

# Errance et Fugue

Ces comportements retiennent l'attention du soignant, car les risques d'accidents sont élevés pour la personne et les soignants (donnent lieu parfois à des poursuites judiciaires).

Ces personnes lors de leurs déambulations :

- entrent inopinément dans des territoires privés,
- franchissent des endroits dangereux,
- tentent de sortir à l'extérieur sans tenir compte du temps.

Ce qui explique le premier réflexe de solution du problème de type reptilien, action-réaction

- médicaments,
- contrainte au fauteuil,
- confinement dans un territoire donné,

...qui laisse soignants et famille insatisfaits.

## I - ERRANCE

### □ Définition

Déambulations répétées, parfois presque continues, que la personne amorce de sa propre initiative et qui peuvent comporter ou non des dangers pour elle.

Les résidants errants, désorientés, *se rendent difficilement compte qu'ils sont perdus, ils sont moins repliés sur eux-mêmes, plus mobiles et hyperactifs.*

Il y a danger si les déambulations sont si fréquentes qu'elles comportent des risques pour la santé ; avec ou sans tentative pour sortir de l'établissement.

L'errance n'est pas toujours un problème en soi...

- un résidant peut errer sans chercher à fuir,
- celui qui fait une tentative de fuite n'est pas nécessairement un errant.

### □ Caractéristiques

– Possibilité d'un lien entre ce comportement et le vécu de la personne : régularité du parcours, tendance à croire que la personne poursuit un but.

Il faut voir dans la **biographie de ses habitudes de vie...**

- si, dans le passé, elle marchait beaucoup,
- si elle faisait les cent pas lors de situations de stress,
- si elle allait le soir promener son chien.

– **Régularité du parcours en fonction des lieux**

- même itinéraire d'une fois à l'autre,
- a des points de repère à elle,
- s'arrête davantage aux endroits communautaires où elle est susceptible de rencontrer du monde.

– **Poursuite d'un but**

- plan d'action élaboré pour satisfaire des besoins.
- recherche de quelqu'un ou de quelque chose.
- fuite d'un endroit considéré comme déplaisant.

## ❑ Quatre types

L'errance avec but et comportement de recherche ; avec but et comportement d'occupation ; sans but apparent ; liée aux neuroleptiques.

Une personne peut présenter plus d'un type d'errance.

### ✓ L'errance avec but et comportement de recherche

Lors de leurs déambulations, ils recherchent *une chose ou quelqu'un*.

Cette personne ou cet objet, peut ...

- être usuel.
- se situer en dehors de l'unité,  
Ils deviennent les «chercheurs de porte de sortie».
- être difficilement accessible,  
Revoir des coins favoris.
- ne plus exister.  
Revoir un parent décédé.

Avec parfois des appels répétés ou des tentatives pour approcher des personnes afin qu'elles les aident à poursuivre leur but...

- revoir un parent,
- retrouver un objet cher, une lettre,
- retrouver un objet usuel tel un sac à main, une brosse à dents...

### ✓ L'errance avec but et comportement d'occupation

Ces personnes ont probablement été particulièrement actives durant leur vie.

Comportement industriel : elles cherchent à demeurer occupées et à accomplir des tâches.

Exemple : une femme qui passe son temps à épousseter les différents objets rencontrés sur son trajet.

Qu'elle s'arrête pour frotter des poignées de porte ne veut pas dire qu'elle veut s'enfuir : elle est attirée par la stimulation sensorielle que ce geste lui procure.

### ✓ L'errance sans but apparent

Ces personnes apparemment, ne poursuivent pas de but.

- Elles peuvent avoir un but au début de leur errance mais ne le poursuivent que pendant une courte période puis donnent l'impression de ne pas y donner suite...
  - soit qu'ils l'oublient en cours de route,
  - soit qu'ils se laissent distraire par autre chose.
- La modification du trajet est possible en fonction de la personnes rencontrée sur leur chemin : *si celle-ci sort de l'unité, elle fait de même.*
- Elles chercheraient à garder un contact avec une personne de référence, qui rassure.

### ✓ L'errance liée à l'utilisation prolongée de neuroleptiques ou *akathisie*

Consécutive à l'utilisation prolongée de neuroleptiques, surtout de l'Haldol et l'Orap. C'est une **hyperactivité motrice due à son système extra-pyramidal** affecté par la consommation d'un neuroleptique.

Le système extra-pyramidal ne relève pas de la volonté.

Ces personnes font rarement des tentatives pour s'enfuir.

Les personnes éprouvent beaucoup de difficulté...

- à rester en place,
- à conserver la même position,
- parfois à demeurer assises.

## ❑ Sens des comportements d'errance

L'errance, aussi surprenant que cela puisse paraître, servirait à exprimer un état d'être quelconque chez des personnes incapables de recourir aux moyens usuels pour s'exprimer.

Elles utilisent d'autres moyens qui demeurent difficiles à comprendre pour les soignants, pour planifier des conduites thérapeutiques.

### *Qu'est-ce qu'une personne errante peut vouloir exprimer par ce comportement ?*

- ⇒ L'ennui ou un sentiment d'inutilité ?

Chercherait à s'auto-stimuler ou à occuper son temps de façon industrielle.

- ⇒ La solitude et la tristesse par sentiment d'être marginalisé ?

Chercherait alors à fuir une situation difficile à tolérer.

- ⇒ La peur et l'insécurité dues à la séparation (*ou la peur d'être séparée*) de personnes et d'objets rassurants sur le plan affectif ?

Irait à la recherche des personnes et des objets familiers dans le but d'être rassurée ou apaisée.

- ⇒ Un besoin de bouger pour soulager des tensions ?

- ⇒ Une volonté de s'affirmer en réaction à un milieu qui contrôle ses activités, en recourant à des contraintes ?

- ⇒ L'anxiété ou la frayeur causée par des bruits ou par la présence d'un rassemblement de personnes ?

Situation identique à celle d'un adulte sain qui ne peut supporter une foule.

- ⇒ Égarement dans un milieu nouveau où dont les repères ne sont pas adéquats et suffisants pour orienter les personnes démentes ?

- ⇒ La tentative pour se familiariser avec un endroit nouveau ? Comportement d'exploration avec des signes extérieurs d'errance ?

*Et autres sens possibles ...*

## ❑ Interventions

Le plan d'intervention variera en fonction du sens attribué au comportement.

L'errance qui serait...

- ✓ **L'expression de l'ennui**

— Réponse : *activités*.

- ✓ **Le signe d'une désorientation spatiale**

—Réponse : *réorientation*.

Élaborer un plan pour l'aider à reconnaître des lieux importants, l'amener à suivre des itinéraires.

Ex. : errant qui cherche une personne chère.

La calmer en parlant de cette personne et en évoquant des activités qu'il effectuait avec elle, au lieu de l'obliger à faire face à la réalité de son absence.

### ✓ Une forme de communication

- expression de réaction à une situation précise,
- conjugée à des données biographiques,
- survenant à un moment donné,
- dans un contexte particulier.

Observer et analyser pour...

- en comprendre le sens,
- connaître les facteurs modifiables qui le déclenchent.

### □ Analyse du comportement

L'analyse du comportement sera suivie de l'examen des facteurs déclenchants, des conséquences pour déboucher sur la conduite à tenir.

#### ① Description du comportement

— *L'ampleur du comportement :*

- moment précis de la journée où commence l'errance,
- nombre de fois qu'elle se manifeste et sa durée.

— *Le parcours :*

- La description du parcours
  - point de départ, chemin emprunté, arrêts, destination
  - endroits dangereux, direction la sortie ...
  - horaires prévisibles.

- Les activités durant le parcours

- Activités solitaires ?

Observer si la personne gesticule, se parle (si possible, noter les propos), examine des objets, sourit, regarde le plancher, fait des actions répétitives.

- Échanges sociaux ?

Relève les interactions verbales et leur teneur ou des contacts physiques.

Observations qui permettent de savoir si la personne cherche des contacts et si elle en reçoit.

- Humeur du malade ?

Attitudes évoquant...

- la tristesse (regard fixé au plancher),
- l'agitation (marche rapide),
- du plaisir (sourire).

*Permet de savoir comment l'aborder.*

Ex. 1 : Une personne qui erre l'air triste ou placide s'ennuie peut-être. On peut l'aborder naturellement, comme si on la rencontrait par hasard.

Ex. 2 : Une personne, qui erre en manifestant beaucoup d'agitation se sent peut-être perdue ou essaie de calmer sa tension. Il convient d'éviter d'envahir subitement son territoire, et de garder

d'abord une distance convenable. Puis, d'une façon calme, chaleureuse et en essayant de capter son regard, s'approcher lentement et la toucher doucement.

La façon de faire est définie au fur et à mesure.

Vérifier si la personne éprouve quelque inconfort : faim, besoin d'éliminer, problème de constipation, rétention urinaire ou port de vêtements gênants.

Ex. 3 : L'individu errant joyeux, peut, par ce comportement, chercher simplement à faire de l'exercice ou à s'occuper.

S'assurer que les déambulations s'effectuent dans un lieu sécuritaire et plaisant...et laisser faire ...

...sauf si la fréquence de ce comportement est trop élevée et risque d'entraîner un épuisement.

## ② Examen des facteurs déclenchants

### — Facteurs environnementaux

- D'abord les caractéristiques sociales de l'environnement au moment où survient l'épisode d'errance.

Noter...

- les événements et les activités en cours,
- le nombre de personnes présentes,
- l'arrivée ou le départ de personnes en particulier,
- les gestes et les paroles des personnes en interaction.

- Puis les caractéristiques physiques de l'environnement au moment où survient l'épisode d'errance.

Noter...

- degré de luminosité (errance du crépuscule),
- bruit.
- points de repère.

Savoir que...

- des chaussures, des manteaux et des valises, font parfois germer l'idée de partir.

### — Facteur individuels - Psycho-sociaux et organiques.

- Facteurs psycho sociaux

- *Données biographiques :*

- Lien de continuité entre les comportements actuels et leur façon de se comporter avant leur maladie ?

- Prolongement de coutumes personnelles bien établies ?

Il est essentiel d'interroger les familles...

- Quel était le travail de votre parent ?

- L'errance est-elle reliée à des gestes qu'il effectuait dans sa vie professionnelle ?

- Quels étaient ses passe-temps et à quelle fréquence s'y adonnait-il ?

- Comment réagissait-il au stress ?

- La marche constituait-elle pour lui un loisir ou un remède au stress ?

- Était-il du genre à avoir la bougeotte ?

- *Connaître, la façon dont la personne occupe actuellement son temps en dehors des périodes d'errance,*

Ses contacts avec d'autres personnes durant la journée.

### — Facteurs organiques spécifiques

Renseignement sur l'influence des déficits cognitifs sur les comportements et sur la nature des interventions à favoriser.

Atteinte pariétale particulière ? psychotropes ?

### ③ Examen des conséquences

Elles se situent sur les plans biologique, psychologique social.

#### — Conséquences pour le malade

- En *positif*, une occasion de contact avec d'autres (résidants, soignants), une façon de libérer des tensions.
- En *négatif*, des phlyctènes et plaies des pieds, un œdème des membres inférieurs, des problèmes de déshydratation, risque de blessures...

Si l'errance est nocive, classer les aspects à modifier.

Si existent des phlyctènes, il convient de diminuer la fréquence de l'errance.

Si les risques de blessures sont élevés à cause d'endroits dangereux, modifier le parcours emprunté ou supprimer des éléments dangereux.

Une immobilisation au fauteuil, ou la prescription de tranquillisants... méritent réflexion.

- L'immobilisation au fauteuil provoque de l'agitation.
- Une fois libérés du fauteuil, certains errent davantage, pour calmer leur tension retenue.  
Renforcement du comportement d'errance en le déclenchant à nouveau.
- Des neuroleptiques produisent des effets paradoxaux :
  - ils peuvent concourir à l'augmentation de l'errance, ou
  - à des effets - secondaires aussi nocifs que l'errance.
 Ex : apathie qui diminue l'autonomie fonctionnelle ce qui déclenche l'apparition de contractures et conduit à un comportement dysfonctionnel.

#### — Conséquences pour la famille

La famille présente...

- de l'embarras vis-à-vis des soignants,
- de l'angoisse.

Car elle craint que son parent s'égaré, s'enfuie, se blesse, dérange d'autres résidants ou soit rejeté par l'entourage

#### — Conséquences pour les soignants

Les soignants accumulent un sentiment d'impuissance devant l'errant :

- il accapare beaucoup de temps, perturbe sérieusement le travail,
- il met sur le qui-vive car on craint de ne pas le retrouver,
- il y a la crainte de poursuites judiciaires en cas de blessures graves.

#### ④ Conduites à tenir

L'examen des conséquences, aide à préciser s'il y a un problème et pour qui.

Piège à éviter : présumer que l'errance est toujours un problème pour le Résident. C'est parfois le contraire.

##### — Si l'errance n'a pas de conséquence nocive pour le Résident, ni l'entourage

Il n'est pas indiqué de vouloir diminuer l'errance, mais essayer de découvrir le sens de ce comportement afin de satisfaire les besoins.

Ex : s'il erre parce qu'il s'ennuie, il tirera profit d'activités intéressantes et plaisantes.

##### — Si l'errance n'a pas de conséquence pour le Résident, MAIS conséquence nocive pour la famille et/ou les soignants

L'entourage doit prendre conscience de ce fait en réalisant pour qui précisément, les conséquences sont nocives.

Après avoir compris que l'errance les affecte eux, et non le Résident ils seront en mesure de se donner les moyens de faire face aux aspects de l'errance qui les dérangent...

- réactions engendrées,
- moyens pour remédier à la situation...
  - essayer de changer leur façon de voir ce comportement,
  - inviter à proposer d'autres interventions.

##### — Si l'errance a des conséquences nocives pour le Résident,

Il convient de déterminer...

- les aspects du comportement à changer :

la fréquence,  
le lieu,  
le moment,  
la durée etc.

- sur quoi portera l'évaluation :

Les effets attendus de l'intervention en les confrontant aux données de base observées au début de l'analyse du comportement, pour éviter de fixer des objectifs de changement trop élevés (réalisme nécessaire).

##### — Si URGENCE des conséquences nocives pour le Résident,

- Le personnel doit agir d'une façon ponctuelle et rapide.
- Conduite : «respect du plan de la personne»

Cette conduite s'appuie sur la supposition que la personne a un plan d'action, en quelque sorte une mission, un programme.

- Il est important de respecter le mieux possible son plan en utilisant une stratégie qui comprend diverses étapes.

Ex. : Une résidente erre en disant qu'elle veut quitter le Long séjour pour aller préparer le repas de ses enfants.

□ **Séquence d'interventions ponctuelles possibles :**

- Accompagner la personne dans sa marche,
- La regarder afin d'établir le contact des yeux,
- Si elle ne s'éloigne pas, la toucher doucement sur le bras ou l'épaule,
- Écouter ses propos et observer ses comportements non verbaux,
- Tenter de préciser le but poursuivi par la personne, ses besoins ou ses émotions,
- Répéter quelques mots ou une phrase exprimés par la personne au sujet de son plan afin de lui confirmer que vous avez entendu ce qu'elle a dit (par exemple, «préparer le souper», «vos enfants»).

Répéter, c'est lui montrer que l'on tente de comprendre ce qu'elle essaie de communiquer,

- Enchaîner en énonçant le but, le besoin ou l'émotion qu'on a cru reconnaître.

«Vous désirez aller chez vous ?» «Avez-vous faim ?»

«Vous craignez que votre famille ne mange pas ?»

«Vous vous ennuyez ?»,

- Si cette façon de procéder ne réussit pas à la distraire de son désir d'aller préparer le repas de ses enfants,

- l'accompagner dans sa marche,
- continuer à répéter les phrases ou mots qu'elle prononce,
- lui refléter les émotions que vous percevez,
- et la faire parler davantage de cette époque pour mieux saisir la situation,

- Éviter de lui faire entendre raison ou de la resituer brutalement dans la réalité en disant que ses enfants ne vivent plus avec elle,

- À différents moments, tenter gentiment de diriger la personne

vers sa chambre ou son unité en lui disant : «On va de ce côté maintenant».

- Lorsque ces tentatives échouent, continuer de marcher à côté d'elle, en lui permettant de choisir la direction.

A un moment donné, la personne deviendra plus réceptive et l'intervenant pourra la diriger vers sa chambre.

- Une fois revenue à sa chambre, demeurer quelque temps avec elle pour l'écouter ou lui proposer une activité reconfortante telle que prendre une boisson.

Remplacer les souliers (stimuli invitant la personne à errer) par des pantoufles.

- Tout au long de la conversation, le ton de la voix est important : parler calmement, d'une façon chaleureuse et rassurante.

La personne abandonne d'elle-même la poursuite de son plan, c'est-à-dire de son ordre du jour, si le personnel la laisse agir tout en l'accompagnant ce qui lui donne un sentiment de sécurité.

Ces mesures sont plus efficaces et moins traumatisantes que d'empêcher sur-le-champ la poursuite du plan de la personne.

• *Lorsque le soignant ne reconnaît pas et ne respecte pas le plan de la personne*, cette dernière risque fort de rejeter les demandes qui lui sont adressées et une escalade s'amorce entre les deux parties qui donne lieu ...

...à des comportements d'agitation, de non-collaboration et d'agressivité, de menaces, de reproches de la part du résidant,

...et de brimades de la part du soignant (résidant attaché au fauteuil, prescription de neuroleptiques)

## ⑥ Prévention : planification d'activités dirigées durant la journée

— Ne pas préjuger que les Résidents ne peuvent participer sous prétexte qu'ils souffrent de troubles démentiels : éviter la ségrégation injustifiée.

Base individuelle ou en groupe.

— Intégration graduelle.

- Permettre de se familiariser avec les lieux, en les visitant.
- Inviter à découvrir ces lieux lors des activités.
- Proposer d'effectuer l'activité qui l'intéresse.

— Objectifs réalistes convenant aux capacités

Offrir des activités ...

- simples,
- concrètes,
- répétitives,
- de courte durée,
- qui ne demandent pas une concentration élevée.

Donner des consignes simples.

Cf "Les activités d'éveil" de type pédagogie Romain...

... qui privilégient la recherche de solutions, la gymnastique mentale plutôt que le résultat.

## II - Retourner chez moi...

**Nous n'utilisons pas le terme "fugue" lorsque les résidents partent du service car...**

- la volonté consciente de fuir n'est pas présente chez les résidents présentant des déficits cognitifs ;
- le terme "fugue" a une connotation péjorative pour les familles et la population en général.

**Qu'est-ce qui m'arrive ? Où suis-je ?**

**À quel moment ma famille vient-elle me chercher ?**

Les résidents qui parlent de retourner chez eux, s'habillent pour quitter l'unité, font la

valise tant bien que mal ne sont pas des "fugueurs". Il leur paraît normal de vouloir retourner à la maison...

Mais pour un soignant entendre de façon répétée " Je veux retourner chez moi " distille un sentiment de culpabilité, amène un questionnement : "N'est-on pas en train de le constituer prisonnier ?"

Pour que ce sentiment disparaisse de l'esprit et du coeur du soignant, une observation attentive du résident par tous les acteurs de l'équipe soignante est impérative.

Pour être performante cette observation doit déboucher sur une "démarche de soins écrite". Celle-ci (en croisant les informations recueillies) permettra d'évaluer l'importance du déficit cognitif et de formaliser un plan de soins cohérent, positivisant l'action soignante.

### **Bibliographie**

- Berger L., Mailloux D., Personnes âgées, une approche globale, Maloine, Paris, 1989. 585 p.
- Ducharme F., Principes généraux d'interventions auprès des personnes âgées atteintes de déficits cognitifs irréversibles, LICACD, Montréal, 1987.
- Levesque L., Roux C., Lauzon S., Alzheimer, comprendre pour mieux aider, Erpi, Montréal, 1990, 332 p.
- Maisondieu J., Le crépuscule de la raison, Centurion, Paris, 1989, 224 p.
- Mias L., Decourt E., Équipe soignante, Pour un art de vivre en Long séjour, Bayard, Paris, 1993, 252 p
- Riopelle L., Soins infirmiers, modèle centré sur les soins de la personne, Hill, Québec, 1984, 354 p
- Salomé J., Relation d'aide et formation à l'entretien, PU , Lille, 1993, 205 p.

septembre 1996  
Dr Lucien Mias

