

THÉRAPIE DU VOYAGE

**à propos d'un traitement non médicamenteux
des troubles du comportement en EHPAD.**

par **Docteur Jean-Louis CLAUDÉ.**

Directeur de Mémoire :
Docteur Denis CRAUS.



Diplôme Inter Universitaire

« Formation à la Fonction de Médecin Coordonnateur d'Établissement
d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes ».

SOMMAIRE



1 - INTRODUCTION	3
1.1. Le contexte : pourquoi l'idée de ce projet ?.....	3
1.2. La problématique.....	5
1.3. L'hypothèse.....	6
2 - LA MÉTHODE	8
2.1. La population.....	8
2.2. L'évaluation médicale de départ : MMSE / fiche individuelle.....	9
2.3. Évaluation en équipe : NPI, voyages, recueil d'informations.....	10
2.4. Le scénario.....	11
3 - RÉSULTATS - ANALYSE - HYPOTHÈSES	12
4 - FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE.....	13
5 - LE COIN DE LA PSYCHOLOGUE.....	14
6 - CONCLUSION.....	18
7 - ANNEXES	19
8 - DOCUMENTATION	31
9 - DÉDICACES.....	32
RÉSUMÉ	33

1 - INTRODUCTION

1.1. Le contexte : pourquoi l'idée de ce projet ?

L'EHPAD qui me conduit à faire la formation de Médecin Coordonnateur se situe à Homécourt, en Meurthe-et-Moselle. Il accueille 83 résidents depuis 2017 avec dès l'ouverture, l'installation d'une « gare virtuelle » dans une pièce spécialement dédiée.

Ce concept encore peu connu en France (seulement 5 EHPADs en disposent), est d'origine italienne : le Pr CILESI avait observé que dans un voyage en train, notamment dans un compartiment, s'établit souvent un dialogue, entraînant une relation avec sa dose d'émotion à la découverte de l'autre, comme une image en miroir de soi-même et de ses propres souvenirs.

Or on sait que les troubles du comportement du patient dément, peuvent provenir d'un trouble émotionnel : le patient ne se sent pas bien là où il est, donc – avec les moyens dont il dispose encore - il se rebelle, s'oppose et parfois cherche à fuguer.

D'où l'idée de départ du professeur italien : pour apaiser les troubles du



résident, on va « organiser sa fuite », par un voyage virtuel en toute sécurité pour lui : on l'accompagne dans une pièce d'environ 40 m³, avec une première partie décorée comme un hall de gare : banc pour attendre le train, pendule bien sûr,

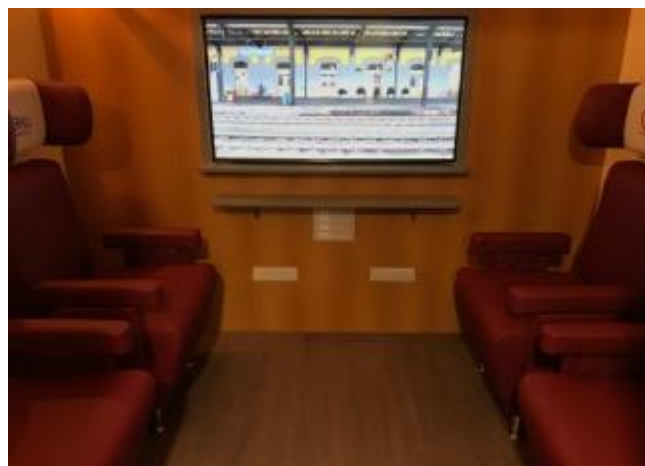


indications d'horaires et de destinations, et même des valises qui traînent au sol. Le résident en tenue de ville peut s'asseoir quelques minutes pour attendre le train dont le wagon apparaît au fond de la pièce, porte

fermée avant que le soignant donne accès au train.

La seconde partie de la pièce est agencée comme un compartiment de train avec 4 places en vis-à-vis et un grand écran à la place la fenêtre. On propose au résident de s'asseoir confortablement, après s'être débarrassé de son manteau et avoir posé sa valise dans le porte bagages situé au dessus de son siège. L'écran montre un quai de gare, train à l'arrêt.

Sur les 4 places, il y a 2 résidents et 2 soignants qui les accompagnent en tenue de ville. Le but est de canaliser un éventuel état d'agitation, mais aussi de recueillir les conversations. Et puis c'est parti pour 15 à 20 minutes de « voyage » : le soignant fait défiler le film, en regardant l'écran comme on regarde par la fenêtre d'un train. Le scénario est crédible pour le patient dément, qui se met à raconter de lointains souvenirs, ou bien s'apaise alors qu'il était agité.



1.2. La problématique

Cette idée est séduisante de prime abord, mais elle requiert une pertinence scientifique et socio-économique. En effet aucune étude sur le sujet n'a encore été publiée pour valider le concept, et aucun des 5 EHPAD dotés de ce concept n'a initialisé d'étude. Il convient donc de lui appliquer une rigueur scientifique, pour ne pas être accusé de prendre les résidents pour des « cobayes » ce qui serait bien sûr inacceptable et contraire à tout intérêt thérapeutique pour le résident.

Donc on part de ce qui est reconnu :

- l'importance de l'émotion causée par le changement domicile → EHPAD chez le patient dément,
- la traduction de cette émotion par des troubles du comportement (agitation, déambulation, cris, SPCD, etc.) ou des troubles du sommeil,
- le lien entre émotion et mémoire quelle que soit la démence : le résident déraciné cherche à fuir de l'EHPAD, en s'opposant, en déambulant, en criant

Et là se pose la question : à qui pourra-t-on proposer ce « voyage thérapeutique » comme un véritable traitement, pas un gadget, et de surcroît



traitement non médicamenteux ? Si on souhaite valider des indications, donc apaiser un ou plusieurs symptômes psycho comportementaux de la démence (SPCD), quels seront les patients répondeurs ?

1.3. L'hypothèse

L'idée est d'apaiser les troubles du comportement en accompagnant le résident dans un voyage virtuel au sein-même de l'EHPAD.

Pour valider le concept et en dégager les indications, il faut lui appliquer un protocole :

- précis (pas d'improvisation), afin d'arriver à des résultats identiques dans des situations cliniques comparables.
- flexible (à tout moment de la journée)
- réalisable sur place à l'EHPAD
- reproductible selon un ciblage à l'entrée et une évaluation des résultats à la sortie (selon référentiels reconnus)
- dont l'efficacité pourra être évaluée par :
 - l'avis de la famille
 - l'évaluation objective du trouble du comportement
 - la réduction éventuelle du traitement médicamenteux

Autant de conditions limitées par les moyens dont nous disposons, notamment en termes de mobilisation des équipes.

La tâche est complexe, nécessitant plusieurs intervenants :

- L'ensemble du personnel pour le repérage des résidents en souffrance, et la formation de ceux qui souhaiteront y participer
- L'aide-soignante qui va accompagner le résident dans le voyage
- La psychologue pour l'évaluation
- La cadre de santé pour organiser les voyages
- Et plus encore

Tout simplement il faut mobiliser tout le personnel de l'EHPAD disponible et volontaire autour du projet. C'est donc un travail de coordination entre les équipes, qui revient logiquement au Médecin Coordonnateur, d'où l'idée de ce mémoire.

En somme, on connaît la relation entre les émotions et la stimulation de la mémoire, ainsi que la signification de certains SPCD qui peuvent traduire un besoin de fuir. Mais est-ce que le fait d'accompagner la fuite, permet réellement d'apaiser un résident en souffrance, et dans ce cas sur quels symptômes ? Pour répondre, on essaie de mettre en place une méthode pour évaluer le concept et en valider les indications (troubles du comportement).

Le travail se fait dans l'EHPAD, en mobilisant le personnel dans la démarche qu'il faut coordonner entre les intervenants, les résidents et les familles.



2 - LA MÉTHODE

Il s'agit ici d'évaluer le concept, sa description est faite ci-dessus.

2.1. La population

Il s'agit de repérer des Symptômes Psycho Comportementaux de le Démence (SPCD), parmi les 83 résidents de l'EHPAD. Pour cela on mobilise le personnel lors d'une réunion où on propose 3 symptômes (autolimitation volontaire à seulement 3 symptômes pour que la démarche soit simple). On se donne 2 semaines pour remplir un tableau des résidents (annexe 1-1 et 1-2) où figurent :

- en abscisse les 3 symptômes choisis, en l'occurrence : déambulation, apathie, troubles du sommeil,
- en ordonnée tous les résidents, dont certains peuvent avoir 2 SPCD.

Là, les difficultés commencent. On nous oppose qu'il faut du temps pour observer, et le temps manque en EHPAD ... Ensuite il apparaît indispensable de mobiliser le personnel, en expliquant que ce n'est pas une tâche supplémentaire, mais un service rendu original, n'existant pas dans les EHPADs à l'entour. Et finalement la solution est de former une petite équipe motivée sur la méthode qu'on veut appliquer.

Le personnel volontaire qui sera formé, est l'une des 2 équipes de l'Unité de Vie Protégée (UVP). Par conséquent le recrutement va se faire - par hasard et non par choix - sur les résidents aux fonctions cognitives très altérées.

2.2. L'évaluation médicale de départ : MMSE / fiche individuelle

Pour faire simple et reproductible, le critère médical de référence avant de faire les « voyages » sera le MMSE (annexe 2-1 et 2-2), réalisé par le Médecin Coordonnateur. Et il faudra le refaire après les voyages pour voir s'il s'est amélioré.

A ce stade, il convient de recueillir aussi un accord de la famille, écrit et signé si possible. Il ne s'agit pas d'une expérimentation comme on le voit dans le domaine du médicament. Et c'est justement ce qu'il faut expliquer aux familles pour prévenir toute confusion : la « Thérapie du voyage » doit être considérée comme une véritable alternative aux médicaments dans les troubles du comportement.

Il faut profiter de l'entretien avec les familles pour demander quelques éléments de la vie du résident, concernant ses voyages, son travail, ses enfants, et les consigner dans une fiche personnalisée du résident. Dans notre secteur, beaucoup de résidents sont des anciens ouvriers de la mine ou de l'usine, souvent des émigrés italiens. Quand ils partaient au travail ou en vacances en Italie, c'était en train, d'où un possible levier sur des souvenirs vécus dans le labeur ou le bonheur.

L'ensemble accord + éléments de vie sera compilé dans une « Fiche recueil de données patient » (annexe 3) qui pourra être remplie par l'un ou l'autre membre de l'équipe.

2.3. Évaluation en équipe : NPI, voyages, recueil d'informations

C'est peut-être la partie la plus sensible de l'étude : la grille NPIes (Inventaire Neuro Psychiatrique, en annexe 4) n'est pas forcément facile à comprendre. Elle nécessite une formation du personnel sur les différents items qu'elle comporte (annexe 4). Et pourtant c'est sur elle qu'on pourra s'appuyer pour évaluer les résultats, c'est-à-dire évaluer l'amélioration de l'état clinique du résident. Le Médecin Coordonnateur doit s'en charger.

Autre point important : pour évaluer les résultats, on fixe arbitrairement le nombre de voyages à 10 avant de réévaluer. Donc on demande une grille NPIes avant les voyages, et une autre comparative après 10 voyages (ou avant si le résident est opposant).

Chaque voyage a une durée de 20 minutes environ. La fréquence est aléatoire, fonction de la disponibilité du personnel. Mais la situation de crise donne aussi tout son sens à un voyage.

Le personnel est invité à remplir une fiche d'observations sur les voyages (annexe 5) qu'on recueillera pendant les voyages. La situation de crise devra y être mentionnée.

2.4. Le scénario

Le voyage virtuel doit être organisé :

- le résident doit être accompagné d'un soignant, habillé en civil ; la relation soignant – patient est importante pour obtenir la « félicita » (le bonheur)
- préparé en habits de ville, le résident entre dans la pièce. Il est porteur d'un billet de train (annexe 6) remis avant d'entrer. Il s'assied sur le banc figurant le hall de gare en attendant le train ; tout doit être allumé avant son entrée.
- il est alors invité à entrer dans le compartiment, où il choisit sa place. Il y a 4 places, donc au mieux 2 résidents et 2 soignants. Le soignant l'invite à mettre dans le porte bagage son manteau et sa valise, s'il en a une.
- sur l'écran (allumé avant), on voit le quai de la gare, train à l'arrêt
- le soignant s'assure que tout le monde est bien installé, puis déclenche le départ du film (donc du train virtuel).
- et c'est parti pour environ 20 minutes de voyage en train. Le soignant doit connaître le voyage, pour commenter : « C'est la mi-chemin », ou « On arrive en gare », etc. La discussion s'engage au fil des images (d'ailleurs il est prouvé que les mouvements des yeux favorisent le sommeil).
- à l'arrivée le soignant invite le résident à quitter le compartiment, en fermant la porte (le train repart !). Puis on quitte ensemble la pièce (le hall de gare) pour retourner chez soi (dans sa chambre).

3 - RÉSULTATS - ANALYSE - HYPOTHÈSES

Le Relevé de Résultats figure en annexe 7. Les noms des « voyageurs » ont été remplacés par des lettres pour préserver leur anonymat dans le strict respect du secret partagé.

Le travail présenté ici comporte :

- 62 voyages
- 14 résidents
- répartis sur 3 SPCD, soit 5 pour la déambulation, 4 pour l'apathie et 7 pour les troubles du sommeil (donc 2 résidents présentent 2 symptômes)
- 3 échecs, donc 3/14
- 11/14, soit tous les autres : amélioration du SPCD.

Ce qui permet d'avancer des hypothèses rationnelles pouvant expliquer les résultats :

- les 3 échecs concernent des résidents soit trop ancrés dans la réalité (2), soit présentant une démence très sévère (1)
- pour les autres, on apaise le SPCD ce qui était recherché (11) : c'est le résultat principal
- mais en même temps on trouve une signification au SPCD pour ceux qui dépassent les 10 voyages (3 à 4), ce qui fait appel à la mémoire épisodique, liée aux émotions : le même trouble du comportement conduit à la même analyse au fil des voyages, comme si par manque de mémoire ce trouble se reproduit, et le traitement aussi (comme les médicaments, qu'on prend tous les jours).

4 - FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

Il s'agit de dégager les points forts et les points faibles de l'étude, pour essayer de l'améliorer.

- on pourrait affiner la méthodologie, par exemple en rajoutant des critères, c'est-à-dire d'autres SPCD
- augmenter l'échantillon des résidents, notamment en incluant des patients aux troubles cognitifs moins sévères (hors UVP, dans les étages de l'EHPAD)
- augmenter le nombre de voyages par résident, comme on augmente le nombre de prises médicamenteuses en les répétant tous les jours
- former le personnel , surtout sur NPles, pour évaluer au plus près de l'évolution du résident tous les 10 voyages par exemple (annexes 8-1 et 8-2).
- pour un même résident , interrompre les voyages pour voir les troubles s'acutisent à nouveau dès l'arrêt de la méthode
- sélectionner les résidents peu ou pas répondeurs : MMs est trop bas, ou candidat encore ancré dans la réalité.



5 - LE COIN DE LA PSYCHOLOGUE

Ressentis pouvant mener à la nécessité de fuir

Selon l'OMS la démence est « un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. (...) Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive ».

Les troubles du comportement y sont identifiés comme des symptômes produits par la pathologie démentielle. Or, il s'agit également d'une réponse, affective et émotionnelle, face aux divers changements causés par la maladie.

Une lecture complémentaire permettrait de s'interroger sur le sens que peuvent avoir ces « symptômes ». Autrement dit, que se cache-t-il derrière ces « comportements productifs », parfois qualifiés de « perturbateurs » ? Qu'est ce que la personne tente de nous dire ?

L'altération progressive des fonctions cognitives entraîne une perte d'autonomie et un bouleversement émotionnel chez la personne atteinte. Cette perte de contrôle s'accompagne souvent d'un sentiment d'impuissance et d'une anxiété réactionnelle. Ne pouvant plus y répondre comme elle le faisait auparavant, en raison de l'affaiblissement de ses capacités antérieures, une « expression autre » voit le jour, témoignant du mal être éprouvé.

Il s'agit d'une manière qu'a l'individu de se défendre face à ce qu'il traverse, dans le but de retrouver un équilibre intérieur et de s'adapter au contexte environnant.

C'est alors que peuvent apparaître une agitation et/ou une passivité (physique et psychique) portant principalement sur les déplacements, l'humeur et le sommeil.

Au sein de notre établissement, les jours suivant l'admission d'un(e) résident(e), nous retrouvons quasi systématiquement une recrudescence de ces agirs, pouvant mener à une conduite de fuite, par déambulation, apathie et/ou hypersomnie.

Chaque résident(e) réagit de manière singulière à sa pathologie, et s'en défend d'une façon qui lui est propre. Une institutionnalisation s'accompagne d'une multitude de changements (lieux, interlocuteur, rythme, etc.). C'est pourquoi un temps d'adaptation et une familiarisation réciproque est nécessaire pour permettre un accompagnement de qualité.

Construction d'une « relation autre » entre soignant et résident(e)

Afin que la visée thérapeutique du voyage virtuel soit opérante il est nécessaire qu'une relation de confiance se construise entre le « voyageur – résident(e) » et « l'accompagnateur - soignant ».

En effet, le décor et les moyens techniques déployés sont propices à faire émerger des souvenirs anciens, mais la communication et l'échange joue un rôle primordial concernant la reviviscence d'événements passés associés à son vécu émotionnel.

Une fois toutes les conditions réunies, et lorsqu'un(e) résident(e) est réceptif à cette méthode, un apaisement de l'agitation est visible durant les voyages, et contribue à un sentiment de mieux-être au quotidien.

Il s'agit d'un instant « hors rythme institutionnel » pour le soignant, où se dessine des rapports différents que ceux qu'il peut avoir durant les soins ou les activités de groupe.

Sorte de parenthèse et de « virée à deux » (ou à plusieurs), où il est donné au soignant de porter une attention et une écoute différentes au résident(e) ; et pour le(la) résident(e) de se sentir autrement considéré(e).

Les bienfaits de la narration

Un des effets psychiques, chez les personnes atteintes de pathologies démentielles, est l'émergence d'un sentiment de dépersonnalisation et de perte identitaire progressive.

En effet, la perte d'autonomie et le besoin de dépendance dans la vie quotidienne mènerait inconsciemment la personne à ne plus se considérer comme sujet à part entière ; le conduisant peu à peu vers une « perte de soi ».

Durant ces moments de partages pendant lesquels les échanges sont présents, la personne « se raconte », évoque des parties de sa vie dont elle se souvient, ou encore laisse place à son imagination en parlant de ce qui lui vient.

Par la remémoration, la parole et le récit, le (la) résident(e) renoue avec une partie de lui (elle) -même, en évoquant des souvenirs et/ou des événements de vie marquants.

Soutenu par le dialogue qu'il a avec l' « accompagnateur – soignant », il formule son existence en y associant une dimension affective, qui participe à une reconnaissance de soi et un étayage identitaire.

Perspectives futures

Le « voyage fictif » est un moyen thérapeutique dont l'efficacité est mise en lumière dans ce mémoire. Toutefois, il ne peut être applicable à tous. Cela nécessite une connaissance en amont de l'histoire de vie du résident(e), une analyse de la symptomatologie de sa pathologie et l'expression de celle-ci.

C'est pourquoi il faut savoir faire preuve d'adaptation et de créativité, permettre une écoute, une communication (orale, écrite, tactile, etc.) et une entrée en relation avec la part de subjectivité de chacun, afin de pouvoir proposer ce qui convient le mieux à chaque résident(e).

La pratique en EHPAD est avant tout un accompagnement « humain », régit par des modalités sociétales, économiques et institutionnelles en perpétuelle mouvance.

Il s'agit d'un lieu de vie où chaque professionnel guide et prend en charge au quotidien les personnes accueillies, parfois porteur de pathologie démentielle dont l'expression est singulière et déroutante pour la personne concernée, son entourage mais aussi l'équipe pluridisciplinaire qui l'entoure.

6 - CONCLUSION

Ce modeste travail part d'une idée originale : proposer un voyage virtuel au sein même d'un EHPAD, à des résidents déments chez qui les symptômes psycho-comportementaux correspondent à l'idée de fuir leur condition.

Plutôt que de traiter par médicaments, on propose d'organiser la fuite dans un compartiment de train recréé grandeur nature. On compte alors sur l'émotion générée par la communication entre les passagers, pour rappeler des souvenirs anciens qui apaisent.

Il fallait essayer de porter sur ce concept un regard scientifique pour prouver son efficacité sur 3 symptômes choisis : apathie, déambulation et troubles du sommeil. Une méthode a été établie, certes perfectible, pour analyser les résultats de 62 « voyages » sur 14 résidents. Même si on peut affiner les critères et agrandir l'échantillonnage, les résultats sont positifs sur l'amélioration des symptômes.

Mieux encore, se dégage un constat inattendu : pour des résidents à qui on a proposé des voyages répétés (plus de 10), on semble arriver à une verbalisation de la cause du trouble initial, ce qui n'était pas attendu.

Pourtant l'explication psychologique des raisons de la fuite, corrobore l'hypothèse d'un apaisement possible du résident par le bienfait que lui procurent des souvenirs de lui-même au travers du voyage.

Il s'agit d'un travail d'équipe, où chacun est attentif à décrypter le sens caché d'un comportement aberrant chez un résident pour le traiter réellement et efficacement sans recourir à la pharmacopée.

7 - ANNEXES

1-1 Tableau des résidents 1 (page 20)

1-2 Tableau des résidents 2 (page 21)

2-1 Fiche MMSE (page 22)

2-2 Fiche MMSE version GRECO (page 23)

3 Fiche de recueil des données résidents (page 24)

4 Fiche NPI (page 25)

5 Fiche d'observations sur les voyages (page 26)

6 Billet de train (page 27)

7 Relevé de résultats (page 28)

8-1 Formation NPles / HAS (page 29)

8-2 Formation NPI Soignant (page 30)



ANNEXE 1-1

NOM	Prenom	Chambre	Déambulation	Apathie	Trouble du sommeil
KI	Hélène	81			<
LJ	Olga	41	<		
LE	Nicole	37			
LI	Stanislawa	35		x	
LI	Stanislas	34			x
LI	Monique	38			
N	Cécile	8	<	<	x
N	Josette	40		<	
N	Lucienne	46			
N	Nicole	79			x
N	Marie Thérèse	52			
N	André	82		<	x
N	Odette	68			
N	Simone	73			x
O	Laura	13	<	x	x
P	Liliane	57	<	x	<
P	Rosanna	61			x
P	Giulo	80			x
P	Dominique	27			
P	Elisabeth	19		<	
P	Paultte	64			
Q	Virginie	18		x	
R	Marie	70			
S	Leda	75		<	<
S	Danka	47		<	
S	Iolanda	2	<	<	x
S	Marguerite	15		x	
S	René	43			
S	Nicole	1	x	<	<
S	Jean Marie	49	x	<	x
S	Stephan	59		x	
T	Emilia	55		<	
T	Erminia	33			
V	Elvire	67		x	
V	Jeanne	30		x	
VI	Monique	84			
VI	Simone	72			
W	Noel	12	x	x	x
W	Marie Alice	17			
W	Jean	20			
ZI	Domenica	69		<	

ANNEXE 1-2

NOM	Prenom	Chambre	Déambulation	Apathie	Trouble du sommeil
A	Yvette	31			
A	Georgette	32			X
A	Otello	53			
A	Adrée	36			
A	Anne Marie	8			
B	Emma	48			
B	Elsa	26	X		
B	Josiane	6	X	X	X
B	Jeanne	44			
B	Liselotte	39			
B	Christiane	62			
B	Ester	83		X	
B	Lydie	45			X
B	Jean	51			
C	Mario	4	X		X
C	Marie Thérèse	65			
C	Michelle	9	X		
C	Christiane	74			
C	Carolina	66			
D	Suzanne	71		X	
D	Claudine	3	X	X	X
D	Bernard	42			
D	Adrien	25		X	
D	Assunta	58		X	X
EI	Maurice	54			
EI	Thérèse	23			X
FI	Léa	16			
FI	Patrick	24			
G	Jeanne	14	X	X	X
G	isabelle	60		X	
G	Maria	11	X		X
G	Jeanine	56			
H	Eugénie	29			
H	Pierre	63			X
JJ	Antoinette	78			
JJ	Lucie	22		X	
Ji	Maurice	21		X	
Ji	Daniel	10			
K	Wanda	5	X	X	X

ANNEXE 2-1

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E) Date :..... Evalué(e) par : Niveau socio-culturel	Etiquette du patient
---	----------------------

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

☞ Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- | | | | | | |
|----------------------------------|--------|------------------------------|--|--|--------|
| 1. en quelle année sommes-nous ? | !0ou1! | | | | !0ou1! |
| 2. en quelle saison ? | !___! | 4. Quel jour du mois ? | | | !___! |
| 3. en quel mois ? | !___! | 5. Quel jour de la semaine ? | | | !___! |
- ☞ Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.
- | | |
|--|-------|
| 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? | !___! |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | !___! |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? | !___! |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? | !___! |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ? | !___! |

APPRENTISSAGE

☞ Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-------|
| 11. Cigare | | [citron | | [fauteuil | !___! |
| 12. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | !___! |
| 13. porte | | [ballon | | [canard | !___! |
- Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

- ☞ Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?
- | | |
|--------|-------|
| 14. 93 | !___! |
| 15. 86 | !___! |
| 16. 79 | !___! |
| 17. 72 | !___! |
| 18. 65 | !___! |

☞ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

☞ Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

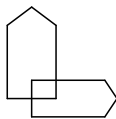
- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-------|
| 19. Cigare | | [citron | | [fauteuil | !___! |
| 20. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | !___! |
| 21. porte | | [ballon | | [canard | !___! |

LANGAGE

22. quel est le nom de cet objet? Montrer un crayon. !___!
23. Quel est le nom de cet objet Montrer une montre !___!
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » !___!
- ☞ Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :
25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. !___!
26. Pliez-la en deux. !___!
27. et jetez-la par terre ». !___!
- ☞ Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
28. «faites ce qui est écrit ». !___!
- ☞ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :
29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » !___!

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

- ☞ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :
30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». !___!



SCORE TOTAL (0 à 30) !___!

ANNEXE 2-2

Mini-Mental State Examination dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO)

Orientation

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons :

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
(si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle région est situé ce département ?
10. À quel étage sommes-nous ici ?

Apprentissage

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare
 12. Fleur
 13. Porte
- Répétez les 3 mots.

Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare
20. Fleur
21. Porte

Langage

22. Montrer un crayon. *Quel est le nom de cet objet ?*
23. Montrer votre montre. *Quel est le nom de cet objet ?*
24. *Écoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et!"*
25. Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : *Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :*
Prenez cette feuille de papier avec la main droite
26. Pliez-la en deux
27. Et jetez-la par terre
28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :

ANNEXE 4

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI/ES

Nom: _____ Age: _____ Date de l'évaluation: _____

Fonction de la personne interviewée:

Type de relation avec le patient :

Très proche/ prodigue des soins quotidiens;

proche/ s'occupe souvent du patient;

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

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

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

ANNEXE 5

<p style="text-align: center;"><u>Voyage 1</u> Date : .../.../...</p> <p>Commentaire :</p>	<p style="text-align: center;"><u>Voyage 2</u> Date : .../.../...</p> <p>Commentaire :</p>
<p style="text-align: center;"><u>Voyage 3</u> Date : .../.../...</p> <p>Commentaire :</p>	<p style="text-align: center;"><u>Voyage 4</u> Date : .../.../...</p> <p>Commentaire :</p>
<p style="text-align: center;"><u>Voyage 5</u> Date : .../.../...</p> <p>Commentaire :</p>	<p style="text-align: center;"><u>Voyage 6</u> Date : .../.../...</p> <p>Commentaire :</p>
<p style="text-align: center;"><u>Voyage 7</u> Date : .../.../...</p> <p>Commentaire :</p>	<p style="text-align: center;"><u>Voyage 8</u> Date : .../.../...</p> <p>Commentaire :</p>
<p style="text-align: center;"><u>Voyage 9</u> Date : .../.../...</p> <p>Commentaire :</p>	<p style="text-align: center;"><u>Voyage 10</u> Date : .../.../...</p> <p>Commentaire :</p>

ANNEXE 6

BILLET DE TRAIN

NOM

PRENOM

LIEU DE DEPART

PHOTO

LIEU D'ARRIVEE

Jan 13 de femme 2 x 29,7

ANNEXE 7 - RELEVÉ DES RÉSULTATS

NOM	SYMPTOME =	Déambulation	Apathie	Trouble du sommeil	Nombre de voyages
A.			x		14
	Patiente souriante au fil des voyages, se préoccupant de son apparence physique				
B.			x		10
	(Père cheminot) - Parle à chaque voyage de ses enfants, avec inquiétude				
Ca		x			10
	Ancien Abbé - fixé à chaque voyage sur les images, qu'il commente				
Ch.		x			2
	Complètement imperméable => arrêt				
D.				x	
	A encore un compagnon à Paris ; angoisses => arrêt (voyages rappellent le compagnon ?)				
Go				x	7
	Arrivée à l'EHPAD très agitée (1 AT dans le personnet et 5000 € de dégâts) Parle beaucoup pendant les voyages : sa jeunesse, ses amours, ses parents cheminots)				
Gr		x			1
	Dès le début du voyage, calme et silencieuse				
J			x		1
	A immédiatement compris le montage => arrêt				
K			x	x	3
	D'abord refuse de s'asseoir, puis regarde l'écran et parle de sa famille et de ses voyages				
M				x	2
	Exprime spontanément des angoisses à l'idée de son mari				
O		x			1
	D'emblée ravie de son voyage				
Si				x	2
	Très peu regardé l'écran, mais l'environnement ; finit par somnoler				
St		x			1
	A immédiatement compris le montage => arrêt				
W				x	1
	Regard fixe et absent => arrêt				

ANNEXE 8-1



Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante (NPI-ES)

Instructions

BUT

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

L'INTERVIEW DU NPI-ES

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

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

Il est important de :

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

QUESTIONS DE SÉLECTION

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

A. IDÉES DÉLIRANTES

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le patient/la patiente est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses. »

ANNEXE 8-2

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE Version pour Equipe Soignante NPI-ES *Instructions*

BUT

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

L'INTERVIEW DU NPI-ES

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

Le but de l'interview

Les cotations de fréquence, gravité et retentissement sur les activités professionnelles

Les réponses se rapportent à des comportements qui ont été présents durant la semaine passée ou pendant des autres période bien définis (par exemple depuis 1 mois ou depuis la dernière évaluation)

Les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par "oui" ou "non".

Il est important de:

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

- Recueillir les traitements médicamenteux pris régulièrement par le patient

QUESTIONS DE SÉLECTION

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

SOUS-QUESTIONS

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

8 - DOCUMENTATION

A) Pr Ivo CILESI :

- Indicazioni e Linee Guida Terapia del Viaggio
- La terapia del viaggio
- THERAPEUTIC TRAIN : Modellidicura eviaggiterapeutici
- TRENO TERAPEUTICO :
- Autostima e socializzazione, un nuovo viaggio.

B) Autres :

- L'invitation au voyage ; L'infirmière Magazine ; Déc. 2016
- GENERALI Formazione : cours de base pour le personnel de l'établissement
- La Thérapie du Voyage : Vincent DOUZON (projet OBJAT / l'ARS)



9 - DÉDICACES

À mes parents, qui m'ont conduit à cette profession de médecin,

À mon épouse, qui a supporté les heures de travail et d'absence en m'encourageant

À mes enfants, dont je suis fier malgré ma disponibilité réduite

À la Directrice de l'EHPAD qui m'a accordé sa confiance

À toute l'équipe de l'EHPAD, qui contribue largement à ce travail.

RÉSUMÉ

- En français :

La « Thérapie du voyage » est un traitement non médicamenteux des troubles du comportement chez les personnes âgées démentes en EHPAD.

On propose au résident un voyage virtuel dans un compartiment de train recréé dans une pièce de l'EHPAD. L'étude réalisée selon un protocole précis, montre une amélioration des troubles perturbateurs et déficitaires, sans traitement associé.

Le travail met aussi en évidence une possible stimulation de la mémoire épisodique, déclenchée par l'émotion due au dialogue qui s'établit dans le compartiment.

- En anglais :

“Travel therapy” is a non-medicated treatment of behavioural problems among demented old persons in an ALA (Assisted Living Accommodation).

The resident is suggested a virtual travel within a train carriage; a place which has been reproduced in one room of the ALA (EHPAD). The study, that was carried out according to a precise procedure, has shown an alleviation of both disruptive disorders and retardation troubles, without associating any medicinal treatment.

This work also highlights that it is possible to stimulate (the) periodic recollection, which is triggered by the emotion felt throughout the dialogue taking place in the carriage.

