

L'environnement physique et psychosocial : les facteurs à considérer dans les unités de soins spécialisés

Par Judith Cohen, B.Sc.N., M.N.

Le comportement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est grandement influencé par leur environnement.¹ Ce principe permet de croire que plus la capacité d'une personne est diminuée, plus son environnement influence ses comportements. Ainsi, le fait d'améliorer l'environnement peut avoir des effets favorables sur les comportements et sur le bien-être psychologique de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et dont la capacité est diminuée.^{2,3} L'environnement inclut les éléments suivants : caractéristiques physiques des lieux, facteurs sociaux et ambiance. Un environnement bien organisé peut contribuer à diminuer le stress, l'agitation, l'incontinence, l'errance et les cris. À l'opposé, un environnement mal géré peut déclencher des crises d'agitation et contribuer à la désorientation des patients.⁴

L'échelle d'évaluation de l'environnement thérapeutique (*Therapeutic Environment Screening Scale* [TESS]) est une échelle en 12 points qui permet d'évaluer si un environnement donné convient à des résidents souffrant de démence. Sloan et Matthew ont utilisé cet instrument au cours d'une étude visant à comparer des unités de soins spécialisées pour les personnes atteintes de démence avec des unités de soins traditionnelles dans des centres d'hébergement.⁵ Pour évaluer l'environnement des patients, le TESS mesure les paramètres suivants : élimination des stimuli nuisibles, amélioration de l'humeur et de l'image de soi, importance accordée à la sécurité, lieu favorable aux activités privées et sociales, accès à l'extérieur.

Une fois qu'on a évalué l'environnement, les mesures prothétiques devraient être implantées. Au Québec, pour décrire un tel environnement destiné à des personnes atteintes de démence, on utilise le terme «unité prothétique». On peut en effet dire qu'un environnement favorable contient les éléments qui jouent le rôle de «prothèses» pour pallier aux déficiences, pour préserver la capacité fonctionnelle résiduelle et pour prévenir ou diminuer les comportements perturbateurs ou dysfonctionnels. Pour qu'on retrouve ces aides prothétiques, la conception de l'environnement doit être guidée par cinq grands principes.^{6,7,8} L'environnement physique doit :

1. être clair et bien structuré;
2. être stable et familier;
3. orienter les comportements;
4. stimuler la mémoire;
5. favoriser l'orientation à la réalité.

Nous vous proposons des exemples pour illustrer quelques moyens pour réussir à créer un environnement favorable :

Madame Cohen est infirmière clinicienne, Hôpital Ste-Anne, Ste-Anne-de-Bellevue, Québec.

Dispositifs d'orientation visuels, par exemple, des flèches, des pictogrammes et l'utilisation de codes couleur, peuvent aider les résidents à trouver leur chambre, les toilettes, la salle à manger et les aires d'activités (les tables et les chaises peuvent servir de points de repère, par exemple).

Décoration et emplacement. Les pièces doivent être situées et décorées de manière à favoriser la concentration des patients sur la tâche à exécuter (p. ex., l'aire des repas doit ressembler à une salle à manger; de même, les aires réservées aux activités sociales et aux visites des proches doivent être séparées, distinctes et bien définies).

Ambiance familière. En créant un décor semblable à celui d'une résidence privée et en utilisant du mobilier non institutionnel, on peut créer une ambiance familière pour les patients.

Divers éléments doivent être utilisés pour favoriser l'orientation à la réalité (horloge, calendrier, décorations selon les saisons de l'année, babillard).

Éclairage. Les systèmes d'éclairage doivent être efficaces et doivent pouvoir être réglés à diverses intensités pour faciliter la perception de l'information visuelle.

Espaces privés et espaces communautaires. Les lieux doivent être divisés de façon à ce que les résidents aient le choix entre la socialisation et l'intimité.

Sécurité. Des mesures de sécurité doivent être appliquées pour prévenir les accidents et réduire les risques liés à l'errance (p. ex. main-courante le long des murs, revêtement de sol antidérapant, etc.).

Objets personnels. Les objets personnels doivent être placés dans la chambre du patient ou dans son lieu de séjour (p. ex. le couvre-lit, les photos, etc.).

Accès à des aires extérieures protégées. Les résidents devraient pouvoir poursuivre des activités et des loisirs à l'extérieur.

Facteurs environnementaux. Le personnel doit accorder une importance particulière aux facteurs environnementaux qui favorisent l'autonomie fonctionnelle et à ceux qui déclenchent des comportements dysfonctionnels; le personnel doit aussi prendre les mesures simples utiles (p. ex., placer une chaise à côté du lavabo à l'intention des résidents physiquement diminués; enlever les miroirs qui sont une cause de troubles de comportement dans le cas de résidents qui ne se reconnaissent pas; laisser une seule assiette sur le plateau-repas lorsqu'un trop grand nombre de plats sont une cause de confusion).

Éliminer ou diminuer les stimuli qui peuvent être nuisibles, p. ex. les odeurs puissantes, l'entassement, un niveau de bruit élevé (téléviseur, radio, téléphone ou cris).

Veiller à ce que chaque résident ait un territoire personnel adéquat pour éviter l'effet d'entassement, particulièrement dans les douches et les toilettes.

L'environnement prothétique psychosocial

L'environnement psychosocial se dit de l'ambiance créée par les interactions quotidiennes que vivent les résidents. Au cours d'une journée, un résident peut interagir avec les personnes suivantes : d'autres résidents, les infirmières et les préposés, les membres de l'équipe multidisciplinaire, le personnel d'entretien ménager, les proches des patients et les visiteurs. La qualité des interactions interpersonnelles d'un résident déterminera la qualité de son environnement psychosocial. Lorsqu'on évalue l'environnement psychosocial, on doit tenir compte des attitudes, des comportements et des croyances des personnes qui travaillent dans cet environnement, de leur aptitude à travailler en équipe pour dispenser des soins de qualité, de leur ton de voix, de leur façon de démontrer de l'empathie, de la chaleur et du respect.

Un des facteurs importants pour créer un environnement psychosocial favorable est de préserver la stabilité du personnel. C'est le meilleur moyen pour que le personnel connaisse bien les résidents et vice-versa.

L'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) recommande deux critères préalables pour embaucher le personnel pour ces unités.⁸ Le premier, c'est que les travailleurs doivent avoir une connaissance théorique des difficultés de communication qu'éprouvent les personnes qui souffrent de démence ainsi qu'une connaissance pratique des techniques spécialisées que l'on utilise pour communiquer de façon optimale avec ces personnes. La deuxième condition préalable exige que les travailleurs aient reçu une formation en matière d'approche individualisée des patients. Cette dernière vise à promouvoir le potentiel de fonctionnement maximal dans le cas de chaque résident, sans déclencher de la frustration ni de l'agitation en ayant des exigences trop élevées compte tenu de la capacité du patient.

Nous décrivons ci-dessous les modifications de l'environnement physique et psychosocial réalisées à l'Hôpital Ste-Anne, à Ste-Anne-de-Bellevue, Québec, dans le but de créer un milieu de vie sur deux unités prothétiques. Ces modifications ont eu lieu en gardant en perspective les orientations proposées dans la littérature sur ce sujet ainsi que les standards de devis environnementaux. Les conséquences de ces changements sur les résidents, les familles et le personnel sont présentées.

L'expérience à l'Hôpital Ste-Anne

C'est au cours des années 1960 que le concept d'unités de soins fermées a été adopté dans les centres de soins de longue durée, à cause des problèmes d'errance et de fugue chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.⁹ Ces unités de soins fermées semblaient permettre de réduire le recours aux contraintes physiques et pharmacologiques tout en laissant aux résidents la liberté de se promener en toute sécurité. On a cependant vite constaté qu'un tel environnement (conçu pour des personnes souffrant d'apraxie, d'agnosie, d'aphasie et d'hémianopsie) exigeait une planification plus soignée.

Jusqu'au mois de juin 1991, les unités de soins 4A et 4B à l'Hôpital Ste-Anne hébergeaient chacune 32 patients. Pour pouvoir sortir de ces unités de soins fermées, il fallait composer un code spécial; dans ces unités, on traitait beaucoup de patients errants atteints de démence de type Alzheimer. Mais cette population de patients comptait non seulement des patients atteints de la maladie d'Alzheimer mais d'autres catégories de

patients atteints de diverses psychopathologies (retard mental, schizophrénie). Divers facteurs, notamment la surpopulation, la surstimulation, un niveau de bruit élevé, un mélange inapproprié des types de patients, et enfin un personnel n'ayant pas reçu la formation appropriée, créaient un environnement chaotique. La situation s'est détériorée au cours des années, à telle enseigne qu'elle a entraîné l'épuisement du personnel, de nombreux accidents de travail, le mécontentement des familles qui ne cessaient de loger des plaintes auprès de l'Ombudsman de l'Hôpital.

Les événements et les facteurs qui ont été à l'origine de la création et de l'évolution des unités 4A et 4B en deux unités prothétiques ont été les suivants : 1) on a modifié le rapport patients/employé et diminué le nombre de lits de 32 à 22; 2) on a déterminé des critères d'admission précis et appliqué des politiques sur le transfert des patients; 3) on a aussi déterminé des critères précis de sélection du personnel pour combler les postes de ces unités; 4) on a élaboré des programmes d'information et de formation, spécialement conçus pour le personnel de ces unités; 5) après une planification rigoureuse, on a modifié l'environnement physique de ces unités.

Un comité multidisciplinaire avait été créé pour étudier la littérature et pour adapter les modifications recommandées à l'architecture de l'hôpital. Les membres de ce comité ont tout choisi : les couleurs, le mobilier, les dispositifs favorisant l'orientation et le cheminement des patients, jusqu'à la création des aires pour les différentes activités. On trouve au service d'Éducation en soins infirmiers de l'Hôpital Ste-Anne une cassette vidéo décrivant de façon détaillée les changements apportés à l'environnement physique. On peut également obtenir l'information suivante : les critères d'admission, les politiques de transfert, les critères de sélection du personnel et les mesures de sensibilisation et de formation du personnel.

Les effets favorables sur les résidents, les familles et le personnel ont été observés immédiatement. Le fait d'accroître l'espace personnel accordé à chaque résident a diminué de façon significative la fréquence des comportements agressifs, des réactions catastrophiques et des blessures. Pour ce faire, on avait diminué le nombre de lits, ce qui du même coup réduisait le nombre de personnes partageant les douches et les toilettes. De même, les résidents se sont mis à participer davantage aux activités récréatives en petits groupes organisées dans les aires conçues à cette fin. Quant au personnel, on a pu constater qu'il dispensait des soins infirmiers répondant de façon plus précise aux besoins de chaque patient, et les membres du personnel ont affirmé que l'ambiance générale était nettement meilleure. Quant aux proches des patients, ils ont affirmé que la communication était meilleure et ils se sont impliqués davantage.

Une équipe spécialisée pour améliorer l'environnement

En 1995, on a créé une équipe spécialisée pour améliorer l'environnement (en même temps qu'on créait trois autres équipes : soutien aux familles, activités socio-récréatives, approche individuelle) pour créer un milieu de vie dans les unités prothétiques. Les membres de cette équipe (composée d'une infirmière et d'un préposé provenant de chaque unité) se réunissaient une fois par mois pour discuter de différents aspects de l'environnement.

But : créer un environnement adapté le mieux possible aux besoins des résidents atteints d'une démence irréversible.

Objectifs généraux et objectifs spécifiques :

- assurer que l'errance et la fugue soient le plus sécuritaires possible;
- assurer la conformité aux normes de sécurité pour réduire les risques de chutes et d'accidents;
- diminuer l'agitation et les comportements agressifs des résidents en diminuant les stimuli et en maîtrisant les facteurs déclenchants;
- diminuer l'anxiété et la frustration chez les résidents en créant un environnement calme, stable et familier;
- créer un environnement représentatif, ressemblant davantage à un environnement familial qu'à un hôpital, axé sur la famille;
- promouvoir la socialisation en planifiant le décor des aires réservées aux activités sociales;
- favoriser la réminiscence en plaçant dans l'environnement immédiat du patient des objets familiers;
- organiser l'espace de telle façon que chaque résident ait accès à un lieu privé et à des aires communautaires.

Réalisations et leçons à tirer

Nous décrivons quelques exemples seulement des nombreuses réalisations accomplies :

1. La salle familiale, au décor attrayant, laisse maintenant plus d'espace pour que les familles se rencontrent dans l'intimité.
2. Les proches des patients apportent maintenant des objets familiers que le résident peut garder à sa portée, ce qui favorise la mémoire à long terme (p. ex. un album de photos offre un sujet en or pour amorcer la conversation; une courtepointe ou un couvre-lit peut aider le résident à retrouver son lit).
3. Une chaîne audio diffuse maintenant une musique reposante pendant la soirée ou encore de la musique de danse lors des "parties".
4. L'aire des repas, qui recrée une ambiance familiale, favorise davantage les occasions de socialiser à l'heure des repas et encourage les patients à s'alimenter seul.
5. Le projet jardinage permet aux résidents de prendre des marches à l'extérieur.

La plupart de ces changements sont attribués au système "essai et erreur" :

1. Nous avons retiré des miroirs dans les corridors parce que certains résidents ne reconnaissaient pas leur propre image.
2. Nous avons essayé de camoufler la porte de la sortie d'urgence, parce que certains résidents ne cessaient de frapper la barre de cette porte. Le camouflage (un papier peint recréant l'image d'une forêt) a contribué à mettre fin à ce comportement, mais par contre d'autres résidents se

sont mis à uriner sur les «arbres» du mur. Depuis, nous avons enlevé ce papier peint et il a été suggéré de le placer derrière les toilettes.

Ces interventions confirment que de simples modifications apportées à l'environnement peuvent modifier les comportements. À l'Hôpital Ste-Anne, nous avons autant appris des échecs que des succès :

1. Certains dispositifs d'orientation se sont révélés peu utiles pour de nombreux résidents. Par exemple, sur le sol du corridor d'une unité, on avait peint une ligne rouge avec des flèches menant jusqu'aux toilettes et aux douches. Au lieu d'aider les patients à trouver leur chemin, cette ligne modifiait la perception de profondeur chez certains.
2. La salle des quatre saisons visant à aider les résidents à reconnaître les changements de saison était à peine utilisée. Les résidents préféraient se réunir autour du poste d'infirmières, là où il y a le plus d'action. Nous avons donc transformé la salle des quatre saisons en une autre chambre, ce qui a libéré de l'espace dans le dortoir pour y installer une plus grande aire de repas. Un mur de plexiglass empêche les résidents d'avoir accès aux dossiers, à l'ordinateur et aux fournitures de bureau, tout en laissant une pleine interaction avec le personnel.

Conclusion

Il est probable que les dispositifs d'orientation et le «salon des quatre saisons» conviendraient davantage à des personnes au stade plus précoce de la maladie d'Alzheimer. La difficulté tient donc à adapter les caractéristiques de l'environnement à la détérioration progressive de la capacité fonctionnelle du résident. C'est pourquoi l'équipe doit être composée de personnes capables de souplesse, d'imagination et désireuses d'apprendre.

Nous espérons qu'en partageant avec d'autres établissements de soins de longue durée en gériatrie les succès et les échecs vécus à l'Hôpital Ste-Anne, nous contribuerons à améliorer la planification d'autres unités prothétiques. Une équipe spécialisée qui prend le temps de réfléchir aux questions liées à l'environnement constitue un atout important, quel que soit le milieu.

Pour créer un environnement social de qualité, le secret est de doter ces unités de soins d'un personnel hautement compétent, et stable, qui connaît bien les patients. À l'Hôpital Ste-Anne, les problèmes surviennent dans ces unités pendant les périodes de manque d'effectifs (congés, maladie), lorsque le personnel régulier devrait être remplacé. Pendant ces périodes, on doit choisir le personnel de remplacement à partir d'une liste permanente de personnel présélectionné. Ce qui importe avant tout, c'est la qualité du personnel embauché pour combler les postes de ces unités, parce que ce sont leurs compétences professionnelles, leur formation et leur "coeur" qui créent la dynamique psychologique et sociale dans le monde du résident.

Références

1. Lawton MP: Competence, environmental stress and the adaptation of older people. Dans "Aging and the Environment". Lawton MP, Windley P, Byerts T (éd.), New York, Springer; 1992.
2. Nelson MN and Paluck RJ: Territorial marking, self concepts and mental status of the institutionalized elderly. *Gerontologist* 1980; 20(1):96-8.
3. Namazi KH et coll.: Environmental modifications in a specially designed unit for the care of patients with Alzheimer's disease: an overview and introduction. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*. Nov/Dec 1991:3-9.
4. Brawley E: Alzheimer's disease: designing the physical environment. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*. Jan/Feb 1992; 38.
5. Sloan PD, Mathew LJ: The therapeutic environment screening scale: an observational screening instrument to assess the quality of nursing home environments for residents with dementia. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*. Nov/Dec 1990; 22-6.
6. Association des hôpitaux du Québec: Les comportements dysfonctionnels et perturbateurs chez la personne âgée: de la réflexion à l'action: Approche prothétique élargie. Bibliothèque Nationale du Québec. ISBN 2-89447-101-7 1998.
7. Pinet C, Piard I: Briser la dépendance en jouant avec l'espace. *Nurs Que*. 1986 Jan-Feb; 6(1):25-9.
8. Lindsley OR: Geriatric behavioural prosthetics in: Kastenbaum R: "New Thoughts on Old Age". New York, Springer 1996.
9. Ducros-Gagné M: L'approche prothétique: une mesure d'aide spécifique à la clientèle âgée. dans: Lévesque L., Marot O: Un défi simplement humain. Éditions du renouveau pédagogique. Montréal, Québec 1988.