. AGITATION / AGRESSIVITÉ

(NA)

Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse l'aide des autres ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? Est-il/elle brynant et refuse-t-il/elle de coopérer ? Le patient/la patiente essaye-t-il/elle de blesser ou de frapper les autres ?

NON	Passer à la section suivante	OUI	Poser les questions complémentaires indiquées ci-dessous	Oui	Non
			1. Le patient/la patiente est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essaient de s'occuper de lui/d'elle ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			2. Le patient/la patiente est-il/elle hâté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			3. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif(ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			4. Le patient/la patiente a-t-il/elle d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			5. Le patient/la patiente crie-t-il/elle, est-il/elle brynant ou jure-t-il/elle avec colère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			6. Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pieds dans les meubles ou jette-t-il/elle des objets ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			7. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ce agitation.

FRÉQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine

Assez souvent : environ une fois par semaine

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps

GRAVITÉ

Léger: ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler par l'intervention du soignant.

Moyen: ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile à contrôler.

Important: l'agitation est très stressante ou perturbante pour le patient/la patiente et est très difficile voire impossible à contrôler. Il est possible que le patient/la patiente se blesse lui-même et l'administration de médicaments est souvent nécessaire.

RENTREMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévérement	4
Légerement	2	Très sévérement, extrêmement	5

D. DEPRESSION / DYSPHORIE

(NA)

Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? La patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois ?

NON	Passer à la section suivante	OUI	Poser les questions complémentaires indiquées ci-dessous	Oui	Non
			1. Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			2. Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est déprimé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			3. Le patient/la patiente se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu'il/elle a l'impression d'être un(e) raté(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			4. Le patient/la patiente dit-il/elle qu'il/elle est quelque un de mauvais ou qu'il/elle mérite d'être puni(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			6. Le patient/la patiente dit-il/elle être un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			7. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes de dépression ou de tristesse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cet état dépressif.

FRÉQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine

Assez souvent : environ une fois par semaine

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps

GRAVITÉ

Léger: l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'aider par l'intervention du soignant.

Moyen: l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente et est difficile à soulager.

Important: l'état dépressif est très perturbant et stressant et est difficile voire impossible à soulager.

RENTREMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévérement	4
Légerement	2	Très sévérement, extrêmement	5

E. ANXIETE

(NA)

“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 est-il/elle incapable de se détendre? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance?”

NON	Passer à la section suivante	OUI	Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous	Oui	Non
			1. Le patient/la patiente dit-il/elle se faire du souci au sujet des événements qui sont prévus comme des rendez-vous ou des visites de la famille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			2. Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente se sent mal à l'aise, incapable de se relaxer ou excessivement tendu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			3. Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente a (ou se plaint d'avoir) le souffle coupé; il/elle cherche son souffle ou soupire sans autre raison apparente que sa nervosité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			4. Le patient/la patiente se plaint-il/elle d'avoir l'estomac noué, des palpitations ou le cœur qui cogne du fait de sa nervosité ? (Symptômes non expliqués par des problèmes de santé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			5. Le patient/la patiente évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux(se) comme par exemple rencontrer des amis ou participer à des activités? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			6. Le patient/la patiente est-il/elle nerveux(se) ou contrarié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance? (S'agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'anxiété ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette anxiété

ERROLENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquentement : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

Léger: l'état d'anxiété est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer par l'intervention du soignant	1
Moyen: l'état d'anxiété est stressant pour le patient/la et difficile à soulager.	2
Important: l'état d'anxiété est très stressant et perturbant et difficile voire impossible à soulager.	3

RENTENSSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?			
Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légerement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

F. EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORE

(NA)

“Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Le ne parle pas d'une joie de vivre tout à fait normale mais, par exemple, du fait qu'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres?”

NON	Passer à la section suivante	OUI	Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous	Oui	Non
			1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle se sentir trop bien ou être trop heureux(se)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			2. Le patient/la patiente trouve-t-il/elle drôle ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			3. Le patient/la patiente semble-t-il/elle avoir un sens de l'humour piqué et une tendance à rire sottement ou de façon déplacée (lorsqu'une personne est victime d'un incident malheureux par exemple) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			4. Le patient/la patiente raconte-t-il/elle des blagues ou fait-il/elle des réflexions qui ne font rire personne sauf lui/elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			5. Fait-il/elle des farces piquées telles que pincer les gens ou prendre des objets et refuser de les rendre juste pour s'amuser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			6. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes révélant qu'il/elle se sent trop bien ou est trop heureux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette exaltation de l'humeur / euphorie

ERROLENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquentement : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

Léger: Le patient/la patiente semble parfois trop heureuse.	1
Moyen: Le patient/la patiente semble parfois trop heureuse et cela provoque des comportements étranges quelquefois.	2
Important: Le patient/la patiente semble presque toujours trop heureuse et pratiquement tout l'année.	3

RENTENSSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?			
Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légerement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

G. APATHIE / INDIFFERENCE

(NA)

“Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l’entoure ? N’a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour participer aux activités ? Est-il devenu plus difficile d’engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux activités de groupe?”

NON Passer à la section suivante OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu de l'intérêt pour le monde qui l'entoure? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation? (ne coter que si la conversation est possible) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Le patient/la patiente manque-t-il/elle de réactions émotionnelles auxquelles on aurait pu s'attendre (joie lors de la visite d'un ami ou d'un membre de la famille, intérêt pour l'actualité ou le sport, etc) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêt habituels ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Le patient/la patiente reste-t-il/elle sagement assise sans se préoccuper de ce qui se passe autour de lui? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant qu'aucune activité nouvelle ne l'intéresse ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette apathie / indifférence.

ERROUENCE

- Quelquefois : moins d'une fois par semaine **1**
- Assez souvent : environ une fois par semaine **2**
- Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours **3**
- Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps **4**

GRAVITE

Léger: Le patient/la patiente manifeste parfois une perte d'intérêt pour les choses, mais cela affecte peu son comportement et sa participation aux activités.

Moyen: Le patient/la patiente manifeste une perte d'intérêt pour les choses qui ne s'attardent qu'à l'occasion d'événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille.

Important: Le patient/la patiente manifeste une complète perte d'intérêt et de motivation.

RETENUSSEMENT

- A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?
- | | | | |
|-------------|---|------------------------------|---|
| Pas du tout | 0 | Moderément | 3 |
| Minimum | 1 | Sévèrement | 4 |
| Légerement | 2 | Très sévèrement, extrêmement | 5 |

H. DESINHIBITION

(NA)

“Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle des choses déplacées ou blessantes pour les autres?”

NON Passer à la section suivante OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Le patient/la patiente agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Le patient/la patiente dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Le patient/la patiente dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Le patient/la patiente parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général en public ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Le patient/la patiente caresse, touche ou étirent-il/elle les gens d'une façon désadaptée? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôle de ses impulsions ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette désinhibition

ERROUENCE

- Quelquefois : moins d'une fois par semaine **1**
- Assez souvent : environ une fois par semaine **2**
- Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours **3**
- Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps **4**

GRAVITE

Léger: Le patient/la patiente agit parfois de façon impulsive mais cela n'est pas difficile à modifier.

Moyen: Le patient/la patiente est très impulsif et son comportement est difficile à modifier.

Important: Le patient/la patiente est toujours impulsif et son comportement est à peu près impossible à modifier.

RETENUSSEMENT

- A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?
- | | | | |
|-------------|---|------------------------------|---|
| Pas du tout | 0 | Moderément | 3 |
| Minimum | 1 | Sévèrement | 4 |
| Légerement | 2 | Très sévèrement, extrêmement | 5 |

I. IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

(NA)

"Le patient/la patiente est-il/elle facilement irritable ou perturbé? Est-il/elle d'humeur très changeante? Se montre-t-il/elle extrêmement impatient(e)?"

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non |
| 1. Le patient/la patiente a-t-il/elle mauvais caractère ? Est-ce qu'il/elle " sort de ses gonds " facilement pour des petits riens ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Le patient/la patiente a-t-il/elle des sautes d'humeur qui font qu'il/elle peut être très bien l'espace d'un moment et en colère l'instant d'après ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Le patient/la patiente a-t-il/elle de brusques accès de colère ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Est-il/elle impatient(e), supportant mal les retards ou le fait de devoir attendre les activités qui sont prévues ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Le patient/la patiente est-il/elle grincheux(se) et irritable ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Le patient/la patiente cherche-t-il/elle les disputes et est-il/elle difficile à vivre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'irritabilité ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette irritabilité/ instabilité de l'humeur

FREQUENCE

- Quelquefois : moins d'une fois par semaine **1**
- Assez souvent : environ une fois par semaine **2**
- Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours **3**
- Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps **4**

GRAVITE

- Léger : Le patient/la patiente est parfois irritable mais cela n'est pas difficile à modifier. **1**
- Moyen : Le patient/la patiente est très irritable et son comportement est difficile à modifier. **2**
- Important : Le patient/la patiente est presque toujours irritable et son comportement est quasi impossible à modifier. **3**

RETENUESSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

- | | | | |
|-------------|---|------------------------------|---|
| Pas du tout | 0 | Modérément | 3 |
| Minimum | 1 | Sévérement | 4 |
| Légerement | 2 | Très sévérement, extrêmement | 5 |

J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

"Le patient/la patiente t-il/elle des activités répétitives ou des rituels qu'il reproduit de façon incessante comme faire les cent pas, tourner sur soi-même, tripler des objets ou enrouler de la ficelle? (ne pas inclure les rembléments simples ou les mouvements de la langue)"

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non |
| 1. Le patient/la patiente tourne-t-il/elle en rond sans but apparent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Le patient/la patiente fait-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Le patient/la patiente n'arrête-t-il/elle pas de mettre et d'enlever ses vêtements ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Le patient/la patiente a-t-il/elle des activités répétitives comme hachonner et déboulonner, tripler, enrouler, changer les draps, etc? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Y'a-t-il d'autres activités que le patient/la patiente ne cesse de répéter ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ce comportement moteur aberrant

FREQUENCE

- Quelquefois : moins d'une fois par semaine **1**
- Assez souvent : environ une fois par semaine **2**
- Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours **3**
- Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps **4**

GRAVITE

- Léger: Le patient/la patiente manifeste parfois des comportements répétitifs, mais cela n'entrave pas les activités quotidiennes. **1**
- Moyen: Les comportements répétitifs sont fréquents mais peuvent être maîtrisés avec l'aide du soignant. **2**
- Important : Les comportements répétitifs sont fréquents et perturbants pour le patient/la patiente et sont difficiles voire impossible à contrôler par le soignant. **3**

RETENUESSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

- | | | | |
|-------------|---|------------------------------|---|
| Pas du tout | 0 | Modérément | 3 |
| Minimum | 1 | Sévérement | 4 |
| Légerement | 2 | Très sévérement, extrêmement | 5 |

K. SOMMEIL

(NA)

Cette partie du questionnaire devrait s'adresser uniquement aux membres de l'équipe soignante qui travaillent la nuit et qui observent le patient/la patiente directement ou qui ont une connaissance suffisante des activités nocturnes du patient/de la patiente (assistent aux transmissions de l'équipe de nuit à l'équipe du matin). Si le soignant interviewé ne connaît pas les activités nocturnes du patient/de la patiente, notez "NA".

"Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se leve uniquement une fois ou deux par nuit seul/ent pour se rendre aux toilettes et se rendent ensuite immédiatement)? Reste-t-il/elle réveillé(e) la nuit? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou pénètre dans d'autres chambres?"

NON Passez à la section suivante OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Est-ce que le patient/la patiente éprouve des difficultés à s'endormir? Oui Non
2. Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait que le patient se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendent ensuite immédiatement)?
3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit?
4. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée?
5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt que les autres patients)?
6. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres troubles dont nous n'avons pas parlé?

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces troubles du sommeil

FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine

Assez souvent : environ une fois par semaine

Fréquentement : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps

GRAVITE

Léger : les troubles ne sont pas particulièrement perturbateurs pour le patient/la patiente

Moyen : les troubles perturbent les autres patients. Plusieurs types de troubles peuvent être présents

Important : les troubles perturbent vraiment beaucoup le patient durant la nuit

RETENUSSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

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

L. APPETIT / TROUBLES DE L'APPETIT

(NA)

"Le patient/la patiente a-t-il/elle un appétit déprimé ou très peu d'appétit, y'a-t-il eu des changements dans son poids ou ses habitudes alimentaires (cocher 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 Passez à la section suivante OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Est-ce que le patient/la patiente a perdu l'appétit? Oui Non
2. Est-ce que le patient/la patiente a plus d'appétit qu'avant?
3. Est-ce que le patient/la patiente a mangé?
4. Est-ce que le patient/la patiente a grossi?
5. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans son comportement alimentaire comme par exemple de mettre trop de nourriture dans sa bouche en une seule fois?
6. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans le type de nourriture qu'il/elle aime comme de manger par ex trop de sucreries ou d'autres sortes de nourritures particulières?
7. Est-ce que le patient/la patiente a développé des comportements alimentaires comme par exemple manger exactement le même type de nourriture chaque jour ou manger les aliments exactement dans le même ordre?
8. Est-ce qu'il y a eu d'autres changements de son appétit ou de sa façon de manger sur lesquels je ne vous ai pas posé de questions?

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces changements de son appétit ou de sa façon de manger

FREQUENCE

"Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Ditez-vous qu'elles se produisent..."

Quelquefois : moins d'une fois par semaine

Assez souvent : environ une fois par semaine

Fréquentement : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps

GRAVITE

Léger : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents mais n'ont pas entraîné de changement de poids et ne sont pas perturbants.

Moyen : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents et entraînent des fluctuations mineures de poids.

Important : des changements évidents dans l'appétit et les aliments sont présents, entraînant des fluctuations de poids, sont anormaux et d'une manière générale perturbent le patient.

RETENUSSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

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

Annexe 9 : Evaluation des comportements alimentaires

ÉCHELLE DE BLANDFORD

Description des troubles du comportement alimentaire

Nom :	Prénom :			
Date :	Sexe :	Âge :	Poids (kg) :	Taille (cm) :

COMPORTEMENT DE RÉSISTANCE	OUI	NON
Détourne la tête à la vue de la cuillère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repousse la nourriture ou la personne qui veut la nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Met les mains devant la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agrippe, frappe ou mord celui qui essaie de le nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crache ou jette la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DYSPRAXIE ET AGNOSIE	OUI	NON
A besoin d'être cajolé pour manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise les doigts plutôt que la fourchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapable d'utiliser les couverts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mélange et joue avec la nourriture plutôt que de l'avalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parle de façon continue pendant le repas de sorte qu'il ne s'alimente pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange des choses non comestibles (serviette...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quitte la table et va marcher pendant les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semble ne pas reconnaître les aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPORTEMENT SÉLECTIF	OUI	NON
A besoin de compléments nutritionnels spécifiques, sinon ne mange rien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A besoin de compléments nutritionnels spécifiques, les goûte, se plaint, puis les refuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refuse de manger une grande variété d'aliments, et ne mange par exemple que du pain, des desserts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne prend que des petites quantités de nourriture, puis ne mange plus, même si on le fait manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préfère les liquides (plus de 50% des apports)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refuse les solides mais accepte les liquides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INCOORDINATION ORALE NEUROMUSCULAIRE	OUI	NON
N'ouvre pas la bouche spontanément quand on lui présente la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plisse les lèvres, empêchant l'entrée de la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ferme la bouche, serre les dents et les lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait des mouvements continus de la langue ou de la bouche qui empêchent l'ingestion des aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accepte la nourriture puis la crache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accepte la nourriture mais ne la mâche pas, et ne l'avale pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La nourriture dégouline de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FAUSSES ROUTES	OUI	NON
Tousse ou bien s'étouffe en mangeant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Gargouillement" de la voix (voix humide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÉPENDANCE ALIMENTAIRE	OUI	NON
Présente un problème du comportement alimentaire mais s'alimente seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A besoin d'être aidé de temps en temps pour s'alimenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne s'alimente que si on le fait manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÉCHELLE DE BLANDFORD
Description des troubles du comportement alimentaire

1- Environnement

❖ Installation (environnement au moment du repas)

❖ Installation pour le repas :

- du patient

- de l'aidant

- pieds en appui : oui non

❖ Posture :

- Les points d'appuis des avant bras : accoudoirs table

- Position tête//tronc : normale hypoflexion extension

- inclination du corps :

Affaissement	sternal			oui/non
Effondrement	sternal			oui/non
Asymétrie		oui/non		

❖ Ustensiles utilisés :

❖ Niveau d'aide du personnel :

Autonomie du patient : -Totale -Partielle -Assistée -nulle

2- Repas

❖ La mise en bouche : normale anticipation ouverture buccale modification posturale

❖ **Qualité du repas :**

- Quantité : normale excessive faible
- Durée : normale excessive faible
- Lieux :

3- Déglutition

❖ **Propulsion du bol :**

On note si la déglutition est normale ou si les difficultés sont liées à :

- un refus
- un trouble de la sensibilité
- une persistance des réflexes archaïques ou primaires
- une ouverture buccale inadaptée
- un trouble de la motricité linguale (protrusion, péristaltisme, mouvements anormaux, etc)
- une absence ou une mauvaise fermeture labiale (hypotonie ou hypertonie des lèvres, hypertonie de la mandibule)
- des troubles de la coordination motrice
- un problème respiratoire
- présence de résidus alimentaires
- AUTRES

❖ **Mastication :**

• Porte seul à la bouche :

- avec la main
- avec la fourchette
- autre

• Réactions de la personne :

- normale
- anticipation ouverture buccale
- modification posturale
- nauséux
- réflexe de mordre

- pleurs
- détourne la tête
 - Mastication :
 - Normale
 - Ralentie
 - Impossible
 - Difficultés liées :
 - à une insalivation insuffisante
 - à une absence de placement des aliments entre les dents (problèmes et motricité linguale, protrusion ou rétraction linguale)
 - à une déviation, à un blocage, ou une ouverture limitée des mâchoires
 - à des problèmes de sensibilité
 - à des douleurs articulaires ou autres
 - à une stagnation des aliments dus
 - à une hypotonie jugale
 - un problème de sensibilité
 - à l'état buccodentaire
 - Importance de :
 - la consistance du volume, des morceaux

❖ Temps pharyngé :

- Normal
- Difficultés liées à :
 - une hypotonie oropharyngée
 - des enchaînements de plusieurs tentatives de déglutition (au-delà de 3 déglutitions, elle est perturbée)
 - des signes de fausses routes (toux, raclements, regard figé, etc)
 - un reflux nasal
 - un encombrement pulmonaire
 - une absence d'élévation du larynx
 - des douleurs éventuelles
 - Voix mouillée après ou à distance des repas

- Crépitements laryngés :

- *Remarque : un temps de latence supérieur à 3 secondes peut être causé par un déficit sensitif, moteur ou par un réflexe retardé.*

❖ **Boisson :**

- Réactions de la personne :

- normale
- anticipation ouverture buccale
- modification posturale
- nauséux
- réflexe de mordre
- pleurs
- détourne la tête
- perte de liquide
- déficit de l'aspiration du liquide en raison de :
 - * Troubles du tonus et de fermeture labiale
 - * protrusion linguale
 - * Aspiration impossible
 - * Problèmes de sensibilité
 - * Fuites labiales
 - * Reflux nasal
 - * Présence de fausses routes
- Troubles de la coordination « aspiration – déglutition – respiration »
- autres, préciser :

4- Plaisir du repas :

- Plaisir à s'alimenter

-Indifférence

-Dégoût

-Peu

- Désir d'autonomie :

-Important

-Faible

-Nul

- Préférences alimentaires :
- Dégoûts alimentaires :

- Appétence à la communication : normale faible fluctuante

5- Autres observations

Titre du Mémoire : Evaluation de l'impact de l'écoute musicale personnalisée auprès des patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade avancé sur les troubles du comportement alimentaire. Etude de cas.

RESUME

Face à l'augmentation des cas de la maladie d'Alzheimer, des complications liées à l'alimentation au stade avancé de la pathologie, et des limites de la prise en charge orthophonique, dans le cadre des troubles du comportement alimentaire, il nous a semblé intéressant de questionner les effets de l'écoute musicale personnalisée sur ces derniers. Nous avons effectué une étude de cas permettant de mettre en évidence les effets de l'écoute musicale personnalisée sur les comportements des patients impactant le temps du repas et sur la déglutition. La confrontation des résultats a révélé les intérêts que présente cette pratique. Les résultats ont également mis en lumière les bénéfices que cela peut apporter pour l'amélioration des comportements en générale et pour l'équipe soignante.

MOTS-CLEF

Alzheimer – écoute musicale – orthophonie – stade avancé – troubles du comportement alimentaire

ABSTRACT

Faced the increase in cases of Alzheimer disease, complications related to eating at an advanced stage of the disease, and the limitations of speech and language therapy in the context of eating disorders, it seemed interesting to us to question the effects of personalized musical listening on these disorders. We carried out a case study to highlight the effects of personalized music listening on patients' behaviours affecting mealtime and swallowing. The comparison of the results revealed the benefits of this practice. The results also highlighted the benefits that this can bring for behavioural improvement in general and for the health care team.

KEY WORDS

advanced stage - Alzheimer - eating disorders - music listening - speech therapy