

Université Toulouse III

Faculté de Médecine de Toulouse Rangueil

Institut de Formation en Psychomotricité



Prise en charge psychomotrice et non médicamenteuse de la déambulation

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Sommaire

Introduction.....	6
Partie théorique	7
I- Déambulation	8
A- Déambulation comportement inapproprié ou problématique ?.....	8
B- Prévalence	9
C- Définition	10
1) Définition scientifique.....	10
2) Définition Clinique.....	11
3) Définition politique	12
4) Modèle conceptuel de la déambulation (Algase)	12
D- Différentes formes	13
1) Quelle signification ?	14
2) Type de parcours	14
3) Quantité de déambulation	15
E- Etiologie	15
F- Evaluation	17
G- Facteurs de risques provoquant la déambulation.....	20
II- La fugue.....	22
A- Les causes.....	23
B- Les conséquences.....	24
1) Pour le patient	24
2) Pour les aidants et les soignants.....	24

C-	Les Moyens d'action	25
III-	Prise en charge non médicamenteuse	27
A-	Aménagements environnementaux.....	28
1)	L'espace de déambulation	28
2)	Barrières visuelles	30
3)	Repères visuels	31
4)	Espace calme	32
B-	Activités physiques	33
C-	Stimulations sensorielles.....	33
1)	Snoezelen.....	33
2)	La luminothérapie	35
3)	Jardin thérapeutique.....	35
4)	Musicothérapie	37
D-	Approche comportementale	38
IV-	Conclusion	39
Partie pratique		40
I-	Introduction	41
II-	Cas de Madame C.	42
III-	Evaluation.....	43
A-	Les bilans	43
1)	Autonomie :	43

2) Le bilan psychologique	44
3) Le bilan psychomoteur	44
A- Projet thérapeutique	51
B- Prise en charge	51
IV- Réévaluation.....	58
Discussion	62
Conclusion.....	63
Bibliographie.....	65
Annexes.....	68

Introduction

J'ai effectué mon stage de 3^{ème} année dans trois structures dont un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). J'ai rapidement été interpellé par les symptômes psycho-comportementaux que présentaient certains patients. Au-delà des troubles de la mémoire et de la perte d'autonomie associés à la maladie d'Alzheimer ce qui semble le plus difficile à vivre pour le patient et à prendre en charge par l'équipe soignante sont ces troubles du comportement. Très vite la déambulation est l'un des troubles du comportement qui m'a intéressé par son caractère perturbateur et par l'impact qu'il pouvait avoir sur les soins donnés au patient. Par ailleurs, la traduction d'une échelle de déambulation réalisée par Nathalia Biessy-Dalbe l'an dernier dans le cadre de son mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien avait retenu mon attention. J'ai alors orienté mes lectures vers ce domaine.

Je me suis alors posé la question de l'intérêt d'une prise en charge non médicamenteuse et psychomotrice chez un patient déambulant? Comment faciliter les soins sans restreindre la possibilité d'aller et venir du patient ? Qu'est-ce que le psychomotricien peut apporter comme réponse ?

Dans une première partie nous définirons la déambulation et ses différentes formes, puis nous nous attarderons sur la fugue souvent associée à la déambulation (étude PIXEL, 2003). Et enfin nous détaillerons les différentes prises en charge non médicamenteuses qui peuvent être proposées pour diminuer l'impact du trouble.

Dans une seconde partie, j'exposerai l'étude de cas d'une patiente déambulante que j'ai rencontré au cours de mon stage. Je détaillerai l'évaluation proposée, la mise en place du projet thérapeutique de cette patiente, la prise en charge en elle-même et enfin la réévaluation au bout de trois mois d'accompagnement.

Partie théorique

I- Déambulation

A- Déambulation comportement inapproprié ou problématique ?

La déambulation est souvent représentée comme un trouble du comportement qui vient entraver la vie quotidienne de la personne qui présente ce comportement ainsi que les aidants (famille ou personnel soignant) (Logsdon et al. 1998).

Cependant, la déambulation peut révéler des effets bénéfiques :

Dans un premier temps elle contribue à **l'entretien de la marche** avec des effets physiologiques au niveau musculaire, articulaire et circulatoire (Strubel et Corti, 2008). Elle encourage également **l'appétit** (Cohen-Mansfield, 1991) et permet au patient un **sommeil plus réparateur**. On peut aussi constater que la déambulation favorise les **interactions sociales** puisque en effets à l'inverse d'une personne apathique qui reste dans sa chambre, une personne déambulante sera plus facilement interpellée par le personnel ou les autres résidents (Strubel et Corti, 2008).

A contrario, elle peut aussi avoir des effets néfastes :

D'une part elle augmente le **risque de chute** qui sera renforcée par la fatigue liée à une marche persistante (Kiely et al, 1998). Certains patients peuvent poursuivre leur marche avec des douleurs importantes, des blessures ou même des fractures. Le **risque de mortalité** est doublé chez les patients déments qui déambulent (Suh et al, 2005).

D'autre part, la déambulation peut conduire à pénétrer dans des lieux non autorisés tels que les cuisines, l'infirmerie ou encore la chambre d'autres patients. Chez les sujets les plus déambulants, les soins quotidiens sont compromis (toilette, habillage, actes infirmiers) de même que la prise des repas (incapacité à rester assis) et donc des **risques de déshydratation et de malnutrition** peuvent s'y

ajouter (Rolland et al, 2006). **A domicile, le risque de fugue** reste un facteur négatif important qui peut être responsable d'une entrée en institution (Rolland et al, 2007).

B- Prévalence

L'incidence de la déambulation chez la personne âgée est difficile à évaluer (Caltharp et al. 1996). Klein et al. (1999) estiment que la prévalence de la déambulation est de 17,4% chez les patients à domicile.

D'autres recherches montrent 38% de déambulants chez les personnes âgées porteuses de démence (Cohen-Mansfield, 1986). Klein et al. (1999) montrent qu'il existe différentes définitions de la déambulation en fonction de la sévérité et du type de démence. Strubel et al. (2008) montre également une progression exponentielle de la déambulation en fonction de la sévérité de la démence. Par ailleurs, d'après l'étude de Schonfels et al. nous retrouvons davantage de déambulants en institution qu'à domicile (21%).

L'étude REAL réalisée par Rolland et al. (2003), s'est portée sur 571 patients porteurs de la maladie d'Alzheimer et vivants à domicile. Leurs capacités cognitives, le risque de chute et l'autonomie ont été évalué de façon standardisée. Les troubles du comportement mesuré à l'aide de la NPI (Neuropsychiatric Inventory) remplie avec les proches du patient décrivaient des patients avec et sans déambulation.

Les résultats ont montré une prévalence pour la déambulation de 12,6%. Il est retrouvé que les patients déambulants ont une atteinte cognitive plus importante, qu'ils sont plus dénutris et moins autonomes.

Les divers auteurs s'accordent à penser que la déambulation est retrouvée fréquemment dans la maladie d'Alzheimer, plus que dans d'autres démences (démences vasculaires...). Elle est plus élevée chez les hommes (Heeren, et al, 2003, in Algase, 2006), en raison d'une réaction davantage motrice dans une situation d'inconfort ou d'anxiété, alors que les femmes utilisent plus facilement une réponse verbale (Cohen-Mansfield et al. 1992).

C- Définition

La déambulation est fréquemment définie comme étant une errance sans but (Snyder et al.1978, Albert 1992, Heard et Watson 1999, Colombo et al. 2001 in Lai 2003). Elle est caractérisée comme un besoin irrépressible de marcher, de façon impulsive et souvent sans but apparent, elle peut conduire la personne à se perdre. On retrouve ce comportement principalement en institution et chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer (Strubel et Corti, 2008). Il existe plusieurs définitions de la déambulation selon le regard que l'on porte et le cadre dans lequel on considère ce trouble. Il existe alors des définitions scientifiques, cliniques et/ou politiques.

1) Définition scientifique

D'un point de vue scientifique, la déambulation est définie selon quatre domaines : l'espace, le temps, la locomotion et l'élément déclencheur de l'action (Algase, Moore et VandeWeerd, 2007).

En d'autres termes, Algase (1999) définit la déambulation comme étant un comportement moteur lié à la démence avec un **caractère répétitif, temporellement et/ou spatialement désorienté** qui se manifeste par des phénomènes «**de rodage** », «**aléatoire** » et/ou «**de stimulation** » qui peuvent être **associés à la fugue** ou à des tentatives de fugue et/ou au fait de se perdre.

De façon plus explicite, Martino-Saltzman, Blasch, Morris et McNeal (1991) détaillent les divers phénomènes :

- « rodage » : représente un déplacement sur un trajet sinueux qui peut soit amené au point de départ soit inclure de brefs arrêts qui amènent le patient à changer de direction.
- « aléatoire » : déplacement aléatoire le long d'un chemin présentant multiples directions et donc certaines hésitations.
- « stimulation » : va et vient entre deux points
- « direct » : déplacement sur un chemin simple ne présentant pas d'hésitations.

2) Définition Clinique

La NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association) propose la définition suivante en 2001 : la déambulation est un comportement de « *locomotion sinueuse, sans but ou répétitive qui expose une personne à se faire mal et qui n'est pas conciliable avec les différents obstacles ou limites qu'elle rencontre* ».

Cette association établit une liste de treize comportements de déambulation différents que l'on peut observer :

- Déplacement d'une pièce à une autre qui ramène souvent au même endroit.
- Marche persistante à la recherche d'un lieu ou d'une personne inaccessible.
- Marche au hasard.
- Déplacement dans les espaces privés et non autorisés.
- Marche résultant d'une sortie involontaire des locaux.
- Longues périodes de marche sans destination apparente
- Marche agitée avec une incapacité à trouver des repères dans un environnement familier.
- Marche qui ne peut pas être facilement redirigée.
- Comportement qui amène à suivre un soignant
- Intrusion
- Hyperactivité motrice
- Périodes de marche qui s'alternent avec des périodes de repos
- Certaines marches amènent à se perdre

Des études préliminaires, montrent que les cliniciens considèrent la déambulation comme une sorte de mouvement spontané sans aide à travers l'espace, qui survient à des moments inadaptés ou indésirables. Ils ont tendance à regrouper le comportement de déambulation avec les comportements associés à la démence.

3) Définition politique

La priorité pour les instances politiques concernant la déambulation est la sécurité du patient. Aux Etats-Unis, l'administration de santé des personnes âgées (VHA) donne une définition en 2010 : « *un patient déambulant est un patient à risque qui peut se tenir au-delà de la vue du personnel soignant, ce qui nécessite un degré élevé de contrôle et de protection pour assurer sa sécurité* ».

De manière plus générale, deux caractéristiques sont retrouvés chez l'ensemble des auteurs : il s'agit de se mouvoir dans l'espace et d'être atteint de troubles cognitifs.

4) Modèle conceptuel de la déambulation (Algase)

Algase propose le modèle ci-dessous qui regroupe différents concepts en relation avec la déambulation afin de pouvoir éclaircir les liens qui existent entre eux. Elle qualifie la déambulation comme un comportement de locomotion.

- Ce comportement peut-être volontaire ou non.
- Il a un caractère spatial : le déplacement peut être orienté ou non,
- Il a un caractère temporel (en termes de durée, le comportement peut être continu ou intermittent et en termes de période, il peut être nocturne ou diurne).

Cette locomotion englobe la notion d'impulsivité, décrite comme un élan interne qui conduit le sujet à se déplacer.

Ce sont ces différentes caractéristiques qui permettent selon l'auteur de définir si la déambulation du patient est seulement inappropriée aux circonstances (lorsque le déplacement est volontaire) ou si elle est réellement problématique (lorsque le déplacement n'est pas volontaire).

De ce modèle, on peut extraire que la déambulation est un comportement de locomotion avec un caractère impulsif. Il peut varier dans l'espace et dans le temps.

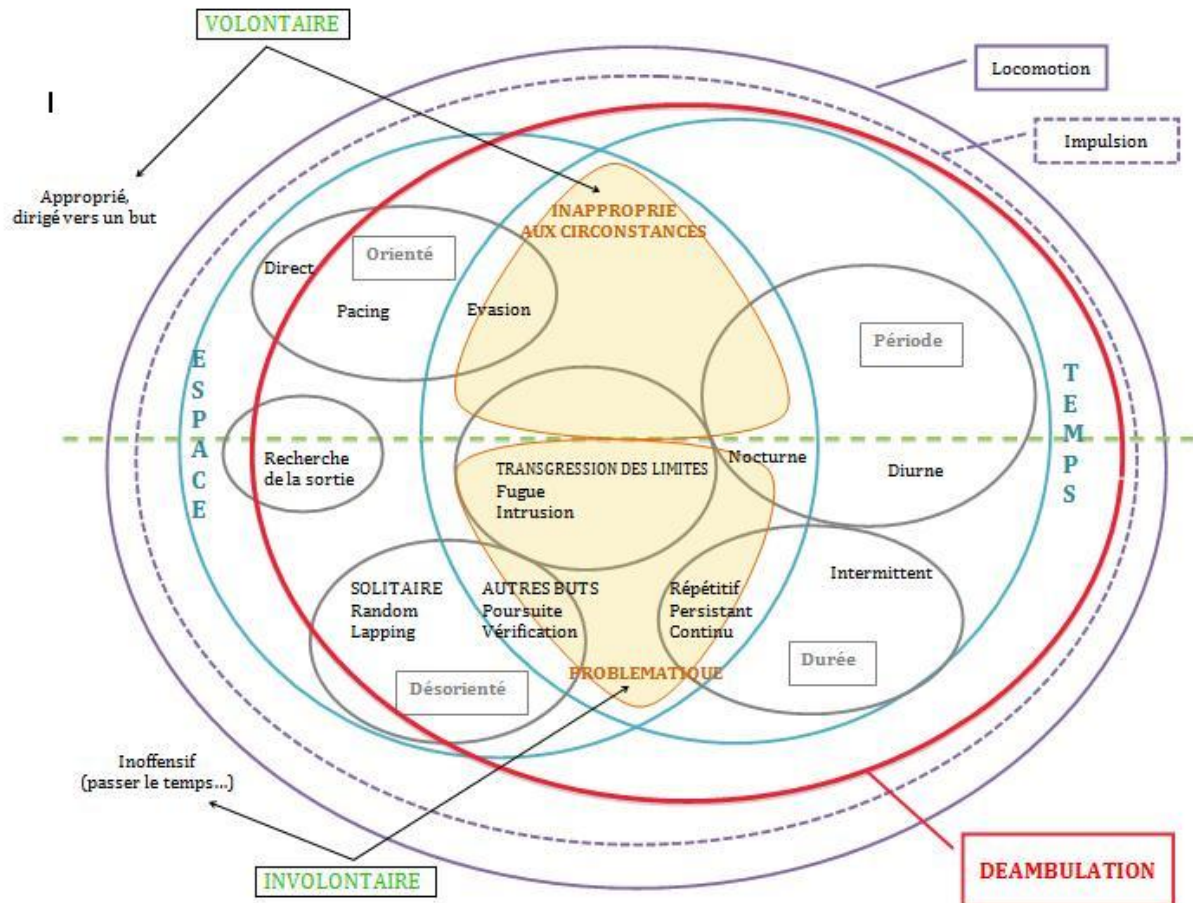


Schéma traduit par Nathalia Biessy-Dalbe (Alcove, 2007)

D- Différentes formes

On retrouve plusieurs formes de déambulation que l'on peut classer selon la signification, le type de parcours ou selon la quantité de marche.

1) Quelle signification ?

Hussian (1987) s'est posé la question de connaître le but de la déambulation, il a identifié quatre types de déambulation présents en institution mais qui témoignent d'une intention du sujet et non d'un mouvement involontaire. Il peut s'agir :

- **D'une hyperactivité motrice** ou akathisie qui peut être induite par les neuroleptiques et l'agitation : le sujet est continuellement en mouvement.
- **D'un déplacement sans but apparent**, souvent en fonction des personnes que le sujet rencontre quand il est nouvel admis dans une institution (comportement de suiveur), ou en fonction des stimulations du milieu
- **De comportement d'occupation**, ou d'autostimulation qui consistera à frotter, balayer, tourner les poignées de porte, manipuler des objets...
- De comportement de **recherche d'une personne**, d'un lieu familier ou d'un objet.

2) Type de parcours

Les chercheurs ont conceptualisés la déambulation de différentes façons. Martino-Saltzman et al. (1991) considèrent les déplacements des personnes âgées atteints de démence en fonction de la configuration spatiale :

- « direct » (direct) : déplacement en ligne droite vers une destination cible, sur un trajet simple, sans obstacles. Ce type de déplacement est peu observé chez les patients déambulants, il correspond à une locomotion adaptée.
- « lapping » (rodage) : déplacements sinueux le long d'un chemin.
- « pacing » (stimulation) : allers-retours répétitifs entre deux points
- « random » (aléatoire) : déplacement désordonné avec des changements de direction et pas de destination précise ;

3) Quantité de déambulation

Algase (2009) propose de classer les déambulants par rapport à leur quantité de marche quotidienne. Elle distingue trois groupes de déambulants :

- Les déambulants classiques : correspond aux personnes qui déambulent le plus longtemps et le plus souvent dans une même journée. Le comportement peut être présent de 5 à 15 minutes par heure.
Il a été repéré que ce sont les déambulants les plus indépendants au niveau moteur, mais les plus déficitaires sur le plan cognitif et leur santé d'un point de vue général est la plus dégradée.
- Les déambulants modérés : correspond aux personnes qui déambulent de 2 à 4 minutes par heure.
Ce sont des personnes avec de meilleures capacités cognitives que les déambulant classiques et qui ont le moins de problèmes de santé.
- Les déambulants subcliniques : correspond à des personnes qui déambulent peu c'est-à-dire qu'on observe ce comportement moins de une minute par heure.
Parmi les trois groupes, ces personnes ont le niveau cognitif le moins dégradé.

E- Etiologie

L'étiologie de la déambulation n'est pas connue à l'heure actuelle, on retrouve cependant dans la littérature trois grandes approches de la cause de la déambulation à savoir : biomédicale, psychosociale et environnementale.

D'un point de vue neuropsychologique, le comportement de déambulation serait la conséquence d'un dysfonctionnement pariétal droit (Leon et al. 1984 et Algase 1992). Meguro et al. (1996) émettent l'hypothèse que l'altération d'un circuit neuronal fonctionnel peut être un facteur menant à la déambulation. C'est un comportement conceptualisé comme un dysfonctionnement moteur provoquant une

perturbation de l'auto-surveillance. Des études ont indiqué que les capacités visuo-constructives et la reconnaissance d'images différées étaient plus altérées chez les personnes qui se sont déjà perdues (Henderson et al. 1989, McShane et al. 1998). Ainsi, les chercheurs suggèrent que la déambulation est due aux troubles de la mémoire topographique et est accentuée lorsque les patients se perdent.

D'autre part, **au niveau psychosocial**, la déambulation est décrite comme l'expression de ses besoins. Elle découle de plusieurs facteurs dits historiques et proximaux. Les facteurs historiques concernent la personne elle-même, son état de santé général, ses capacités neurocognitives et sa variable démographique. Les facteurs proximaux comprennent à la fois les besoins physiologiques et psychologiques. Snyder et al. (1978) ont comparé le comportement des personnes qui déambulent et celles qui ne déambulent pas dans une maison de retraite. Ils ont alors retiré de cette expérience trois facteurs psychosociaux pouvant influencer la déambulation : le stress, le travail que la personne a exercé et la recherche d'une personne ou d'un lieu sécurisant. Rader et al. (1985) suggèrent que la déambulation est un moyen d'atténuer la solitude et la séparation, puisque les sujets deviennent de plus en plus perdus dans leur environnement, ils sont à la recherche de quelque chose de familier. Teri et al. (1999) notent une corrélation importante entre les troubles du comportement (dont la déambulation) et l'anxiété. Ainsi, l'errance est perçue comme une conséquence naturelle de recherche d'un lieu familier et sécurisant.

Enfin, la déambulation est considérée comme une manifestation comportementale résultant **de l'interaction d'une personne et de son environnement**. Une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou présentant des troubles cognitifs est particulièrement sensible à l'influence de l'environnement. Il est alors essentiel pour l'aidant de comprendre la relation qu'entretient la personne avec son environnement. Cohen-Mansfield et al. ont pu observer en 1991 que la déambulation se présente le plus souvent lorsqu'il y a peu de bruit et un faible éclairage et dans les couloirs qui sont des espaces ouverts pour la marche. Ces auteurs mettent en évidence l'influence de l'environnement sur le comportement d'une personne.

Selon Algase (2006), on retrouve trois catégories de facteurs associés à la désorientation spatiale dans la déambulation :

- Les démences spécifiques :

Dans la maladie d'Alzheimer, la désorientation spatiale est retrouvée dans 93% des cas (Monacelli et al, 2003, in Algase, 2006). Mais la désorientation spatiale est retrouvée dans d'autres démences comme la maladie à corps de Lewy (Bennett et al, 2003, in Algase, 2003). Elle pourrait être la conséquence d'un processus rapide de déficit visuel (Kavcic et Duffy, 2003, in Algase, 2006).

- Le fonctionnement cognitif :

La désorientation spatiale dans la déambulation des patients atteints de la maladie d'Alzheimer serait due à un déficit attentionnel (Chiu et al, 2005, in Algase, 2006) mais pas au niveau de la mémoire (Monacelli et al, 2003, et Mapstone et al, 2003, in Algase, 2006). De plus, elle n'est pas la conséquence d'une quantité trop importante de marche mais plutôt de la composante de la déambulation. (Algase, 2004)

- Les facteurs environnementaux :

Les stimuli de l'environnement sont traités de manière émotionnelle et influence la quantité de marche (Pai et Jacobs, 2004, in Algase, 2006).

F- Evaluation

L'évaluation du comportement de déambulation est une tâche difficile parce que la déambulation est difficile à définir. De plus les outils spécialisés sont limités. Certains instruments incluent la déambulation mais comme une composante mineure tels que :

- l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (Cohen-Mansfield & Billig 1986) : il permet d'évaluer les différentes manifestations cliniques de l'agitation qu'elle soit verbale ou physique et avec ou sans agressivité. Elle regroupe 29 types différents d'agitation. La déambulation est classée comme étant une agitation physique sans agressivité.
- l'Échelle d'évaluation du Comportement agressif chez les personnes âgées (RAGE) (Patel & Hope, 1992) : cette échelle évalue la fréquence et l'intensité d'un comportement agressif au cours des trois derniers jours. Ce comportement est divisé en trois sous-groupes :
 - **agressivité verbale** (demandes incessantes, sarcasmes, cris, gémissements ou hurlements, insultes, impatiences, emportements ou colères),
 - **agressivité physique** (cracher sur quelqu'un ou le pincer, lui lancer un objet, le griffer, le gifler ou le mordre, le pousser ou le renverser, tenter de donner des coups de pied ou de poing),
 - **comportement antisocial** (transgression des règles du service, opposition à la toilette et aux soins, mauvaise humeur ou irritabilité, vols de nourriture, destruction de matériel).

Trois items supplémentaires, sont relatifs au fait de s'être blessé, d'avoir blessé quelqu'un et d'avoir eu recours à un traitement sédatif, de l'isolement ou d'une contention.

- le Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Cummings et al., 1994) : c'est l'outil d'évaluation standardisé des SPCD (symptômes psycho-comportementaux au cours des démences) le plus utilisé. Cette échelle permet d'évaluer la fréquence, l'intensité et le retentissement des troubles du comportement sur l'entourage. Elle regroupe la déambulation dans l'item « comportements moteurs aberrants » avec les stéréotypies, les persévérations et les manipulations d'objet.

Il est également possible de mesurer la quantité de marche à l'aide d'un podomètre, le Stepsensor conçu par Madson en 1991 détecte et compte le nombre de pas des personnes déambulantes. D'autres podomètres enregistrent les données sur un laps de temps de temps prédéfini. Cependant ce genre de matériel est souvent mal accepté par le patient, l'évaluation de la déambulation se révèle alors qualitative et subjective.

Il existe dans la littérature anglo-saxonne d'autres outils qui permettent de mesurer de manière qualitative et quantitative la déambulation elle-même mais seule l'échelle d'Algase est scientifiquement validée et traduite en français.

- L'échelle de déambulation d'Algase (RAWS-LTC) (Algase et al. 2001)

Il existe deux versions de cette échelle, l'une est destinée aux personnes âgées démentes vivant à domicile mais n'est pas traduite en français et l'autre version est à destination des patients déments en institution.

C'est cette dernière échelle que j'ai utilisé dans l'évaluation de la déambulation des patients que j'ai rencontré. Son objectif est de décrire et de quantifier la déambulation que présentent les patients déments dans des unités de soins de longue durée. Elle est composée de 19 items regroupés en 3 catégories représentatives de la déambulation : la marche persistante (9 items), la désorientation spatiale (6 items) et le comportement de fugue (4 items).

Pour chaque item, il y a quatre réponses possibles qui nous indiquent le degré de déambulation noté de 1 à 4 (1 → pas de déambulation et 4 → déambulations problématiques).

La base conceptuelle de cette échelle est retrouvée à travers les notions données par Algase dans sa définition de la déambulation à savoir la répétition, la fréquence et la répartition temporelle d'un comportement.

Elle se présente sous forme d'un questionnaire à choix multiple rempli par le personnel soignant qui connaît bien la personne afin qu'il puisse répondre facilement aux différentes questions, elle est remplie rapidement (10 minutes environ).

Les résultats obtenus nous permettent de dégager différents profils de déambulants en fonction du comportement qui prédomine : marche persistante, comportement de fugue ou alors désorientation spatiale. Ces résultats seront un indicateur pour axer la prise en charge en fonction des problématiques du patient.

G- Facteurs de risques provoquant la déambulation

Une étude d'Algase en 1992 (in Lai et al. 2003) portant sur 163 patients d'une maison de retraite (déambulants et non déambulants) a montré que les déambulants avaient plus de déficience cognitive et de moins bonnes performances au niveau cognitif (langage, pensée abstraite, jugement et aptitudes spatiales).

Une autre expérience (Colombo et al. 2001, in Lai et al. 2003) qui a étudié des patients d'une unité de soins spécialisée dans la démence, que le plus souvent, les patients qui déambulent (51% de l'échantillon) sont les plus jeunes et les plus agités. La déambulation peut être une réponse à l'anxiété, la dépression ou la solitude déclenchée par l'agitation ou le manque d'activité (Thomas, 1997). Il est constaté que le pourcentage de patients déambulants atteint son pic à 74 ans de manière égale chez les hommes et les femmes (Schreiner et al. 2000, in Lai et al. 2003). De plus le début de la déambulation chez un patient est corrélé à partir d'un score de 13 au MMS (Mini Mental Score) (Hope et al. 2001).

Les troubles du sommeil et la gravité de la démence sont des facteurs prédictifs de l'apparition d'un comportement de déambulation (Klein et al. 1999). L'impact des troubles du sommeil sur la déambulation est retrouvé dans une étude de Yang et al. 1999 (in Lai et al. 2003).

D'autres chercheurs ont constatés un effet négatif des psychotropes sur la déambulation (Weyerer et al. 1996, in Lai et al. 2003).

En outre, Algase (2007), a identifié trois types de facteurs permettant de connaître les conditions d'apparition et de disparition de la déambulation :

➤ Facteurs de risque

Selon Algase (2004), les facteurs de risque peuvent être durables ou dynamiques. Les facteurs de risque durable font partie intégrante de la personne (genre, trait de personnalité) (Thomas, 1997). Les facteurs de risque dynamiques sont les caractéristiques qui évoluent avec la maladie, ils peuvent être liés soit à la locomotion, soit aux propriétés cognitives.

➤ Facteurs déclenchants

Correspond aux éléments qui amènent la déambulation. Ils peuvent être d'ordre environnementaux (physique ou social) ou internes à la personne (besoin physiologique).

➤ Facteurs renforçateurs

A la manière d'un renforcement positif, ce facteur a pour objectif de stopper la déambulation. Il s'agit principalement d'un aménagement de l'environnement afin de le rendre plus adapté aux besoins de la personne.

II- La fugue

Parmi les interventions de la SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours) des bouches du Rhône entre 2008 et 2009, un quart concerne des fugues de personnes âgées de 60 ans et plus (Bonnin-Guillaume et al. 2010). 54% des personnes recherchées présentaient une démence de type Alzheimer.

Les personnes atteintes de démence perdent progressivement leurs repères spatio-temporels ainsi que leur raisonnement et ne sont plus aptes à juger la logique d'une action ou d'une situation. La fugue correspond à une envie de partir sans but précis à laquelle le patient ne peut résister. Elle est caractérisée par son aspect inattendu, déraisonnable et de courte durée (Bonnin-Guillaume et al, 2010).

La grande majorité des fugues chez la personne âgée est liée à la déambulation, elle est rarement un acte volontaire. Ainsi ces personnes n'identifient plus le lieu où elles se trouvent, déambulent sans arrêt, ouvrent les portes qu'elles rencontrent et peuvent se retrouver facilement à l'extérieur et continuer leur déambulation (Martin, 2008). De façon générale, dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, la charge des aidants est lourde (Gallois, 2007). En effet, l'équipe soignante et la famille du patient sont mises en difficulté par ce trouble qui désorganise leur travail et requiert d'avantage de vigilance et une surveillance permanente du patient. La fugue notamment, est un facteur anxiogène qui peut être également traumatisant quand il faut partir à la recherche du patient et parfois être obligé d'alerter la police. Par contre, souvent le patient en fugue développe des stratégies de « survie » en arrêtant les véhicules pour les conduire quelque part (Strubel et Corti, 2008).

Pour Hauw et Dubois (1997), la fugue serait davantage observée chez des patients avec un dysfonctionnement pariétal, mais l'étude Pixel (2003), qui portait sur des sujets âgés déments à domicile a montré que 42% d'entre eux présentaient un comportement de déambulation dont 37% avaient fugué. Ainsi les résultats de cette étude ont mené à la conclusion que la déambulation est souvent associée à la fugue,

interprétée par certains, comme l'expression d'une anxiété qui serait augmentée par la déambulation.

Le comportement de fugue peut être évalué grâce à l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) qui est une échelle d'évaluation des troubles psycho-comportementaux, elle est classée dans les troubles moteurs aberrants au même titre que la déambulation. On peut aussi matérialiser la fugue grâce à l'échelle de déambulation d'Algase lorsqu'elle est associée à ce comportement.

A- Les causes

Chez les personnes âgées, la cause la plus fréquente de fugue est la démence décrite dans le manuel alphabétique de psychiatrie (1969) comme « la perte du contrôle volontaire des actes qui libère des automatismes moteurs et peut se traduire soit par une fugue, soit par une errance inattendue ».

Mais on retrouve trois grandes explications à la fugue chez la personne âgée (Laudet, 2006) :

- **La déambulation** : au cours de son comportement, le patient peut passer les portes de l'établissement sans s'en rendre compte.
- **La fuite irréfléchie** : se manifeste lorsque le patient refuse l'entrée en institution et souhaite retourner chez lui. Il part alors à la recherche de son domicile, sans savoir vraiment où il va.
- **La fuite réfléchie** : correspond à une fuite volontaire de la personne mais on retrouve rarement cette cause chez la personne âgée. Dans ce cas, le patient souhaite rejoindre un endroit, son parcours est planifié.

Afin de comprendre les mécanismes de la fugue, il faut savoir que les personnes atteintes de démence perdent peu à peu leurs repères spatio-temporels ainsi que leur raisonnement et donc leur aptitude à juger la cohérence d'une action (Martin,

2008). La fugue peut être une réponse à un mal être, un inconfort que la personne souhaite fuir (Laudet, 2006).

La recherche des causes de la fugue d'un patient est un moment important à prendre en compte et à ne pas négliger pour comprendre le patient et mettre en place des moyens efficaces qui permettent de limiter au maximum que ce type de comportement se reproduise.

B- Les conséquences

1) Pour le patient

Chez la personne âgée, la fugue peut avoir des conséquences très graves. Les fugueurs n'ont pas toujours conscience de la fatigue et peuvent tomber d'épuisement dans des endroits pas toujours visibles, ils ne sont pas à l'abri d'un accident (être percuté par une voiture, tombé dans un cours d'eau...) En effet, on peut aussi retrouver la personne dans de mauvaises conditions d'hygiène et de santé (hypothermie ou hyperthermie, déshydratation...) voir décédée.

Une autre conséquence peut être la limitation d'aller et venir que la famille et parfois l'institution sont susceptibles de mettre en place.

Ainsi pour prévenir le risque de fugue, une enquête de la fondation Médéric a mis en exergue que 88% des EHPAD a mis en place des moyens pour limiter la liberté d'aller et venir au sein de leur établissement. (Digicode aux entrées et sorties de la structure),

2) Pour les aidants et les soignants

Les conséquences de la fugue atteignent également les aidants qui souvent développent un sentiment de culpabilité pour avoir placé leur parent dans une institution. Ils peuvent prendre des risques personnels pour retrouver la personne (Bonnin-Guillaume et al. 2010)

Pour les soignants, la difficulté est de se sentir impuissant face à ce comportement et par ailleurs les conséquences peuvent être d'ordre judiciaire si la famille se retourne contre l'institution.

De plus ce comportement constitue un facteur de stress et d'épuisement aussi bien pour les aidants que pour les soignants.

C- Les Moyens d'action

Puisque la fugue est imprévisible, il est important de limiter et de détecter rapidement une disparition. Il faut être attentif au fait que les dispositifs que l'on met en place respectent la liberté d'aller et venir des patients (ANAES, 2004). Plusieurs moyens existent pour permettre de limiter la fugue et de retrouver la personne disparue :

- Faire en sorte que le fugueur ait un document sur lui avec ses coordonnées et qu'il ne puisse pas s'en séparer au moment de sa fugue.

- Il existe deux sortes de bracelets qui permettent de localiser une personne :
 - ✓ Les bracelets utilisant la technologie *Radio Frequency Identity* (RFID) : ils nécessitent des relais locaux et permettent donc de localiser une personne seulement dans un périmètre défini.

 - ✓ Les bracelets intégrant à la fois la technologie cellulaire Global System Mobile (GSM) et Global Position System (GPS) : ils nécessitent une souscription à un abonnement chez un opérateur mobile et permet de localiser une personne de manière très précise.

- Eviter de laisser une personne à risque de fuguer seule à son domicile.

- Verrouiller les accès extérieurs sans confiner la personne mais qu'elle soit dans un environnement sécurisé, on peut mettre en place des caméras par exemple ou bien organiser des promenades accompagnées. Cela permettrait d'éviter les accès aux contentions physique ou pharmacologique (Cohen, 1998).

Le jury de la conférence de consensus de l'HAS a déterminé : « *la réponse à la déambulation et au risque de sortie inopinée doit être de préférence **humaine** (maintien du contact à tout prix avec la personne, accompagner son déplacement, trouver un sens à son déplacement), **organisationnelle** (présence humaine à la porte de l'établissement susceptible de réagir rapidement et de manière adaptée) et **architecturale** (recherche de la meilleure réponse en matière de qualité des espaces, de qualité de travail et d'accueil : maîtrise des déplacements des personnes âgées désorientées, des visiteurs, des personnes accueillies et des professionnels ; limitation des accès à une zone contrôlée), ce qui suppose un encadrement et une formation suffisante des professionnels au contact des personnes vulnérables. »*

III- Prise en charge non médicamenteuse

La prise en charge non médicamenteuse doit selon la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2009 être privilégiée et le recours aux médicaments ne sera envisager qu'en cas d'échec des autres interventions. Ainsi la prise en charge d'un patient déambulant doit avant tout lui permettre d'orienter ses déplacements dans un milieu identifié et en toute sécurité.

Face à un patient déambulant, il y a des principes de base à suivre :

- Il est nécessaire de:
 - ✓ Vérifier que le patient porte des chaussures adaptées pour la marche.
 - ✓ Faciliter la déambulation du patient en aménageant un environnement sécurisé.
 - ✓ Ne pas laisser le patient trop longtemps seul
 - ✓ Accompagner le patient dans des endroits où il peut se reposer

- Il faudra éviter de :
 - ✓ Empêcher au patient d'avancer
 - ✓ L'obliger à s'asseoir
 - ✓ Lui laisser accès à un espace dangereux (sol humide, accès à des locaux techniques...)

Dans son ouvrage *Evidence-based Protocols for Managing Wandering Behavior* (2007), Algase développe trois approches pour prendre en charge la déambulation.

Une première approche indique qu'il faut retirer la personne d'un environnement trop bruyant et lui proposer un espace calme en la rassurant sur les agissements appropriés.

La deuxième approche s'appuie sur le fait de détourner l'attention de la personne démente vers des activités adaptées à ses capacités cognitives, physiques.... Cela se met en place en lui proposant des activités occupationnelles telles que faire des jeux de société, écouter de la musique, regarder la télévision ou encore faire une promenade.

Pour finir, la dernière approche nécessite de mettre en place des repères spatiaux et temporels afin que la personne puisse avoir un indice du lieu où elle se trouve et de moment de la journée.

A- Aménagements environnementaux

Un lieu incohérent par rapport aux difficultés d'un patient va faciliter l'apparition de troubles psychologiques et comportementaux. Par contre un milieu adapté va permettre une réduction de leur apparition (Pancrazi, 2005).

Dans l'ensemble des espaces qui pourront être empruntés par les résidents d'une institution, il est important de s'assurer que les différents lieux présentent un éclairage suffisant et une température adéquate, des espaces pour se reposer suffisamment confortables et des lieux sécurisants sans obstacles, avec des rampes afin de réduire au maximum le risque de chutes. Il faut également être attentif aux bruits environnants et à la façon dont le patient est habillé (tenue adaptée à la saison). De plus aménager l'environnement passe aussi par une signalétique adaptée et suffisante à l'ensemble des résidents de l'institution de manière à réduire toute désorientation spatiale. Ce point sera développé plus loin.

1) L'espace de déambulation

Chez les patients déambulants, les risques de chutes ou de fugue sont à prendre en compte sérieusement. Pour cela il est intéressant de concevoir des espaces dans le but de respecter la liberté d'aller et venir dans un univers sécurisé. L'aménagement architectural est l'une des réponses permettant de préserver la

liberté d'aller et venir du patient tout en prenant en compte les risques que cela comporte (HAS, 2004).

Pour le patient déambulant, il est en effet intéressant de créer une aire de déambulation dans laquelle il peut se déplacer en toute sécurité et que l'environnement social et physique soit rassurant et apaisant. Il existe à l'heure actuelle une véritable réflexion des établissements de gériatrie pour offrir ce type d'espaces : il s'agit de concevoir des couloirs larges, sans obstacles, équipé de barres de soutien, rectilignes ou circulaires, intérieurs ou extérieurs qui peuvent ainsi diriger naturellement les patients vers le lieu de vie central dans le champs visuel du personnel (Vanderheyden et Kennes, 2009). Ainsi les établissements tiennent compte de la liberté d'aller et venir de leurs résidents tout en leur assurant un maximum de sécurité.

De plus Cohen-Manfield (1999) montre l'intérêt d'aménager un espace extérieur. Il convient de limiter les risques en isolant l'espace de circulation des véhicules de celui des piétons. Il est préférable que ce soit des espaces clos, librement accessibles depuis les espaces de vie communs. Il est important qu'il y ait une signalétique visible, que l'environnement soit sécurisé et que la nature du sol ne soit pas dangereuse. Tout au long de ce parcours il sera nécessaire de disposer des aires de repos avec des bancs ou fauteuils de jardin afin de permettre au résident de se reposer. Des dispositifs d'aide à la marche (rambarde) sont des supports utiles et appréciables dans l'environnement de l'institution.

Ce type d'installation extérieure permet aux patients un meilleur repérage temporel (jour/nuit), ils rencontrent au cours du parcours différents types d'interactions qui leur permettent une stimulation auditive, visuelle, olfactive, et tactile.

De plus, une étude de la DREES en 2007 (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), indique que ne pas sortir à l'extérieur est source d'insatisfaction chez les résidents.

2) Barrières visuelles

Plusieurs études proposent de mettre en place des barrières visuelles sur les portes ou au sol devant une porte de sortie qui permettrait de réduire le comportement de fugue chez le patient déambulant et de ne pas approcher ou tenter d'ouvrir ces portes. Ainsi il peut être possible de :

- Couvrir les portes et ou poignées de porte avec du tissus (Namazi, Rosner et Calkins, 1989, in Algase, 2007).
- Reprendre la peinture murale sur la porte de sortie (Kincaid et Peacock, 2003, in Algase, 2007).
- Placer des miroirs sur les portes donnant à l'extérieure (Mayer et Darby 1991, in Algase, 2007).
- Placer une bande noire au sol devant une porte de sortie (Hussian et Brown 1987 ;Namazi, 1989, in Algase, 2007).

De ces études Algase (2007) a pu conclure :

- ✓ Qu'il est nécessaire de porter attention à la localisation et la fonction d'une porte, afin de laisser ou non la possibilité qu'elle soit vue.
- ✓ Que dissimuler la caractéristique la plus visible d'une porte (poignée) peut être suffisant pour limiter de franchir une porte.
- ✓ Que la présence d'une barrière sur la porte elle-même est plus efficace que si on la place en avant.

3) Repères visuels

Il s'agit de placer dans l'espace locomoteur du patient des repères lui permettant de se repérer, tels que des plaques sur les portes pour indiquer la nature de la pièce, des flèches au sol ou sur les murs. Si le patient ne repère pas sa chambre, il peut être intéressant de placer sur la porte un repère parlant comme une photo, ou une image qui plait (Cohen, 1998)

La probabilité que la signalisation puisse être utilisée par des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est soumise à 3 facteurs :

- la lisibilité
- la compréhensibilité
- et la potentialité qu'il soit vu

La lisibilité : on sait qu'avec l'âge l'acuité visuelle diminue, la discrimination des couleurs est plus compliquée, et on observe une sensibilité à l'éblouissement. Chez les patients Alzheimer cela se trouve encore plus aggravé. La lumière est également importante pour voir clairement les repères mis en place. La combinaison des couleurs (jaune, orangé, rouge plus facilement reconnaissable que les teintes bleu/vert), la taille et le style de police doivent être adaptés à cette population (Mias, 1996).

La compréhensibilité : le déclin cognitif altère la capacité à décoder des concepts abstraits et des symboles. Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ont des difficultés à décoder les icônes que les plus jeunes prennent pour acquis (exemple couteau et fourchette pour indiquer la salle à manger). Ainsi une étude américaine a montré que les toilettes étaient mieux localisées et plus utilisées en utilisant comme signalétique le mot « toilets » qu'un icône ou le mot « restroom » (Namazi et Johnson, 1991). En général ce qui fonctionne le mieux est le mot littéral et l'image des objets. Les résultats montrent également qu'une flèche au sol avec le mot « toilets » permet aux patients d'utiliser davantage les toilettes mis à leur disposition.

La probabilité de détecter les informations des signalétiques : pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer les signalétiques sont probablement utilisées non seulement pour réduire les erreurs dans la tâche mais aussi pour les inciter à faire cette tâche. On sait que les patients déments ont moins de comportement de balayage visuel des scènes que les patients sans démence. Les modifications de la posture et le peu de regard porté vers le haut influence également la perception des signalétiques (Timiras, 1997).

Des systèmes d'enregistrement des mouvements oculaires ont été utilisés pour voir les patterns de scanning en maison de retraite des patients avec ou sans démence.

On constate une diminution des patrons de scanning, plus liés à la déambulation que le niveau cognitif par exemple. Dans les couloirs, les patients déments regardent plutôt la partie inférieure des murs et des portes, avec moins de recherche de chaque côté (Adachi, 1999, in Connell, Schuchard, Griffiths, 2005). Donc les signalisations doivent être répétées, des deux côtés du mur dans un couloir (pas d'étude sur l'intervalle optimal). Les signes placés perpendiculairement au trajet sont deux fois plus regardé que ceux placés parallèlement (Connell, Schuchard, Griffiths, 2005).

4) Espace calme

Il s'agit d'aménager un espace sur le circuit de déambulation où les personnes peuvent se reposer qui puisse être en retrait de l'activité de l'établissement dans lequel il y aurait des fauteuils et quelques stimulations visuelles ou auditives (magazines, télévision, photos, radio...).

B- Activités physiques

L'OMS (2010) définit l'activité physique comme « *tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique* ». L'activité physique est souvent pratiquée pour maintenir une forme physique.

Landi et al. (2004) (in Algase, 2006) ont montrés que la participation à une activité physique d'intensité modérée réduisait la déambulation et d'autres troubles du comportement. Et par conséquent il a pu être observé une diminution de la prise en charge pharmacologique.

C- Stimulations sensorielles

Utiliser des stimulations sensorielles est un moyen d'entrer en communication avec un patient qui a un comportement dysfonctionnel par l'intermédiaire des différents sens (la vue, le toucher, l'ouïe, l'odorat). Selon Burns et Byrne (2002), les thérapies sensorielles ont montrées leur efficacité.

1) Snoezelen

Le concept snoezelen à été développé en 1970 par deux hollandais (Ad Verhuel et J ; Hulsegge). Le mot snoezelen est la contraction de « Snueffelen » (renifler, sentir) et « doezelen » (sommoler, se détendre).Le Snoezelen évoque le plaisir de la détente dans une atmosphère propice et un climat affectif harmonieux. Tout d'abord conçu dans le cadre du handicap et du polyhandicap, cette technique se développe peu à peu dans les milieux psychiatrique et gériatrique.

Il s'agit de créer un espace de stimulations multi sensorielles dans un environnement sécurisant qui fait appel aux cinq sens : l'ouïe, l'odorat, la vue, le goût et le toucher. Ils pourront être sollicités séparément ou simultanément. L'objectif principal de la méthode snoezelen est d'induire la relation à autrui qui passe souvent par une communication non verbale. Ainsi dans un environnement confortable,

rassurant, détendu et dégagé de toute contrainte de performance, chacun est à même de surmonter ses inhibitions, d'apprendre à se détendre, à réduire ses tensions et à s'épanouir. La démarche est basée sur l'écoute et l'exploration sensorielle dans un lieu adapté et respectueux de la dignité de chacun.

Pour une population atteinte de la maladie d'Alzheimer, cette approche peut enrichir voir rétablir la communication avec des patients n'y ayant plus accès. Deux méta-analyses réalisées par Baker et al. 2001 auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer mènent à la conclusion que les stimulations multi-sensorielles permettent d'améliorer les compétences de langage des patients, et ils ont observé également une amélioration de l'humeur et du comportement. Cependant les effets n'ont pas de répercussion positive à long terme mais sur une courte période.

Andreeva et al, (2011) ont montré que dans le cadre de la démence, cette approche peut être utilisée pour obtenir une réduction des troubles du comportement chez certains patients. Ils ont réalisé une expérience pendant une durée de 3 mois sur une séance snoezelen avant la toilette chez quatre patients présentant des troubles psycho-comportementaux, notamment l'agitation, l'agressivité verbale et physique et l'anxiété. Les résultats ont montrés que la stimulation sensorielle avant la toilette améliore le comportement des patients pendant ce moment. Ils ont également observé que plus le patient reçoit des stimulations sensorielle moins il y a de manifestations comportementales inadaptées. Elle est de bon augure lorsque les capacités cognitives du patient ne lui permettent pas d'accéder à la relaxation.

Baker et al. (1998) démontre que l'efficacité d'une séance snoezelen se prolonge jusqu'à 10 minutes après la stimulation

Aucune étude n'a encore été portée sur l'effet de séances snoezelen sur la déambulation ou la fugue. Cependant, en tenant compte des différents résultats des études précédentes, nous pouvons émettre l'hypothèse d'une probable amélioration des troubles suite à l'utilisation de cette technique mais sur du court terme.

2) La luminothérapie

En France, la luminothérapie fait son apparition dans les années 1920, elle est introduite par Saldman. Elle est utilisée à partir des années 80 en psychiatrie dans le traitement de la dépression saisonnière. La luminothérapie consiste à s'exposer à une lumière similaire à celle du soleil avec un objectif thérapeutique. Elle permet de réguler le rythme biologique.

Une étude qui a duré trois ans et demi, portant sur 189 personnes âgées vivant en institution, a mis en évidence un déclin cognitif et une perte d'autonomie moins importants. Il a été retrouvé également des bénéfices sur les troubles de l'humeur et la nervosité (Laborie, 2010). Selon l'HAS (2008), l'exposition à une lumière vive chez des patients déments favoriserait l'amélioration des troubles du comportement.

3) Jardin thérapeutique

Un jardin thérapeutique est un espace aménagé dans lequel un parcours permet de déambuler sans risque de chute le long duquel on peut rencontrer différentes espèces de plantes, des bancs pour se reposer et admirer le paysage, un espace pour cultiver fruits et légumes. Ainsi l'intérêt d'un jardin c'est qu'il permet de stimuler les différents sens :

- la vue avec les différentes couleurs et reliefs,
- l'ouïe avec le bruit des fontaines, des oiseaux,
- l'odorat avec les herbes aromatiques, les fleurs,
- le goût avec la dégustation des légumes et des fruits,
- le toucher des fleurs pour la composition de bouquets.

Dans les années 1980, Cooper-Marcus et Barnes ont mis en évidence que la présence d'éléments végétaux apportait une certaine satisfaction aux patients qui reconnaissaient eux-mêmes que leur anxiété diminuait à la suite d'une visite dans un jardin. En France, le plan Alzheimer 2008/2012 introduit le jardin thérapeutique

obligatoirement dans les unités de soins renforcés et les unités cognitivo-comportementales. Dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, différents objectifs thérapeutiques peuvent être mis en place à travers un jardin :

- ✓ Préserver une activité physique
- ✓ Se situer temporellement (moment de la journée, saison...)
- ✓ Travailler la mémoire
- ✓ Travailler la motricité manuelle
- ✓ Travailler la communication

Une expérience de Cohen-Mansfield et Werner (1998) a pu mettre en évidence que l'utilisation d'un jardin thérapeutique permet de réduire les épisodes de déambulation. Plusieurs patients déambulants ont été sélectionnés pour réaliser cette expérience, ils ont été classés en fonction de leur types de déambulation (marche sans destination, marche vers un but précis, essai de fuir, entre dans les pièces non autorisées). Un locomètre a été utilisé pour mesurer la quantité de déplacement de chaque patient. Les patients étaient conduits dans le jardin deux fois par jour pendant une demi-heure environ et pouvaient y circuler librement.

Les résultats ont pu montrer une diminution de la déambulation chez ses patients, ainsi qu'une baisse des tentatives de fugue et d'introduction dans les chambres des autres résidents. La quantité de marche ne semble par contre pas avoir été modifiée. Il a été observé également que la durée que le patient passe assis est plus longue que d'ordinaire lorsqu'il revient du jardin thérapeutique. Le personnel soignant a pu constater également une diminution de l'anxiété et de l'agitation chez ces patients. Ainsi c'est une activité qui peut être proposée à un patient qui déambule, il faudra tout de même tenir compte de ses réactions lorsqu'on lui propose cette activité.



Exemple de jardin thérapeutique (Centre anti cancer, Caen)

4) Musicothérapie

La musicothérapie n'est pas une approche récente puisque déjà les grecs soignaient certaines maladies mentales (mélancolie, troubles des humeurs) et physiques (vertus curative contre les morsures de tarentule) par le biais de la musique (mélancolie, influence sur l'humeur).

Il s'agit d'une démarche de soin qui utilise la musique dans le but de permettre quelque soient les difficultés de la personne de s'exprimer, de pouvoir communiquer et renforcer l'estime de soi (Beyer, 2008). En utilisant les sonorités de la musique le patient peut s'exprimer par le biais d'instruments, à l'aide de sa voix ou de son propre corps. La musique constitue une source de plaisir grâce à la stimulation de divers sens. La musicothérapie a pour but d'amener le patient à un état de bien-être dans une détente physique et psychique. Il existe deux façons d'utiliser la musicothérapie : il y a la musicothérapie réceptive (le patient sera à l'écoute de différents sons) et la musicothérapie active (le patient est acteur et peut produire des sons) (Beyer, 2008).

Une étude sur trois mois de Susuki et al. (2007) portant sur un groupe contrôle et un groupe atteint de la maladie d'Alzheimer a montré que la musicothérapie entraîne des manifestations biophysiques au niveau des taux de chromogranine A (stress) et des taux de l'immunoglobuline A (système immunitaire). Les résultats ont montrés une diminution significative de l'état de stress et une amélioration des défenses immunitaires. Ainsi on peut dire que chez les personnes démentes, la musicothérapie permet un instant apaisant qui peut faire naitre des émotions. De plus dans ces conclusions, cette étude montre que l'écoute de la musique semble avoir un effet chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en stimulant les régions cérébrales et entraîne une amélioration des comportements typiques de la maladie au niveau émotionnel, cognitif, comportemental et même physiologique.

Le fait d'entendre des airs de musique familiers peut aider le patient. Il peut par ce biais se remémorer des souvenirs (Kamami, 2002). Selon Goddaer et Abraham (cités par Dorenlot, 2006), l'écoute de musique douce au cours des repas entraînerait une diminution des comportements d'agitation verbale et physique.

D- Approche comportementale

Les thérapies comportementales ont des avantages incontestables et sont assez bien acceptées par les patients et les soignants (Roberge et al. 1996). Dans leur article paru en 2008, Strubel et Corti proposent des stratégies comportementales qui peuvent être élaborées, comme la recherche d'un sens à la déambulation, être attentif aux dires du patient en l'écoutant de manière empathique, le rassurer afin de limiter le stress, limiter au maximum les contentions comme l'indique les recommandations de l'Anaes (2000), réduire également les contraintes et les interdits, adapter au maximum les activités de la vie quotidienne au patient afin qu'elle lui soit faciliter (permettre de manger avec les doigts, ou éventuellement manger en marchant).

IV- Conclusion

Dans cette partie, nous avons pu voir que la déambulation est un trouble du comportement moteur aberrant très envahissant pour la personne elle-même et son entourage. Elle peut être responsable de fugues involontaires chez ces patients. C'est pourquoi s'impose la nécessité d'une prise en charge. Par la lecture de multiples travaux, nous avons pu dégager une grande diversité de techniques de prises en charge de ce trouble qui s'organisent autour d'aménagements environnementaux, de stimulations sensorielles et d'activité physique.

Partie pratique

I- Introduction

Grâce mon stage en EHPAD, j'ai pu réaliser cette partie pratique, il s'agit d'un établissement qui héberge des personnes d'au moins 60 ans valides et non valides quelque soit leur niveau de dépendance. L'EHPAD est un lieu de vie et de soins qui s'est donné pour mission d'accompagner les personnes âgées dans leur vie quotidienne et de répondre le mieux possible à leurs besoins grâce à une équipe de professionnels et des locaux adaptés : toutes les chambres sont équipées de lits médicalisés, d'une salle de bain et de toilettes médicalisées et de tout le matériel nécessaire au confort du résident.

Très vite j'ai été interpellé par les troubles du comportement que j'ai rencontré. La déambulation est l'un de ceux qui m'a le plus marqué. Je me suis alors renseignée plus précisément sur ce trouble et j'ai recherché les possibilités pour le prendre en charge. A l'issue de ces recherches je me suis intéressée aux patients de l'institution qui présentaient ce trouble et de là est né ce travail.

Ainsi la partie présentée ci-après correspond à l'étude de cas de Madame C., patiente qui a attiré mon attention par sa déambulation mais j'ai surtout été surprise par la problématique qu'elle pose à l'équipe de soins. En effet, c'est une patiente qui fugue régulièrement, elle sort de l'établissement et entre dans les endroits dont elle n'a pas accès, elle doit être sous surveillance constamment.

C'est pourquoi j'ai décidé de proposer une prise en charge à cette patiente qui puisse à la fois respecter sa liberté d'aller et venir et faciliter les soins pour soulager le personnel.

J'ai commencé mon travail par réunir tous les renseignements que je pouvais sur cette patiente en consultant son dossier. Ensuite j'ai relevé les examens déjà réalisés qui pouvaient m'être utiles, à savoir ses grilles d'autonomie et son bilan psychologique. J'ai poursuivi son bilan en lui faisant passer des épreuves psychomotrices pour avoir un aperçu de ses capacités dans ce domaine.

A la suite de cette évaluation, j'ai mis en place plusieurs aménagements et une prise en charge psychomotrice et après 3 mois, j'ai réévalué cette patiente pour connaître l'efficacité ou non de mon travail.

II- Cas de Madame C.

Madame C. est née le 22 Mai 1925 à Marsac dans le Tarn et Garonne, elle a aujourd'hui 88 ans. Cette dame était couturière, elle a vécu toute sa vie avec sa sœur avec qui elle est très proche et représente sa seule famille à l'heure actuelle. Elle a toujours vécu dans un milieu rural, ne s'est jamais mariée et n'a pas eu d'enfant. Sa sœur rapporte que c'était une personne maniaque qui aimait ranger les affaires et que tout soit en ordre, elle passait également beaucoup de temps à jardiner.

Elle présente une maladie d'Alzheimer à un stade très sévère depuis avril 2008 ainsi qu'une cardiopathie ischémique. Nous possédons peu d'éléments relatifs à ses antécédents médicaux. Elle a intégré l'EHPAD depuis le mois de mai 2012, sa sœur ne pouvant plus s'occuper d'elle, mais lui rendant visite régulièrement (au moins une fois par semaine). En effet, elle commençait de présenter quelques troubles du comportement à domicile qui inquiétaient sa sœur, elle sortait de la maison, et partait dans le village sans prévenir ni raison particulière. De plus, la communication avec Madame C. était de plus en plus difficile et elle se montrait parfois agressive. Cet ensemble de difficultés ont menés Madame C. à l'institutionnalisation. Ces troubles se sont progressivement développés et aggravés au sein de l'institution.

III- Evaluation

A- Les bilans

1) Autonomie :

L'autonomie de cette patiente a été évaluée grâce à deux outils qui sont la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) et l'échelle ADL (Activity of Daily Living).

L'outil AGGIR (Cf. annexes 1) permet d'évaluer l'autonomie d'une personne. Elle donne un aperçu de ce que la personne fait seule, fait partiellement seule ou ne fait pas seule. On retrouve dix variables discriminantes qui évaluent :

- La cohérence
- L'orientation
- La toilette corporelle
- L'habillement
- L'alimentation
- L'élimination urinaire et fécale
- Les déplacements à l'intérieur
- Les déplacements à l'extérieur
- La communication à distance

Cette grille permet d'obtenir 6 profils du plus autonome (GIR 6), au moins autonome (GIR 1).

Madame C. a été évaluée GIR 2 avec une autonomie complète pour l'alimentation et l'élimination fécale. Elle est partiellement autonome pour les transferts et les déplacements à l'intérieur. L'ensemble des autres variables discriminantes ne sont pas réalisables seule pour Madame C.

L'échelle ADL (Cf. annexes 2) est également une échelle d'autonomie pour les activités de base de la vie quotidienne. On retrouve six grandes catégories : hygiène corporelle, habillage, aller aux toilettes, locomotion, continence et repas.

Madame C. obtient un score de 9 qui signe une dépendance. Elle a besoin d'une aide complète pour la toilette, l'habillage et pour aller aux toilettes mais elle se déplace seule et mange seule, elle a seulement besoin d'aide pour lui couper ses aliments.

2) Le bilan psychologique

La psychologue de l'EHPAD a proposé un MMS (Mini Mental Score) à Madame C. il s'agit d'un test qui évalue les fonctions cognitives et les capacités mnésiques. La passation de cet examen s'est révélée impossible, son langage est incompréhensible et Madame C. se montre peu attentive.

3) Le bilan psychomoteur

Pour le bilan psychomoteur j'ai choisi de présenter l'EGP afin d'avoir un aperçu général des capacités psychomotrices de Madame C., le Tinetti pour avoir des précisions sur son équilibre et donc le risque de chute, le NPI qui me permet de connaître les troubles du comportement associé à sa déambulation et enfin, l'échelle de déambulation d'Algase pour savoir comment se manifeste de ce trouble.

L'EGP (échelle d'évaluation géronto-psychomotrice)

C'est un test étalonné pour la personne âgée à partir de 60 ans. Il permet une évaluation des capacités psychomotrices et cognitives d'un sujet vieillissant. Il se compose de 17 items qui évaluent :

- ❖ Les coordinations statiques et dynamiques
- ❖ Les mobilisations articulaires
- ❖ La motricité fine et les praxies
- ❖ Les aspects perceptifs
- ❖ Les repères corporels
- ❖ La vigilance et la mémoire
- ❖ La sphère temporo-spatiale
- ❖ La communication

Pour Madame C., la passation de ce test s'est révélée difficile, j'ai essayé de lui faire passer à plusieurs reprises, mais en fonction des perturbations qu'elle avait eues auparavant dans la journée, elle n'était pas disponible. D'après ce que j'ai pu réaliser avec Madame C., les seuls items réussis que j'ai pu coter sont les **coordinations statiques et dynamiques I** où elle obtient 6 points sur 6 à chaque item et les **mobilisations passives des membres inférieurs** mais elle accepte difficilement le contact physique et peut se montrer agressive.

Madame C. a quand même présenté quelques réactions sur certains items bien qu'ils aient été échoués.

- En ce qui concerne la perception, lors de la présentation des images, elle les regarde mais ne dit rien et elle sourit en me regardant, elle prend les cartons de couleurs et formes différentes, et les jettent à plusieurs reprises, quand je chante l'air connu « joyeux anniversaire » elle se montre interloquée quelques secondes mais n'y prête pas plus d'attention.
- Il est possible d'affirmer que les praxies sont troublées, les couverts sont manipulés mais pas utilisés à bon escient et il en est de même quand je lui

présente le pyramide de cubes, elle ne tient absolument pas compte des consignes que je peux lui donner mais manipule les cubes. Il lui est possible d'utiliser le crayon, mais sa production ne ressemble en aucun cas à de l'écriture, il est possible de reconnaître plusieurs « C » majuscules dans sa production. Elle a conservé l'automatisme de la première lettre de son nom de famille, nous pouvons supposer qu'il fait parti de sa signature.

- La communication de cette patiente est fortement altérée, elle est aphasique et par conséquent parle très peu et rarement de manière adaptée, elle comprend difficilement ce qu'on attend d'elle. Par contre ses expressions faciales sont facilement reconnaissables, elle a un visage expressif mais peu d'expressions gestuelles, elle répond de manière adaptée à mes expressions non verbales (notamment aux sourires). Dans les situations où elle ne comprend pas ce qu'on attend d'elle et qu'on la stimule un peu trop elle se montre agressive physiquement.

Tinetti (Cf. annexes):

Ce test permet d'évaluer le risque de chute. Il se compose de deux grandes parties (équilibre statique et équilibre dynamique lors de la marche) composées respectivement de 13 et 9 items.

- **évaluation de l'équilibre statique** : certains items n'ont pas pu être réalisés par manque de compréhension, il s'agit des items 5 (équilibre debout, yeux fermés et pieds joints), 8 (équilibre après rotation de la tête dans tous les sens), 9 (équilibre en station unipodale) et 10 (équilibre avec extension de la colonne cervicale, hyperextension de la tête en arrière, les autres épreuves sont réussies.

Madame C. obtient alors la note 0 (score de dégradation) à tous les autres items administrés c'est-à-dire qu'elle n'a aucune anomalie sur les situations proposées.

- **évaluation de l'équilibre dynamique lors de la marche** : nombre total d'anomalies = 2/9. Les items échoués sont le 15 (hauteur du pas) et le 19 (marcher en ligne droite)

NPI (Inventaire Neuropsychiatrique) :

Il s'agit d'une échelle qui a pour but de recueillir des informations sur la présence de troubles de comportement chez des patients souffrant de démence. Elle comporte dix domaines comportementaux (idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, dépression/dysphorie, anxiété, exaltation de l'humeur/euphorie, apathie/indifférence, désinhibition, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant) et deux variables neurovégétatives (sommeil, appétit).

Item	NA	Absent	Fréquence	Gravité	FxG	Retentissement
Idées délirantes	X					
Hallucinations	X					
Agitation/agressivité			4	2	8	4
Dépression/dysphorie		X				
Anxiété			3	1	3	3
Euphorie		X				
Apathie/ indifférence	X					
Désinhibition			3	1	3	2
Irritabilité			2	2	4	3
Comportement moteur aberrant			4	3	12	5
Sommeil		X				
Appétit		X				
Score total					30	

Les résultats de cette échelle nous permettent de constater que Madame C. présente plusieurs troubles du comportement, notamment de l'agitation/agressivité, de l'irritabilité et un comportement moteur aberrant. Les scores FxG et de retentissement sont les plus élevés pour le comportement moteur aberrant.

Le trouble le plus prégnant est celui concernant le trouble du comportement aberrant. Il s'agit en fait d'une déambulation. Afin de caractériser plus spécifiquement ce comportement, nous avons administré à la patiente l'échelle de déambulation d'Algase.

L'anxiété qui ressort de cet inventaire se manifeste par des vocalisations au cours de sa déambulation, présente quotidiennement presque tout au long de la journée.

Echelle de déambulation d'Algase (RAWS-LTC version française) : (cf annexes)

Cette échelle a été remplie par deux aides-soignantes (AS) et moi-même. Les AS connaissaient bien Madame C. et sont amenés à lui faire des soins à toutes les périodes de la journée.

- **Score total** : 3,2/4 (le score des patients déambulants est en moyenne de 2,72/4)
- **Marche persistante** : 3/4 (le score des patients déambulants est en moyenne de 3,28/4 pour cette sous-échelle) : quasiment l'ensemble des items indique une marche persistante et nous montre que cette patiente marche de manière spontanée de son propre chef plus que les autres patients du même âge sans répit et par des va et vient. La période où cette marche persistante est la plus importante se situe entre le petit déjeuner et le déjeuner et entre le repas du midi et du soir. Ainsi certains soins du quotidien sont envahis par cette marche persistante et par conséquent compromis, comme la toilette qui vient après le petit déjeuner et le repas du soir notamment.
- **Comportement de fugue** : 3/4 (le score des patients déambulants est en moyenne de 2,19/4 pour cette sous-échelle) : les items nous montrent que

Madame C. peut quitter son service régulièrement, qu'elle rentre dans des zones non autorisées et qu'elle peut retourner dans son service sans s'en apercevoir. Au vu des résultats Madame C. est une patiente fugueuse mais elle ne cherche pas à s'enfuir, la fugue semble s'expliquer ici par la désorientation spatiale.

- **Désorientation spatiale** : 3,67/4 (le score des patients déambulants est en moyenne de 2,69/4 pour cette sous-échelle) : le résultat nous indique que cette patiente est très désorientée, en effet l'échelle nous affirme qu'elle se perd, qu'elle est incapable de localiser sa chambre, la salle de bain ou la salle à manger sans aide, que cette résidente marche sans but.

Nous pouvons remarquer que pour l'ensemble des domaines évalués, Madame C. obtient un score au-dessus de la moyenne des déambulants.

L'équipe soignante rapporte que le comportement de Madame C pose problème car on l'a retrouvée souvent dans des endroits où elle n'a normalement pas accès (infirmerie, cuisines) et à tendance à partir (fugue) lorsqu'elle se retrouve à l'extérieur. Ses vocalisations incessantes sont une gêne pour les autres résidents.

Conclusion du bilan :

Ce bilan a été très difficile à administrer, il fallait tenir compte de la disponibilité de la patiente, en effet si elle avait eu une contrariété auparavant dans la journée, il était compliqué de lui faire réaliser une tâche. Et bien entendu, il fallait également tenir compte de sa compréhension des consignes, car l'incompréhension peut favoriser une agressivité.

Cependant on a pu voir au travers des différents tests que ses capacités motrices (équilibre statique et dynamique) sont de bonne qualité. La communication avec cette patiente est troublée mais par ses communications non verbales elle peut exprimer ses émotions et elle est réceptive et comprend mes expressions faciales. Par contre, elle ne reste pas en interaction très longtemps si on ne fait que lui parler.

L'échelle de déambulation nous permet de conclure que cette patiente présente une déambulation massive, qu'elle est très désorientée et qu'elle a tendance à fuguer. Cette fugue comme manifestation de la déambulation peut s'expliquer par une importante désorientation spatiale qui fait qu'elle se perd et non une volonté de fuir. On peut en effet l'observer s'introduire dans l'infirmierie ou les cuisines sans réellement y faire quelque chose. Si une personne du personnel est déjà présente, elle essaye de rentrer en contact avec cette personne. Cependant, quand elle se retrouve à l'extérieur elle a tendance à sortir de l'enceinte de la structure. Sur l'ensemble des portes de sorties de la structure, Madame C. en utilise deux dont l'une à une place centrale au sein de la structure et l'autre donne sur l'espace de pause du personnel.

D'après mon observation clinique et ce qu'on put m'apporter les soignants, la déambulation de cette patiente l'épuise, il n'est pas rare qu'elle rentre dans une chambre au hasard pour s'allonger sur le lit, il lui arrive de somnoler voir s'endormir rapidement quand quelqu'un lui propose de s'asseoir. De plus, elle s'est montrée anxieuse lorsqu'on est passée par des escaliers pour rejoindre la salle de psychomotricité, elle s'est retrouvée bloquée en haut des marches et avec mon aide elle se montrait hésitante et serrait fort mon bras.

A la suite de ce bilan et de mes constatations sur les semaines précédentes Madame C. a besoin par moment de communiquer. J'ai pu l'observer à la fin du bilan et de mes séances, quand je la raccompagne, elle a du mal à se détacher de moi et à tendance à me suivre. On retrouve ce besoin lorsqu'elle rencontre quelqu'un dans les couloirs, elle l'interpelle en lui touchant le bras. Ce comportement peut se révéler difficile avec les autres résidents, il existe parfois une réponse agressive de leur part. La déambulation serait-elle alors un moyen de paré à l'ennui ?

A- Projet thérapeutique

Il ne s'agira en aucun cas d'empêcher cette patiente de déambuler mais bien de trouver des aménagements ou des stratégies pour diminuer l'impact de ce trouble sur sa santé et son bien-être, sur l'administration des soins et sur les autres résidents.

Ainsi les axes de prises en charge qui seront développés avec cette patiente sont :

- Limiter l'entrée dans des lieux inappropriés.
- Redonner un sens à la marche et proposer un temps d'exercice physique.
- Aménager des temps de repos dans sa journée (sieste) et des lieux où elle peut se reposer.
- Adapter certains soins de la vie quotidienne à son trouble, notamment la toilette et les repas.

B- Prise en charge

La prise en charge de Madame C. a fait l'objet d'un travail d'équipe avec le personnel soignant de la structure où j'ai effectué mon stage. Il était nécessaire que l'équipe puisse me suivre dans ma démarche étant donné que j'étais présente sur l'EHPAD qu'une demi-journée par semaine. Par ailleurs, l'intérêt que l'ensemble du personnel ait les mêmes axes de travail, permet une prise en charge plus cohérente. En effet pour limiter sa déambulation, plusieurs aménagements ont été nécessaires : au niveau du repas, de la toilette, des aménagements environnementaux et une prise en charge psychomotrice plus spécifique a également été proposée.

- Facilitation des soins d'hygiène

J'ai assisté une matinée à la toilette de Madame C. C'est est un moment difficile pour elle au cours duquel elle déambule systématiquement. Elle n'a pas l'air de trouver ce moment agréable. Au moment du soin, elle ne reste pas en place et tente

sans arrêt de sortir de la salle de bain. C'est pour le personnel un moment très difficile au cours duquel il faut toujours être attentif à ce que la toilette soit effectuée, que Madame C. ne chute pas. Elle peut se montrer agressive physiquement car elle ne comprend pas ce qui est en train de se passer.

L'objectif est alors de faciliter ce soin quotidien pour le personnel et qu'il ne soit pas vécu comme une agression par la patiente. De plus, à la suite de mes observations, nous avons réfléchi avec les AS présentes ce jour, aux différents aménagements possibles pour ce moment. Nous nous sommes mises d'accord sur le fait d'effectuer la toilette dès le lever avant le petit déjeuner étant donné que c'est une période de la journée où elle ne déambule pas.

J'ai ensuite réalisé une « fiche technique » (Cf. annexe 6) affichée dans la salle de bain qui peut être un guide pour le personnel au moment de la toilette. Elle regroupe les aménagements dont nous avons parlé avec les AS.

Il est mentionné :

- La nécessité d'être attentif à avoir tout le matériel nécessaire avec soi avant de commencer la toilette, pour éviter d'aller le chercher et éventuellement faire apparaître la déambulation. En effet le fait de quitter la salle de bain pour aller chercher quelque chose peut perturber la patiente qui peut penser que la toilette est terminée et alors ne comprend pas pourquoi celle-ci reprend, cela peut créer alors l'agitation et la toilette est rendue encore plus difficile.
- Il est indiqué également sur la fiche technique de donner un objet en rapport avec la toilette (gant, peigne...) pour qu'elle puisse participer à sa propre toilette et être concentrée sur une tâche en cours. C'est une bonne adaptation pour le gant, elle peut se laver le visage car les gestes automatiques sont préservés, c'est plus compliqué pour se coiffer, elle porte peut d'intérêt au peigne, même lorsqu'on initie le mouvement vers ses cheveux, elle n'entre pas dans cette tâche.

Je n'ai pas eu l'occasion de présenter cette fiche à l'ensemble du personnel, étant donné que je suis présente qu'une fois par semaine sur l'EHPAD mais j'ai laissé un petit mot explicatif dans le cahier de transmissions.

Après cinq semaines avec ce fonctionnement, j'ai observé de nouveau la toilette et je me suis rendu compte que le fait de lui présenter quelque chose à faire pendant qu'on s'occupe de sa toilette est un moyen de prévenir l'apparition de la déambulation (elle peut réutiliser le gant si on le lui propose), de plus il me paraît important de bien la prévenir de ce qu'on va faire afin qu'elle ne soit pas surprise. Cependant, elle se lasse avant que le personnel ait terminé et parfois se met à déambuler en fin de toilette.

Si c'est le cas, la conduite proposée a été de la reconduire doucement vers la salle de bain et lui rappelant l'action en cours, lui montrer les objets utilisés et lui proposer à nouveau de participer (en donnant le gant) à la toilette.

- Aménagement des temps de repas

Après discussion avec l'équipe soignante, nous nous sommes rendu compte que la déambulation de Madame C. posait problème davantage au moment du repas du soir que celui du midi. En effet, son agitation semble augmenter en soirée, elle pourrait être majorée par la fatigue accumulée tout au long de la journée. C'est pourquoi, nous n'avons rien modifié concernant le repas du midi (elle mange en salle avec le reste des résidents) mais par contre le soir : il s'agit ici de lui proposer un environnement plus calme, limitant les stimuli distrayeurs ou anxiogènes.

Nous avons donc mis en place la prise du repas en chambre avec une aide-soignante qui passe régulièrement pour la stimuler. Etre avec elle et la ramener à la tâche en lui montrant son assiette est un moyen de prévenir son comportement d'errance.

D'après les observations du personnel qui s'est occupé d'elle pendant ce moment de la journée, nous avons pu observer que par cet aménagement, Madame C. reste plus souvent à table et se nourrit par conséquent suffisamment. Néanmoins, certains

soirs, elle déambule pendant ce moment, mais ce comportement est remarqué surtout quand elle reste seule dans sa chambre.

Si toutefois elle déambule quand même, il est important de lui rappeler ce qu'elle était en train de faire (elle a peut-être oublié), et la diriger en douceur à table. Quand cela est possible, la présence d'un aide-soignant diminue la déambulation.

- Aménagements environnementaux

L'objectif ici est de créer un environnement qui respecte la liberté d'aller et venir de Madame C. en limitant les intrusions dans les lieux inappropriés.

J'ai tout d'abord commencé par lui créer un circuit de déambulation (Vanderheyden et Kennes, 2009) en U, que j'ai choisi en m'appuyant sur l'architecture de l'établissement et les endroits où elle a l'habitude de déambuler, en faisant attention à ce qu'il y est une luminosité suffisante et en évitant les espaces où il y avait trop de monde. Dans ce circuit, il n'y a pas d'obstacle, pas de marches (c'est un élément anxiogène pour elle), des rampes et des fauteuils pour qu'elle puisse se reposer. Je lui ai fait découvrir à trois reprises sur une même journée pendant trois semaines pour qu'il soit automatisé, nous l'avons parcouru ensemble pour qu'elle se familiarise avec, c'était sensiblement l'espace dans lequel elle déambulait auparavant. Sur ce parcours, elle peut rencontrer une pièce avec des fauteuils que je lui montrai à chacun de nos passages. J'ai essayé avec elle différentes stimulations qui pourraient lui permettre de passer du temps dans cet espace et il s'avère qu'elle s'est montrée plus réceptive aux magazines. Elle n'a pas montré d'intérêt pour la télévision ni pour ses photos de famille. J'ai donc installé plusieurs magazines dans cette salle rempli de fauteuils et de tables de salon.

Pour faciliter l'orientation dans l'espace, j'ai voulu positionner un repère parlant pour elle sur sa porte de chambre afin qu'elle puisse la reconnaître facilement. Mais c'est une idée que j'ai abandonné, sa chambre est à l'étage, l'accès est donc limité durant la journée si on ne la guide pas.

Il serait par contre intéressant d'envisager de lui attribuer une chambre à l'étage des lieux de vies, pour qu'elle puisse y accéder et se reposer quand elle le désire puisqu'elle a tendance à entrer dans les chambres qui ne sont pas la sienne et à s'allonger sur le lit. Je l'ai suggéré à l'équipe soignante ainsi qu'à la chef de service mais cela ne semble pas réalisable pour le moment.

C'est une dame qui a tendance à fuguer et à accéder aux endroits non autorisés pour elle. J'ai alors utilisé des barrières visuelles en me référant à l'expérience de Namazi en 1989 et j'ai disposé des bandes de scotch noir au sol devant les portes qu'elle a l'habitude d'emprunter et qui la conduise vers des endroits interdits ou dangereux pour elle tels que l'infirmerie (médicaments), les cuisines (matériel tranchant) ou alors l'extérieur (fugue).

De l'ensemble de ces aménagements, nous avons pu observer avec l'équipe qu'au fil des semaines, Madame C. utilisait seulement le parcours de déambulation pour ses déplacements. Elle pouvait passer du temps derrière une baie vitrée pour observer l'extérieur.

Sur mes trois dernières semaines de prise en charge j'ai remarqué qu'elle utilisait les fauteuils des espaces calmes présents sur son parcours de déambulation et qu'elle y dormait.

Je n'ai pas de grille pour matérialiser l'effet ou non des bandes noirs mais l'équipe a pu me rapporter qu'il y avait eu moins d'intrusion dans l'infirmerie et les cuisines mais qu'elle continuait de franchir une porte donnant sur l'extérieur. Seulement, je me suis rendue compte qu'au cours de ma prise en charge, le scotch avait été ôté. Il est à noter que cette porte est très régulièrement empruntée par le personnel qui prend ses pauses à l'extérieur.

- Activités occupationnelles :

L'animatrice de la structure propose souvent diverses activités, mais Madame C. ne se montre pas toujours intéressée et ne reste pas longtemps dans une activité. Au vu de l'état de sa déficience cognitive, un grand nombre d'activités ne lui sont pas

accessibles, c'est pour cela que nous avons essayé de lui proposer quelques tâches simples comme plier les serviettes, passer le balai... Nous nous sommes aperçus que ces activités lui permettaient de se concentrer sur autre chose et par conséquent, elle ne déambulait pas pendant ces moments. Nous l'avons observé alors qu'elle avait trouvé un balai dans le couloir et qu'elle l'utilisait à bon escient. Nous nous sommes interrogés alors sur d'autres activités qui pourrait lui être proposées et madame C. a adhéré au « pliage de serviettes ». Ces activités portent sur des gestes de la vie quotidienne que Mme C. a probablement réalisé tout au long de sa vie, ils restent donc automatisés et présentent un sens pour elle.

Ce sont des activités qui ne lui sont pas proposées quotidiennement, cela est fonction de l'équipe en poste. De plus, le personnel lui propose ce type d'activité quand il la croise mais ne pense pas à lui proposer à chaque fois qu'il plie les serviettes ou passe le balai. Mais de manière générale ces activités sont proposées pendant un épisode de déambulation et cela lui permet de se concentrer sur une tâche.

- Prise en charge psychomotrice

J'ai voulu l'intégrer au sein d'un groupe « sensoriel et moteur » animé par la psychomotricienne de la structure, afin d'introduire dans son programme de rééducation, de l'activité physique. Nous avons vu en partie théorique que Landi et al. (2004) (in Algase, 2006) avaient montré les effets de l'activité physique modérée sur la déambulation. L'adhésion à ce groupe fut très difficile car elle est à un stade avancé de la maladie et son niveau de compréhension n'était pas adapté au reste du groupe.

Un suivi en individuel a donc semblé plus adapté. Compte tenu des capacités de cette patiente, un temps de marche dirigée vers un but lui a été proposé, puisque l'activité physique a fait ses preuves et que faire un peu d'exercice régulièrement permet de réduire la déambulation. Le fait de marcher en ayant un but sort Madame C. de sa déambulation, c'est un moment pendant lequel on « discute », elle observe ce qui nous entoure (tableau à l'intérieur, plantes à l'extérieur). La durée est variable, je m'adapte aux volontés de Madame C. J'essaie de faire la séance en extérieur

lorsque le temps le permet pour que l'accompagnement soit vécu comme une promenade. Le fait d'être en extérieur permet de lui donner un repère dans l'alternance jour/nuit. De plus nous pouvons nous poser la question de l'avantage d'être dehors au niveau de la luminosité. On a pu voir en première partie que la luminothérapie consistait à exposer une personne face à une lumière similaire à celle des rayons du soleil. Ainsi nous pouvons émettre l'hypothèse de l'intérêt de la lumière naturelle des rayons du soleil sur les troubles du comportement.

Par ailleurs, proposer un temps calme, de repos est également un moyen de diminuer les troubles du comportement présents dans la démence. Avec le matériel disponible, nous effectuons avec Madame C. une séance de « relaxation ». Elle consiste à faire des mobilisations passives des différents membres mais aussi des massages de l'ensemble du corps avec différentes balles. Certains jours elle ne supporte pas le toucher même avec un objet entre elle et moi et donc je l'installe simplement confortablement et je mets une musique douce ou fredonne. Dans ces conditions, elle parvient à se détendre et parfois même s'endormir. C'est une patiente qui a du mal à se relaxer et ne peut pas exprimer ses ressentis verbalement, la relaxation est un moment qui lui permet de se reposer dans une atmosphère sereine et plus calme que le reste de l'EHPAD.

Depuis peu de temps, des siestes lui sont proposées dans l'après-midi, ce qui permet de nous rendre compte de sa réelle fatigabilité, car elle s'endort très rapidement au moins pendant deux heures. Cela ne s'embles pas avoir d'impact sur l'endormissement et le sommeil de Madame C.

IV- Réévaluation

La réévaluation a été réalisée après 3 mois d'accompagnement. La prise en charge ayant porté sur le comportement, seules les échelles portant sur ce thème ont été à nouveau administrées. J'ai fait en sorte que ce soit les mêmes personnes qui remplissent la grille pour l'évaluation et la réévaluation.

NPI :

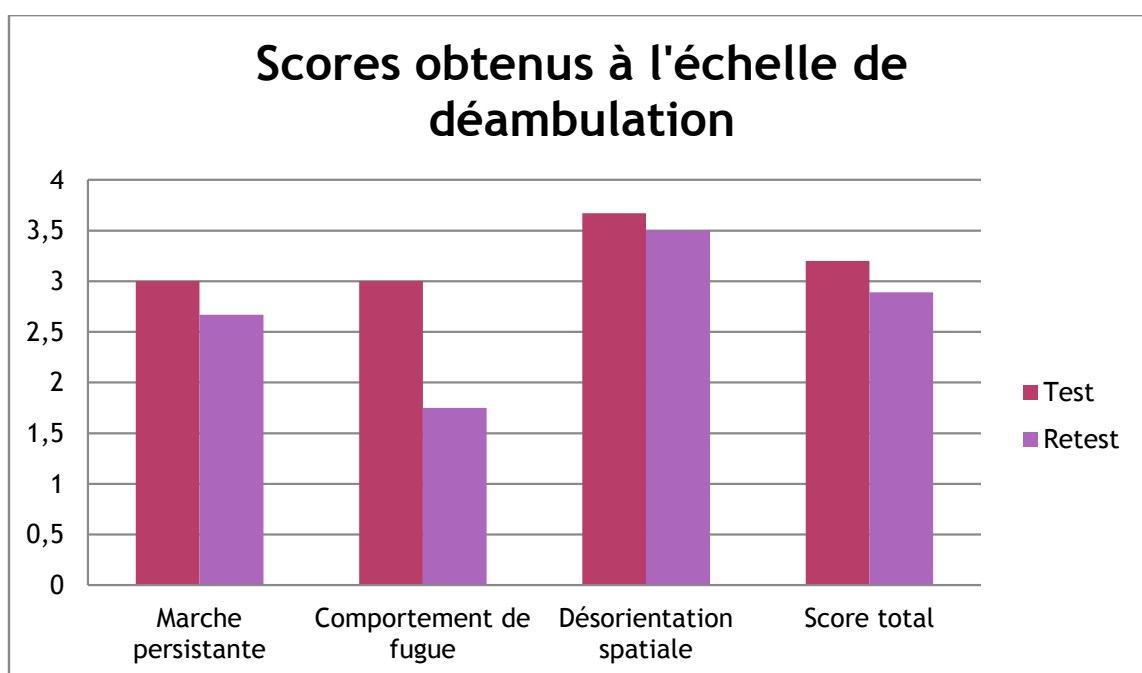
Pour aider à la lecture du tableau ci-dessous, les nouveaux résultats sont indiqués en vert.

Item	NA	Absent	Fréquence	Gravité	FxG	Retentissement
Idées délirantes	X/X					
Hallucinations	X/X					
Agitation/agressivité			4/3	2/2	8/6	4/4
Dépression/dysphorie		X/X				
Anxiété			3/3	1/1	3/3	3/2
Euphorie		X/X				
Apathie/ indifférence	X/X					
Désinhibition			3/2	1/1	3/2	2/2
Irritabilité			2/3	2/2	4/6	3/2
Comportement moteur aberrant			4/4	3/2	12/8	5/4
Sommeil		X/X				
Appétit		X/X				
Score total					30/25	

Les troubles du comportement de Madame C. sont toujours présents, on peut cependant observer que la fréquence de l'agitation de cette patiente à diminuer selon le personnel. Les comportements moteurs aberrants sont toujours présents avec la même fréquence mais la gravité à diminuer ainsi que le retentissement sur le personnel.

Echelle de déambulation d'Algase (RAWS-LTC version française) : (Cf. Annexes 5):

Le graphique présenté ci-dessous compare les résultats obtenus à l'échelle de déambulation lors du test (rose) et du retest (violet). Ainsi sur l'ensemble des scores on peut observer une amélioration à la fin de la prise en charge. Elle est nette concernant le comportement de fugue, d'ailleurs le résultat est bien en dessous de la moyenne des patients déambulants. Les autres scores restent élevés par rapport à d'autres patients déambulants.



- **Score total** : 2,89/4 (le score des patients déambulants est en moyenne de 2,72/4).
- **Marche persistante** : 2,67/4 (le score des patients déambulants est en moyenne de 3,28/4 pour cette sous-échelle) : c'est une patiente qui marche toujours de manière persistante mais elle marche moins la matinée qu'auparavant.

Le personnel a pu remarquer que la toilette se passe mieux, elle déambule moins pendant cette intervention mais seulement sur une courte durée, il est cependant possible de la ramener sur la tâche.

Nous avons constaté également une amélioration lors du repas du soir mais uniquement lorsque quelqu'un reste avec elle tout le long de son dîner pour lui permettre de rester attentive jusqu'à la fin du repas. Si elle se retrouve seule, elle quitte la table et entre dans la déambulation comme si elle avait oublié ce qu'elle faisait. Par contre quand on lui présente de la nourriture dans les mains, elle reste assise à table jusqu'à l'avoir terminée (soupe dans un verre, friand à manger avec les doigts).

- **Comportement de fugue** : 1,75/4 (le score des patients déambulants est en moyenne de 2,19/4 pour cette sous-échelle) : ce résultat est meilleur que celui de l'évaluation. Cette réévaluation nous permet de voir qu'elle a moins tendance à fuguer, elle ne s'enfuit presque plus et entre plus rarement dans les endroits où elle n'est pas autorisée.

Nous pouvons alors penser que les barrières visuelles ont eu un effet sur ce comportement de fugue. Elles lui ont permis de ne pas accéder aux lieux dangereux pour elle.

Par ailleurs, depuis peu de temps, cette patiente ne rentre quasiment plus dans les chambres des autres résidents, nous pouvons alors penser que ce comportement n'apparaît plus suite à la mise en place des siestes. Elle était tout simplement à la recherche d'un endroit pour se reposer.

- **Désorientation spatiale** : 3,5/4 (le score des patients déambulants est en moyenne de 2,69/4 pour cette sous-échelle) : les résultats nous montrent que Madame C. est toujours désorientée, le seul critère amélioré est qu'elle ne se cogne plus contre des obstacles ou d'autres résidents. Nous n'avons pas travaillé ce point ensemble, c'est une constatation des AS qui ont remplis cette échelle.

On peut constater à la suite de cette prise en charge une amélioration du comportement de fugue et d'entrer dans des lieux inadaptés. La déambulation de cette patiente est toujours présente et reste un moindre problème pour le personnel étant donné qu'elle n'a plus tendance à sortir, ni à pénétrer dans les lieux non autorisés. Il est à noter que la porte donnant sur l'entrée principale (au centre de son parcours de déambulation) est condamnée depuis 4 semaines suite à des risques de chute du auvent. Elle a essayé plusieurs fois de l'ouvrir mais ce comportement a disparu, il n'est pas rare qu'elle regarde à travers la vitre de cette porte. La réduction des tentatives de sortie pourrait en être la conséquence.

Discussion

Le travail effectué avec Madame C. a été bénéfique sur plusieurs points. Sa déambulation, bien que toujours présente pose moins de problèmes à l'équipe et est moins dangereuse pour la patiente. Des temps de repos lui sont proposés dans la journée et semble diminuer son agitation. Les fugues et les accès dans les lieux non appropriés ont été maîtrisés et sont beaucoup moins présents.

J'ai eu la chance d'être accueillie par une équipe ouverte et qui a pu m'écouter. Ce travail d'équipe pourtant essentiel présente parfois des limites.

D'une part, mon statut de stagiaire a pu limiter l'impact de mes propositions, conseils et aménagements. Il n'est pas toujours facile avec ce statut d'être crédible auprès du personnel administratif, des aides-soignantes ou infirmières ayant beaucoup plus d'expérience. Par exemple, il n'était pas possible que Madame C. ait une chambre au même étage que son parcours de déambulation.

D'autre part, il y a beaucoup de personnel dans cet EHPAD, et d'une semaine sur l'autre les équipes ne sont pas les mêmes. Il m'a fallu alors me présenter plusieurs semaines de suite aux différentes équipes.

Les limites se sont posées également du fait de ma faible présence dans l'établissement, la prise en charge psychomotrice avait alors lieu qu'une fois par semaine. De plus, je n'ai en cela pas pu m'assurer que les divers aménagements étaient respectés. D'après ce que je ressens, les aménagements ont été appliqués mais pas de manière régulière ce qui pourrait être un frein à cette prise en charge.

Mis à part cette difficulté, Madame C. vit aujourd'hui une déambulation plus sereine, je n'entends pour ma part plus ses vocalisations depuis le milieu de la prise en charge. L'équipe relève qu'elles existent toujours mais sont nettement moins présentes.

Conclusion

La déambulation est un trouble du comportement moteur aberrant que l'on retrouve fréquemment aux stades modérés et sévères d'une démence de type Alzheimer. Elle entraîne souvent l'institutionnalisation, car elle est à l'origine de difficultés pour l'entourage. La prise en charge de ce trouble fait l'objet, à l'heure actuelle de nombreuses recherches. Il s'agit de proposer au patient de vivre sa déambulation en toute sécurité et sérénité.

J'ai alors souhaité en réalisant ce travail, me renseigner sur les accompagnements que l'on pouvait proposer à une personne déambulante. On retrouve dans la littérature, qu'un aménagement de l'environnement (comme un parcours de déambulation) était essentiel, pour que le patient puisse déambuler dans un lieu sûr où il rencontre plusieurs stimulations afin de sortir de sa déambulation. Des études ont également montré que la mise en place de barrières visuelles pouvait réduire le comportement de fugue. Enfin, les stimulations sensorielles ont prouvé leur efficacité sur les troubles du comportement associés à la démence.

Après une analyse de toutes ces méthodes, j'ai voulu aménager un accompagnement pour une patiente atteinte de la maladie d'Alzheimer qui présente une déambulation avec une tendance à la fugue. Avec l'équipe soignante de la structure où j'ai réalisé mon stage nous avons discuté des différents aménagements qu'il était possible de mettre en place pour cette patiente. La création d'un parcours de déambulation, une meilleure adaptation de la toilette et du repas du soir, la mise en place de barrières visuelles et une prise en charge psychomotrice (activité physique et relaxation), représentent ce que nous avons mis en place sur trois mois.

Les résultats de ce travail sont encourageants, la fugue de cette patiente et son intrusion dans des lieux inadaptés sont plus rares. Sa déambulation peut être limitée pendant les soins (toilette et repas). Par ailleurs sa fatigabilité est prise en

compte depuis quelques temps avec la sieste qui lui est proposée quotidiennement et par conséquent son agitation semble diminuée.

Il me semble intéressant pour conclure ce travail de préciser que les causes et les manifestations des troubles du comportement chez les patients présentant une maladie d'Alzheimer sont multiples (atteintes neurologiques, influences environnementales, histoire de vie de la personne...) et que s'il existe de nombreux travaux proposant « des solutions », ces réponses restent à adapter à chacun de nos patients.

Bibliographie

Algase et al. (2001). The Algase wandering scale: Initial psychometrics of a new caregiver reporting tool. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* , 141-151.

Algase. (2006). What's new about wandering behaviour? An assessment of recent studies. *International Journal of Older People Nursing* , 226-234.

Algase, Nelson. (2007). *Evidence-based Protocols for Managing Wandering Behaviors*.

Anaes. (2004). Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médicosociaux, et obligation de soins et de sécurité.

Andreeva et al. (2011). "Snoezelen" ou les effets de la stimulation multisensorielle sur les troubles du comportement chez les personnes âgées démentes à un stade avancé. *Neurologie-Psychiatrie- Gériatrie* , 24-29.

Baker, Bell, Holloway, Pearce Dowling, et al. (2001). A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *British Journal of Clinical Psychology* , 81-96.

Beyer . (2008). *La musicothérapie, un outil pour communiquer avec les personnes démentes*.

Bonin-Guillaume, Bautrant, Steyer, Bourgoïn, Sydenham, Marquet. (2010). Le sujet âgé fugueur: un trouble du comportement aux conséquences sociétales multiples. *La revue gériatrique* .

Burns, Byrne . (2002). Sensory stimulation in dementia. An effective option for managing behavioural problems. *BMJ* .

Charazac. (2011). *Aide mémoire de psychogériatrie en 24 notions*.

Cohen. (1998, Décembre). L'environnement physique et psychosocial : les facteurs à considérer dans les unités de soins spécialisés. *Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer* .

Cohen- Mansfield. (1986). Agitated behaviors in the elderly: a conceptual review. *Journal of the America Geriatric Society* , pp. 722-727.

Cohen-Mansfield et Werner. (1991). Two studies of pacing in the nursing home. *Journal of Gerontology* , pp. 77-83.

Cohen-Mansfield, Werner . (1999). Outdoor wandering park for persons with dementia : a survey of characteristics and use. *Alzheimer Dis Assos Disord* .

Coltharp, Richie et Kaas. (1996). Wandering. *Journal of Gerontological Nursing* , pp. 5-10.

- Connell, S. e. (2005). An environmental investigation of wayfinding in a nursing home. *proceedings of 2005 symposium on Eye tracking research and applications (ETRA)* , 33.
- Dorenlot . (2006, Juin). Démence et interventions non médicamenteuses : revue critique, bilan et perspectives. *psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement* .
- HAS. (2009). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateur. *Recommandations de bonne pratique*.
- HAS. (2011). *Recommandation de bonne pratique. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*.
- Hazif-Thomas, Bouché, Clément, Thomas . (2003). Influence de la déambulation et des comportements moteurs inadéquats sur la prise en charge des déments à domicile par des aidants informels. L'étude PIXEL.
- Hope et al. (2001). Wandering in dementia: a longitudinal study. *International Psychogeriatrics* , pp. 137-147.
- Hussian et Brown. (1987). Use of two-dimensional grid patterns to limit hazardous ambulation in demented patients. *Journal of Gerontology* , pp. 558-560.
- Kamami. (2002). *Peut-on aujourd'hui prévenir la maladie d'Alzheimer*. Paris: Edition du Dauphin.
- Kiely, Morris, Algase. (2000). Resident characteristics associated with wandering in nursing homes. *International Journal of Geriatrics Psychiatry* , 1013-1020.
- Klein, Steinberg et al. (1999). Wandering behaviour in community-residing persons with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* , pp. 272-279.
- Laborie. (2010, Septembre). Effets de la lumière vive et de la mélatonine sur les fonctions cognitives et non cognitives. *Les cahiers de l'année gérontologique* , pp. 194-198.
- Lai, Arthur. (2003). wandering behaviour in people with dementia. *Journal of Advanced Nursing* , 173-182.
- Logsdon et al. (1998). Wandering: a significant problem among community residing individuals with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology: psychological sciences* , pp. 294-299.
- Martino-Saltman, Blasch, Morris et McNeal. (1991). Travel behavior of nursing home residents perceived as wanderers and nonwanderers. *The Gerontologist* , pp. 666-672.
- Mias. (1992). *Une architecture "prothétique" pour les personnes*. Récupéré sur <http://papidoc.chic-cm.fr/10ArchiProthe.pdf>
- Namazi, Jonhson . (1991). Physical environmental cues to reduce the problems of incontinence in Alzheimer's disease units. *American Journal of Alzheimers disease and other dementias* , 22-28.

Pancrazi et Metais. (2005). Maladie d'Alzheimer, diagnostic des troubles psychologiques et comportementaux. *La Presse Médicale* , pp. 661-666.

Rader et al. (1985). How to decrease problem wandering, a form of agenda behavior. *Geriatric Nursing* , pp. 196-199.

Roberge. (1996). L'agitation chez la personne âgée. *Le médecin de famille Canadien* , pp. 2392-2398.

Rolland et al. (2003). Déambulation et maladie de type Alzheimer. Etude descriptive. Programme de recherche REAL.FR sur la maladie d'Alzheimer et les filères de soins. *La revue de médecine interne* .

Snyder et al. (1978). Wandering. *The Gerontologist* , pp. 272-280.

Strubel, Corti. (2008, décembre). La déambulation chez les patients déments. *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement* , 6, pp. 259-264.

Suh et al. (2005). Mortality in Alzheimer's disease: a comparative prospective korean study in the community and nursing homes. *International Journal of Geriatrics Psychiatry* , 26-34.

Suzuki, M. K. (2007, Mars). Music therapy-induced changes in behavioral evaluations, and saliva chromogranin A and immunoglobulin A concentrations in elderly patients with senile dementia. *Geriatrics & Gerontology International*.

Teri, PhD, Logsdon, McCurry. (2002). Nonpharmacologic treatment of behavioral disturbance in dementia. *Elsevier Science* , pp. 641-656.

Thomas. (1997). Understanding the wandering patient: a continuity of personality perspective. *Journal of Gerontological Nursing* , pp. 16-24.

Timiras. (1997). *Vieillesse et gériatrie: les bases physiologiques*. Lavoisier.

Vanderheyden, Kennes . (2009). *La prise en charge des démences*. de boeck.

RESUME

La déambulation est l'un des troubles du comportement les plus communs de la démence de type Alzheimer. Elle est caractérisée comme un besoin irrésistible de marcher, de façon impulsive et souvent sans but apparent, qui peut conduire la personne à se perdre voire fuguer.

Son impact négatif a des répercussions sur le patient lui-même mais aussi les aidants et soignants qui entourent le malade. C'est pourquoi il est nécessaire de mettre en place une prise en charge non médicamenteuse complète et adaptée à la manifestation de la déambulation de chaque patient.

Mots clés : déambulation, fugue, désorientation spatiale, démence, prise en charge psychomotrice.

ABSTRACT

Wandering is one of the most common behavioral's trouble in the dementia of Alzheimer's type. It is characterized as an uncontrollable urge to walk, impulsive way and often without apparent purpose, which can lead the person to lose herself and moreover to run away.

Its negative impact affects the patient himself but also the care givers which surround the patient. That's why is necessary to establish a full unmedicated therapy that is appropriate to the wandering of each patient.

Key words: wandering, elopement, spatial disorientation, dementia, psychomotor therapy.

