

Université René DESCARTES  
PARIS V

## **EVALUATION DE LA DEAMBULATION CHEZ LA PERSONNE AGEE DESORIENTEE EN EHPAD**

Docteur CHABANE-SARI ACHOURI Bahidja

DIU « FORMATION DE MÉDECIN COORDONATEUR D'EHPAD »



Directeur de Mémoire  
Docteur Rachid MAHMOUDI  
Praticien Hospitalier  
MEDECINE GERIATRIQUE  
CHU DE REIMS

2012-2013

Avec mes remerciements :

à Mesdames et Messieurs les enseignants dans le cadre du DIU, année 2012-2013, pour la qualité de leur enseignement.

à Madame Elodie Martin pour sa coopération et son aide précieuse qui m'ont guidé.

à Monsieur le Docteur Rachid MAHMOUDI, directeur de mémoire pour son aide et sa compétence qui m'ont beaucoup guidé.

Mes remerciements chaleureux à l'étudiante en pharmacie, aux équipes soignantes, aux IDE coordinatrices et surtout à l'équipe de l'UHR qui m'ont beaucoup aidé et soutenu.

Au chef du Pôle EHPAD/USLD, Monsieur le Docteur Frédéric MUNSCH qui m'a permis de réaliser ce DIU.

Je tiens à remercier vivement toutes les personnes qui m'ont aidé et encouragé à m'engager dans cette formation.

Toutes les personnes m'ayant beaucoup soutenu et apporté leurs aides, leurs encouragements, leur soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail, notamment mes collègues de travail, en particulier la psychologue.

Finalement, je tiens à remercier ma famille. Mes parents, pour leur appui moral. Merci aussi à mon mari et mes enfants pour leurs encouragements et leur soutien dans les moments difficiles.

# SOMMAIRE

## GLOSSAIRE

### I - INTRODUCTION

### II- LA PROBLEMATIQUE

A - Définition de la déambulation :

B - Les causes de la déambulation :

C - Les facteurs favorisants :

D - Les différents types de déambulation :

E - Les conséquences de la déambulation :

1) Les risques de la déambulation :

2) Les bénéfices de la déambulation :

F - Prise en charge de la déambulation :

1) La prise en charge médicamenteuse :

2) La prise en charge non médicamenteuse ce sont des activités occupationnelles :

3) L'adaptation de l'architecture

### III - LES MOYENS D'EVALUATION DE LA DEAMBULATION

### IV - OBJECTIF

### V - METHODOLOGIE

1) -Les critères d'inclusion :

2) -Les critères d'exclusion :

### VI -CONCLUSION :

### VII-RESUME :

### BIBLIOGRAPHIE

### ANNEXES

## GLOSSAIRE

**AWS** : Algase Wandering scale

**CHATOD** : Centre d'Hébergement et d'Activités Thérapeutiques pour Personnes Désorientées.

**DTA** : Démence de type Alzheimer.

**DSM** : Diagnostic et statistique des troubles mentaux.

**DSM-IV-TR** : Diagnostic et statistique des troubles mentaux IV Texte Révisé

**ECD** : Echelle comportementale pour la démence.

**MMSE** : Mini mental state examination.

**NPI** : Inventaire neuropsychiatrique.

**PASA** : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés.

**RAWS** : Revised Algase Wandering Scale

**SCPD** : Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

**UHR** : Unité d'Hébergement Renforcée.

**USLD** : Unité de Soins Longue Durée

## I - INTRODUCTION

Le vieillissement constitue une réalité incontournable. Il est associé à une série de problèmes économiques et sociaux qui semblent difficiles à surmonter.

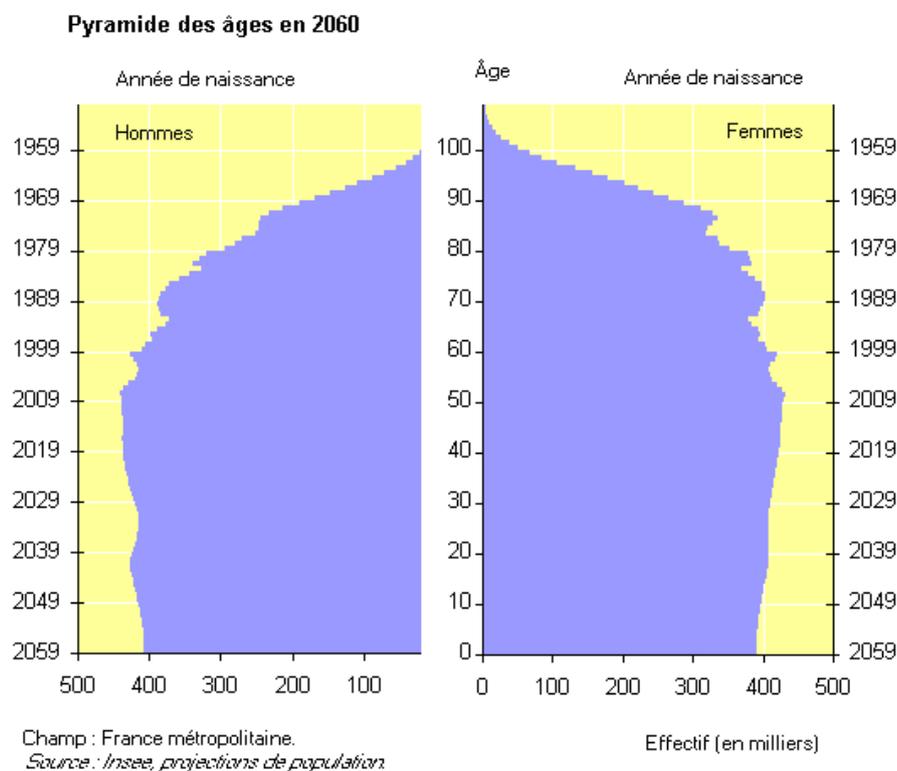
La population âgée est non seulement plus nombreuse, mais elle vit plus longtemps.

A ce jour 16,2 % des Français ont plus de 65 ans [2] et ce chiffre va augmenter : selon l'Insee cette tranche d'âge représentera 20 % de la population en 2020, ce phénomène sera amené à s'accélérer de façon très importante, près d'un quart en 2040.

La part des personnes de plus de 75 ans sera de 13,6% contre 8,5 en 2007.

Le nombre de personnes dépendantes sera de 1,55 millions contre 1,15 en 2007.

La France se place aujourd'hui dans le peloton de tête des pays à faible mortalité aux âges élevés.



Or le vieillissement s'accompagne d'un accroissement de maladies chroniques, notamment d'une prévalence élevée de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées :

- Démence à corps de Lewy
- Démence Vasculaire
- Démence frontale
- Démence mixte.

Il est essentiel de préparer les soignants et la société à répondre aux besoins des personnes âgées.

Ces dernières années la prise en compte des difficultés quotidiennes des personnes âgées a largement évolué pour être aujourd'hui au centre des préoccupations des cliniciens et chercheurs, ces difficultés tiennent une place particulière car elles constituent un critère diagnostique de la démence (DSM-IV ; APA, 1994) mais également un facteur de risque de celle-ci même en l'absence de trouble cognitif avéré (eg. Millan- Calenti et al .2010).

En effet la présence de réelles difficultés sur les activités quotidiennes peut coexister avec celle de troubles cognitifs comme c'est le cas, la plupart du temps, dans la DTA [12].

La prévalence de la démence passe de 2,4 % chez les 65-74 ans à 34,5% chez les 85 ans et plus (Voyer, 2006)[10].

En centre d'hébergement de soins de longue durée jusqu'à 80 % des personnes admises vivent avec un syndrome démentiel.

La démence de type Alzheimer (DTA) et les syndromes apparentés est une affection irréversible et Progressive du système nerveux central, elle est caractérisée par une altération des capacités cognitives et une diminution progressive de l'autonomie.

Concernant la DTA, elle se caractérise selon le diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM- IV-TR) par une altération de la mémoire à début insidieux et progressif combinée à l'apparition d'au moins un déficit cognitif parmi l'aphasie, l'apraxie, l'agnosie ou une dégradation des fonctions exécutives (critères diagnostiques de la démence de type Alzheimer, (DSM-IV-TR) [14].

De plus, la DTA et les maladies apparentées s'accompagnent fréquemment de comportements perçus comme perturbateurs par l'entourage tels les cris, les

comportements agressifs, la déambulation, les symptômes dépressifs et les idées délirantes.

Ces comportements particuliers sont groupés, depuis 1996 (Bianchetti et Trabucchi, 2004) sous l'appellation symptômes comportementaux et psychologiques de la démence SCPD (Rousseau, 2005).

La présence de ces SCPD serait l'une des principales raisons d'institutionnalisation du parent souffrant de démence, la déambulation en particulier est l'un des symptômes de la démence qui pousse le plus souvent les proches aidants à institutionnaliser l'être cher.

Ce comportement est présent chez près de 15 à 60 % des personnes souffrant de démence (Robinson, 2007), il est plus marquée en milieu institutionnel (65%) [11] et dans la maladie d'Alzheimer, il concerne 36 % des patients vivant à domicile [13] sa fréquence augmente avec la sévérité de la maladie et retentit sévèrement sur l'entourage familial et soignant.

La déambulation est source de stress et d'inquiétude, elle constitue un événement anxiogène et traumatisant pour le personnel soignant et la famille.

En effet la difficulté de la prise en charge du malade dément ne peut se résumer au simple soin physique, la prise en charge est globale, parallèlement, il s'agit de préserver fondamentalement et pour toute personne la liberté d'aller et venir en EHPAD [3].

Malheureusement le traitement est mal codifié, le recours aux médicaments est souvent néfaste que bénéfique, la contention physique est source d'anxiété et d'opposition, elle génère d'autres troubles du comportement c'est surtout les approches non médicamenteuses, diverses et multiples qui sont utilisées, permettent de respecter autant que possible la déambulation et préserve une part de liberté et de dignité du malade.

La préservation de la liberté d'aller et venir se fonde sur un principe de prévention individuelle et non un principe de précaution générale.

La déambulation mérite de faire l'objet de nouvelles études pour être mieux définie pour pouvoir apporter des améliorations dans son analyse et mieux prendre en charge les patients.

## II - LA PROBLEMATIQUE

### A - Définition de la déambulation :

L'usage français a recours au terme déambulation alors que les Anglo-Saxon distinguent le Wandering qui correspond à l'errance (déambulation, sans but) [4].

La déambulation peut être définie comme un comportement répétitif et aléatoire de marche et de déplacements incessants, non contrôlable et à risque pour le patient.

Il n'y a pas de période privilégiée au cours des 24 heures. Les patients peuvent déambuler de jour ou /et de nuit, les déambulations peuvent durer plusieurs heures sans but apparent ou rationnel pour l'observateur mais qui est souvent pourvu de sens et qui se manifeste dans le but de combler un ou plusieurs besoins de base (Algase et al, 1996 ; Tilly et Reed, 2006), elle correspond à un besoin irrépressible de marcher, une sorte d'activité locomotrice impulsive avec ou sans but.

Il n'existe cependant pas de définition consensuelle de ce terme qui est appliqué à des situations extrêmement variées dans leur expression clinique et leur signification [4].

### B - Les causes de la déambulation :

Les causes sont multiples et doivent être recherchées par les soignants pour répondre aux besoins exprimés par le patient grâce à ce comportement ou pour simplement parvenir à l'accepter comme une activité locomotrice nécessaire au patient. Elle peut être due :

- La pathologie démentielle elle-même en particulier la maladie d'Alzheimer et la démence fronto-temporale.
- Une forme de communication en réponse à des facteurs physiques tels la faim ou la soif selon Tilly et Reed (2006).
- Facteurs psychologiques comme l'ennui (Coons ,1988).
- Facteurs environnementaux tel un milieu non familier (Hong et Song ,2009).
- Expression d'une réaction d'opposition ou de fuite face à une situation vécue comme un enfermement.

### C - Les facteurs favorisants :

- Sexe masculin
- Les troubles du sommeil
- La douleur
- Dénutrition
- Dépression, délire ou hallucinations
- Une vie antérieure active
- Traitement psychotrope en particulier les neuroleptiques.

### D - Les différents types de déambulation :

- Le mode exploratoire (entre dans les chambres, fouille et prend les objets ;..)
- mode compulsif (déambulation souvent linéaire et stéréotypée dans sa trajectoire, rien ne peut l'arrêter) il s'agit souvent de déments sévères communiquant peu.
- La déambulation nocturne liée à des perturbations du sommeil (se couche parfois dans un autre lit ou s'endort dans un fauteuil).

### E - Les conséquences de la déambulation :

#### 1) Les risques de la déambulation :

- Des risques physiques (blessures, chutes, fractures)
- Perte de poids, dénutrition, déshydratation
- Risque de fugue (agression, malveillance et accident)
  
- Des risques liés aux réactions de -l'entourage :
  - o Conflits avec les autres résidents
  - o Intolérance par les familles, soignants et les autres résidents
  - o Epuisement des soignants

## 2) Les bénéfices de la déambulation :

- Préservation des capacités motrices de la personne
- Stimulation de l'appétit
- Elle réduit certaines comorbidités notamment infectieuses
- Un plaisir pour la personne de pouvoir se déplacer librement
- L'entretien des relations sociales avec les soignants, les résidents et la famille (communication avec la personne en l'accompagnant dans sa déambulation).

Cependant il n'y a pas d'études permettant d'objectiver ces conséquences bénéfiques.

## F - Prise en charge de la déambulation :

Face à ce problème, un certain nombre de mesures ont été mises en place dans les Etablissements (prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse).

### 1) La prise en charge médicamenteuse :

Le traitement médicamenteux peut être bénéfique sur les troubles du comportement mais les effets secondaires apparaissent rapidement (sommolence, chute...) les paliers de prescription doivent être respectés par ailleurs les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et la mémantine ont globalement un effet bénéfique sur le comportement avec une baisse du score à l'échelle NPI, mais il n'apparaît pas très marqué sur les troubles moteurs aberrants et aucune étude ne s'est spécifiquement intéressée à la déambulation.

### 2) La prise en charge non médicamenteuse :

Des activités occupationnelles :

- Activités physiques (promenade, tai-chi, danse...)

- Activités occupationnelles (groupe de parole, musicothérapie jardinage, animaux de compagnie, art-thérapie).

Des stratégies comportementales :

- Rechercher un sens à l'activité de déambulation
- La validation de la parole du patient par l'écoute empathique.
- La réassurance
- Eviter les contraintes et les interdits
- Favoriser le « finger food »
- Accompagner le patient dans sa déambulation.
- La limitation des contentions, conformément aux recommandations de bonnes pratiques en EHPAD (HAS ,2009) [2]avec un sentiment de perte de liberté et de dignité, un risque traumatique loin d'être négligeable, la contention physique doit rester exceptionnelle (ANAES 2004)[1] et se limiter aux situations d'urgence médicale tant que le patient est dangereux pour lui-même ou pour autrui.

Des aspects juridiques légitiment la contention physique. Citons l'article 122-7du nouveau code pénal : n'est pas pénalement responsable la personne qui face à un danger qui menace elle-même ou autrui accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne. » [13]

La contention physique est aussi considérée comme atteinte aux libertés individuelles qu'elle entraîne .Des textes assurent la protection des droits en terme de : liberté individuelle, soins, sécurité, information, consentement, respect de la dignité et de l'intimité (loi du 4 Mars 2002relative aux droits des malades) [14], le code de déontologie médicale [15], la charte de la personne âgée dépendante qui assure la liberté de communiquer, se déplacer, participer à la vie de la société.[16].

### 3) L'adaptation de l'architecture

L'adaptation des locaux permet de préserver la déambulation d'où la nécessité de créer des unités spécifiques Alzheimer :

- Des espaces larges avec jardin, accès sécurisé (digicode).
- Environnement plus chaleureux et moins anxiogène.
- Recours aux bracelets ou dispositifs de géolocalisation (éviter la surveillance vidéo, souvent mal vécue et anxiogène).

Un travail de réflexion de l'équipe et de la famille est nécessaire pour un projet personnalisé du résident (savoir accepter une certaine prise de risque, pour préserver une autonomie au malade).

### **III - LES MOYENS D'EVALUATION DE LA DEAMBULATION**

La déambulation apparaît surtout au stade évolué de la démence (étude de Méga et al, 1996). Elle passe de 12 % au stade léger à 30 % au stade modéré à 84% au stade sévère.

La déambulation a été peu étudiée dans la littérature : seulement 133 articles ont été identifiés sur une période de 40 ans, par Lai et Arthur [6] à partir de 8 bases de données en 2003.

Aucune étude ne s'est spécifiquement intéressée à la déambulation.

Ce comportement est l'un des moins compris des SCPD.

La déambulation est fréquemment mentionnée par les soignants et les proches comme une source d'anxiété et de fatigue.

La science a toujours privilégié l'observation pour définir ou décrire les phénomènes comme ceux de la déambulation qui sont encore méconnus, neuf études seulement

ont jusqu'à présent utilisé une approche d'observation pour décrire le comportement de déambulation dans un contexte d'hébergement sans modifier l'environnement physique ou vérifier l'efficacité d'une intervention (Algase, Antonakos, Beattie, Beel-Bates, et Yao, 2009)[9].

D'autres études ont utilisé une caméra vidéo pour observer les comportements des résidents mais les explications données pour justifier les durées d'observation de ces études étaient peu élaborées.

Pour évaluer et quantifier l'activité de déambulation, on peut recourir à des locomètres, des actimètres ou des enregistrements vidéo mais ces outils sont réservés à la recherche et ne sont pas toujours acceptés par les patients.

Avant de prendre en charge cette déambulation, il est indispensable de pouvoir l'évaluer.

En pratique clinique l'évaluation est souvent qualitative et subjective (faite par l'entourage proche et les soignants) [4].

La déambulation est décrite parmi les comportements moteurs aberrants, elle est rarement étudiée indépendamment des autres SCPD.

En France l'évaluation des troubles du comportement repose sur différents échelles ou la déambulation est décrite parmi les comportements moteurs aberrants, elle est rarement étudiée Indépendamment des autres SCPD.

↳ L'échelle NPI (Neuro-Psychiatric Inventory) développée par Cummings (the Neuropsychiatric Inventory :Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, J.L.Cummings et al.,1994 ;NPI-ES, Sisco et al.,2000 ) sous plusieurs versions, réduite, pour l'équipe soignante et pour la famille sous la forme de NPI-ES, Sisco et al., 2000 (cf. annexe 2) qui permet d'évaluer la présence, la gravité et le retentissement des troubles du comportement sur l'entourage (proche ou soignant), le NPI permet d'évaluer 12 types de comportements différents elle ne permet pas d'évaluer la déambulation de façon spécifique.

↳ L'échelle de Cohen-Mansfield (en anglais Cohen-Mansfield Agitation Inventory-1997) Annexe est une échelle d'évaluation spécifique des manifestations d'agitation observées en institution.

Elle comporte 29 items (agitation verbale et agitation physique, chacune associée ou non à de l'agressivité).

↳ L'échelle comportementale pour la démence ECD Annexe (verny et al., 1999) validée par le Greco permet d'évaluer le comportement du patient au cours du dernier mois, préciser la présence ou l'absence du comportement et sa fréquence, elle comporte 37 items.

↳ BEHAVE-AD (en anglais Behavior Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale ou BEHAVE-AD) conçue par Reisberg et coll. (1987) la version française a été élaborée par Sclan et coll.(1996) pour évaluer les troubles psychotiques chez les patients souffrant de la DTA, c'est une hétéro-évaluation (symptômes psychiatriques et évaluation globale de la gêne à l'égard des soignants et le suivi des troubles du comportement).

Elle comporte 27 items, elle est moins utilisée que le NPI ou l'ECD.

Cependant ces échelles ne permettent pas d'évaluer la déambulation de façon spécifique.

Actuellement il n'existe aucun outil Français spécifique pour mesurer la déambulation.

Une échelle spécifique a été élaborée par Algase et al en 2001 l'Algase Wandering Scale (AWS) Annexe ou échelle de la déambulation, elle évalue 6 dimensions de la déambulation :

- La persistance,
- La répétition,
- La désorientation spatiale,
- La fugue,
- Les conséquences négatives de la déambulation et
- L'impulsivité au cours des repas.

Cette échelle a été révisée toujours par Algase en 2004 (RAWS) Annexe elle est en cours de validation en français, l'outil révisé est composé de 39 comportements

classés par les proches ou le personnel soignant selon leur fréquence et variant de 1 (jamais présents) et 5 (toujours présents).

Elle est en cours de traduction et de validation en France par l'équipe d'Elodie Martin qui est psychomotricienne formatrice à l'institut de formation en psychomotricité de Toulouse, cette équipe a travaillé sur une version française et un étalonnage sur une population française de l'échelle de déambulation d'Algase.

L'échelle a été traduite (la traduction a été vérifiée par Donna Algase afin d'être au plus près de la version anglaise) et validée auprès d'une population française de patients déments vivants en institution.

Cette échelle contient 19 items regroupés en trois sous-échelles :

- La marche
- Le comportement de fugue
- La désorientation spatiale

L'échelle a été remplie par des soignants chaque item est coté de 1 à 4.

L'étude a été réalisée sur une population vivant en EHPAD (100 sujets) ils se sont basés sur la RWAS, le NPI et le MMS.

La conclusion était que les différences entre les patients déambulants et non déambulants étaient significatives [6].

#### **IV - OBJECTIF**

L'objectif est de pouvoir évaluer la déambulation à l'aide d'une échelle, il s'agit d'une expérimentation de l'échelle d'évaluation de la déambulation révisée d'Algase (RAWS), le but est aussi de :

- Mieux comprendre ce trouble, pouvoir l'évaluer.
- Sensibiliser et investir l'équipe soignante et l'entourage.
- Amélioration de la prise en charge des patients présentant ce trouble du comportement.

## V - METHODOLOGIE

Ce travail consiste à utiliser une échelle d'évaluation de la déambulation chez la personne désorientée présentant un trouble de comportement de déambulation.

Il s'agit de l'échelle élaborée et révisée par Algase et al, la Algase Wandering Scale (RAWS) ou échelle de la déambulation.

Dans un premier temps on traduit l'échelle d'Algase (RAWS) par un anglophone, cette échelle est simple est très claire, mais sans score d'évaluation.

Dans un deuxième temps il fallait récupérer la version française traduite par Elodie Martin qui nous a transmis l'échelle de la déambulation version française (annexe).

Au final on a comparé les deux échelles et on a gardé notre version qui nous semblait plus simple à utiliser et plus adaptée (Annexe).

L'évaluation a été réalisée pour chaque patient à partir de l'échelle de déambulation, l'échelle a été remplie par le médecin, étudiants en pharmacie (5eme année) la psychologue et l'équipe soignante.

Concernant la population choisie, il s'agit de patients vivants dans un établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) publique du CHU de Reims, comprenant 285 lits repartis en 6 services de trois maisonnées chacun dont deux unités Alzheimer (UHR et CHATOD).

### 1) -Les critères d'inclusion :

Les patients présentent tous un syndrome démentiel associé à des troubles du comportement, essentiellement un problème de déambulation, leur état a nécessité leur orientation vers les unités spécifiques Alzheimer (UHR, CHATOD, PASA) sauf pour une personne qui relève d'une unité classique d'EHPAD.

## 2) -Les critères d'exclusion :

L'absence de trouble du comportement de déambulation.

Patients désorientés à mobilité réduite.

Patients présentant une pathologie psychiatrique.

Patients présentant une pathologie aiguë.

La population cible est constituée de 15 résidents dont 10 sont en unité de soins longue durée (USLD) et 5 en unité classique (EHPAD).

L'unité d'hébergement renforcée (UHR) compte 10 patients sur 12 lits dont 9 inclus dans l'étude et 1 patiente en fauteuil roulant.

- Centre d'hébergement thérapeutique et occupationnel pour personnes désorientées (CHATOD) compte 12 résidents sur 15 lits dont 4 inclus dans l'étude.

- 1 patient venant d'une unité classique(EHPAD).

- 1 patient en unité long séjour qui bénéficie du CHATOD la journée sous forme de PASA et le soir elle retourne à son unité (USLD).

Information de l'équipe soignante, IDE coordinatrice et du cadre de santé ainsi que le chef du pôle EHPAD.

Le recueil des données à partir des dossiers médicaux :

- Sexe et âge
- Le diagnostic
- Le traitement
- Le MMS
- Le NPI

| Sexe | Age   | Diagnostic        | Score MMS    |
|------|-------|-------------------|--------------|
| F    | 83ans | Démence frontale  | Irréalisable |
| F    | 86ans | Démence mixte     | 9/30         |
| F    | 88ans | DTA               | Irréalisable |
| M    | 62ans | Alzheimer sévère  | Irréalisable |
| M    | 79ans | DTA mixte         | Irréalisable |
| M    | 77ans | DTA               | 11/30        |
| M    | 81ans | Démence mixte     | 2/30         |
| M    | 79ans | DTA               | 5/30         |
| M    | 75ans | DTA               | Irréalisable |
| F    | 87ans | DTA               | 9/28         |
| F    | 75ans | DTA               | 9/30         |
| F    | 79ans | DTA               | 6/30         |
| F    | 80ans | DTA               | 19/30        |
| F    | 73ans | DTA               | 12/30        |
| M    | 79ans | Démence éthylique | 15/30        |

Moyennes d'âge et moyenne du MMS :

| Sexe      | Moyenne d'âge | Moyenne MMSE |
|-----------|---------------|--------------|
| Femme (8) | 81 ans        | 8            |
| Homme (7) | 76ans         | 4,71         |

- ANALYSE :

Age, sexe et type de démence.

On remarque que sur 15 patients, il y'a 8 femmes et 7 hommes

La moyenne d'âge est de 76 chez les hommes

La moyenne d'âge est de 81 chez les femmes.

En ce qui concerne le diagnostic de la démence on retrouve :

- 10 patients présentant une démence de type Alzheimer.
- 3 patients présentant une démence mixte.
- 1 patient présentant une démence frontale
- 1 patient présentant une démence d'origine éthylique.

En ce qui concerne le MMSE :

Le MMS est irréalisable chez 5 patients

Le MMS < 10 chez 6 patients

Le MMS est entre 11-15 chez 3 patients

Le MMS est à 19 chez 1 patiente

La moyenne du MMS chez les hommes est de 4,7 et 8 chez les femmes.

On note la prédominance de la maladie d'Alzheimer même avec un nombre réduit de patients, en effet la DTA est la démence la plus fréquente

Exploitation statistique :

| TYPES DE DEMENCE       | STADE |        |        |
|------------------------|-------|--------|--------|
|                        | Léger | Modéré | Sévère |
| Démence frontale       |       |        | 1      |
| Démence type Alzheimer |       | 2      | 8      |
| Démence mixte          |       |        | 3      |
| Démence vasculaire     |       |        |        |
| Démence éthylique      |       | 1      |        |

RESULTATS :

En effet le tableau ci-dessus montre clairement que 12 patients sur 15 présentent une démence à un stade sévère.

10 patients présentent une démence de type Alzheimer

3 patients présentent une démence mixte (dégénérative et vasculaire)

1 patient présentant une démence frontale

1 patient présentant une démence d'origine éthylique

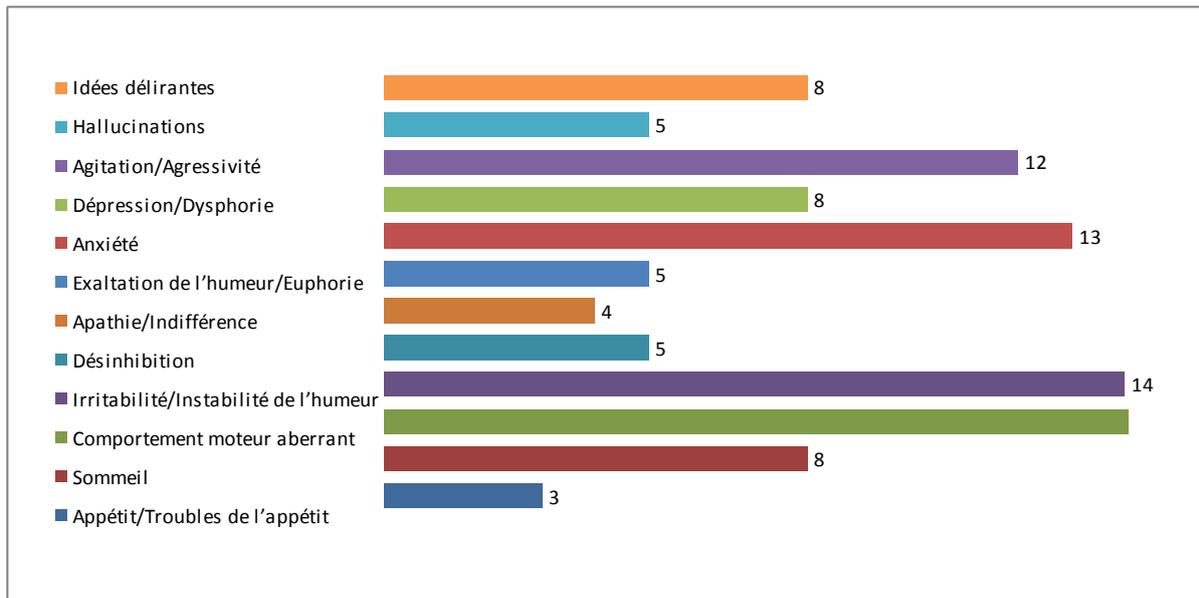
La déambulation est liée à la sévérité de la démence

12 patients ont une démence sévère avec des SCPD dont la déambulation.

On remarque que ces résultats sont cohérent avec les données de la littérature.

Malgré le nombre réduit de la population cible.

La déambulation augmente avec la sévérité de la démence [18].



Les troubles du comportement qui accompagnent la déambulation figurent dans l'échelle du NPI, on retrouve en premier :

- 1) Comportement moteur aberrant (la déambulation) 15 résidents
- 2) L'irritabilité et ou instabilité de l'humeur 14 résidents
- 3) L'anxiété et l'angoisse 13 résidents
- 4) L'agitation et l'agressivité 12 résidents
- 5) Les troubles du sommeil 8 résidents
- 6) La dépression 8 résidents
- 7) La désinhibition 5 résidents
- 8) Les hallucinations 5 résidents
- 9) Exaltation de l'humeur et ou euphorie 5 résidents
- 10) Apathie et ou indifférence 4 résidents
- 11) Appétit et troubles de l'appétit 3 résidents

#### ANALYSE :

Les troubles du comportement les plus importants sont essentiellement :

La déambulation, l'irritabilité, l'anxiété et l'agitation.

Les troubles du sommeil sont présents une fois sur deux ainsi que la dépression.

On retrouve une corrélation entre la déambulation et l'anxiété, cette dernière peut être la source de la déambulation.

En effet l'anxiété peut être aussi secondaire à la désorientation spatiale.

Ces troubles du comportement sont particulièrement entravant dans la prise en charge avec opposition aux soins et agressivité.

| Types de démence       | Anti-déméntiel |                                 | Psychotrope   |              |            |                |
|------------------------|----------------|---------------------------------|---------------|--------------|------------|----------------|
|                        | AChE           | Antagoniste des récepteurs NMDA | Neuroleptique | Anxiolytique | Hypnotique | Antidépresseur |
| Démence frontale       |                | 1                               | 1             | 1            | 1          |                |
| Démence type Alzheimer | 2              | 5                               | 5             | 3            | 8          | 5              |
| Démence mixte          | 1              | 3                               | 3             | 2            | 2          | 3              |
| Démence éthylique      |                | 1                               |               | 1            |            |                |
| Démence vasculaire     |                |                                 |               |              |            |                |

ACE : les anticholinestérasiques

NMDA : L'acide -N-Méthyle D-Aspartique

Résultats :

Sur 10 patients présentant une DTA

2 ont des ACE et 5 ont des antagonistes des récepteurs NMDA

8 ont des Hypnotiques

5 ont des neuroleptiques

5 ont des antidépresseurs

3 ont des anxiolytiques

Sur 3 patients présentant une démence mixte :

3 ont des antagonistes des récepteurs NMDA (dont 1 patient a une association ACE)

3 ont des neuroleptiques

3 ont des antidépresseurs

2 ont des Hypnotiques

2 ont des anxiolytiques

Sur 1 patient présentant une démence frontale, on retrouve un antagoniste des récepteurs NMDA 1 Neuroleptique, 1 Hypnotique et 1 anxiolytique.

Sur 1 patient avec une démence d'origine éthylique, il a un antagoniste des récepteurs NMDA et 1 anxiolytique.

ANALYSE :

Le traitement médicamenteux prouve la présence de SCPD importants qui ont nécessité la mise en place de certaines molécules.

La population cible représente pour la grande majorité des patients de l'UHR, ce qui peut expliquer ces thérapeutiques en sachant que la prescription est toujours de courte durée et à des doses adaptées à la population âgée.

En effet la population cible est caractérisée par des SCPD plus importants que le reste de la population de l'EHPAD, ayant nécessité leur inclusion dans des unités spécifiques Alzheimer.

-L'utilisation de l'échelle RAWS :

Concernant l'évaluation elle a été réalisée pour chaque patient à partir de l'échelle de déambulation, l'échelle a été remplie par le médecin, la psychologue et l'équipe soignante, cette équipe est formée aux bases de la validation, le personnel a été volontaire pour travailler au sein de ces unités Alzheimer.

L'échelle révisée d'Algase de la déambulation qui a été utilisée comporte 3 items principaux : Annexe

-Marche persistante MP (9 sous-groupes cotés de 1 à 4)

-Comportement de fugues CF (4 sous-groupes cotés de 1 à 4)-Désorientation spatiale DS (6 sous-groupes cotés de 1 à 4) Pour évaluer cette échelle, on a utilisé la méthode de l'étude utilisée par Elodie Martin.[6].

Les scores ont été réunis sous forme de : scores par sous échelle et la moyenne par sous échelle suivi du score total et la moyenne totale.

Pour la marche persistante, le score est sur 36 (le nombre des items 9 x4)

Pour le comportement de fugue, le score est sur 16 (le nombre des items 4 x4)

Pour la désorientation spatiale, le score est sur 24 (le nombre des items 6 x4)

Le score est calculé en fonction du chiffre coché dans de 1 à 4 pour chaque item.

Le score total comprend la somme des score de la (MP +CF+DS)

La moyenne totale Les résultats :

| Sexe                            | Age    | MP    | Moyenne par sous échelle | CF    | Moyenne par sous échelle | DS    | Moyenne par sous échelle |
|---------------------------------|--------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|
| F<br>E<br>M<br>I<br>N<br>I<br>N | 83 ans | 26/36 | 2,88/4                   | 9/16  | 2,25/4                   | 22/24 | 3,66/4                   |
|                                 | 86 ans | 28/36 | 3,11/4                   | 12/16 | 3/4                      | 16/24 | 2,66/4                   |
|                                 | 88 ans | 18/36 | 2/4                      | 5/16  | 1,25/4                   | 20/24 | 3,33/4                   |
|                                 | 87 ans | 22/36 | 2,44/4                   | 4/16  | 1/4                      | 20/24 | 3,33/4                   |
|                                 | 75 ans | 32/36 | 3,55/4                   | 11/16 | 2,75/4                   | 17/24 | 2,83/4                   |
|                                 | 79 ans | 27/36 | 3/4                      | 4/16  | 1/4                      | 17/24 | 2,83/4                   |
|                                 | 80 ans | 26/36 | 2,88/4                   | 12/16 | 3/4                      | 13/24 | 2,16/4                   |
|                                 | 73 ans | 27/36 | 3/4                      | 8/16  | 2/4                      | 22/24 | 3,66/4                   |

MP : marche persistante

CP : comportement de fugue

DS : désorientation spatiale

| Sexe                       | Féminin |        |        |        |        |        |        |        |        |
|----------------------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                            | Age     | 83 ans | 86 ans | 88 ans | 87 ans | 75 ans | 79 ans | 80 ans | 73 ans |
| Score total (MP + CF + DS) |         | 57/76  | 56/76  | 43/76  | 46/76  | 60/76  | 48/76  | 51/76  | 57/76  |
| Moyenne totale             |         | 3/4    | 2,94/4 | 2,26/4 | 2,42/4 | 3,15/4 | 2,52/4 | 2,68/4 | 3/4    |

Analyse :

En ce qui concerne la population féminine

Les troubles du comportement les plus fréquents avec la marche persistante et la DS

Ces résultats sont tout à fait cohérent avec la littérature, la DS peut être source de déambulation

L'analyse montre aussi que le CF reflète bien si le patient est fugueur ou non.

Ce symptôme n'est pas très significatif, de part les unités Alzheimer fermées.

On remarque que 7 patientes sur 8 ont un trouble du comportement de déambulation assez importante en relation avec DS et donc un stade sévère de la démence.

| Sexe                                 | Age    | MP    | Moyenne par sous échelle | CF    | Moyenne par sous échelle | DS    | Moyenne par sous échelle |
|--------------------------------------|--------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|
| M<br>A<br>S<br>C<br>U<br>L<br>I<br>N | 63 ans | 24/36 | 2,66/4                   | 8/16  | 2/4                      | 23/24 | 3,83/4                   |
|                                      | 79 ans | 29/36 | 3,22/4                   | 10/16 | 2,50/4                   | 22/24 | 3,66/4                   |
|                                      | 77 ans | 26/36 | 2,88/4                   | 10/16 | 2,50/4                   | 22/24 | 3,66/4                   |
|                                      | 81 ans | 27/36 | 2,44/4                   | 8/16  | 1,25/4                   | 23/24 | 3,83/4                   |
|                                      | 79 ans | 22/36 | 2,44/4                   | 13/16 | 3,25/4                   | 19/24 | 3,16/4                   |
|                                      | 75 ans | 28/36 | 3,11/4                   | 6/16  | 1,50/4                   | 21/24 | 3,50/4                   |
|                                      | 79 ans | 22/36 | 2,44/4                   | 5/16  | 1,25/4                   | 20/24 | 3,33/4                   |

| Sexe                       | Masculin |        |        |        |        |        |        |
|----------------------------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Age                        | 63 ans   | 79 ans | 77 ans | 81 ans | 79 ans | 75 ans | 79 ans |
| Score total (MP + CF + DS) | 55/76    | 61/76  | 58/76  | 58/76  | 54/76  | 55/76  | 47/76  |
| Moyenne totale             | 2,89/4   | 3,21/4 | 3,05/4 | 3,05/4 | 2,84/4 | 2,89/4 | 2,47/4 |

En ce qui concerne la population masculine le constat est différent.

La MP est plus élevée que chez les femmes, la DS est aussi plus importante, ce qui explique le trouble du comportement de déambulation.

Le CF est présent surtout chez trois patients, on ne peut confirmer ce résultat par rapport aux unités fermées Alzheimer.

## VI - CONCLUSION

Ces résultats montrent que cette échelle peut être utilisée comme une mesure valide de la déambulation chez la personne âgée désorientée.

Cet outil permet de décrire et de quantifier ce comportement dans les établissements de soins.

Cette échelle pourra être utilisée dans des situations cliniques afin de proposer une prise en charge adaptée aux patients présentant ce trouble du comportement.

Elle pourra également être utilisée dans un cadre de recherche s future.

## VII - RESUME

*La déambulation est un trouble du comportement à facette multiples et aux conséquences graves, c est l'un des troubles les fréquents dans la démence de type Alzheimer et les démences apparentées.*

La déambulation est fréquemment mentionnée par les soignants et les aidants comme une source d'anxiétés et de fatigue.

Avant de prendre en charge ce trouble du comportement, il est nécessaire de l'évaluer.

La prise en charge est complexe d'ou la nécessité d'un outil d'évaluation simple et pratique qui permettra une approche soignante plus ciblée et personnalisée.

Le but de cette étude est de valider une échelle de la déambulation, et pouvoir la généralisée pour mieux prendre en charge cette population.

Chaque malade est différent et possède sa propre histoire. La meilleure façon de l'aider est de s'en souvenir pour mieux l'accompagner.

Ceux qui aident ou qui soignent ont donc tout intérêt à développer un sens aigu de l'observation et de l'analyse. Finalement, on se rend compte que contre les risques liés à la déambulation, on peut contribuer au maintien d'une certaine autonomie et peut être même d'une vraie autonomie.

Resident Name:

**Revised Algate Wandering Scale (RAWS) – Long-term Care Version**

Please put a check beside the statement that best describes this resident.

| <b>PERSISTENT WALKING</b>  |                          |  |
|--|--------------------------|--|
| <b>1. Resident has a reduced amount of spontaneous walking</b>       | <input type="checkbox"/> | walks the same or more as others of the same age and ability |
|  | <input type="checkbox"/> | walks less than other of same age, ability                   |
|  | <input type="checkbox"/> | walks only minimally, e.g. to go to bathroom                 |
|  | <input type="checkbox"/> | does not walk spontaneously unless prompted                  |
| <b>2. Resident has an increased amount of spontaneous walking</b>    | <input type="checkbox"/> | walks about the same as other of same age and ability        |
|  | <input type="checkbox"/> | walks distinctly more than average, but will sit for periods |
|  | <input type="checkbox"/> | walks distinctly more than average, rarely sits              |
| <b>3. Resident walks about on own</b>                                | <input type="checkbox"/> | walks distinctly more than average, never sits               |
|  | <input type="checkbox"/> | only if prompted   |
|  | <input type="checkbox"/> | occasionally during the day                                  |
|  | <input type="checkbox"/> | frequently during the day                                    |
| <b>4. Resident walks around restlessly</b>                           | <input type="checkbox"/> | almost constantly during the day                             |
|  | <input type="checkbox"/> | never  |
|  | <input type="checkbox"/> | on a few occasions   |
|  | <input type="checkbox"/> | regularly but not daily                                      |
| <b>5. Resident paces up and down</b>                                 | <input type="checkbox"/> | on a daily basis   |
|  | <input type="checkbox"/> | never  |
|  | <input type="checkbox"/> | on a few occasions   |
|  | <input type="checkbox"/> | regularly but not daily                                      |
| <b>6. Resident walks around after awakening but before breakfast</b> | <input type="checkbox"/> | on a daily basis   |
|  | <input type="checkbox"/> | never  |
|  | <input type="checkbox"/> | less than others of same age and ability                     |
|  | <input type="checkbox"/> | the same as others of the same age and ability               |
| <b>7. Residents walks around between breakfast and lunch</b>         | <input type="checkbox"/> | more than others of same age and ability                     |
|  | <input type="checkbox"/> | never  |
|  | <input type="checkbox"/> | less than others of same age and ability                     |
|  | <input type="checkbox"/> | the same as others of the same age and ability               |
| <b>8. Resident walks around between lunch and dinner</b>             | <input type="checkbox"/> | more than others of same age and ability                     |
|  | <input type="checkbox"/> | never  |
|  | <input type="checkbox"/> | less than others of same age and ability                     |
|  | <input type="checkbox"/> | the same as others of the same age and ability               |
| <b>9. Resident walks around after dinner but before bedtime</b>      | <input type="checkbox"/> | more than others of same age and ability                     |
|  | <input type="checkbox"/> | never  |
|  | <input type="checkbox"/> | less than others of same age and ability                     |
|  | <input type="checkbox"/> | the same as others of the same age and ability               |
| <b>ELOPING BEHAVIOUR</b>   |                          |  |
| <b>10. Resident attempts to leave their authorised area</b>          | <input type="checkbox"/> | never  |
|  | <input type="checkbox"/> | on a few occasions   |
|  | <input type="checkbox"/> | regularly but not daily                                      |
|  | <input type="checkbox"/> | on a daily basis   |

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de ses conférences de consensus Anaes. Nov 2004. [www.has.sante.fr](http://www.has.sante.fr).
- 2 Améliorer la prise en charge des personnes âgées. Plan bien vieillir. Lettre d'information de la HAS N°15 janvier/février 2009 (page 1 et 3 à 5).
- 3 Plan Alzheimer 2008.
- 4 Strubel D., Corti M. – La déambulation chez les patients déments – Psychologie et Neuropsychiatrie logie du vieillissement – Décembre 2008 – N°4
- 5 Algase DL., Beattle ER., Song JA., Milke D., Diffiels C., Cowan B., Validation of the Algase Scale (version 2) in a cross cultural sample. *Aging Ment Health* 2004 ; 8 : 133-42.
- 6 Martin E., Biessy-Dalbe N., Albaret JM., Algase DL., French Validation of the Revised Algase Wandering Scale for Long-Term Care, 2013.
- 7 Rigaud AS., Déambulations et fugues chez les patients atteints de démence. *Gérontologie pratique*, 2004 ; 157 : 12-13.
- 8 Lai CK., Arthur DG., Wandering behavior in people with dementia. *J Adv Nurs* 2003 ; 44 : 173-82.
- 9 Dion R., L'expérience de proches aidants au regard de leurs interactions sociales avec un parent atteint de démence et présentant un comportement d'errance en centre d'hébergement, 2011 université de Montréal.
- 10 Bourque, M., & Voyer, P. (2006). La gestion des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée aux CHSLD* (pp. 355-374). Saint-Laurent (QC): ERPI.
- 11 Cummings JL., Mega M., Gray JK., Rosenberg-Thompson S., Carusi DA., Gornbein J., The Neuropsychiatric Inventory : comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994 ; 44 : 2308-14.
- 12 Dejos M., Approche écologique de l'évaluation de la mémoire épisodique et de la navigation spatiale dans la maladie d'Alzheimer, *Thèse*, 2012.
- 13 Code pénal – Articles 122-7.

14 Loi N 2002-303 du 4 Mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

15 Code de Déontologie Médicale – article 2 – alinéa 1 relatif au respect de la personne et de la dignité du patient (issu du décret n°95-100 du 6 septembre 1995).

16 La charte des droits et libertés de la personne âgée en situation d’handicap ou de dépendance. Version révisée 2007

17 DSM-IV-TR manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux. Modifié 2000.

18 Mega MS, CummingsJ, FiorelloT, Gombein j. The Spectrum of behavioral changes in Alzheimer’s disease 1996; 46:130-5.