



Des odeurs qui soignent

Aider des patients qui sortent du coma à retrouver des émotions et des souvenirs, en respirant des odeurs de chocolat, de champignon ou de bois... c'est l'objectif des ateliers olfactifs. Reportage dans un service de rééducation neurologique.

Un jour, j'ai mis une mandarine dans la main d'un patient comateux en phase d'éveil, qui ne bougeait pas et ne communiquait pas : il ne s'est rien passé. Alors, j'ai épluché la mandarine et je l'ai reposée dans sa main : il a tourné la tête en direction de l'odeur. » Cette expérience marquante, Joëlle Régnaux, kinésithérapeute, l'a vécue dans le service de rééducation neurologique du Pr Bernard Bussel, à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches.

Stimuler l'attention et la concentration

Stimuler l'attention ou la mémoire de patients victimes de traumatismes crâniens ou d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) grâce aux odeurs, c'est le but des ateliers olfactifs qui ont lieu depuis quatre ans dans ce service. Ils sont organisés par l'Association CEW France (*Cosmetic Executive Women*), qui regroupe des femmes cadres du milieu

cosmétique. Ces ateliers se déroulent en groupe ou individuellement.

S'imaginer dans la forêt en sentant l'odeur des champignons, de la mousse des sous-bois. Évoquer un dimanche de Pâques en respirant l'odeur du chocolat. Retrouver les senteurs de sa maison comme le linge mouillé ou le cuir de son vieux fauteuil...

« Les ateliers permettent aux patients souffrant de lésions cérébrales de s'évader pendant une heure de l'univers hospitalier »

L'odorat, un sens particulier

« Les odeurs réveillent les émotions qui stimulent la mémoire. Le circuit olfactif est donc un support très privilégié », explique Christiane Samuel. Mais l'odorat est encore considéré comme un sens "archaïque", donc méprisé. « Il n'y a pas d'apprentissage à l'école, il s'acquiert tout doucement au fil de la vie », souligne Patty Canac. Autre particularité, il est difficile à mesurer, donc à évaluer.

de reprendre pied dans le monde extérieur », explique Joëlle Régnaux.

Ils sont proposés très peu de temps après l'accident, à des patients qui sont en phase d'éveil de coma ou qui sont encore très renfermés sur eux-mêmes, avec des déficits sensoriels, moteurs et/ou cognitifs (mémoire, attention, concentration).

Complicité et échanges entre les patients

Les ateliers de groupe sont réservés aux personnes ayant des capacités d'attention suffisantes. Ils comprennent cinq à dix patients, assistés chacun par leur rééducateur, orthophoniste, ergothérapeute ou kinésithérapeute, et deux animatrices, bénévoles de l'association CEW. Les séances se déroulent sous une forme ludique. Les patients sont invités à sentir des odeurs sur des thèmes différents : balade en forêt, en bord de mer, repas au restaurant... Ensuite, ils échangent leurs impressions, leurs souvenirs, en communiquant selon leurs moyens. « C'est une façon de les resocialiser car ils sont le plus souvent isolés dans leur chambre », précise Carine Rouy Thénaisy, ergothérapeute.

Ces exercices sont basés sur la notion de plaisir : « On demande au patient ou à sa famille ce qu'il aimerait sentir. Les odeurs alimentaires arrivent en tête, avec une nette préférence pour le chocolat, le citron ou la menthe. Si la personne vient d'un pays du Maghreb, on choisira des épices ou du cumin. La première question qu'on



Chaque odeur évoque son lot de souvenirs. Celles de chocolat, menthe et citron sont les plus demandées.

GARO / PHANIE

leur pose, c'est : "Est-ce que cela vous fait plaisir ?" Quand la personne est en phase d'éveil de coma et ne parle pas, un code de communication est établi : mouvement des yeux, du doigt », raconte Christiane Samuel, orthophoniste.

Les ateliers sont en général très appréciés : Carine Rouy Thénaisy déclare avoir vu des patients transformés au cours de ces séances ; des personnes dépressives devenir souriantes. « Ils oublient qu'ils sont à l'hôpital. De vraies complicités se créent entre certaines personnes à travers les jeux. » C'est d'autant plus stimulant qu'il n'y a pas d'exigence de résultat ni d'évaluation. Car l'odorat ne se mesure pas comme les autres sens. « Les patients ne se sentent pas jugés, et cela les désinhibe. Ainsi, leurs capacités enfouies pendant l'accident émergent plus facilement », estime Christiane Samuel.

Une aide à la mémorisation

Ces exercices olfactifs sont effectués en multisensorialité (toucher, goût, vue, odorat) : « Par exemple, on présentera l'aliment qui correspond à l'odeur, et le patient

pourra alors le manipuler et faire l'association », explique Carine Rouy Thénaisy.

Cette activité pluridisciplinaire en groupe est ensuite utilisée dans les prises en charge individuelles de rééducation. Chaque thérapeute l'exploite avec sa sensibilité : l'orthophoniste pour stimuler la parole, l'ergothérapeute pour développer la prise d'initiative, et pour favoriser le geste en kiné. « Lors de la séance de rééducation, je leur pose des questions sur ce qui s'est passé la veille à l'atelier. Je leur fais à nouveau sentir les odeurs. C'est une aide à la mémorisation et à la communication », souligne Christiane Samuel.

Retrouver le goût des aliments

Les ateliers individuels sont réservés aux personnes qui sont fatigables ou bien qui présentent des déficits trop importants ou particuliers. Comme pour les ateliers en groupe, le patient est assisté de son rééducateur.

« Les attentes sont différentes, confie Patty Canac, animatrice responsable de ces ateliers. On effectue un travail avec résultat : il est adapté à chaque patient et suit une progression. »

On réalisera un bilan olfactif pour détecter une diminution de l'odorat chez des personnes atteintes à la face. En travaillant la mémoire des odeurs, on aidera les patients trachéotomisés, qui ne mangent plus depuis des mois, à retrouver le goût des aliments : « L'olfactothérapie favorise la reprise alimentaire sans trouble de déglutition », précise Joëlle Régnaux.

« L'olfactothérapie n'est pas reconnue comme thérapeutique médicale, mais elle a un effet bénéfique pour réactiver les capacités mnésiques des patients. C'est un soutien à la rééducation neurologique », souligne le Pr Bussel, chef du service. « Il y a encore beaucoup de choses à développer dans ce domaine, nous n'en sommes qu'aux prémices », ajoute Joëlle Régnaux.

Depuis septembre, le CEW a d'ailleurs installé des ateliers de groupe dans le service de gériatrie de l'hôpital Ambroise Paré, à Boulogne.

GÉRALDINE COMBES ■

Les personnages photographiés ne sont pas concernés par le sujet de l'article.

« L'important, c'est l'affectif. Sentir la présence de ses proches est déterminant. »

Après une lésion cérébrale (traumatisme crânien, rupture d'anévrisme...), le patient plonge dans l'inconscience pendant une période plus ou moins longue (voir encadré). De ce trou noir, il ne gardera aucun souvenir. Les premières bribes de sensations se situent en fait dans la phase d'éveil, après l'ouverture des yeux. Mais cette transition peut durer plusieurs jours, parfois plusieurs semaines.

Pour aider le malade à émerger, on incite les familles à lui parler, à le caresser, à exprimer leur attachement... « *L'important, c'est l'affectif. Sentir la présence de ses proches est déterminant* », souligne Dominique Bromberger, qui raconte une anecdote troublante. Alors qu'il semble totalement inconscient, sa femme lui annonce qu'il va être grand-père. Après son réveil, celle-ci est sur le point de répéter la grande nouvelle lorsqu'il l'interrompt : « *Oui, je sais, Marie-Laure va avoir un bébé.* »

Virginie croyait être « *dans les vapes* » pendant ses 28 jours de coma, après avoir été renversée par un scooter. Deux ans après l'accident, elle a voulu visiter la chambre qu'elle occupait en réanimation. Et, à sa grande surprise, elle a immédiatement reconnu l'un des infirmiers !

« J'ai un trou complet dans ma vie qui s'étale sur un an. »

Sans que l'on sache pourquoi ni comment, des informations et des émotions, positives ou négatives, réussissent à franchir le mur du coma. « *Il faut être attentif à ce qu'on dit au chevet de ces personnes. Par exemple, on évite de parler de leurs séquelles ou de la mort des autres passagers dans l'accident. Les patients perçoivent la tonalité du discours qu'on leur tient* », explique Marie de Jouvencel, neuropsychologue au centre de réadaptation fonctionnelle de Richebourg (78).

Thierry, lui, est sorti de cet étrange sommeil au bout d'un mois. Mais il ne peut rien en dire. Victime d'un accident au volant de sa 2CV en 1987, il est resté totalement amnésique. C'est comme si le choc, le coma, le réveil étaient recouverts d'un voile opaque. « *J'ai un trou complet dans ma vie qui s'étale sur un an* », raconte ce géologue, qui avait 31 ans à l'époque.

Certains patients supportent très mal de ne garder aucun souvenir de cette période pendant laquelle ils étaient sans défense, totalement dépendants. Ils veulent qu'on leur raconte pour pouvoir se reconstruire. Virginie a lu avec beaucoup d'émotion le journal intime que sa mère tenait pendant qu'elle était dans le coma : « *À chaque fois, je fonds en larmes. J'imagine à quel point ma famille a souffert alors que, moi, j'étais absente.* » En tant que psychologue, Marie de Jouvencel recommande aux familles de tenir des « cahiers de vie », qui serviront à faire le lien.

« Fermez la porte. Toutes les bêtes au plafond me tombent dessus. Ne pas m'attacher, merci. »

Le coma artificiel, lui, plonge le malade dans une situation totalement différente. Il est parfois nécessaire d'endormir un patient pour mettre son métabolisme au repos et l'aider à supporter les traitements. Au bout d'un certain temps, on diminue les doses de morphine et d'hypnotiques.

Agités, violents, mêlant confusément cauchemar et réalité, certains patients sont sujets à d'impressionnantes hallucinations. Les médecins parlent de « *delirium* ». Récemment, une des patientes du Dr Vigué a réussi à griffonner sur un papier : « *Fermez la porte. Toutes les bêtes au plafond me tombent dessus. Ne pas m'attacher, merci.* » D'autres se voient persécutés, enfermés dans un camp de concentration... Le réveil dans un tel contexte est parfois si difficile que certains patients en restent profondément marqués. On parle même de syndrome

Le coma reste un mystère

Après un choc au cerveau, on mesure la profondeur du coma en notant les réactions du malade sur une échelle de 3 à 15. En dessous de 8, le pronostic est peu optimiste. La plupart des patients ouvrent les yeux au maximum deux ou trois semaines après l'accident. Mais certains ne reprennent jamais pleinement conscience, et cela reste un mystère. Ces « états végétatifs chroniques » peuvent durer des années sans aucune amélioration.

de stress post-traumatique. Une aide psychologique est souvent recommandée.

Face à de tels récits, l'équipe médicale ne peut rester indifférente : « *Nous sommes conscients de la violence de la réanimation. Les patients agités sont attachés pour qu'ils ne tombent pas et n'arrachent pas les tuyaux qui les relient aux machines. Le bruit des alarmes est très agressif. Nous commençons tout juste à nous intéresser à cet environnement et à l'améliorer. Mais la réanimation restera toujours un univers difficile* », remarque le Dr Vigué.

Au sortir du coma, une autre forme de violence attend les patients. Il faut affronter la réalité, la gravité de la maladie, et parfois la lourdeur des séquelles. Malgré de multiples handicaps, Thierry a entièrement refait sa vie. Il se sent aujourd'hui « *un autre homme* ». Virginie réapprend lentement à marcher, à écrire, à lire... Mais, à 30 ans, elle ne peut encore mener une vie normale. Dominique Bromberger, hospitalisé à maintes reprises, avoue dans ses moments de découragement avoir une certaine « *nostalgie des limbes* ».

SYLVIE DELLUS ■

* *Un aller-retour*, éd. Robert Laffont

POUR VOUS AIDER :

- Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens : 01 53 80 66 03, www.traumacranien.org
- Association R'Eveil : 03 20 65 15 62.