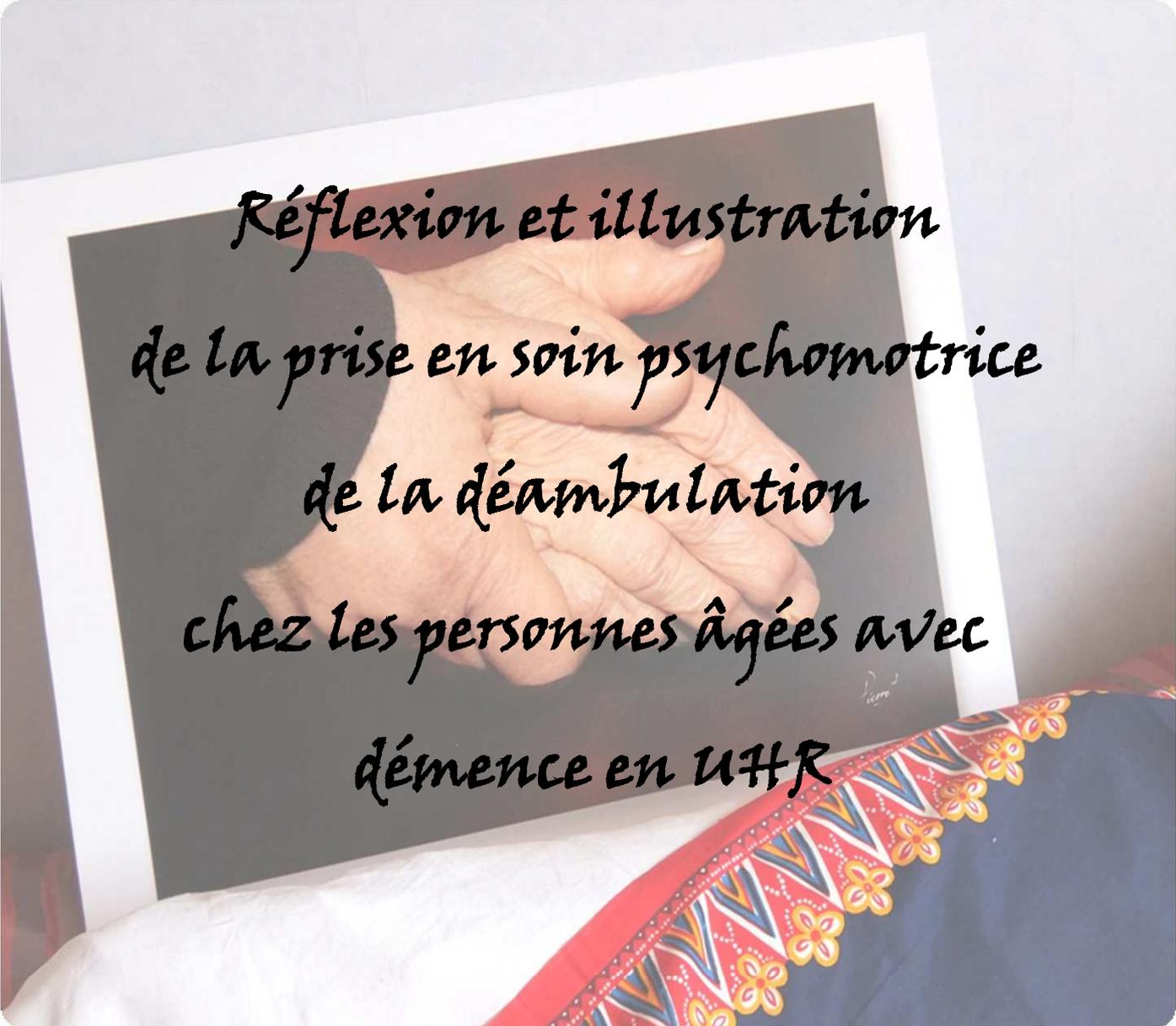




*Faculté de médecine de Toulouse Rangueil*

*Institut de formation en psychomotricité*



*Réflexion et illustration  
de la prise en soin psychomotrice  
de la déambulation  
chez les personnes âgées avec  
démence en UFR*

*Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien*

*ROBIN Mathilde*

*Juin 2013*

# TABLE DES MATIERES

---

Introduction .....	1
Partie I – La déambulation .....	2
I. Définition de la déambulation .....	2
A. Epidémiologie.....	2
B. Complexité d’une définition unique au sein de la communauté scientifique.....	2
C. Déambulation et agitation : mise au point .....	4
D. La question du but et de l’intention dans la déambulation .....	5
E. Expression de la déambulation .....	5
F. Troubles du comportement associés à la déambulation .....	7
II. Facteurs associés, causes et mécanismes potentiels sous tendant la déambulation .....	8
A. Facteurs neurologiques et neuropsychologiques .....	8
B. Facteurs psychologiques : personnalité pré-morbide et typologie comportementale	10
C. Facteurs environnementaux .....	11
D. Facteurs associés à la déambulation .....	12
III. Conséquences de la déambulation et impact fonctionnel.....	13
A. Conséquences positives de la déambulation pour le résident.....	14
B. Conséquences négatives de la déambulation.....	14
C. Outils d’évaluation de la déambulation .....	21
Partie II – Interventions et prise en soin de la déambulation .....	22
I. Du traitement médicamenteux aux interventions non médicamenteuses.....	22
A. Interventions médicamenteuses .....	22
B. Interventions non médicamenteuses .....	23
II. Quelles approches pour la prise en soin de la déambulation? .....	25
A. Approche environnementale.....	25
B. Approche « gérontechnologique ».....	32
C. Approche motrice et physique .....	34
D. Approche occupationnelle .....	35
E. Approche sensorielle .....	36
F. Approche comportementale.....	38
G. Approche centrée sur les besoins élémentaires de la personne .....	42
H. Approche pluridimensionnelle et pluridisciplinaire .....	43
I. Précisions concernant les approches présentées .....	44
III. Problèmes éthiques et acceptabilité des interventions non médicamenteuses .....	45

A.	Ethique, approches non médicamenteuses et déambulation.....	45
B.	Acceptabilité des interventions non médicamenteuses de la déambulation .....	46
Partie III-	Illustrations d'interventions en UHR.....	47
I.	Présentation de l'UHR .....	47
II.	Présentation des résidents.....	49
A.	Monsieur D.....	49
B.	Madame M.....	57
III.	Prise en soin en psychomotricité de la déambulation .....	64
A.	Approche environnementale.....	64
B.	Approche occupationnelle .....	70
C.	Approche physique et motrice.....	71
D.	Approche comportementale.....	72
IV.	Evolution des résidents et réévaluation.....	75
A.	Monsieur D.....	76
B.	Madame M.....	78
Partie IV-	Discussion .....	80
Conclusion.....		82
Bibliographie.....		83
Annexes.....		I
ANNEXE I :	Carte conceptuelle de la déambulation selon Algase .....	I
ANNEXE II :	Tableau comparatif agitation/déambulation .....	I
ANNEXE III :	Causes et conséquences de la déambulation .....	II
ANNEXE IV :	Environnement thérapeutique et unité de soins .....	III
ANNEXE V :	Architecture et aménagement de l'environnement.....	IV
ANNEXE VI :	Recommandations pour la prise en soin des besoins élémentaires du sujet déambulant.....	V
ANNEXE VII :	Stratégies des soignants dans la gestion de la déambulation.....	VI
ANNEXE VIII :	Aménagement architectural et repérage spatial à l'UHR.....	VI
ANNEXE IX :	Détail des scores à l'EGP de Monsieur D. et Madame M .....	VIII
ANNEXE X :	Grille d'analyse fonctionnelle de la déambulation.....	IX
ANNEXE XI :	Barrières visuelles et grille d'observation sur les tentatives de sortie des résidents de l'UHR .....	X
ANNEXE XII :	Approche motrice et physique – grille d'observation et présentation de l'espace extérieur .....	XI

# Introduction

---

Depuis les années 2000, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées suscitent de plus en plus d'interrogations. En effet, elle représente la cause la plus fréquente des syndromes démentiels (60 à 70%), et la prévalence augmente fortement avec l'âge, avec plus de 12 à 20% de personnes atteintes à partir de 85 ans selon l'ANAES <sup>1</sup>(2003). Le plan Alzheimer 2008-2012 s'est ainsi intéressé à trois dimensions : améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, avec une réflexion autour de l'accompagnement et des lieux dédiés à l'accueil et la prise en charge des malades et aidants, favoriser et promouvoir la recherche scientifique, et enfin mobiliser la société en sensibilisant et en informant la population sur cette pathologie, pour permettre une réflexion éthique. Dans ce contexte, le psychomotricien voit son rôle et ses fonctions évoluer en gériatrie. Plusieurs mesures du plan Alzheimer les placent au cœur du processus de prise en soin, concernant la formation (mesure 20), mais aussi les rôles et modalités d'interventions (mesures 6, 16 et 17).

Actuellement, il n'existe pas de traitement curatif efficace. La prise en charge demeure complexe, du fait des répercussions de la maladie sur les différentes sphères de la vie du patient (interactions sociales, cognition, autonomie vie quotidienne, communication...). Les troubles psycho-comportementaux sont en effet corrélés positivement à la perte fonctionnelle des sujets déments, majorant le fardeau des aidants (Miyamoto & al., 2010). La déambulation constitue l'un des troubles fréquemment rencontré chez les sujets déments. Ce comportement, présent à tous les stades de la maladie, constitue une source d'inquiétude et d'épuisement pour les aidants, qu'ils soient professionnels ou familiaux. Les risques de fugue ou de chute sont quelques-unes des conséquences majeures de la déambulation. Ils conduisent souvent à l'institutionnalisation.

Ce mémoire tente de présenter et d'illustrer les possibilités d'intervention du psychomotricien au sein d'une UHR<sup>2</sup> dans la prise en soin de la déambulation chez les personnes âgées présentant un syndrome démentiel de type Alzheimer au stade sévère.

---

<sup>1</sup> ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

<sup>2</sup> UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

# Partie I – La déambulation

---

## I. Définition de la déambulation

### A. Epidémiologie

Estimer la fréquence de la déambulation au sein de la population âgée présentant un syndrome démentiel se révèle complexe. En effet, les études portant sur le sujet ne s'appuient pas forcément sur les mêmes critères de définition, et ne portent pas sur les mêmes effectifs d'échantillonnage. De plus, peu de chercheurs prennent en compte l'aspect de la durée et de la sévérité de la démence, le lieu de vie (domicile ou institution) ou encore le degré de tolérance des soignants face à la déambulation (Strubel & Corti, 2008). D'autres biais peuvent également expliquer ces divergences, comme l'outil et le moment d'évaluation, la déambulation peut en effet fluctuer au cours du temps.

Chez les patients à domicile, Rolland et al. (2003) relèvent une prévalence de 12,6%, en s'appuyant sur le score au NPI<sup>3</sup> de l'item « comportement moteur aberrant ». En institution, Klein et al. (1999) estiment à 17,4% le nombre de patients déambulants au cours des deux semaines précédant l'évaluation (in Landreville & al., 2005).

Globalement, en croisant des études présentant des caractéristiques similaires quant à la déambulation, la prévalence se situerait entre 15 et 28% (Kiely & al., 2000; Klein & al., 1999; Rolland & al., 2006, in Algase & al., 2007),

### B. Complexité d'une définition unique au sein de la communauté scientifique

De nombreux auteurs pointent le manque de définition claire concernant la déambulation, qui est aussi l'un des troubles psycho-comportementaux les moins étudiés. Chaque chercheur va ainsi définir ce comportement selon son domaine de recherche. Aussi, plusieurs termes y font référence : comportement moteur aberrant, déambulation, errance, ou encore « wandering », « pacing » ou « drive to move ». Algase (2007) note 121 expressions différentes pour parler de déambulation et Dewing (2005) ne répertorie pas moins de 70 définitions au terme de déambulation, à la fois dans la littérature scientifique et non

---

<sup>3</sup> NPI : Neuropsychiatric inventory

scientifique (in Halek & Bartholomeyczik, 2012). Par ailleurs, la déambulation s'est apparentée pendant longtemps à de l'agitation, et encore aujourd'hui la frontière terminologique est mince. Nous reviendrons sur ce point dans le prochain paragraphe. La déambulation constitue ainsi un sujet d'étude en tant qu'entité isolée depuis une vingtaine d'années seulement. Le manque de consensus terminologique pénalise ainsi les études s'intéressant à la déambulation.

Pour McShane (1997), qui classe les SCPD<sup>4</sup> en trois groupes, la déambulation s'inscrirait dans la catégorie « hyperactivité motrice », avec des manifestations comportementales s'ajoutant au fait de marcher, avec ou sans but identifiable par l'entourage. Ces manifestations incluent des comportements de suivi d'autres personnes, résident ou soignant, la déambulation nocturne, la marche persistante, les fugues ou tentatives de fugue, et le déplacement et/ou manipulation d'objet de façon inappropriée.

Seulement deux éléments semblent communs d'un auteur à l'autre pour définir le concept, à savoir la notion de déplacement dans l'environnement, et la présence de troubles cognitifs (Algase & Struble, 1992). Pour autant, afin de former un consensus, Algase et al. (2007) ont analysé les différentes acceptions relatives à la déambulation retrouvées à travers la littérature. Quatre dimensions caractéristiques de la nature déambulation en sont ressorties:

- **le déplacement** : changement de place du sujet d'un point à un autre de l'espace, la plupart du temps en marchant, mais le déplacement autonome en fauteuil roulant ou avec une canne y est aussi inclus.
- **l'impulsion ou motivation** : élan interne conduisant au déplacement du sujet.
- **le temps** : cela comprend les notions de période et de durée (fréquence et cadence : continue, répétitif, spontané ...)
- **l'espace** : il se rapporte au type de parcours, et se segmente en déplacement orienté (ex : pacing ou tentative de fugue) ou non orienté (ex : aléatoire, suiveur).

Lorsque l'on se situe à la croisée des notions de temps et d'espace, la déambulation est considérée comme problématique ou inappropriée aux circonstances selon qu'elle est dirigée vers un but ou non (volontaire/involontaire). (ANNEXE I)

Algase dénonce ainsi l'amalgame régulier des auteurs entre le type de déplacement à travers l'espace, et les conséquences de ce déplacement, comme la sortie d'un service par

---

<sup>4</sup> SCPD : Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence

exemple, ce qui est régulièrement soulevé sous le terme de fugue. Pour aller dans le même sens, pour Hope et al. (1994), fugue et autres types de déambulation seraient à distinguer, puisque ces auteurs retrouvent une mauvaise corrélation entre la fugue et les autres types de déambulation.

La définition d'Algase semble actuellement faire consensus. Elle définit ainsi la déambulation comme un « **comportement locomoteur** lié à la démence, **fréquent, répétitif, désordonné dans le temps et/ou l'espace** qui se manifeste par le lapping (circuit en boucle fermée), random (déplacement aléatoire) et/ou pacing (aller-retour), parfois associés à la **fuite**, aux tentatives de fuite ou au fait **de se perdre**» (Algase & al., 2001). Algase définit ainsi la déambulation selon sa nature, sans inclure une notion de but. Par ailleurs, les déplacements autonomes avec aide technique, comme le fauteuil roulant, évoqué par Morris et al. (1995), ne constituent pas un critère d'exclusion pour parler de déambulation.

### C. Déambulation et agitation : mise au point

Au travers de la littérature, la déambulation est parfois présentée comme de l'agitation. La HAS<sup>5</sup> évoque ainsi que les « comportements agités peuvent regroupés opposition, agressivité, anxiété et phobies avec manifestations comportementales, troubles du rythme circadien, déambulations ou comportement moteur inapproprié, cris et enfin désinhibition motrice ». Cohen-Mansfield (2005) classe la déambulation parmi l'agitation physique non agressive, ce qui est d'ailleurs répercuté dans son échelle d'évaluation de l'agitation, la CMAI<sup>6</sup>. Hazif-Thomas et al. (2003) ajoutent que « l'agitation du malade regroupe une partie, mais non exclusivement, des troubles du comportement moteurs ». Par ailleurs, Algase et al. (2007) notent que « les praticiens ont tendance à fusionner les représentations du comportement de déambulation avec d'autres symptômes comportementaux communs à la démence, comme l'agitation ». Il y a donc un flou terminologique entre agitation et déambulation ce qui pénalise la cohérence des résultats obtenus dans les différentes études s'intéressant à l'un ou l'autre de ces SCPD, d'autant que ces comportements peuvent aussi être présents chez un même individu.

---

<sup>5</sup> HAS : Haute Autorité de Santé

<sup>6</sup> CMAI : Cohen-Mansfield Agitation Inventory

Algase et al. (2007) montrent que déambulation et agitation présentent à la fois des caractéristiques communes, telles que le caractère répétitif, mais aussi certaines particularités, comme la désorientation spatio-temporelle. (ANNEXE II)

#### **D. La question du but et de l'intention dans la déambulation**

La question complexe de la présence d'un but ou non pour parler de déambulation a également fait l'objet de désaccords entre les auteurs, ce qui de facto démontre la complexité et l'insuffisance actuelle des recherches sur la compréhension de ce comportement. Halek et Bartholomeyczik (2012), dans une revue de littérature, soulèvent la question à partir du recueil de données et la discutent à travers de nombreux articles.

Pour certains auteurs, la déambulation n'est pas un acte motivé (Hyatt-Snyder, 1978 ; Namazi & al., 1989), le but est « impossible à cerner » (Monsour & Robb, 1982), ou encore ce but est impossible à obtenir ou non adapté car imaginaire et irréalisable (Stokes, 1987). Au contraire, Thomas (1995) parle de la déambulation sous le terme d'errance qu'il définit comme « une activité déterminée qui tente de répondre à un besoin particulier ». Cela dépendrait finalement du stade de sévérité de la démence. Martino-Saltzman et al. (1991), montrent qu'au stade de démence légère, la déambulation est mieux repérée comme dirigée vers un but, mais, avec l'aggravation des troubles cognitifs, cette idée de but est de moins en moins perceptible.

#### **E. Expression de la déambulation**

La définition proposée par Algase permet désormais de définir la nature de la déambulation. De nombreux auteurs ont davantage cherché à décrire la déambulation et ses formes de manifestations. Halek et Bartholomeyczik (2012), ou encore Hazif-Thomas (2003) rapportent les comportements suivants :

- Marcher excessivement par aller-retour
- Impossibilité de s'asseoir
- Entrer et sortir des chambres des autres résidents
- Tentatives de fuite ou volonté de quitter les lieux
- Marcher pendant le repas
- Impossibilité de trouver les toilettes, la chambre
- Chercher des personnes, ne pas trouver ce qu'ils recherchent

- Absence de pauses ou de temps de repos
- Déplacer des objets de façon inappropriée, manipulations incessantes
- Suivre un aidant ou un résident et/ou le rechercher
- Déambulation nocturne

Fairburn et Hope (1990) (in Lai & Arthur, 2003) proposent une classification de la déambulation en répertoriant dix formes :

- Marche accrue (supérieur à la normale)
- Tentatives pour quitter le lieu d'habitation
- Retour à la maison (nombre de fois ramené à la maison)
- Comportement de vérification
- Marche sans but (sans raison apparente)
- Suiveur (suit le soignant - ou une autre personne - juste derrière celui-ci)
- Manipulation – « bricoleur » (marcher en essayant de faire des choses et d'autres du type tâches ménagères ou autres pouvant rappeler la profession de la personne)
- Marche vers un but inappropriée (qui semble étrange pour les aidants)
- Marche excessive vers un but adapté (fréquence élevée bien que le but soit adapté)
- Marche nocturne

Martino-Saltzman (1991), repris par Algase (in Halek & Bartholomeyczik, 2012), identifie quatre catégories de déplacements selon un pattern spatial : « pacing », « random », « lapping » et « direct ». Chez les personnes déambulantes, la locomotion peut être considérée comme dysfonctionnelle dans le sens où le mouvement n'est pas efficace car non direct pour aller d'un point A vers un point B. Le dernier pattern évoqué (« direct »), ne correspond donc pas à de la déambulation.

**Pacing** : déplacement de type va-et-vient, allers-retours entre deux points de l'espace (Algase & al., 2007). Pour Dewing (2005), ce type de parcours semble être le moins fréquent. Il pourrait être la résultante d'un état d'anxiété ou de peur. Cohen-Mansfield (1991) constate que le « pacing » serait davantage présent sur les temps autres que les repas ; le couloir est le lieu engendrant le plus de « pacing » (in Lai & Arthur, 2003).

**Random** : déplacement aléatoire du sujet, avec de multiples changements de direction et hésitations tout au long du trajet parcouru (Algase & al., 2007). Il s'agirait de la modalité la plus courante. Le déplacement apparaît comme dénué de but, et se trouve influencé par les

stimuli environnementaux. La durée et la fréquence augmentent avec les troubles cognitifs. Ils apparaissent souvent sensibles aux stratégies de diversion ou d'occupation (Dewing, 2005).

**Lapping** : déplacement qui implique un trajet répétitif, circulaire (Algase & al., 2007). Ce type de déplacement serait moins lié à la fugue ou tentative de fugue, comparativement aux parcours de type random ou pacing. C'est un parcours qui pourrait être relié à la notion de persévération (Dewing, 2005).

Hussian et Davis (1985) (in Algase & al., 2007), distinguent également quatre variables associées à la déambulation :

- Akathisie (incapacité à rester posé, souvent induit par la prise de neuroleptiques)
- Fuite (résidents qui demandent à partir ou qui essaient d'ouvrir les accès donnant sur l'extérieur)
- Autostimulation (personnes qui ont d'autres activités autostimulantes, comme ouvrir les portes, en plus de faire des va-et-vient)
- Suiveur (personnes qui suivent une autre personne qui marche)

Cette classification a d'ailleurs été largement utilisée en clinique et en recherche (Lai & Arthur, 2003). Pour autant, chez un même individu, plusieurs manifestations peuvent se combiner et fluctuer selon l'avancée de la pathologie ou le moment de la journée (Hope & al., 1994, in Lai & Arthur, 2003). Les différentes typologies déclinées par l'ensemble des auteurs ne sont ainsi que des descriptions de la déambulation, mais ne constituent pas et ne suffisent pas en tant que telles à établir une définition de la déambulation.

## **F. Troubles du comportement associés à la déambulation**

Rolland et al. (2006) indiquent que la déambulation est associée à différents troubles psycho-comportementaux, à savoir les délires, l'agressivité, l'irritabilité, la dépression, l'anxiété, l'euphorie, l'apathie et la désinhibition. Yang et al. (1999) notent pour leur part que la déambulation a tendance à être associée aux troubles du sommeil. Lopez et al. (2003) ajoutent que ces associations se retrouvent quelle que soit l'avancée du syndrome démentiel (in Algase & al., 2006). Cependant, selon les études, les corrélations entre déambulation et les autres SCPD sont parfois contradictoires. La dépression (Heeren & al., 2003), ou encore les troubles du sommeil (Hope & al., 1991) ne sont pas toujours retrouvés comme associés à la déambulation.

Le risque de survenue de la déambulation est donc aussi fonction de la présence de d'autres SCPD qui peuvent l'induire, tels que l'anxiété ou les délires (Algase & al., 2007). Les hallucinations pourraient aussi conduire à ce type de comportement locomoteur (Hope & al., 2001, in Landreville & al., 2005).

## **II. Facteurs associés, causes et mécanismes potentiels sous tendant la déambulation**

De manière générale, les SCPD présentent une étiologie plurifactorielle, généralement divisée en trois catégories : facteurs biomédicaux (ex : neuropathologiques, neurocognitifs, génétiques...), psychologiques (personnalité prémorbide, réponse au stress, typologie comportementale...) et environnementaux (physique et social). Selon Zaudig (1998), l'importance de chacun de ces facteurs peut varier en fonction des personnes et de l'avancée de la pathologie. La déambulation répond ainsi à ces critères. Les causes médicamenteuses (neuroleptiques) et somatiques sont à rechercher en premier lieu, notamment lorsque la déambulation survient brutalement chez le sujet (Strubel & Corti, 2008).

### **A. Facteurs neurologiques et neuropsychologiques**

#### ***1. Atteintes neurologiques***

Dans une étude de Rolland et al. (2005), treize patients déambulants et treize patients non déambulants présentant un stade démentiel de même sévérité, ainsi qu'un groupe contrôle (sans démence ni déambulation) ont été comparés à partir de données en imagerie cérébrale par SPECT<sup>7</sup> (donnant une reconstruction d'images 3D du débit sanguin cérébral). Le comportement de déambulation était associé à une hypoperfusion plus marquée en région pariéto-temporale gauche, ce qui plaide en faveur d'un facteur lésionnel à l'origine du trouble.

A partir de données obtenues par IRM, la présence de comportements moteurs aberrants chez les patients atteints de maladie neurodégénérative serait associée au cortex cingulaire antérieur dorsal droit ainsi qu'au cortex prémoteur gauche (Rosen & al., 2005, in Nagata & al., 2010). Rolland et al. (2003) évoquent une origine frontale pour expliquer la déambulation dans sa composante persistante. Hope et al. (2001) notent pour leur part un déficit

---

<sup>7</sup> SPECT : Single Photon Emission Computed Tomography

cholinergique plus marqué chez les déambulants avec hyperactivité motrice que chez les déambulants avec comportements de recherche et d'occupation (in Landreville & al., 2005).

## ***2. Déficit visuo perceptif***

Les déficits de perception visuelle ont été considérés comme un élément fondamental pour expliquer la déambulation (Beel-Bates, 2001, in Algase & al., 2007). De nombreux chercheurs ont pu montrer des déficits présents chez les sujets Alzheimer tels que la vision des couleurs, la profondeur ou encore la perception des contrastes. Ces différents déficits contribuent à l'accroissement du seuil du flux optique, qui est corrélé avec un déficit d'orientation et de déplacement dans l'espace (O'Brien & al., 2001 ; Tetewsky & Duffy, 1999, in Algase & al., 2007).

## ***3. Difficultés attentionnelles et persévération***

L'impact de la maladie d'Alzheimer sur les capacités attentionnelles du sujet a pu être exploré dans certaines études. Chiu et al. (2004), ont montré qu'au stade précoce de la MA<sup>8</sup>, la fatigue attentionnelle et la distractibilité constituaient des facteurs prédictifs du fait de se perdre, mais aussi de la désorientation spatiale dans la déambulation.

Par ailleurs, il a été montré que les sujets Alzheimer déambulants persévèrent plus que les non-déambulants au même stade de la maladie (Ryan & al., 1995, in Algase & al., 2007).

## ***4. Désorientation spatiale***

Les capacités d'orientation spatiales mettent notamment en jeu les deux capacités précédentes, à savoir la perception visuelle et les capacités attentionnelles. Etant déficitaires dans la MA, elles affectent les capacités d'orientation spatiale que ce soit les fonctions de localisation (où se trouve l'individu) ou d'itinéraire (trouver son chemin). De faibles performances dans la capacité à trouver son chemin correspondent aux déficits les plus associés à la déambulation, sans que ça n'explique l'ensemble des manifestations de ce comportement. Par ailleurs, plusieurs études ont montré des déficits dans les régions cérébrales au niveau du lobe pariétal droit, qui joue un rôle dans l'exploration spatiale (Meguro & al., 1996 ; De Leon & al., 1984, in Algase & al., 2007). Pour Beel-Bates (2001), la déambulation à dominante désorientation spatiale pourrait donc s'expliquer par l'altération de l'une des étapes - ou connexion entre les étapes - intervenant dans les aptitudes visuelles et l'élaboration de cartes cognitives (Algase & al., 2007).

---

<sup>8</sup> MA : Maladie d'Alzheimer

### **5. Troubles du mouvement**

Cette hypothèse provient des observations de patients dont la déambulation se présente comme continue et impossible à arrêter. L'hypothèse de troubles du mouvement a ainsi été formulée pour cette typologie de déambulation de type hyperactivité motrice. L'hippocampe, en plus de jouer un rôle dans la mémoire spatiale, joue aussi un rôle dans l'initiation locomotrice. Des études sur des modèles animaux ont montré que la détérioration de l'hippocampe provoque une augmentation de l'activité motrice avec de plus courtes périodes de pauses (Whishaw, 1994, in Algase & al., 2007).

### **6. Perturbation du rythme circadien**

Avec l'avancée en âge, et d'autant plus chez les sujets atteints de MA, les structures neuro-anatomiques responsables du cycle circadien s'atrophient, ce qui conduit à une modification du rythme jour-nuit. Le nombre d'heures disponibles à la mise en activité augmente chez les sujets sains, pour atteindre un pic en fin de journée. Chez les sujets Alzheimer, des études ont montré qu'ils avaient une tendance plus élevée à l'activité nocturne indiquant une détérioration importante au niveau du SNC (Satlin & al., 1991, in Algase & al. 2007).

## **B. Facteurs psychologiques : personnalité pré-morbide et typologie comportementale**

L'hypothèse de la personnalité et des attitudes et comportements pré-morbides a été la première hypothèse avancée pour expliquer la déambulation (Monsour & Robb, 1982). Plus récemment, on a montré que la personnalité était susceptible de changer au cours de la démence. Thomas (1997) a ainsi montré que les déambulants ou les personnes démentes avec davantage de comportements moteurs présentaient davantage d'extraversion et d'ouverture par rapport aux non-déambulants. Pour autant, Song (2003) a obtenu des résultats contraires, c'est-à-dire que l'extraversion serait négativement corrélée à la déambulation. Hyatt-Snyder et al. (1978) notent que les sujets présentant de l'errance avait l'habitude de recourir à la marche pour faire face à une situation de stress (in Landreville & al., 2005). Pour Strubel et Corti (2008) la déambulation pourrait correspondre à des comportements automatisés et répétés lors de la vie prémorbide des sujets, comme aller chercher les enfants à l'école, faire des tâches ménagères, ou encore bricoler. Il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus concernant les facteurs psychologiques impliqués dans la déambulation.

## C. Facteurs environnementaux

### 1. Environnement physique

Certains facteurs environnementaux tels que la luminosité, le bruit ou encore l'agitation constitueraient des facteurs favorisant la déambulation (Cohen-Mansfield, 1991, in Algase & al., 2007). De plus, un environnement reposant et accueillant (familier, rappelant la maison), semble apaiser la déambulation (Cohen-Mansfield, 1998, in Algase & al., 2007). Yao et Algase (2006) ont démontré que ce type d'environnement engendrait une augmentation du temps passé assis et une diminution des temps de la marche chez les patients déments.

### 2. Environnement social

Choi (1999) a pu montrer empiriquement la fonction d'interaction de la déambulation. Il a été montré que les déambulants avaient des capacités langagières plus faibles et des interactions sociales moindres par rapport aux non-déambulants (Dawson & Reid, 1987; Hyatt-Snyder & al., 1978, in Algase & al., 2007). La déambulation serait ainsi un moyen pour attirer l'attention d'autrui ou, en se plaçant près d'autres personnes, permettre d'engager des échanges sociaux. De même, déambuler avec un comportement de type recherche pourrait constituer un moyen pour la personne d'obtenir une réponse à ses besoins, ou bien de signifier une demande d'aide indirecte en attirant l'attention. Certaines études empiriques ont repéré que la plupart des épisodes de déambulation se terminaient lorsque le sujet se situait à une distance de 60 centimètres d'une autre personne (in Algase & al., 2007). De même, les épisodes de déambulation aboutissant à des interactions sociales étaient moins fréquents que ceux qui consistent simplement à se placer auprès de personnes, sans échanges. Les interactions sociales semblent ainsi permettre de réduire le nombre d'épisodes de déambulation à court terme. Par ailleurs, la déambulation est considérée par certains auteurs comme un moyen de répondre à l'ennui ou la solitude, les personnes paraissant chercher quelque chose de familier (Rader & al., 1985, in Lai & Arthur, 2003).

Pour sa part, Yao (2008) associe différemment la déambulation avec l'avancée des troubles cognitifs, regardant davantage le versant émotionnel et non plus seulement l'aspect visuospatial. Elle s'appuie sur cinq principes qui s'inspirent d'études en neurocognition :

- un comportement est la conséquence de processus cognitifs et émotionnels liées aux informations environnementales
- les réponses corporelles sont d'abord reliées à une émotion avant une cognition (LeDoux, 1996)

- la réponse motrice est un type de réponse émotionnelle (Adolphs, 1999)
- les réponses émotionnelles sont avant tout adaptatives
- les émotions produisent des réponses automatiques et figées alors que les cognitions produisent des réponses optimales et flexibles

Dans la MA, l'altération des processus cognitifs perturbe en conséquence les processus cognition-émotion, qui s'affaiblissent avec l'avancée de la maladie (Hamman, Monarch, & Goldstein, 2000). La déambulation serait alors une réponse émotionnelle à l'environnement. Ainsi, une ambiance environnementale vécue négativement provoquerait l'envie de s'enfuir, tandis qu'un environnement accueillant inciterait à y rester (Algase & al., 2007).

#### **D. Facteurs associés à la déambulation**

Pour Landreville (2005), l'étiologie de la déambulation est plurifactorielle. Kiely et al. (2000) ont repéré dix caractéristiques augmentant ou limitant le risque de présenter de la déambulation. Les caractéristiques favorisant la déambulation ont pu être regroupées en quatre types, à savoir les troubles cognitifs, les symptômes d'anxiété, ainsi que la consommation de psychotropes et la présence de certains problèmes somatiques (constipation, problèmes pulmonaires...). Les caractéristiques limitantes recouvrent les capacités de locomotion et le sexe (davantage les hommes que les femmes). Par ailleurs, Logsdon et al. (1998) retrouvent une corrélation positive entre la sévérité du déclin cognitif au cours de la maladie, une diminution de l'autonomie et la présence de la déambulation. King-Kallimanis et al. (2010) indiquent que les facteurs associés au changement de comportement (passer de non-déambulant à déambulant) incluaient les éléments suivants : avancée en âge, aggravation des troubles cognitifs, sexe masculin, comportements sociaux inappropriés, accroissement de la résistance aux soins, ou encore majoration de la distractibilité. Et au contraire, le passage de déambulant à non-déambulant était associé à une augmentation des aides techniques nécessaires à la locomotion, ainsi qu'à la présence de plus de trois comorbidités médicales. Sur ce dernier point, Cohen-Mansfield (2005) retrouve une corrélation négative entre agitation physique non agressive (qui correspond à la déambulation pour cette auteure) et le nombre de diagnostics médicaux comparativement aux non-déambulants.

D'autres auteurs tels que Lai et Arthur (2003), mais aussi Strubel et Corti (2008), relèvent d'autres facteurs tels qu'une vie antérieure active, des troubles du sommeil, la présence d'une dépression, d'hallucinations ou de délires (corrélation positive retrouvée par Hope et al.

(2001), et la prise de psychotropes notamment les neuroleptiques. Heeren et al. (2003) ne trouvent pas de corrélation entre déambulation et dépression. Pour Klein et al. (1999), les perturbations du sommeil, la sévérité et la durée de la démence sont des facteurs prédictifs de la déambulation.

Par ailleurs, certaines études montrent que la déambulation serait plus fréquente dans les cas de démence de type Alzheimer que dans les démences vasculaires (Ballard & al., 1991; Cooper & Mungas, 1993). Pour autant, d'autres études trouvent des résultats contraires (Bathgate & al., 2001; Knuffman & al., 2001). Lopez et al. (2003) stipulent que la déambulation serait plus fréquente dans les démences au stade modéré et sévère, bien que ce symptôme puisse être présent quelle que soit l'avancée de la pathologie, dès lors que les capacités locomotrices le permettent (Spector & Jackson, 1994, in Landreville & al., 2005).

Algase et al. (1996), parlent de facteurs dits internalisés (« background factors »), considérés comme stables, et de facteurs contextuels (« proximal factors »), qui sont de nature dynamique. Ces deux types de facteurs vont interagir, les facteurs internalisés vont influencer sur la façon dont les facteurs contextuels seront perçus ou vécus par la personne.

<u>Facteurs internalisés</u>	<u>Facteurs contextuels</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-facteurs neurocognitifs (mémoire, attention, capacités langagières, capacités visuospatiales, mobilité)</li> <li>-état de santé général</li> <li>-caractéristiques personnelles (personnalité, réponse au stress)</li> <li>-aspects sociodémographiques (âge, sexe, profession)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-besoins physiologiques (faim, soif, douleur, élimination)</li> <li>-besoins psychologiques (état émotionnel positif, état émotionnel négatif)</li> <li>-environnement physique et social (interactions sociales, type de personnel de soin et effectif, ambiance générale, nombre de personnes présentes dans un même lieu, complexité de l'environnement, conditions élémentaires (bruit luminosité, température et humidité)</li> </ul>

Résumé des facteurs internalisés et externalisés (Algase & al., 2007)

### III. Conséquences de la déambulation et impact fonctionnel

Les retentissements potentiels de la déambulation concernent la santé et le bien-être du résident lui-même, mais aussi les aidants informels et formels ainsi que les autres résidents (King-Kallimanis & al., 2010). Pour autant, la déambulation présente certains effets bénéfiques, qu'il convient de prendre en compte dans la réflexion de la prise en soin du résident.

## A. Conséquences positives de la déambulation pour le résident

La déambulation équivaut à une activité locomotrice, qui maintient ainsi une forme d'activité physique, et donc la trophicité musculaire et l'autonomie motrice. Elle participe aussi à l'oxygénation et la circulation sanguine, ainsi que la diminution des contractures (Heim, 1986, in Lai & Arthur 2003).

Pour Cohen-Mansfield et al. (1991), le comportement de déambulation serait un indicateur de bonne santé, en stimulant l'appétit. Il serait associé à moins de douleurs, une prise médicamenteuse atténuée, et à moins de diagnostics médicaux (Lai & Arthur, 2003 ; Robinson & al., 2006 ; Strubel & Corti, 2008 ; Algase & al., 2007). L'activité physique est une intervention simple permettant de stimuler l'appétit et de restaurer la balance énergétique des patients atteint de la maladie d'Alzheimer (Vellas, 2008). Boltz (2006) ajoute que la déambulation est aussi vectrice de stimulations sensorielles, ce qui pourrait correspondre à une forme d'autostimulation (Strubel & Corti, 2008).

Ces différentes dimensions sont essentielles à la stimulation et au maintien de l'autonomie des résidents.

## B. Conséquences négatives de la déambulation

### 1. Pour le résident lui-même

D'une manière générale, les retentissements de la déambulation retrouvés dans la littérature recouvrent les chutes, la perte de poids, la fatigue, les troubles du sommeil, le fait de se perdre, le risque de fugue, l'institutionnalisation prématurée, l'utilisation de moyens de contention, et la mort prématurée (King-Kallimanis & al., 2010 ; Robinson & al., 2006 ; Landreville & al., 2005).

- **Se perdre**

L'avancée du syndrome démentiel contribue à une altération de plus en plus prégnante des facultés cognitives du sujet et donc de la désorientation spatiale, accentuant le fait de se perdre, en extérieur ou au sein même de leur lieu d'habitation (domicile ou établissement de soins) (Algase & al., 2007). La déambulation n'est cependant pas le seul facteur de risque mais bien l'un des éléments induisant le risque de se perdre (Algase & al., 2007). L'une des

conséquences directes pour l'individu est la mort prématurée (Rowe & al., 2004, in Algase & al., 2007).

- **Risque de fugue**

La fugue s'entend généralement comme le fait de quitter un lieu sans y revenir, avec ou sans intentionnalité, et sans donner d'indications à d'autres personnes sur la destination (Boltz, 2006).

La fugue d'un résident peut s'expliquer par un manque de mesures préventives malgré des tentatives précédentes, le manque de surveillance et l'utilisation inefficace des systèmes d'alarme censés prévenir les équipes des tentatives de sortie. Par ailleurs, pour les sujets à domicile, cela peut aussi se produire lorsque l'aidant est endormi ou occupé à autre chose, ou lorsque le patient est laissé seul au domicile (Aud, 2006 in Algase & al., 2007). Les tentatives de fugue multiplient par cinq le risque d'institutionnalisation chez les patients avec démence (McShane & al., 1998, in Algase & al., 2007). La fugue peut conduire à une hypothermie, un accident de la route, des chutes (escaliers...), d'autant que peuvent se rajouter des problèmes d'équilibre, de vision, et d'affaiblissement musculaire (Boltz, 2006 ; Strubel & Corti, 2008). De plus, le risque de mortalité s'accroît avec la durée de la disparition du résident au-delà de 24 heures (Koester & Stooksbury, 1995, in Algase & al., 2007).

- **Risque de chute**

Le risque de chute se trouve majoré, la déambulation y expose davantage le résident (Kiely & al, 1998, in Rolland & al., 2003). Les chutes correspondent aussi aux conséquences les plus fréquemment rapportées pour les résidents avec démence en institution (Gurwitz & al., 1994, in Algase & al., 2007). Cela les expose donc davantage aux fractures du col du fémur (Hyatt-Snyder & al., 1978), et le taux de mortalité est plus élevé : 50% des sujets hospitalisés pour fracture du col du fémur décèdent (Morrisson & Siu, 2000, in Algase & al. 2007).

Les personnes déambulantes sont sujettes à une fatigue importante : il arrive qu'elles continuent de marcher sans faire de pause alors qu'elles sont fatiguées et potentiellement perdues, ce qui peut aussi amener à des douleurs physiques. Par ailleurs, ces patients se déplacent dans des conditions majorant le risque de chute et de blessures, telles que la fracture

du col du fémur évoquée précédemment, mais aussi des blessures ou douleurs aux pieds (Asaka & al., 1996). Ils peuvent en effet se déplacer dans des zones mal éclairées ou comportant des obstacles, transporter des objets à deux mains, ou encore s'appuyer sur du mobilier ou des objets instables. Dans certains cas de déambulation persistante, le patient, épuisé en fin de journée, peut présenter des troubles posturaux liés à la fatigue physique, avec, là encore, un risque de chute important (Strubel & Corti, 2008).

- **Taux de mortalité**

La déambulation augmente quasiment par deux le taux de mortalité des patients déments, y compris lorsque les critères d'âge et de sévérité de la démence sont exclus (Suh & al., 2005, in Algase & al., 2007). Comme évoqué précédemment, les risques de chute, de fugue et de se perdre constatés chez les sujets déments déambulants expliquent en grande partie ce taux de mortalité supérieur chez les sujets déments avec déambulation que chez les sujets déments non déambulants (Rowe & al., 2004 in Algase & al., 2007).

- **Domaines fonctionnels**

Par ailleurs, pour Algase et al. (2007), plusieurs domaines fonctionnels sont impactés par la déambulation.

- Continence :

Se rendre aux toilettes nécessite notamment des capacités d'orientation et fait partie des activités élémentaires de vie quotidienne contribuant à l'autonomie de la personne. Seulement, comme exposé précédemment, les personnes déambulantes peuvent éprouver une désorientation spatiale et une distractibilité au moindre stimulus de l'environnement. Ils peuvent ainsi se trouver dans l'impossibilité de trouver les toilettes, ce qui peut concourir à une accélération de l'incontinence de ces personnes (Algase & al., 2007).

- Toilette, habillage, soins :

Pour les personnes déambulantes, une attention particulière doit être portée à l'environnement physique, social et émotionnel lors de ces activités élémentaires. La

déambulation peut en effet résulter de l'effet conjoint d'une pression environnementale et de besoins élémentaires non satisfaits (Algase & al., 1996).

- Communication :

Les capacités langagières et communicationnelles en déclin chez les personnes démentes entravent les capacités d'interactions sociales. Peu de données sont disponibles pour les individus déambulants, d'autant qu'elles semblent contradictoires. En effet, certains pointent le fait que les personnes déambulantes sont plus extraverties et sociables, et donc plus à même d'être réceptives à des interventions fondées sur la communication (Algase & al. (2007)). D'autres montrent qu'une certaine pression mise sur la communication pourrait provoquer des épisodes de déambulation de type pacing (Beattie, 1997, in Algase & al., 2007). Par ailleurs, les supports visuels en soutien de l'orientation ne seraient pas toujours efficaces au vu des perturbations de la communication des personnes déambulantes avec démence (Hoerster & al., 2001 ; Hoper & al., 2005, in Algase & al., 2007).

- Repos :

Les capacités d'autorégulation des temps de repos sont diminuées ou absentes chez les personnes âgées déambulantes avec démence. Or le manque de repos augmente le risque de fatigue et de déshydratation (Algase & al., 2007).

- Nutrition et repas :

L'association entre perte de poids et démence a été bien établie par divers auteurs, surtout dans la démence de type Alzheimer. La perte de poids augmente la fragilité du sujet, diminue la mobilité, et accroît le risque de développer des pathologies intercurrentes et contribue à une mort prématurée (White, 1996, in Algase & al., 2007). Les personnes âgées démentes sont plus à même de perdre du poids à l'entrée en institution, 10% ou plus au cours des six premiers mois (Ryan & al., 1995 ; Wang & al., 1997, in Algase & al., 2007).

Les déambulants sont plus enclins à perdre du poids car l'activité locomotrice demande davantage d'énergie, avec notamment des difficultés pour rester assis lors des repas (Beattie & al., 2004, in Algase & al., 2007), ce qui peut majorer la dénutrition et la déshydratation (Strubel & Corti, 2008). Dans une étude de 2003 s'inscrivant dans le programme de recherche

REAL.FR, Rolland et al. ont évalué l'état nutritionnel des patients déambulants à l'aide du MNA<sup>9</sup>. Dans 12% des cas - contre 2,65% chez les non déambulants -, le score au MNA est inférieur à 17. De plus, 46% des déambulants se situent entre 17 et 23,5, ce qui indique qu'ils courent un risque de dénutrition. Par ailleurs, le poids et l'IMC<sup>10</sup> sont significativement inférieurs, confirmant le risque de dénutrition. Ces auteurs avancent l'hypothèse que l'augmentation des dépenses énergétiques engendrées par la déambulation ne serait pas compensée par les prises alimentaires.

## ***2. Pour les autres résidents***

En plus de constituer un danger pour la sécurité du résident lui-même, la déambulation peut engendrer une nuisance pour les autres résidents. La personne peut en effet entrer dans leur chambre. Ceci peut être mal vécu et incompris, mais aussi provoquer des troubles du comportement chez les autres résidents, de type agressivité ou anxiété notamment. Elle peut aussi pénétrer dans des zones réservées au personnel soignant, ce qui peut avoir des conséquences sur le travail des soignants, et participer au risque de chute ou de blessures dans le cas où des obstacles sont présents (Landreville & al., 2005).

Par ailleurs, les autres résidents non déambulants peuvent aussi être pris à partie. Comme évoqués dans les typologies de la déambulation, le résident déambulant peut en effet emmener un autre résident. Ce dernier peut ne pas présenter les mêmes capacités motrices ou le même rythme de marche. Il peut aussi être suivi par le résident déambulant, ce qui peut engendrer incompréhension et irritabilité ou anxiété pour le résident ciblé. Enfin, les résidents déambulants peuvent heurter d'autres résidents au cours de la déambulation (Strubel & Corti, 2008), et présenter de nouveau un risque supplémentaire de chute ou blessures pour lui-même et les autres.

## ***3. Pour les aidants***

De manière générale, les soins à apporter pour les sujets déments sont reconnus comme particulièrement stressants, compte tenu de l'altération cognitive, fonctionnelle, et comportementale. Pour Pearlin et al. (1990), les facteurs de stress primaires correspondent à la responsabilité des aidants vis-à-vis des soins élémentaires de la personne, tandis que les

---

<sup>9</sup> MNA : Mini Nutritional Assessment

<sup>10</sup> IMC : Indice de Masse Corporelle

facteurs de stress secondaires touchent les aspects relationnels, conjugaux et familiaux, de même que les rôles professionnels et quotidiens.

- **Aidants informels**

L'impact de la déambulation concernant les aidants informels, renvoie à la notion de « fardeau ». Selon George et Gwyther (1986), le fardeau correspond à « l'ensemble des problèmes physiques, psychologiques ou émotifs, sociaux et financiers qui peuvent être éprouvés par des membres de la famille s'occupant des adultes âgés altérés. » (Landreville & al., 2005). Les études s'intéressant à cet aspect utilisent l'échelle de Zarit pour évaluer le poids de la charge ressentie par l'aidant qui s'occupe de son parent. Plus le score est élevé, plus la charge ressentie par l'aidant est sévère. Des études montrent qu'il n'y a pas de lien avéré entre troubles cognitifs du patient et fardeau, ni entre limitations fonctionnelles du patient et fardeau de l'aidant. Cependant, il existe bien un lien entre la présence de troubles psycho-comportementaux et le fardeau, la dépression ou encore la détresse ressentis par l'aidant (Danhaeur & al., 2004, in Landreville, 2005). De plus, la présence de SCPD incite souvent à l'institutionnalisation de son proche (Hamel & al., 1990, in Landreville, 2005). La déambulation est ainsi un facteur précipitant l'institutionnalisation (Kopetz & al., 2000, in Algase & al., 2007), et le fardeau familial des aidants de patients déambulants est élevé (Rolland & al., 2003).

Par ailleurs, parmi les aidants de patients déments, ceux qui ont la charge d'un parent autonome au niveau de la marche - ce qui inclut les déambulants -, ressentent un fardeau plus lourd que ceux qui sont responsables de parents non marcheurs (Miyamoto & al., 2002, in Algase & al., 2007), avec un niveau de stress et de fatigue élevé car elle place l'aidant sous une forte responsabilité (Feliciano & al., 2004, in Algase & al., 2007). Elle nécessite en effet une surveillance accrue à cause de possibles blessures, suite à des chutes et une exposition au danger (comme se perdre). Pour autant, le niveau de stress relatif pourrait être différent entre aidants naturels et professionnels, le lien affectif n'étant pas le même, ainsi que les moyens thérapeutiques dont les aidants disposent, notamment les unités protégées dans les établissements (Miyamoto & al., 2010).

A domicile, la déambulation impacte l'aidant sur plusieurs aspects : diminution du temps professionnel et personnel (accessibilité aux structures de répit potentiellement complexe), moins d'attention à ses propres problèmes de santé, isolement et diminution du soutien social.

Ces remarques valent surtout pour les aidants féminins qui vont moins avoir tendance à demander de l'aide, majorant ainsi le risque de dépression (Hazif-Thomas & al., 2003). La déambulation nocturne impacte aussi la qualité du sommeil de l'aidant, et constitue un facteur prédictif de l'institutionnalisation (Gaugler & al., 2000 ; Hope & al., 1998, in Algase & al., 2007). Concernant les sujets vivant à domicile, l'angoisse de l'aidant liée aux déambulations est corrélée à la fréquence de celles-ci (Logsdon, 2000 in Hazif-Thomas, 2003). Certains événements sont ainsi très anxiogènes pour les aidants (famille et/ou soignants), comme la survenue d'une fugue qui demande de prévenir les proches et alerter la police (Strubel & Corti, 2008). La recherche du patient est d'autant plus difficile que les trajets et parcours du déambulant sont très variables (Logsdon & al., 2001, in Algase & al., 2007).

Enfin les aidants informels doivent faire face à des problèmes éthiques concernant les restrictions de liberté de circulation, avec l'introduction de systèmes de fermetures de portes ou de systèmes électroniques dans le cas où le parent cherche à sortir ou est à risque de se perdre (Algase & al., 2007). La mise en place précoce de mesures de soins doit ainsi également viser l'aidant, notamment dans ses relations avec le parent souffrant de démence, et ainsi repousser le point de rupture.

- **Aidants formels**

Le comportement de déambulation conduit à une augmentation des niveaux de stress du personnel, avec une complexification de la gestion de ce type de comportement. Cela nécessite du temps supplémentaire, et induit une augmentation des problèmes de sécurité et de responsabilité pour les administrateurs (Rader, 1987 ; Kiely & al., 1998 ; Altus & al., 2000 ; Cesari & al., 2002 ; Colon-Emeric & al., 2003, in King-Kallimanis, 2010). 10% de toutes les plaintes déposées contre les maisons de retraite correspondrait à des questions de responsabilité liées à la mauvaise gestion de la déambulation (Foxwell, 1994, in King-Kallimanis, 2010). Algase et al. (2004) pointent les interactions permanentes entre le sujet déambulant et les aidants (informels et formels) induisant des effets sur chacun. Plus le patient devient dépendant, plus l'aidant se trouve dans l'obligation d'assumer une responsabilité allant croissante. Les conséquences de la déambulation pour le résident ont donc des effets directs et indirects sur les aidants. Les caractéristiques de l'aidant (âge, ressources, lien affectif avec le sujet...) ainsi que ses capacités d'adaptation au sujet déambulant - capacité à réduire le stress engendré, à interpréter les besoins du sujet -, influencent les répercussions de

la déambulation sur l'aidant lui-même (social, physique, psychologique...) et le patient (une diminution de la capacité de l'aidant à gérer le comportement peut majorer les conséquences pour le sujet déambulant).

Ainsi, que le patient soit à domicile ou en institution, il nécessite une attention spécifique et quasi-permanente, à l'origine de stress et d'angoisse pour la famille ou les soignants. A cela peut s'ajouter la crainte d'être tenu pour responsable d'un incident : fugue, chute ou blessure (Strubel & Corti, 2008).

Un schéma récapitulatif des causes et conséquences de la déambulation est proposé en ANNEXE III.

## C. Outils d'évaluation de la déambulation

### 1. Inventaire neuropsychiatrique

L'inventaire neuropsychiatrique ou NPI (Cummings & al., 1994) répertorie douze troubles psychologiques et comportementaux. Ces troubles se répartissent en troubles des conduites élémentaires, troubles psychologiques et troubles comportementaux. La déambulation s'inscrit dans ce dernier groupe au sein de l'item « comportements moteurs aberrants ». Cette échelle n'est donc pas spécifique de la déambulation, puisque l'item comprend aussi les activités répétées et stéréotypées dont l'akathisie. Par ailleurs, la déambulation peut être parfois estampillée comme de l'agitation. La version utilisée par les équipes soignantes s'appelle le NPI-ES.

### 2. L'échelle de déambulation, la RAWS-LTC<sup>11</sup>

Elaborée par Algase en 2001 pour évaluer les patients déambulants en institution, cette échelle comprend 19 items de passation répartis selon trois dimensions de la déambulation : la marche persistante, la désorientation et le comportement de fugue. Chaque item est noté de 1 (non déambulant) à 4 (déambulation problématique). Pour chaque sous-échelle et pour l'échelle complète, on calcule le score moyen, ce qui permet d'obtenir un score sur 4 points. Un étalonnage français (Biessy-Dalbe, 2012) permet de distinguer les patients déambulants des patients non déambulants, à la fois pour le score total et pour chacune des sous-échelles. Comme pour le NPI, cette échelle est remplie par des soignants connaissant le patient et ayant

<sup>11</sup> RAWS-LTC : Revised Algase Wandering Scale for Long-Term Care

eu suffisamment de temps d'observation pour répondre aux questions. L'administration est relativement courte, puisqu'elle peut être remplie en dix minutes.

Cette échelle, bien que spécifique, comporte quelques limites. En effet, elle n'aborde pas la déambulation nocturne et les déambulants en fauteuil en sont exclus, alors que les unités protégées en accueillent.

## Partie II – Interventions et prise en soin de la déambulation

---

### I. Du traitement médicamenteux aux interventions non médicamenteuses

#### **A. Interventions médicamenteuses**

Selon le rapport de la HAS paru en 2009 intitulé « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs », un traitement médicamenteux de type psychotropes pour les troubles psycho-comportementaux peut être envisagé dans certaines conditions. Ce type de traitement sera en effet prescrit en cas de « symptômes fréquents et/ou sévères, ou s'ils constituent à court terme un facteur d'aggravation fonctionnelle, de désadaptation à son environnement, et de souffrance significative » pour le patient et l'entourage (famille ou soignants). Le traitement médicamenteux sera ainsi instauré pour atténuer les symptômes perturbant la qualité de vie du résident ou dangereux pour sa sécurité ou celle des aidants. Précisons qu'à l'heure actuelle, aucun psychotrope n'a d'autorisation de mise sur le marché au motif de troubles neuropsychiatriques dans la démence.

Par ailleurs, la HAS précise que peu d'études menées seraient contrôlées. Ainsi, les indications constituent des règles de prévention selon deux axes : privilégier une monothérapie, et prescrire les psychotropes le plus brièvement possible, avec un arrêt du traitement dès que les symptômes ont stoppé ou sont gérables par des interventions non médicamenteuses.

## B. Interventions non médicamenteuses

### 1. Pourquoi s'intéresser à la prise en soin non médicamenteuse?

Ces symptômes fréquents concerneraient près de 80% des patients au cours de l'évolution de la maladie dans les principales études européennes (Gérontopôle - Hôpitaux de Toulouse, 2008). De plus, leur prévalence augmente avec la sévérité du déclin cognitif. Certains comportements, les plus « bruyants », sont particulièrement gênants en institution, tels que l'agressivité. Selon les études, elle concernerait 30 à 55% des patients. Ce serait le symptôme le plus fréquemment cité (Brodaty, Draper, & al., 2003 ; Bullock & Hammond, 2003 ; Herrmann, Gauthier, & al., 2007 ; Castle, 2008, in Gérontopôle - Hôpitaux de Toulouse, 2008). Pour d'autres auteurs, les comportements moteurs aberrants dont la déambulation sont les symptômes les plus « perturbateurs » (Lopez, Becker & al., 2003).

Par ailleurs, le rapport du Gérontopôle de Toulouse note aussi que « l'absence de formation des professionnels peut être source d'épuisement (Burgener & Twigg, 2002), de tensions, voire dans certains cas de maltraitance (Cohen-Mansfield, 1995 ; Hannan, Norman, & al., 2001, in Gérontopôle - Hôpitaux de Toulouse, 2008).

De plus, face à la prescription importante de neuroleptiques aux patients âgés développant un syndrome démentiel dans le cadre de MA ou apparentées, la HAS a pu indiquer en janvier 2011 dans son rapport que « les neuroleptiques ont une efficacité faible pour traiter ou prévenir ces troubles. Ils sont à l'origine d'effets indésirables fréquents et/ou très sévères dans ces populations fragiles (sédation diurne excessive, troubles de la marche avec risque de chutes, survenue d'accidents vasculaires cérébraux, décès) ». La prescription de psychotropes s'avère problématique, sachant que plus d'un tiers des personnes de plus de 75 ans (sans parler des patients avec syndrome démentiel) fait usage de psychotropes en France, alors que ces médicaments sont à l'origine d'une iatrogénie importante (chutes, confusions, sédation excessive...) et d'hospitalisations indues.

Les approches non médicamenteuses doivent ainsi permettre, en théorie, de limiter les prescriptions médicamenteuses en y recourant dans le cas où la proposition non médicamenteuse n'a pas d'effets satisfaisants. Pour autant, médication et interventions non médicamenteuses sont tout à fait possibles à combiner, auquel cas l'intervention non médicamenteuse s'inscrit dans un but de limiter la posologie et la durée du traitement, surtout

concernant les neuroleptiques (Cummings & al., 2002 in *Gérontopôle - Hôpitaux de Toulouse*, 2008).

## ***2. Objectifs des approches non médicamenteuses***

Les objectifs recherchés pour cette population sont multiples, et visent le maintien et/ou l'amélioration de la qualité de vie de la personne. Il s'agit d'abord de maintenir, d'améliorer ou limiter la vitesse de perte des capacités cognitives. Ces approches visent également à améliorer l'humeur, limiter l'apparition du trouble ou ses répercussions pour le patient ou l'entourage (résidents, famille, soignants). Les interventions non médicamenteuses cherchent également à préserver le plus longtemps possible l'autonomie fonctionnelle du patient, ainsi que les liens et les échanges sociaux, à favoriser la communication et les interactions, à retarder le passage en institution pour les patients à domicile, et enfin à soulager et soutenir les aidants.

A l'heure actuelle, l'ensemble des rapports et documents relatifs aux études menées sur l'efficacité des approches non médicamenteuses ne permet pas de conclure sur un réel bénéfice - ou non - lié à ces interventions (*Plan Alzheimer 2008-2012 ; Gérontopôle - Hôpitaux de Toulouse, 2008 ; HAS, 2008 et 2009; ANAES, 2003; ANESM, 2009*). Un manque de qualité méthodologique a été soulevé, les échantillons étant souvent restreints et les résultats peu fiables. De plus, les techniques utilisées sont généralement peu documentées au niveau théorique. Des critères peu stricts permettraient de dire que les résultats obtenus par différentes études et regroupés dans des revues de littérature sont plutôt favorables, notamment en termes d'interactions et de lien social, mais aussi de diminution des troubles du comportement. Néanmoins, les effets observés demeurent plutôt sur du court terme. Trois grandes catégories d'approche non médicamenteuses recensées sont centrées sur la relation patient-aidant, sur l'environnement du patient, et les approches psycho-sociales.

Il s'avère donc que les études portant à la fois sur les effets des approches médicamenteuses et non médicamenteuses pour prendre en charge les SCPD résultent d'une méthodologie relative. L'une des réponses non médicamenteuses apportées par le plan Alzheimer pour le patient et les aidants consistent à la création de structures de répit pour les patients à domicile, et d'unités spécialisées pour les patients vivant en établissement.

## II. Quelles approches pour la prise en soin de la déambulation?

Les interventions non médicamenteuses relatées dans la littérature concernant la déambulation sont peu nombreuses et surtout de faible qualité méthodologique (Robinson & al., 2006). Elles représentent une alternative aux modalités traditionnelles de gestion de la déambulation, à savoir les traitements médicamenteux (Siders & al., 2004), mais aussi les contentions et barrières physiques (Robinson & al., 2006). Les traitements médicamenteux, notamment les neuroleptiques, engendrent en effet de nombreux effets secondaires participant à l'accélération de la dépendance de l'individu et n'ayant pas prouvé d'efficacité significative dans la démence en générale (Ballard & O'Brien, 1999; Howard & al., 2001, in Robinson & al., 2006), mais aussi concernant la déambulation (Lai & Arthur, 2003). La contention physique présente également des risques traumatiques, une accélération du déclin fonctionnel et donc de l'autonomie, ce qui entraîne à terme la grabatisation (Rolland & al., 2003). En plus des risques encourus avec ce type d'intervention, barrières physiques et contention physique ou chimique posent aussi des questions éthiques (Robinson & al., 2006).

L'idée de cette partie est donc de répertorier et proposer les différentes approches de prise en soin de la déambulation, à domicile et/ou en institution, en indiquant de façon non exhaustive les raisons pour lesquelles le psychomotricien peut s'en saisir. Il m'a paru important d'exposer le maximum d'interventions étant donné le manque de validation méthodologique des études, d'autant que la déambulation est un comportement présentant différentes typologies, avec des différences inter- et intra-individuelles. L'ensemble des approches fournit en quelque sorte une « boîte à idée » pour le psychomotricien et les soignants intervenant auprès des résidents déambulants. Cela nécessite également de prendre en considération les problématiques d'acceptabilité et d'éthique.

### A. Approche environnementale

#### 1. *Pour quelles typologies ou causes de la déambulation ?*

Ce type d'approche peut viser à la fois la problématique de la désorientation spatiale, la déambulation compulsive (inciter à faire des pauses via des espaces attrayants, calmes et confortables), les tentatives de fuite du service ou unité de vie, la stimulation sensorielle et contrer l'ennui (en proposant un environnement stimulant comme des objets à manipuler, des tableaux à regarder, une vue extérieure agréable...) notamment pour les personnes

déambulantes avec typologie « bricoleur, manipulation d'objets ». L'approche environnementale est aussi à visée préventive, pour minimiser le risque de chute.

## *2. Description de l'approche*

- **Notion d'environnement thérapeutique**

Marquardt (2011) s'est intéressée aux capacités d'orientation et de déplacement des personnes avec démence selon leur environnement physique. Bien que non spécifique à la déambulation, cet article soulève de nombreux éléments concernant les sujets déambulants.

L'approche environnementale touche à fois la différenciation architecturale, les supports visuels de signalisation de repérage spatial (symboles, dessins, photos...), la configuration de l'unité et l'accès perceptif (Weisman, 1987 ; Diaz Moore, 2006, in Marquardt, 2011). Par ailleurs, cette réflexion tente de répondre à des besoins d'autonomie en favorisant le déplacement dans l'espace et de bien-être puisqu'il s'agit ici de lieux de vie. Les espaces doivent être à la fois accueillants, familiers et chaleureux. Ces personnes sont dépendantes de leur environnement externe du fait des difficultés cognitives (Lawton & Simon, 1968 in Marquardt, 2011). Cela implique que les personnes atteintes de démence ont une moindre capacité à réguler les facteurs environnementaux, de sorte que leur environnement doit être conçu pour répondre à leurs besoins spécifiques. L'approche environnementale prend donc en considération la capacité limitée des personnes atteintes de démence à s'adapter à leur environnement. Leur bien-être et fonctionnalité peuvent être ainsi positivement impactés (Jour & Calkins, 2002; Jour & al., 2000 ; Tilly & Reed, 2006, in Marquardt, 2011).

Les caractéristiques principales pour un environnement thérapeutique sont tirées d'articles s'appuyant sur l'expérience pratique et de recherches qualitatives (Brawley, 1997 ; Cohen & Weisman, 1991 ; Diaz Moore, 2006 ; Judd, & al., 1998; Warner, 2000, in Marquardt 2011). Pour leur part, Zeisel & al. (1994) ont répertorié les éléments capables de définir le degré thérapeutique d'un environnement par rapport aux SCPD (Silverstein & Flaherty, 2003) (ANNEXES IV et V). Des échelles d'évaluation de l'environnement peuvent contribuer à s'assurer de l'adéquation de l'environnement de l'institution ou du domicile du sujet avec les éléments environnementaux thérapeutiques. Il existe notamment le PEAP (Physical Environmental Assessment Protocol) qui évalue neuf items : orientation, sécurité, intimité, régulation de la stimulation, qualité de la stimulation, soutien des capacités fonctionnelles, personnalisation, contacts sociaux (Lawton, Weisman, & al., 2000). Un autre outil, le

Therapeutic Environment Screening Survey (TESS-NH), qui comporte 84 items, s'adresse plus particulièrement aux unités spécialisées Alzheimer, telles que les UHR dont il est ici question (Gérontopôle - Hôpitaux de Toulouse, 2008).

- **Architecture**

Les caractéristiques physiques telles que de petits effectifs, un aménagement familial de l'environnement rappelant une maison, espace d'intimité/vie privée, la sécurité et l'accessibilité ont été empiriquement liés à un niveau plus élevé d'indépendance, moins d'agitation et d'agressivité, et moins de problèmes psychotiques (Chafetz & Namazi, 2003; Namazi & Johnson, 1992; Smith, & al., 2010; Zeisel & al., 2003, in Marquardt, 2011). La conception architecturale de maisons de retraite a fait l'objet de quelques études empiriques récapitulées par Marquardt (2011). L'étude de Netten & al. (1989) est l'une des premières traitant de l'organisation architecturale en maison de retraite pour les personnes avec démence. Ces auteurs ont constaté que les maisons de retraite se distinguaient au niveau du degré de différenciation des espaces, et de leur répartition sur un ou plusieurs étages. Les résultats retrouvés ont montré que les résidents qui devaient parcourir le plus de distance avaient le plus de difficultés pour s'orienter. Le nombre de portes de sorties placées sur un trajet était corrélé positivement au risque de se perdre. Des éléments répétitifs dans l'environnement comme un grand nombre de portes sur le trajet participaient aussi à la confusion et la désorientation (retrouvé aussi dans les études de Passini & al., 1998 et 2000). Cependant, des espaces différenciés de part leur fonction et des repères simples et explicites sont des éléments soutenant les capacités d'orientation des personnes (différences de forme, de couleur, de taille, de décoration, de mobilier ou d'objets rappelant la fonction comme de grandes tables pour la salle à manger). Deux caractéristiques principales permettent aux personnes avec démence de s'orienter : l'organisation globale architecturale et les points d'ancrage spatiaux (espace articulé et différencié, accès visuel direct aux salles communes, trajets simples pour se déplacer d'un endroit à l'autre).

Elmstahl et al. (1997) ont montré chez les patients déments que l'environnement physique (forme des locaux - en forme de L, de H ou couloir rectiligne - et signalisation) avait des conséquences sur les capacités d'orientation des résidents. Après six mois, les résidents vivant dans l'étage en forme de L montraient moins de désorientation que les autres. Les configurations de type L et H permettraient une proximité spatiale entre les différentes

espaces. Cette étude démontre ainsi l'association entre la conception architecturale et l'orientation des résidents, ainsi que l'importance des points d'ancrage spatial. Marquardt et Schmieg (2009) ont aussi travaillé sur la configuration spatiale de maisons de retraite auprès de résidents de stade de démence divers. En mesurant la réussite du sujet à se rendre seul à destination, les auteurs ont relevé que plus le nombre de changement de direction était important, plus cela interférait avec les capacités d'orientation. Les meilleurs résultats correspondaient aux systèmes de circulation rectiligne, ce qui va à l'inverse des résultats de Elmsthal et al. (1997). Marquardt émet l'hypothèse que les différences obtenues pourraient être dues à divers paramètres tels que la longueur des couloirs, l'intensité de l'éclairage, la différenciation architecturale, la présence de lumière naturelle, et d'autres stimulations sensorielles qui n'ont pas été mesurés. Dans le cas d'une configuration rectiligne, il semble néanmoins nécessaire de diversifier les informations sensorielles et perceptives afin de rompre la monotonie, améliorer la différenciation et ainsi éviter la confusion.

- **Aide à l'orientation spatiale**

Dans son article, Marquardt (2011) aborde également l'environnement immédiat et la signalisation par l'utilisation de pictogrammes afin de soutenir l'identification des espaces (Namazi & Johnson, 1991). Les portes des chambres des résidents décorés avec des objets personnels ont augmenté leur capacité à identifier leur propre chambre (Namazi & al., 1991). En outre, certaines personnes atteintes de démence, d'intensité modérée à sévère, sont aidés par l'identification de leur nom écrit, des photographies d'eux-mêmes, ou encore l'identification de leurs propres affaires (Gross & al., 2004). Combiner plusieurs éléments (photo + nom + souvenirs personnels exposés sur la porte de la chambre) peut également se révéler utile (Nolan, & al., 2001 ; Nolan, Mathews, & al., 2002). Il convient néanmoins de se méfier de la surcharge et de la complexité des informations, à cause des difficultés pour extraire les informations pertinentes (Passini & al., 1998). Enfin, un éclairage suffisant participe à rendre l'environnement favorable (Noell-Waggoner, 2002, in Marquardt, 2011). En outre, il influence la capacité d'orientation des résidents: plus il y a de la lumière (à la fois naturelle et artificielle), plus les résidents sont capables de trouver leur chemin (Netten, 1989 in Marquardt, 2011). Quand on utilise des moyens de signalisation, il est nécessaire de se poser la question de leurs emplacements, en veillant à ce que la hauteur soit adaptée, ainsi que les contrastes et couleurs utilisés.

Ces études font donc ressortir différents éléments concourant à une meilleure orientation des personnes avec démence :

- Permettre une visualisation globale et un aperçu direct de l'ensemble de l'espace.
- Réduire les prises de décision, avec un point d'ancrage spatial central lorsque il y a un changement de direction possible (donc une salle ou un espace de vie à un carrefour par exemple).
- Accroître la lisibilité architecturale (taille, proportions, matériaux, mobiliers...).

- **Diminuer les tentatives de sorties**

D'autres supports visuels n'ayant pas pour but l'orientation spatiale mais la réduction des tentatives de sortie de l'unité de soins ou de la maison de retraite sont regroupés sous le terme de barrières subjectives, autrement appelées barrières symboliques ou visuelles. Il s'agit de modifications visuelles disposées au sol ou sur les portes, qui peuvent être interprétées comme une barrière physique sans en être réellement une. Elles reposent sur l'idée que les personnes atteintes de démence pourraient percevoir les formes à fort contraste, ou des séparations marquées d'une région à une autre comme en trois dimensions alors qu'il s'agit d'éléments en deux dimensions, induisant une interprétation erronée, ce qui rejoint la notion d'agnosie visuelle et d'altération de la perception de la profondeur chez ces patients (Hussian, 1985, in Price et al., 2009). Si on prend l'exemple des marquages au sol, les résidents peuvent ainsi avoir l'impression de percevoir des marches, des barreaux ou encore comme des trous dans le sol (Passini & al., 2000 ; Namazi, Rosner, & Calkins, 1989, in Marquardt, 2011). Pour ce qui est des supports de camouflages des portes de sorties ou des barres ou poignées de porte, le but consiste à éviter les risques de fugue en dissimulant la sortie ou en détournant l'attention du résident.

Selon Hussian (1985), la barrière idéale doit correspondre aux caractéristiques suivantes :

- Permettre les autres comportements non problématiques des déambulants
- Réduire le travail de surveillance de l'équipe
- Faible coût financier

- Sans danger pour le patient
- Limiter le stress ou l'anxiété chez le résident

Les interventions qui se sont révélées utiles comprennent l'utilisation de miroirs sur les portes (Mayer & Darby, 1991; Namazi & al., 1989, in Lai & Arthur, 2003) et un quadrillage ou des bandes horizontales de ruban adhésif sur la porte (Namazi, 1989, in Price & al., 2009) ou au sol au pied de la porte (Hawawasam, 1996, in Marquardt, 2011). Dans son étude, Hawawasam (1996) a observé que 22% des périodes de déambulation amenait à un contact avec la porte (toucher ou tentative pour l'ouvrir), 42% ne franchissait pas les bandes horizontales et 59% les bandes verticales. De même, le fait de masquer les informations visuelles indiquant une sortie s'est montré utile, comme le fait de cacher la poignée de la porte derrière un morceau de tissu ou de bloquer la vue à travers la vitre d'une porte en utilisant un cache (Dickinson, & al., 1995, in Marquardt, 2011). Plus récemment, Kincaid & Peacock (2003) ont trouvé qu'un camouflage total de la porte de sortie d'une unité de soins réduisait le nombre de tentatives de sorties par cette porte : 81% des sorties se produisaient par les portes non dissimulées contre 21% pour la porte camouflée (Algase & al., 2007). Pour autant, dans ces deux études, des différences individuelles montraient que ce type d'intervention pouvait au contraire augmenter le nombre de tentatives de sortie chez certains résidents.

Une revue de littérature portant exclusivement sur les barrières subjectives dans la prévention de la déambulation (Price & al., 2009) n'a retenu aucun des résultats présentés ci-dessus car aucune ne correspondaient aux critères d'inclusions très stricts, notamment au niveau de la qualité méthodologique avec des essais randomisés contrôlés, mais aussi sur la disparité des variables mesurées. Price et al. (2009) estiment ainsi qu'il n'est pas possible à l'heure actuelle de démontrer l'efficacité de telles interventions sur la prévention de la déambulation.

- **Réduire les stimuli environnementaux**

Silverstein et Flaherty (2003) proposent de réduire certains stimuli environnementaux ou, à l'inverse, d'en amplifier d'autres, afin de réduire ou inciter certaines actions chez le résident. Dans ce sens, il peut s'agir de mettre hors de la vue du résident des éléments incitant à sortir comme les chaussures, les manteaux ou encore les parapluies, et de renforcer les indicateurs environnementaux invitant aux pauses (canapé ou fauteuil confortables et

familiers). De même, veiller à éviter des stimulations gênantes telles qu'un environnement bruyant, avec beaucoup de va-et-vient, et chercher à adapter la luminosité et la température des lieux de vie (Silverstein & Flaherty, 2003 ; HAS, 2009).

- **Sentiers de marche extérieurs ou intérieurs**

De rares études se sont intéressées aux espaces extérieurs et aux jardins de déambulation, comme Detweiler et al. (2002). Les auteurs parlent d'un effet des espaces extérieurs sur les sujets avec démence. Silverstein et Flaherty (2003) évoquent des sentiers de marche extérieurs avec des indicateurs environnementaux comme des bancs, une délimitation claire des sentiers avec des arbustes et buissons de chaque côté par exemple. A l'intérieur de l'unité de soin, il peut s'agir de la présence de plantes, d'images ou autres éléments décoratifs pour favoriser une expérience stimulante et agréable. Ces mesures sont estimées peu coûteuses mais auraient peu d'effet sur le patient (Cohen-Mansfield & Werner, 1998, in Landreville & al., 2005).

- **Unités spécialisées**

L'étude non randomisée de Frisoni et al. (1998) compare des unités spécialisées et des maisons de retraite traditionnelles (sans qu'il n'y ait plus de description sur leur configuration). Aucune différence significative n'a été retrouvée à l'issue des trois mois de l'étude, autrement dit l'efficacité des unités de soins spécialisées sur la réduction de la déambulation n'a pas été mise en évidence. Swanson et al. (1993) ont également comparé sur douze mois des sujets déambulants vivant au sein d'une unité spécialisée (décrite comme une réduction des stimuli environnementaux) et une unité traditionnelle. Cette étude a révélé que les patients des unités traditionnelles étaient moins susceptibles de déambuler que dans les unités de soins spécialisés. Cependant, les auteurs soulignent que le faible taux de déambulation parmi les résidents de l'unité traditionnelle pourrait s'expliquer par le fait que les patients à haut risque de déambulation ont été affectés à l'unité de soins spécialisés. Les deux études exposées n'ont pas apporté de preuves solides selon lesquelles les unités spécialisées contribuaient à la réduction de la déambulation.

Cependant, le cahier des charges des unités UHR (2009) insiste sur les atouts de telles unités, tout en précisant les exigences à réunir en termes d'environnement architectural, de supports et espaces adaptés aux soins et activités, mais également à la notion de liberté d'aller et venir des résidents. Il s'agit de favoriser une atmosphère émotionnelle chaleureuse en

pensant l'espace pour éviter les sur-stimulations afin de prévenir certains SCPD (agitation et agressivité notamment).

### ***3. Psychomotricité et pratique***

Le psychomotricien participe et initie les suggestions d'adaptation de l'environnement en s'appuyant sur les aspects perceptifs et sensoriels provenant d'indices environnementaux marqués. Avec la création de nouvelles unités spécialisées, telles que les UHR, les psychomotriciens peuvent se retrouver au cœur de la réflexion, avant que le réaménagement d'unités déjà existantes ou lors de la construction d'unités de soin. Ces unités spécialisées sont une des premières réponses thérapeutiques aux SCPD, et notamment la déambulation. Le but est ainsi de peser sur les actions du résident déambulant, en favorisant notamment ses capacités d'orientation et en l'incitant à prendre des temps de pauses.

## **B. Approche « gérontechnologique »**

### ***1. Pour quelles typologies ou causes de la déambulation ?***

L'objectif principal de ces interventions consiste à pallier le risque de fugue et de se perdre du sujet déambulant, en alertant les aidants ou en localisant le résident. Ce type d'approche réduit également le stress et l'anxiété de l'aidant.

### ***2. Description de l'approche***

- **Système d'alarme**

Warner a créé des systèmes de gestion des fugues (EMS ou « Elopment Management System ») qui alertent les soignants lorsque le résident quitte une zone déterminée. Le système s'active en détectant la pression, ou par activation optique. L'alarme peut aussi prendre la forme d'un message pré-enregistré avec une voie familière d'un proche demandant au résident de se rasseoir par exemple. Il peut également s'agir d'alerte visuelle censée faire rebrousser chemin au sujet, comme des signaux lumineux STOP ou DANGER qui s'allument au franchissement de la zone délimitée (Algase & al., 2007).

- **Système de localisation**

Le système de géolocalisation par GPS est un système globalement discret, prenant la forme d'une montre ou d'un bracelet par exemple. Il peut également s'agir d'un téléphone

portable (Miskelly, 2005 in Hermans & al., 2009). Un système de redirection vocal peut y être ajouté lorsque la personne est en incapacité de retrouver son chemin (Patterson & al., 2002, in Algase & al., 2007). Ces dispositifs permettent de retrouver rapidement une personne hors de son domicile, et de réduire ainsi l'anxiété des aidants familiaux. Ils permettent également d'éviter le confinement du patient à son domicile et donc de favoriser son autonomie. L'étude ALICE (Rialle, Ollivet & al., 2008, in Faucounau & al., 2009) s'est intéressée aux opinions, perceptions et attentes des aidants informels de personnes atteintes de troubles cognitifs (avec ou sans MA) vis-à-vis de plusieurs innovations technologiques dont les systèmes de géolocalisation. 53,3% des aidants pensent que cette technologie leur sera très utile. Selon Robinson et al. (2006), l'efficacité de ces systèmes électroniques n'ont pas fait l'objet d'études randomisées. Par ailleurs, les dispositifs de géolocalisation sont encore très peu utilisés en France, alors qu'ils pourraient largement simplifier la recherche du malade en cas de fugue (Strubel & Corti, 2008).

- **Digicode et accès**

Les institutions peuvent aussi placer des digicodes aux portes d'accès (entrée et sortie) des unités et/ou de l'institution afin d'éviter les tentatives de sortie des résidents à risque.

- **Programme « Safe-Return® »**

Au Canada et aux Etats-Unis, l'association Alzheimer, en collaboration avec les autorités, a mis sur pied un programme appelé Safe-return® ou Sécu-Retour®. Il s'agit d'un programme gouvernemental d'aide aux personnes atteintes de la MA ou maladies apparentées qui présentent des comportements de déambulation avec risque de se perdre ou de fuguer. Une base de données répertorie ainsi ces personnes à risque qui reçoivent un bracelet ou un collier comportant des éléments d'identification avec la personne à contacter.

### ***3. Psychomotricité et pratique***

Le psychomotricien, s'il doit avoir connaissance de l'existence de ce type de système, ne me paraît pas le premier professionnel concerné par cette approche. Pour autant, en collaboration avec les ergothérapeutes, il peut être sollicité lors d'intervention à domicile notamment.

## C. Approche motrice et physique

### 1. Pour quelles typologies ou causes de la déambulation ?

Les patients présentant une marche excessive peuvent participer à ce type d'approche. Cela donne ainsi un sens à leur déambulation, dans un autre cadre qui peut les inciter à prendre des pauses. De même, les sujets déambulants très actifs dans leur vie prémorbide peuvent se retrouver dans ce type de proposition. Ils trouvent ici un aspect écologique : beaucoup de personnes âgées avaient l'habitude de marcher ou appréciaient les temps de balade. Enfin, c'est également vrai pour les patients qui déambulent plutôt par ennui ou anxiété, tout comme les suiveurs ou encore ceux qui tentent de quitter l'établissement, pour une « fuite » réussie mais accompagnée.

### 2. Description de l'approche

L'activité physique régulière, outre son efficacité sur le sommeil et l'état de santé général, a également un effet positif sur le maintien de l'autonomie fonctionnelle. Ainsi, un travail randomisé en EHPAD portant sur 134 patients déments (stades modéré à sévère) montre que la pratique d'une activité physique régulière (hebdomadaire) ralentit le déclin fonctionnel (Rolland, Pillard & al., 2007 in Gérontopôle - Hôpitaux de Toulouse, 2008). Concernant la déambulation à proprement parlé, Strubel et Corti (2008) rapportent des propositions d'activités physiques comme les promenades, le tai-chi ou encore la danse comme support pour atténuer la fréquence et l'intensité de la déambulation, en institution ou à domicile.

Dans leur revue de littérature sur les interventions non pharmacologiques de la déambulation, Hermans et al. (2009) relatent des études portant sur les effets de la marche et de l'exercice physique. Cott et al. (2002) ont étudié trois groupes de sujets : le premier groupe associe la marche avec la discussion, le deuxième groupe est focalisé sur la discussion, et le troisième groupe est un groupe contrôle sans interventions. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre ces groupes concernant le taux de déplacement. Gilloghy et al. (2006) comparent trois groupes en termes d'activité physique : premier groupe avec de l'exercice physique, deuxième groupe avec une activité sédentaire, et le troisième nommé groupe contrôle. Aucune différence significative en termes de fréquence de déplacement n'a été trouvée. D'autres études se sont préoccupées de l'exercice physique sous différentes formes, mais sans se focaliser sur la déambulation.

Dans leur revue de littérature, Robinson et al. (2006) rapportent l'étude de Landi et al. (2004) relative à l'exercice physique chez les sujets déambulants. La première intervention proposait de l'exercice physique d'intensité modérée (décrit comme une combinaison d'activités d'endurance, de musculation et d'équilibre) ; l'autre en restait aux interventions habituelles (groupe contrôle). L'étude a pu montrer une réduction significative de la déambulation chez les participants au groupe « exercice physique ». Cette étude démontre en partie que l'exercice d'intensité modérée peut réduire la déambulation, bien que de nombreux paramètres de l'étude ne soient pas clairement expliqués.

### ***3. Psychomotricité et pratique***

L'exercice physique permet de contribuer à l'autonomie du patient. Il constitue un temps d'observation quant aux capacités d'équilibre et au risque de chute du patient pour le psychomotricien. Le psychomotricien peut aussi profiter de ce support pour solliciter les capacités du patient : changer le type de surface de marche par exemple, varier le rythme de marche, solliciter les capacités attentionnelles, stimuler les capacités sensorielles.... Ce type de proposition est aussi un enjeu de socialisation, puisqu'elle permet des interactions, d'autant que la pratique proposée s'envisage en groupe.

## **D. Approche occupationnelle**

### ***1. Pour quelles typologies ou causes de la déambulation ?***

Lorsque les raisons de la déambulation paraissent être liées à l'ennui ou à l'angoisse, l'approche occupationnelle constitue l'une des interventions thérapeutiques. De plus, elle permet de contribuer au maintien et à la stimulation des compétences des résidents, mais aussi de donner une autre image du résident aux soignants.

### ***2. Description de l'approche***

Kolanowski (2001) propose une étude randomisée comparant deux groupes auxquels des activités récréatives sont proposées (sans que le détail ne soit rapporté) (in Hermans & al., 2009). Le premier groupe bénéficiait d'activités en adéquation avec les capacités physiques et cognitives du sujet. De plus, l'intérêt de la personne était pris en compte afin d'accéder à un plus grand investissement, une humeur plus positive et une diminution des comportements perturbateurs tels que la déambulation. Le second groupe suivait des activités avec un niveau physique et cognitif équivalent. Les différences observées au niveau des résultats montraient une légère diminution du nombre de jours de présence du comportement perturbateur.

D'autres activités sont énoncées comme intéressantes pour la déambulation par Strubel et Corti (2008), tels que les groupes de parole, conte, jardinage ou encore la présence d'animaux de compagnie, sans que les auteures ne se réfèrent à d'éventuelles études. Heard et Watson (1999) rapportent une étude de Rosswum et al. (1986) proposant l'accès à des objets de stimulation comme technique pour diminuer la déambulation.

### ***3. Psychomotricité et pratique***

En pointant les compétences du résident à l'aide du bilan psychomoteur, le psychomotricien peut participer à la recherche d'activités adaptées au résident. Il peut aussi appliquer des stratégies pour amener le résident à rester sur les activités à table, aménageant ainsi des temps de pause pour atténuer la fatigue générée par la déambulation. Les supports fournis par les activités de type occupationnelles ou loisirs sont aussi complétées par d'autres approches, notamment comportementale comme moyen pour détourner l'attention du résident et induire un autre type de comportement.

## **E. Approche sensorielle**

### ***1. Pour quelles typologies ou causes de la déambulation ?***

Ces approches sensorielles ne semblent pas être destinées à une typologie de déambulation particulière, mais peuvent être difficiles à employer avec les personnes présentant une akathisie ou une marche compulsive. Il faudra également veiller aux SCPD associés, telles que les hallucinations ou les délires avant de proposer les stimulations.

### ***2. Description de l'approche***

- **Musicothérapie**

Une revue de littérature de la Cochrane Library, parue en 2006, par Robinson et al., a recensé les études portant sur les méthodes non pharmacologiques de la déambulation. Une étude sur la musicothérapie a été retenue dans les critères d'inclusion. Groene et al. (1993), ont comparé deux groupes de sujets déambulants en mesurant le temps resté assis ou à proximité de l'activité, ainsi que la vitesse de déambulation pendant les séances. Deux groupes ont été comparés : le groupe « lecture » (lecture à voix haute par l'aidant ou le résident si possible) et le groupe « musique » (écouter de la musique ou utiliser/manipuler des instruments). Les sujets déambulants du groupe « lecture » montraient des vitesses de déplacement moindre que ceux du groupe « musique », mais ces derniers restaient plus

longtemps assis ou à proximité de l'atelier. Cette étude ne présente pour autant qu'un niveau de preuve faible.

- **Aromathérapie et huiles essentielles**

Ballard et al. (2002), dans une étude randomisée auprès de 72 résidents, comparent un groupe recevant de l'huile essentielle au niveau du visage et des bras, et un groupe recevant un placebo (huile de tournesol). Les variables mesurées entre les deux groupes correspondaient au score de l'item « comportement moteur aberrant » au NPI, ainsi que le nombre moyen de périodes de cinq minutes de déambulation. Les résultats obtenus montrent une réduction des variables mesurées, ce qui est en faveur d'une diminution de la déambulation. Robinson et al. (2006) pointent le fait que tous les résidents inclus dans l'étude ne vivaient pas au sein des mêmes maisons de retraite, ce qui n'a pas été pris en compte dans l'analyse statistique mais pourrait jouer sur les résultats. Ces derniers ont montré une légère amélioration de la déambulation, sans que ce soit pour autant significatif. Mitchell et al. (1993) suivent la même démarche sur un plus petit effectif. La variable mesurée s'attachait au taux de satisfaction des soignants quant à la déambulation du sujet. Aucun effet des huiles essentielles sur la déambulation n'a été trouvé.

- **Stimulation multisensorielle et Snoezelen®**

Baker et al. (1998) (in Robinson & al., 2006) ont mené une étude randomisée comparant une intervention multisensorielle de type Snoezelen® avec une intervention contrôle équivalant à une situation d'activité duelle, directive, nécessitant certaines compétences physiques ou cognitives. Les mesures effectuées portaient sur la déambulation et l'agitation. Les résultats montrent un faible avantage significatif en faveur de l'intervention de type Snoezelen®. Robinson et al. estiment pour autant qu'il n'y a pas de preuve suffisante pour conclure à une efficacité dans cette étude. Baker et al. (2003) renouvellent une étude randomisée comparative entre un groupe « stimulation multisensorielle » et un groupe « activité occupationnelle » (jeu de cartes, quizz ou visionnage de photos). Les scores obtenus au cours des séances n'ont pas montré de différence, et les auteurs n'ont pas indiqué les scores après les sessions. Robinson et al. estiment de nouveau ne pas pouvoir conclure sur l'efficacité d'une telle approche. L'association des résultats des deux études de Baker ne mettent pas en évidence d'effet significatif en cours de séance, mais un faible effet significatif

après une séance sur le court terme (observation sur dix minutes après la séance) sur la réduction de l'agitation et la déambulation.

### ***3. Psychomotricité et pratique***

Bien que la qualité méthodologique de ces études soit faible, l'approche sensorielle entre dans le champ de compétence du psychomotricien, qui peut donc utiliser ces approches dans le cadre de la prise en soin de la déambulation.

## **F. Approche comportementale**

### ***1. Pour quelles typologies ou causes de la déambulation ?***

Cette approche peut intéresser tous les patients déambulants puisqu'elle permet notamment de mieux observer et identifier le comportement (grille d'analyse fonctionnelle). Certaines techniques peuvent être utilisées par les équipes lors de temps de vie quotidienne, rendus compliqués à cause de la déambulation, comme les temps de repas.

### ***2. Description de l'approche***

- **Analyse fonctionnelle**

L'une des premières interventions consiste en la caractérisation de la déambulation du sujet. La démarche d'analyse fonctionnelle du comportement peut être envisagée puisqu'elle fournit un cadre de compréhension, d'évaluation et de pistes d'intervention. Elle est aussi l'un des moyens pour les soignants de prendre conscience des réponses spontanées face au comportement. En ce sens, procéder à une analyse fonctionnelle peut déjà influencer la façon dont les soignants répondent et tolèrent le comportement-problème. L'analyse fonctionnelle de type ABC (Antecedents Behavior Consequences) tente de répondre à quatre questions :

- Identification des antécédents au comportement (éventuelles causes et facteurs amorçant le comportement, la section exposant les causes de la déambulation précédemment pouvant entrée dans ce champ)

- Description du comportement (en termes de fréquence, de durée, de typologie, de parcours, quels autres comportements problèmes associés, depuis quand- nouveau ou ancien-)

- Conséquences du comportement en termes de sources de maintien ou d'apaisement du comportement mais aussi en termes de risques ou bénéfiques, aussi bien pour le résident déambulant, les autres résidents et les aidants.

- Contexte ou situation d'apparition du comportement (période de la journée, temps de vie quotidienne, environnement physique et social au moment de l'expression du comportement) (Heard & Watson, 1999 ; Jackson & Patterson, 1980 in Algase & al., 2007 ; Ylieff & Gyselinck-Mambourg, 1984, in Mottin, 2011).

Cela nécessite aussi de faire un point sur les traitements en cours, les habitudes de vie et la personnalité prémorbides du sujet. Ce type de travail, à la fois d'observation et de discussion entre les soignants côtoyant le résident et en association avec la famille, peut permettre de faire émerger des éléments favorisant ou déclencheurs, mais aussi ceux maintenant le comportement, et enfin donner un sens au comportement du résident, que celui-ci exprime ou non un but (Mottin, 2011).

- **Techniques pour augmenter la probabilité d'apparition d'un comportement**

La loi de l'effet de Thorndike (1913) suppose que les comportements aboutissant à un état de satisfaction sont plus susceptibles de se reproduire que ceux conduisant à des effets négatifs ou gênants pour le sujet. Plusieurs techniques ressortent des théories cognitives et comportementales.

- Le shaping (« la mise en forme ») consiste à renforcer toutes les étapes se rapprochant du comportement ciblé
- Le principe de Premack correspond à l'utilisation d'un comportement hautement probable comme renforçateur pour favoriser un comportement à faible probabilité d'apparition
- Le prompting (« ce qui incite ») consiste à donner des indications verbales ou visuelles directement au sujet ciblant le comportement
- Le modeling (« modelage ») correspond à l'utilisation du principe d'imitation via la démonstration du comportement recherché au sujet afin qu'il le réalise également
- Le chaining (« chainage ») consiste au renforcement positif lorsqu'une partie du comportement cible est réalisé, ce qui demande au préalable de segmenter le comportement complexe en parties simplifiées.

De rares études se sont intéressées aux approches comportementales dans la déambulation. Ce type d'approche demande une part active de l'ensemble de l'équipe soignante.

- **Renforcement positif**

Une étude de Heard et Watson (Heard & Watson, 1999) s'est intéressée à l'utilisation du renforcement positif dans le cadre de la déambulation, en utilisant le renforcement différentiel des autres comportements (DRO). L'étude porte sur quatre patients, selon un protocole A1B1A2B2. Une grille fonctionnelle de type ABC, est utilisée afin de déterminer les facteurs déclenchants et les facteurs de maintien de la déambulation et cibler ainsi les possibilités pour atténuer le comportement. Chaque intervalle de temps sans déambulation conduit au renforcement positif, mais non lorsque le sujet déambule. Le protocole de Heard et Watson consiste à renforcer positivement le résident de manière répétitive, toutes les 15 à 30 secondes lorsqu'il n'y a pas de déambulation, sur une période de 30 à 45 minutes. Le renforcement positif choisi découlait des observations faites à l'aide de la grille d'analyse fonctionnelle ABC. Pour les patients inclus dans l'étude, il pouvait s'agir d'attention sociale, d'accès à des éléments comme de la nourriture ou encore de stimulations sensorielles. Sur les quatre patients, les résultats montrent que l'association du renforcement à l'absence de déambulation a permis de diminuer le nombre d'apparition sur la période observée. Au contraire, l'association renforcement-déambulation provoque un retour à la ligne de base constituée lors de l'évaluation primaire (avec des observateurs qui notaient le nombre de fois où le comportement apparaissait). Les auteures obtiennent une réduction de la fréquence de survenue des comportements de 50 à 80% pour la première exposition B1, et de 65 à 75 % lors de la phase d'exposition B2. L'approche originale de cette étude a cependant des limites méthodologiques, notamment au niveau de l'effectif, mais aussi de la méthode d'évaluation utilisée. Les auteures soulignent aussi l'apparente impossibilité de pratiquer un tel protocole en établissement par les soignants.

Beattie et al. (2004) (in Hermans & al., 2009) ont étudié l'effet de l'intervention systématique des soignants auprès de patients déambulants au moment des repas. Les variables mesurées s'intéressaient au temps passé à table, à la quantité de nourriture ingérée et à la prise de poids. Le renforcement positif a été utilisé lorsque le sujet restait assis à la table, en alliant la focalisation de l'attention du sujet sur le repas (discussion centrée sur le repas) et

l'utilisation d'éléments sociaux à savoir des communications non verbales (sourire, contact visuel). Un effet a été observé sur le temps à table et la quantité de nourriture ingérée, mais pas sur la prise de poids.

- **Programme individualisé de gestion du comportement**

Dans une étude randomisée, Ingersoll-Dayton et al. (1999), ont cherché à comparer un groupe test à un groupe contrôle. Les stratégies et solutions envisagées étaient centrées sur la connaissance du résident. Les stratégies employées par les soignants, et l'intervention au niveau du groupe contrôle n'ont pas été précisées. Les variables mesurées comprenaient la fréquence et la gravité du comportement de déambulation. Comme l'étude n'a pas signalé de scores à la fin du suivi, Robinson et al. (2006) qui ont inclus cette étude dans leur revue de littérature - n'ont pas pu conclure sur l'efficacité de ce type d'approche à partir des différences finales entre les groupes de l'étude. Pour autant, les mesures au cours du suivi ont montré que les patients du groupe témoin étaient moins susceptibles de déambuler que ceux inclus dans les programmes de gestion du comportement individualisés. Cependant, il n'était pas clairement dit si cet effet était statistiquement significatif ou non (Robinson & al., 2006).

- **Autres propositions**

Strubel et Corti (2008) ont évoqué dans leur synthèse certaines idées de gestion de la déambulation selon une approche comportementale. Elles évoquent notamment la recherche d'un sens de la déambulation et/ou de lui donner un sens ; la validation de la parole du patient, aussi inadaptée soit-elle, par l'écoute empathique, de façon à permettre la réassurance et atténuer le stress (qui peut accentuer le phénomène de déambulation) ; ou encore l'accompagnement éventuel du malade qui cherche à fuguer en « fuguant » avec lui, en transformant la fugue en promenade avant de revenir au point de départ. Algase et al. (2007) ajoutent les techniques de détournement de l'attention du sujet vers des activités a priori incompatibles avec le comportement-problème. Dans ce sens, Tamara et al. (2001) ont observé une réduction des comportements d'agitation et de déambulation dans une population de sujets déments lorsque ceux-ci s'occupaient de poupées, alors que ces comportements augmentaient lorsque les poupées étaient enlevées au résident (Algase & al., 2007).

### ***3. Psychomotricité et pratique***

Le psychomotricien peut être l'un des professionnels à utiliser l'analyse fonctionnelle et plus largement le proposer à l'équipe afin d'accroître et de croiser les observations et points de vue. Cela sert à la fois d'évaluation pour établir une ligne de base, mais aussi pour déterminer le type d'intervention et enfin suivre l'évolution du comportement afin de voir d'éventuels effets de la prise en soin proposée, et de l'actualiser en fonction. Les stratégies comportementales exposées peuvent être proposées par le psychomotricien, dans une optique de travail d'équipe pour une meilleure efficacité.

## **G. Approche centrée sur les besoins élémentaires de la personne**

### ***1. Pour quelles typologies ou causes de la déambulation ?***

Il s'agit ici de prévenir au mieux les conséquences fonctionnelles inhérentes à la démence et plus particulièrement à la déambulation, quelle que soit la typologie. Les personnes présentant une typologie de type marche compulsive sont cependant particulièrement concernées, de même que celles présentant une akathisie, notamment pour les prises de repas.

### ***2. Description de l'approche***

Algase et al. (2007) suggèrent certaines recommandations vis-à-vis des conséquences fonctionnelles de la déambulation, afin de préserver au mieux les capacités des résidents concernés. Les différentes propositions font notamment appel aux approches environnementales et comportementales, mais aussi à l'information et aux interventions des équipes pour favoriser l'acceptation et la tolérance du comportement. La mobilité, le déplacement, l'habillement, la toilette et les soins, la nutrition et encore la continence et le repos sont considérés. L'ensemble des recommandations sont récapitulées dans l'ANNEXE VI.

### ***3. Psychomotricité et pratique***

Le psychomotricien peut être amené à intervenir sur les moments de vie quotidienne lorsque les équipes soignantes se trouvent en difficulté avec un résident, afin d'évaluer la situation (à l'aide d'une grille d'analyse fonctionnelle par exemple) puis conseiller sur le type d'intervention ou de stratégies à adopter.

## H. Approche pluridimensionnelle et pluridisciplinaire

### 1. Pour quelles typologies ou causes de la déambulation ?

Toutes les typologies de déambulation sont concernées par cette approche. Le travail d'équipe est un élément primordial dans la prise en soin des SCPD.

### 2. Description de l'approche

- **Interventions centrées sur l'aidant**

Certaines approches ciblent directement les aidants informels mais aussi formels, dans le but d'alléger le fardeau et de promouvoir le bien-être des aidants (Algase & al., 2007). Une méta-analyse de Sörensen et al (2002) regroupant 78 études, s'est intéressée à l'efficacité des interventions proposées aux aidants. Les meilleurs résultats obtenus correspondaient à des séances individuelles et structurées, de type psychothérapie (majoritairement TCC<sup>12</sup>, avec des stratégies ciblant les pensées négatives ou l'investissement d'activités agréables) et psychoéducation (fournir des informations et groupe de discussion sur la maladie, les moyens d'intervention, les structures existantes). La psychothérapie cible la connaissance que l'aidant a de lui-même tandis que la psychoéducation est davantage tournée vers la connaissance de l'aidant sur les stratégies et symptômes de la maladie. Les améliorations observées touchaient à la fois le fardeau ressenti, la dépression, le bien-être, les aptitudes et l'amélioration de la prise en soin des symptômes du sujet dément. Pour autant, les résultats concernant les aidants de patients déments avec SCPD ne seraient pas aussi flagrants, en raison de l'aspect fluctuant et imprévisible des SCPD (Sörensen & al., 2002, in Algase & al., 2007).

Concernant la déambulation, les approches dédiées aux aidants sont rarement exposées dans la littérature. Trois types d'interventions sont pour autant étudiées : celles centrées sur le fardeau de l'aidant, celles axées sur les moyens et stratégies utiles à l'aidant pour prendre soin de la personne déambulante, et enfin celles regroupant à la fois le fardeau et la prise en soin. Mittelman et al. (2004) (in Algase & al., 2007) ont observé un effet sur les capacités d'adaptation des aidants investis dans un travail ciblant leurs réactions négatives face au comportement, notamment la déambulation. La réduction des réactions négatives de l'aidant était significative et se poursuivait sur les quatre ans de l'étude. Ce n'est donc pas ici le comportement de déambulation qui s'atténuait mais bien les stratégies d'adaptation de

---

<sup>12</sup> TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

l'aidant et donc en quelque sorte l'acceptation et une plus grande tolérance du comportement du sujet.

- **Stratégies de gestion du comportement par le soignant**

Les pistes de prise en soin du résident déambulante peuvent faire l'objet de concertation des aidants, professionnels et/ou familiaux. Ils peuvent ainsi croiser leurs observations selon leur sensibilité et leur formation. Les équipes soignantes peuvent ainsi avoir recours à l'approche comportementale, dont l'analyse fonctionnelle, ce qui nécessite l'implication de l'ensemble des soignants présents auprès du résident. Par ailleurs, la formation des soignants concernant les syndromes démentiels et les SCPD constitue l'une des mesures du plan Alzheimer. Le soutien et la formation des professionnels de santé constituent l'un des axes de la prise en soin des SCPD en général et donc de la déambulation, se rapportant à la notion de bien-être. Bien que peu d'études n'aient évaluées cet aspect, la HAS (2009) souligne que « la formation des professionnels et leur organisation en pluridisciplinarité ont un impact positif sur l'évolution à court terme des troubles du comportement ». Les soignants sont ainsi plus à même de repérer les facteurs déclenchants, les situations à risque pour le patient et les conséquences des différents SCPD. (ANNEXE VII) Enfin, le ratio idéal proposé concernant l'effectif du personnel serait un soignant pour cinq résidents, le ratio de un pour huit ou plus étant considéré comme « insuffisant » (Gafney, 1986 in Silverstein & Flaherty, 2003).

### ***3. Psychomotricité et pratique***

Le psychomotricien est directement impliqué dans ce travail d'équipe au sein des institutions. Il peut aussi être amené à être en lien avec les familles qui le sollicitent. La gestion de la déambulation n'est pas l'apanage d'un professionnel en particulier mais d'un travail coordonné de l'ensemble des professionnels concernés. La modification des comportements des aidants peut aussi renforcer ou diminuer les comportements du malade.

#### **I. Précisions concernant les approches présentées**

Les différentes interventions présentées sont complémentaires, d'autant que les approches s'entremêlent parfois les unes aux autres. L'approche comportementale peut en effet être utilisée lors d'activités relevant d'approches occupationnelle, physique ou sensorielle, ou encore lors des temps de vie quotidienne comme les repas. Le psychomotricien se trouve concerné par l'ensemble de ces approches, avec un bémol concernant les gérontechnologies et

les soins élémentaires (qu'il ne fait pas en tant que tel mais pour lesquels il peut être sollicité en cas de difficulté, ou encore pour une évaluation écologique des compétences du résident). Enfin, il me semblait important de souligner que méthodes non médicamenteuses et traitements médicamenteux ne sont pas antinomiques mais peuvent au contraire être utilisés en parallèle et de façon complémentaire, notamment en cas de symptômes psychotiques qui peuvent mener à de la déambulation.

### III. Problèmes éthiques et acceptabilité des interventions non médicamenteuses

#### **A. Ethique, approches non médicamenteuses et déambulation**

Le recours aux gérontechnologies s'il n'induit pas de dommage physique, touche par ailleurs à la dignité (perçue comme stigmatisant en faisant écho aux détenus), l'intimité et la liberté de se déplacer de la personne avec démence qui doivent être respectés. L'utilisation de caméras sont notamment vécues comme invasives et anxiogènes (Haigh & al., 2003 in Algase & al., 2007), tout comme les bracelets ou alarmes (Strubel & Corti, 2008). Il s'agit de questionnements opposant valeurs sociétales (assurer la sécurité de la personne, déployer les moyens possibles pour la localiser en cas d'égarement) et valeurs individuelles (liberté d'aller et venir, autonomie, intimité) (Faucounau & al., 2009; Robinson & al., 2006 ; ANAES, 2004).

L'utilisation des gérontechnologies sont par ailleurs considérées comme « la forme de contrainte la moins restrictive » à la fois pour la personne déambulante mais aussi pour les autres résidents, le tout comparé aux contentions physiques ou chimiques. La justification principale de ce type d'appareil correspond à la réduction du temps nécessaire pour retrouver leur parent et donc le risque de chute et blessures, plutôt que de justifier ces dispositifs comme un moyen pour maximiser l'autonomie de la personne (Robinson & al., 2006). Par ailleurs, les barrières physiques telles que la fermeture des portes trouvaient une justification dans la déambulation nocturne afin d'éviter les fugues et ne pas interrompre le sommeil des autres résidents. Pour autant, ce type de système pose problème en termes de risque incendie (Robinson & al., 2006). Enfin, il s'agit de trouver un équilibre entre les besoins des résidents déambulants en matière d'aménagement architectural, et les besoins des soignants.

## B. Acceptabilité des interventions non médicamenteuses de la déambulation

L'utilisation des gérontechnologies, notamment les systèmes de géolocalisation et les programmes de type Safe-Return®, remportent l'opinion positive des aidants informels. Ils évoquent notamment le fait qu'eux-mêmes aimeraient qu'on leur installe ce type d'appareil s'ils ne pouvaient pas exprimer leur opinion. Ce type de système permet en effet et de réduire le stress et une certaine tranquillité d'esprit de l'aidant. Ce dernier a la quasi garantie de retrouver la personne si celle-ci se perd. De plus, cela réduit le risque de blessures. Pour certains aidants, ce type de système peut représenter un coût important, demander une phase d'apprentissage et nécessite du temps pour rechercher le parent d'autant que l'aidant lui-même est âgé. Certains aidants estiment que ce type de système donne un faux sentiment de sécurité, car ça n'empêche pas le risque de blessures (Robinson & al., 2006). Une étude de cas par Faucounau et al. (2009) sur l'utilisation d'un système de géolocalisation par un patient et son épouse à domicile apportent quelques éléments en termes d'attentes et d'acceptabilité. L'aspect volumineux et inesthétique de l'appareil a pu gêner le patient, tandis que l'aidant critiquait l'aspect amovible, volumineux et les compétences nécessaires à l'utilisation d'internet. Les attentes et l'acceptation de la part du patient et des aidants sont aussi primordiales que les possibilités techniques. Pour McShane (1994), si il est éthiquement recommandé de rechercher les personnes atteintes de démence à risque de se perdre, alors il serait justifié de pouvoir le faire avec des dispositifs de suivi (in Hermans & al., 2009).

Les approches environnementales ont suscité des opinions favorables de la part des aidants formels ou informels. Les supports visuels sont estimés utiles pour aider à l'orientation des personnes qui déambulent, tout comme l'aménagement des espaces de vie (Robinson & al., 2006). Price et al. (2009) s'interrogent sur les limites des barrières subjectives et leur impact psychologique en termes d'anxiété et de stress chez le résident. Les aidants perçoivent les approches sensorielles comme bénéfiques car soutenant aussi les interactions sociales et le plaisir, tout en amenant la détente. Certains aidants ont souligné la difficulté de proposer ce type d'intervention en raison du faible effectif des soignants (Robinson & al., 2006). L'exercice physique pour sa part est considéré comme soutenant les aptitudes physiques et sociales des résidents (Robinson & al., 2006). Enfin, les stratégies d'intervention des soignants, comme la réassurance mais aussi le fait de bien connaître l'histoire de vie du résident, étaient considérées comme acceptables. Cependant, les stratégies

de diversions n'étaient pas tolérables en l'absence de sens donné à la diversion (Robinson & al., 2006).

Au sein de l'EHPAD où l'on m'a accueilli cette année, j'ai donc essayé de mettre en place certaines approches, en raccordant mes lectures théoriques aux résidents et à leur lieu de vie.

## Partie III- Illustrations d'interventions en UHR

---

### I. Présentation de l'UHR

L'Unité d'hébergement renforcée de l'EHPAD a été ouverte en janvier 2012. Cette création s'inscrit ainsi dans la mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012. Bien qu'un cahier des charges des UHR ait été rédigé par le gouvernement, la création d'une telle unité a nécessité plusieurs niveaux de réflexion. Il s'agissait à la fois de redéfinir les corps de métier à impliquer, ainsi que leurs rôles dans cette création d'unité et dans la prise en soin des résidents qui y sont accueillis. Il était également nécessaire d'aborder les aspects architecturaux de l'unité, et, enfin, les objectifs et moyens de prise en soin de la personne âgée démente présentant des troubles psycho-comportementaux (Lucas, 2012). L'équipe soignante impliquée au quotidien avec les résidents se compose d'une assistante de soins en gérontologie (ASG), de deux aide-médico-psychologique (AMP), d'une aide hôtelière et d'une soignante de nuit. L'équipe soignante se complète avec l'intervention de professionnels de santé, à savoir un médecin coordonateur, des infirmières, un psychologue, une ergothérapeute, un kinésithérapeute, deux psychomotriciennes, une art-thérapeute et un musicothérapeute. A noter que chaque professionnel n'intervient pas sur l'unité à la même fréquence (Lucas, 2012).

Afin de faciliter et optimiser la prise en soin des 14 résidents accueillis dans l'unité, plusieurs outils sont utilisés par l'équipe. Afin de connaître au mieux les résidents et de répondre à leurs besoins spécifiques, un projet de soin et un projet de vie sont rédigés pour chacun. Les familles des résidents sont accueillies en entretien pour la mise en place du projet de leur parent. Une fiche sur les habitudes de vie du résident est également proposée, dans laquelle des renseignements sur les goûts et activités du résident sont demandées, ainsi que

quelques éléments autobiographiques. Les informations de chaque résident sont rassemblées dans un dossier, actualisé au fur et à mesure des synthèses interdisciplinaires hebdomadaires. Les différents soignants intervenant sur l'UHR doivent en prendre connaissance. Ces classeurs regroupent les habitudes de vie du résident, et le projet d'accompagnement personnalisé. Une réunion de synthèse hebdomadaire a lieu entre les soignants afin d'évaluer ou réévaluer le projet d'accompagnement personnalisé du résident, et de refaire le point sur les SCPD et la manière dont les difficultés peuvent être gérées. Chaque temps de vie quotidienne est donc examiné, le NPI-ES est coté en équipe, et chaque professionnel présent peut soumettre des propositions lors de situations problématiques. Les soignantes de nuit qui ne peuvent donc pas assister à ces réunions transmettent une évaluation écrite du résident. Chaque résident est ainsi réévalué tous les deux mois.

L'UHR est conçue sur un même étage. Les accès sont sécurisés par des digicodes. L'unité comporte 14 chambres avec salle de bain et toilette, et des espaces différenciés. Les chambres s'ouvrent de l'intérieur via une poignée classique, de telle manière que les résidents sortent de leur chambre comme bon leur semble. L'accès aux chambres nécessite à l'inverse un passe, et certains résidents possèdent la clé de leur chambre. Les espaces s'enchaînent les uns aux autres sans obstacles ou portes à franchir, excepté pour l'espace extérieur à savoir le balcon. Une salle de vie/salle à manger commune constitue l'espace le plus grand. L'office vient ensuite, de forme ovale pour permettre aux résidents de se déplacer autour, tout en assurant un accès visuel à l'ensemble de l'unité afin de pouvoir intervenir auprès des résidents si nécessaire. L'office est un espace destiné aux soignants ; il est accessible par un portillon nécessitant un passe. Suit un espace « canapé », plus petit, destiné aux temps de repos. Les toilettes communes et un local technique se succèdent pour aboutir à un couloir que bordent des chambres. Au fond du couloir, une salle multiactivité et une salle multisensorielle sont accessibles aux résidents à des temps définis (Lucas, 2012).(ANNEXE VIII)

L'une des approches non médicamenteuses proposée en psychomotricité et en partie illustrée dans ce mémoire concerne notamment l'environnement des résidents. Mes réflexions sont donc parties de la configuration de l'UHR, ce qui nécessitait ces quelques informations. Après avoir présenté deux résidents de l'UHR, Madame M. et Monsieur D., j'illustrerai les quelques propositions envisagées avec eux.

## II. Présentation des résidents

### A. Monsieur D.

#### 1. *Histoire de vie*



Il est entré en institution en septembre 2011, suite à l'aggravation de ces troubles cognitifs, l'expression de menaces suicidaires, le refus d'aide à domicile, et l'épuisement de son épouse. Un amaigrissement important a suivi son entrée à l'EHPAD. Son admission à l'UHR date de février 2012. Une hospitalisation à l'UCC<sup>13</sup> en juin 2012 a été nécessaire, suite à l'aggravation de ses troubles psycho-comportementaux de l'ordre de l'anxiété, l'irritabilité, la déambulation et des troubles du comportement alimentaire. Sa femme vient le voir plusieurs fois par semaine sur de courts moments.

L'adaptation à la structure s'est faite sereinement à son arrivée. Monsieur D. prenait plaisir dans toutes les activités, mais les difficultés attentionnelles et la présence des SCPD les rendent aujourd'hui extrêmement difficiles. Des troubles du comportement sont survenus dans les mois qui ont suivi, avec de l'anxiété, de l'agitation et de la déambulation, le retentissement sur l'équipe et sur les activités de vie quotidienne étant important. Un amaigrissement très important a été observé en parallèle ; il est actuellement stabilisé au poids d'origine. Suite à

---

<sup>13</sup> UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

son entrée à l'UHR, ce monsieur s'est désinvesti progressivement des activités et des interactions sociales, avec l'apparition d'une tristesse qui n'est actuellement plus retrouvée.

## **2. Renseignements médicaux**

Les informations médicales concernant Monsieur D sont regroupées dans le tableau suivant :

**Diagnostic démentiel** : démence de type Alzheimer au stade sévère, diagnostiquée en 2005, début des symptômes en 2001.

**Diagnostic psychiatrique** : aucun

**Pathologies somatiques** : hyper tension artérielle, diabète non-insulino dépendant

**Atteintes ostéo-articulaires/douleurs** : lombalgies anciennes. Crevasses au talon. Pas de douleurs actuellement.

**Perception sensorielle** : presbyacousie – lunettes mais ne les porte pas.

**Traitement** : Lyrica® (anxiolytique), Loxapac® (neuroleptique, au besoin si très agité), Seresta® (neuroleptique, trois fois par jour), Zoloft® (antidépresseur), Imovane® (hypnotique), Transipeg® (traitement contre la constipation), Vitamine D® (en prévention des risque de chutes et de fractures), Paracétamol® (si douleurs)

**Antécédents familiaux** : démence chez sa grand-mère, sa mère et son frère ; trouble de l'humeur et suicide chez son père.

**Nutrition** : amaigrissement important à son entrée (passage de 86 kg à 78 kg), à ce jour poids stabilisé (88 kg).

**Risque de chute** : modéré – Monsieur D chute une à deux fois par mois (souvent de son lit ou de sa hauteur pour agitation).

**Autres** : pas de dentier ; déglutition normale.

## **3. Bilans**

Voici un tableau récapitulatif des résultats aux différents bilans disponibles pour Monsieur D. avant la mise en place des mes interventions :

Evaluation	Date	Score global
ADL	Septembre 2011	4,65/6
Bilan orthophonique	Décembre 2011	Pas de score chiffré disponible
MMSE	Juin 2012 (UCC)	5/30
	Février 2013 (UHR)	2/30
NPI-ES	Janvier 2013	65/144
Bilan psychomoteur EGP	Janvier 2013	-5,9 DS
Echelle de déambulation RAWS-LTC	Janvier 2013	66 points (+4,45 DS)

- **Capacités fonctionnelles (novembre 2012)**

**Sommeil** : Monsieur D. dort bien, se lève vers 7 h/8 h.

**Habillage** : il faut lui présenter les vêtements pour qu'il puisse faire seul, accompagnement parfois.

**Toilette** : se lave le visage, se lave les dents seuls. Les serviettes lui sont présentées ce qui lui permet de participer avec l'accompagnement du soignant. Monsieur D. s'agace rapidement pendant les temps de toilette et d'habillage.

**Contenance** : protection en prévention mais ressent quand il a besoin. Toutefois les comportements d'urination et défécation se produisent n'importe où.

**Repas** : autonome, Monsieur D. mange bien mais réclame tout le temps à manger. Il peut déambuler entre les plats.

**Repos/sieste** : se repose un peu en chambre après le repas, durée brève.

- **Bilan orthophonique (décembre 2011)**

L'orthophoniste rencontre Monsieur D. quelques mois après son entrée dans l'EHPAD. C'est un monsieur avenant, qui présente un comportement moteur répétitif (s'assoit et se relève). Elle note que ce monsieur est logorrhéique, tenant un discours peu informatif. Les pensées s'enchaînent, Monsieur D. s'éloigne vite du sujet de discussion. L'orthophoniste note également des difficultés attentionnelles et mnésiques, la mémoire autobiographique est dégradée.

- **MMSE (janvier 2013)**

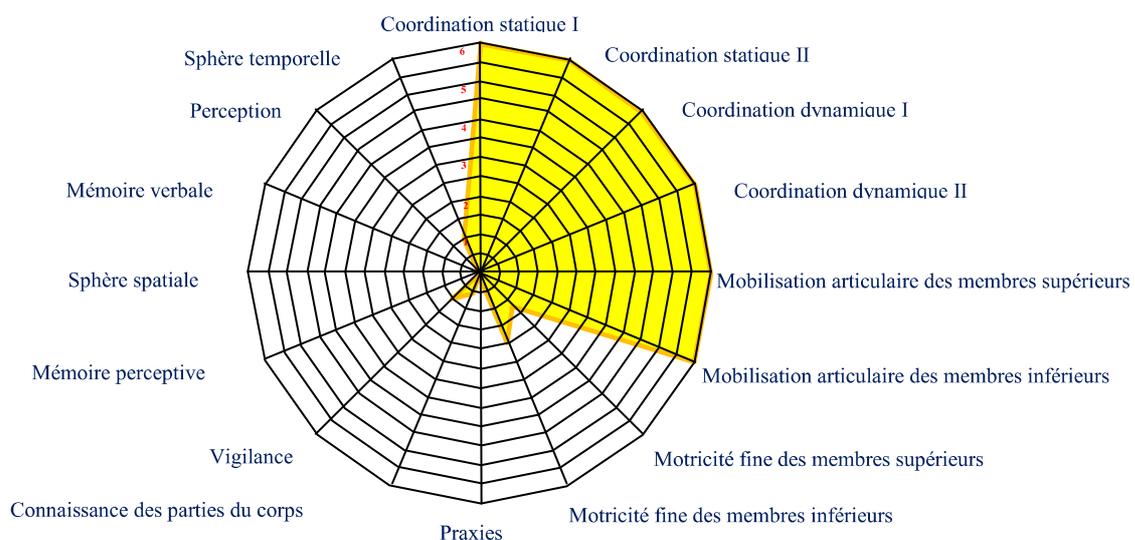
Le dernier MMSE confirme le stade sévère de démence. Monsieur D. obtient les deux points dans le domaine du langage, au niveau des items de compréhension et exécution d'une consigne verbale. Il déchirera la feuille au lieu de la jeter par terre. Monsieur D. montre cependant des problèmes de compréhension au vu des items précédents. Il n'accèdera pas à la demande d'écriture, ce qui ne sera pas le cas lors de la passation du bilan psychomoteur. Il exprime son refus à l'item des praxies visuoconstructives.

- **NPI-ES (janvier 2013)**

Monsieur D. présente les SCPD suivants : idées délirantes, agitation/agressivité, anxiété, désinhibition, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant, troubles de l'appétit. Tous ces symptômes psycho-comportementaux se produisent quotidiennement. La désinhibition ne perturbe que légèrement Monsieur D. (score de gravité de 1), tandis que tous les autres SCPD cités sont très perturbants pour le résident (score de gravité de 3). La répercussion sur les soignants varie selon le type de SCPD. Les comportements moteurs aberrants ne pèsent que modérément pour l'équipe, mais les autres troubles relevés retentissent sévèrement, voire très sévèrement, sur l'organisation et le travail des soignants.

- **Bilan psychomoteur : EGP (janvier 2013)**

Les résultats obtenus à l'EGP sont synthétisés sur l'étoile de synthèse ci-dessous. Le détail des résultats pour chaque item est disponible en ANNEXE IX.



Monsieur D. peut tenir 5s en station unipodale à droite sans appui. Il est autonome dans ses déplacements et se montre capable d'accélérer son rythme de marche jusqu'à la course. Cela nécessite une démonstration ou de le faire simultanément afin de pallier les difficultés de compréhension verbale, ce que l'on retrouve tout au long du bilan. Au niveau de la motricité fine, Monsieur D. peut ramasser la pièce de monnaie à la fois à gauche et à droite. Il ne sait pas comment s'y prendre pour boutonner ou déboutonner. Sur les reproductions d'opposition pouce/doigts et de pianotage, Monsieur D. ébauche le mouvement par imitation et guidage tactile, sans que cela ne l'aide à réaliser la consigne. Par ailleurs, il peut frapper dans un ballon, la vue de l'objet suffit à initier le mouvement. Monsieur D. ne peut utiliser les couverts, ni donner leur nom. Entendre le nom des couverts n'initiera pas le geste, ni le fait de lui mettre dans les mains. Ce monsieur en a pour autant une utilisation correcte au cours des repas. Il peut écrire le début de son prénom pour poursuivre en une succession de lettres sans former de mots. L'écriture bâton et cursive est possible, la prise est à droite. Il est également coopérant pour reproduire la figure géométrique. Monsieur D. fera un dessin spontané consistant en des traits verticaux et obliques ainsi que des ronds. Pour la reproduction de la pyramide avec les cubes, Monsieur D. peut les empiler, et essaiera d'en mettre un à la bouche. Monsieur D. ne peut pas rester longtemps sur une proposition, il montre des capacités attentionnelles limitées ce qui peut engendrer de l'énervement ou un refus. Il nomme correctement la couleur violette, et répond par le nom d'une couleur même si ce n'est pas la bonne, ce qui montre qu'il a saisi la consigne. Monsieur D. reconnaîtra la photo du chat et pourra réciter les jours de la semaine et les mois de l'année.

Monsieur D. se montre en interaction, mais s'agace si on insiste un peu et ne semble pouvoir rester qu'un bref instant sur une proposition de bilan dès lors qu'il y a du matériel à utiliser. Ce qui passe par la discussion permet au contraire de faire durer l'échange. Monsieur D. montre de bonnes capacités d'interaction, mais les problématiques de l'aphasie, l'apraxie et l'agnosie le gênent. Ses capacités attentionnelles semblent limitées, et attestent d'une désorientation spatio-temporelle. Il a pu montrer de bonnes capacités motrices, en termes d'équilibre statique et dynamique. Monsieur D. a pu compter correctement jusqu'à 10, il est réceptif à l'imitation. Au niveau langage, il est capable de répéter les mots employés par l'interlocuteur, sa compréhension semble fluctuante mais paraît sensible aux CNV de son interlocuteur.

- **Echelle de déambulation : RAW-S-LTC (janvier 2013)**

Monsieur D. obtient un score global de +4,45 DS (score de dégradation), avec les sous-échelles « persistance de la marche » et « comportement de fugue » supérieur à +2DS. Les résultats sont détaillés dans un tableau récapitulatif dans la partie relative à l'évolution des résidents. La passation de l'échelle de déambulation permet de voir que Monsieur D., s'il marche beaucoup plus que la moyenne des résidents ayant les mêmes capacités, s'assoit rarement. Il marche spontanément, sans répit, en va-et-vient, de façon quotidienne. Les périodes de déambulation se déroulent du lever au repas du soir, avec une légère diminution entre le dîner et le coucher. A noter que Monsieur D. déambule aussi la nuit. Ce monsieur tente de quitter l'UHR quotidiennement. La plupart de ses sorties sont réussies. Monsieur D. semble revenir dans le service sans s'en apercevoir. Par ailleurs, il rentre dans les zones non autorisées (chambres des résidents si elles sont ouvertes ou office) quotidiennement.

Concernant la désorientation spatiale, le résident se perd quotidiennement, il ne peut pas dire où il se trouve ni se diriger vers des endroits indiqués. Il est nécessaire de l'accompagner aux toilettes, dans la salle de bain. La salle à manger et sa chambre sont mieux localisées, l'architecture aidant probablement ce monsieur dont la chambre donne directement sur la salle à manger. Lorsque que Monsieur. D. déambule, son but ou sa destination sont quelquefois identifiables par le soignant. Enfin, Monsieur. D. semble ne jamais se cogner contre des obstacles ou d'autres résidents de l'unité lorsqu'il déambule. La déambulation est considérée comme problématique pour le résident qui se met en danger.

- **Grille d'analyse fonctionnelle de la déambulation (ANNEXE IX)**

Les observations recueillies se fondent sur la discussion avec les soignants de l'UHR qui ont une bonne connaissance du résident, ainsi que mes propres observations, suite à la phase de bilan (EGP, MMSE, RAW-LTC). Pour la construction de la grille, j'ai essayé de considérer plusieurs paramètres concernant la typologie, la signification ou encore la période de déambulation. Mon but était de réfléchir aux éventuels paramètres qui pouvaient influencer la déambulation, en prenant en compte les éléments de la littérature en les adaptant à l'unité de vie des résidents. J'ai également abordé les conséquences de la déambulation sur le résident lui-même et les soignants, en essayant de repérer d'éventuels facteurs déclencheurs et les facteurs favorisant les moments où le résident restait assis.

Les éléments observés et recueillis avec la grille sont retranscrits ici.

### **Description de la déambulation**

Il lui est très difficile de rester assis longtemps : il s'assoit et se relève en permanence. Lorsqu'il se déplace, Monsieur D. se retrouve souvent en chaussette ou pieds nus, ce qui ne semble pas le gêner. Lorsqu'il voit des chaussures, qu'il s'agisse des siennes ou non, il essaie souvent de les enfiler. Il marche de manière compulsive, dans un déplacement rapide, les bras en balancier ou mains dans le dos, en décrivant un parcours principalement de type « pacing », c'est-à-dire par aller-retour entre le couloir et l'espace canapé. Lorsque Monsieur D. se trouve dans la salle à manger, il semble davantage présenter un type « random ». Il lui arrive de faire le tour de l'office. L'architecture de ces différents espaces semble influencer le type de déplacement. Les allers-retours dans le couloir sont rarement ponctués d'arrêt pour observer son environnement. Il va généralement tout droit, vers les portes coupe-feux qu'il essaie alors d'ouvrir en poussant avec les deux mains en avant ou encore avec les fesses. Monsieur D. persiste avec énergie en attendant que la porte cède, ce qui arrive régulièrement. Il peut alors passer de l'autre côté de la porte. Il arrive que Monsieur D. soit accompagné par d'autres résidents qui le suivent ou qu'il tient par la main. Il peut aussi prendre à parti le soignant, et marquer l'arrêt en signe d'attente pour que la personne vienne avec lui. Il peut alors s'impatienter et s'agacer contre la personne si celle-ci ne vient pas. Monsieur D. interpelle souvent en demandant « Où est ce qu'on va maintenant ? », « Qu'est ce qu'on va faire/qu'est ce qu'il faut faire ? », « Tu viens ? ». Les soignantes observent que ce monsieur semble davantage se poser lorsqu'il est dans sa chambre. Il peut déplacer du mobilier ou des objets lors de ces déplacements, et interpelle souvent les autres résidents ou soignants. Enfin, Monsieur D. essaie régulièrement d'ouvrir les différentes portes des chambres des résidents, qui nécessitent une clé pour entrer. Le fait que la porte ne s'ouvre pas va faire naître de l'agitation chez Monsieur D., qui peut parfois rechercher sa chambre.

### **Facteurs déclencheurs/facilitateurs**

Monsieur D. semble chercher le contact avec les autres résidents et les soignants. La discussion et les interactions sociales semblent lui permettre de prolonger des temps assis, il va pouvoir spontanément engager la discussion. De même, lorsqu'il est installé pour manger,

Monsieur D. semble rester plus longtemps assis. Pour autant, lorsque les plats ne s'enchainent pas assez rapidement, Monsieur D. peut alors se lever de table. Monsieur D. accepte généralement de s'asseoir lorsque cela lui ait proposé, de façon verbale ou avec une incitation physique. Pour autant, au bout d'un petit temps, Monsieur D. montre des signes « d'impatience », en posant des questions ou encore en se reculant de sa chaise. Les temps de discussion trop longs, la proposition d'activité avec du matériel ou encore lorsqu'un résident ou un soignant se lève sont autant de facteurs déclencheurs pour Monsieur D. Il semble être anxieux ou s'ennuyer (supposition suite à ses questions et ses expressions faciales), sans pour autant qu'une activité soit possible au vu de la distractibilité et de l'agacement qui surviennent rapidement.

### **Conséquences de la déambulation**

La déambulation de Monsieur D. induit chez lui des signes d'essoufflement, des sueurs et le visage rouge (il a vite chaud), ainsi que de la fatigue. Tout doit aller vite. C'est un monsieur qui boit énormément, besoin qu'on peut supposer en parti dû à la déambulation. Au niveau fonctionnel, son comportement de déambulation peut poser problème lors du repas, car il se lève fréquemment de table et peut aller jusqu'à quitter la salle à manger avant la fin de son repas. Il peut gêner le service du repas aux autres résidents, mais aussi piocher dans l'assiette des autres. Il peut également sortir de sa chambre avant d'être complètement habillé. La déambulation de Monsieur D. peut avoir des répercussions sur ses interactions sociales (agacement et agressivité si la personne ne le suit pas). De même, il peut emmener d'autres résidents avec lui lors de ses sorties de l'UHR. Concernant l'équipe soignante, le comportement de Monsieur D. leur demande une surveillance et vigilance constante, car Monsieur D. tente souvent de s'échapper, et se met en danger. Il lui ait déjà arrivé de prendre les escaliers et de se retrouver dans le hall d'accueil. Une problématique de désinhibition vient compliquer la gestion de ce comportement puisqu'il enlève régulièrement son pantalon, voire sa protection. Il accepte sans difficulté de les remettre mais le comportement reprend par la suite. La désinhibition, associée à la déambulation, peuvent nuire à son image sociale auprès des autres résidents, soignants et familles.

D'autres troubles psycho-comportementaux présents chez Monsieur D. interfèrent avec la déambulation. Leur intrication complexifie l'identification de facteurs déclencheurs ou

facilitateurs. Par ailleurs, comme indiqué dans les renseignements médicaux, la déambulation pourrait avoir une origine iatrogénique.

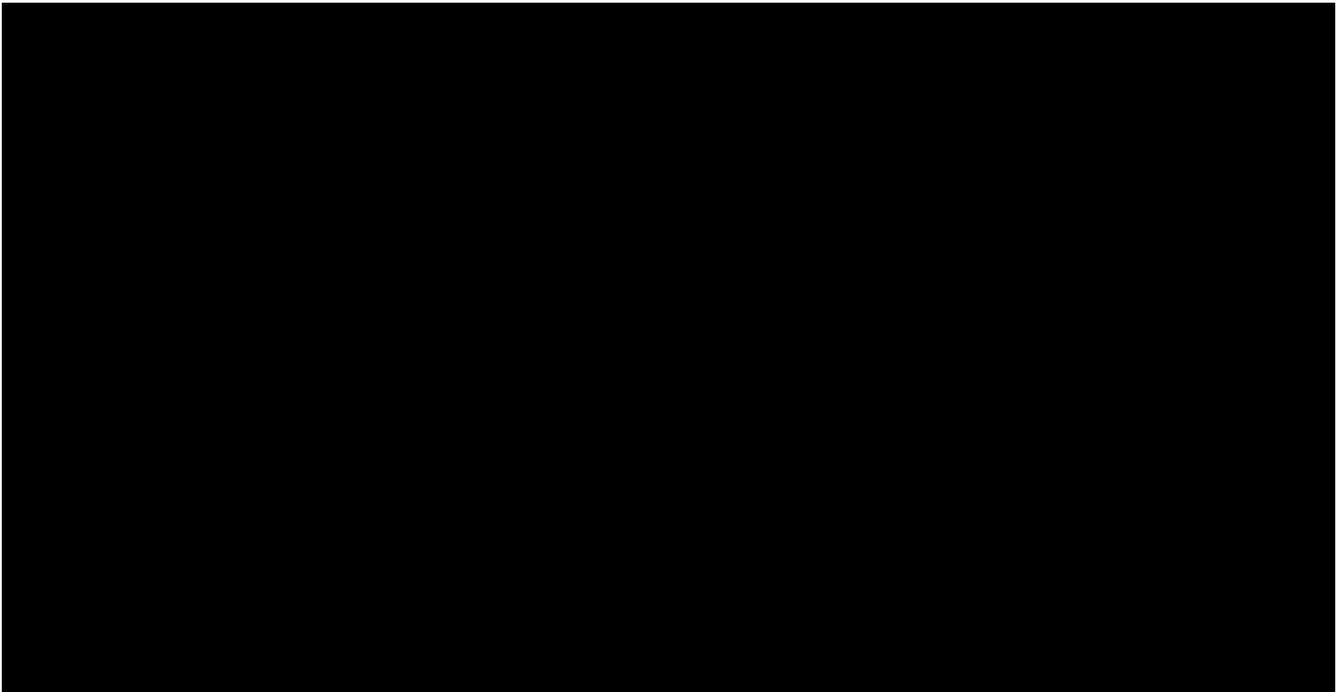
#### ***4. Objectifs de prise en soin de la déambulation en psychomotricité***

De ces différents bilans et observations, les conséquences de la déambulation pour Monsieur D. et pour l'équipe soignante m'ont amené à orienter ma réflexion de la prise en charge de la déambulation chez Monsieur D. autour de trois axes :

- limiter la fatigue et donc l'accentuation du risque de chute (permettre à Monsieur D. de prendre plus régulièrement des pauses assises, et sur de plus longues durées au vu des effets physiques de la déambulation - soif, fatigue, énervement, sueurs ; varier le rythme de marche et marquer des temps d'arrêt debout ou assis au cours de marche en extérieur)
- limiter les tentatives de sorties de l'UHR et soulager la surveillance permanente des soignantes
- faciliter la localisation de sa chambre (ajouter des repères visuels)

### **B. Madame M.**

#### ***1. Histoire de vie***



## 2. Renseignements médicaux

**Diagnostic démentiel** : syndrome démentiel sévère non étiqueté, avec une atrophie cortico-sous corticale retrouvée – diagnostic de maladie d’Alzheimer au stade sévère est évoqué

**Diagnostic psychiatrique** : syndrome dépressif ancien

**Pathologies somatiques** : canal lombaire étroit opéré en 2003 ; fracture du fémur droit en 2009

**Atteintes ostéo-articulaires/douleurs** : rachialgie chronique, douleurs aux membres inférieurs explorées sans étiologie retrouvée, origine neurologique évoquée, canal lombaire étroit pouvant provoquer en partie les douleurs ; kyste côté latéral externe au genou gauche au niveau de zones d’appui.

**Perception sensorielle** : presbyacousie – se plaint parfois de sa vue – aucun appareillage

**Traitement** : Anafranil® (antidépresseur), Dipiperon® (neuroleptique), Seresta® (anxiolytique), Doliprane® et morphine (douleurs), Zolpidem® (hypnotique), Transipeg® (contre la constipation), vitamine D (limiter le risque de chute et de fracture), perfusion sous-cutanée en prévention pour l’hydratation.

**Antécédents familiaux** : aucun antécédent signalé.

**Nutrition** : poids stable, 39,4 kg à l’entrée, actuellement 40,8 kg.

**Risque de chute** : important, a chuté quatre fois depuis son entrée, en juillet 2012

**Autres** : pas de dentier ; déglutition normale

## 3. Bilans

Les bilans à disposition pour Madame M. avant la mise en place des propositions en psychomotricité sont récapitulés dans le tableau ci-dessous :

Evaluation	Date	Score global
ADL	Juillet 2012 (entrée UHR)	4,75/6
MMSE	Février 2013	4/30
NPI-ES	Janvier 2013	37/144
Bilan psychomoteur EGP	Janvier 2013	-8,03 DS
Echelle de déambulation RAWS-LTC	Janvier 2013	57 points (+ 3,05 DS)

- **Capacités fonctionnelles (Novembre 2012)**

**Sommeil** : Madame M. ne présente pas de difficultés de sommeil, mis à part quelques réveils très tôt.

**Habillage** : Madame M. montre des capacités pour s'habiller et passer les vêtements, elle peut notamment boutonner ou fermer la fermeture Eclair. Cependant, sa participation dépend grandement de son humeur et de son opposition qui peut être verbale et physique.

**Toilette** : Madame M. peut participer en faisant en même temps que la soignante, elle n'apprécie pas du tout le shampoing.

**Continence** : protection pour une incontinence fécale. Elle peut demander à aller aux toilettes, ce qui nécessite de l'y accompagner, sinon de lui proposer régulièrement. Elle peut en effet uriner au moment où elle en ressent le besoin là où elle se trouve. Madame M. conserve la gestuelle pour aller aux toilettes (baisse son pantalon, s'accroupit).

**Repas** : autonome, Madame M. mange en texture haché ou entier, et montre un bon appétit. Elle peut néanmoins déambuler, ce qui nécessite de la canaliser. Au petit déjeuner, il est nécessaire d'être vigilant : les prises sont aléatoires ; et Madame M. déambule sans forcément revenir à son plateau.

**Repos/sieste** : Madame M. refuse les siestes. Elle peut néanmoins rester plus longtemps assise à l'espace canapé avec les autres résidents mais aussi souvent allongée au sol.

- **MMSE (janvier 2013)**

Le dernier MMSE confirme le stade sévère de démence. Madame M. obtient quatre points, dont deux au niveau de la mémoire immédiate, elle pourra répéter les mots « fleur » et « porte ». Deux autres points sont obtenus dans le domaine du langage pour les items de compréhension et exécution d'une consigne verbale. Elle exprime son refus de jeter la feuille par terre, « je ne veux pas », peut-être par incompréhension du but de la demande. Les autres points ne sont pas accordés, mais Madame M. écrira lorsqu'il lui ait demandé de reproduire la figure. De plus, à la consigne « Faites ce qui est écrit », Madame M. lira le panneau à voix haute et finira par le faire sur sollicitation de ma part. Enfin, elle ne nommera pas l'objet « montre » mais lira l'heure de façon exacte, et pourra donner la fonction du stylo sans en donner le nom. Ces éléments montrent certaines compétences cognitives préservées chez Madame M., même si la cotation ne le fait pas paraître.

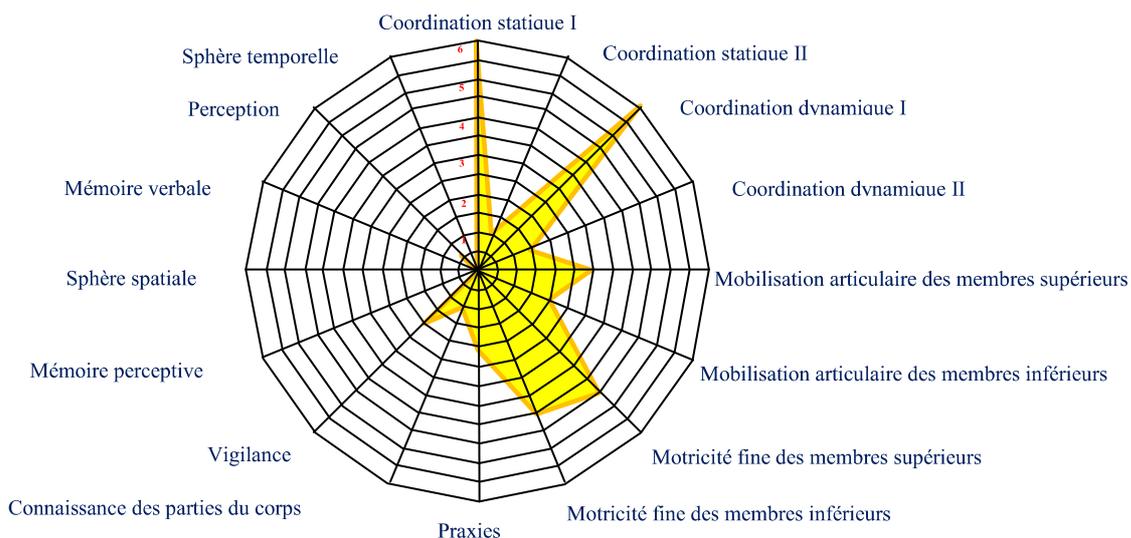
- **NPI-ES (janvier 2013)**

Le score obtenu est de 30 points. Madame M. présente les SCPD suivant : agitation/agressivité, désinhibition (comportement d'urination là où elle se trouve cotée dans

la désinhibition, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant (déambulation et s'allonge par terre / se relève constamment). Tous ces symptômes psychocomportementaux se produisent quotidiennement. L'agitation, la désinhibition, ainsi que les comportements moteurs aberrants impactent Madame M. de façon importante (score de 3), tandis que l'irritabilité est cotée comme une perturbation de gravité moyenne (score de 2). Le retentissement pour les soignants concerne principalement le comportement d'urination (désinhibition), suivi par la gestion d'agitation/agressivité. L'irritabilité et les comportements moteurs aberrants ne gênent pas tellement le travail des soignants.

- **Bilan psychomoteur : EGP (janvier 2013)**

Les scores obtenus à l'EGP sont représentés par l'étoile de synthèse. Le détail des scores par item est également disponible en ANNEXE IX .



L'équilibre statique est possible pour Madame M., sans appui. Elle peut se mettre sur la pointe des deux pieds en prenant appui, mais ne pourra pas tenir l'équilibre unipodal. En équilibre dynamique, Madame M. peut marcher seule sans appui mais le cherche souvent (appui corporel - appui sur ses genoux - ou matériel - barres de couloir, mobilier, prendre la main d'un tiers). Elle a un rythme de marche spontané lent, la longueur du pas est court et le polygone de sustentation élargi. Sa posture est très particulière : le tronc est incliné vers l'avant quasiment à 90°, les genoux sont également fléchis, le regard dirigé vers le sol ou l'avant. Le risque de chute, résultat de l'instabilité motrice, est donc présent. Madame M. peut accélérer sa marche sur une courte distance avec incitation et démonstration, mais ne peut

courir. Les mobilisations passives des membres inférieurs montrent une résistance au niveau des genoux. Madame M. a de bonnes capacités en motricité fine, elle peut déboutonner rapidement, pianoter et dépianoter des deux mains, mais aussi opposer pouce et doigts à droite. Madame M. peut aussi ramasser une pièce de monnaie sur une table. Elle aura des difficultés à déboutonner. Les compétences en motricité fine sont d'ailleurs relevées dans les AVQ<sup>14</sup> par les soignantes. Madame M. peut frapper le ballon des deux pieds sans appui, et va spontanément le ramasser avec les deux mains alors qu'il est un peu loin d'elle. Elle peut aussi rattraper le ballon à deux mains et le relancer en station assise. Madame M. peut écrire son prénom et sa date de naissance. Madame M. peut mimer l'utilisation des couverts, ce qui a néanmoins nécessité une répétition des consignes à plusieurs reprises. Cette dame est par ailleurs autonome au repas où elle utilise correctement ses couverts. Madame M. pourra mimer comment elle se brosse les dents en utilisant son index. Elle peut montrer ses cheveux, et nommer cinq parties du corps (genoux, cheveux, bras, talon, dent). Madame M. imite trois des quatre positions en simultané, mais ne peut pas le faire ensuite. Madame M. se montre relativement attentive lors des différents items, elle apprécie beaucoup la relation duelle. Elle identifie la couleur rouge et la forme carré de façon correcte. Madame M. peut répéter un mot après l'autre, mais l'apprentissage de trois mots n'est pas possible. Ces résultats diffèrent un peu du MMSE, la disponibilité de Madame M. peut être fluctuante. Madame M. identifie le chat et le raisin.

Les capacités de communication de Madame M. montrent une compréhension assez préservée. Elle peut avoir un discours cohérent et adapté à la situation. Madame M. présente des difficultés pour articuler, surtout quand elle est dans la plainte douloureuse. Elle peut être très souriante, comme elle peut se mettre à pleurer, sans pour autant que cela dure. C'est une dame qui gémit beaucoup, que ce soit en se déplaçant ou assise. Elle peut rire à des traits d'humour et en faire à son tour. Elle s'est montrée attentive un long moment aux différentes propositions, mais ça reste néanmoins problématique. Madame M. montre des capacités en motricité fine retrouvée au niveau fonctionnel, une désorientation spatio-temporelle, des difficultés de compréhension, ainsi qu'une instabilité motrice qui la place à risque de chutes, d'autant qu'elle est fatiguée avec une déambulation jusqu'à épuisement et une agitation. En effet, sa posture est très particulière et elle présente un comportement moteur aberrant qui correspond à s'allonger au sol toujours du côté gauche où se trouve son kyste (appui) puis se

---

<sup>14</sup> AVQ : Activité de Vie Quotidienne

relever, au cours de sa déambulation. Elle a besoin de se lever régulièrement, rester assis peut être difficile. Madame M. peut en effet se lever de sa chaise pour aussitôt se coucher au sol. La capacité des transferts du sol à la station debout est ainsi très automatisée.

Cette dame recherche énormément la relation duelle, et sollicite beaucoup les soignants. Ce comportement d'exclusivité peut devenir complexe à gérer car Madame M. peut s'irriter et devenir autoritaire et opposante lorsque l'autre souhaite partir et ne plus être à proximité physique d'elle. Elle apprécie beaucoup le contact tactile, qu'elle sollicite d'elle-même en prenant les mains par exemple, et peut faire preuve de gestes affectueux dans cette relation duelle (caresser la joue, dégager un cheveu...).

- **Echelle de déambulation : RAWs-LTC (janvier 2013)**

La passation de l'échelle de déambulation permet de voir que Madame M., si elle marche beaucoup plus que la moyenne des résidents ayant les mêmes capacités, peut s'asseoir par périodes. Elle marche spontanément, sans répit à certaines occasions, en va-et-vient de façon quotidienne. Les périodes de forte déambulation sont observées du lever au coucher, de façon un peu plus modéré entre le lever et le petit déjeuner. A noter que Madame M. peut déambuler aussi la nuit. Cette dame n'essaie pas de quitter l'UHR mais peut y être entraînée lorsque certains résidents l'emmènent par la main, notamment Monsieur D., en revenant dans l'unité sans s'en apercevoir a priori. Elle peut rentrer régulièrement dans des zones non autorisées lorsque les portes des chambres des autres résidents sont ouvertes. Madame M. a parfois besoin d'aide pour se diriger vers la salle à manger, elle ne peut s'y rendre sur demande verbale. Les autres lieux nécessitent un accompagnement. Son but ou sa destination sont quelquefois identifiables. Cette dame ne semble pas se cogner à d'autres résidents ou obstacles lors de ses déplacements.

- **Grille d'analyse fonctionnelle de la déambulation (janvier 2013)**

<b>Description de la déambulation</b>
---------------------------------------

Madame M. déambule tout au long de la journée, jusqu'à épuisement, d'autant qu'elle dort très peu et peut aussi déambuler la nuit. Madame M. déambule en gémissant, en étant beaucoup dans la plainte. Elle peut déambuler seule ou avec d'autres, en prenant souvent la main du soignant ou des autres résidents pour marcher. Suivant le résident, elle peut

rapidement montrer son désaccord en s'énervant. Ces situations pourraient augmenter sa fatigue : si les autres résidents avec qui elle se promène ne se reposent pas non plus, il est difficile pour elle de le faire. Son parcours de déplacement correspond à un comportement de recherche de la présence des soignants surtout. Elle ne cherche pas à ouvrir les portes des autres chambres ni à sortir d'elle-même de l'unité. Elle recherche beaucoup les interactions et prend plaisir à s'occuper des autres, notamment en se promenant avec eux. Elle est aussi parfois à l'initiative d'amener un autre résident. Elle peut aussi suivre les résidents ou soignants. Madame M. peut verbaliser son impatience de marcher par des petites phrases comme « Allez, on y va ». Contrairement à monsieur D, elle ne pose pas de questions répétitives s'inquiétant ce qu'il faut faire ou d'où il faut aller. Sa déambulation est interrompue par des moments où elle s'allonge au sol, que ce soit de sa hauteur ou bien en passant de station assise à allonger au sol. Ce comportement de marcher, s'asseoir, s'allonger est répétitif et se présente sous un aspect compulsif et complexe à stopper.

### **Facteurs déclencheurs/facilitateurs**

Madame M. déambule dès lors que le soignant n'est plus à portée de vue. Elle va aussi faire la même chose lorsqu'elle est assise et qu'une personne à proximité se lève pour se déplacer. Lorsqu'elle n'obtient plus une attention spécifique, madame M va se lever. Cette dame semble rechercher la proximité et le contact, pour être en relation duelle et exclusive. La plainte douloureuse qu'elle exprime en permanence peut largement participer à ce comportement de déambulation. Se placer à proximité d'elle, avoir un contact physique mais aussi discuter aide Madame M. à prendre des temps de repos. Certaines activités concrètes lui permettent aussi de prendre des temps de repos, d'autant qu'elle recherche beaucoup le contact des autres. Elle se montre très réceptive aux émotions d'autrui.

### **Conséquences de la déambulation**

La déambulation de Madame M. a des conséquences sur les activités de vie quotidienne comme le petit déjeuner, où elle reste debout, et le repas de midi pendant lequel elle se lève beaucoup, ce qui nécessite l'intervention régulière des soignants. L'habillage peut être rendu difficile et nécessiter de s'y reprendre, notamment avec les comportements de type allongement au sol. De plus, si les douleurs peuvent en partie être à l'origine de la déambulation, la réciproque peut être envisagée. Les douleurs de Madame M. peuvent être

accentuées par la déambulation, ces douleurs se situant notamment au niveau des genoux, en déambulant. Elle marche jusqu'à l'épuisement, ce qui peut favoriser aussi ces autres troubles du comportement (agitation/agressivité et irritabilité). Il peut arriver que la nécessité de déambuler interrompe aussi les activités qu'elle entreprend. Les soignants sont donc en constante sollicitation, et ne peuvent lui consacrer autant de temps qu'elle le souhaiterait. Cela leur demande aussi d'être vigilants lors des repas. Si les soignants ou les autres résidents ne répondent pas à Madame M., celle-ci peut devenir agressive. Par ailleurs, le fait qu'elle s'allonge sur le sol fait d'elle un obstacle au déplacement des autres résidents qui peuvent chuter s'ils ne l'ont pas vu allongée. Enfin, certains résidents ne supportent pas de la voir allongée au sol et peuvent essayer de la relever, ce qui peut induire un risque de chute ou de blessures pour elle-même et l'autre résident.

#### ***4. Objectifs de prise en soin de la déambulation en psychomotricité***

J'ai tenté de dégager trois objectifs de prise en soin en psychomotricité concernant la déambulation de Madame M. :

- aider au repérage spatial de sa chambre
- limiter la fatigue, la douleur et le risque de chute en favorisant des temps de repos et augmenter leur durée
- diminuer les levers de table au cours du repas

### **III. Prise en soin en psychomotricité de la déambulation**

#### **A. Approche environnementale**

##### ***1. Repérage spatial***

L'approche environnementale s'oriente vers l'architecture et l'aménagement de l'unité mais aussi vers la mise en place de repères spatiaux. Concernant les repères spatiaux, j'ai pu constater que l'UHR contenait des éléments permettant de différencier en partie les espaces, et de les rendre chaleureux. Un tableau de manipulation ainsi qu'un tableau sensoriel tactile sont présents à proximité des canapés. Des tableaux jalonnent le couloir où se trouvent un certain nombre de chambres. Certains de ces tableaux ont été faits par les résidents eux-mêmes et l'art-thérapeute. Une fiche de signalisation pour les toilettes communes a été

apposée sur la porte (écriture + pictogramme). Les portes des chambres des résidents sont de même couleur, une petite signalétique comporte le nom du résident et son numéro de chambre. Une image sur le thème de la peinture y est accolée, différente pour chaque chambre. Les psychomotriciennes avaient installé les photos des résidents avec leur nom en format A4 sur les portes, pour favoriser le repérage spatial des résidents, ce que l'on retrouve parfois dans la littérature. De bons échos de la part de l'équipe semblaient montrer l'intérêt et l'utilité de ce support visuel pour que les résidents retrouvent davantage leur chambre. L'une des résidentes déambulante a cependant tout enlevé.

### Démarche

J'ai supposé que Monsieur D., qui déambule régulièrement en essayant d'ouvrir les portes des chambres, essayait peut être entre autre chose de trouver sa chambre. Il fallait donc trouver le moyen de remettre les photos sans « provoquer » les résidents qui ont tendance à manipuler et décoller les affiches. J'ai donc modifié l'emplacement des photos en les positionnant au niveau de la signalétique placée à l'entrée des chambres (sur l'image, d'où la taille réduite des photos). Certaines étiquettes comportant le nom du résident ont été malmenées mais aucune marque sur les images de tableau de peinture. Chaque résident a donc été pris en photo, ce qui a permis de créer de nouvelles interactions. Chaque résident a été sollicité pour regarder sa photo, afin de savoir s'il se reconnaissait et si ça lui convenait. (ANNEXE VIII)

### Impact

A la question « Qui se trouve sur la photo ? », la première fois Monsieur D. a répondu qu'il s'agissait de son père. On peut donc supposer que Monsieur D. a perçu un visage qui lui était familier, même s'il ne s'est pas reconnu. Les photos plastifiées ont été placées. Deux mois plus tard, seulement deux sur les douze avaient été enlevées. J'ai essayé de solliciter Monsieur D. pour qu'il identifie la photo à chaque approche ou entrée dans sa chambre. Il a pu me dire chaque fois que c'était lui sur la photo, qu'il s'agissait de sa chambre.

### Limites

L'une des premières limites de cette proposition concerne la durabilité des supports. Comme expliqué précédemment, certains résidents enlèvent les éléments de type affiche des

murs. De plus, certains paramètres comme la taille des photos ou encore la hauteur ne correspondent pas aux besoins de tous les résidents, notamment ceux qui ont des problèmes visuels. Les résidents de l'UHR présentent majoritairement une prosopagnosie, qui implique qu'ils ne se reconnaissent pas forcément eux-mêmes sur ces photos, ce qui pourrait par ailleurs être perturbant ou angoissant. Par ailleurs, j'avais initialement pensé à associer à ce support visuel une approche comportementale en travaillant avec Monsieur D. un déplacement qui ait du sens pour lui de façon répétée, c'est-à-dire rejoindre sa chambre. Les chambres des résidents nécessitent un passe, ce qui veut dire que même si un essai de systématisation d'un déplacement était fait, ce monsieur n'aurait pas eu à disposition sa clé dont il ne sait pas se servir. Il ne peut donc pas ouvrir la porte, qui signe la réussite du déplacement (renforcement positif). De plus, ce type d'essai s'appuie sur la répétition, ce qui aurait nécessité l'intervention régulière de l'équipe soignante présente au quotidien pour envisager une éventuelle efficacité, ce qui reste très contraignant. Il faut donc trouver un équilibre entre besoin et stimulation des compétences du résident, et disponibilité des soignants. Cela fait aussi référence à la notion d'intrusion dans les chambres des autres résidents des sujets déambulants.

## ***2. Barrières visuelles : marquage au sol***

### Démarche

Une barrière visuelle représentant une bibliothèque a été installée pour camoufler la porte coupe-feu située au bout du couloir, sécurisée par un digicode, avec un éclairage classique. Ce camouflage n'empêche pourtant pas Monsieur D. de dépenser son énergie à secouer la porte afin de l'ouvrir et passer de l'autre côté. Monsieur D. a donc bien repéré qu'il s'agissait d'une porte. Il faut ajouter que cette porte est utilisée communément par les soignants et les visiteurs, et notamment pour faire passer les chariots des repas ou du matériel de nettoyage. Enfin, la femme de Monsieur D. repart également par cette porte accompagnée par Monsieur D.

Certains travaux présentés plus haut montrent l'intérêt du marquage au sol placé devant une porte, sous forme de bandes ou de carreaux. J'ai souhaité essayer cette intervention avec Monsieur D. Associée à l'idée de la barrière visuelle, j'ai voulu potentialiser l'utilisation de la salle d'activité placée juste avant la porte coupe-feu. Cette salle d'activité est fermée lorsqu'il n'y a pas d'activité. L'idée était d'abord de détourner l'attention. J'espérais induire un retour

vers la salle commune de Monsieur D. en laissant cette porte ouverte - l'intérieur était donc visible aux résidents dont Monsieur D., ou bien fermée - mais pas à clé. Cela signifie qu'une tentative pour ouvrir cette porte aboutissait à une réussite, contrairement à toutes les autres portes de l'UHR. Si le résident voit que son action sur la poignée en induit une autre, à savoir que la porte s'ouvre, alors l'élan initial visant à aller au fond du couloir vers la porte coupe-feu serait peut-être stoppé. J'ai donc cherché à mettre des bandes adhésives avant la porte coupe-feu, en formant un angle afin d'inciter la personne à bifurquer vers la porte de la salle d'activité (ouverte ou fermée). J'ai essayé de changer la largeur de la barrière visuelle, puis de faire des carreaux et non plus seulement des bandes (suggéré dans la littérature). Afin de rassembler des observations sur les réactions des résidents en général dont celle de monsieur D, j'ai construit une grille que les soignantes, présentes au quotidien sur l'UHR ont accepté de remplir. J'ai pu recueillir différentes observations couvrant cinq semaines d'essai. La grille et les photos des barrières visuelles sont en ANNEXE XI.

### Impact

Cinq soignantes ont pu me retransmettre les grilles d'observation. Elles ne l'ont pas toutes remplie de la même façon, les observations peuvent se contredire pour certains résidents.

En ce qui concerne Monsieur D., les observations convergent pour dire que les premiers jours de l'installation du marquage, Monsieur D. regardait les bandes au sol et enjambait le marquage avant de tenter d'ouvrir les portes. Au bout de quelques jours, seul le regard au sol est encore présent, Monsieur D. n'enjambe plus mais marche normalement pour aller aux portes. On peut supposer une familiarisation avec le support. Aucune soignante ne signale de signes d'hésitation ; deux signalent un arrêt avant que Monsieur D. n'enjambe le marquage. Par rapport à la salle d'activité, deux soignantes indiquent que Monsieur D. ferme ou ouvre la porte, selon que celle-ci est ouverte ou fermée, avec un retour vers l'office. Cependant toutes les soignantes ne le relèvent pas. Madame M. est citée par une soignante qui note qu'elle regarde au sol le marquage mais marche dessus sans aucun autre signe. Une autre résidente déambulante a beaucoup investi la salle, ce qui est repris par trois soignantes. Elles notent que cette résidente, madame L., entre dans la salle et peut y rester assise un long moment, ce qui a nécessité qu'une soignante aille la chercher. Madame L. semble réagir à la porte laissée ouverte qu'elle va fermer régulièrement. Une soignante note que madame L. a aussi fait des

selles dans la salle. Enfin, madame L. et un autre résident ont réussi à décoller du sol les bandes adhésives.

Selon les résidents, les réactions étaient différentes mais elles n'ont jamais induit d'arrêt avec retour vers l'office. Les observations recueillies ne permettent pas de dire si l'angle formé par les bandes a un effet sur la redirection du résident vers la salle. Le fait de laisser la porte ouverte semblait avoir plus d'effet que si elle restait fermée.

### Limites

La grille proposée demandait d'indiquer si possible le moment de la journée de la réaction observée, ce qui n'a été précisé sur aucune. Ce type d'éléments semble trop contraignant pour les soignantes. Certaines observations n'étaient pas associées au nom d'un résident.

Comme expliqué dans la démarche, la porte coupe-feu est utilisée quasiment tout le temps par les soignants et les visiteurs. Les résidents perçoivent ce va-et-vient, ils peuvent être présents et voir les soignants utiliser ce passage. Par ailleurs, l'exemple de Monsieur D. me questionne quant à l'influence de la conception architecturale de l'unité. La porte coupe-feu est en effet placée tout en bout de couloir. Monsieur D., une fois lancé dans le couloir, arrive quasiment toujours au bout et tente d'ouvrir les portes si aucun soignant n'intervient.

L'une des hypothèses, indépendamment de la barrière visuelle bibliothèque, est que sa localisation au fond d'un couloir rectiligne induit ce type de déplacement : pas d'arrêt ni de bifurcation sans intervention extérieure. En réunion, il a été demandé d'essayer de passer moins souvent par là. La réflexion menée montre que les contraintes liées au travail des soignantes n'a pas permis d'essayer. Comme noté dans les grilles d'observation, l'un des résidents a commencé à décoller le ruban adhésif du sol. Par ailleurs, ce type de proposition rencontre des limites « techniques », eu égard au genre de matériel utilisé. Ici, j'avais choisi un ruban adhésif contrastant avec le sol, permettant une bonne adhérence, et antidérapant pour ne pas induire de chute au cas où les résidents marcheraient dessus. Finalement les passages quotidiens de machines auto-lavantes ont fini par décoller le ruban adhésif. Il a été nécessaire de replacer les bandes à plusieurs reprises. Enfin, la salle d'activité servant en quelque sorte de diversion n'était pas laissée constamment ouverte par les équipes à cause notamment du nettoyage supplémentaire, ce qui constitue aussi un facteur limitant.

### *3. Aménagement d'un espace repos avec des éléments incitatifs pour s'asseoir*

#### Démarche

L'UHR se compose d'un espace canapé, qui peut accueillir six résidents à la fois. Après le repas du midi, les soignantes s'installent à cet endroit, en ajoutant des chaises pour les résidents ne faisant pas la sieste afin de proposer un temps au calme collectif. Cet espace important de l'UHR m'a posé question. Au niveau de l'installation, certains résidents qui somnolent s'y retrouvent très mal installés, les dossiers arrivant à mis dos, sans appui pour la tête. De plus, ce sont des assises relativement profondes.

Par ailleurs, cet espace est situé juste à l'approche du couloir. Les résidents installés sur le canapé orienté vers le fond du couloir, en voyant les allées et venues des soignants ou d'autres personnes, pourraient être plus en difficulté pour rester se reposer. C'est le cas de Madame M. qui se lève ou suit d'autres personnes en cherchant le contact, ou encore de Monsieur D. qui pourrait être davantage incité à se diriger vers les portes coupe-feu et tenter de quitter le service. Enfin, il n'y a pas de supports visuels stimulants au-dessus des canapés, ni de matériel à manipuler à proximité : les panneaux sensoriels (tactile et de manipulation) se trouvent sur le côté, donc hors du champ perceptif des résidents.

J'ai réfléchi à la possibilité d'investir l'un des espaces de la salle à manger qui n'est actuellement pas meublé, afin d'installer ce lieu hors de la vue de la porte coupe-feu. Je pourrai y déposer du matériel de stimulation (journaux ou magazines, panneaux de manipulation posés sur un plan horizontal afin de permettre la manipulation assise et non debout), le tout mis à disposition des résidents, afin d'inciter au repos. Il pourrait s'agir de matériel rangé dans l'office sorti par les soignants afin d'assurer la sécurité des résidents.

Par ailleurs, les psychomotriciennes et l'ergothérapeute réfléchissaient en même temps à investir dans un fauteuil inclinable, pour les résidents déambulants la nuit qui s'endorment souvent sur les canapés dans des postures inconfortables. Les deux idées se sont en partie rejointes. J'ai pu participer au début des recherches de fauteuil. Certaines caractéristiques devaient être respectées, notamment les dimensions de profondeur et de hauteur d'assise, le confort, l'esthétique, et les facilités d'entretien. A l'heure actuelle, le mobilier a été choisi et commandé. Aucune observation n'a pu être faite sur les réactions et l'utilisation par les résidents de ce nouvel espace.

## Limites

Envisager l'achat de nouveau mobilier nécessite de travailler conjointement entre professionnels, ici la psychomotricienne et l'ergothérapeute, du fait des caractéristiques précises du mobilier. Par ailleurs, l'espace que j'avais envisagé pour installer les nouveaux fauteuils est aussi un lieu où certains résidents désorientés se rendent pour leurs besoins. Enfin, l'idée de laisser à disposition des éléments sensoriels ou de stimulation nécessite de réfléchir à la sécurité des résidents afin d'éviter les risques de chute notamment.

## **B. Approche occupationnelle**

### Démarche

Des activités sont à disposition des soignants qui peuvent les proposer aux résidents. Il peut s'agir de tâches de vie quotidienne, comme essuyer les tables, mettre les nappes ou les couverts, ou encore plier le linge. Des activités récréatives sont aussi disponibles, notamment des activités graphiques (coloriage ou écriture), jeux de construction ou encore lecture/feuilletage de magazines. J'ai essayé d'impliquer Monsieur D. lors d'activités à table. Monsieur D. est cependant très distractible et vite agacé. J'ai souhaité utiliser ce type de support avec Madame M., qui sollicite les situations duelles. Ce type d'approche s'est aussi effectué en groupe avec d'autres résidents.

### Impact

Mise à part la discussion et la marche, les activités proposées à monsieur. D. ne lui permette pas de s'y tenir. Le solliciter peut provoquer de l'agacement et le faire se lever de la table. Passer par des activités occupationnelles est une approche peu adaptée pour l'inciter à prendre des temps de repos. Pour autant, par deux fois Monsieur D. a pu rester au moins 15 minutes à table avec d'autres résidents pour feuilleter des magazines ou faire un jeu de construction.

En revanche, Madame M. est très réceptive aux activités occupationnelles, et peut se poser longtemps sur une activité, entre 20 et 45 minutes pour les quelques essais. Elle apprécie notamment le coloriage, l'écriture, les jeux de construction et la lecture. Il est parfois nécessaire de la solliciter pour relancer son intérêt.

## Limites

Ce type d'activités demande des capacités attentionnelles, ce qui rend difficile les propositions pour Monsieur D. Elle demande de connaître les compétences du résident afin de ne pas le mettre en échec, et d'éviter une sur-sollicitation du résident qui peut se lever et partir de table. J'ai pensé à ce type d'approche surtout dans le but de trouver des activités à table ne sollicitant pas une activité de locomotion, ce qui permet de reposer les membres inférieurs.

## **C. Approche physique et motrice**

### Démarche

Avec Monsieur D., l'un des objectifs de mes propositions visait, d'une part, à proposer une activité locomotrice ayant un sens, avec la proposition d'un temps dans le jardin de l'EHPAD ou sur le balcon selon les disponibilités, et, d'autre part, à inciter Monsieur D. à varier son rythme de marche en l'encourageant à explorer et s'intéresser à son environnement, proche ou lointain, par la mise en jeu de plusieurs sensorialités. Par ailleurs, les habitudes de vie de Monsieur D. montrent qu'il aimait aller se promener. J'ai également fait cette proposition à Madame M. pour l'inciter à prendre des moments de pause dans un cadre différent de l'unité. Afin de recueillir des éléments d'observation, j'ai élaboré une grille d'observation (ANNEXE XII).

### Impact

Trois sorties avec Monsieur D. à l'extérieur ont permis de noter quelques éléments. Les temps de sorties (temps passé dehors) ont varié de 3 à 15 minutes. Dans le jardin, Monsieur D a accepté chacune de mes propositions, à savoir s'asseoir sur le banc, mais il était nécessaire de ne pas y rester longtemps. Monsieur D. a également répondu aux sollicitations, visuelles (regarder le tram passer) mais aussi tactiles (cueillir une fleur). Certaines sollicitations nécessitaient de s'arrêter (cueillir une fleur). Monsieur D. a pu tenter spontanément de gratter la terre du petit potager. Néanmoins, c'est difficile pour lui de ne pas se rendre jusqu'au portail délimitant le jardin, sans pour autant insister pour l'ouvrir. Chaque sortie s'est arrêtée à l'initiative de Monsieur D. Il a pu être attentif à la fois à des stimuli lointains et proches. Au retour des marches, il n'est pas resté assis à la place où je l'ai raccompagné.

J'ai essayé deux sorties avec Madame M. Lors de la première, dans le jardin, Madame M. n'a pas voulu franchir la porte et s'est allongée au sol. Elle était irritable au moment de se préparer. La deuxième sortie s'est faite sur le balcon. Madame M. était dans la plainte avant la proposition. Elle n'a pas hésité à franchir la porte et a accepté de s'asseoir sur le fauteuil au début du temps de promenade, pendant quelques minutes. Madame M. a pu se focaliser sur des stimuli visuels lointains, comme les fleurs d'un arbre ou encore des oiseaux. Il semblait plus facile pour elle d'être attentive aux stimuli lorsqu'elle était assise que lorsqu'elle s'est mise à marcher sur le balcon. Après dix minutes sur le balcon, Madame M. a souhaité rentrer. Elle n'a pas pu rester assise lorsque je me suis levée de mon siège.

Que ce soit pour Monsieur D. ou Madame M., les marches en extérieur n'ont pas permis un allongement du temps resté assis au retour dans l'unité. Ils ont tous les deux été à l'initiative de rentrer. Monsieur D. a pu réguler un peu son rythme de marche avec l'accompagnant et répondre aux sollicitations. Madame M. était plus disponible lorsqu'elle était assise que lors de son déplacement.

### Limites

Ce type d'approche dépend de la météo à l'extérieur et de l'envie du résident. Il était ici nécessaire de rassurer Monsieur D. et Madame M. car le fait de sortir en extérieur a potentiellement induit de l'anxiété. C'était peut-être lié à l'incompréhension ou à la nouveauté de la situation, le jardin nécessitant de prendre l'ascenseur pour descendre au rez-de-chaussée. Je me suis aussi posée la question du choix de la sortie pour accéder au jardin avec les résidents, en me disant qu'il fallait éviter de passer par la porte coupe-feu., faisant l'hypothèse que ça pourrait contribuer aux tentatives de Monsieur D. pour quitter l'unité.

## **D. Approche comportementale**

### ***1. Augmenter le temps passé assis pendant le repas***

#### Démarche

En m'inspirant du travail de Heard et Watson (1999), ainsi que Beattie (2004), j'ai d'abord observé pendant trois repas les comportements de Madame M. et Monsieur D., afin d'en faire une analyse fonctionnelle de type ABC. L'observation consistait à noter l'ensemble des actions des deux résidents et de trier ensuite les éléments en termes d'antécédents,

comportement, conséquences. Afin de resituer le contexte, il est nécessaire d'ajouter que les résidents sont répartis sur trois tables lors du repas de midi. L'une des trois tables se compose de résidents autonomes sans qu'il n'y ait de soignante. Les deux autres tables regroupent certains résidents qui doivent être accompagnés par une soignante. Enfin, une aide-hôtelière est notamment chargée de servir les plats aux résidents, secondée par les soignantes au besoin. A noter que l'une des deux soignantes part en pause avant la fin du repas. La psychomotricienne de l'établissement participe au repas de l'UHR une fois par semaine pour accompagner certains résidents et travailler au maintien des capacités fonctionnelles.

Pour Monsieur D., les trois observations de repas ont mis en évidence des signes annonçant qu'il allait se lever. Monsieur D. peut s'exprimer par des phrases comme « Je n'en peux plus », « Allez, dépêche-toi ». Il se recule, se lève, se rassied ou reste un peu debout. Il peut aussi se déplacer, vers les tables voisines ou vers les soignantes, en mangeant parfois un dans l'assiette de l'un des résidents. Ces comportements semblent se produire dans les moments d'attente, lorsqu'il n'y a pas d'interactions ou de discussion, lorsqu'il est surpris (ex : la soignante repousse sa table). Les stratégies des soignantes sont diversifiées. Elles consistent à lui rappeler de s'asseoir à table, avec ou sans contact physique associé. L'effet est variable d'une fois sur l'autre, mais surtout très bref. Les soignantes servent du pain ou de l'eau entre les plats pour le faire patienter. Les soignantes le raccompagnent aussi à la table ce qui peut se produire plusieurs fois de suite avant que Monsieur D. ne reste effectivement assis.

Madame M. se trouve généralement à une table de quatre résidents, où une soignante est présente. La soignante se charge d'un autre résident. Globalement l'ambiance sonore pendant les repas est importante en début et en fin. Il y a souvent du mouvement dans la salle avec la nécessité de transporter les plats aux résidents qui ne mangent pas au même rythme. Les quatre observations au temps de repas ont permis de voir que Madame M. se lève, se recule ou se déplace six à sept fois par repas. A l'une des observations, elle ne s'est pas levée du tout, et était très fatiguée. Les tentatives de déplacement se produisent généralement au moment des temps d'attente entre les plats. Les soignantes doivent souvent verbaliser. Elles demandent au moins deux fois à Madame M. de s'asseoir avant que celle-ci ne se réinstalle à sa place. Pour l'aider à patienter, on lui sert de l'eau et du pain. Elle semble davantage se déplacer lorsque les soignantes sont plus en mouvement, et cherche à se rapprocher de l'une d'entre elles ou d'accrocher le regard.

J'ai souhaité essayer sur le temps d'un repas les interventions tirées de Beattie et al. (2004). Ils ont utilisé le principe de renforcement positif quand le sujet était assis à table, en focalisant la conversation sur le repas et les différents éléments associées, avec l'utilisation des CNV, et essayer d'enchaîner les plats pour réduire l'attente. Trois résidents étaient à la même table, dont Monsieur D. et Madame M., une soignante s'occupant du troisième résident. J'ai axé la discussion à fois sur les actions de l'un ou de l'autre (Monsieur D. pliait sa serviette par exemple), je les ai incités à aider à remettre la nappe en attendant le chariot du repas. J'ai également été chercher le menu du jour en le leur lisant. Monsieur D. a souhaité manipuler la feuille en cherchant à effacer le texte. Madame M. était attentive à la discussion, en regardant bien Monsieur D. très bavard. Il était aussi question de porter leur attention sur eux-mêmes, comme les vêtements portés par chacun. Monsieur D. a commencé à montrer des signes d'impatience en disant qu'il avait faim. Mais leur servir un verre d'eau, et attirer leur regard vers le chariot qui arrivait, a permis qu'ils ne se lèvent pas.

### Impact

Monsieur D. et Madame M. ont pu patienter entre 10 et 15 minutes entre le moment où ils se sont installés et celui où le chariot est arrivé. Ils. ont poursuivi leur repas sans se lever ou se déplacer. Pendant le repas, ils ont pu être disponibles pour répondre à quelques questions centrées sur le repas (relatif au goût, à la température des plats, s'il est possible de débarrasser...). Monsieur D. et Madame M. mangent rapidement. Les temps d'attente ont été comblés par la discussion ou des actions (servir de l'eau ou du pain). Monsieur D. ne s'est levé qu'une fois le café terminé. Madame M. a pu rester seule à table sans soignant 10 minutes après avoir terminée son dessert, avant de se lever. Elle n'a pas cherché du regard la présence d'une soignante, ce qui avait pu être observé en amont.

### Limites

Ce type d'intervention nécessite d'anticiper les signes précurseurs du comportement. Cet essai sur un repas a permis d'observer que les deux résidents ne se sont pas levés, mais sans savoir ce qui leur a permis de rester à table d'un bout à l'autre du repas. De nombreux facteurs entrent en effet en ligne de compte, comme l'environnement ambiant (le mouvement et le bruit), le déroulement de la matinée pour chacun des résidents, ou encore les interactions avec les voisins de table. Cette technique me semble difficile à appliquer au niveau des effectifs soignants/résidents, certains résidents nécessitant une aide totale ou une stimulation verbale

ou gestuelle. Elle met le doigt sur les difficultés existantes entre la nécessité d'une organisation institutionnelle et le respect du rythme de la personne. Afin de réduire le temps d'attente entre les plats, il aurait pu être envisagé de présenter l'ensemble des plats sur un même plateau au résident, un soignant étant présent pour vérifier et présenter les plats au bon moment.

## **2. Autres essais**

Avec monsieur D, j'ai essayé à plusieurs reprises de passer par du détournement d'attention et de la redirection, alors qu'il approchait de la porte coupe-feu. Je lui ai proposé notamment d'entrer dans la salle d'activité, lui disant de venir avec moi en repartant vers l'office, ou encore en lui présentant ses chaussures pour qu'il les mette aux pieds avant de revenir sur ses pas. Pour ralentir sa marche et détourner son attention, j'ai pu aussi lui proposer de toucher le tableau tactile du couloir ou le panneau de manipulation, mais ce type de sollicitation l'a plutôt agacé. Sans essayer de quantifier, ce monsieur semble pour autant mieux réagir aux sollicitations verbales et visuelles que tactiles lorsqu'il est lancé sur son idée. J'ai également accompagné Monsieur D. lorsqu'il quittait l'unité par les portes coupe-feu. Les deux essais ont abouti à marcher jusqu'au bout du couloir, Monsieur testant l'ouverture des portes, puis repartir dans l'autre sens pour repasser les portes coupe-feu. L'accompagnement de Monsieur D. m'a permis de constater qu'il ne montrait pas de difficulté pour revenir dans le service, ce qui semble montrer qu'il n'a pas une volonté de fugue.

## **IV. Evolution des résidents et réévaluation**

Il s'agit ici de présenter l'évolution des deux résidents en quatre mois. L'EGP n'a pas été reproposé, l'objectif n'étant pas de réévaluer les résidents mais d'identifier leurs compétences avant la mise en place des différentes approches. De même, le MMSE n'a pas été reproposé, l'objectif de départ étant d'avoir une idée globale des capacités cognitives des résidents, car les derniers MMSE disponibles étaient anciens. L'évolution des résidents porte donc sur les capacités fonctionnelles, les troubles psycho-comportementaux et la déambulation.

## A. Monsieur D.

### 1. Capacités fonctionnelles (Avril 2013)

**Sommeil** : le sommeil est variable, les réveils sont fréquents et Monsieur D. se lève de bonne heure (5 h). Il présente des comportements de déambulation nocturne importants.

**Habillage** : aide totale nécessaire, mise en place de combi-pyjama pour éviter les comportements de déshabillage.

**Toilette** : aide totale nécessaire, quelques gestes sont conservés (parfois pour se laver les dents). Monsieur D. ne présente pas d'opposition mais il est nécessaire que le soignant fasse vite pour ne pas entraîner d'agacement.

**Continence** : protection en permanence, des signes permettent de repérer lorsque Monsieur D. a besoin d'aller aux toilettes auquel cas il est accompagné. Monsieur D. conserve les gestes pour aller aux toilettes.

**Repas** : autonome, Monsieur D. mange bien mais réclame tout le temps à manger. Il mange les plats avec une consistance normale (texture entière). Monsieur D. peut déambuler en attendant l'arrivée des plats.

**Repos/sieste** : se repose un peu en chambre après le repas, durée brève.

### 2. NPI-ES (Avril 2013)

Le score au NPI-ES est de 76/144, contre 65 en janvier. Monsieur D. présente les SCPD suivants : idées délirantes, agitation/agressivité, anxiété, désinhibition, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant, trouble du sommeil. L'item « troubles de l'appétit » n'est plus coté. Chaque SCPD se produit très fréquemment, c'est-à-dire quotidiennement, excepté pour les troubles du sommeil qui se produisent plusieurs par semaine mais pas tous les jours. La gravité du trouble pour le résident est légère (score de 1) en ce qui concerne le sommeil, moyenne (score de 2) pour ce qui est de l'irritabilité/instabilité, et importante (score de 3) pour les autres SCPD. Concernant les comportements moteurs aberrants, la déambulation de Monsieur D. peut se faire parfois dans une tenue inadaptée, il sort souvent de l'unité. Le retentissement pour l'équipe soignante varie selon le comportement ciblé. L'agitation/agressivité, l'anxiété, la désinhibition, l'irritabilité, les comportements moteurs aberrants et les troubles du sommeil ont un retentissement sévère sur l'équipe soignante dont le travail se trouve désorganisé. Monsieur D. sollicite énormément les soignants, déambule beaucoup, et force notamment les portes coupe-feu pour sortir de l'unité. Il se déshabille aussi beaucoup, ce qui peut notamment lui valoir des réflexions de la part de certains résidents.

### 3. RAWs-LTC (mai 2013)

Monsieur D. obtient un score global à +3,91 DS, soit en légère baisse par rapport à janvier. Les différences se situent à la fois au niveau de la sous-échelle « marche persistante » mais aussi « comportement de fugue ». Monsieur D., s'il marche toujours beaucoup plus que les autres résidents, s'assied plus souvent par période. Monsieur D. semble aussi moins déambuler entre le petit déjeuner et le repas du midi, également entre le dîner et le coucher, ce qui est néanmoins variable (il peut se coucher de bonne heure, mais aussi très peu dormir et se relever pour déambuler la nuit). Concernant le comportement de fugue, Monsieur D. réussit à sortir de l'UHR régulièrement mais plus quotidiennement. Aucune modification n'est notée quant à la désorientation spatiale.

Sous-échelles	Scores bruts (DS)	
	Janvier 2013	Mai 2013
Marche persistante	34 (+4,42)	31 (+3,44)
Comportement de fugue	16 (+8,59)	15 (+7,85)
Désorientation spatiale	16 (+0,59)	16 (+0,59)
Score global	66 (+4,45)	63 (+3,91)

## B. Madame M.

### 1. Capacités fonctionnelles (Avril 2013)

**Sommeil** : le lever est aléatoire, Madame M. n'est pas réveillée par les soignantes qui la laisse dormir. Les nuits sont courtes et peuvent être agitées, Madame M. peut déambuler.

**Habillage** : Madame M. participe selon son humeur, elle est en capacité de lever et baisser son pantalon.

**Toilette** : la douche est réalisée sur une chaise de douche. Madame M. n'apprécie pas la douche et peut se montrer agressive ou agitée et s'allonger sur le sol. Elle peut se laver les dents seule.

**Contenance** : Madame M. porte des protections, elle est sollicitée pour se rendre aux toilettes, mais peut uriner où elle se trouve lorsqu'elle en ressent le besoin.

**Repas** : autonome, mais se lève de table régulièrement de façon apparemment aléatoire. Elle termine ses assiettes.

**Repos** : Madame M. refuse la sieste après le repas, elle se repose allongée au sol ou assise sur un canapé, la plupart du temps sur une plus longue durée, comparativement aux autres moments de la journée.

### 2. NPI-ES (Avril 2013)

Le score au NPI-ES est à 30/144, soit une baisse de 7 points par rapport à janvier. Madame M. présente les SCPD suivant : agitation/agressivité, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant (déambulation et s'allonge par terre / se relève constamment). Les comportements d'urination ne sont plus considérés comme de la désinhibition, ce qui explique la chute du résultat global au NPI. Tous ces symptômes psycho-comportementaux se produisent très fréquemment, c'est-à-dire quotidiennement. L'agitation, l'irritabilité ainsi que les comportements moteurs aberrants perturbent Madame M. de façon importante (score de 3), ce qui est en augmentation par rapport à janvier. Le retentissement pour les soignants concerne principalement l'irritabilité et l'agitation/agressivité. Les comportements moteurs aberrants n'impactent pas tellement leur travail.

### 3. RAWLS-LTC (mai 2013)

Madame M. obtient un score de +3,37 DS, ce qui est en légère augmentation par rapport au mois de janvier. Madame M., si elle marche toujours beaucoup plus que les autres résidents, s'assied plus rarement. Madame M. paraît marcher presque constamment toute la

journée, mais un peu moins entre le midi et le coucher. Madame M. est davantage posée entre le dîner et le coucher. Madame M. entre un peu moins dans les zones non autorisées, lorsqu'elle cherche le soignant. La localisation de la salle à manger nécessite désormais une aide à chaque fois. Par ailleurs, son but ou sa destination semble moins bien identifiable de l'extérieur. Elle peut se cogner contre d'autres résidents ou obstacles à certaines occasions, notamment lorsqu'elle est épuisée au bout de quelques jours, quand elle manque de sommeil et que s'y ajoutent agitation et déambulation.

Sous-échelles	Scores bruts (DS)	
	Janvier 2013	Mai 2013
Marche persistante	30 (+3,43)	30 (+3,43)
Comportement de fugue	9 (+3,44)	8 (+2,71)
Désorientation spatiale	18 (+0,92)	20 (1,25)
Score global	57 (+3,23)	58 (+3,37)

## Partie IV- Discussion

---

Les illustrations présentées dans ce mémoire comportent de nombreuses limites. Je n'ai pas utilisé d'outil de façon systématique, notamment pour l'approche occupationnelle. Les approches proposées ont été conduites de façon ponctuelle. L'impact de ces approches ne peut donc pas être évalué.

A l'origine, avec l'étalonnage d'un outil d'évaluation de la déambulation, la RAWs-LTC, le projet de ce mémoire consistait à aborder la prise en soin en comparant deux groupes de résidents déambulants, chacun ayant une prise en soin différente. Cela aurait consisté à évaluer l'effet de chaque intervention (comparer avant et après l'intervention pour chacun des groupes), mais aussi comparer les deux types d'approches choisies (comparer les résultats des groupes entre eux). Comme cela a été écrit précédemment, les études actuelles évaluant les interventions proposées aux résidents déambulants sont peu nombreuses et surtout de faible qualité méthodologique. Avant de démarrer un projet d'étude comparant l'efficacité de deux types d'intervention, il est important, d'une part, de répertorier les différentes approches existantes, validées ou non, et, d'autre part, de mener une réflexion sur la place du psychomotricien auprès de cette population et face à ce symptôme, afin de mieux cibler les prises en soin psychomotrices envisageables. Ce mémoire peut ainsi être vu comme un pré-travail, en illustrant de façon non exhaustive les possibilités du psychomotricien qui est désormais l'un des professionnels appelé à travailler en unité spécialisée comme les UHR. La difficulté de la mise en place d'un protocole avec les résidents déambulants tient aussi à la nécessité d'adapter les types d'approche en fonction du résident et du type de déambulation qu'il présente, que ce soit au niveau des objectifs mais aussi des moyens. Les deux résidents choisis pour ce mémoire ne présentent en effet pas les mêmes manifestations de déambulation, et ne sont pas réceptifs aux mêmes approches. L'appariement des sujets serait l'une des difficultés pour établir un protocole sur des groupes. Il peut être cependant intéressant de proposer un protocole avec un seul résident dans un prochain travail. Par ailleurs, des perspectives s'ouvrent également sur les possibilités d'action du psychomotricien sur la déambulation pour les sujets à domicile.

Il me semble que le rôle du psychomotricien en UHR évolue : d'une part il y a la phase de réflexion et de conception d'une telle unité à laquelle il peut se trouver associé ; d'autre part, il peut faire valoir ses compétences professionnelles une fois l'unité créée et les résidents

accueillis. Lors de la phase de création, le psychomotricien peut être sollicité pour réfléchir aux modalités concernant l'environnement physique mais aussi social des résidents. Cette approche environnementale se poursuivra une fois l'unité créée. Il peut également élaborer des outils d'évaluation afin de mieux connaître les résidents, d'autant plus que les facteurs psychologiques et sociaux prennent une part importante dans la compréhension des troubles psycho-comportementaux. Une fois l'unité spécialisée créée, la place du psychomotricien peut se trouver modifiée. En plus de son rôle d'observation et d'évaluation des résidents qui permet de valoriser les compétences préservées et de repérer les difficultés psychomotrices, le psychomotricien a la possibilité d'intervenir de multiples façons. Son évaluation et ses observations peuvent permettre aux soignants de proposer des activités, selon une approche qu'on peut qualifier d'occupationnelle, afin de mettre les résidents en situation de réussite, participant au bien-être du résident. En ce sens, il contribue à apporter une autre vision que les soignants peuvent avoir du résident.

Il peut également apporter de l'information et de la formation aux soignants qui sont présents dans les activités de vie au quotidien. Son observation, complémentaire, s'ajoute à celle des autres professionnels. La prise en soin psychomotrice en UHR ne relève pas d'une prise en soin conventionnelle. Les SCPD et les troubles cognitifs demandent de rechercher les améliorations de la qualité de vie du résident, en visant des objectifs à court et moyen termes. Le psychomotricien se met au rythme du résident, selon ses disponibilités à ce moment-là. Le psychomotricien doit adapter ses outils, donner une place importante à l'observation clinique, et à la communication de la personne avec démence. Cela repose en grande partie sur les communications non verbales.

## Conclusion

---

Se poser la question du type de prise en soin des sujets déambulants demande en premier de cibler les objectifs recherchés. La façon de concevoir la déambulation s'est en effet modifiée au cours du temps. Auparavant, elle était perçue comme un comportement anormal à éliminer d'emblée ; désormais, la déambulation est davantage considérée comme une « manifestation de désorientation ou un besoin de stimulation, d'exercice physique ou autre », qui demande ainsi à être gérée et non stoppée, en répondant au besoin de sécurité et de qualité de vie du malade et de son entourage (Landreville & al., 2005). Plutôt que de prévenir la déambulation, il s'agirait davantage de permettre ce comportement, en réduisant les risques liés, notamment les chutes et blessures (Coltharp & al., 1996 ; Cohen-Mansfield & Werner 1998, in Robinson & al., 2006), mais aussi le risque de fugue ou de se perdre. Il s'agit également d'éviter que le résident ne s'introduise dans des lieux non autorisés, notamment les chambres des autres résidents (Landreville & al., 2005).

Le questionnement et la réflexion autour des interventions doivent aussi prendre en considération les effets bénéfiques de ce comportement pour le résident. Selon Robinson et al. (2006), la prise en soin des patients déambulants doit s'articuler à la fois autour des « besoins individuels, du comportement de déambulation lui-même, et des raisons sous-tendant ce comportement ». Par ailleurs, Mace et Rabins (1999), proposent trois principes pour la prise en soin des personnes âgées démentes déambulantes : « Rassurer et réduire les stimuli, détourner l'attention et fournir des repères dans l'environnement. »

Enfin, la prise en charge de la déambulation soulève des problèmes éthiques, du fait du compromis difficile à trouver entre la préservation d'une certaine liberté et la recherche de la sécurité, dictée par le sentiment de responsabilité des soignants et le sentiment de culpabilité des familles (Strubel & Corti, 2008).

# Bibliographie

---

- Algase, D. (2006). What's new about wandering behaviour? An assessment of recent studies. *International Journal of Older People Nursing, 1*, pp. 226-234.
- Algase, D., & al. (2001). The Algase wandering scale : Initial psychometrics of a new caregiver reporting tool. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 16*(3), pp. 141-152.
- Algase, D., & al. (2007). *Evidence-based protocols for managing wandering behaviors*. Springer publishing company.
- ANAES. (2003). *Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*.
- ANAES. (2004). *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité*. Paris: ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.
- ANESM. (2009). *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*.
- Armstrong, M. (s.d.). Factors affecting the decision to place a relative with dementia into residential care. *Nursing Standard, 14*(16), pp. 33-37.
- Biessy-Dalbe, N. (2012). *La déambulation des sujets âgés déments : traduction et validation d'une échelle d'évaluation de la déambulation*. Toulouse: Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien.
- Boltz, M. (2006). Wandering and elopment : A comprehensive approach. *Assisted Living Consult, pp. 17-26*.
- Cohen-Mansfield, J., & al. (2004). Non pharmacological interventions for inappropriate behaviors in dementia : a review, summary and critique. *The journal of lifelong learning in psychiatry, 2*(2), pp. 288-308.
- Cohen-Mansfield, J., & al. (2005). Verbal and physical non-aggressive agitated behaviors in elderly persons with dementia: robustness of syndromes. *Journal of Psychiatric Research, 39*, pp. 325-332.
- Faucounau, V., & al. (2009). Système de géolocalisation et errance dans la maladie d'Alzheimer : une étude de cas. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 52*, pp. 579-587.

- Gérontopôle - Hôpitaux de Toulouse. (2008). *Unités spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement : réflexion sur les critères de définition et missions.*
- Gineste, Y., & Jérôme, P. (2007). *Humanitude : Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux.* Armand Collin.
- Halek, M., & Bartholomeyczik, S. (2012). Description of the behaviour of wandering in people with dementia living in nursing homes – a review of the literature. *Scand J Caring Sci*, 26, pp. 404-413.
- HAS. (2008). *Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.*
- HAS. (2009). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs.*
- Hazif-Thomas, C., & al. (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. *Annales Médico Psychologiques*(161), pp. 666-673.
- Heard, K., & Watson, T. (1999). Reducing wandering by persons with dementia using differential reinforcement. *Journal of applied behavior analysis*, 32(3), pp. 381-385.
- Hermans, D., & al. (2009). Non-pharmacological interventions for wandering of people with dementia in the domestic setting (Review). *The Cochrane Library*, pp. 1-19.
- Kiely, D., & al. (2000). Resident characteristics associated with wandering in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, pp. 1013-1020.
- King-Kallimanis, B., & al. (2010). Longitudinal investigation of wandering behavior in department of veterans affairs nursing home care units. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, pp. 166-174.
- Lai, C. K., & Arthur, D. G. (2003). Wandering behaviour in people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 44(2), pp. 173-182.
- Landreville, P., & al. (2005). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.* Edisem/Maloine.
- Lucas, A. (2012). *La psychomotricité : une place dans la prise en soin de personnes atteintes de démence type Alzheimer. Expérience clinique de l'élaboration d'une Unité d'hébergement renforcée.* Toulouse: Mémoire en vue du Diplôme Universitaire sur le prise en charge de la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés.
- Marquardt, G. (2011). Wayfinding for People With Dementia: A Review of the Role of Architectural Design. *Health environments research and design journal*, 4(2), pp. 75-90.

- Miyamoto, Y., & al. (2010). Formal Caregiver Burden in Dementia: Impact of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Activities of Daily Living. *Geriatric Nursing*, 31(4), pp. 246-253.
- Mottin, E. (2011). *L'intervention psychomotrice dans la prise en soin des troubles comportementaux perturbateurs de la démence*. Toulouse: Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien.
- Nagata, T., & al. (2010). Relationship of frontal lobe dysfunction and aberrant motor behaviors in patients with Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 22(3), pp. 463-469.
- Price, J., & al. (2009). Subjective barriers to prevent wandering of cognitively impaired people (Review). *The Cochrane Library*, pp. 1-13.
- Robinson, L., & al. (2006). A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use. *Health Technology Assessment*, 10(26), pp. 1-126.
- Rolland, Y., & al. (2003). Déambulation et maladie de type Alzheimer. Etude descriptive. Programme de recherche REAL.FR sur la maladie d'Alzheimer et les filières de soins. *La revue de médecine interne*, 24, pp. 333s-338s.
- Rolland, Y., & al. (2005). A SPECT study of wandering behavior in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20, pp. 816-820.
- Siders, C., & al. (2004). Evidence for implementing nonpharmacological interventions for wandering. *Rehabilitation Nursing*, 29(6), pp. 195-206.
- Silverstein, N., & Flaherty, G. (2003). Dementia and Wandering Behaviour in Long-term Care Facilities. *GERIATRICS & AGING*, 6(1), pp. 47-52.
- Strubel, D., & Corti, M. (2008). La déambulation chez les patients déments. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 6(4), pp. 259-264.
- Teri, L., Logsdon, R., & al. (2002). Nonpharmacologic treatment of behavioral disturbance in dementia. *Med Clin N Am*, 86, pp. 641-656.
- Tilly, J., & Reed, P. (2006). Falls, Wandering, and Physical Restraints: Interventions for Residents with Dementia in Assisted Living and Nursing Homes. *Alzheimer's Association*.
- Yao, L., & al. (2008). Emotionnal Intervention Strategies for Dementia-related Behavior : a Theory Synthesis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 40(2), pp. 106-115.

**Sites internet :**

UK wandering Network : <http://wanderingnetwork.co.uk/Welcome.htm>

Plan Alzheimer 2008-2012 : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

## Résumé

Le troisième volet du plan Alzheimer 2008-2012 a mis en avant l'importance de la prise en soin des Symptômes Psycho-Comportementaux de la Démence (SCPD) à travers des approches non médicamenteuses, s'adressant au résident lui-même, mais aussi à l'accompagnement et la formation des aidants.

Selon les aidants naturels, la déambulation est l'un des comportements menant le plus souvent à l'entrée en institution. Les études et écrits s'intéressant à la déambulation s'accroissent depuis une vingtaine d'année mais sont encore peu nombreux.

Ce mémoire s'articule autour des approches non médicamenteuses retrouvées dans la littérature scientifique, mais aussi au travers d'expériences cliniques. Ce travail tente de répertorier et d'illustrer les différentes interventions existantes concernant la déambulation, afin de réfléchir aux modalités de prise en soin en psychomotricité en Unité d'hébergement renforcée.

**Mots clés :** *démence – déambulation – approches non médicamenteuses – prise en soin psychomotrice – Unité d'hébergement renforcée*

## Abstract

The third national Alzheimer plan 2008-2012 shed light on non-pharmacological interventions in Behavior and Psychological Symptoms in Dementia (BPSD), for patients first, but also for the support and training of professional caregivers.

According to family caregivers, wandering is one of the BPSD that most often lead them to consider placing their relative to residential care. Studies and articles about wandering have increased over the last twenty years, but are still few.

This dissertation is centered on non-pharmacological approaches found in the literature, but also clinical trials. We try to identify and illustrate different existing interventions that lead us to think out possible ways of taking care for a psychomotor therapist in a Special Care Unit.

**Key words:** *dementia – wandering – non-pharmacological interventions – psychomotor therapy – Special Care Unit*