



L'ERRANCE

Définitions

- ☞ Déambulations répétées, parfois presque continues, que la personne amorce de sa propre initiative et qui peuvent comporter ou non des dangers pour elle.
- ☞ Les Résidents errants, désorientés, se rendent difficilement compte qu'ils sont perdus, sont moins repliés sur eux-mêmes, plus mobiles, 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.

Une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, à un certain stade de la maladie, peut se trouver en situation de danger parce qu'elle s'est perdue, au cours d'une sortie. Le personne peut ressentir le besoin de marcher, d'aller de l'avant, c'est à dire d'être active, dans une dynamique de vie. Ce désir, légitime et signe de vie, se conjugue avec la difficulté qu'elle a pour s'orienter.

Où vont-ils nos malades ? Que font-ils dehors, si loin parfois ? Quel motif les pousse à désertier soudain, sans raison apparente, le lieu où s'enracine leur vie, à quitter leur conjoint, leurs enfants, leurs proches ? question récurrente. Elle obsède les aidants qui vivent là une des phases les plus difficiles de la maladie d'Alzheimer.

Nul ne peut oublier les heures d'attente interminables, les familles écartelées d'angoisse, hantées par les images répétitives de l'immuable scénario: les voies à grande vitesse, les carrefours à signalisation décalée, les zones de non-droit, les passages à niveau, les forêts, les cours d'eau, et cette lueur d'égarément dans le regard qui les rend si vulnérables.

Nombreux sont les patients qui traversent toutes les phases de la maladie sans jamais se livrer à aucune escapade. Par contre, il est vrai que les hyperactifs sont les plus sujets aux fugues. Ils éprouvent le besoin d'agir, de se dépenser physiquement, c'est leur manière à eux de fuir leur mal.

On ne peut s'empêcher d'établir une corrélation entre les « Alzheimer » dans leur phase ambulatoire et les marcheurs du Toit du Monde. Effleurant à peine le sol, ils parcourent des centaines de kilomètres à une allure stupéfiante sur des pentes mortelles, dans les paysages lunaires des sommets himalayens. Ils vont ainsi sans trêve, sans dormir, boire ni manger. Ils s'y sont préparés par une ascèse rigoureuse, en réclusion durant trois ans, trois mois, trois semaines et trois jours.

Ainsi en témoigne Govinda dans « Les chemins des Nuages Blancs » :
« je me rendis compte qu'une force étrange avait pris possession de moi, une conscience que ne guidaient ni les yeux, ni le cerveau » et il ajoute que ses membres « possédaient une science intérieure qui leur était propre ».

C'est bien de cela dont il s'agit chez nos malades. Dans la marche soutenue, au fil des heures, le mouvement répétitif des pas, l'hyperventilation, le silence, agissent comme une substance psychotrope et induisent chez l'homme un état de conscience modifié. Comme porté par l'air, en pilotage automatique, coupé de la source de ses souffrances, habité par la sensation de son appartenance à l'univers, dans un bien-être primitif il se fond dans la trame du monde, le cœur fragile de la vie.

C'est la raison pour laquelle certains établissements réservés aux malades d'Alzheimer se construisent autour d'un couloir circulaire où les patients peuvent marcher nuit et jour, des heures durant, à la fois déterminés et apaisés, plongés dans les dimensions les plus universelles de leur être.

COMMENT RÉAGIR

L'objectif est de protéger la personne qui court un risque tout en favorisant son autonomie. C'est donc seulement dans le cas où l'on constate l'existence d'un risque réel que l'on pensera à réduire sa liberté d'aller et de venir. On le fera en préservant le plus possible son autonomie qui détermine le pouvoir qu'elle a sur les choses et la valorise à ses yeux. L'idéal reste la présence humaine (du conjoint, du professionnel) mais il est vrai que ce n'est pas toujours envisageable.

Il est donc important pour l'aidant d'identifier, en premier lieu, les raisons qui motivent la personne malade à se déplacer (une énergie excessive, un besoin de se dépenser, la recherche d'anciens lieux familiers, le stress, l'anxiété, la foule et le bruit, l'ennui...). Si la déambulation accroît les risques de chutes et le sentiment d'angoisse chez la personne malade, le phénomène d'errance est source, quant à lui, d'une autre difficulté : la désorientation. *“La personne malade peut ne pas se souvenir de l'objectif premier de sa sortie. Elle ne sait plus où elle voulait aller mais elle est aussi dans l'incapacité de retrouver son point de départ. Résultat : elle est désorientée”*, prévient Judith Mollard-Palacios, psychologue chez France Alzheimer.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, le stade d'avancée de la maladie n'a aucune incidence sur l'augmentation du risque de désorientation. Des données récoltées par France Alzheimer montrent en effet que les troubles de l'orientation touchent une part non négligeable des malades les moins dépendants : 11 % chez les personnes évaluées en GIR 6 et 28 % des personnes classées en GIR 5, c'est à dire aux stades les plus modérés de la perte d'autonomie.



Un cas de conscience pour l'aidant



Sur le plan éthique, le phénomène d'errance pose souvent un cas de conscience aux aidants : vouloir que la personne malade garde son indépendance, tout en s'assurant qu'elle n'est exposée à aucun danger. En d'autres termes : protéger la personne qui court un risque tout en favorisant son autonomie. *“C'est seulement dans le cas où l'on constate l'existence d'un risque réel que l'on pensera à sécuriser sa liberté d'aller et venir. Le mieux pour prévenir l'errance reste la présence humaine (conjoint, professionnel), mais celle-ci ne peut être continue et n'est pas toujours envisageable, en particulier la nuit.*

Les différents dispositifs :

La géolocalisation : Par bracelets, balises permettent à la fois de laisser la personne malade libre de ses mouvements dans un périmètre préalablement défini et d'assurer sa sécurité par le déclenchement d'une alerte au moment du franchissement de ce périmètre. Ces dispositifs sont à première vue très rassurants, cependant plusieurs précautions s'imposent :

- 👉 Veillez attentivement aux conditions offertes
- 👉 Veillez à la durée du contrat
- 👉 Veillez au coût d'une telle installation
- 👉 Expliquer calmement à la personne pourquoi et comment fonctionne ce dispositif
- 👉 S'assurer de son consentement à long terme
- 👉 Veillez au port de ce dispositif par la personne elle-même



En aucun cas, un dispositif de géolocalisation ne peut dispenser d'une aide humaine pour aller rechercher la personne égarée et la ramener chez elle.



La téléalarme : La téléalarme n'est pour ce genre de maladie pas forcément la bonne solution, la personne malade ne pourra vraisemblablement ne pas utiliser de manière cohérente ce type d'équipement en cas de détresse.

L'enfermement : l'enfermement à clé au sein de l'habitation peut apparaître comme une solution simple. Si sa sécurité en sera sûrement accrue, on peut s'interroger sur ses effets. La personne, trouvant la porte fermée et sentant la liberté entravée, risque de s'acharner à l'ouvrir et de manière quasi obsessionnelle, inspecter les autres issues comme les fenêtres ou les autres portes. Elle finira peut-être par sortir mais dans un état de stress et d'agitation intense qui ne pourront qu'accroître le danger. Si elle ne peut arriver à son objectif cette agitation pourra prendre des proportions inquiétantes.