

# Le programme d'activités socio-récréatives : partie intégrante d'un milieu thérapeutique

par Judith Cohen, B.Sc.N., MN

Dans le cadre des soins prodigués aux personnes atteintes de démence, il est important d'offrir un programme structuré et prévisible, qui puisse s'intégrer au déroulement de la journée des résidents, tout en tenant compte du degré d'énergie dont ils disposent pour s'adonner à des activités qui soient significatives pour eux. Selon Taft et coll., les objectifs d'un programme d'activités structurées doivent inclure la validation des rôles passés, un emploi du temps constructif, des interactions sociales, une activité physique et la stimulation des fonctions cognitives.<sup>1</sup> Les programmes conçus pour atteindre ces objectifs se composent d'une gamme infinie d'activités dont on retrouve la description dans des publications sur les programmes d'activités thérapeutiques adaptés aux besoins des patients atteints de démence. Hellen et Zgola sont deux auteurs de tels ouvrages.<sup>2,3</sup>

*Une étude de Buettner et coll. confirme que les activités physiques amènent une amélioration des indices de force physique et de souplesse. Non seulement ces indices se sont-ils significativement améliorés après quatre semaines seulement de traitement, mais lorsque les activités sensorimotrices actives se terminaient, on notait un déclin marqué des indices.*

## L'instauration d'un programme d'activités

Il est plus ou moins utile d'instaurer un programme d'activités si le personnel ne sait pas de quelle façon favoriser la participation active des résidents. Le défi consiste donc à choisir des activités qui puissent s'ajuster aux besoins, aux aptitudes et aux intérêts des résidents. Si l'on veut aider ces derniers à maintenir un degré optimal de fonctionnement et éviter l'échec, il faut d'abord procéder à une évaluation des forces et des compétences de chacun.<sup>4</sup>

Mme Cohen est infirmière-clinicienne en psychogériatrie, Hôpital Ste-Anne, Ste-Anne-de-Bellevue, Québec.

Le programme d'activités doit être individualisé. La formation des groupes requiert une sélection soigneuse si l'on veut réduire les risques de conflits et favoriser une atmosphère de convivialité. La taille des groupes dépend de la tolérance des résidents aux stimuli environnementaux et de leur capacité d'interagir socialement. La taille idéale des groupes varie aussi selon l'activité, mais en général, on ne devrait pas excéder 12 à 15 personnes dans un groupe de personnes fonctionnelles et 6 à 8 personnes dans un groupe de patients plus ou moins fonctionnels.

Dans une synthèse de la littérature réalisée par Pulsford<sup>5</sup>, on présente les résultats des recherches qui ont porté sur l'efficacité et l'utilité des activités thérapeutiques chez des personnes atteintes de démence. Selon cette synthèse, les bienfaits des activités thérapeutiques, soit l'amélioration de l'état de santé mentale ou l'arrêt de son déclin, se sont accompagnés d'une amélioration de la qualité de vie des résidents et ont motivé davantage le personnel. Pour Pulsford, cependant, le problème fondamental de ce type de recherche est de trouver des moyens adéquats de mesurer les résultats. Tous les chercheurs font face à cette difficulté, soit de demander directement à des personnes gravement atteintes de démence leurs commentaires subjectifs ou de leur demander de répondre à des questionnaires standardisés, ce qui est habituellement impossible. Il faut donc, par déduction, mesurer leur appréciation ou les gains personnels qu'elles tirent d'une activité, à partir d'autres types de données. Certaines études de moindre envergure, comme l'étude présentée par Turner, font état de gains modestes sur le plan fonctionnel à la suite d'activités sociales ou de divertissements.<sup>6</sup>

## Une étude confirme les avantages de l'activité thérapeutique

Les résultats d'une étude effectuée par Buettner et coll. indiquent clairement une amélioration des indices de force physique et de souplesse après la pratique d'activités physiques.<sup>7</sup>

Non seulement ces indices se sont-ils significativement améliorés après quatre semaines seulement de traitement, mais lorsque les activités sensorimotrices prenaient fin, on notait un déclin marqué des indices. L'étude démontre également des réductions significatives de l'agitation durant et après les activités récréatives thérapeutiques. Les résultats de cette étude ont d'importantes ramifications. Nous disposons donc désormais de solutions de rechange valides aux interventions plus courantes utilisées pour maîtriser l'agitation (c.-à-d., psychotropes et contentions).

Les cliniciens estiment que l'ennui dû à l'inactivité socio-récréative contribue au comportement déplacé et perturbateur des résidents, ce qui a été confirmé par Cohen-Mansfield et coll.<sup>8</sup> Selon leur étude sur l'emploi du temps des résidents des centres d'hébergement atteints de démence, ces derniers passent 63 % de la journée à ne rien faire.

Cette même étude mentionne également que c'est durant cette période d'oisiveté que l'on observe la majeure partie des problèmes comportementaux. Aronson et coll. ont pour leur part découvert que les activités récréatives sont d'utiles mesures d'appoint pour maîtriser l'agitation et soulager l'ennui des résidents des centres d'hébergement atteints de démence.<sup>9</sup> Une autre étude récente, de Rovner et coll., abonde dans le même sens, puisqu'on y mentionne que les résidents inscrits à un programme d'activités enrichi manifestaient beaucoup moins d'agitation que les patients qui n'y étaient pas inscrits.<sup>10</sup>

Dans cette même ligne de pensée, et conformément aux résultats de recherche et aux tendances mentionnées dans la littérature, qui donnent aux cliniciens une autre avenue thérapeutique, l'Hôpital Ste-Anne a mis au point et appliqué un programme d'activités socio-récréatives dans ses deux unités de soins prothétiques. Cet article en présente les objectifs, la structure et la méthode d'évaluation dans le contexte d'un «milieu de vie».

### **Programme d'activités socio-récréatives**

#### **Objectif**

Maintenir les capacités résiduelles et le degré de fonctionnement des résidents au niveau le plus élevé possible, le plus longtemps possible.

#### **Objectifs généraux**

- Améliorer la qualité de vie
- Encourager les contacts psychosociaux
- Prévenir l'isolement et l'ennui
- Maintenir le degré d'activité physique et favoriser l'autonomie
- Stimuler le fonctionnement cognitif

#### **Objectifs spécifiques**

- Réduire l'agitation et les problèmes comportementaux
- Améliorer et/ou maintenir la capacité d'attention
- Améliorer et/ou maintenir les aptitudes à se concentrer
- Maintenir le potentiel cognitif
- Maintenir les aptitudes physiques, la force musculaire, la souplesse, la coordination et l'équilibre
- Maintenir les aptitudes perceptuelles de couleurs et de formes
- Maintenir les liens visuo-spatiaux
- Améliorer la tolérance à la frustration

### **Structure du programme**

**Activités.** Une banque d'activités a été fournie par le service d'ergothérapie. On peut classer ces activités selon les catégories suivantes : orientation/stimulation, activités motrices, activités cognitives, activités perceptuelles et socialisation. L'équipe responsable des activités socio-récréatives se rencontre tous les mois afin de dresser le plan des activités et d'en assu-

rer la coordination avec les programmes offerts par le service d'ergothérapie, le service des arts et métiers et le service des loisirs.

Toutes les activités sont combinées, ce qui permet une vaste sélection de chaque catégorie. Un calendrier est ensuite préparé tous les mois et affiché dans le service pour présenter tous les choix d'activités.

Parmi les exemples d'une activité qui contribue à améliorer l'équilibre, les réflexes et la coordination chez les résidents, mentionnons le jardinage. Grâce à cet exercice, les résidents utilisent leur imagination et leur dextérité manuelle, tout en travaillant avec les outils de jardinage. Ce n'est que l'une des activités offertes par les unités prothétiques de l'Hôpital Ste-Anne pour aider les résidents à s'occuper de façon positive et constructive.

**Population cible.** Le programme est exclusivement conçu pour les résidents de nos deux unités prothétiques.

**Durée.** Chaque activité dure une heure (plus ou moins selon la tolérance du résident). Les deux exceptions sont les repas communautaires planifiés et les sorties qui peuvent durer quelques heures.

*Aronson et coll. ont pour leur part découvert que les activités récréatives sont d'utiles mesures d'appoint pour maîtriser l'agitation et soulager l'ennui des résidents des centres d'hébergement atteints de démence. Une autre étude récente, de Rovner et coll., abonde dans le même sens, puisqu'on y mentionne que les résidents inscrits à un programme d'activités enrichi manifestaient beaucoup moins d'agitation que les patients qui n'y étaient pas inscrits.*

**Nombre de participants.** Toutes les activités sont organisées pour un petit nombre de participants (de 3 à 10 personnes) afin de favoriser une participation individuelle maximum et d'éviter la stimulation excessive inhérente aux activités en groupes plus nombreux. Les exceptions à cette règle sont, entre autres, les repas communautaires, les sorties, les fêtes et les occasions spéciales.

**Langage.** Les activités sont offertes à un groupe hétérogène d'anglophones et de francophones. Nos animateurs bilingues s'adressent à chaque résident dans sa langue maternelle ou selon ses aptitudes individuelles à converser.

**Lieux des activités.** La plupart des activités ont lieu dans les unités, soit dans une salle prévue à cette fin, dans le solarium ou dans le grand dortoir. Selon notre expérience, les résidents fonctionnent mieux par petits groupes, dans un environnement qui leur est familier, avec le personnel qu'ils connaissent et qui les connaît.

**Nombre et choix des animateurs.** Les activités sont organisées par les infirmières et les préposés aux bénéficiaires de l'équipe responsable des activités socio-récréatives, soit de leur propre chef ou en collaboration avec les services des arts et métiers et de la récréologie ou de l'ergothérapie. Les animateurs reçoivent une formation de base dispensée par le service d'ergothérapie, de même qu'une formation spécifique leur permettant d'évaluer la participation des résidents.

## Le progrès et le déroulement du programme

Les membres de l'équipe rejoignent les résidents et les accompagnent là où doit se dérouler l'activité. Ils observent l'état général des résidents (c.-à-d. le degré d'agitation, de somnolence ou d'anxiété, d'hallucination ou de calme) avant l'activité. Ils déterminent s'ils sont capables d'y participer. On respecte toujours le choix des résidents et ils sont libres de laisser tomber l'activité à n'importe quel moment.

Durant l'activité, les membres de l'équipe circulent parmi les résidents pour :

- interagir avec eux de façon sentie
- favoriser la communication
- encourager la socialisation
- aider les résidents au besoin
- favoriser un environnement agréable, sécuritaire et stimulant
- intervenir en cas de crise avérée ou potentielle au besoin
- surveiller attentivement la participation de chaque résident et la dynamique du groupe.

Les activités prennent fin lorsque les membres de l'équipe offrent le café et les biscuits. Cette étape finale prolonge la période de socialisation et indique aux résidents que l'activité est terminée.

## Évaluation du programme

Après chaque activité, les membres de l'équipe complètent une échelle d'évaluation. On y évalue la participation de chaque résident en fonction de son orientation, de ses aptitudes motrices, de ses capacités cognitives et perceptuelles et de son degré de socialisation tout au long de l'activité. Ces feuilles d'évaluation sont alors placées dans des cahiers appelés «Activités socio-récréatives». Ces cahiers sont conservés dans le poste des infirmières des deux unités. Tous les mois, au moment de leur rencontre, les membres de l'équipe discutent des avantages et des inconvénients de chaque activité offerte durant le mois écoulé, des difficultés rencontrées, des éléments à préserver ou à éliminer et des suggestions d'activités à venir.

## Conclusion

L'analyse continue de l'échelle d'évaluation permet aux membres de l'équipe de mieux assortir les activités aux intérêts et aux aptitudes de chaque résident, en fonction de ses capacités résiduelles. Cela permet d'individualiser davantage les soins. La stabilité de la population résidents-personnel et la confiance qui en résulte créent un environnement où il est relativement facile d'assortir les résidents qui, non seulement partagent des

intérêts et des talents, mais qui en outre s'entendent bien les uns avec les autres.

Les petits groupes de 3 à 10 résidents fonctionnent bien si on les compare à des groupes plus nombreux de 22 résidents (lors de pique-niques, de repas communautaires ou de célébrations spéciales) où l'on note des problèmes de surstimulation excessive qui provoque plus souvent fatigue ou agitation.

Il faudra poursuivre la recherche pour mesurer de façon scientifique les capacités résiduelles des résidents sur les plans de l'orientation, du fonctionnement moteur et cognitif et des aptitudes pour la socialisation avant, puis après leur participation au programme, afin de mesurer les gains thérapeutiques réels ou le ralentissement du déclin des capacités. Cette tâche semble énorme, étant donné qu'il est difficile de mesurer les résultats dans le temps, de trouver des outils de mesure convenables et validés et d'exercer un contrôle sur une multitude de variables dans un concept de milieu de vie qui pourrait expliquer certaines améliorations, soit directement ou indirectement. La réduction des comportements agités ou perturbateurs pourrait être mesurée plus objectivement au moyen d'échelles d'évaluation, de systèmes de consignation de la fréquence du recours aux psychotropes (et de leur posologie) administrés avant, puis après les programmes.

Nous pouvons affirmer avec certitude, à partir de nos observations directes, que le programme d'activités est une expérience agréable pour les résidents comme pour le personnel. À ce point de vue, on peut dire qu'en soi, l'amélioration de la qualité de vie justifie le maintien du programme d'activités socio-récréatives.

## Références :

1. Taft L, Delaney K, Seman D, et coll.: Dementia care: creating a therapeutic milieu. *Journal of Gerontological Nursing* 1993; 30:9.
2. Hellen CR: Alzheimer's disease: Activity focused care. Butterworth-Heinemann, 1992.
3. Zgola J M: Doing things: A guide to programming activities for persons with Alzheimer's disease and related disorders. John's Hopkins University, Baltimore, 1987.
4. Weiner MF: Psychological and behavioral management. Dans: MF Weiner (éd.): *The Dementias: Diagnosis and Management*. American Psychiatric. Washington, 1991, pp. 107-33.
5. Pulsford D: Therapeutic activities for people with dementia - what, why...and why not? *Journal of Advanced Nursing* 1997; 26:704-9.
6. Turner P: Activity nursing and the changes in the quality of life of elderly patients: a semi-quantitative study. *Journal of Advanced Nursing*; 18:1727-33.
7. Buettner LL, Lundergren H, et coll.: Therapeutic recreation as an intervention for persons with dementia and agitation: an efficacy study. *American Journal of Alzheimer's disease* 1996; 11:4-12.
8. Cohen-Mansfield J, Werner P, Marx M: Observational data on time use and behavior problems in the nursing home. *Journal of Applied Gerontology* 1992; 11:114-17.
9. Aronstein Z, Olsen R, Schulman E: The nursing assistants use of recreational interventions for behavioral management of residents with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease* 1996; (Cb) May/June: 26-31.
10. Rovner B, Steele C, Schumley Y: A randomized trial of dementia care in nursing homes. *Journal of American Geriatrics Society* 1996; 44:7-13.