

Expertise et partenariat

Le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec



UNIVERSITÉ
LAVAL

Faculté des sciences infirmières

Comment transformer un CHSLD en un centre Alzheimer? Guide de transformation

Philippe Voyer
Janvier 2020

Auteurs et contribution

Auteur principal et responsable scientifique :

Philippe Voyer, inf. Ph.D,

Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Deuxième auteure : soutien à la coordination et à la rédaction :

Émilie Allaire, M.A agente de planification, de programmation et de recherche

Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Comment citer ce document :

Voyer, P., Allaire, É. (2020). *Comment transformer un CHSLD en centre Alzheimer? Guide de transformation*. Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, Québec.

L'usage du genre masculin dans ce document inclut aussi le féminin et a été utilisé pour alléger le texte. Il doit être compris dans le sens de personne. Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec à l'adresse suivante :

<https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/expertise-et-partenariat/le-centre-dexcellence-sur-le-vieillissement-de-quebec>

Le contenu de ce document peut être cité, à condition d'en mentionner la source.

© 2019 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

DÉPÔT LÉGAL 2019

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

ISBN: 978-2-550-85759-4 (PDF)

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) pour leur soutien financier et leur étroite collaboration. Ils souhaitent également remercier les collaborateurs du Projet vitrine Alzheimer, soit le CHSLD Le Faubourg et le CHSLD Ste-Monique. Sans l'expérience de transformation et d'accompagnement vécue avec ces deux CHSLD, ce guide n'aurait jamais vu le jour.

Préambule

Ce guide de transformation s'appuie sur les bonnes pratiques recensées dans la littérature scientifique. Il s'inspire également des conclusions du Projet vitrine Alzheimer¹ et de l'expérience globale de Philippe Voyer dans l'accompagnement et la transformation de milieux d'hébergement². Il est important de souligner que les renseignements mentionnés dans ce guide ne sont pas exhaustifs et ne constituent pas une interprétation juridique des règlements et des lois du bâtiment. De plus, selon la réalité de chaque CHSLD, certains contextes peuvent favoriser ou diminuer l'efficacité des recommandations soulevées dans ce guide.

¹ Le Projet vitrine Alzheimer comprenait deux volets : 1) la transformation du CHSLD Le Faubourg et 2) la nouvelle construction du CHSLD Ste-Monique. Il comptait également deux équipes indépendantes : l'équipe du volet expertise mandatée pour accompagner les deux CHSLD et l'équipe de recherche déployée pour évaluer l'impact des changements avant et après le passage de l'équipe d'expertise.

² Par exemple, la Maison l'Étincelle et Humanitae.

Table des matières

Auteurs et contribution.....	ii
Remerciements	iii
Préambule.....	iv
Table des matières	v
Acronymes	viii
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	x
Introduction	1
1. Troubles neurocognitifs majeurs (TNCM).....	2
1.1 Profil des personnes atteintes de TNCM	2
1.2 Caractéristiques des personnes atteintes de TNCM	2
1.2.1 Stade léger : Pertes.....	3
1.2.2 Stade léger : Capacités résiduelles	3
1.2.3 Stade modéré : Pertes.....	4
1.2.4 Stade modéré : Capacités résiduelles	4
1.2.5 Stade sévère : Pertes.....	5
1.2.6 Stade sévère : Capacités résiduelles.....	6
1.3 Besoins psychologiques liés au milieu de vie des personnes atteintes de TNCM	6
1.3.1 Stade léger.....	7
1.3.2 Stade modéré.....	7
1.3.3 Stade sévère	7
1.4 Stade léger : Tableau synthèse.....	9
1.5 Stade modéré : Tableau synthèse.....	10
1.6 Stade sévère : Tableau synthèse	11
2. Principes et exemples de CHSLD Alzheimer	12
2.1 Principe #1 : Environnement physique de type résidentiel	12
2.2 Principe #2 : Poste infirmier intégré.....	12
2.3 Principe #3 : Personnalisation	13
2.4 Principe #4 : Accès à l'extérieur.....	13
2.5 Principe #5 : Liberté de déplacement et d'action des résidents.....	14
2.6 Principe #6 : Activités occupationnelles, autoportantes et normalisées pour les résidents..	15
2.7 Principe #7 : Vie sociale des résidents	15

2.8 Principe #8 : Présence d'animaux	16
2.9 Principe #9 : Approche familiale.....	16
2.9.1 Place des bénévoles.....	17
2.10 Principe #10 : Approche intergénérationnelle	17
2.11 Principe #11 : Lien avec la communauté.....	17
2.12 Tableau synthèse des principes d'un CHSLD Alzheimer	18
2.13 Exemples de CHSLD Alzheimer.....	22
2.13.1 Village Alzheimer <i>Hogewey</i> aux Pays-Bas	22
2.13.2 Concept des <i>Green Care Farms</i> en Europe	23
2.13.3 Concept des <i>Greenhouse</i> aux États-Unis.....	23
2.13.4 Centre d'hébergement <i>Willow Lodge</i> en Nouvelle-Écosse, Canada.....	24
3. Recommandations sur l'aménagement des lieux	26
3.1 Éclairage	26
3.2 Aire de circulation	27
3.3 Espaces dédiés aux résidents	28
3.4 Locaux interdits aux résidents	28
3.5 Poste infirmier	30
3.6 Chambre à coucher	30
3.7 Cuisine et salle à manger	32
3.8 Salon	33
3.9 Salle familiale	33
3.10 Salle de bain.....	34
3.11 Salle thématique	35
3.12 Cour extérieure	37
3.13 Tableau synthèse des recommandations sur l'aménagement des lieux.....	39
4. Recommandations sur les activités et les loisirs	46
4.1 Activités dirigées	46
4.2 Activités domestiques.....	46
4.3 Alimentation	47
4.4 Activités à visée cognitive.....	48
4.5 Activités à visée motrice.....	48
4.6 Activités artistiques et manuelles	49

4.7 Activités socio-esthétiques	50
4.8 Activités sensorielles	50
4.8.1 Musicothérapie.....	51
4.8.2 Aromathérapie.....	51
4.8.3 Snoezelen	52
4.8.4 Luminothérapie	52
4.9 Art théâtral	53
4.10 Zoothérapie	53
4.11 Thérapie avec des poupées	54
4.12 Thérapie avec des peluches robotisées	55
4.13 Tableau synthèse des recommandations sur les activités et les loisirs	56
5. Recommandations sur les formations et le mentorat clinique.....	62
5.1 Formations requises	62
5.2 Mentorat clinique requis.....	63
6. Conclusion.....	65
Références	66

Acronymes

ASSS	Auxiliaire de santé et de services sociaux
AVQ	Activités de la vie quotidienne
AVD	Activités de la vie domestique
CEVQ	Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PAB	Préposé aux bénéficiaires
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
TNCM	Troubles neurocognitifs majeurs

Liste des tableaux

Tableau 1 Synthèse des caractéristiques et des besoins au stade léger	9
Tableau 2 Synthèse des caractéristiques et des besoins au stade modéré	10
Tableau 3 Synthèse des caractéristiques et des besoins au stade sévère	11
Tableau 4 Synthèse des 11 principes respectant la philosophie d'un CHSLD Alzheimer	18
Tableau 5 Tableau synthèse des recommandations sur l'aménagement des lieux au sein d'un CHSLD Alzheimer	39
Tableau 6 Tableau synthèse des recommandations sur les activités et les loisirs au sein d'un CHSLD Alzheimer	56
Tableau 7 Connaissances développées à la suite des formations	62

Liste des figures

Figure 1 Parcs et commerces au sein du village.....	22
Figure 2 Maisonnnette personnalisée (thématique)	22
Figure 3 Photos représentant une Green Care Farms	23
Figure 4 Photos représentant une Greenhouse	24
Figure 5 Photos du centre d'hébergement Willow Lodge	25
Figure 6 Exemple d'éclairage indirect	26
Figure 7 Exemple d'un puit de lumière.....	26
Figure 8 Exemple d'aire de circulation: aménagement d'une rue intérieure	27
Figure 9 Exemple d'aire de circulation: thématique épicerie	27
Figure 10 Exemple d'aire de circulation: thématique verdure.....	27
Figure 11 Salle à manger de type résidentiel où des repères visuels communiquent la fonction de la salle.....	28
Figure 12 Salon de coiffure de style « barbier » où des repères visuels communiquent la fonction de la salle	28
Figure 13 Porte camouflée	29
Figure 14 Avant et après un camouflage.....	29
Figure 15 Centre satellite (petit bureau) pour le personnel infirmier.....	30
Figure 16 Armoire pour les médicaments	30
Figure 17 Chambre personnalisée	30
Figure 18 Boîte à mémoire à l'entrée de la chambre	31
Figure 19 Projet True doors (avant-après)	32
Figure 20 Exemple cuisine et salle à manger	32
Figure 21 Exemple d'une salle à manger	33
Figure 22 Exemple d'un salon	33
Figure 23 Exemple d'une salle familiale	34
Figure 24 Exemple d'une station de jeux pour enfants	34
Figure 25 Exemple de salle de bain	35
Figure 26 Exemple de salle de bain	35
Figure 27 Salle thématique: magasin général	35
Figure 28 Salle thématique: espace café	36
Figure 29 Salle thématique: pouponnière.....	36
Figure 30 Salle thématique: espace musique	36
Figure 31 Salle thématique: réminiscence	36
Figure 32 Exemple aire de repos.....	37
Figure 33 Exemple aire de repos avec toit	37
Figure 34 Espace animaux (poules)	38
Figure 35 Exemple chemin d'errance	38
Figure 36 Participation des résidents à l'entretien extérieur	38
Figure 37 Participation des résidents au jardin	38
Figure 38 Station corde à linge	46
Figure 39 Avant et après (présentation manger mains).....	47

Figure 40 Avant et après (présentation manger mains).....	48
Figure 41 Salle thématique pour les arts	49
Figure 42 Salle pour la construction	50
Figure 43 Station pour travailler le bois.....	50
Figure 44 Exemple d'un salon de beauté	50
Figure 45 Musicothérapie réceptive	51
Figure 46 Exemple d'une salle Snoezelen	52
Figure 47 Résidents participant à une pièce de théâtre	53
Figure 48 Zoothérapie et présence animale.....	53
Figure 49 Thérapie avec des poupées	54
Figure 50 Thérapie avec Paro le phoque	55

Introduction

L'objectif principal de ce guide est d'outiller les milieux d'hébergement pour aînés en perte d'autonomie qui souhaitent transformer leur philosophie de soins pour répondre aux besoins de leur clientèle atteinte de TNCM. Pour ce faire, la première section du guide présentera d'entrée de jeu le profil, les caractéristiques et les besoins des personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs. La deuxième section du guide dressera un portrait des différents principes à respecter lorsqu'il est question d'aménager un CHSLD Alzheimer³. Des exemples de CHSLD Alzheimer dans le monde seront également illustrés. La troisième section du guide présentera les recommandations à respecter concernant l'aménagement des lieux physiques dans un CHSLD Alzheimer. La quatrième section du guide proposera une série d'activités et de loisirs pouvant se pratiquer dans un CHSLD Alzheimer. Enfin, la dernière section du guide présentera les recommandations à respecter concernant le programme de formations et de mentorat clinique destinés à un CHSLD Alzheimer.

³ Le terme « CHSLD Alzheimer » sera utilisé au sein de ce guide pour faire référence aux CHSLD qui offrent un milieu de vie adapté aux personnes atteintes de TNCM. Cela facilitera la lecture.

1. Troubles neurocognitifs majeurs (TNCM)

Avant de présenter les principes et les recommandations liés à la mise en place d'un CHSLD Alzheimer, voici un bref rappel sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Ces maladies sont maintenant nommées les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM). Ce bref rappel aidera le lecteur moins familier avec les TNCM à mieux comprendre les recommandations proposées à ce type de clientèle tout au long du guide.

1.1 Profil des personnes atteintes de TNCM

Les TNCM affectent principalement les personnes âgées de 65 ans et plus (Berr, Tasnime Nassime, Nourashemi, & Andrieu, 2007; Boyle & Bennett, 2008; Hughes C., Lloyd-Williams, & Sachs A., 2010). Pour les personnes dont le diagnostic a été posé vers l'âge de 65-70 ans, l'espérance de vie est d'environ 8 ans (entre 5 et 9 ans spécifiquement) (Larson et al., 2004; Swine, Schoevaerdt, & Choteau, 2009). Pour les personnes dont le diagnostic a été posé après l'âge de 85 ans, l'espérance de vie est d'environ 3 ans. Différents facteurs peuvent influencer la mortalité des personnes atteintes de TNCM : 1) l'âge au moment du diagnostic; 2) le sexe (mortalité plus rapide chez les hommes); 3) le stade au moment du diagnostic; 4) autres comorbidités (par exemple l'insuffisance cardiaque, etc.) (Larson et al., 2004; Swine et al., 2009).

1.2 Caractéristiques des personnes atteintes de TNCM

Il existe deux façons de présenter les différents stades des TNCM. Certains experts l'illustrent en 7 stades⁴, alors que d'autres les présentent en 3 stades. Ces deux méthodes sont valides scientifiquement. Pour les fins de ce guide, les auteurs ont choisi de les présenter en 3 stades, c'est-à-dire le stade léger, modéré et sévère. Cela correspondait mieux aux objectifs du guide. Il est important de mentionner que les TNCM ne possèdent pas un portrait unique. Comme les symptômes et l'évolution de la maladie varient d'un individu à l'autre, des chevauchements entre les stades peuvent se produire dans certains cas. Par exemple, des symptômes qui généralement se dévoilent au stade modéré peuvent être absents chez certaines personnes atteintes ou très présents chez d'autres. Bref, il est important de retenir que chaque stade des TNCM possède ses limites en raison de la variété des profils de santé des individus atteints. C'est pourquoi les auteurs présenteront ici qu'une généralisation des stades léger, modéré et sévère.

La sous-section suivante présentera donc les principales caractéristiques liées à chacun des stades. Une description du profil général sera réalisée en s'appuyant sur deux caractéristiques : 1) les pertes cognitives et physiques que les personnes atteintes rencontreront tout au long de l'évolution de leur maladie; 2) les capacités résiduelles, c'est-à-dire les actions et les activités que les personnes atteintes sont encore capables de réaliser malgré la maladie. La présentation de ces deux caractéristiques sera sous-divisée en trois thèmes : 1) l'état cognitif des personnes atteintes; 2) les activités de la vie quotidienne (AVQ); 3) les activités de la vie domestique (AVD).

⁴ Stade 1 : aucune déficience; Stade 2 : déficit cognitif très léger; Stade 3 : déficit cognitif léger; Stade 4 : déficit cognitif modéré; Stade 5 : déficit cognitif modérément sévère; Stade 6 : déficit cognitif sévère; Stade 7 : déficit cognitif très sévère (Grisé, 2010).

1.2.1 Stade léger : Pertes

Sur le plan cognitif, au stade léger, une légère diminution de la mémoire est observée. Elle se manifeste souvent par l'oubli d'informations et d'objets (Agronin E., 2014; Khosravi, 1995; Reisberg, Ferris, De Leon, & Crook, 1982; Vanderheyden & Kennes, 2009). Par exemple, les personnes atteintes peuvent commencer à perdre des objets dont elles ont besoin au quotidien, comme leur portefeuille ou leur clé. Il n'est pas rare qu'au stade léger les personnes atteintes peuvent oublier un plat sur la cuisinière, se perdre dans un endroit moins familier ou encore oublier le nom d'une vieille connaissance (Agronin E., 2014; Khosravi, 1995; Reisberg et al., 1982; Vanderheyden & Kennes, 2009). À ce stade, les oublis sont mineurs et ne surviennent qu'à l'occasion.

Également, sur le plan cognitif, une légère détérioration du langage peut être observée. Le discours de la personne atteinte peut être parfois vague et plus flou (Agronin E., 2014; Khosravi, 1995; Vanderheyden & Kennes, 2009). Au stade léger, les personnes atteintes auraient tendance à prendre des pauses en parlant et d'utiliser de manière excessive certaines expressions telles que « chose » et « ça ». Enfin, il est fréquent d'observer chez les personnes atteintes une baisse anormale de la concentration (Agronin E., 2014; Khosravi, 1995; Vanderheyden & Kennes, 2009). Sur le plan des activités de la vie quotidienne et domestique, aucune perte n'est encore observée à ce stade.

1.2.2 Stade léger : Capacités résiduelles

Le stade léger marque le commencement de la maladie. En d'autres termes, il est le début d'un long processus qui entraînera des changements importants pour la personne atteinte. Toutefois, sur le plan cognitif, ces changements importants n'apparaissent pas au premier stade (Société Alzheimer, 2016d). Tel que mentionné, les personnes atteintes peuvent avoir quelques oublis occasionnels, chercher parfois leurs mots en parlant, mais sans plus (Société Alzheimer, 2016d). C'est pourquoi qu'au stade léger, les personnes atteintes conservent généralement la plupart de leur capacité et n'ont besoin que d'une aide minimale au quotidien (Société Alzheimer, 2016d).

Sur le plan des activités de la vie quotidienne, au stade léger, les personnes atteintes peuvent généralement toutes les pratiquer (Société Alzheimer, 2016d). Toutefois, il est recommandé aux personnes atteintes d'avoir une surveillance minimale de la part d'un membre de la famille, d'un proche ou d'un ami (Société Alzheimer, 2016d). En plus d'apporter un support moral, ce proche pourra garder un œil sur le quotidien de la personne et sur l'évolution de sa maladie.

Sur le plan des activités de la vie domestique, au stade léger, les personnes atteintes peuvent généralement assurer leurs soins d'hygiène, l'entretien de leur domicile et la préparation de leurs repas (Société Alzheimer, 2016b). Elles peuvent aussi continuer à pratiquer leurs loisirs, leurs activités sociales et leurs activités physiques. En cas d'urgence, il est recommandé que le proche qui l'accompagne sache l'emploi du temps de la personne atteinte (Société Alzheimer, 2016d). Pour ce qui est de la conduite automobile, un diagnostic au stade léger ne signifie pas automatiquement le retrait du permis. Certaines personnes atteintes peuvent encore conduire sans danger pendant un certain temps (Société Alzheimer, 2016c). Toutefois, selon l'évolution de la

maladie, la personne atteinte devra cesser un jour de conduire. Au Québec, lorsqu'un changement de santé survient, les personnes concernées doivent aviser la Société de l'assurance automobile (SAAQ). La décision de retirer le permis est généralement prise avec le médecin et les proches de la personne atteinte. Le résultat du test de conduite de la SAAQ peut également justifier et appuyer la décision (Société Alzheimer, 2016c). Enfin, en ce qui concerne le marché du travail, au stade léger, plusieurs personnes atteintes décident de continuer à travailler (Société Alzheimer, 2016d). Selon l'évolution de la maladie, des accommodements peuvent être faits avec l'employeur pour que la personne puisse travailler (diminution des heures de travail, etc.) (Société Alzheimer, 2016d).

1.2.3 Stade modéré : Pertes

Sur le plan cognitif, au stade modéré, les facultés cognitives et fonctionnelles des personnes atteintes diminuent graduellement selon les cas. Parfois, la détérioration des facultés peut s'avérer plus lente ou au contraire, très rapide. Cela varie d'un individu à l'autre (Agronin E., 2014; Khosravi, 1995; Reisberg et al., 1982; Société Alzheimer, 2016f; Vanderheyden & Kennes, 2009). Dans la majorité des cas, au stade modéré, les personnes atteintes perdent le fil des événements actuels de leur vie. Elles deviennent de moins en moins conscientes de leur environnement et du temps qui passe (Agronin E., 2014; Khosravi, 1995; Société Alzheimer, 2016f; Vanderheyden & Kennes, 2009). Au niveau du langage, il devient de plus en plus limité et bien souvent incohérent. Les gestes et la planification volontaire des mouvements peuvent être de plus en plus difficile (Agronin E., 2014; Khosravi, 1995; Société Alzheimer, 2016f; Vanderheyden & Kennes, 2009). De plus, au stade modéré, les personnes atteintes peuvent présenter des problèmes émotifs ou de comportement, ainsi qu'une modification de leur personnalité (Agronin E., 2014; Khosravi, 1995; Société Alzheimer, 2016f; Vanderheyden & Kennes, 2009).

Sur le plan des activités de la vie quotidienne et domestique, selon l'évolution de la maladie, le stade modéré marque généralement une augmentation importante des soins à prodiguer chez les personnes atteintes (Agronin E., 2014; Khosravi, 1995; Reisberg et al., 1982; Société Alzheimer, 2016f; Vanderheyden & Kennes, 2009). À ce stade, les personnes atteintes ont besoin d'assistance et ne peuvent plus vivre seule. L'accompagnement est nécessaire pour l'habillement, les soins d'hygiène et la préparation des repas. Également, les personnes atteintes peuvent présenter de l'incontinence urinaire ou fécale (Agronin E., 2014; Khosravi, 1995; Reisberg et al., 1982; Société Alzheimer, 2016f; Vanderheyden & Kennes, 2009).

1.2.4 Stade modéré : Capacités résiduelles

Sur le plan des activités de la vie quotidienne, selon l'évolution de la maladie, la personne atteinte possède encore la capacité de participer à certaines activités. Par exemple, elle peut encore se laver par elle-même (Éthier, 2005; Selmès, 2011; Sherman, 1999; Société Alzheimer, 2016f). Il est toutefois recommandé que les préparatifs liés au bain ou à la douche se fassent par la personne dédiée à l'assistance (proche, ASSS ou PAB). Une fois le bain coulé et les accessoires sortis, cette personne peut aider la personne atteinte à se dévêtir et la placer dans le bain. Par la suite, la personne d'assistance peut demeurer dans la salle de bain le temps que la personne atteinte se lave par elle-même (Éthier, 2005; Selmès, 2011; Sherman, 1999; Société Alzheimer, 2016f, 2016b). Dans le cas où la personne atteinte vit des pertes au niveau de la motricité, la personne d'assistance peut l'aider

à se laver. En lui montrant les gestes de lavement, il est fort probable que la personne atteinte l'imitera et sera en mesure de se laver seule (Éthier, 2005; Selmès, 2011; Sherman, 1999; Société Alzheimer, 2016f, 2016b). Au stade modéré, la majorité des personnes atteintes peuvent donc se laver, mais sous surveillance.

De plus, une fois les vêtements choisis par la personne d'assistance, la personne atteinte peut généralement s'habiller seule (Éthier, 2005; Selmès, 2011; Sherman, 1999; Société Alzheimer, 2016f, 2016b). À ce stade, choisir les vêtements pourrait être une étape plus laborieuse, mais enfiler les vêtements peut facilement être exécuté. Comme pour le bain, si la personne atteinte hésite, la personne d'assistance peut effectuer les gestes d'habillement et la personne l'imitera par réflexe (Éthier, 2005; Selmès, 2011; Sherman, 1999; Société Alzheimer, 2016f, 2016b).

Sur le plan des activités de la vie domestique, selon l'évolution de la maladie, la personne atteinte possède encore la capacité de participer à certaines activités. Par exemple, avec l'aide de la personne d'assistance, la personne atteinte peut généralement aider à la préparation des repas (Éthier, 2005; Selmès, 2011; Sherman, 1999; Société Alzheimer, 2016f, 2016a). Elle peut aider à mettre les couverts, en coupant ou lavant les légumes et en mélangeant les ingrédients. Dans la majorité des cas, au stade modéré, la personne atteinte peut manger sans aide (Éthier, 2005; Selmès, 2011; Sherman, 1999; Société Alzheimer, 2016f, 2016a). Toutefois, afin de lui éviter de la frustration si la personne atteinte a de la difficulté à utiliser un couteau, il est recommandé que la personne d'assistance lui serve son repas avec les aliments déjà coupés (Éthier, 2005; Selmès, 2011; Sherman, 1999; Société Alzheimer, 2016f, 2016a). Au stade modéré, la participation de la personne atteinte lors des repas est possible, mais l'activité doit être encadrée par la personne d'assistance.

Également, selon l'évolution de la maladie, la personne atteinte peut encore exercer certains loisirs. Il est primordial qu'elle puisse réussir le loisir qu'elle entreprend, sinon elle aura un sentiment de frustration et d'incapacité (Éthier, 2005; Selmès, 2011; Sherman, 1999; Société Alzheimer, 2016f, 2016b). Il est donc recommandé, au stade modéré, de choisir des activités que la personne atteinte est capable de réaliser, qui lui sont familières et qui lui procurent du plaisir (Éthier, 2005; Selmès, 2011; Sherman, 1999; Société Alzheimer, 2016f, 2016b).

1.2.5 Stade sévère : Pertes

Sur le plan cognitif, au stade sévère, les personnes atteintes présentent généralement d'importants déficits touchant la mémoire, la capacité à traiter de l'information et à s'orienter dans le temps et l'espace (Agronin E., 2014; Khosravi, 1995; Reisberg et al., 1982; Société Alzheimer, 2016e; Vanderheyden & Kennes, 2009). La perte de mémoire peut être parfois si sévère que les personnes atteintes oublient leur propre nom, leur date de naissance, leur famille et leur métier. À ce stade, les personnes atteintes peuvent aussi perdre la capacité de parler (Agronin E., 2014; Khosravi, 1995; Reisberg et al., 1982; Société Alzheimer, 2016e; Vanderheyden & Kennes, 2009). Même si les personnes atteintes peuvent prononcer à l'occasion des mots ou des phrases, le langage à ce stade est généralement très limité. Les personnes atteintes possèdent en moyenne un vocabulaire d'environ 6 mots (Reisberg et al., 1982; Société Alzheimer, 2016e). Dans bien des cas, les personnes atteintes peuvent prononcer qu'un mot ou qu'une phrase par jour. Parfois, elles peuvent rester complètement silencieuses ou simplement répéter ce qu'elles entendent autour d'elles. De plus, au stade sévère, les personnes atteintes possèdent de plus en plus de difficulté à

effectuer des gestes nécessitant la manipulation d'objets, comme se coiffer avec un peigne ou dire au revoir avec la main (Reisberg et al., 1982; Société Alzheimer, 2016e).

Sur le plan des activités de la vie quotidienne et domestique, en raison des déficits cognitifs majeurs à ce stade, les personnes atteintes ne sont généralement plus en mesure d'apporter de l'aide en cuisine, de s'habiller et de se laver seules (Agronin E., 2014; Khosravi, 1995; Reisberg et al., 1982; Société Alzheimer, 2016e; Vanderheyden & Kennes, 2009). De manière générale, les personnes ne sont plus capables de marcher sans aide et elles sont incapables de se tenir dans une position assise sans appui tête. De plus, au stade sévère, certaines personnes sont grabataires dans leur lit (Agronin E., 2014; Khosravi, 1995; Vanderheyden & Kennes, 2009).

1.2.6 Stade sévère : Capacités résiduelles

Sur le plan cognitif, malgré les pertes au niveau de leur capacité fonctionnelle, les personnes atteintes possèdent encore, à leur manière, la capacité de ressentir du désir, du plaisir, d'avoir de la peine et de la joie (Demoures & Strubel, 2006; Société Alzheimer, 2016e). Ces sentiments sont exprimés de manière non-verbale, souvent par le toucher. Le calme ou l'agitation que les personnes atteintes peuvent manifester sont la réponse à leur émotion.

Sur le plan des activités de la vie quotidienne, même si la personne atteinte à ce stade ne peut plus faire ses soins seule au bain, la personne d'assistance peut tout de même la guider avec la débarbouillette. Dans plusieurs cas, à son rythme, la personne atteinte est encore capable d'effectuer le geste de lavement. Une légère participation aux soins est donc possible (Demoures & Strubel, 2006; Société Alzheimer, 2016e). Pour ce qui est de la marche, cette activité peut être pratiquée si la personne atteinte est accompagnée (Demoures & Strubel, 2006; Société Alzheimer, 2016e). En ce qui concerne les loisirs, même si la participation est limitée à ce stade, la personne atteinte possède toujours la capacité d'assister à des activités, d'être présente sans nécessairement y participer activement (Demoures & Strubel, 2006; Société Alzheimer, 2016e). Dans le cas où la personne atteinte est alitée, elle est encore capable de recevoir de la visite et de vivre de beaux moments familiaux (Demoures & Strubel, 2006; Société Alzheimer, 2016e).

Sur le plan des activités de la vie domestique, à ce stade, la participation lors des repas n'est généralement plus possible. Même pour s'alimenter, la personne atteinte a généralement besoin d'assistance. Toutefois, avec des indices visuels et en guidant l'ustensile, la personne atteinte peut réussir à participer à son alimentation (Société Alzheimer, 2016e).

1.3 Besoins psychologiques liés au milieu de vie des personnes atteintes de TNCM

La sous-section suivante présentera les différents besoins psychologiques liés au milieu de vie (l'habitat) des personnes atteintes de TNCM. Les différents besoins psychologiques seront divisés selon le stade léger, modéré et sévère. Outre les besoins psychologiques liés au milieu de vie, les personnes atteintes possèdent également d'autres besoins de bases tels que les soins d'hygiène, l'alimentation, l'activité physique, le contact social, etc. Comme ces besoins physiologiques de bases sont quasi universels, ceux-ci ne seront pas présentés au sein de ce guide.

1.3.1 Stade léger

Au stade léger, les personnes atteintes peuvent encore vivre à leur domicile, avec ou sans surveillance selon les besoins. Comme ce stade marque souvent le dévoilement du diagnostic, les personnes atteintes peuvent avoir besoin d'un environnement sécurisant (leur domicile) et d'un bon soutien moral de la part de leur proche (Genest, 2011; Van der Roest et al., 2007). La présence de la famille et des proches est généralement bénéfique pour les personnes atteintes. Elles ne se sentent pas seules face au diagnostic et elles se sentent soutenues et en sécurité (Genest, 2011; Van der Roest et al., 2007). La participation à des groupes de soutien dans des centres de jour par exemple est également une alternative pour répondre au besoin du support psychologique (Genest, 2011; Société Alzheimer, 2016d). Entrer en contact et échanger avec des personnes vivant la même situation permet aux personnes atteintes de s'ouvrir à d'autres personnes que leurs proches. Les personnes atteintes se sentent alors plus indépendantes émotionnellement (Genest, 2011; Reid, Ryan, & Enderby, 2001; Société Alzheimer, 2016d).

1.3.2 Stade modéré

Au stade modéré, les personnes atteintes peuvent encore vivre à leur domicile si elle bénéficie d'une supervision. À ce stade, le principal besoin psychologique pour les personnes atteintes est de vivre dans un environnement favorisant son bien-être et ses besoins spécifiques (Éthier, 2005; Selmès, 2011; Sherman, 1999; Société Alzheimer, 2016f). La personne atteinte a besoin de vivre dans un environnement simple et personnalisé, c'est-à-dire un domicile qui n'est pas encombré d'objets superflus que la personne ne se sert pas ou de décorations non-significatives pour elle (Éthier, 2005; Selmès, 2011; Sherman, 1999; Société Alzheimer, 2016f). La personne a également besoin de vivre dans un environnement stable. Pour ce faire, il est recommandé que les objets personnels de la personne soient toujours installés au même endroit. Cela lui évitera des moments inutiles de désorientation (Éthier, 2005; Selmès, 2011; Sherman, 1999; Société Alzheimer, 2016f). La stabilité fait aussi référence aux gens que la personne atteinte côtoie dans sa journée. Si la personne reçoit de l'aide à domicile (ASSS, personnel infirmier ou bénévole accompagnateur), il est important si possible que ces personnes soient les mêmes à toutes les semaines (Éthier, 2005; Selmès, 2011; Sherman, 1999; Société Alzheimer, 2016f).

1.3.3 Stade sévère

Au stade sévère, de manière générale, les personnes atteintes ne demeurent plus dans leur domicile. Elles sont hébergées dans une institution. À ce stade, pour le bien-être psychologique des personnes atteintes, il est important que le centre d'hébergement possède une ambiance calme et chaleureuse comme à la maison (Demoures & Strubel, 2006). Cette atmosphère aide à apaiser et à orienter les personnes atteintes.

Même si la communication et la participation sont très difficiles à ce stade, les personnes atteintes ont besoin d'être reconnues dans leur désir, leur plaisir, leur colère, leur tristesse et leur joie (Demoures & Strubel, 2006). Malgré leur perte d'autonomie sévère, les personnes atteintes ont besoin de s'accomplir. Elles ont besoin de vivre à travers des rencontres familiales, des moments de convivialité avec le personnel, de vivre du plaisir par des activités et de sortir dehors. (Demoures & Strubel, 2006). Dans le cas où les personnes atteintes sont alitées et ne peuvent plus assister aux activités, des visites régulières de la famille, des proches et du personnel soignant sont importantes

(Demoures & Strubel, 2006). Ces visites permettent de répondre au besoin psychologique des personnes atteintes.

Enfin, à ce stade, les personnes atteintes ont besoin de communiquer malgré le fait qu'elles ne sont plus en mesure de tenir une conversation cohérente (Grisé, 2010; Société Alzheimer, 2016e). Chez les personnes atteintes au stade sévère, la communication non-verbale peut se faire par les 4 sens : 1) le toucher, par exemple, se faire prendre la main, brosser les cheveux, masser les mains ou encore flatter un animal; 2) l'odorat, par exemple, sentir un parfum, des fleurs ou un repas qui leur rappelle leur enfance; 3) la vue, par exemple, regarder une vidéo relaxante avec des images de la nature; 4) l'ouïe, par exemple, faire jouer de la musique, prendre l'air dehors ou encore leur faire la lecture (Demoures & Strubel, 2006).

Pour chacun des stades, les tableaux des pages suivantes présenteront une synthèse des caractéristiques mentionnées au sein de cette section (pertes, capacités résiduelles et besoins psychologiques liés à l'habitat).

1.4 Stade léger : Tableau synthèse

Tableau 1 Synthèse des caractéristiques et des besoins au stade léger

Pertes	Capacités résiduelles	Besoins psychologiques
État cognitif : ▪ Légère diminution de la mémoire (oublis occasionnels d'objets et d'informations) ▪ Légère détérioration du langage (à l'occasion et discours moins cohérent) ▪ Baisse de la concentration	Activités de la vie quotidienne : ▪ Conservation des capacités Activités de la vie domestique : ▪ Possibilité de continuer à travailler Avec une surveillance minimale : ▪ Assurer ses propres soins, l'entretien de son environnement et la préparation de ses repas ▪ Pratiquer ses loisirs, ses activités sociales et physiques habituelles Avec une évaluation : ▪ Possibilité de conduire son véhicule	Environnement sécurisant : ▪ Habiter à son domicile ▪ Soutien moral de la part des proches Présence de la famille et des proches : ▪ Procure un sentiment de sécurité Participation à des groupes de soutien : ▪ Possibilité de s'ouvrir à d'autres personnes que leurs proches

1.5 Stade modéré : Tableau synthèse

Tableau 2 Synthèse des caractéristiques et des besoins au stade modéré

Pertes	Capacités résiduelles	Besoins psychologiques
État cognitif : ▪ Perte croissante des facultés cognitives et fonctionnelles ▪ Difficulté avec l'orientation dans l'espace et le temps ▪ Discours de moins en moins cohérent ▪ Problèmes émotifs, de comportements et modification possible de la personnalité ▪ Difficulté au niveau de la coordination des gestes Activités de la vie quotidienne : Besoin d'assistance pour : ▪ Soins d'hygiène ▪ Habillement ▪ Alimentation	Activités de la vie quotidienne : ▪ Perte de la capacité à réaliser les préparatifs pour le bain, mais une fois dans le bain, en mesure de se laver ▪ Perte de la capacité à choisir ses vêtements, mais en mesure de s'habiller par elle-même Activités de la vie domestique : ▪ Sous supervision, capacité à aider en cuisine (couper et laver les aliments, mélanger les ingrédients) ▪ Capacité à manger si les aliments sont déjà coupés ▪ Capacité de réaliser des loisirs qui lui sont familiers	Environnement simple et personnalisé : ▪ Pas d'objet superflu ou d'objet que la personne ne se sert pas ▪ Présence d'objets significatifs Environnement stable : ▪ Stabilité dans l'aménagement des pièces du domicile (les objets doivent être situés toujours au même endroit) ▪ Stabilité des personnes d'assistance en soutien aux proches

1.6 Stade sévère : Tableau synthèse

Tableau 3 Synthèse des caractéristiques et des besoins au stade sévère

Pertes	Capacités résiduelles	Besoins psychologiques
État cognitif : ▪ Perte de mémoire ▪ Incapacité* à traiter de l'information ▪ Incapacité* à s'orienter dans le temps et l'espace ▪ Langage très limité ▪ Difficulté à imiter des gestes ▪ Incapacité* à marcher sans aide Activités de la vie quotidienne : ▪ Incapacité* à s'habiller et à se laver sans aide	État cognitif : ▪ Capacité à avoir du désir, du plaisir, de la peine et de la joie ▪ Capacité à marcher en étant accompagné Activités de la vie quotidienne : ▪ Capacité minimale à participer aux soins si la personne d'assistance guide les gestes Activités de la vie domestique : ▪ Capacité à assister à des activités (participation limitée) ▪ Capacité à être en présence de visiteurs	Environnement calme et chaleureux : ▪ Environnement physique comme à la maison Reconnaissance : ▪ Être reconnu dans leur désir, leur plaisir, leur colère, leur tristesse et leur joie Accomplissement : ▪ Rencontres familiales ▪ Moments de convivialité au quotidien avec le personnel ▪ Vivre du plaisir par des activités et des sorties dans la cour extérieure Communiquer : ▪ Communication par le toucher, l'odorat, la vue et l'ouïe

*Rappelons qu'il y a beaucoup de variabilités entre les stades. Au stade sévère, certaines personnes possèdent encore des capacités à différents degrés. Cela varie d'un cas à l'autre. C'est pourquoi l'utilisation du terme « incapacité » doit être comprise comme une généralisation du stade sévère.

2. Principes et exemples de CHSLD Alzheimer

La deuxième section de ce guide présentera les 11 principes incontournables à respecter lorsqu'il est question d'aménager un CHSLD Alzheimer. La présentation de ces principes permettra d'illustrer les assises théoriques sur ce qu'est un CHSLD Alzheimer et d'appuyer les recommandations qui seront présentées dans les prochaines sections du guide. À la fin de cette section, 4 exemples de CHSLD Alzheimer à travers le monde seront présentés afin de mettre en lumière concrètement les différents principes à respecter.

2.1 Principe #1 : Environnement physique de type résidentiel

Le premier principe à respecter pour appuyer la philosophie d'un CHSLD Alzheimer est l'aménagement global de style résidentiel. L'objectif est d'offrir un milieu de vie dynamique et enrichissant plutôt que d'offrir un cadre de vie institutionnel de type hôpital (Davis, Byer, Nay, & Koch, 2009; Fleming, Goodenough, Chenoweth, & Brodaty, 2016; INESSS, 2018; D. Smit, Lange, Willemse, & Pot, 2012; Dienneke Smit, Lange, Willemse, Twisk, & Pot, 2016). Un CHSLD Alzheimer est un milieu de vie où l'aménagement des lieux doit ressembler le plus possible à une maison résidentielle (Davis et al., 2009; Fleming et al., 2016; INESSS, 2018; D. Smit et al., 2012; Dienneke Smit et al., 2016). Afin de respecter l'environnement résidentiel du centre, le matériel médical et de soin⁵ doit être caché de la vue des résidents (Fleming et al., 2016). Ce camouflage permet entre autres de réduire les stimulants inappropriés au sein du milieu de vie (Fleming et al., 2016). Un environnement « comme à la maison » s'avère très bénéfique pour les résidents. Ceux-ci sont généralement moins anxieux et sont davantage portés à participer, à socialiser et à communiquer (Rabig, Thomas, Kane, Cutler, & McAlilly, 2006; D. Smit et al., 2012; Dienneke Smit et al., 2016).

Concernant l'environnement physique, un CHSLD Alzheimer possède :

- ✓ Une cuisine où les résidents et le personnel peuvent préparer les repas ensemble
- ✓ Une salle à manger avec des tables résidentielles
- ✓ Une cuisinette
- ✓ Un salon avec des divans, des bibliothèques et par exemple, un foyer
- ✓ Des espaces communs chaleureux similaires à une résidence familiale
- ✓ Une cour extérieure où les résidents peuvent par exemple pratiquer le jardinage

2.2 Principe #2 : Poste infirmier intégré

Le deuxième principe à respecter pour appuyer la philosophie d'un CHSLD Alzheimer est le fait que le poste infirmier doit être intégré au milieu de vie plutôt que de se situer dans un local fermé (ASSTSAS, 2002; Chmielewski, 2014). Le premier objectif est que le personnel infirmier puisse passer davantage de temps avec les résidents dans le milieu de vie. Le deuxième objectif est

⁵ Par exemple : chariots pour les soins d'hygiène, chariots pour les médicaments, les échelles transportant les cabarets d'alimentation, etc.

de minimiser l'espace dédié à l'administration médicale et de maximiser tous les locaux pour les activités des résidents.

Dans un CHSLD Alzheimer, des postes infirmiers satellites sont donc aménagés dans les espaces communs (Chmielewski, 2014). Un tiroir ou un classeur verrouillé sont installés pour y mettre un ordinateur portable et des documents confidentiels (Chmielewski, 2014). De cette manière, le personnel infirmier peut compléter ses dossiers tout en passant du temps auprès des résidents. Le personnel infirmier participe ainsi pleinement au milieu de vie (ASSTSAS, 2002; Chmielewski, 2014).

2.3 Principe #3 : Personnalisation

Le troisième principe à respecter pour appuyer la philosophie d'un CHSLD Alzheimer est la personnalisation des chambres à coucher et des salles communes. L'objectif principal est de soutenir et d'aider les résidents à s'orienter dans le milieu de vie. La personnalisation des chambres à coucher permet aux résidents d'être entouré d'objets qu'ils leur sont familiers et significatifs, ce qui les aide pour s'orienter dans leur environnement (Davis et al., 2009). La personnalisation est également bénéfique pour diminuer l'anxiété des résidents au quotidien (Davis et al., 2009). Pour le personnel soignant, elle leur permet de mettre en valeur les particularités de chaque résident. Par exemple, si le personnel soignant sait qu'un résident aime le hockey, il pourra lui en parler. La personnalisation permet de rendre hommage aux résidents et d'honorer leurs intérêts personnels. Elle aide le personnel soignant à mieux connaître les résidents. La décoration de leurs chambres devient des repères identitaires.

Dans un CHSLD Alzheimer, les espaces communs sont également personnalisés (Dempsey et al., 2014). Toujours en lien avec le principe d'avoir un environnement de type résidentiel, les salles communes comme la cuisine, le salon et la cour extérieure doivent être garnies de décorations et d'objets représentant la fonction de la salle (Dempsey et al., 2014). Par exemple, visuellement, le salon doit ressembler à un véritable salon avec des divans, des fauteuils, une télévision, un espace musique, un foyer, etc. L'objectif est de permettre aux résidents de comprendre, par le mobilier et les objets, la fonction de la salle. De plus, les espaces communs peuvent être personnalisés en ajoutant des objets et des images significatives du Québec et de leur époque. Par exemple, un mur des célébrités internationales, une fresque des plus belles régions du Québec et des objets symbolisant leur époque peuvent être installés dans les espaces communs. La personnalisation des lieux permet de mieux orienter le résident dans son espace, tout en construisant une ambiance propice à la discussion autour des objets et des images.

2.4 Principe #4 : Accès à l'extérieur

Le quatrième principe à respecter pour appuyer la philosophie d'un CHSLD Alzheimer est l'accès à l'extérieur pour les résidents. L'objectif est que les résidents puissent avoir accès sans aide à une cour extérieure privée. Dans un CHSLD Alzheimer, la cour extérieure doit contenir un espace jardin et des espaces détente communs et privés pour que les résidents puissent s'asseoir confortablement (ANESM, 2018). De plus, le CHSLD Alzheimer doit prévoir dans sa cour extérieure des chemins aménagés pour que les résidents puissent marcher (ANESM, 2018).

À des fins de sécurité, la cour doit être fermée par de la verdure. De plus, l'accès à la cour par l'intérieur du centre doit être accessible en tout temps aux résidents. Sans aide, les résidents doivent pouvoir faire des allers et venues de l'intérieur à l'extérieur comme ils le veulent. L'accès libre à l'extérieur est bénéfique pour les résidents. Il leur redonne un espace de liberté et le loisir d'aller et venir comme ils le souhaitent (Berge, Jacob, Mouchotte, Por, & Rivasseau-Jonveaux, 2014). En plus de leur permettre de faire de l'exercice en marchant, la cour extérieure est aussi un lieu de rencontre propice à la discussion entre les familles, les résidents et le personnel soignant (Berge et al., 2014).

L'accès à l'extérieur : une expérience sensorielle pour les résidents (Bossen, 2010; Brawley, 2009; Jonveaux & Fescharek, 2009) :

- Les sons: fontaine, mobiles sonores, oiseaux, etc.
- La vision : repère visuel, les sculptures, la lumière, les arbres, les plantes, etc.
- L'odorat : le parfum des fleurs, des plantes et de la terre
- Le goût : arbres fruitiers
- Le toucher : feuillage des plantes, l'eau de la fontaine et la terre

2.5 Principe #5 : Liberté de déplacement et d'action des résidents

Le cinquième principe à respecter pour appuyer la philosophie d'un CHSLD Alzheimer est la liberté de déplacement et d'action des résidents dans le milieu de vie. L'objectif principal est que tous les résidents puissent se déplacer seuls d'un étage à l'autre dans les espaces qui leur sont dédiés (Davis et al., 2009). Tel que mentionné au principe #4, le déplacement seul vers la cour extérieure est également primordial.

Dans un CHSLD Alzheimer, les résidents doivent se sentir libres. L'infrastructure et le design intérieur doivent être pensés en ce sens. La question suivante se doit d'être posée : comment le CHSLD peut-il favoriser la liberté des résidents? (Davis et al., 2009; Steenwinkel, Dierckx de Casterlé, & Heylighen, 2017). Le CHSLD doit être aménagé pour faciliter la circulation des résidents. La règle est que le personnel soignant n'ait pas besoin d'interdire l'accès de certaines pièces aux résidents (Tufford, Lowndes, Struthers, & Chivers, 2018). Ces espaces interdits doivent être camouflés de la vue des résidents pour que ceux-ci ne soient pas tentés de s'y rendre. Enfin, cette liberté de déplacement et d'action est très bénéfique chez les résidents. Elle leur permet d'être indépendant au niveau de leur mobilité ce qui diminue généralement leur anxiété au quotidien (Davis et al., 2009).

2.6 Principe #6 : Activités occupationnelles, autoportantes et normalisées pour les résidents

Le sixième principe à respecter pour appuyer la philosophie d'un CHSLD Alzheimer est la mise en place d'activités occupationnelles, autoportantes et normalisées pour les résidents. L'objectif est que les résidents puissent s'occuper par eux-mêmes en réalisant des activités domestiques connues qu'ils ont pratiquées toute leur vie. En plus de les désennuyer en les gardant occupés, la participation des résidents à ce type d'activité contribue aussi à préserver leur autonomie et leur estime de soi (Fleming et al., 2016; Lalande & Leclerc, 2004). En général, les activités occupationnelles, autoportantes et normalisées influencent positivement l'engagement et l'interaction sociale des résidents dans le milieu de vie (Boer, Hamers, Zwakhalen, Tan, Beerens, et al., 2017; Boer, Hamers, Zwakhalen, Tan, & Verbeek, 2017). Ils sont davantage portés à communiquer et à être actif au quotidien (Boer, Hamers, Zwakhalen, Tan, Beerens, et al., 2017; Boer, Hamers, Zwakhalen, Tan, & Verbeek, 2017).

Exemples d'activités occupationnelles, autoportantes et normalisées :

- Cuisine (nettoyer et ramasser les tables)
- Lessive (plier les serviettes et étendre des vêtements sur une corde à linge)
- Nettoyage (passer le balai et aider les personnes de l'entretien ménager)
- Jardinage (s'occuper de la verdure dans le centre)

2.7 Principe #7 : Vie sociale des résidents

Le septième principe à respecter pour appuyer la philosophie d'un CHSLD Alzheimer est la priorisation au quotidien de la vie sociale des résidents. L'objectif est d'offrir aux résidents des moments de qualité avec leur famille, leurs proches, mais aussi avec le personnel et les bénévoles (Davis et al., 2009; Fleming et al., 2016; INESSS, 2018; Dienneke Smit et al., 2016). Valoriser la socialisation au quotidien permet d'éviter l'isolement et la détresse psychologique chez la plupart des résidents (Davis et al., 2009; Fleming et al., 2016; INESSS, 2018; Dienneke Smit et al., 2016).

Dans un CHSLD Alzheimer, pour que le personnel et les bénévoles puissent passer davantage de temps avec les résidents, les pratiques organisationnelles doivent être révisées. En fait, les pratiques doivent être choisies dans l'unique but d'offrir une valeur ajoutée au milieu de vie. Dans un CHSLD Alzheimer, les routines et les activités qui n'apportent aucun bénéfice pour les résidents doivent être repensées. Les moments de qualité avec les résidents doivent être une priorité pour le personnel et les bénévoles. Un arrimage entre les intérêts des résidents, du personnel et des bénévoles peut être fait pour réaliser les activités. Par exemple, les résidents, le personnel et les bénévoles aimant le jardinage sont jumelés afin de faciliter les discussions lors de l'activité de jardinage et ainsi créer des liens significatifs.

La socialisation avec les familles et les proches est également importante. Dans un CHSLD Alzheimer, le respect des rencontres familiales est primordial. Par exemple, s'il est l'heure de donner un médicament à un résident, mais que celui-ci a de la visite au même moment, la prise du médicament est remise à plus tard. Les moments passés en famille ne doivent pas être interrompus,

dans la mesure du possible, en raison des tâches de soin et médical. Le personnel soignant doit s'adapter et être flexible à l'horaire et aux activités sociales des résidents.

2.8 Principe #8 : Présence d'animaux

Le huitième principe à respecter pour appuyer la philosophie d'un CHSLD Alzheimer est la présence d'animaux. L'objectif est que les résidents puissent côtoyer régulièrement des animaux (chats, chiens, oiseaux, poissons ou petits animaux en cage) (ANESM, 2018; INESSS, 2018). Pour la plupart des résidents, la présence animale est très bénéfique. Favorisant la relaxation chez les résidents, les animaux permettent de diminuer leur anxiété et leur détresse émotionnelle (Hassink, De Bruin R., Berget, & Elings, 2017; Quibel et al., 2017). En plus de les désennuyer, le contact avec les animaux permet aux résidents de stimuler leurs capacités résiduelles (Hassink et al., 2017). Les résidents ont également tendance à parler davantage et à faire preuve d'une plus grande curiosité (Hassink et al., 2017; Quibel et al., 2017). Dans un CHSLD Alzheimer, 4 types de présence animale peuvent être pratiqués:

1. Activité de zoothérapie : elle est pratiquée périodiquement avec un accompagnateur en zoothérapie provenant d'un organisme communautaire ou d'une fondation dédiée à la mission de la zoothérapie.
2. Visites des familles et des proches avec leur animal : ces visites peuvent s'effectuer spontanément lorsqu'une famille ou un proche visite un résident. Lors des visites, les animaux de compagnie sont donc les bienvenus.
3. Présence permanente d'un animal dans le milieu de vie : un chat, un chien ou un animal en cage vivant de manière permanente dans le milieu de vie avec les résidents.
4. Présence permanente d'animaux dans la cour extérieure : des poules, des lapins ou des oiseaux vivant de manière permanente dans la cour extérieure des résidents.

2.9 Principe #9 : Approche familiale

Le neuvième principe à respecter pour appuyer la philosophie d'un CHSLD Alzheimer est la mise en place d'une approche familiale. L'objectif principal est d'accorder aux familles et aux proches une place importante au sein du milieu de vie. Pour ce faire, l'environnement et l'ambiance du CHSLD doivent être conçus pour attirer les familles et les proches. Si le CHSLD est similaire à une résidence familiale, les familles et les proches s'y sentiront bien et participeront davantage au milieu de vie (Davis et al., 2009). Dans un CHSLD Alzheimer, les familles et les proches sont encouragés à participer aux activités quotidiennes. Par exemple, ils sont encouragés à cuisiner et manger avec leur proche, à participer aux activités de loisirs ou encore à relaxer au salon devant le foyer.

Il est important de prévoir des salles familiales privées que les familles peuvent réserver pour des moments plus intimes avec leur proche (Chapman & Carder, 2003). Des stations de jeux pour les enfants peuvent aussi être installées dans le milieu de vie pour encourager les familles et les proches à apporter leur enfant au centre (Davis et al., 2009). La présence d'enfants permet le maintien d'un environnement de vie familial. La participation des familles et des proches au milieu de vie permet aux résidents de socialiser davantage et de stimuler leurs capacités résiduelles.

2.9.1 Place des bénévoles

Les bénévoles occupent également une place primordiale dans un CHSLD Alzheimer (Davis et al., 2009). L'objectif de la présence des bénévoles est que les résidents puissent avoir de multiples occasions de socialiser. Les bénévoles aident aussi à la mise en œuvre des activités de loisirs (matériel, logistique, etc.). Certains bénévoles optent plutôt pour des visites individuelles avec des résidents qui souhaitent discuter ou faire une activité à l'extérieur du centre (aller au centre d'achat ou encore aller à la messe de l'église de la paroisse). Dans un CHSLD Alzheimer, les bénévoles sont impliqués dans la création des activités de loisirs. Leurs idées sont aussi importantes que les autres membres du CHSLD. Ce climat de partage et de collaboration entre les bénévoles, les employés et les familles favorisent le maintien d'un milieu de vie familial.

2.10 Principe #10 : Approche intergénérationnelle

Le dixième principe à respecter pour appuyer la philosophie d'un CHSLD Alzheimer est la mise en place d'une approche intergénérationnelle. L'objectif est que les résidents puissent côtoyer régulièrement des enfants⁶ au sein du milieu de vie (Brawley, 2006; Galbraith, Larkin, Moorhouse, & Oomen, 2015). Tel que mentionné au principe #9, dans un CHSLD Alzheimer, les familles et les proches sont toujours encouragés à apporter leur enfant. Pour les motiver à venir au centre, l'environnement et l'ambiance doivent être chaleureux et propice aux jeux (installation de stations dédiées aux enfants). De plus, pour mettre en place une approche intergénérationnelle complète, des visites d'enfants provenant d'école ou de garderie sont essentielles. Différentes activités peuvent être organisées entre les résidents et ces enfants (activité d'art, activité de cuisine, activité de lecture, etc.). L'approche intergénérationnelle permet aux résidents de briser leur isolement (Brawley, 2006; Galbraith et al., 2015). Elle diminue l'anxiété et procure un bien-être général aux résidents (Brawley, 2006; Galbraith et al., 2015). En présence d'enfants, les résidents ont tendance à interagir et à parler davantage (Brawley, 2006; Galbraith et al., 2015).

2.11 Principe #11 : Lien avec la communauté

Le onzième et dernier principe à respecter pour appuyer la philosophie d'un CHSLD Alzheimer est la priorisation des liens entre le CHSLD et la communauté. L'objectif principal est de rendre accessible le CHSLD à la communauté. Pour ce faire, une étroite collaboration doit s'opérer entre le CHSLD et les membres du quartier (Davis et al., 2009; Fleming et al., 2016; INESSS, 2018). Dans un CHSLD Alzheimer, certains locaux au rez-de-chaussée peuvent être loués à des organismes ou des entreprises. Par exemple, un café, un restaurant, un salon de coiffure ou un marché de fruits et légumes peuvent être installés de manière temporaire ou permanente dans le centre. L'idée est que les citoyens puissent venir prendre leur café ou faire leur course au CHSLD en compagnie des résidents. Également, une autre façon d'intégrer la communauté dans le centre est la création d'un jardin communautaire dans la cour extérieure des résidents. L'entretien du jardin se fait par les citoyens avec l'aide des résidents. Les récoltes sont partagées entre le centre et les citoyens. En plus de créer une ambiance dynamique et propice à la discussion, l'accueil des citoyens et des commerçants dans le centre permet aux résidents de conserver une vie communautaire similaire à leur ancien quartier (Davis et al., 2009; Fleming et al., 2016).

⁶ Le terme « enfants » fait référence aux bébés, aux enfants et aux adolescents.

2.12 Tableau synthèse des principes d'un CHSLD Alzheimer

Tableau 4 Synthèse des 11 principes respectant la philosophie d'un CHSLD Alzheimer

Principes	Objectifs	Description	Bénéfices
1) Environnement physique de type résidentiel	Offrir aux résidents un milieu de vie dynamique et enrichissant plutôt que d'offrir un cadre de vie institutionnel de type hôpital	- Aménagement des lieux comme dans une maison résidentielle : ✓ Une cuisine où les résidents et le personnel peuvent préparer les repas ensemble; ✓ Une salle à manger avec des tables résidentielles; ✓ Une cuisinette; ✓ Un salon avec des divans, des bibliothèques et par exemple, un foyer; ✓ Des espaces communs chaleureux similaires à une résidence familiale; ✓ Une cour extérieure où les résidents peuvent pratiquer le jardinage. - Camouflage du matériel médical et de soin	- Diminution de l'anxiété chez les résidents - Augmentation de la participation, de la socialisation et de la communication chez les résidents
2) Poste infirmier intégré	- Offrir au personnel infirmier l'opportunité de passer plus de temps avec les résidents - Minimiser l'espace dédié au médical et maximiser l'utilisation des locaux pour les résidents	- Poste infirmier intégré dans le milieu de vie plutôt que dans un local fermé - Poste satellite avec tiroir ou classeur verrouillé pour le portable et les documents confidentiels	- Pour les résidents, avoir la possibilité de passer du temps avec le personnel infirmier - Pour le personnel infirmier, participer activement au milieu de vie
3) Personnalisation	Soutenir et aider les résidents à s'orienter dans le milieu de vie	- Chambre à coucher : décorations et objets familiers, significatifs - Salle commune : ✓ Décorations et objets représentant la fonction de la salle	Chambre à coucher : Pour les résidents : ✓ Aide pour l'orientation ✓ Diminution de l'anxiété Pour le personnel : ✓ Mettre en valeur les intérêts de chaque résident

		✓ Objets et images symbolisant l'époque des résidents	✓ Permet de mieux connaître les résidents et d'échanger Salle commune : ✓ Permet de mieux orienter le résident dans l'espace ✓ Établir une ambiance propice à la discussion
4) Accès extérieur	Offrir aux résidents une cour extérieure privée accessible sans aide	- Espace jardin et terre pour que les résidents puissent participer - Espaces détente communs et privés - Chemins aménagés pour la marche	- Redonne un espace de liberté et le loisir d'aller et venir des résidents - Permet aux résidents de marcher et de bouger - Permet aux résidents de faire des rencontres et de discuter - Permet aux résidents de vivre une expérience sensorielle
5) Liberté de déplacement et d'action des résidents	Offrir la possibilité aux résidents de se déplacer seuls d'un étage à l'autre dans les espaces qui leur sont dédiés	- Faciliter la circulation des résidents en camouflant les espaces qui leur sont interdits - Attribuer un ascenseur uniquement pour le déplacement des résidents, des familles et des proches	- Permet aux résidents d'être indépendant dans leur déplacement - Diminution de l'anxiété chez les résidents
6) Activités occupationnelles, autoportantes et normalisées	Offrir aux résidents la possibilité de réaliser des activités domestiques connues qu'ils ont pratiquées toute leur vie	- Cuisine (nettoyer et ramasser les tables) - Lessive (plier les serviettes et étendre des vêtements sur une corde à linge) - Nettoyage (passer le balai et aider les personnes de l'entretien ménager) - Jardinage (s'occuper de la verdure dans le centre)	- Diminution de l'ennui chez les résidents - Augmentation de l'engagement, de l'interaction sociale et de la communication chez les résidents - Préservation de l'autonomie et de l'estime des résidents

7) Vie sociale des résidents	Offrir aux résidents des moments de qualité avec leur famille, leurs proches, le personnel et les bénévoles	- Revoir les pratiques organisationnelles afin d'offrir des activités avec une valeur ajoutée pour les résidents - Arrimage entre les intérêts des résidents, du personnel et des bénévoles - Respecter les rencontres familiales et ne pas les interrompre en raison des tâches de soin et médical	- Évite l'isolement et la détresse psychologique chez les résidents
8) Présence d'animaux	Offrir l'opportunité aux résidents de côtoyer régulièrement des animaux (chats, chiens, oiseaux, poissons ou petits animaux en cage)	- Activité de zoothérapie - Visites des familles et des proches avec leur animal de compagnie - Présence permanente d'un animal dans le milieu de vie des résidents - Présence permanente d'animaux dans la cour extérieure	- Favorise la relaxation chez les résidents - Diminution de l'anxiété et de la détresse émotionnelle chez les résidents - Stimulation des capacités résiduelles des résidents - Augmentation de l'interaction sociale et de la curiosité des résidents
9) Approche familiale et place des bénévoles	- Accorder aux familles et aux proches une place importante au sein du milieu de vie - Permettre aux résidents par la présence des bénévoles d'avoir plusieurs occasions de socialiser	- Encourager la participation des familles et des proches aux activités quotidiennes du milieu de vie - L'accès à des salles familiales privées - L'accès à des stations de jeux pour les enfants dans le milieu de vie - Soutien des bénévoles aux activités de loisirs et possibilité de faire des visites individuelles auprès des résidents	- Augmentation de l'interaction sociale des résidents - Stimulation des capacités résiduelles des résidents - Favorise un climat de partage et de collaboration entre les bénévoles, les employés, les familles et les proches
10) Approche intergénérationnelle	Offrir l'opportunité aux résidents de côtoyer régulièrement des enfants (bébés, enfants et adolescents)	- Environnement et ambiance chaleureuse pour les enfants - Installation de stations dédiées aux enfants	- Brise l'isolement des résidents - Diminution de l'anxiété chez les résidents

		- Visites d'école et de garderie et mise en place de différentes activités de loisirs pouvant être réalisées entre les résidents et les enfants	- Augmentation de l'interaction sociale des résidents
11) Lien avec la communauté	Rendre accessible le CHSLD à la communauté	- Créer une étroite collaboration entre le CHSLD et les membres du quartier - Location de locaux au rez-de-chaussée du centre à des organismes ou des entreprises du quartier : ✓ Café ✓ Restaurant ✓ Salon de coiffure ✓ Marché de fruits et légumes ✓ Jardin communautaire - Accessibilité des commerces du CHSLD aux citoyens	- Création d'une ambiance dynamique et propice à la discussion pour les résidents - Conservation pour les résidents d'une vie communautaire similaire à leur ancien quartier

2.13 Exemples de CHSLD Alzheimer

Pour conclure cette section, voici une brève présentation de 4 types de CHSLD Alzheimer à travers le monde ayant adopté de manière concrète les différents principes à respecter : 1) le village Alzheimer *Hogewey* aux Pays-Bas; 2) le concept des *Green Care Farms* en Europe; 3) le concept des *Greenhouse* aux États-Unis; 4) le centre d'hébergement *Willow Lodge* en Nouvelle-Écosse au Canada.

2.13.1 Village Alzheimer *Hogewey* aux Pays-Bas

Au sein de son mini-village fermé, *Hogewey* héberge des personnes atteintes de TNCM depuis 2009. Le village comprend 23 maisonnettes pouvant loger entre 7 et 8 résidents (Jenkins, 2013; Paris Match, 2015). Autour des maisonnettes, sur un territoire fermé, les résidents ont accès à une épicerie, un cinéma, différents restaurants et cafés, un bureau de poste, un salon de coiffure, des jardins, etc. L'objectif principal de *Hogewey* est que les résidents puissent vivre « comme à la maison » tout en circulant librement à l'intérieur et à l'extérieur des maisonnettes (Jenkins, 2013; Paris Match, 2015). En fait, les résidents du village vivent dans un décor propre à leur image. Chaque maisonnette possède une thématique liée au profil des résidents (urbains, créatifs, travailleurs, etc.). En plus de vivre dans un décor personnalisé et résidentiel, les résidents sont libres de se promener comme ils le souhaitent au sein du village

Hogewey ne ressemble pas à un CHSLD traditionnel. Les résidents se lèvent, se couchent et prennent leur repas aux heures qui leur conviennent (Jenkins, 2013; Kovacs, 2012; Lallemand, 2015; Paris Match, 2015). Si un résident semble égarer dans le village, un caissier ou un serveur d'un des commerces l'aidera à retrouver son chemin. En fait, tous les employés du village sont formés pour interagir et aider des personnes atteintes de TNCM (Kovacs, 2012). *Hogewey* compte environ 250 employés et 120 bénévoles (Kovacs, 2012). Enfin, *Hogewey* ouvre aussi ses portes à la population. Les citoyens peuvent venir dîner ou prendre un café au village, même si ceux-ci ne connaissent pas de résident hébergé (Paris Match, 2015). Ils n'ont qu'à s'enregistrer à l'accueil. Des visites payantes sont également offertes pour faire connaître le concept du village *Hogewey*. En plus de ramasser de l'argent pour les caisses de l'établissement, cela crée une ambiance dynamique entre le village et la population (Paris Match, 2015).

Figure 1 Parcs et commerces au sein du village



(Paris Match, 2015) Crédit Paul Tolenaar

Figure 2 Maisonnette personnalisée (thématique)



(Paris Match, 2015) Crédit Paul Tolenaar

2.13.2 Concept des *Green Care Farms* en Europe

Le concept des *Green Care Farms* (fermettes offrant de l'hébergement) est né aux Pays-Bas. Jusqu'à ce jour, plusieurs pays ont adopté l'approche (la Norvège, la France, l'Italie, la Belgique, l'Allemagne et l'Irlande). (Boer et al., 2015; Boer, Hamers, Zwakhalen, Tan, Beerens, et al., 2017; De Bruin R., Boer, Beerens, Buist, & Verbeek, 2017). Au départ, les *Green Care Farms* n'accueillaient que des personnes atteintes de TNCM pour la journée. Le service offert était similaire à la mission des centres de jour⁷. Depuis quelques années, les *Green Care Farms* offrent aussi des services d'hébergement de courte et de longue durée (Boer et al., 2015; Boer, Hamers, Zwakhalen, Tan, Beerens, et al., 2017; De Bruin R. et al., 2017).

L'objectif principal des *Green Care Farms* est que les résidents puissent participer à leur rythme à l'entretien de la maison et de la ferme (Boer et al., 2015; Boer, Hamers, Zwakhalen, Tan, Beerens, et al., 2017; De Bruin R. et al., 2017). L'environnement physique et l'ambiance de la ferme offrent aux résidents un sentiment d'être « comme à la maison ». Dans les *Green Care Farms*, les résidents sont intégrés aux tâches quotidiennes. Par exemple, ils aident à la préparation des repas, ils jardinent, nourrissent les animaux et entretiennent la maison (Boer et al., 2015; Boer, Hamers, Zwakhalen, Tan, Beerens, et al., 2017; De Bruin R. et al., 2017). Les résidents sont aussi libres de se déplacer tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la maison. Enfin, dans les *Green Care Farms*, la nature et les animaux occupent une place importante. Ils permettent aux résidents de vivre au quotidien des expériences émotionnelles et sensorielles qui stimulent leurs capacités résiduelles : par les sons (les animaux et les tracteurs), par le toucher (les animaux, l'herbe et la pluie) et par le goût (les fruits et les légumes frais) (Boer et al., 2015; Boer, Hamers, Zwakhalen, Tan, Beerens, et al., 2017; De Bruin R. et al., 2017).

Figure 3 Photos représentant une *Green Care Farms*



(Boer et al., 2017)

2.13.3 Concept des *Greenhouse* aux États-Unis

Très populaire depuis plusieurs années aux États-Unis, le concept des *Greenhouse* propose une alternative à l'hébergement traditionnel en offrant aux personnes atteintes de TNCM un micromilieu de type familial (Brune, 2011; Rabig et al., 2006; White-Chu, Graves, Godfrey, Bonner, & Sloane, 2009). Une *Greenhouse* est en fait une petite maison pouvant accueillir 6 à 12 résidents. Comme l'environnement est petit, identique à une maison résidentielle, une *Greenhouse* peut se permettre de n'avoir aucun horaire de travail (Rabig et al., 2006). La structure et

⁷ Les centres de jour sont des endroits qui accueillent à la journée des personnes dans le besoin afin de maintenir leur autonomie et leur permettre de socialiser par la réalisation d'activité en petits groupes.

l'organisation du milieu permettent la flexibilité dans les routines. Le principe est que les journées sont structurées selon les habitudes et les intérêts des résidents (Rabig et al., 2006). Par exemple, si un matin quelques résidents souhaitent déjeuner plus tard, leur choix sera respecté et le déroulement de la journée sera adapté en conséquence. De plus, au sein d'une *Greenhouse*, les résidents participent avec le personnel aux activités de la maison. Ils planifient et préparent les repas, s'occupent du jardin, des animaux et du ménage (Rabig et al., 2006). Enfin, les *Greenhouse* poussent le concept encore plus loin : aucun personnel infirmier n'est présent au quotidien dans les maisons (Brawley, 2006). Seuls les PAB sont responsables des soins et d'assister les résidents dans les activités de la vie quotidienne. L'équipe clinique (personnel infirmier, ergothérapeute, travailleur social, etc.) est externe et assure un suivi de manière ponctuelle sans être présent au quotidien avec les résidents (Brawley, 2006). Il est important de mentionner que lorsque l'équipe clinique entre dans la maison, elle effectue les suivis en respectant les lieux comme s'il s'agissait d'une maison privée (Brawley, 2006). Ce souci du respect par rapport à l'environnement des résidents est également présent chez les PAB qui priorise une approche familiale et résidentielle (Brawley, 2006).

Figure 4 Photos représentant une *Greenhouse*



(White Oak Cottages, 2018)

2.13.4 Centre d'hébergement *Willow Lodge* en Nouvelle-Écosse, Canada

Situé au Canada, plus précisément en Nouvelle-Écosse, le centre d'hébergement *Willow Lodge* se démarque en offrant à ses résidents un milieu de vie centré sur le changement et la diversité des activités (Willow Lodge, 2018). Pouvant accueillir 60 résidents, le centre *Willow Lodge* a pour objectif de combattre la solitude et l'ennui des résidents en offrant un environnement

familial et dynamique où les activités sont en constante évolution (Willow Lodge, 2018). Le but est d'adapter les activités de loisirs en fonction des intérêts de chaque résident. De plus, tous les résidents participent à leur rythme aux activités de la vie quotidienne avec le personnel (cuisiner, faire le ménage, jardiner, nourrir les animaux, etc.) (Willow Lodge, 2018). Au niveau de l'environnement physique, le centre *Willow Lodge* offre un aménagement de type résidentiel où la présence de verdure, d'animaux et d'enfants sont prioritaires (Willow Lodge, 2018). Le centre a également réaménagé ses unités pour en faire des « quartiers thématiques » plutôt que des unités fermées (du même type que le village *Hogewey*). Le maintien du milieu de vie dynamique et le soutien des familles et de la communauté sont les clés du succès du centre *Willow Lodge* (Willow Lodge, 2018).

Figure 5 Photos du centre d'hébergement *Willow Lodge*



(Willow Lodge, 2018)

3. Recommandations sur l'aménagement des lieux

La troisième section de ce guide présentera les recommandations à respecter pour l'aménagement intérieur et extérieur d'un CHSLD Alzheimer. Pour chaque pièce du centre, une description de l'environnement, de la décoration et de l'ambiance à adopter sera faite. De plus, des exemples concrets et des astuces seront présentés afin de bien illustrer comment chaque recommandation peut être mise en place.

3.1 Éclairage

Au sein d'un CHSLD Alzheimer, il est recommandé d'utiliser un éclairage de type résidentiel « comme à la maison ». Un éclairage indirect, tel que des lampes, des lustres muraux ou un éclairage plafonnier résidentiel, doit être utilisé (Brawley, 2006; Chmielewski, 2014; CSSS Richelieu-Yamaska, 2007). Pour la nuit, des veilleuses peuvent être placées dans les corridors. En fait, il faut éviter les éclairages trop éblouissants comme des néons industriels. Ce type d'éclairage à long terme peut être inconfortable pour les yeux des résidents et peut contribuer aussi à une certaine agitation (Brawley, 2006; Chmielewski, 2014).

Dans un CHSLD Alzheimer, la lumière naturelle est également importante. Il est recommandé d'avoir de grandes fenêtres ou un puit de lumière pour laisser entrer la lumière naturelle et éclairer les espaces communs (Brawley, 2006; INESSS, 2018). Au besoin, pour tamiser le soleil lors des journées plus chaudes, il est important d'installer des rideaux ou des stores aux fenêtres (INESSS, 2018). L'accessibilité des résidents au contrôle de l'éclairage, des rideaux et des stores est importante pour favoriser leur autonomie. Ceux-ci doivent pouvoir ajuster eux-mêmes la luminosité d'une lampe ou encore avoir la liberté de descendre et de monter un store (INESSS, 2018). En plus d'apporter un confort visuel et d'inviter au calme, un éclairage de type résidentiel aide à supporter l'engagement et la participation des résidents dans les activités de la vie quotidienne (Brawley, 2006; Chmielewski, 2014). Un éclairage « comme à la maison » crée une ambiance similaire à leur ancien domicile, ce qui invite les résidents à réaliser les activités qu'ils faisaient chez eux.

Figure 6 Exemple d'éclairage indirect



(Brawley, 2009) Crédit Jeffrey Totaro

Figure 7 Exemple d'un puit de lumière



(Brawley, 2009) Crédit Jeffrey Totaro

3.2 Aire de circulation

Dans un CHSLD Alzheimer, il est recommandé d'avoir des aires de circulation adaptées et stimulantes pour les résidents. Au sein d'un CHSLD Alzheimer, les corridors sont des chemins d'errance aménagés pour attirer l'attention des résidents. Les corridors doivent être garnis d'images et d'objets significatifs pour les résidents. Une thématique peut être attribuée pour chaque aire de circulation. Par exemple, une terrasse, une rue intérieure, un mur des célébrités, des images du Québec et un espace vert peuvent être aménagés. La personnalisation des corridors par une thématique permet de mieux orienter les résidents dans leur environnement, tout en construisant une ambiance propice à la discussion autour des objets et des images (Chmielewski, 2014). En plus de stimuler les sujets de conversation, les objets et les images dans les aires de circulation deviennent des indices d'orientation pour les résidents (Chmielewski, 2014).

Afin de sélectionner des thèmes intéressants et significatifs, l'implication des résidents et leurs familles est primordiale. Les illustrations et les objets choisis doivent être facilement interchangeables d'une unité à l'autre afin de faire bénéficier des thématiques à tous les résidents. Dans un CHSLD Alzheimer, les thématiques ne sont pas permanentes. Après un certain temps, elles doivent être remplacées par de nouveaux thèmes. Elles se renouvellent et s'adaptent aux intérêts des nouveaux résidents. Afin d'offrir un espace de repos au sein des aires de circulation, des chaises et des bancs de type résidentiel doivent également être installés (CSSS Richelieu-Yamaska, 2007). Les corridors doivent permettre aux résidents de circuler dans un environnement stimulant (ASSTSAS, 2002).

Figure 8 Exemple d'aire de circulation:
aménagement d'une rue intérieure



(Brawley, 2006) Crédit Saari & Forrai

Figure 9 Exemple d'aire de circulation: thématique épicerie



Maison l'Étincelle, Crédit Philippe Voyer

Figure 10 Exemple d'aire de circulation: thématique verdure



Humanitae (Humanitae, 2019) Crédit Les Festifs

3.3 Espaces dédiés aux résidents

Dans un CHSLD Alzheimer, il est recommandé que les résidents puissent reconnaître, par le mobilier et les objets, la fonction des salles qui leur sont dédiées (Dempsey et al., 2014). La cuisine, la salle à manger et le salon doivent être aménagés « comme à la maison » afin de communiquer visuellement la fonction des pièces aux résidents. Au sein d'un CHSLD Alzheimer, il est primordial que les repères spatiaux destinés aux résidents ne reposent pas sur des écriteaux⁸, mais sur des meubles et des objets significatifs représentant la fonction de la pièce. Par exemple, le salon doit ressembler à un véritable salon avec des divans, des fauteuils, une télévision, un espace musique, un foyer, etc. L'identification des salles par des meubles résidentiels facilitera l'orientation des résidents dans l'espace.

Toujours dans le but d'ajouter des points de repères dans les espaces dédiés aux résidents, les portes de salle de bain des résidents doivent être peintes de la même couleur et doivent être d'une couleur différente que celle des murs (CSSS Richelieu-Yamaska, 2007). Par exemple, les portes peuvent être peintes en bleu et les murs en blanc. Il est recommandé d'utiliser une couleur vive pour que les résidents puissent être attirés visuellement vers les portes (CSSS Richelieu-Yamaska, 2007). Au fur et à mesure de leur déplacement dans le centre, les résidents saisiront naturellement que les portes bleues mènent vers une salle de bain. Le principe se répète pour toutes les portes des pièces dédiées aux résidents.

Figure 11 Salle à manger de type résidentiel où des repères visuels communiquent la fonction de la salle



Maison l'étincelle, Crédit Philippe Voyer

Figure 12 Salon de coiffure de style « barbier » où des repères visuels communiquent la fonction de la salle



Humanitae (Humanitae, 2019) Crédit Les Festifs

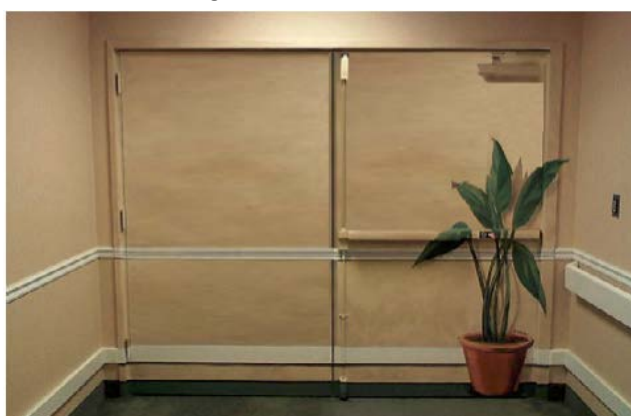
3.4 Locaux interdits aux résidents

Au sein d'un CHSLD Alzheimer, il est recommandé de camoufler les locaux n'ayant pas de valeur ajoutée pour les résidents (Chmielewski, 2014; CSSS Richelieu-Yamaska, 2007). Même

⁸ Avoir une affiche à l'entrée de chaque pièce où la fonction de la salle est écrite. Par exemple, avant d'entrer dans la cuisine, sur le mur, il est inscrit « cuisine ». Les résidents doivent pouvoir reconnaître la fonction des salles sans avoir à lire les écriteaux.

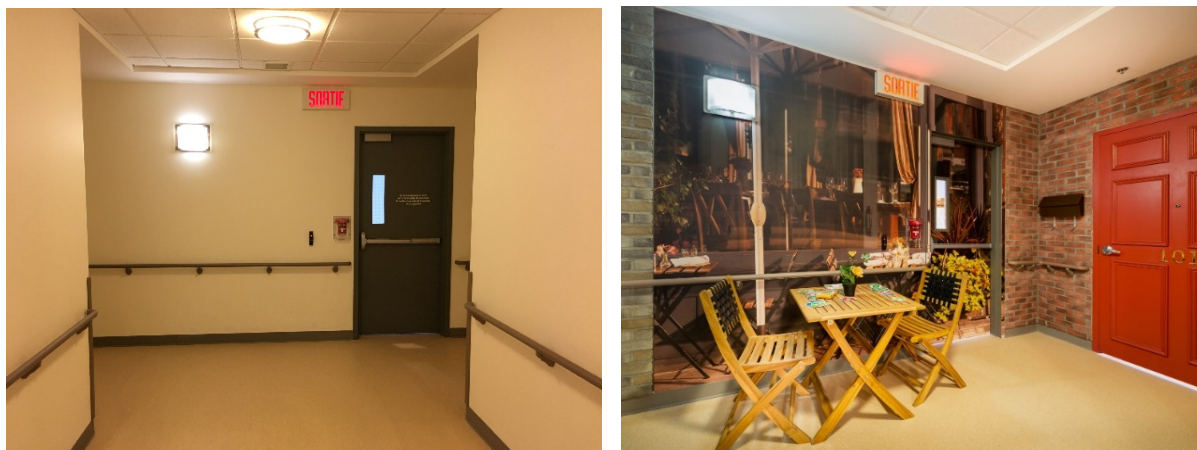
dans un CHSLD Alzheimer, certains locaux sont interdits aux résidents⁹. Ces espaces interdits doivent être camouflés de la vue des résidents pour que ceux-ci ne soient pas tentés de s’y rendre (Chmielewski, 2014; CSSS Richelieu-Yamaska, 2007). Grâce au camouflage, la frustration des résidents liée à la non-accessibilité de ces locaux est minimisée. Contrairement aux espaces destinés aux résidents, les portes qui leur sont interdites doivent être peintes de la même couleur que les murs. Par exemple, si le mur est jaune, la porte de l’utilité souillée doit aussi être peinte en jaune, incluant le cadrage. Dans la plupart des cas, la porte passera inaperçue. Les résidents n’auront pas tendance à essayer de l’ouvrir. Une autre astuce pour le camouflage est d’utiliser des appliqués muraux ou des fresques sur les portes. En plus d’ajouter une touche artistique au décor, les portes seront invisibles aux yeux des résidents. De plus, un partenariat avec un peintre artiste ou un programme d’art dans une école peut être fait pour réaliser les peintures.

Figure 13 Porte camouflée



(Chmielewski, 2014) Crédit <<http://pam-nelson.com/artwork.asp?giid=289>>, edited by Perkins Eastman

Figure 14 Avant et après un camouflage



Maison l’Étincelle, Crédit Philippe Voyer

⁹ Par exemple, le local d’utilité souillée, le local de rangement du matériel pour le personnel soignant, les cages d’escalier, etc.

3.5 Poste infirmier

Dans un CHSLD Alzheimer, il est recommandé que le poste infirmier soit intégré dans le milieu de vie plutôt que de se situer dans un local fermé (ASSTSAS, 2002; Chmielewski, 2014). Au sein d'un CHSLD Alzheimer, les postes infirmiers, appelés centres satellites de travail, sont aménagés dans les espaces communs (ASSTSAS, 2002; Chmielewski, 2014). Un tiroir ou un classeur verrouillé sont installés pour y mettre un ordinateur portable et des documents confidentiels (Chmielewski, 2014). De cette manière, le personnel infirmier peut compléter les dossiers tout en passant du temps auprès des résidents. Le personnel infirmier participe ainsi pleinement au milieu de vie (ASSTSAS, 2002; Chmielewski, 2014). En plus de passer plus de temps avec les résidents, les centres satellite de travail permettent de minimiser l'espace dédié à l'administration médicale et de maximiser tous les locaux pour les activités des résidents.

Figure 15 Centre satellite (petit bureau) pour le personnel infirmier



(Chmielewski, 2014) Crédit Perkins Eastman

Figure 16 Armoire pour les médicaments



(Chmielewski, 2014) Crédit Sarah Mechling & Perkins Eastman

3.6 Chambre à coucher

Au sein d'un CHSLD Alzheimer, il est recommandé que les chambres à coucher des résidents soient adaptées et personnalisées (ASSTSAS, 2002; Chmielewski, 2014; CSSS Richelieu-Yamaska, 2007; INESSS, 2018). Dans un CHSLD Alzheimer, les chambres à coucher des résidents doivent être décorées « comme à la maison » (ASSTSAS, 2002). En plus d'utiliser des meubles résidentiels, les chambres à coucher doivent être personnalisées selon les intérêts des résidents (ASSTSAS, 2002; Chmielewski, 2014; CSSS Richelieu-Yamaska, 2007; INESSS, 2018). La personnalisation des chambres à coucher permet aux résidents d'être entourés d'objets qu'ils leur sont familiers et significatifs, ce qui les aide pour s'orienter dans leur environnement (Davis et al., 2009). La personnalisation est également bénéfique pour diminuer l'anxiété des résidents au quotidien (Davis et al., 2009). Pour le personnel

Figure 17 Chambre personnalisée



(Brawley, 2006) Crédit David Whitaker

soignant, elle leur permet de mettre en valeur les particularités de chaque résident. Par exemple, si le personnel soignant sait qu'un résident aime le hockey, il pourra lui en parler. La personnalisation permet de rendre hommage aux résidents et d'honorer leurs intérêts personnels. Elle aide le personnel soignant à mieux connaître les résidents. La décoration des chambres devient des repères identitaires.

Comment personnalise-t-on une chambre dans un CHSLD Alzheimer? La décoration et les objets choisis doivent représenter les intérêts, les passions, les habitudes et les goûts du résident. Une astuce : lorsque nous mettons le pied dans la chambre à coucher, nous devrions être en mesure de nommer trois caractéristiques et intérêts personnels du résident. Par exemple, la chambre pourrait être décorée avec :

- Objets décoratifs : bibelots, cadres, couvre-lit, etc.
- Objets liés à la famille du résident : photos, cadres, albums, etc.
- Objets liés à une passion : chandail du canadien, livres, tricot, etc.
- Objets liés à la profession du résident : livre de comptabilité, stéthoscope, ceinture de menuisier, etc.
- Objets liés aux passe-temps du résident : peinture, dessin, danse, musique, etc.
- Objets pratiques : radio, téléviseur, etc.

Afin de faciliter l'orientation des résidents vers leur chambre, l'ajout de leur nom complet ainsi qu'une photo de leur portrait doivent être installés à l'entrée de celle-ci (ASSTSAS, 2002; Chmielewski, 2014; CSSS Richelieu-Yamaska, 2007). Une boîte à mémoire où des photos et des objets significatifs pour le résident y sont déposés peut également être installée à l'entrée de la chambre (Chmielewski, 2014). De plus, dans la chambre à coucher, il faut pouvoir camoufler les miroirs au besoin, car à un certain stade de la maladie, il est possible que les résidents ne peuvent plus se reconnaître dans le reflet. Cette situation peut augmenter l'anxiété des résidents au quotidien (CSSS Richelieu-Yamaska, 2007).

Enfin, la personnalisation des portes est également recommandée. Tel que mentionné à la section *Locaux dédiés aux résidents*, les portes des chambres peuvent être peintes d'une couleur vive, différente de celle des murs. Par la suite, des décorations personnalisées selon l'histoire de vie des résidents peuvent être ajoutées sur celles-ci. Les résidents et leurs familles sont invités à faire preuve d'originalité et de créativité. Un autre exemple très intéressant de personnalisation des portes est le projet « *True Doors* » réalisé par une entreprise néerlandaise dans des CHSLD Alzheimer. Le principe du projet était de fabriquer et d'appliquer sur la porte de leur chambre un grand autocollant représentant l'ancienne porte de leur domicile (Weber, 2017). Les résidents qui ne souhaitent pas reproduire leur ancienne porte pouvaient choisir une porte qui leur plaisaient parmi différents modèles pré-faits (Weber, 2017).

Figure 18 Boîte à mémoire à l'entrée de la chambre



(Chmielewski, 2014) Crédit Tim Wilkes

Figure 19 Projet *True doors* (avant-après)



(Weber, 2017) Crédit True doors

3.7 Cuisine et salle à manger

Dans un CHSLD Alzheimer, il est recommandé que l'aménagement de la cuisine et de la salle à manger soit de type résidentiel. Il est également recommandé que la conception de ces deux pièces soit adaptée aux capacités résiduelles des résidents pour faciliter leur participation aux repas. Comme dans une maison résidentielle, la cuisine d'un CHSLD Alzheimer doit être adjacente à la salle à manger (Davis et al., 2009). Cette configuration permet aux résidents de mieux saisir la fonction des deux salles (Davis et al., 2009). Dans la cuisine, il est conseillé d'aménager un comptoir (îlot) avec des chaises. Les résidents pourront s'y asseoir pour couper confortablement les aliments ou encore pour observer à leur aise ceux qui cuisinent (Brawley, 2006; Chmielewski, 2014). Il faut prévoir également des tables et des chaises résidentielles, un buffet et un vaisselier pour donner une ambiance familiale et chaleureuse « comme à la maison » (ASSTSAS, 2002; Chmielewski, 2014; CSSS Richelieu-Yamaska, 2007).

Figure 20 Exemple cuisine et salle à manger



(Chmielewski, 2014) Crédit John Smillie

Étant donné que les résidents sont invités à participer aux repas avec le personnel, la cuisine doit être aménagée pour assurer leur sécurité. Il est recommandé d'installer une valve sous le lavabo pour couper l'eau à tout moment en cas de dégât (ASSTSAS, 2002). Certains ustensiles « plus dangereux » doivent être entreposés dans des armoires verrouillées (Chmielewski, 2014). Une cuisinière *Safecook*¹⁰ est également recommandée pour contrôler l'arrêt du four afin d'assurer la sécurité des résidents. De plus, le libre accès du garde-manger et du frigidaire aux résidents est conseillé (Brawley, 2006). Dans un CHSLD Alzheimer, les résidents ne demandent pas la

¹⁰ Les cuisinières *Safecook* sont munies d'un système d'arrêt automatique lorsque la cuisson est complétée. Pour en savoir plus, consultez le site web suivant : <https://safecook.ca/index.php?LANG=F>

permission au personnel soignant pour avoir accès au garde-manger et au frigidaire. Ils peuvent se servir librement. En plus de maintenir leur capacité résiduelle et de favoriser leur autonomie, cette accessibilité aide les résidents à se sentir « comme à la maison ». Il est important de préciser que le personnel soignant peut intervenir en tout temps auprès des résidents qui éprouvent de la difficulté à sortir les aliments du garde-manger ou du frigidaire. Il est permis d'aider les résidents au besoin. Ceux-ci doivent toutefois pouvoir initier seuls leur désir de se servir à manger.

Figure 21 Exemple d'une salle à manger



Humanitae (Humanitae, 2019) Crédit Les Festifs

Enfin, dans un CHSLD Alzheimer, la cuisine et la salle à manger possèdent plusieurs fonctions (Brawley, 2006). En plus d'être des endroits où les repas sont préparés et dégustés, la cuisine et la salle à manger doivent servir pour d'autres activités (Brawley, 2006). Par exemple, des activités sociales, d'arts ou de jeux de société peuvent être pratiquées dans la salle à manger. Des résidents et leurs familles peuvent aussi s'installer au comptoir et naviguer sur internet avec un ordinateur portable (Brawley, 2006).

3.8 Salon

Au sein d'un CHSLD Alzheimer, il est recommandé d'aménager des salons de type résidentiel. Afin de communiquer la fonction de la pièce aux résidents, il est primordial que le salon ressemble à un véritable salon résidentiel. L'ajout de verdure et de décorations chaleureuses sont nécessaires afin de créer une ambiance familiale. La présence d'un foyer au bois est également une idée judicieuse (Brawley, 2006). En plus de créer un lieu de rassemblement autour du feu, le foyer dans le salon créera une atmosphère chaleureuse propice au calme et à la relaxation (Brawley, 2006). Un coin lecture avec des bibliothèques, des fauteuils et des divans peut également être aménagé. Il est conseillé de prévoir différents fauteuils et divans résidentiels conçus pour répondre aux capacités de mobilité des résidents (par exemple des chaises berçantes autobloquants) (CSSS Richelieu-Yamaska, 2007). Afin de maintenir l'autonomie des résidents, les fauteuils et les divans doivent être munis d'appuie-bras pour que les résidents puissent se lever sans aide (CSSS Richelieu-Yamaska, 2007). Il faut éviter des fauteuils et des divans trop mous et trop bas, car la plupart des résidents ne seront pas en mesure de se lever seuls (CSSS Richelieu-Yamaska, 2007).

Figure 22 Exemple d'un salon



(Brawley, 2006) Crédit Hedrick Blessing

3.9 Salle familiale

Dans un CHSLD Alzheimer, il est recommandé d'aménager des salles familiales privées que les familles peuvent réserver pour des moments plus intimes avec leur proche (Chapman & Carder, 2003; Chmielewski, 2014). L'environnement et l'ambiance des salles familiales doivent

être conçus pour attirer les familles et les proches. « Comme à la maison », les salles doivent être décorées de manière chaleureuse et accueillante (Chapman & Carder, 2003; Chmielewski, 2014). Grâce à un aménagement de type résidentiel, les familles et les proches se sentiront à leur aise et seront portés à utiliser davantage les salles (Davis et al., 2009). Dans un CHSLD Alzheimer, la place des familles et des proches est primordiale au sein du milieu de vie. Aux bénéfices des résidents, les salles familiales encouragent et maintiennent leur présence.

Afin de reproduire l'ambiance des rassemblements familiaux d'autrefois, il est important que les salles familiales privées soient munies d'une cuisinette et d'un petit salon. Grâce à cet aménagement, les résidents et leurs familles peuvent se réunir pour cuisiner un repas ou s'installer confortablement au salon pour discuter. Enfin, il est conseillé de prévoir des stations de jeux pour les enfants dans le milieu de vie pour encourager les familles et les proches à apporter leur enfant au centre (Davis et al., 2009). Dans un CHSLD Alzheimer, la présence d'enfants permet le maintien d'un environnement de vie familial.

Figure 23 Exemple d'une salle familiale



Maison l'étincelle, Crédit Philippe Voyer

Figure 24 Exemple d'une station de jeux pour enfants



Humanitae (Humanitae, 2019) Crédit Les Festifs

3.10 Salle de bain

Au sein d'un CHSLD Alzheimer, il est recommandé d'avoir des salles de bain adaptées de type résidentiel. Afin de bien communiquer la fonction de la pièce aux résidents, il est important que les salles de bain ressemblent à de véritables salles de bain familiales (Chmielewski, 2014). Un éclairage indirect et des matériaux de type résidentiel (lavabo, comptoir, etc.) sont conseillés (Chmielewski, 2014). « Comme à la maison », des serviettes et des débarbouillettes colorées doivent être installées à la vue des résidents. Il faut éviter d'encombrer la salle de bain avec des objets n'ayant pas une valeur ajoutée pour les résidents (matériel médical, chariots d'entreposage, etc.). Le décor doit être épuré. Afin de créer une ambiance calme et relaxante, les couleurs vives-pâles (bleu pâle, jaune pâle, vert pâle) sont à privilégier pour le choix de la peinture et de la décoration. Dans le but de diminuer l'anxiété des résidents lors des soins d'hygiène, il est également recommandé de prévoir dans la salle de bain les éléments suivants (Bourzeau, 2012) :

- Hydrothérapie
- Luminothérapie
- Musicothérapie

- Aromathérapie

Figure 25 Exemple de salle de bain



(Chmielewski, 2014) Crédit Sarah Mechling & Perkins Eastman

Figure 26 Exemple de salle de bain



(Brawley, 2006) Crédit Mort Tucker Photography

3.11 Salle thématique

Dans un CHSLD Alzheimer, il est recommandé d'aménager des salles communes thématiques où des activités occupationnelles sont mises à la disposition des résidents. En plus de maintenir les capacités résiduelles des résidents, ces salles leur permettent par différentes activités de s'occuper seuls ou en groupe. En fait, les salles thématiques sont des lieux d'observation et d'exploration pour les résidents. Elles leur permettent de marcher, de regarder et de manipuler les objets dans la pièce. Afin de choisir des thématiques liées aux intérêts des résidents, l'implication de ceux-ci et de leurs familles est recommandée. Dans le but de stimuler la mémoire des résidents, il est important de sélectionner des thèmes faisant référence aux activités de la vie quotidienne, à la vie de quartier et à des événements historiques et culturels de leur époque. L'installation des salles thématiques peut être permanente, temporaire et interchangeable. Elles doivent être aménagées pour que les résidents puissent saisir rapidement les thématiques et les activités à réaliser. Voici quelques idées de salles pouvant être aménagées :

- Salle de lavage
- Salle *Snoezelen*¹¹ ou de détente
- Salle de musique

Figure 27 Salle thématique: magasin général



Humanitae (Humanitae, 2019) Crédit Les Festifs

¹¹ Pour en savoir plus sur la salle Snoezelen, consultez la section 4 de ce guide.

- Salle de cinéma
- Espace café
- Magasin général
- Dépanneur
- Marché de fruits et légumes
- Pouponnière
- Salle *Les grands explorateurs* avec des images et des objets de voyages
- Salle thématique animaux (par exemple, voilière d'oiseaux)
- Galerie d'art et vernissage (œuvres et dessins des résidents)

Figure 28 Salle thématique: espace café



Humanitae (Humanitae, 2019) Crédit Les Festifs

Figure 29 Salle thématique: pouponnière



Crédit Équipe de Philippe Voyer

Figure 30 Salle thématique: espace musique



Humanitae (Humanitae, 2019) Crédit Les Festifs

Figure 31 Salle thématique: réminiscence



Maison l'étincelle, Crédit Philippe Voyer

3.12 Cour extérieure

Au sein d'un CHSLD Alzheimer, il est recommandé d'aménager une cour extérieure adaptée et stimulante pour les résidents. Dans un premier temps, des aires de repos où les résidents peuvent s'asseoir et se détendre sont à prévoir au sein de celle-ci (Chalfont Design, 2012; Chalfont & Walker, 2012). En plus de permettre aux résidents de passer du temps à l'extérieur, ces aires de repos sont également des lieux où ils peuvent se reposer tout en discutant entre eux et avec leurs familles (Chalfont Design, 2012; Chalfont & Walker, 2012). Il est conseillé d'appliquer les astuces suivantes afin d'aménager des aires de repos adaptées pour les résidents d'un CHSLD Alzheimer (Chalfont Design, 2012; Chalfont & Walker, 2012) :

- Il est important de garnir la cour extérieure de végétations (arbres, arbustes, plantes et fleurs) afin d'intéresser visuellement les résidents et leurs familles à passer du temps à l'extérieur.
- L'aménagement d'un chemin d'errance (chemin défini par un pavé ou autres matériaux) est conseillé. Il permettra une meilleure orientation des résidents dans la cour.
- Tout au long du chemin d'errance, l'installation d'aires de repos est primordiale pour que les résidents puissent s'arrêter, se reposer et admirer le jardin. Différents types de sièges peuvent être installés (chaises simples, bancs, balançoires).
- Certaines aires de repos doivent disposer d'un toit. Ces abris inciteront les résidents à sortir malgré les journées chaudes. Ces espaces munis d'un toit deviendront des lieux de rassemblement où les résidents pourront manger, discuter et jouer à des jeux.
- Toutes les aires de repos doivent être positionnées pour que les résidents puissent admirer l'ensemble de la cour. L'accès à une vue paisible permettra aux résidents de se détendre plus rapidement.

Figure 32 Exemple aire de repos



(Chalfont & Walker, 2012)

Figure 33 Exemple aire de repos avec toit



(Chalfont & Walker, 2012)

Dans un deuxième temps, la cour extérieure d'un CHSLD Alzheimer doit également posséder des espaces actifs où les résidents peuvent marcher, bouger et pratiquer des activités liées à l'entretien extérieur (Chalfont Design, 2012; Chalfont & Walker, 2012). En plus de maintenir les capacités résiduelles des résidents, ces espaces actifs permettent aux résidents de socialiser tout en se sentant utiles. Tel que mentionné au sein des recommandations liées aux aires de repos, des

chemins d'errance sont à prévoir afin de créer un trajet prédéfini pour les résidents (Chalfont Design, 2012; Chalfont & Walker, 2012). Les chemins doivent contenir des lignes droites, des coins et des courbes (Chalfont Design, 2012; Chalfont & Walker, 2012). Les virages doivent être assez larges pour que deux personnes côte à côte ou une chaise roulante puissent circuler (Chalfont Design, 2012; Chalfont & Walker, 2012). Il est très important qu'aucun chemin mène vers une porte ou un endroit interdit aux résidents (à moins de camoufler cet espace interdit) (Chalfont Design, 2012; Chalfont & Walker, 2012). En plus d'inclure des aires de repos, tout au long du chemin, des activités stimulantes et occupationnelles pour les résidents doivent être aménagées. Voici quelques exemples d'activités pouvant être pratiquées dans la cour extérieure (Chalfont Design, 2012; Chalfont & Walker, 2012) :

- Espace avec des animaux (lapins, poules, chèvres) pour que les résidents puissent les nourrir et les caresser
- Espace de végétation pour que les résidents puissent participer à l'entretien
- Espace jardin pour que les résidents puissent récolter les fruits, les légumes et les herbes
- Espace d'entretien avec accès pour les résidents à une tondeuse, un râteau et des balais
- Espace lessive avec accès pour les résidents à une corde à linge

Figure 34 Espace animaux (poules)



Crédit Équipe de Philippe Voyer

Figure 35 Exemple chemin d'errance



(Chalfont & Walker, 2012)

Figure 36 Participation des résidents à l'entretien extérieur



(Chalfont & Walker, 2012)

Figure 37 Participation des résidents au jardin



(Chalfont & Walker, 2012)

3.13 Tableau synthèse des recommandations sur l'aménagement des lieux

Tableau 5 Tableau synthèse des recommandations sur l'aménagement des lieux au sein d'un CHSLD Alzheimer

Lieu/environnement	Recommandations	Exemples et astuces	Bénéfices
1) Éclairage	Il est recommandé d'utiliser un éclairage de type résidentiel, « comme à la maison »	- Utiliser des éclairages indirects, comme des lampes de table, des lustres muraux et des éclairages plafonniers de type résidentiel - Utiliser des veilleuses pour la nuit dans les corridors - Installer des grandes fenêtres ou un puit de lumière au plafond pour laisser entrer la lumière	- Augmentation du confort visuel chez les résidents - Diminution de l'anxiété chez les résidents - Augmentation de l'engagement et de la participation des résidents aux activités quotidiennes
2) Aire de circulation	Il est recommandé d'avoir des aires de circulation adaptées et stimulantes pour les résidents	- Attribuer une thématique à chaque corridor en ajoutant des images et des objets liés aux thèmes choisis - Exemples de thématique : ✓ Terrasse ✓ Rue intérieure ✓ Mur des célébrités ✓ Québec en images ✓ Espace vert - Implication des résidents et leurs familles dans le choix des thématiques - Utiliser des illustrations et des objets facilement interchangeables pour les déplacer d'une unité à l'autre	- Aide à l'orientation des résidents dans leur environnement - Création d'une ambiance propice à la discussion

		- Changer les thématiques le moment opportun (thèmes non-permanents) - Créer un espace repos en ajoutant des chaises et des bancs	
3) Espaces dédiés aux résidents	Il est recommandé que les résidents puissent reconnaître, par le mobilier et les objets, la fonction des salles qui leur sont dédiées	- Aménager les espaces « comme à la maison » - Ajouter des meubles et des objets significatifs représentant la fonction de la pièce comme repères spatiaux - Particularités pour les portes des pièces destinées aux résidents : ✓ Peinturer d'une couleur différente des murs ✓ Peinturer d'une couleur vive pour attirer les résidents	- Aide à l'orientation des résidents dans leur environnement - Aide les résidents à mieux comprendre la fonction de chaque pièce
4) Locaux interdits aux résidents	Il est recommandé de camoufler les locaux n'ayant pas une valeur ajoutée pour les résidents	- Peindre les portes et le cadrage des pièces interdites de la même couleur que les murs - Possibilité d'ajouter un appliqué mural ou une fresque sur les portes des pièces interdites	- Diminution de la frustration des résidents liée à la non-accessibilité de ces locaux - Évite que les résidents se rendent vers les locaux interdits
5) Poste infirmier	Il est recommandé que le poste infirmier soit intégré dans le milieu de vie plutôt que de se situer dans un local fermé	- Ajouter un poste satellite dans chaque milieu de vie avec tiroir ou classeur verrouillé pour le portable et les documents confidentiels	- Pour les résidents, avoir la possibilité de passer du temps avec le personnel infirmier - Pour le personnel infirmier, participer activement au milieu de vie

			- Permet de minimiser l'espace dédié à l'administration médicale et de maximiser tous les locaux pour les activités des résidents
6) Chambre à coucher	Il est recommandé que les chambres à coucher des résidents soient adaptées et personnalisées	- Utiliser une décoration non-institutionnelle - Utiliser des meubles résidentiels - Personnaliser et décorer avec des objets familiers et significatifs : ✓ Intérêts du résident ✓ Passions du résident ✓ Habitudes du résident ✓ Goûts du résident ✓ Métier du résident - Installer une boîte à mémoire à l'entrée de la chambre des résidents - Personnaliser les portes des chambres : ✓ Par exemple : <i>True Doors</i>, installer un appliqué qui représente l'ancienne porte du domicile des résidents	- Aide à l'orientation des résidents dans leur environnement - Diminution de l'anxiété chez les résidents - Permet de rendre hommage aux résidents et d'honorer leurs intérêts personnels - Aide le personnel soignant à mieux connaître les résidents
7) Salle à manger et cuisine	- Il est recommandé que l'aménagement de la cuisine et de la salle à manger soit de type résidentiel - Il est recommandé que la conception de ces deux pièces soit adaptée aux capacités résiduelles des résidents pour faciliter leur participation aux repas	- Aménager une cuisine adjacente à la salle à manger - Aménager un comptoir (ilot) avec des chaises - Aménager des tables et des chaises résidentielles et un vaisselier - Donner le libre accès au garde-manger et au frigidaire aux résidents	- Aide à l'orientation des résidents dans leur environnement - Aide les résidents à mieux comprendre la fonction des deux pièces - Augmentation de l'engagement et de la participation des résidents aux activités quotidiennes

		- Attribuer plusieurs fonctions aux deux pièces (par exemple) : ✓ Préparer les repas et manger ✓ Réaliser des activités sociales ✓ Jouer à des jeux de société ✓ Réaliser des activités d'art ✓ Naviguer sur internet avec un ordinateur portable	- Maintenir les capacités résiduelles des résidents - Favoriser l'autonomie des résidents
8) Salon	Il est recommandé d'aménager des salons de type résidentiel	- Ajouter de la verdure - Ajouter de la décoration chaleureuse et résidentielle - Aménager un foyer au bois - Aménager un coin lecture avec des bibliothèques, des fauteuils et des divans - Prévoir des fauteuils et des divans adéquats pour les résidents	- Aide à l'orientation des résidents dans leur environnement - Aide les résidents à mieux comprendre la fonction de la pièce - Création d'un environnement propice au calme et à la relaxation - Création d'un environnement propice au rassemblement - Maintenir les capacités résiduelles des résidents
9) Salle familiale	Il est recommandé d'aménager des salles familiales privées que les familles peuvent réserver pour des moments plus intimes avec leur proche	- Décorer les salles de manière chaleureuse et accueillante - Dans les salles privées : ✓ Aménager une cuisinette ✓ Aménager un petit salon - Prévoir des stations de jeux pour les enfants	- Augmentation de l'interaction sociale des résidents - Stimulation des capacités résiduelles des résidents - Encourage la présence des familles et des proches dans le centre - Encourage la présence d'enfants dans le centre

10) Salle de bain	Il est recommandé d’avoir des salles de bain adaptées de type résidentiel	- Utiliser des éclairages indirects - Utiliser des matériaux de type résidentiel (lavabo, comptoir) - Installer des serviettes et des débarbouillettes colorées à la vue des résidents - Éviter d’encombrer la pièce avec des objets sans valeur ajoutée pour les résidents - Prioriser la luminothérapie, la musicothérapie et l’aromathérapie en aménageant : ✓ Bain pouvant émettre des jeux de couleur sous l’eau ✓ Matériel pour faire jouer de la musique relaxante ✓ Huile essentielle dans la pièce	- Aide les résidents à mieux comprendre la fonction de la pièce - Création d’un environnement calme et relaxant - Diminution de l’anxiété des résidents lors des soins d’hygiène
11) Salle thématique	Il est recommandé d’aménager des salles communes thématiques où des activités occupationnelles sont mises à la disposition des résidents	- Aménager des salles où les résidents pourront observer et explorer les lieux : ✓ Marcher, regarder et manipuler les objets - Impliquer les résidents et leurs familles dans le choix des thématiques - Privilégier des thèmes faisant référence : ✓ Activités de la vie quotidienne ✓ La vie de quartier ✓ Événements historiques et culturels de leur époque - Exemples de salles thématiques : ✓ Salle de lavage	- Stimulation des capacités résiduelles des résidents - Stimulation de la mémoire des résidents - Augmentation de l’interaction sociale des résidents - Diminution de l’ennui et de l’isolement des résidents

		✓ Salle <i>Snoezelen</i> ou de détente ✓ Salle de musique ✓ Salle de cinéma ✓ Espace café ✓ Magasin général ✓ Dépanneur ✓ Marché de fruits et légumes ✓ Pouponnière ✓ Salle <i>Les grands explorateurs</i> avec des images et des objets de voyages ✓ Salle thématique animaux (par exemple, voilière d'oiseaux) ✓ Galerie d'art et vernissage (œuvres et dessins des résidents)	
12) Cour extérieure	Il est recommandé d'aménager une cour extérieure adaptée et stimulante pour les résidents	- Aménager des aires de circulation stimulantes - Éviter que le chemin de circulation mène à un endroit interdit pour les résidents (le cas échéant, camoufler) - Aménager dans le chemin de circulation des aires de repos : ✓ Ajouter de la végétation ✓ Ajouter des chaises simples, des bancs et des balançoires ✓ Ajouter un abri à certaines aires de repos - Aménager dans le chemin de circulation des activités stimulantes : ✓ Espace avec des animaux (lapins, poules, chèvres) ✓ Espace jardin ✓ Espace d'entretien avec accès à une tondeuse, un râteau et des balais	- Augmentation de l'interaction sociale des résidents - Stimulation des capacités résiduelles des résidents - Permettre aux résidents de se sentir utiles - Diminution de l'anxiété des résidents - Aide à l'orientation des résidents dans leur environnement

		✓ Espace lessive avec une corde à linge	
--	--	---	--

4. Recommandations sur les activités et les loisirs

La quatrième section de ce guide présentera les recommandations à respecter concernant la mise en œuvre des activités et des loisirs au sein d'un CHSLD Alzheimer. Pour chaque catégorie de loisir, une description des activités pouvant être réalisées sera faite. De plus, des exemples concrets et des astuces seront présentés afin de bien illustrer comment chaque loisir peut être mis en place. Il est important de spécifier que chaque activité proposée au sein de cette section peut être animée par le personnel soignant, les familles ou les bénévoles du centre. Certaines activités occupationnelles et autoportantes peuvent même être pratiquées de manière autonome par les résidents.

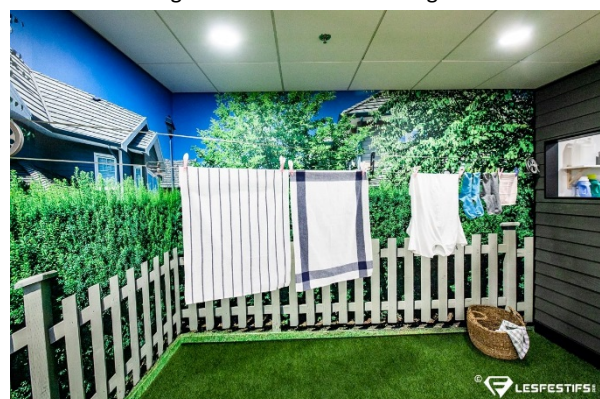
4.1 Activités dirigées

Au sein d'un CHSLD Alzheimer, il est recommandé que les PAB pratiquent individuellement ou en groupe des activités dirigées¹² avec les résidents. En plus de favoriser la socialisation et la participation des résidents, les activités dirigées permettent au personnel soignant de passer davantage de temps auprès de ceux-ci. Il est important que ces activités soient choisies selon les intérêts des résidents. Afin de faciliter l'approche et les échanges, un jumelage entre les passions communes des résidents et des PAB est donc recommandé. Par exemple, un résident et un PAB, tous deux mordus de jardinage, peuvent être jumelés pour s'occuper des plantes du centre. Selon les intérêts de chacun, une variété d'activités dirigées peut être réalisée : faire un casse-tête, une manucure, aller dans la cour extérieure, discuter, peindre, etc. Un répertoire des passions des résidents et une liste des activités associées à celles-ci peuvent être mis à la disposition des PAB afin de les guider dans le choix des activités. Il est important de spécifier que toutes les activités et les loisirs qui seront présentés au sein de cette section peuvent servir d'exemple d'activité dirigée.

4.2 Activités domestiques

Dans un CHSLD Alzheimer, il est recommandé que les résidents puissent participer à leur rythme aux activités domestiques. Accompagnés du personnel soignant, les résidents sont fortement encouragés à participer aux repas, à l'entretien ménager et à la lessive (ASSTSAS, 2002; Davis et al., 2009; Fleming et al., 2016; Dienneke Smit et al., 2016). En plus de maintenir les capacités résiduelles des résidents, la participation aux activités domestiques leur permet de se sentir utile, tout en brisant leur isolement. Une ambiance chaleureuse et familière « comme à la maison » est primordiale pour soutenir la participation des résidents (Chmielewski, 2014). Plus l'environnement leur sera familier, plus les résidents seront portés à se souvenir des activités domestiques qu'ils ont pratiquées toute leur vie (Chmielewski, 2014). En ce qui concerne les activités liées à l'entretien ménager et à la lessive,

Figure 38 Station corde à linge



Humanitae (Humanitae, 2019) Crédit Les Festifs

¹² Au Québec, les activités dirigées sont une exigence du MSSS dans tous les CHSLD publics.

il est recommandé que les résidents puissent avoir accès de manière autonome à un balai, un porte-poussière, un plumeau et un panier de vêtements à plier ou à étendre sur une corde à linge (Alzheimer's Australia, 2004; ASSTSAS, 2002; CSSS Richelieu-Yamaska, 2007). Pour que les résidents soient enclins à participer et à initier l'activité, le matériel ne doit pas être rangé dans un placard ou un tiroir (Chmielewski, 2014). Il doit être à la vue des résidents. Les activités liées à l'entretien ménager et à la lessive sont donc des tâches que les résidents peuvent pratiquer de manière autoportante sans aide. En ce qui concerne la préparation des repas, pour des questions de sécurité, cette activité domestique doit être pratiquée en compagnie du personnel soignant (Davis et al., 2009). Par exemple, les résidents peuvent assister le personnel en mettant les couverts sur la table, en coupant ou lavant les légumes et en mélangeant les ingrédients.

4.3 Alimentation

Au sein d'un CHSLD Alzheimer, il est recommandé que les repas se déroulent dans une ambiance propice aux échanges et à la convivialité entre le personnel et les résidents (Alessio & Bruno-Thomas, 2014). Dans un CHSLD Alzheimer, l'heure des repas est l'occasion de se réunir autour d'une même table pour manger et discuter amicalement. Si certains résidents préfèrent manger seuls ou à des heures différentes, il est important de respecter leur habitude (INESSS, 2018). Pour instaurer une ambiance centrée sur les échanges et le plaisir de manger, il est primordial d'appliquer les astuces suivantes (Alessio & Bruno-Thomas, 2014) :

- 1) Éviter les bruits dérangeants (aspirateur ou bruits liés au matériel médical). Cependant, une musique d'ambiance telle que des « bruits de la nature » peut être de mise.
- 2) Laisser le temps à tous les résidents d'apprécier leur repas. Ne pas desservir rapidement.
- 3) Valoriser les capacités résiduelles des résidents. Une aide de la part du personnel peut être proposée si nécessaire de façon discrète, mais elle ne doit pas être imposée.
- 4) Orienter les conversations autour des intérêts des résidents.

En plus de créer un climat familial lors des repas, il est recommandé de stimuler l'appétit et de favoriser l'autonomie des résidents en offrant des recettes « manger mains » adaptées à leur besoin (Ecker, 2014; Godart, Marin, & Fabbro, 2017; Grind Dining, 2018; Malerba et al., 2015). Le concept des recettes « manger mains » dans les CHSLD Alzheimer est de plus en plus populaire en Europe et aux États-Unis.

L'objectif est de transformer les recettes du CHSLD en petites bouchées style hors d'œuvre pour que les résidents puissent manger sans ustensile (Ecker, 2014; Godart et al., 2017; Grind Dining, 2018; Malerba et al., 2015). Le principe est de broyer directement le repas préparé pour en faire des mises-en-bouche (Ecker, 2014; Grind Dining, 2018). Cette technique permet de conserver le goût, la texture et la saveur des aliments utilisés (Ecker, 2014; Grind Dining, 2018). Même si le fait de manger avec les mains peut être considéré comme une pratique régressive aux yeux des familles et du personnel, cette présentation des aliments est une expérience généralement positive pour les résidents (Godart et al., 2017; Malerba et al., 2015). En plus d'être plus calme lors des

Figure 39 Avant et après (présentation manger mains)



(Grind Dining, 2018)

repas, les résidents ont tendance à manger davantage ce qui améliore leur concentration et leur bien-être général (Godart et al., 2017; Malerba et al., 2015).

Figure 40 Avant et après (présentation manger mains)



(Grind Dining, 2018)

4.4 Activités à visée cognitive

Dans un CHSLD Alzheimer, il est recommandé de mettre en place différentes activités qui stimulent la mémoire des résidents. Tout d'abord, les activités domestiques, telles que mentionnées un peu plus haut, peuvent répondre à ce besoin de stimulation. En plus de maintenir les capacités résiduelles des résidents, la participation aux activités domestiques contribuent à stimuler spécifiquement leur mémoire procédurale¹³ (Demoures & Strubel, 2006). Plus les résidents sont impliqués dans la préparation des repas et les tâches ménagères, plus ils seront en mesure de se remémorer les gestes associés à ces activités. De plus, d'autres activités à visée cognitive peuvent également être réalisées en compagnie du personnel, des bénévoles ou des familles : faire la lecture à voix haute à un ou plusieurs résidents, regarder des photos de famille, écouter de la musique, chanter pour et avec les résidents, etc. (Demoures & Strubel, 2006; Éthier, 2005; Selmès, 2011).

Enfin, la création d'un « groupe de parole adapté » peut aussi être une activité intéressante à pratiquer. L'objectif de ce groupe est d'échanger avec les résidents sur différents sujets (Auffret & Jacolot, 2017; Demoures & Strubel, 2006). Animé par un employé ou un bénévole du centre, le groupe doit être composé d'environ cinq résidents (Auffret & Jacolot, 2017; Demoures & Strubel, 2006). Il est primordial de choisir des thématiques générales de discussion telles que les saisons, les fêtes, les animaux, les voyages, etc. (*Par exemple : les vacances de la période des Fêtes approchent. C'est si beau la neige. Est-ce que vous aimez l'hiver?*) (Auffret & Jacolot, 2017; Demoures & Strubel, 2006). L'animateur du groupe doit éviter de poser des questions directement liées au parcours personnel des résidents (*Par exemple : qu'est-ce que vous faisiez dans la vie ? avez-vous des enfants ?*) (Auffret & Jacolot, 2017; Demoures & Strubel, 2006). Si le résident n'est pas en mesure de répondre, ce type de question pourrait lui créer de l'anxiété. En plus de stimuler la mémoire des résidents sur différents sujets, le groupe de parole adapté permet de favoriser la socialisation des résidents.

4.5 Activités à visée motrice

¹³ C'est-à-dire la mémoire des gestes liés à une action (Demoures & Strubel, 2006). La mémoire procédurale permet aux résidents de répéter naturellement des gestes qu'ils ont pratiqués toutes leurs vies. Par exemple, faire la vaisselle, plier les vêtements et passer le balai sont des actions que les résidents peuvent réaliser aisément grâce à la mémoire procédurale.

Dans un CHSLD Alzheimer, il est recommandé de mettre en place différentes activités qui aident à maintenir la motricité des résidents. Tout d'abord, il est conseillé que les résidents puissent marcher quotidiennement dans le centre et dans la cour extérieure (Brawley, 2006). En plus d'améliorer la forme physique, la marche quotidienne permet de diminuer l'anxiété des résidents, ainsi que de briser leur isolement (Brawley, 2006). Pour les résidents plus actifs, elle permet également de satisfaire leur besoin de bouger et de déambuler (Demoures & Strubel, 2006; Éthier, 2005; Hermabessière, Barro-Belaygues, Rolland, & Vellas, 2010). Lors d'événements festifs, la danse est aussi une excellente activité à visée motrice. Au besoin, elle peut se pratiquer avec l'aide du personnel, des bénévoles et des familles. La danse permet aux résidents de bouger et d'améliorer leur mobilité et leur équilibre (Demoures & Strubel, 2006).

Des exercices d'étirement adaptés peuvent également être réalisés en petit groupe (Demoures & Strubel, 2006). Au sein de cette activité, l'objectif pour le résident est d'imiter à son rythme les mouvements faits par l'animateur devant lui (mouvements de bras, de jambes et le jeu du ballon) (Demoures & Strubel, 2006). Selon leur besoin, les résidents peuvent pratiquer les exercices assis ou debout. En plus de favoriser la socialisation, cette activité permet d'améliorer la coordination de leur mouvement corporel (Demoures & Strubel, 2006). Enfin, la dernière activité suggérée est le parcours psychomoteur (Demoures & Strubel, 2006). L'objectif pour le résident est de franchir et de contourner les obstacles installés sur son chemin. Afin d'éviter les chutes, il est primordial que le résident soit accompagné d'un proche ou d'un soignant lors de cette activité (Demoures & Strubel, 2006). D'une durée approximative de cinq minutes, le parcours doit être construit spécialement par un ergothérapeute. Cette activité exige très peu de matériel, simplement des cônes (style construction) et des barres de saut colorées pour les obstacles (Demoures & Strubel, 2006).

4.6 Activités artistiques et manuelles

Au sein d'un CHSLD Alzheimer, il est recommandé de mettre en place différentes activités artistiques et manuelles rejoignant les intérêts des résidents. Afin de sélectionner des activités intéressantes et significatives, l'implication des résidents et de leurs familles est primordiale. Pour les activités artistiques, il est conseillé d'aménager un atelier d'art au sein d'une des salles dédiées aux résidents. L'atelier d'art doit être accessible en tout temps aux résidents. Au sein de cette salle, une diversité d'activités peut être réalisée : peinture, poterie, coloriage, collage, tricot, etc. (Chancellor, Duncan, & Chatterjee, 2014; Demoures & Strubel, 2006; Laurin, 2009). En ce qui concerne les activités manuelles, un atelier de type « construction » peut aussi être aménagé dans une pièce dédiée aux résidents. Différentes activités peuvent être pratiquées dans cet atelier : la réparation d'objets brisés, la construction d'objets avec du bois, la fabrication de mouches à pêche, etc. Afin d'assurer la sécurité des résidents, une personne ayant des habiletés manuelles doit en tout temps accompagner les résidents souhaitant réaliser une activité dans l'atelier de construction. En plus d'alimenter les passions artistiques et les

Figure 41 Salle thématique pour les arts



Village Alzheimer en Italie, Crédit Philippe Voyer

talents manuels des résidents, ce type de loisir renforce leur concentration et leur plaisir général au quotidien (Chancellor et al., 2014).

Figure 42 Salle pour la construction



Ferme Alzheimer aux Pays-Bas, Crédit Philippe Voyer

Figure 43 Station pour travailler le bois



Centre d'hébergement en Autriche, Crédit Philippe Voyer

4.7 Activités socio-esthétiques

Au sein d'un CHSLD Alzheimer, il est recommandé d'aménager un salon de beauté où des activités socio-esthétiques peuvent être pratiquées. Dans cette salle, des soins capillaires (coiffure) et des soins esthétiques (maquillage et pose de vernis à ongles) peuvent être offerts aux résidents (Demoures & Strubel, 2006; Hurley, 2012; Rabig et al., 2006). Les soins de beauté sont importants dans un CHSLD Alzheimer. Ils permettent aux résidents de se détendre et d'avoir une meilleure estime de soi après l'activité (Demoures & Strubel, 2006). En plus de provoquer une détente psychique et corporelle, les résidents peuvent socialiser et créer une relation privilégiée avec la personne effectuant les soins esthétiques (Demoures & Strubel, 2006).

Les services de coiffure doivent être donnés par une personne diplômée dans le domaine. Toutefois, les soins esthétiques peuvent être réalisés par le personnel soignant, les bénévoles et les familles. En ce qui concerne l'aménagement du salon de beauté, il est important de préciser que les miroirs doivent pouvoir être camouflés au besoin, car à un certain stade de la maladie, il est fréquent que les résidents ne peuvent plus se reconnaître dans le reflet. Cette situation peut augmenter l'anxiété chez certains résidents (CSSS Richelieu-Yamaska, 2007).

Figure 44 Exemple d'un salon de beauté



Humanitae (Humanitae, 2019) Crédit Les Festifs

4.8 Activités sensorielles

Dans un CHSLD Alzheimer, il est recommandé de mettre en place quatre types d'activités sensorielles : 1) la musicothérapie; 2) l'aromathérapie; 3) une salle Snoezelen; 4) la luminothérapie. La prochaine sous-section présentera la description et les bénéfices pour chacune de ces activités sensorielles.

4.8.1 Musicothérapie

Dans un CHSLD Alzheimer, deux types de musicothérapie peuvent être pratiqués. Le premier type est la musicothérapie réceptive où les résidents sont invités à écouter de la musique. (ANESM, 2018; Demoures & Strubel, 2006; Ledger J. & Baker A., 2007; Tromeur, 2014). Il est conseillé que les résidents puissent écouter de la musique qu'ils connaissent et qu'ils apprécient (par exemple des chanteurs de leur époque). Selon les besoins et les intérêts des résidents, l'activité peut se pratiquer individuellement ou en groupe. En plus de diminuer l'anxiété chez les résidents, la musicothérapie réceptive permet au personnel, aux bénévoles et aux familles d'entrer en contact plus facilement avec ceux-ci. Lorsque la musique joue, les résidents ont tendance à chanter et à parler davantage. La musique crée donc une ambiance propice à la communication et à la socialisation (Ledger J. & Baker A., 2007; Tromeur, 2014). Il est important de préciser qu'aucune musique de fond ne doit jouer en boucle toute la journée dans le centre. La musique doit être utilisée à des moments précis comme par exemple lors d'une activité de musicothérapie réceptive, pendant les repas ou les soins d'hygiène (Demoures & Strubel, 2006; Ledger J. & Baker A., 2007; Tromeur, 2014).

Figure 45 Musicothérapie réceptive



(Tatar, 2019)

Le deuxième type est la musicothérapie active où les résidents sont invités à jouer d'un instrument de musique (ANESM, 2018; Demoures & Strubel, 2006; Ledger J. & Baker A., 2007; Tromeur, 2014). Différents instruments faciles à manipuler peuvent être utilisés : un tambour, des maracas, un tambourine, un xylophone, etc. (ANESM, 2018). Cette activité se pratique généralement en groupe. Pour les résidents ayant joué de la musique par le passé, il est recommandé que ceux-ci puissent avoir accès à leur instrument dans le centre (soit dans leur chambre ou dans un espace commun). Au-delà des instruments de musique, la musicothérapie active peut aussi se pratiquer en chantant (ANESM, 2018). Une chorale peut être mise sur pied réunissant tous les résidents ayant une passion pour le chant. En plus d'alimenter les intérêts musicaux des résidents, la musicothérapie active permet de stimuler leur capacité résiduelle (ANESM, 2018). Elle renforce également l'estime de soi des résidents et leur permet de sociabiliser (ANESM, 2018).

4.8.2 Aromathérapie

L'aromathérapie est une pratique importante dans un CHSLD Alzheimer. Elle permet de stimuler l'odorat des résidents, tout en créant une atmosphère favorable à la relaxation (ANESM, 2018). En plus de dissimuler les odeurs nauséabondes dans le centre, l'aromathérapie améliore l'humeur général des résidents au quotidien (ANESM, 2018). Pour ce faire, des diffuseurs d'huiles

essentiels doivent être installés dans les corridors, les salles de bain et les salons. Les résidents pourront ainsi apprécier les bonnes odeurs un peu partout dans le centre.

4.8.3 Snoezelen

La salle Snoezelen est une approche multisensorielle pertinente au sein d'un CHSLD Alzheimer (ANESM, 2018; INESSS, 2018; Muller & Gillet, 2015). L'objectif de cette salle est d'offrir aux résidents un endroit où ils peuvent relaxer, tout en stimulant leurs sens avec l'aide de différents objets décoratifs et interactifs (ANESM, 2018; INESSS, 2018; Muller & Gillet, 2015). Au sein de cette salle, les résidents peuvent regarder et toucher les différents objets lumineux s'y trouvant : des lumières en fibres optiques, des colonnes de bulles, un ciel étoilé au plafond, différentes projections d'images, etc. (INESSS, 2018; Muller & Gillet, 2015). Des huiles essentielles et de la musique douce peuvent aussi être installées dans la salle. Selon les besoins des résidents, les séances de relaxation peuvent avoir lieu plusieurs fois par semaine. Chez la majorité des résidents, cette approche multisensorielle améliore de manière significative leur bien-être et leur humeur général (ANESM, 2018; INESSS, 2018; Muller & Gillet, 2015). Pour certains résidents, l'utilisation de la salle Snoezelen sur une base régulière permet même une diminution de leur douleur chronique (Muller & Gillet, 2015).

Figure 46 Exemple d'une salle Snoezelen



(Retraite plus, 2019)

4.8.4 Luminothérapie

Au sein d'un CHSLD Alzheimer, la luminothérapie est une pratique essentielle. En plus de favoriser la production de la vitamine D des résidents pour ceux exposés à la lumière extérieure, elle permet d'améliorer leur sommeil et leur humeur au quotidien (ANESM, 2018). Deux types de luminothérapie peuvent être pratiqués. Le premier type de luminothérapie se réalise par la lumière naturelle. Les sorties fréquentes dans la cour extérieure sont une excellente façon pour les résidents de profiter des rayons du soleil. De plus, l'installation de grandes fenêtres dans le centre permet aux résidents de profiter de la lumière naturelle sans avoir à sortir à l'extérieur. Le deuxième type de luminothérapie se pratique avec des lampes thérapeutiques. Étant donné que le soleil est moins présent en hiver, il est conseillé de mettre à la disposition des résidents ce type de lampe.

4.9 Art théâtral

Au sein d'un CHSLD Alzheimer, il est recommandé d'offrir des activités d'art théâtral adaptées aux résidents. Deux types d'activités théâtrales peuvent être pratiqués. La première activité est d'offrir des spectacles de théâtre aux résidents. Un partenariat avec une troupe de théâtre amateur ou semi-professionnelle peut être mis sur pied. Selon l'entente établie avec la troupe, les pièces peuvent être jouées directement au CHSLD ou au théâtre. La deuxième activité est de créer une pièce de théâtre interactive où les résidents peuvent participer en leur attribuant un rôle. Par exemple, le groupe *Scripted-IMPROV* a créé une activité théâtrale où les résidents peuvent participer à titres d'acteurs (Scripted-IMPROV, 2018). Ce groupe offre une boîte à outils¹⁴ pour démarrer ce type d'activité dans un CHSLD Alzheimer (Scripted-IMPROV, 2018). Les pièces de théâtre interactives peuvent être animées par le responsable des loisirs, le personnel soignant ou les bénévoles. Lors des activités d'art théâtral, les résidents expriment plus aisément leurs pensées, leurs désirs et leurs sentiments (ANESM, 2018). La participation à ce type d'activité permet également aux résidents de créer un lien privilégié avec le personnel du centre et les autres résidents (Scripted-IMPROV, 2018).

Figure 47 Résidents participant à une pièce de théâtre



(Scripted-IMPROV, 2018)

4.10 Zoothérapie

Au sein d'un CHSLD Alzheimer, il est recommandé d'offrir de la zoothérapie sur une base régulière aux résidents (ANESM, 2018; INESSS, 2018). Cette activité doit être pratiquée périodiquement avec un accompagnateur provenant d'un organisme communautaire ou d'une fondation dédiée à la mission de la zoothérapie. Cette activité doit être réalisée auprès des résidents ayant un intérêt pour les animaux. À titre de rappel, trois autres types de présence animale peuvent également avoir lieu dans un CHSLD Alzheimer : 1) la visite des familles et des proches accompagnés de leur animal de compagnie; 2) la présence permanente d'un animal dans le milieu de vie; 3) la présence permanente d'animaux dans la cour extérieure. La zoothérapie et la présence animale apaisent, rassurent et agrémentent le quotidien des résidents (ANESM, 2018; INESSS, 2018). Elles permettent aussi une diminution significative de leur anxiété et de leur isolement (ANESM, 2018; INESSS, 2018). Plus spécifiquement, la zoothérapie et la présence animale pratiquées

Figure 48 Zoothérapie et présence animale



(Pole bien Être, 2012)

¹⁴ Voici ce que contient la boîte à outils : 1) une formation vidéo de quatre heures animée par des experts dans le domaine des TNCM; 2) un matériel complet comprenant des scénarios écrits, des costumes et des accessoires imprimables; 3) un guide comprenant des activités à réaliser avec les résidents dans les semaines précédant les performances complètes du programme (Scripted-IMPROV, 2018).

sur une base régulière peuvent combler cinq besoins sociaux et émotionnels chez les résidents (ANESM, 2018) :

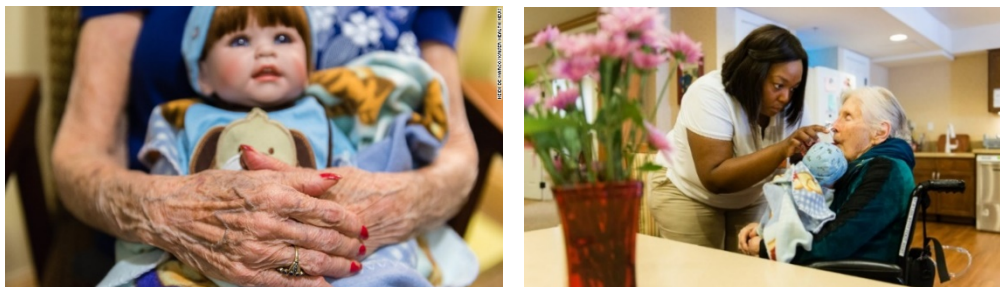
- 1) Rôle social : les animaux permettent de stimuler, d'éveiller les souvenirs et de favoriser la communication chez les résidents.
- 2) Source d'affection : les animaux transmettent une affection réciproque aux résidents. Un lien d'attachement entre le résident et l'animal se crée.
- 3) Source d'apaisement : les animaux favorisent la détente et la tranquillité chez les résidents.
- 4) Source de distraction : les animaux distraient de manière positive les résidents. Interagir avec eux permet aux résidents de diminuer leur ennui.
- 5) Source de valorisation : les résidents se sentent utiles, car ils doivent s'occuper des animaux (leur donner de l'affection, les brosser, les nourrir et etc.).

4.11 Thérapie avec des poupées

Dans un CHSLD Alzheimer, il est recommandé d'offrir aux résidents des activités impliquant des poupées thérapeutiques. L'objectif de cette activité est de donner accès aux résidents à des poupées qu'ils peuvent cajoler. De manière générale, les résidents curieux et intéressés par les poupées vont spontanément prendre soin de celles-ci. Comme avec un vrai bébé, ils auront tendance à vouloir les bercer, les nourrir, les habiller et les promener en poussette. Une pouponnière peut être aménagée dans une des pièces destinées aux résidents. Des couchettes, des chaises berçantes, des vêtements pour bébés et des poussettes peuvent être installés afin de bonifier l'activité des poupées thérapeutiques. Grâce aux mobiliers et aux objets de la pouponnière, les résidents comprendront la fonction de la salle et auront tendance à utiliser davantage le matériel lors de cette activité.

Même si le fait de prendre soin d'un faux bébé peut être considéré comme réducteur et enfantin aux yeux de certaines personnes, cette activité est globalement positive pour les résidents qui la pratiquent (Mitchell, McCormack, & Mccance, 2016; Xiang HG, Yih Xian Ho, Shao Hong Koh, Chuan Tan, & Wuen Chan, 2017). Lors de l'interaction avec les poupées thérapeutiques, les résidents ont tendance à communiquer davantage. Ils parlent de manière plus spontanée avec les personnes qui les entourent (Mitchell et al., 2016; Xiang HG et al., 2017). Certains vont même chanter des comptines aux poupées (Mitchell et al., 2016; Xiang HG et al., 2017). En plus de diminuer le niveau de stress des résidents au quotidien, leur qualité de sommeil se voit améliorée grâce aux poupées (Mitchell et al., 2016). Il est également observé chez les résidents qui apprécient cajoler les poupées une meilleure expérience lors des repas (Mitchell et al., 2016). Ils ont tendance à manger davantage, ce qui augmente leur bien-être général (Mitchell et al., 2016; Xiang HG et al., 2017).

Figure 49 Thérapie avec des poupées



(Gorman, 2016) Crédit Heidi de Marco/Kaiser health news

4.12 Thérapie avec des peluches robotisées

Au sein d'un CHSLD Alzheimer, il est recommandé d'offrir aux résidents des activités impliquant des peluches robotisées. L'objectif de cette activité est de donner accès aux résidents à des peluches interactives qu'ils peuvent cajoler. À titre d'exemple, la peluche robotisée la plus médiatisée chez les aînés atteints de TNCM est *Paro le phoque* (Inno Med, 2018; PARO, 2018). Cette peluche comprend sept moteurs lui permettant de bouger la tête et les nageoires, de cligner des yeux et de remuer la queue lorsqu'une personne la caresse (Inno Med, 2018; PARO, 2018). Elle est également composée de trois micros et d'une douzaine de capteurs détectant le toucher, le positionnement et la lumière (Inno Med, 2018; PARO, 2018). Grâce à des sons enregistrés, *Paro le phoque* peut émettre trois émotions : la joie, la surprise et le mécontentement (Inno Med, 2018; PARO, 2018). Il s'adapte ainsi aux mouvements et à l'intonation de la voix de la personne qui le cajole (Inno Med, 2018; PARO, 2018). Les peluches robotisées sont une excellente alternative à la zoothérapie et la présence animale pour les centres qui ne peuvent pas accueillir d'animaux en raison de problème d'allergie (Wu et al., 2014).

Chez les résidents intéressés par les peluches robotisées, une amélioration considérable au niveau de leur communication et de leur interaction sociale est observée lors de l'activité (Kidd, Taggart, & Turkle, 2006; Robinson, MacDonald, Kerse, & Broadbent, 2013; Wada & Shibata, 2007; Wada, Shibata, & Musha, 2008; Wada, Takasawa, & Shibata, 2013). Les résidents ont tendance à s'ouvrir et à parler davantage. Cette activité diminue également de manière significative le sentiment de solitude et d'ennui que les résidents peuvent vivre au quotidien (Robinson et al., 2013). Enfin, les peluches robotisées permettent de réduire l'anxiété et les troubles de comportement chez les résidents, en plus de diminuer l'utilisation des psychotropes et analgésiques (Kidd et al., 2006; Petersen, Houston, Qin, Tague, & Studley, 2017; Wada & Shibata, 2007; Wada et al., 2008, 2013).

Figure 50 Thérapie avec *Paro le phoque*



(Inno Med, 2018)



(Bemelmans et al. 2015)

4.13 Tableau synthèse des recommandations sur les activités et les loisirs

Tableau 6 Tableau synthèse des recommandations sur les activités et les loisirs au sein d'un CHSLD Alzheimer

Activité/loisir	Recommandation	Exemple et astuce	Bénéfice
1) Activités dirigées	Il est recommandé que les PAB pratiquent individuellement ou en groupe des activités dirigées avec les résidents	- Sélectionner les activités selon les intérêts des résidents - Effectuer un jumelage entre les passions communes des résidents et des PAB - Créer un répertoire des passions des résidents et une liste des activités associées à celles-ci (aide-mémoire aux PAB) - Exemples d'activités dirigées : ✓ Jardinage ✓ Faire un casse-tête ✓ Aller dans la cour extérieure ✓ Peinturer ✓ Discuter	- Favoriser la socialisation et la participation des résidents - Permet au personnel soignant de passer davantage de temps avec les résidents
2) Activités domestiques	Il est recommandé que les résidents puissent participer à leur rythme aux activités domestiques	- Faire participer les résidents aux repas, à l'entretien ménager et à la lessive - Donner accès aux résidents de manière autonome à un : ✓ Balai ✓ Porte-poussière ✓ Plumeau ✓ Panier de vêtements à plier ou à étendre sur une corde à linge - Préparer les repas en compagnie du personnel : ✓ Mettre les couverts sur la table ✓ Couper et laver les légumes ✓ Mélanger les ingrédients	- Stimuler les capacités résiduelles des résidents - Permet aux résidents de se sentir utiles - Briser l'isolement des résidents

3) Alimentation	Il est recommandé que les repas se déroulent dans une ambiance propice aux échanges et à la convivialité entre le personnel et les résidents Il est recommandé de stimuler l'appétit et de favoriser l'autonomie des résidents en offrant des recettes « manger mains » adaptées à leur besoin	- Installer les résidents autour d'une même table - Respecter les résidents qui veulent : ✓ Manger seuls ✓ À des heures différentes - Éviter les bruits dérangeants - Mettre une musique d'ambiance telle que des bruits de la nature - Laisser le temps aux résidents d'apprécier leur repas, ne pas desservir rapidement - Proposer une aide discrète à l'alimentation si nécessaire, ne pas imposer - Orienter les conversations vers les intérêts des résidents - Transformer les recettes pour en faire des bouchées style hors d'œuvre pour que les résidents puissent manger sans ustensile	- Favoriser la socialisation des résidents - Création d'un environnement centré sur les échanges et le plaisir de manger - Stimuler l'appétit des résidents - Augmentation de l'appétit chez les résidents - Maintenir les capacités résiduelles des résidents - Diminution de l'anxiété lors des repas - Augmentation de la concentration et du bien-être général des résidents
4) Activités à visée cognitive	Il est recommandé de mettre en place différentes activités qui stimulent la mémoire des résidents	- Exemples d'activités pour les résidents: ✓ Participer aux activités domestiques ✓ Faire la lecture à voix haute aux résidents ✓ Regarder des photos de famille ✓ Écouter de la musique ✓ Chanter pour et avec les résidents ✓ Animer des groupes de parole adaptés	- Stimuler la mémoire des résidents - Maintenir les capacités résiduelles des résidents - Favoriser la socialisation des résidents
5) Activités à visée motrice	Il est recommandé de mettre en place différentes activités qui aident à maintenir la motricité des résidents	- Exemples d'activités pour les résidents : ✓ Marcher quotidiennement ✓ Danser ✓ Pratiquer des exercices d'étirement adaptés	- Maintenir la motricité, la mobilité et l'équilibre des résidents - Diminution de l'anxiété des résidents

		✓ Franchir des parcours psychomoteur	- Briser l'isolement des résidents - Pour les résidents plus actifs, permet de combler leur besoin de bouger et de déambuler - Améliore la coordination corporelle des résidents
6) Activités artistiques et manuelles	Il est recommandé de mettre en place différentes activités artistiques et manuelles rejoignant les intérêts des résidents	- Aménager un atelier d'art où les résidents pourront pratiquer seuls ou en groupe: ✓ Peinture ✓ Poterie ✓ Coloriage ✓ Collage ✓ Tricot - Aménager un atelier de construction où les résidents pourront pratiquer avec une personne qualifiée : ✓ Réparation d'objets brisés ✓ Construction d'objets avec du bois ✓ Fabrication de mouches à pêche	- Alimenter les passions artistiques et les talents manuels des résidents - Renforcer la concentration des résidents - Augmentation du plaisir des résidents au quotidien
7) Activités socio-esthétiques	Il est recommandé d'aménager un salon de beauté où des activités socio-esthétiques peuvent être pratiquées	- Offrir des soins capillaires - Offrir des soins esthétiques : ✓ Maquillage ✓ Pose de vernis à ongle	- Permet d'offrir une détente aux résidents - Augmentation de l'estime de soi des résidents - Favoriser la socialisation des résidents
8) Activités sensorielles	Il est recommandé de mettre en place quatre types d'activités sensorielles : 1) la musicothérapie; 2)	- Musicothérapie : ✓ Réceptive : écouter de la musique ✓ Active : jouer d'un instrument de musique et chanter	- Musicothérapie : ✓ Diminution de l'anxiété des résidents

	l'aromathérapie; 3) une salle Snoezelen; 4) la luminothérapie	- Aromathérapie : ✓ Installer des diffuseurs d'huiles essentielles dans les corridors, les salles de bain et les salons - Snoezelen : ✓ Création d'une salle où les éléments suivants peuvent être aménagés : des lumières en fibres optiques, des colonnes de bulles, un ciel étoilé au plafond, des projections d'images, des diffuseurs d'huiles essentielles et de la musique douce - Luminothérapie : ✓ Accès à la lumière naturelle ✓ Installer des lampes de luminothérapie pendant la saison hivernale	✓ Création d'une ambiance propice à la communication et à la socialisation ✓ Stimuler les capacités résiduelles des résidents ✓ Alimenter les passions musicales des résidents ✓ Augmentation de l'estime de soi des résidents - Aromathérapie : ✓ Création d'une atmosphère favorable à la relaxation ✓ Amélioration de l'humeur des résidents au quotidien - Snoezelen : ✓ Stimuler les sens des résidents ✓ Augmentation du bien-être général des résidents ✓ Diminution de la douleur chronique chez certains résidents - Luminothérapie : ✓ Équilibre la vitamine D des résidents ✓ Amélioration du sommeil et de l'humeur des résidents
9) Art théâtral	Il est recommandé d'offrir des activités d'art théâtral adaptées aux résidents	- Offrir des spectacles de théâtre aux résidents - Jouer une pièce de théâtre interactive en faisant participer les résidents	- Meilleure communication des pensées, des désirs et des sentiments des résidents lors de l'activité - Création d'un lien privilégié avec le personnel du centre et les autres résidents

10) Zoothérapie	Il est recommandé d'offrir de la zoothérapie sur une base régulière aux résidents	- Réaliser des activités de zoothérapie avec un accompagnateur spécialisé dans le domaine - À titre de rappel, autres types d'activités impliquant une présence animale : ✓ Visite des familles et des proches avec leur animal de compagnie ✓ Présence permanente d'un animal dans le milieu de vie des résidents ✓ Présence permanente d'animaux dans la cour extérieure	- Permet d'apaiser, de rassurer et d'agréments le quotidien des résidents - Diminution significative de l'anxiété et de l'isolement des résidents - Permet aux résidents de combler des besoins sociaux et émotionnels (source d'affection, d'apaisement, de distraction et de valorisation)
11) Thérapie avec des poupées	Il est recommandé d'offrir aux résidents des activités impliquant des poupées thérapeutiques	- Aménager une pouponnière : ✓ Poupées ✓ Couchettes ✓ Chaises berçantes ✓ Vêtements pour bébés ✓ Poussettes	-Augmentation de la socialisation et de la communication chez les résidents - Diminution de l'anxiété des résidents au quotidien - Amélioration du sommeil des résidents - Augmentation de l'appétit des résidents
12) Thérapie avec des peluches robotisées	Il est recommandé d'offrir aux résidents des activités impliquant des peluches robotisées	- Faire l'achat de peluches robotisées	-Augmentation de la socialisation et de la communication chez les résidents - Diminution du sentiment de solitude et d'ennui chez les résidents - Diminution de l'anxiété et de la présence de troubles de comportement chez les résidents

			- Réduction de l'utilisation des psychotropes et des analgésiques chez les résidents
--	--	--	--

5. Recommandations sur les formations et le mentorat clinique

Cette dernière section du guide présentera les recommandations à respecter concernant le programme de formations et de mentorat clinique destinés à un CHSLD Alzheimer. Une brève description de chaque formation sera effectuée, ainsi qu'une présentation de l'ensemble des connaissances développées lors de celle-ci. Par la suite, l'objectif et les activités du mentorat clinique seront décrits. Il est important de mentionner que les formations et le mentorat clinique présentés ici ont été conçus et mis sur pied par Philippe Voyer, spécifiquement pour les employés, les bénévoles et les familles œuvrant au sein d'un CHSLD Alzheimer.

5.1 Formations requises

Au sein d'un CHSLD Alzheimer, il est recommandé que les employés, les bénévoles et les familles soient formés sur les bonnes pratiques destinées aux personnes ayant des TNCM. Avant de présenter les formations recommandées au sein d'un CHSLD Alzheimer, il est important de dresser un portrait des connaissances et des compétences développées lors de ces formations.

Tableau 7 Connaissances développées à la suite des formations

Connaissances	Objectifs d'apprentissage
1) Savoir	1.1 Connaître la mission et la vision d'un CHSLD Alzheimer
	1.2 Comprendre les effets des TNCM sur la personne et ses proches
	1.3 Décrire les différentes approches efficaces dans l'accompagnement d'une personne atteinte de problèmes de mémoire
	1.4 Expliquer l'importance d'une approche familiale dans l'accompagnement VIP des proches
2) Savoir-faire	2.1 Utiliser les approches de base pour accompagner de façon optimale la personne atteinte de problème de mémoire
	2.2 Intégrer les proches aux différentes activités du milieu de vie évolutif
	2.3 Valoriser la présence des proches dans le CHSLD Alzheimer
	2.4 Offrir des soins d'assistance selon des principes scientifiques reconnus
3) Savoir-être	3.1 Démontrer des valeurs humanistes
	3.2 Présenter des comportements adaptés lors de situations difficiles
	3.3 Accueillir les préoccupations et les demandes des proches
	3.4 Être confortable à demander de l'aide et le soutien de ses pairs
	3.5 Accepter les rétroactions permettant son développement
	3.6 Partager ses interventions gagnantes avec ses collègues afin de renforcer les compétences de l'équipe
4) Savoir-agir	4.1 Être capable de s'adapter aux différentes situations inattendues
	4.2 Créer des stratégies selon le contexte particulier d'une situation
	4.3 Innover dans l'accompagnement d'une personne atteinte en raison de son histoire biographique particulière
	4.4 Démontrer les caractéristiques d'une approche centrée sur la personne
	4.5 Cultiver des liens avec les proches

La première formation recommandée s'intitule *La vision d'un centre Alzheimer aux services des aînés et de leurs proches*. L'objectif de cette formation est de décrire la philosophie d'un CHSLD Alzheimer et son impact sur les gestes à poser au quotidien. Il est conseillé que tous les employés, les familles et les bénévoles du centre suivent cette formation. De plus, elle doit être offerte lors de l'arrivée de chaque nouvelle personne dans le centre (nouvel employé, nouveau bénévole et nouvelle famille).

La deuxième formation recommandée s'intitule *Ma contribution à l'œuvre d'un centre Alzheimer*. L'objectif de cette formation est d'expliquer aux employés non-soignants¹⁵ comment ils peuvent contribuer à l'atteinte de la mission du CHSLD Alzheimer en donnant des exemples concrets. La formation permet également de mieux comprendre les TNCM et le vécu des proches au quotidien. Il est conseillé que tous les employés non-soignants suivent cette formation. De plus, elle doit être offerte lors de l'arrivée de chaque nouvel employé non-soignant dans le centre.

La troisième formation recommandée s'intitule *Prendre soin d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer : comment composer avec ses problèmes de mémoire et ses comportements inattendus?* L'objectif de cette formation est l'apprentissage de différentes approches essentielles dans l'accompagnement des personnes atteintes de TNCM et pouvant présenter des comportements manifestant un besoin compromis. La formation permet aussi d'offrir des connaissances de base concernant les effets des problèmes de mémoire sur la personne atteinte. Il est conseillé que tous les employés donnant des soins suivent cette formation. De plus, elle doit être offerte lors de l'arrivée de chaque nouveau soignant dans le centre (préposé(e) aux bénéficiaires et personnel en soins infirmiers).

La quatrième formation recommandée s'intitule *Communiquer avec son proche et maintenir une relation satisfaisante*. L'objectif de cette formation est d'expliquer aux proches les principes gagnants d'une communication efficace afin de maintenir une relation positive avec la personne atteinte de TNCM. Il est conseillé que toutes les familles et les proches du centre suivent cette formation. De plus, elle doit être offerte lors de l'arrivée de chaque nouvelle famille et nouveau proche dans le centre.

La cinquième formation recommandée s'intitule *L'examen clinique sommaire de l'aîné dans le contexte des SCPD*. L'objectif de cette formation est d'acquérir les compétences nécessaires pour reconnaître les situations d'instabilités atypiques chez les personnes atteintes de TNCM. Il est conseillé que tout le personnel infirmier puisse suivre cette formation. De plus, elle doit être offerte lors de l'arrivée de chaque nouvel employé dans l'équipe des soins infirmiers.

5.2 Mentorat clinique requis

À la suite des formations destinées au personnel soignant et infirmier, il est recommandé de leur d'offrir du mentorat clinique dans le centre. L'objectif du mentorat clinique est de poursuivre dans le milieu de vie l'enseignement débuté lors des formations (Voyer, 2014). En fait, un expert clinique se rend dans le CHSLD Alzheimer pour réaliser des activités de coaching sous la forme de modèle d'enseignant, de modèle de rôle et par la supervision directe (Voyer, 2014).

¹⁵ Par exemple : l'employé à la réception, le personnel en cuisine, le personnel de l'entretien ménager et le personnel administratif.

Plusieurs thèmes peuvent être retravaillés sur le terrain avec l'expert clinique : l'approche SCPD, les activités qualité de vie, l'alimentation, l'habillement, les soins d'hygiène, l'aide à la marche, des solutions liées aux problèmes de comportement, etc. Le mentorat clinique permet donc au personnel soignant et infirmier de continuer l'enseignement des bonnes pratiques auprès des personnes atteintes de TNCM, tout en solutionnant la problématique vécue par les résidents ciblés (Voyer, 2014).

6. Conclusion

À titre de conclusion, l'objectif de ce guide est d'outiller les CHSLD existants et les unités de soin existantes à transformer et adapter leur philosophie de soin afin de répondre aux besoins des résidents atteints de TNCM. Ce guide propose différentes pratiques innovantes pour aider les CHSLD et les unités de soin à optimiser leur environnement déjà existant, à offrir des activités de loisirs adaptées et à former le personnel sur les connaissances et les compétences adéquates pour répondre aux besoins d'une clientèle atteinte de TNCM.

Références

- Agronin E., M. (2014). *Alzheimer's Disease and Other Dementias. A Practical Guide* (3e Edition). New-York: Routledge.
- Alessio, V., & Bruno-Thomas, D. (2014). Le repas thérapeutique, un moment de partage. *Soins Gériatrie, 108*(juillet/août), 35–37.
- Alzheimer's Australia. (2004). *Dementia Care and the Built Environment*. Alzheimer's Australia. Living with dementia.
- ANESM. (2018). *Analyse de la littérature nationale et internationale portant sur l'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative (MND) en pôle d'activités de soins adaptés (PASA) et en unité d'hébergement renforcé (UHR)*. France.
- ASSTSAS. (2002). Concevoir et aménager un milieu de vie prothétique fermé. Québec: Collection Parc.
- Auffret, K., & Jacolot, C. (2017). Bénéfices sociaux et thymiques d'un atelier de remédiation cognitive. *Soins Gériatrie, 125*(mai/juin), 23–26.
- Bemelmans, R., Gelderblom, G. J., Jonker, P., & de Witte, L. (2015). Effectiveness of Robot Paro in Intramural Psychogeriatric Care: A Multicenter Quasi-Experimental Study. *Journal of the American Medical Directors Association, 16*(11), 946–950.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.05.007>
- Berge, D., Jacob, C., Mouchotte, S., Por, A., & Rivasseau-Jonveaux, T. (2014). Un jardin comme outil de soins en unité cognitivo-comportementale. *Soins Gériatrie, 108*(Juillet/août), 38–40.
- Berr, C., Tasnime Nassime, Aa., Nourashemi, F., & Andrieu, S. (2007). Épidémiologie des démences. *La Presse Médicale, 36*(2), 1431–1441.
- Boer, B. de, Hamers, J. P. H., Beerens, H., Zwakhalen, S. M. G., Tan, F. E. S., & Verbeek, H. (2015). Living at the farm, innovative nursing home care for people with dementia- study protocol of an observational longitudinal study. *BMC Geriatrics, 15*(144), 1–9.
- Boer, B. de, Hamers, J. P. H., Zwakhalen, S. M. G., Tan, F. E. S., Beerens, H., & Verbeek, H. (2017). Green Care Farms as Innovative Nursing Homes, Promoting Activities and Social Interaction for People With Dementia. *JAMBA, 18*, 40–46.
- Boer, B. de, Hamers, J. P. H., Zwakhalen, S. M. G., Tan, F. E. S., & Verbeek, H. (2017). Quality of care and quality of life of people with dementia living at green care farms: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics, 17*(155), 1–10.
- Bossen, A. (2010). The importance of Getting Back to Nature for People with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing, 36*(2), 17–22.
- Bourzeau, M. (2012). Bain thérapeutique et maladie d'Alzheimer. *Soins Gériatrie, 17*(96), 12–14.
- Boyle, P. A., & Bennett, D. A. (2008). Scope of dementia: epidemiology and public health impact. In *Long-term management of dementia* (pp. 1–24). Londo: Informa Healthcare.
- Brawley, E. (2006). *Design innovations for Aging and Alzheimer's. Creating Caring Environments*. New Jersey: Wiley. John Wiley & Sons, Inc.
- Brawley, E. (2009). Enriching lighting design. *NeuroRehabilitation, 25*, 189–199.
- Brune, K. (2011). Culture Change in Long Term Care Services: Eden-Greenhouse-Aging in the Community. *Educational Gerontology, 37*(6), 506–525.
- Chalfont Design. (2012). Dementia Green Care. Design Guide. Hica: Chalfont Design.
- Chalfont, G., & Walker, A. (2012). Therapeutic Dementia Care: Research and Design. Dementia

- Green Care. Hica: Chalfont Design.
- Chancellor, B., Duncan, A., & Chatterjee, A. (2014). Art Therapy for Alzheimer's Disease and Other Dementias. *Journal of Alzheimer's Disease*, 39, 1–11.
- Chapman, N. J., & Carder, P. C. (2003). Privacy Needs When Visiting a Person With Alzheimer's Disease: Family and Staff Expectations. *The Journal of Applied Gerontology*, 22(4), 506–522. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/0733464803254339>
- Chmielewski, E. (2014). Excellence in Design: Optimal Living Space for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias. Perkins Eastman.
- CSSS Richelieu-Yamaska. (2007). Aménagement Milieu de vie prothétique. Québec.
- Davis, S., Byer, S., Nay, R., & Koch, S. (2009). Guiding design of dementia friendly environments in residential care settings. *Dementia*, 8(2), 185–203. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/1471301209103250>
- De Bruin R., S., Boer, B. de, Beerens, H., Buist, Y., & Verbeek, H. (2017). Rethinking Dementia Care: The Value of Green Care Farming. *JAMDA*, 18, 200–203.
- Demoures, G., & Strubel, D. (2006). *Prise en soin du patient Alzheimer en institution*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Dempsey, L., Murphy, K., Cooney, A., Casey, D., Shea, E., Devane, D., & Hunter, A. (2014). Reminiscence in dementia: A concept analysis. *Dementia*, 13(2), 176–192. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/147130121456277>
- Ecker, E. (2014). Dished: Grind Dining Redefines Menus in Memory Care. Retrieved from <https://seniorhousingnews.com/2014/04/30/dished-grind-dining-redefines-menus-memory-care/>
- Éthier, S. (2005). *L'ABC de la maladie d'Alzheimer. Guide pratique à l'intention des proches*. Canada: Bayard Canada.
- Fleming, R., Goodenough, B., Chenoweth, L., & Brodaty, H. (2016). The relationship between the quality of the built environment and the quality of life of people with dementia in residential care. *Dementia*, 15(4), 663–680. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/1471301214532460>
- Galbraith, B., Larkin, H., Moorhouse, A., & Oomen, T. (2015). Intergenerational Programs for Persons With Dementia: A Scoping Review. *Journal of Gerontological Social Work*, 58(4), 357–378.
- Genest, C. (2011). *Répondre aux besoins de la personne âgée atteinte de démence en centre de jour: exploration des approches*. Université Laval.
- Godart, M.-C., Marin, C., & Fabbro, J. (2017). Le “manger mains” en unité d'hébergement renforcée. *Soins Gériatrie*, 125(mai/juin), 32–34.
- Gorman, A. (2016). The dementia therapy that can be cradled in your arms. Retrieved October 3, 2019, from <https://www.cnn.com/2016/10/06/health/dolls-dementia/index.html>
- Grind Dining. (2018). Grind Dining. Retrieved from <http://www.grinddining.com/>
- Grisé, J. (2010). *Communiquer avec une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé*. Canada: Presses de l'Université Laval.
- Hassink, J., De Bruin R., S., Berget, B., & Elings, M. (2017). Exploring the Role of Farm Animals in Providing Care at Care farms. *Animals*, 7(45), 1–20.
- Hermabessière, S., Barro-Belaygues, N., Rolland, Y., & Vellas, B. (2010). Les troubles de la marche et les chutes chez les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer. *Soins Gériatrie*, 83(mai/juin), 33–36.
- Hughes C., J., Lloyd-Williams, M., & Sachs A., G. (2010). *Supportive Care for the Person with Dementia*. Oxford: Oxford. Supportive Care.

- Humanitae. (2019). Humanitae- Inauguration. Retrieved August 6, 2019, from <https://lesfestifs.com/evenements/humanitae-inauguration/>
- Hurley, D. (2012). 'Village of the Demented' Draws Praise as New Care Model. *Neurology Today*, 12(10), 12–13. <https://doi.org/10.1097/01.NT.0000415043.24031.9c>
- INESSS. (2018). *Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie. État des connaissances*. Québec.
- Inno Med. (2018). Phoque PARO. Retrieved from <http://www.phoque-paro.fr/>
- Jenkins, C. (2013). Reflections on a visit to a dementia care village. *Nursing Older People*, 25(6), 14–19. <https://doi.org/10.1525/as.1997.37.6.01p0253u>
- Jonveaux, T., & Fescharek, R. (2009). Jardins et maladie d'Alzheimer: dimensions sociale et thérapeutique. 11e colloque scientifique de la SNHF.
- Khosravi, M. (1995). *La vie quotidienne du malade d'Alzheimer. Guide pratique*. France: Doin Éditeurs.
- Kidd, C., Taggart, W., & Turkle, S. (2006). A sociable robot to encourage social interaction among the elderly. In *Proceedings of International Conference on Robotics and Automation* (pp. 3972–3976).
- Kovacs, S. (2012). Alzheimer: un village où les malades ont la paix. Retrieved December 29, 2017, from <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/09/20/19102-alzheimer-village-malades-ont-paix>
- Lalande, G., & Leclerc, G. (2004). *L'approche Carpe Diem et l'approche prothétique élargie: une étude descriptive et comparative*. Sherbrooke: Centre de recherche sur le vieillissement.
- Lallemant, C. (2015). Hogewey, le village hollandais où tous les habitants sont déments. Retrieved December 28, 2017, from <http://www.levif.be/actualite/international/hogewey-le-village-hollandais-ou-tous-les-habitants-sont-déments/article-normal-366031.html>
- Larson, E., Shadlen, M., Wang, L., McCormick, W., Bowen, J., Teri, L., & Kukull, W. (2004). Survival after initial diagnosis of Alzheimer disease. *Ann Intern Med*, 140, 501–509.
- Laurin, P. (2009). Maladie d'Alzheimer et création. *Perspectives Psy*, 48(3), 229–236.
- Ledger J., A., & Baker A., F. (2007). An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's Disease. *Aging & Mental Health*, 11(3), 330–338.
- Malerba, G., Pop, A., Rivasseau-Jonveaux, T., Mouchotte, S., Fabbro, J., N'Guyen, A., ... Quilliot, D. (2015). Nourrir un patient atteint de troubles neurocognitifs à l'hôpital et à domicile ? Le manger-mains: aspects pratiques. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 29, 197–201.
- Mitchell, G., McCormack, B., & Mccance, T. (2016). Therapeutic use of dolls for people living with dementia: A critical review of the literature. *Dementia*, 15(5), 976–101.
- Muller, C., & Gillet, M. (2015). Maladie d'Alzheimer: stratégies de communications et d'interventions. Une approche sans mots. *Kinesither Rev*, 15(159), 65–69.
- Paris Match. (2015). Libres dans le village Alzheimer. Retrieved December 28, 2017, from <http://www.parismatch.com/Actu/Sante/Hogewey-au-Pays-Bas-Libres-dans-le-village-Alzheimer-827993>
- PARO. (2018). Therapeutic Robot. Retrieved from <http://www.parorobots.com/>
- Petersen, S., Houston, S., Qin, H., Tague, C., & Studley, J. (2017). The Utilization of Robotic Pets in Dementia Care. *Journal of Alzheimer's Disease*, 55(2), 569–574. <https://doi.org/10.3233/JAD-160703>
- Pole Bien Etre. (2012). La zoothérapie, petits miracles et bonheurs du quotidien! Retrieved October 3, 2019, from <http://www.vbloisy.fr/2012/la-zoothérapie-petits-miracles-et->

- bonheurs-du-quotidien/
- Quibel, C., Bonin, M., Gaimard, M., Mourey, F., Moesch, I., & Ancet, P. (2017). Évaluation de l'effet thérapeutique de la médiation animale dans la maladie d'Alzheimer. *Soins Gériatrie*, 125(mai/juin), 35–38.
- Rabig, J., Thomas, W., Kane, R. A., Cutler, L. J., & McAlilly, S. (2006). Radical Redesign of Nursing Homes: Applying the Green House Concept in Tupelo, Mississippi. *The Gerontologist*, 46(4), 533–539.
- Reid, D., Ryan, T., & Enderby, P. (2001). What Does it Mean to Listen to People with Dementia? *Disability & Society*, 16(3), 377–392. <https://doi.org/10.1080/09687590120045941>
- Reisberg, B., Ferris, S. H., De Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136–1139.
- Retraite plus. (2019). Détente, relaxation, stimulation: les bienfaits de l'espace Snoezelen en maison de retraite. Retrieved September 21, 2019, from <https://blog-maison-de-retraite.retraiteplus.fr/newsletter/detente-relaxation-stimulation-les-bienfaits-espace-snoezelen-maison-retraite>
- Robinson, H., MacDonald, B., Kerse, N., & Broadbent, E. (2013). The Psychosocial Effects of a Companion Robot: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 661–667. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.02.007>
- Scripted-IMPROV. (2018). Scripted-IMPROV: An evidence-based Drama Club experience. Retrieved from <http://scriptedimprov.com/>
- Selmès, J. (2011). *La maladie d'Alzheimer. Accompagnez votre proche au quotidien*. Paris: John Libbey. Eurotext.
- Sherman, B. (1999). *Dementia with dignity. A guide for carers*. Australia: McGraw-Hill Companies.
- Smit, D., Lange, J. DE, Willemse, B., & Pot, A. M. (2012). The relationship between small-scale care and activity involvement of residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(5), 722–732. Retrieved from <https://doi.org/10.1017/S1041610211002377>
- Smit, D., Dineke, Lange, J. DE, Willemse, B., Twisk, J., & Pot, A. M. (2016). Activity involvement and quality of life of people at different stages of dementia in long term care facilities. *Aging & Mental Health*, 20(1), 100–109. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1049116>
- Société Alzheimer. (2016a). Au jour le jour- Les repas. Retrieved May 10, 2019, from https://alzheimer.ca/sites/default/files/2017-11/Day_To_Day_Meal_Times_f.pdf
- Société Alzheimer. (2016b). Au jour le jour- Soins d'hygiène personnelle. Retrieved May 10, 2019, from https://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/brochures-day-to-day/day_to_day_personal_care_f.pdf
- Société Alzheimer. (2016c). Conduire un véhicule. Retrieved May 10, 2019, from https://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/brochures-conversations/conversations_conduire.pdf
- Société Alzheimer. (2016d). Évolution- stade léger. Retrieved May 10, 2019, from https://alzheimer.ca/sites/default/files/%5Baboutme%3Adirectory%5D/evolution_stade-leger.pdf
- Société Alzheimer. (2016e). Évolution stade avancé. Retrieved May 10, 2019, from <https://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/progression-series/ps300-4f-2018-stade-avance-final-md.pdf>
- Société Alzheimer. (2016f). Évolution stade modéré. Retrieved May 10, 2019, from https://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/progression-series/evolution_stade-

modere.pdf

- Steenwinkel, I. Van, Dierckx de Casterlé, B., & Heylighen, A. (2017). How architectural design affords experiences of freedom in residential care for older people. *Journal of Aging Studies*, 41(May), 84–92. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.05.001>
- Swine, C., Schoevaerds, D., & Choteau, B. (2009). Fin de vie du patient atteint de démence. *Gérontologie et Société*, 32(128–129), 243–255.
- Tatar, M. (2019). Music program helps Alzheimer's, dementia patients at Harmar Place. Retrieved September 16, 2019, from <https://www.wtap.com/content/news/Music-program-helps-Alzheimers-dementia-patients-at-Harmar-Place-506397771.html>
- Tromeur, É. (2014). Musicothérapie réceptive et maladie d'Alzheimer. *Soins Gérontologie*, 107(mai/juin), 16–18.
- Tufford, F., Lowndes, R., Struthers, J., & Chivers, S. (2018). “‘Call Security’: Locks, Risk, Privacy and Autonomy in Long-term Residential Care.” *Ageing Int*, 43, 34–52. <https://doi.org/10.1007/s12126-017-9289-3>
- Van der Roest, H., Meiland, F. J. M., Maroccini, R., Comijs, H. C., Jonker, C., & Droes, R.-M. (2007). Subjective needs of people with dementia : a review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 19(3), 559–592. <https://doi.org/10.1017/S1041610206004716>
- Vanderheyden, J.-É., & Kennes, B. (2009). *La prise en charge des démences. Approche transdisciplinaire du patient et de sa famille*. Bruxelles: de boeck.
- Voyer, P. (2014). *Les mentors du CEVQ pour une intégration clinique efficace des nouvelles compétences sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Québec. Retrieved from https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/guide_mentorat_msss_2014.pdf
- Wada, K., & Shibata, T. (2007). Living with seal robots, its sociopsychological and physiological influences on the elderly at a care house. *IEEE Trans Robot*, 23, 972–980.
- Wada, K., Shibata, T., & Musha, T. (2008). Robot therapy for elders affected by dementia. *IEEE Eng Med Biol Mag*, 27, 53–60.
- Wada, K., Takasawa, Y., & Shibata, T. (2013). Robot therapy at facilities for the elderly in Kanagawa prefecture: a report on the experimental result of the first week. *RO-MAN IEEE*, 757–761.
- Weber, N. (2017). Ils ont recréé les portes des anciennes demeures de ces patients atteints d'Alzheimer afin de lutter contre l'uniformisation des lieux de vie dans les hospices. Retrieved January 7, 2018, from <https://www.demotivateur.fr/article/pour-que-les-patients-atteints-de-la-maladie-d-alzheimer-se-sentent-plus-chez-eux-ils-ont-recree-les-portes-de-leurs-anciennes-demeures-9336>
- White-Chu, E. F., Graves, W. J., Godfrey, S. M., Bonner, A., & Sloane, P. (2009). Beyond the Medical Model: The Culture Change Revolution in Long-Term Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(6), 370–378. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.04.004>
- White Oak Cottages. (2018). White Oak Cottage look and feel like homes-because that is exactly what they are. Retrieved May 24, 2019, from <http://whiteoakcottages.com/>
- Willow Lodge. (2018). Willow Lodge, welcomes you! Retrieved May 13, 2019, from <http://www.willowlodge.ca/>
- Wu, Y. H., Pino, M., Boesflug, S., de Sant'Anna, M., Legouverneur, G., Cristancho, V., ... Rigaud, A. S. (2014). Robots émotionnels pour les personnes souffrant de maladie d'Alzheimer en institution. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Geriatrie*, 14(82), 194–200. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2014.01.005>

Xiang HG, Q., Yih Xian Ho, C., Shao Hong Koh, S., Chuan Tan, W., & Wuen Chan, H. (2017). Doll therapy for dementia sufferers: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 26, 42–46.