

COLLECTION PARC

*Bâtir pour mieux travailler*

7

**Concevoir et  
aménager  
un milieu de vie  
prothétique  
fermé**

 ASSTSAS

des personnes et du travail  
un monde à transformer

**L'Association pour la santé et la sécurité du travail,  
secteur affaires sociales (ASSTSAS)**

**Mission**

L'ASSTSAS a la mission de « promouvoir la prévention en santé et en sécurité du travail et soutenir, dans un cadre paritaire, le personnel et les établissements du secteur de la santé et des services sociaux, par des services conseils et des activités d'information, de formation, de recherche et de développement, dans la mise en œuvre d'actions de prévention qui visent :

- l'identification et l'élimination à la source des dangers pour la santé et la sécurité dans le but de préserver l'intégrité physique et psychologique du personnel ;
- l'optimisation des conditions d'exercice du travail pour l'amélioration de la santé et de la qualité de vie au travail du personnel ;

tout en favorisant l'efficacité des processus de travail et en tenant compte de la sécurité de la clientèle des établissements ».

**Structure paritaire et source de financement**

L'ASSTSAS, organisme à but non lucratif, est gérée par une assemblée générale et un conseil d'administration composés en nombre égal de représentants des associations syndicales et patronales du secteur. Son financement provient principalement des cotisations perçues auprès de tous les employeurs du secteur de la santé et des services sociaux.

COLLECTION PARC

CONCEVOIR ET AMÉNAGER UN MILIEU DE VIE  
PROTHÉTIQUE FERMÉ

N° 7

LE PROGRAMME PARC

**CONCEVOIR ET AMÉNAGER UN MILIEU  
DE VIE PROTHÉTIQUE FERMÉ**

ASSOCIATION POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL,  
SECTEUR AFFAIRES SOCIALES



**La réalisation de ce document a été rendue possible grâce à la collaboration des personnes suivantes :**

|                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <b>Direction :</b>              | Gilles Le Beau                 |
| <b>Recherche et rédaction :</b> | Pierre Goumain<br>Élise Ledoux |
| <b>Collaborateur :</b>          | Jocelyn Villeneuve             |
| <b>Révision linguistique :</b>  | Micheline Choinière            |
| <b>Bureautique :</b>            | Pauline Cardinal               |

Nous remercions la direction du CHSLD Les Havres et la direction du CHSLD Biermans-Triest de nous avoir permis d'utiliser des photos de certaines de leurs installations.

Le contenu de cette brochure a été soumis au comité institutionnel du conseil d'administration de l'ASSTSAS, lequel l'a approuvé unanimement le 7 février 2002. Sont membres du comité : Jean Déry, Sylvie Deveault, Roxane Gauthier, Françoise Morin, Jocelyne Paquette, Guy Patenaude.

**IL EST INTERDIT DE REPRODUIRE CE DOCUMENT EN TOUT OU EN PARTIE, SOUS QUELQUE FORME QUE CE SOIT, SANS L'AUTORISATION ÉCRITE DE L'ASSTSAS. TOUTE DEMANDE À CET EFFET DOIT ÊTRE ACHEMINÉE AU SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DE L'ASSTSAS.**

Association pour la santé et la sécurité du travail,  
secteur affaires sociales  
5100, rue Sherbrooke Est, bureau 950  
Montréal (Québec) H1V 3R9

Téléphone : 514 253-6871            1 800 361-4528  
Télécopieur : 514 253-1443  
Internet : [www.asstsas.qc.ca](http://www.asstsas.qc.ca)

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec (2<sup>e</sup> trimestre 2002)  
Bibliothèque nationale du Canada (2<sup>e</sup> trimestre 2002)

ISBN : 2-922036-67-7

© ASSTSAS - 2002

code : 205-0202









## **Avertissement**

Les renseignements que ce document contient ne sont pas exhaustifs. De même, ils ne constituent en aucun cas une interprétation juridique des règlements et de la loi.

Votre association sectorielle, l'ASSTSAS, ne garantit aucunement que les accidents du travail, les maladies professionnelles et les dangers en ces matières seront nécessairement éliminés grâce à l'information contenue dans ce document ou à l'adoption des mesures préventives qu'il suggère.

Il y a des circonstances de lieu et de temps, de même que des conditions générales ou spécifiques, qui peuvent favoriser, diminuer ou éliminer la pertinence ou l'efficacité de l'information transmise.

C'est pourquoi les associations membres de l'ASSTSAS, ses délégués, ses administrateurs, ses dirigeants et les membres du personnel déclarent formellement, ici, n'assumer aucune responsabilité pouvant découler de la diffusion de ce document et des mesures qu'il préconise.

## **Masculin / Féminin**

Le lecteur voudra bien comprendre en lisant ce document qu'un mot comme « travailleur » inclut les deux genres grammaticaux et les deux réalités : les travailleurs et les travailleuses, à moins que le contexte ne l'interdise. Le genre masculin que nous utilisons dans ce document ne vise qu'à alléger la lecture du texte.

## **Reproduction**

Tous droits de reproduction, d'adaptation intégrale ou partielle sont strictement réservés par l'ASSTSAS et protégés par la Loi du droit d'auteur. Une autorisation écrite de l'ASSTSAS doit être obtenue pour reproduire ou adapter le présent document.



# Table des matières

|  |    |
|--|----|
| <b>PRÉAMBULE</b> .....   | 9  |
| <b>1. Du milieu de soins au milieu de vie</b> .....  | 10 |
| <b>2. L'hébergement des personnes démentes : une problématique actuelle</b>  |    |
| 2.1 Problématique et clientèle .....   | 10 |
| 2.2 Travail en milieu prothétique fermé .....  | 11 |
| 2.3 Programmes de prévention des comportements agressifs et perturbateurs (CAP) .....  | 11 |
| 2.4 Environnement physique et prévention des comportements agressifs et perturbateurs (CAP) .....                                    | 11 |
| <b>3. Le rôle de l'environnement physique dans le milieu de vie prothétique fermé</b>  |    |
| 3.1 Modules fermés autonomes et prévention des comportements agressifs et perturbateurs (CAP) .....                                  | 12 |
| 3.2 Principes d'aménagement .....  | 13 |
| <b>4. Étapes du projet : points importants à considérer</b>  |    |
| 4.1 Définition des besoins ; élaboration du programme fonctionnel et technique (PFT) et développement du concept architectural ..... | 15 |
| 4.2 Plans préliminaires et détaillés .....   | 20 |
| <b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....   | 29 |

## LISTE DES FIGURES

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| 1 :       | éléments d'un environnement prothétique .....  | 12 |
| 2 :       | jardin prothétique fermé.....  | 16 |
| 3 :       | sous-unité pour 8 à 12 résidents.....  | 17 |
| 4 :       | unité rénovée pour 11 résidents.....   | 18 |
| 5 :       | alcôve dans un corridor .....  | 19 |
| 6 :       | espace de rangement pour un<br>lève-personne mobile au sol .....                       | 21 |
| 7 :       | portes d'accès dissimulées pour<br>un milieu de vie prothétique fermé.....             | 23 |
| 8 :       | décor non institutionnel d'une chambre .....   | 24 |
| 9 :       | salle à manger.....  | 25 |
| 10 :      | mobilier de salle à manger .....   | 25 |
| 11 a-b) : | normalisation du décor d'une salle de bain .....                                       | 26 |
| 12 :      | vue intérieure d'un centre de services .....   | 28 |
| 13 :      | vue du même centre de services à partir<br>des aires de circulation et de séjour ..... | 28 |
| 14 :      | centre satellite près d'une aire d'activité .....                                      | 28 |
| 15 :      | salle familiale .....  | 28 |

## LISTE DES TABLEAUX

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 1 : | les huit principes d'aménagement d'un milieu<br>de vie prothétique fermé.....  | 13 |
| 2 : | liste de vérification. Organisation spatiale d'ensemble,<br>clientèle fluctuante et flexibilité de l'aménagement ..... | 19 |
| 3 : | liste de vérification. Prévention des fugues, facilitation<br>de l'errance et gestion de la surveillance.....          | 20 |

# CONCEVOIR ET AMÉNAGER UN MILIEU DE VIE PROTHÉTIQUE FERMÉ

## PRÉAMBULE

Cette brochure présente des lignes directrices concernant la conception d'un milieu de vie prothétique fermé en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). On y traite principalement des aménagements physiques. On tente aussi d'y établir des liens entre l'environnement physique et ce que l'on connaît aujourd'hui des caractéristiques et des besoins d'une clientèle de personnes démentes pouvant avoir des comportements agressifs et perturbateurs (CAP). L'aménagement de l'environnement physique est alors considéré comme l'un des éléments d'une philosophie de soins globale qui permet de bien concevoir un milieu de vie prothétique fermé, au même titre que l'organisation du travail ou la formation du personnel.

Les présentes lignes directrices faciliteront la tâche des personnes qui participent à des projets architecturaux incorporant un milieu de vie prothétique fermé : l'établissement et les diverses catégories de clients (maîtres d'ouvrage) et les professionnels concepteurs (maîtres d'œuvre).

Mais pourquoi traiter du milieu de vie prothétique fermé en CHSLD plutôt que du milieu de vie prothétique de façon générale ? Dans le cadre d'un programme de prévention des CAP, et pour mieux tenir compte de la clientèle pouvant présenter des déficits cognitifs de sévérité variable, il est proposé d'entrevoir l'organisation de milieux de vie distincts à l'intérieur d'un établissement ou, du moins, à l'intérieur d'un regroupement d'établissements. Le modèle organisationnel suggéré comporte quatre types de milieux de vie<sup>1</sup>.

### ***Le milieu de vie soins de confort***

Ce milieu intègre la clientèle avec ou sans déficit cognitif, sans problème de territorialité et ne présentant pas ou peu de comportements perturbateurs. Il se concentre, d'une part, autour des soins de santé physiques et du suivi biomédical tout en offrant un milieu de vie le plus normalisant possible et, de l'autre, autour de l'accompagnement de fin de vie dans les meilleures conditions possibles (clients dits grabataires, soins palliatifs).

### ***Le milieu prothétique ouvert***

Ce milieu accueille des clients très désorientés et perturbés sans trouble de territorialité et sans réaction de comportement violent ; cette unité peut aussi être un bon service d'observation pour client dément nouvellement admis.

### ***Le milieu prothétique fermé***

Ce milieu est prévu pour les clients déments, fugueurs, très désorientés avec problèmes de territorialité ou présentant des comportements perturbateurs contrôlables par un environnement maîtrisant davantage les stimuli.

### ***Le milieu psychogériatrique***

Ce milieu répond aux besoins des personnes démentes présentant des troubles persistants de comportements agressifs ou antisociaux.

Cette brochure traite du **milieu prothétique fermé** et de ses exigences particulières quant à son aménagement physique en relation avec les particularités et les besoins de sa clientèle et du personnel qui y travaille. En conséquence, elle ne couvre pas tous les aspects de la conception des CHSLD de façon exhaustive et le lecteur est référé à d'autres textes, y compris ceux qui sont cités dans la brochure.

## 1. Du milieu de soins au milieu de vie

Le présent document s'inscrit dans la continuité d'autres travaux et documents antérieurs qui ont grandement contribué à l'amélioration des conditions de vie de la clientèle et de travail du personnel au sein des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au cours des deux dernières décennies<sup>2</sup>. La dernière version du *Guide d'aménagement des centres d'hébergement et de soins de longue durée. Édifices neufs, rénovation d'édifices existants* du ministère de la Santé et des Services sociaux<sup>3</sup> mentionne que « la perte d'autonomie, tant physique que psychique des personnes visées, nécessite que le parc immobilier soit amélioré en tenant compte de la fonctionnalité des espaces et de la sécurité des personnes ». En conséquence, le présent document inclut certaines modifications pour la clientèle qui présente des troubles de démence et de territorialité. Plus spécifiquement, la section 1.1.2.2 du guide d'aménagement du MSSS est consacrée à la problématique des clients présentant des déficits cognitifs, des problèmes de démence ou des troubles de comportement. D'une façon générale, le document du MSSS a signalé **un changement important de philosophie, passant de l'approche du milieu de soins à celle du milieu de vie** et cette brochure se situe donc dans ce contexte.

Un des buts de cette brochure est de fournir des repères de conception additionnels sur les aspects de fonctionnalité ergonomique à prendre en considération aux différentes étapes du projet.

On peut également consulter certains ouvrages pertinents apparaissant dans les références bibliographiques.

## 2. L'hébergement des personnes démentes : une problématique actuelle

### 2.1 Problématique et clientèle

Nous ne nous attarderons pas, ici, sur des définitions et des explications médicales de la démence et de la maladie d'Alzheimer, celles-ci se trouvant dans de nombreuses publications, mais surtout sur leurs effets sur les personnes âgées, leurs capacités cognitives ainsi que leurs problèmes de comportement. D'un point de vue médical, des recherches de plus en plus prometteuses qui ont cours actuellement pourraient conduire à une compréhension des mécanismes biologiques, à des traitements et des modes de prévention de cette maladie et, ainsi, réduire la nécessité de concevoir des milieux de vie prothétiques fermés. Toutefois, il est actuellement nécessaire de répondre à une demande qui s'accroît rapidement.

En effet, depuis quelques années, nous sommes témoins, dans les CHSLD, d'une augmentation de la clientèle âgée souffrant de déficits cognitifs. Et la démence serait l'une des principales raisons de placement en CHSLD. Or, la prévalence de comportements agressifs et perturbateurs (CAP) est fortement en corrélation avec la sévérité du déficit cognitif<sup>4</sup>. Des études réalisées au Québec indiquent qu'environ 60 à 75 % des personnes en attente d'hébergement présentent des déficits cognitifs et plus de 20 % ont au moins un problème de comportement<sup>5</sup>. Ces comportements peuvent parfois prendre la forme d'agression envers le personnel soignant ou les autres clients. Ils peuvent également perturber le fonctionnement des unités de soins. La prévention de ces comportements constitue donc un défi majeur pour la santé et la sécurité du personnel soignant et pour la qualité des soins dans ce type d'établissement.

La clientèle d'un milieu de vie prothétique fermé présente des déficits cognitifs

sévères ou modérés entraînant des problèmes de territorialité et d'orientation ainsi que des comportements perturbateurs dont la gestion est facilitée par un environnement contrôlé. Ces personnes sont, le plus souvent, autonomes dans leurs déplacements, que ce soit en marchant ou en maniant elles-mêmes leur fauteuil roulant. Le milieu prothétique fermé assure la sécurité des clients errants et fugueurs et laisse libre cours à l'errance sans que ce comportement ne devienne un comportement perturbateur. Ce milieu est particulièrement adapté à une clientèle souffrant de la démence de type Alzheimer. **En aucun cas, on ne devrait y admettre des personnes présentant des désordres de la personnalité ou des troubles psychiatriques.**

## 2.2 Travail en milieu prothétique fermé

Œuvrer auprès d'une clientèle présentant des déficits cognitifs de sévérité variable associés ou non à des troubles du comportement transforme considérablement le travail du personnel soignant dans les CHSLD. Les résultats d'analyse du travail démontrent que le personnel soignant éprouve des difficultés à communiquer et à entrer en relation avec ces clients. De plus, un certain nombre d'éléments présents dans la situation de travail, comme l'aménagement des espaces, la conception des équipements, l'ambiance lumineuse et sonore, peuvent déclencher des comportements agressifs et perturbateurs.

## 2.3 Programmes de prévention des CAP

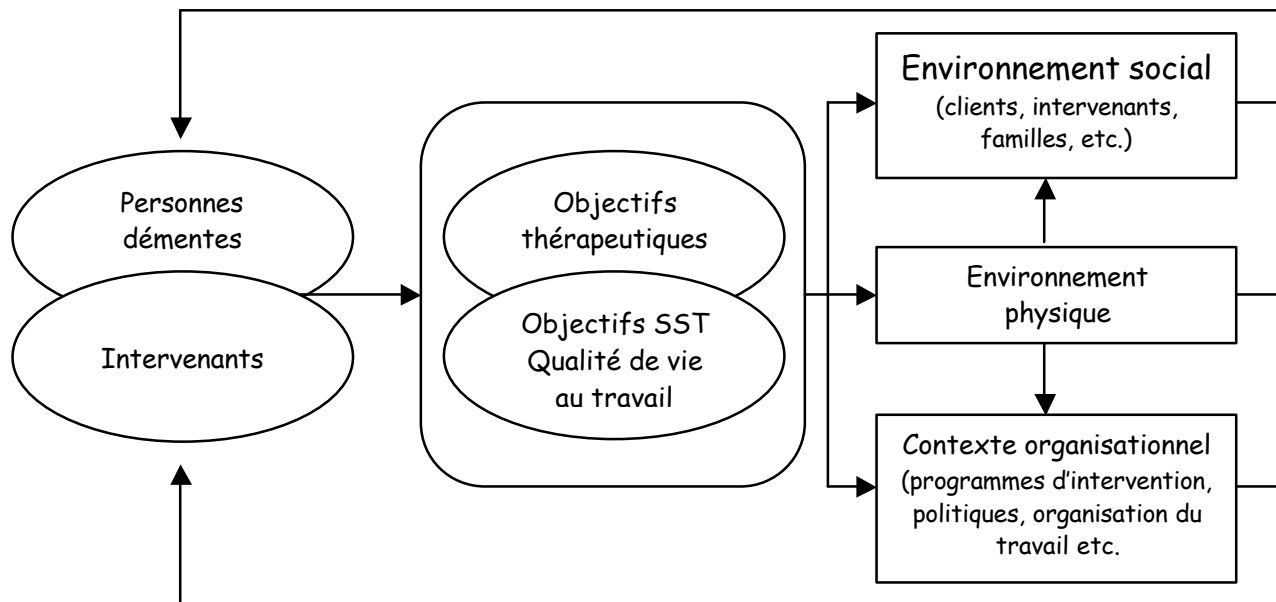
Pour assurer une intervention en profondeur auprès des clientèles âgées présentant des comportements agressifs et perturbateurs, l'ASSTSAS et le CCFP (Centre de consultation et de formation en psychogériatrie) offrent aux établissements un programme de prévention des CAP qui intègre à une approche clinique des préoccupations en matière de santé et de sécurité du travail. Au-delà de la seule

dimension clinique, cette démarche favorise une réflexion qui s'appuie sur les exigences réelles du travail et qui porte sur l'organisation du travail, l'aménagement des espaces et la formation du personnel.

## 2.4 Environnement physique et prévention des CAP

Mais en quoi l'environnement physique du milieu prothétique fermé peut-il aussi contribuer à prévenir les CAP ? Et comment un milieu de vie peut-il être qualifié de prothétique ? Selon Lawton<sup>6</sup>, les personnes qui présentent des déficits cognitifs ont un seuil d'adaptabilité beaucoup plus restreint et sont donc plus sensibles ou vulnérables aux déficiences de leur environnement. Ainsi, l'aménagement d'un environnement adapté peut agir comme une « prothèse » et produire une amélioration du comportement d'une personne souffrant de déficits cognitifs.

L'environnement prothétique se définit par l'interaction qui se joue entre la communication, l'organisation et la programmation des activités ainsi que l'aménagement physique<sup>7</sup>. L'environnement prothétique tente de compenser, si possible, par des mesures environnementales, les problèmes de désorientation, de perte de mémoire, de perte de capacités au niveau social que peuvent engendrer des CAP. Il doit également soutenir le personnel appelé à œuvrer auprès de cette clientèle en lui offrant un environnement propice au maintien de sa santé physique et psychologique (figure 1).



Weisman et coll., 1991

Figure 1 : éléments d'un environnement prothétique

### 3. Le rôle de l'environnement physique dans le milieu de vie prothétique fermé

#### 3.1 Modules fermés autonomes et prévention des CAP

L'environnement physique peut contribuer à compenser certaines incapacités chez les personnes présentant des déficits cognitifs<sup>8</sup> et réduire les comportements agressifs et perturbateurs. Il sert d'outil aux interventions et à la programmation des activités de maintien de l'autonomie fonctionnelle. L'environnement physique doit donc être adapté et normalisant pour les personnes présentant des troubles cognitifs et offrir les espaces et les équipements nécessaires aux intervenants pour œuvrer auprès de cette clientèle en toute sécurité. **Sans pouvoir, à lui seul, prévenir tous les comportements agressifs et perturbateurs, l'environnement physique est l'un des éléments d'une approche globale à la prévention des CAP qui comporte aussi une structure organisa-**

**tionnelle, des programmes d'intervention appropriés et du personnel formé.**

Les principes d'aménagement physique adoptés par le MSSS<sup>9</sup> sont mieux adaptés à la clientèle du milieu de vie prothétique. Le principe d'organisation en îlots ou modules prévoit, en effet, l'aménagement de modules prothétiques fermés autonomes pour des groupes de 10 à 14 clients. Chaque module a sa propre salle à manger, son salon et sa salle de bain ainsi qu'un accès à un espace extérieur. Les repas et la plupart des activités s'y déroulent en groupes restreints. Le MSSS suggère que 30 à 40 % de la capacité d'hébergement de l'établissement soit aménagé en modules prothétiques fermés tout en concédant que chaque projet doit être ajusté aux besoins actuels et futurs du centre concerné. « Le fonctionnement par modules est basé sur le principe de normalisation se rapprochant ainsi le plus possible d'un milieu de vie naturel. »



## 3.2 Principes d'aménagement

En partant de cette orientation, nous proposons une série de repères pour aménager les modules prothétiques fermés.

Les expériences d'implantation démontrent une variabilité importante dans l'aménagement physique. Le défi consiste à concevoir des espaces chaleureux qui rappellent le milieu familial, tout en étant très fonctionnel. Malgré la grande diversité des aménagements, certains principes semblent se dégager et obtiennent l'appui de plus en plus d'intervenants. Ces principes sont énumérés au tableau suivant.

**Tableau 1 :** les huit principes d'aménagement d'un milieu de vie prothétique fermé

- **Ressemblance avec le milieu familial et en référence avec le passé**
- **Chambres privées**
- **Soutien à l'orientation spatiale par la redondance des indices et des points de repère**
- **Parcours de déambulation et sécurité des issues**
- **Gestion de la surveillance**
- **Contrôle des stimuli sensoriels**
- **Maintien des capacités restantes**
- **Accès direct à un jardin clôturé ou à une terrasse extérieure sécuritaire**

### 3.2.1 Ressemblance avec le milieu familial et en référence avec le passé

Les personnes atteintes de démence subissent une série de changements affectant la perception du monde qui les entoure. La conception d'un d'environnement physique tentera d'évoquer chez la personne démente le milieu familial et familier dans lequel elle a évolué avant d'être admise en institution. C'est un environnement à caractère domestique, à l'encontre d'un milieu « médical ». Le mobilier et les équipements doivent s'apparenter à ce que l'on retrouve à la maison tout en ne négligeant pas les

critères de sécurité et de fonctionnalité pour le personnel et les clients.

### 3.2.2 Chambres privées

Les chambres privées sont recommandées dans le but de satisfaire les besoins de sécurité, d'intimité (le chez-soi) et de contrôle des stimuli facilitant l'intervention auprès de cette clientèle. Il semble que moins de 10 % des clients bénéficient de la présence d'un compagnon en autant que l'on arrive à trouver le bon partenaire<sup>10</sup>. La possibilité de personnaliser la décoration de la chambre et son entrée peut aider le client à la retrouver plus facilement. Les objets ou les meubles qui peuvent personnaliser l'espace doivent, par contre, être conformes aux normes relatives à la sécurité du personnel et des clients. Des renseignements utiles à ce sujet peuvent être trouvés dans une autre publication de l'ASSTSAS<sup>11</sup>.

### 3.2.3 Soutien à l'orientation spatiale par la redondance et la signification des points de repère

« Les personnes atteintes de démence ne " trouvent pas leur chemin " de la même manière que des personnes cognitivement intactes le font en se servant de cartes cognitives de l'espace qui les entoure qu'elles gardent en tête ; elles se servent plutôt de points de repère au sein de leur environnement pour se déplacer d'un endroit à un autre endroit qui se trouve dans leur champ visuel.<sup>12</sup> » Ainsi, elles s'adaptent à leur environnement en puisant dans leurs repères mnésiques encore accessibles, en lien avec les situations présentes. On peut donc aider les personnes démentes à s'orienter au moyen d'une organisation des espaces qui leur permet d'apercevoir différents points de repère et des locaux (comme la salle à manger, le salon, les toilettes, etc.) à partir des aires de circulation. La redondance et la signification des points de repère permettent d'identifier la fonction

particulière d'un local (par exemple, la localisation des toilettes) par l'utilisation simultanée de la couleur, de la lumière, de pictogrammes, etc., ce qui facilite encore plus l'orientation spatiale. L'environnement physique peut donc favoriser l'exercice quotidien d'une mémoire défaillante et contribuer ainsi à la fortifier et à minimiser l'effet de la détérioration du cerveau.

Les mêmes principes peuvent s'appliquer au-delà des espaces intérieurs du milieu de vie prothétique fermé aux espaces extérieurs d'un jardin prothétique.

### **3.2.4 Parcours de déambulation et sécurité des issues**

L'orientation spatiale améliorée peut soutenir le comportement compulsif de l'errance souvent observé chez les personnes démentes, car restreindre l'errance par l'utilisation de contentions peut accroître les comportements agressifs et perturbateurs.

L'errance peut s'interpréter de différentes manières. Elle peut, soit apparaître comme l'expression d'une anxiété vécue par la personne face à un environnement non significatif pour elle, soit être simplement l'expression d'un comportement habituel chez la personne qui avait, par exemple, l'habitude de « prendre des marches », soit encore exprimer un certain ennui dans un environnement offrant peu d'activités. L'errance est aussi une source de stress importante pour le personnel soignant qui travaille avec la hantise que le client fugue.

L'organisation de l'espace doit offrir suffisamment d'espace pour permettre l'errance en prévoyant un parcours de déambulation et en contrôlant les issues du milieu prothétique.

### **3.2.5 Gestion de la surveillance**

La disposition spatiale des lieux est le principal moyen de contrôler les fugues et de faciliter le comportement d'errance en milieu de vie prothétique fermé. Là où la disposition spatiale est telle que l'on peut sortir des lieux, le personnel peut devenir inquiet ou même stressé de devoir constamment surveiller du coin de l'oeil les allées et venues aux alentours des accès. Les autres tâches du personnel peuvent aussi en souffrir. D'une façon générale, il est important que l'environnement physique des unités de vie fermées facilite la surveillance visuelle par le personnel.

### **3.2.6 Contrôle des stimuli sensoriels**

Compte tenu des troubles de perception de cette clientèle et de sa faible résistance aux stimuli (visuels, auditifs, thermiques, etc.), il est important de les contrôler et d'en atténuer les excès.

À titre d'exemples, les interphones sont à éviter, car il a été démontré que les appels peuvent être une source de confusion. Des parquets cirés et brillants risquent de causer des illusions d'optique et être perçus comme des plans d'eau. Une ambiance sonore trop bruyante ou un niveau d'éclairage trop élevé dans une salle de bain, par exemple, peut contribuer à déclencher une crise. Le niveau d'éclairage dans les locaux communs doit pouvoir varier au cours de la journée afin d'atténuer les effets de la lumière crépusculaire.

### **3.2.7 Maintien des capacités restantes**

Le maintien des habiletés fonctionnelles a un impact important sur les comportements des personnes atteintes de démence. La détérioration de ces habiletés sera réduite par le maintien d'activités de la vie quotidienne (AVQ) telles que la cuisine, les travaux ménagers, la lessive ou le jardinage. En plus des locaux et des équipements

nécessaires à de telles activités, l'aménagement physique doit faciliter le maintien du potentiel fonctionnel du client dans ses activités de la vie quotidienne.

### **3.2.8 Accès direct à un jardin clôturé ou à une terrasse extérieure sécuritaire**

Idéalement, le milieu prothétique fermé doit se situer au premier étage de l'établissement afin de favoriser l'accès direct à un jardin extérieur. Il est possible également de concevoir une terrasse spécialement aménagée avec suffisamment d'espace pour recevoir des plantes ainsi que la clientèle et le personnel de l'unité pour y organiser des AVQ extérieures. Plusieurs clients ont passé une bonne partie de leur vie à l'extérieur soit à cause de leur travail ou pour se détendre. L'accès à un jardin ou à une large terrasse extérieure offre des possibilités de programmation d'activités significatives pour les clients<sup>13</sup>.

## **4. Étapes du projet : points importants à considérer**

Comment s'assurer que les principes d'aménagement mentionnés soient respectés au fur et à mesure du déroulement des étapes du projet architectural ? Afin de ne pas oublier ou négliger les aspects essentiels au moment opportun de la conception du projet et d'éviter ainsi des retours en arrière qui pourraient avoir des conséquences négatives sur les échéanciers et les budgets, nous proposons de suivre les étapes typiques du projet. On peut se référer également à d'autres publications de l'ASSTSAS et du MSSS sur le sujet<sup>14</sup>. Quelques questions pertinentes sont énumérées en encadré dans le texte pour faciliter la vérification des points importants à considérer.

## **4.1 Définition des besoins ; élaboration du programme fonctionnel et technique (PFT) et développement du concept architectural**

À ces étapes, on doit généralement :

- *déterminer les besoins des clients, en rapport avec la philosophie de soins ;*
- *déterminer des choix de fonctionnement et clarifier la philosophie de soins sous-jacente ;*
- *élaborer un programme fonctionnel et technique (PFT) ;*
- *préparer des propositions de concept concernant l'implantation des bâtiments proposés sur le terrain, les accès (piétons, voitures, livraisons et maintenance), tout en prévoyant les contrôles physiques aux comportements d'errance ;*
- *prévoir la relation des espaces intérieurs aux espaces extérieurs et aux jardins ;*
- *planifier l'organisation spatiale générale du projet et, en particulier, la distribution des espaces sur les divers niveaux, la relation de la volumétrie architecturale avec les surfaces et les dimensions des espaces intérieurs en rapport avec les circulations horizontales et verticales.*

### **4.1.1 Clientèle fluctuante et flexibilité de l'aménagement**

Dans le but d'amortir des investissements considérables sur une période suffisante, on peut s'attendre à ce que la fonctionnalité de tout nouveau projet, qu'il s'agisse de rénovations ou de nouvelles constructions, se maintienne pendant plusieurs décennies, voire un demi-siècle. Or, on peut aussi s'attendre à de nombreux changements au cours d'une telle période, qu'il s'agisse des données démographiques de la population desservie ou de progrès des sciences médicales concernant des maladies telles que l'Alzheimer ou, encore, de nouvelles philosophies de

soins qui peuvent avoir des conséquences sur la gestion des CHSLD.

Au moment de la programmation, il est donc difficile pour tout établissement d'établir avec certitude des projections sur les différentes catégories de clientèles visées dans la région desservie et, en conséquence, sur le nombre exact de lits à être alloués aux quatre types de milieux prothétiques (voir préambule). Des fluctuations peuvent avoir lieu au cours des années futures. Les politiques régionales de répartition de certaines clientèles particulièrement difficiles, notamment en milieu psychogériatrique, peuvent aussi changer. Il est donc prudent de pouvoir tout à la fois satisfaire aux besoins actuels des quatre types d'unités prothétiques en prévoyant des adaptations relativement peu coûteuses pour le milieu prothétique fermé.

De façon générale, on favorisera une certaine polyvalence des divers locaux et, particulièrement, des chambres des clients, afin de pouvoir adapter l'environnement physique du milieu de vie à de nouvelles fonctionnalités à des coûts raisonnables.

L'élément de base du plan, c'est-à-dire la chambre, sera donc identique pour les quatre types d'unités, tout en pouvant être adaptée dans ses détails. On pourra, par exemple, pour des clients autonomes dans leurs déplacements, prévoir un aménagement davantage personnalisé de la chambre puisqu'ils ne requièrent pas l'usage d'un lève-personne ou d'un fauteuil gériatrique. Il faudra quand même prévoir des fixations au plafond et une prise électrique pour l'installation future d'un lève-personne sur rail.

#### 4.1.2 Localisation au niveau jardin ou au niveau terrasse

C'est à l'étape du développement du concept architectural qu'il faut décider de la localisation des unités prothétiques fermées, de préférence au niveau du jardin. Les personnes qui souffrent d'errance ont, en effet, beaucoup moins la possibilité de sortir à l'extérieur parce qu'elles nécessitent une surveillance étroite et que les restrictions en personnel font qu'on ne peut pas toujours les accompagner (figure 2).

L'aménagement de terrasses aux étages supérieurs représente une alternative qui est, la plupart du temps, insuffisante. La terrasse se résume souvent à un balcon qu'il faut sécuriser pour éviter la chute des clients. Les terrasses aux étages doivent être suffisamment grandes pour permettre la tenue d'activités de jardinage, par exemple.



**Figure 2** : jardin prothétique fermé

Source : BRAWLEY, Elizabeth C. *Designing for Alzheimer's Disease*, Wiley Series in Healthcare and Senior Living Design, New York, John Wiley & Sons, 1997.

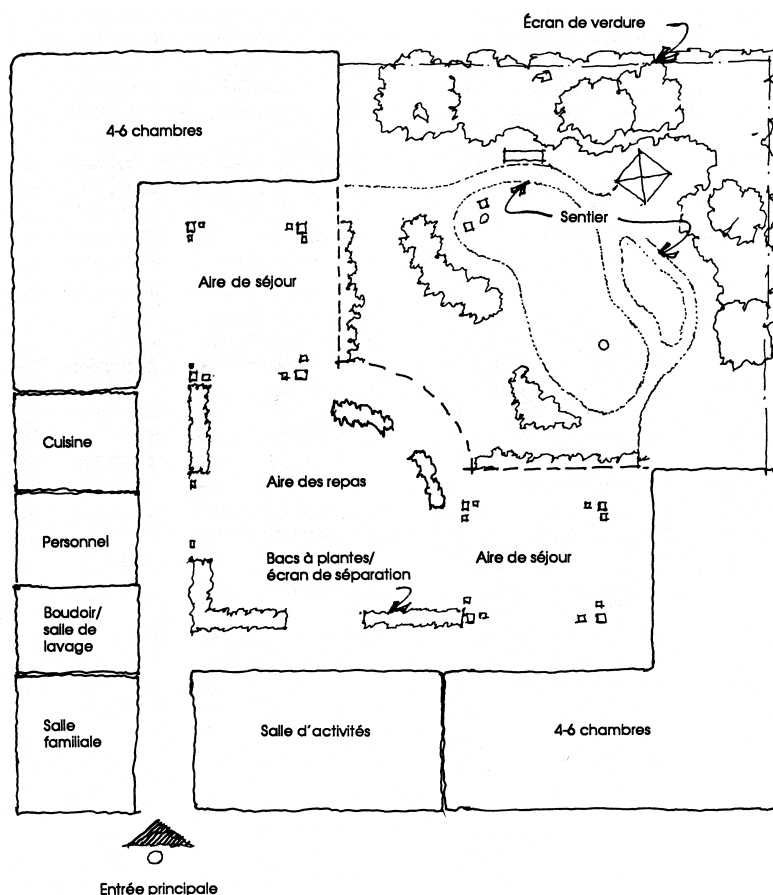
#### 4.1.3 Îlots de 10 à 14 lits

Malgré la grande diversité des aménagements physiques des milieux prothétiques fermés, ce milieu regroupe

habituellement de 10 à 14 chambres privées. Il est physiquement « fermé » afin de contrôler les comportements confus, d'errance et, surtout, de fugue. On essaie donc de minimiser, voire d'annuler, tout recours à des espaces en dehors du milieu de vie prothétique fermé pour la vie quotidienne des clients. Les chambres sont donc localisées à proximité d'une cuisinette, d'une salle à manger, d'un salon, d'une petite salle de lavage, d'une salle de bain et de locaux de service. Ces locaux sont organisés les uns par rapport aux autres de manière à offrir un parcours de déambulation facilitant l'orientation spatiale des clients.

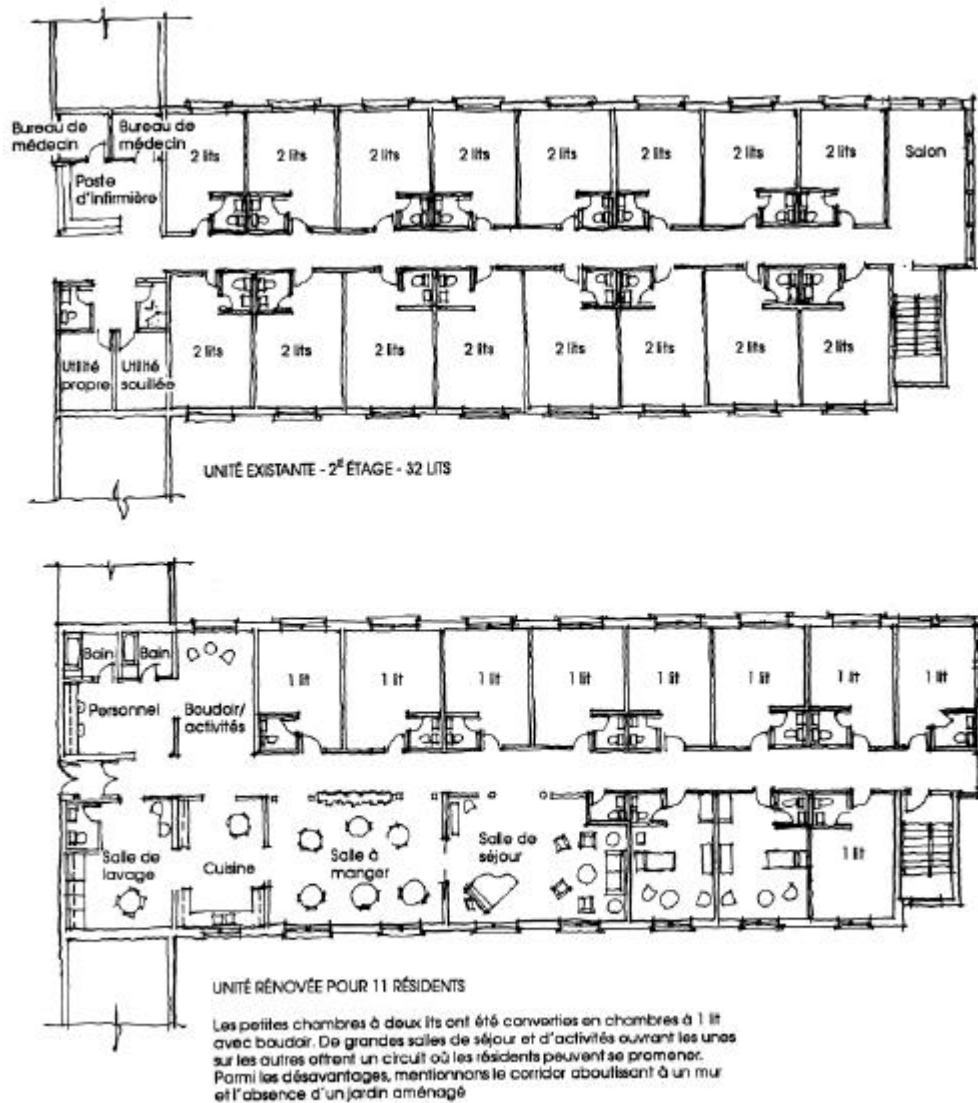
#### 4.1.4 Circulations et parcours de déambulation

Les concepts développés à ce jour varient selon le type de locaux qu'on y retrouve et l'aménagement des aires de circulation. Un premier concept (retrouvé surtout aux États-Unis) propose d'ouvrir les chambres sur une aire ouverte aménagée en différentes zones d'activité (figure 3). D'autres concepts proposent d'agencer les corridors et les locaux de service (salle à manger, salon, vivoir, etc.) de manière à offrir une circulation en boucle pour favoriser la déambulation (figure 4). Dans tous les cas, il s'agit de localiser les espaces communs de manière à ce qu'ils puissent être visibles depuis les aires de circulation et, ainsi, compenser par un stimulus visuel direct les déficiences de mémoire et de cartes cognitives des lieux.



**Figure 3** : sous-unité pour 8 à 12 résidents

Source : SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA,  
*L'aménagement des établissements pour les personnes atteintes de démence*, 1991.



**Figure 4** : unité rénovée pour 11 résidents

Source : SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA,  
*L'aménagement des établissements pour les personnes atteintes de démence, 1991.*

Plus particulièrement :

- dans les nouvelles constructions, éviter un aménagement conçu autour d'un corridor unique ;
- lorsqu'on rénove une unité conçue autour d'un corridor unique, il est préférable d'aménager des espaces communs aux deux bouts du corridor ou le long de ce dernier (figure 5) ;
- dans les établissements pourvus de deux corridors longeant un îlot de service central, il est préférable d'ouvrir une

pièce au centre de l'îlot pour que les clients puissent la traverser et changer de corridor ;

- le concept d'aménagement ne devrait comporter aucun corridor aboutissant à un cul-de-sac afin de limiter la désorientation des clients lorsqu'ils s'éloignent des aires principales d'activité.



**Figure 5** : alcôve dans un corridor

Source : BRAWLEY, Elizabeth C. *Designing for Alzheimer's Disease*, Wiley Series in Healthcare and Senior Living Design, New York, John Wiley & Sons, 1997.

**Tableau 2** : liste de vérification. Organisation spatiale d'ensemble, clientèle fluctuante et flexibilité de l'aménagement.

- v A-t-on réfléchi, dès le début du projet, à la problématique particulière de conception d'un milieu de vie prothétique fermé avec ses caractéristiques distinctes d'environnement domestique plutôt qu'hospitalier ?
- v Le nombre de chambres individuelles prévues au PFT est-il d'un maximum de 14 ?
- v Le milieu de vie prothétique fermé contient-il tous les locaux nécessaires à son autonomie fonctionnelle ?
- v De quelle façon le PFT et le concept proposés peuvent-ils offrir à l'établissement une certaine flexibilité quant aux besoins des différents types de clientèles des quatre catégories de milieux de vie prothétiques ?
- v Pour le milieu de vie prothétique fermé, a-t-on prévu un parcours de déambulation répondant aux besoins de la clientèle démente incluant certaines caractéristiques géométriques reflétées dans la disposition générale des bâtiments proposée ?
- v Les modules prothétiques fermés sont-ils localisés au rez-de-jardin pour avoir accès à un jardin prothétique ?

- v Peut-on facilement prolonger les circulations intérieures dans le jardin prothétique avec des rampes appropriées pour la circulation des fauteuils roulants ?
- v Peut-on spatialement prévenir les fugues en jardin prothétique par l'aménagement paysager, la clôture et la disposition des bâtiments qui le délimitent sur un ou plusieurs de ses côtés ?
- v Les dimensions du jardin prothétique sont-elles suffisantes pour le nombre de clients prévus, leurs familles, le personnel et les activités pouvant avoir lieu à l'extérieur ?
- v Si la localisation au rez-de-jardin est impossible, peut-on donner à chacun des modules prothétiques fermés un accès à une véritable terrasse extérieure sécuritaire plutôt qu'à un petit balcon ?

#### 4.1.5 Milieu prothétique d'aspect domestique

De façon générale, on tentera de créer un véritable milieu de vie prothétique d'aspect domestique. Pour bon nombre de raisons, le parcours de déambulation évitera le corridor central rectiligne habituellement existant en contexte hospitalier. On élargira la circulation, à certains endroits, pour prévoir diverses activités et pauses le long du parcours de déambulation.

Une telle approche affecte la disposition des circulations internes et, ainsi, le plan d'ensemble des édifices et de ses ailes ou pavillons. Elle influence aussi la largeur totale des unités de vie prothétiques et il faudra s'assurer, au moment de l'élaboration du concept, que les ailes réservées pour un milieu de vie prothétique puissent bien posséder de telles dimensions.

#### 4.1.6 Prévention des fugues, facilitation de l'errance et gestion de la surveillance

Des comportements perturbateurs de clients souffrant de démence peuvent se manifester à tout moment et à tout endroit. Il est donc préférable de faciliter la tâche de surveillance par le personnel afin de prévenir des crises potentielles dès que possible.

Dans le cadre d'une approche prothétique, le « poste » qui fait référence à un modèle hospitalier est remplacé par le « centre de services » qui lui, fait référence à un modèle d'hospitalité qui influence le design architectural intérieur. Alors que l'on attend du personnel qu'il passe la majeure partie de son quart de travail au sein même du milieu de vie et en contact avec sa clientèle, le centre de services doit être une pièce fermée permettant un travail de concentration (confidentialité des appels téléphoniques et des entrevues avec les familles, travail administratif), mais en gardant un contact visuel aussi direct que possible sur les espaces communs d'activités grâce à des ouvertures vitrées. On peut notamment prioriser le contact visuel avec le fumoir, lieu possible d'accidents pour une clientèle confuse (ex. : risques d'incendie). Il est essentiel, dès l'étape concept, de prévoir des relations visuelles entre le centre de services et les divers locaux d'activités communs au sein des unités. L'emplacement critique du centre de services, et particulièrement si celui-ci doit être partagé par plusieurs unités de vie, doit tenir compte des exigences propres à chacune de ces unités.

C'est donc au tout début du projet, à l'étape concept, que de tels critères de performance doivent être établis et influencer les choix parmi les alternatives possibles quant à la disposition des

bâtiments et ailes les uns par rapport aux autres.

**Tableau 3** : liste de vérification. Prévention des fugues, facilitation de l'errance et gestion de la surveillance.

- v La disposition des bâtiments et l'emplacement proposé lors du concept du milieu de vie prothétique fermé (ou des milieux si plusieurs sont prévus) permettent-ils effectivement et facilement de maintenir le milieu fermé, c'est-à-dire de contrôler les communications avec le reste du CHSLD ? L'organisation des circulations permet-elle que des personnes externes à l'unité puissent la traverser (ce qui est à éviter) ?
- v Est-il facile, à partir du centre de services, de gérer la surveillance des espaces communs d'activités et, particulièrement, le fumoir, de même que les portes d'accès au milieu de vie prothétique fermé ?
- v Si le projet comprend plusieurs milieux de vie prothétiques fermés partageant un centre de services, l'emplacement de celui-ci permet-il une surveillance visuelle de tous les milieux concernés ? Sinon, a-t-on prévu des centres satellites ?

#### 4.2 Plans préliminaires et détaillés

À ces étapes, on doit généralement :

- *développer, en détail, au moyen de représentations à plus grande échelle, les dispositions prévues aux étapes précédentes ;*
- *étudier chacune des activités qui doivent avoir lieu en milieu de vie prothétique fermé dans différents locaux ou aires prévus à cet usage ;*
- *incorporer les éléments de programmation fonctionnelle connus selon l'état d'avancement des connaissances concernant les caractéristiques de la*



*clientèle démente et ses besoins environnementaux ;*

- *s'assurer de la participation active des futurs clients et, en particulier, des différentes catégories de personnel intéressées par la réussite d'un tel projet ;*
- *simuler les activités de travail d'importance critique prévues dans le futur milieu de vie prothétique fermé afin de faciliter la participation des personnes intéressées et de préciser le programme fonctionnel<sup>15</sup> ;*
- *fournir des repères précis pour l'élaboration des plans détaillés : les couleurs, les finis, la position des prises électriques et téléphoniques, etc. ;*
- *fournir des indications précises pour la position et le design du mobilier intégré pour chacun des locaux ;*
- *fournir une liste exhaustive des équipements et du mobilier.*

Plus précisément, les aspects suivants seront examinés et des solutions de conception satisfaisantes seront développées. Notons que nous nous concentrons, ici, sur les aspects cognitifs plus que physiologiques des besoins des clients, ces derniers aspects ayant été traités dans de nombreuses publications de l'ASSTSAS<sup>16</sup>.

#### 4.2.1 Les accès

Camoufler et contrôler l'accès au milieu prothétique fermé :

- prévoir un dispositif de fermeture à code ou autre sur les portes de sortie ;
- camoufler les portes d'accès au milieu prothétique en les peignant de la même couleur que le mur ;
- installer, de préférence, des portes d'accès extérieur sans ouverture vitrée ;
- localiser les portes parallèlement à l'aire de circulation plutôt qu'à son extrémité et éviter tout cul-de-sac ;
- réduire le niveau d'éclairage à proximité des portes de sortie.

#### 4.2.2 Les aires de circulation

Les aires de circulation doivent permettre l'errance et faciliter l'orientation spatiale des clients.

##### Organisation générale

- Tenter d'aménager un parcours sans cul-de-sac ;
- les locaux communs tels que le salon, la salle à manger, les toilettes, etc. sont visibles depuis les aires de circulation ;
- prévoir de petites alcôves le long du parcours pour réduire l'effet corridor (figure 5) ;
- prévoir des bancs ou des chaises le long des trajets empruntés par les clients pour qu'ils puissent se reposer ;
- prévoir des espaces de rangement suffisants pour entreposer tout le matériel (par exemple les chariots, les paniers de linge souillé, etc.) hors des aires de circulation (figure 6) ;
- les armoires des boyaux d'incendie doivent, si possible, être placées plus bas que la main courante dans les corridors ;
- les prises de courant non utilisées doivent être protégées par des dispositifs de sécurité.



**Figure 6 :** espace de rangement pour un lève-personne mobile au sol

### L'éclairage

- Prévoir un éclairage indirect et continu en corniche combiné à l'utilisation d'appliqués muraux munis d'ampoules à incandescence ou de fluorescents compacts ; ceux-ci peuvent aussi éclairer plus intensément la signalisation (comme les noms et les photos des clients) pour en faciliter la lecture ;
- éviter les luminaires de type néon au plafond et un niveau d'éclairage trop élevé ;
- prévoir un système d'éclairage permettant de varier le niveau d'éclairage, particulièrement à l'heure vespérale (coucher du soleil) ;
- prévoir des veilleuses le long des aires de circulation pour l'errance de nuit.

### Recouvrement de sol

- Prévoir un revêtement dur avec fini mâtt de couleur unie, d'intensité moyenne ;
- utiliser une cire antireflet et anti-dérapante ;
- les motifs, les multiples couleurs, les planchers brillants sont déconseillés puisqu'ils peuvent provoquer des illusions, des étourdissements et favoriser la confusion.

### Plafonds et acoustique

- Tenter d'absorber, autant que possible, le son et de réduire l'intensité sonore. Prévoir des surfaces absorbantes. Éviter, par contre, le tapis dans les aires de circulation.

### Soutien à l'orientation spatiale

- Définir clairement les intersections des murs, des planchers et des plafonds en utilisant des couleurs contrastantes ou en recourant à des lisières ou des moulures de couleurs contrastantes ;

- mettre en évidence les portes des locaux dédiés aux clients en les peignant d'une couleur différente de celle du mur ; différencier la couleur des portes de chambres, des portes de locaux communs et d'activité (salle à manger, fumoir, etc.), et des portes de toilettes ;
- afin d'aider chaque client à retrouver seul sa chambre, on peut aussi différencier les couleurs des portes des chambres voisines ;
- s'assurer que les portes de chambres des clients ne soient pas en vis-à-vis afin de procurer une intimité visuelle à chaque client quand sa porte est ouverte ;
- aussi, pour aider le client à retrouver seul sa chambre, installer une photo significative, son nom (en gros caractères) ou un objet significatif (petite étagère ou petite niche) à l'entrée de sa chambre ;
- le long du parcours, dissimuler les portes des locaux dont l'accès est interdit aux clients en peignant le mur adjacent, le cadre et la porte de la même couleur ; une démarcation plus foncée sur le plancher devant la porte peut apparaître, pour certains clients, comme un obstacle et limiter ainsi l'accès au local (figure 7) ;
- installer la signalisation dédiée aux clients perpendiculairement au mur et celle dédiée aux visiteurs et au personnel, parallèlement au mur.



**Figure 7** : portes d'accès dissimulées pour un milieu de vie prothétique fermé

#### Assistance à la marche

- Prévoir une main courante à une hauteur de 80 à 90 cm fixée en console avec parties ascendantes en fin de course pour signaler cette fin ;
- les portes le long des aires de circulation doivent être dotées d'un dispositif de fermeture à action lente pour que les clients qui y prennent appui ne tombent pas.

#### **4.2.3 Les chambres**

Tel que déjà mentionné, toutes les recommandations générales de l'ASSTSAS pour les chambres de CHSLD devraient s'appliquer aussi pour les chambres privées en milieu de vie prothétique fermé afin d'offrir une flexibilité à l'établissement dans l'évolution de sa clientèle.

De plus, en ce qui concerne les besoins particuliers de la clientèle du milieu de vie prothétique fermé, on peut se référer aux recommandations de l'ASSTSAS<sup>17</sup>.

- Favoriser un décor non institutionnel et d'aspect domestique (figure 8), permettant une personnalisation de la chambre au goût du client et de sa famille. Limiter la personnalisation de la chambre à des éléments de décor (tableaux ou petits objets). Éviter

l'introduction de meubles additionnels qui encombrant les dégagements autour du lit et compromettent la sécurité du client et du personnel ;

- installer une lampe de chevet sécuritaire fixée au mur à environ 1 m au-dessus du lit plutôt que des luminaires de lit hospitalier, avec ajustement possible du niveau et de la direction d'éclairage ;
- pour l'éclairage général, prévoir une lumière réfléchi plutôt que directe et personnaliser le luminaire ;
- procurer un éclairage de nuit pour la sécurité et l'orientation des clients ainsi que la surveillance par le personnel ;
- pour des clients mobiles, ne pas installer les lève-personne sur rail au plafond, mais simplement prévoir les fixations au plafond (tiges filetées) et l'alimentation électrique nécessaires à leur installation future ;
- s'assurer que la porte des toilettes est bien visible à partir du lit en position allongée et que sa couleur est distincte de celle de la chambre et du garde-robe ;
- prévoir une valve de sécurité sous l'évier permettant de fermer l'eau et, de préférence, un contrôle de température de l'eau ;
- prévoir des fenêtres sécuritaires empêchant une chute possible du client ; les clients déments ne sont pas suicidaires, mais simplement peu conscients du danger. Fenêtres à bascule ou avec une ouverture maximale de 130 mm, si fenêtre coulissante ou à guillotine ;
- préférer une forme arrondie pour les miroirs afin d'éviter qu'il ne soit pris pour une ouverture (une personne démente peut ne pas reconnaître son propre reflet). Prévoir un volet ou un rideau pour dissimuler le miroir au besoin.



**Figure 8 :** décor non institutionnel d'une chambre

#### 4.2.4 Les locaux communs

La planification des locaux communs dépend directement du type de programmation prévue pour la clientèle et des interventions que devront effectuer les intervenants. Il est démontré que l'accomplissement d'activités utilitaires et significatives par le client permet de réduire l'agitation et les comportements agressifs et perturbateurs.

##### Salle à manger et cuisinette

Le milieu prothétique devrait comporter un espace cuisinette et une salle à manger pour la préparation de repas et l'organisation des activités cuisine. Les repas sont servis directement dans le milieu de vie et un service plat par plat, se rapprochant de la vie familiale, favorise le maintien de l'autonomie du client et contribue à la diminution des comportements agressifs et perturbateurs. La figure 9 montre une salle à manger qui répond à ces critères.

##### Organisation générale

- Créer une ambiance familiale et prévoir une décoration qui rappelle

l'aménagement des cuisines du passé, tel un vaisselier traditionnel ;

- les expériences tendent à démontrer l'intérêt de prévoir la cuisinette et la salle à manger dans un local qui puisse se fermer pour faciliter le regroupement des clients au moment des repas ;
- localiser la cuisinette et la salle à manger de manière à ce qu'elles soient faciles à repérer depuis les aires de circulation ;
- prévoir un local avec fenêtres ;
- aménager des toilettes à proximité de la salle à manger et s'assurer que la porte de ces toilettes soit bien visible à partir de la salle à manger, peinte de la couleur code réservée aux toilettes et avec un signe clair sur la porte (pour faciliter l'orientation, particulièrement en réponse à une urgence).

##### Comptoir de préparation

- Prévoir un comptoir de préparation d'une hauteur de 915 mm avec un évier doté d'un trop-plein, de robinets à poignée de type levier pour faciliter la manipulation et d'un rhéostat assurant le contrôle de la température ;
- prévoir une valve sous le lavabo pour couper l'eau au besoin ;
- prévoir une cuisinière et un réfrigérateur, et peut-être même un four à micro-ondes, avec contrôle d'accès à de tels équipements pour éliminer tous risques aux clients ;
- libérer un dégagement d'au moins 1 016 mm devant le comptoir de préparation ;
- si l'acheminement de la nourriture se fait en vrac à l'aide d'un chariot chauffant, prévoir un espace de rangement pour le chariot et une prise de courant localisée environ entre 960 et 1 067 mm du sol et munie d'un couvercle. Cet espace peut être à proximité d'un îlot prévu

pour servir la nourriture en vrac (figure 9) ;

- utiliser des couleurs contrastantes pour souligner et faire ressortir le bord du comptoir et les portes d'armoire ;
- prévoir des façons de contrôler l'accès aux appareils (réfrigérateur, plaque chauffante, four, etc.).

#### Salle à manger

- Prévoir des tables pour deux à quatre personnes et quelques tables pour une personne (figure 10). On peut se servir de tables dont les coins ont été incurvés pour faire de la place au personnel qui aide un client à manger ;
- recouvrir le plancher d'un revêtement antidérapant.

#### Rangement

- Prévoir une petite armoire à balais, linges à épousseter, porte-poussière qui pourront être utilisés par les clients.



**Figure 9** : salle à manger



**Figure 10** : mobilier de salle à manger

#### Salle de lavage

L'entretien des vêtements représente une activité utilitaire significative pour ces clients. Ancrée dans leur mémoire procédurale, certains d'entre eux conserveront long-temps un certain degré d'aptitude à participer à cette activité. Il est donc conseillé de favoriser la poursuite de cette activité en rendant disponible, dans le milieu de vie, une salle de lavage offrant tout l'équipement nécessaire (laveuse, sècheuse, table à repasser et fer, etc.). Là aussi, prévoir des façons de contrôler l'accès aux appareils.

#### Salles de bain

Dans tout CHSLD, les soins d'hygiène sont importants à bien planifier. Une autre publication de l'ASSTSAS<sup>18</sup> traite des salles de bain en CHSLD, particulièrement en ce qui concerne la clientèle peu autonome et à mobilité réduite. On y traite également des préoccupations de santé et de sécurité du personnel, notamment concernant les transferts.

Il est important de préserver la flexibilité des milieux de vie prothétiques pour répondre aux besoins des diverses clientèles. De même, les salles de bain doivent être planifiées en fonction des

besoins des milieux de vie prothétiques fermés. Les critères de performance particuliers suivants doivent aussi être considérés pour la clientèle démente<sup>19</sup>.

### Complexes sanitaires

Plutôt que de planifier des salles de bain séparées, il peut être préférable d'organiser des complexes sanitaires comprenant plusieurs salles de bain contiguës qui, souvent, communiquent entre elles. De tels complexes sanitaires sont typiquement partagés par au moins deux unités de vie. Dans un tel cas, et si l'un des deux milieux de vie est fermé et l'autre ne l'est pas, il importe de s'assurer que l'emplacement et les accès au complexe sanitaire sont tels que les accès du milieu de vie fermé soient bien contrôlés. De plus, l'accès au complexe sanitaire par le personnel et les clients de l'autre milieu de vie doit pouvoir se faire sans devoir traverser le milieu de vie prothétique fermé.

### Douches et bains

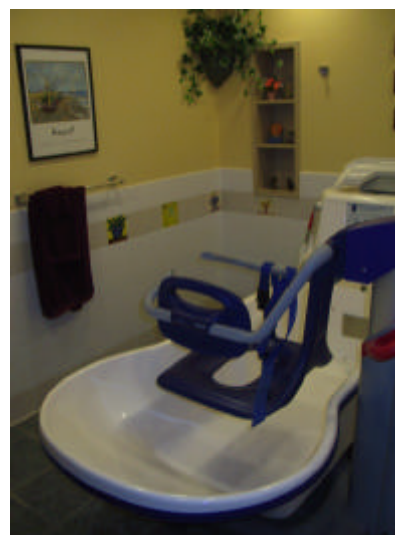
Un choix entre un bain ou une douche doit être offert aux clients pour tenir compte de leur degré d'autonomie et de leurs habitudes de vie antérieures au CHSLD. Toutefois, une clientèle démente peut réagir fortement aux stimulations sensorielles excessives. On privilégie alors la douche adaptée pour éviter l'utilisation d'équipement lourd et bruyant (baignoire à hauteur variable, lève-personne).

### Normalisation

Le principe de normalisation du décor des unités de vie prothétiques fermées s'applique aussi aux salles de bain. Il s'agit donc de réduire l'aspect clinique parfois privilégié dans un modèle hospitalier et de se rapprocher, autant que possible, d'une apparence domestique, ce qui demande des compromis. Les figures 11 a-b) illustrent ces possibilités.



**Figure 11 a)**



**Figure 11 b)**

Normalisation du décor d'une salle de bain

### Environnement calme et familial

On vise à concevoir un environnement calme et chaleureux par la décoration (tableaux, objets, couleurs, etc.) l'éclairage et le traitement acoustique des lieux. On réduit ainsi une stimulation sensorielle excessive pouvant donner lieu à des comportements difficiles pendant les soins d'hygiène.

## Comptoir

Un comptoir avec unités de rangement et lavabo de coiffure intégré peut être utilisé par les familles qui dispensent elles-mêmes des soins d'hygiène à leurs proches au cours de leurs visites. Cela peut aussi contribuer à encourager les clients à soigner leur apparence et à conserver un certain respect d'eux-mêmes.

### **À éviter**

- Les finis à motifs pouvant déclencher de fausses perceptions visuelles ;
- les luminaires directs provoquant l'éblouissement, par exemple lorsqu'allongé dans un bain ;
- les bandes sombres au plancher pouvant créer l'illusion d'une barrière ou d'un trou ;
- les miroirs qui peuvent renvoyer l'image d'une personne autre que soi-même (sauf si équipés de volets pour les dissimuler) ;
- un système de ventilation trop bruyant qui génère des courants d'air importants perçus comme froids.

## Centre de services

La section 4.1.6 précise la localisation recherchée du centre de services par rapport aux espaces communs et aux circulations de l'unité prothétique fermée.

Rappelons qu'il est important de préserver un lien visuel entre le centre de services et les locaux communs tels que la salle de séjour, la salle à manger, la salle d'activités et, surtout, le fumoir. La figure 12 montre un centre de services avec fenêtres donnant directement sur la salle de séjour, tandis que la figure 13 montre une vue de la même pièce à partir des aires de circulation.

Lorsque le centre de services dessert plusieurs modules, il est recommandé de lui attribuer un emplacement central d'où il est possible de maintenir une surveillance visuelle des espaces de séjour de plusieurs unités. On peut aussi prévoir des centres satellites au sein même des espaces communs (figure 14).

Comme dans toute autre aire similaire réservée au personnel des services de santé, on doit aussi prévoir les équipements habituels de la pharmacie, la lingerie, les utilités propres et souillées et l'entreposage des déchets.

En ce qui concerne l'aménagement interne du centre de services, en plus des liens visuels mentionnés, on peut prévoir les éléments suivants qui facilitent la tâche du personnel :

- surfaces de travail pour au moins deux à trois personnes, classeurs, rangements placés à une hauteur facile d'atteinte pour de petites personnes et n'obstruant pas le lien visuel au travers des baies vitrées. Il est aussi préférable de placer les sièges face plutôt que dos aux baies vitrées ;
- autant de postes informatisés que nécessaires, conformes aux recommandations ergonomiques habituelles (posturales, visuelles)<sup>20</sup> ;
- une aire de réunion, avec table et chaises, pouvant servir à quatre ou cinq personnes.



**Figure 12** : vue intérieure d'un centre de services



**Figure 13** : vue du même centre de services à partir des aires de circulation et de séjour



**Figure 14** : centre satellite près d'une aire d'activité

### Salles familiales

Il est recommandé de prévoir une ou plusieurs salles où les familles en visite peuvent se rendre avec un client. Si possible, prévoir de telles salles dans chacun des modules, de préférence près de l'accès. Toutefois, et comme les familles prennent en charge le client pendant la durée de la visite, il est aussi possible de prévoir de tels espaces ailleurs dans le CHSLD.

La figure 15 montre un exemple de salle familiale. Des équipements et du mobilier confortables y sont présents y compris un comptoir de cuisine avec les équipements habituels pour permettre aux familles de préparer un repas léger pour un client et, parfois, avec son concours. Prévoir aussi un coin « salon » dans la salle familiale.



**Figure 15** : salle familiale



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ROBITAILLE, M.J. *Suggestions pour les projets cliniques globaux des centres de soins de longue durée (personnes âgées)*. Conférence présentée à la Confédération des centres d'hébergement et de réadaptation, Montréal, ASSTSAS, septembre 1996.
2. Nous recommandons en particulier les deux ouvrages suivants :  
SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, Unité de design pour la santé, Division des services en établissement et des services professionnels, Direction des services de santé. *L'aménagement des établissements pour les personnes atteintes de démence*. Ministre des Approvisionnements et Services, 1991.  
Aussi :  
BRAWLEY, Elizabeth C. *Designing for Alzheimer's Disease*, Wiley Series in Healthcare and Senior Living Design, New York, John Wiley & Sons, 1997.
3. MSSS. *Guide d'aménagement des centres d'hébergement et de soins de longue durée. Édifices neufs, rénovation d'édifices existants*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de l'expertise, normalisation et contrats, Québec, 1999.
4. TAILLEFER, D. (1997). Un modèle renouvelé d'hébergement prothétique en établissement gériatrique de soins prolongés. *Bulletin d'information* du Centre de consultation et de formation en psychogériatrie, vol. 2, n° 2.  
<http://www.aei.ca/~ccfp/prothet.htm>
5. MSSS, *op.cit.*
6. LAWTON, M.P. *Psychosocial and environmental approaches to the care of senile dementia patients*, J.O. Coles et J.C. Barret, Psychopathology in the aged, New York, Raven Press, 1980, pp. 265-279.
7. COHEN, U., D. KRISTEN. *Contemporary environments for people with dementia*, Johns Hopkins University Press, 1993, 230 pages.
8. MONAT, A. *L'environnement physique, un support clinique important pour la clientèle hébergée ; Environnement : les aspects domiciliaires et institutionnels reliés à la personne âgée*, Centre d'expertise en gérontologie et gériatrie, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 1999.
9. MSSS, *op.cit.*
10. BERGERON, Y., A. MONAT. *Organisation d'un milieu de vie prothétique*, mai 1997.
11. BERTRAND, G., L. MORISSETTE. *La chambre : milieu de vie et lieu de travail*, Collection PARC « Bâtir pour mieux travailler », n° 2, ASSTSAS, Montréal, mai 1996, 25 pages.

12. ZEISEL, J. *Space design and Management with Dementia* ; Proceedings of the 28<sup>th</sup> Annual Conference on the Environmental Design Research Association, Montréal, 1997, p. 17-22 (traduction d'un des auteurs).
13. LINCOURT-ÉTHIER, F. *Une terrasse extérieure, des résidents présentant des déficits cognitifs et des comportements perturbateurs : un mélange explosif ou bénéfique ?* Journée de formation «milieu de vie et loisirs : contraintes et adaptation », Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Montréal, 4 juin 1999.
14. VILLENEUVE, J. *Simuler les activités de travail*, Collection PARC « Bâtir pour mieux travailler », n° 4, ASSTSAS, Montréal, avril 1997, p. 30.
15. *Ibid.*
16. Pour des précisions sur les besoins spécifiques des personnes âgées et programmation architecturale, voir la section 3 de GOUMAIN, P. « Ergonomie et conception des lieux de travail des services de santé », *Objectif prévention*, numéro spécial, L'ergonomie appliquée aux services de santé, Montréal, ASSTSAS, septembre 1992.
17. BERTRAND, G., L. MORISSETTE, *op.cit.*
18. BERTRAND, G. *Aménagement d'une salle de bain – Démarche et points de repère*, Collection PARC « Bâtir pour mieux travailler », n° 6, ASSTSAS, Montréal, janvier 2002, 57 pages.
19. *Ibid.*
20. Voir la norme canadienne : *Guide sur l'ergonomie au bureau*, Toronto, CSA International, 2001.

## **Collection PARC**

La collection PARC s'adresse aux décideurs patronaux et syndicaux, aux intervenants en santé et en sécurité du travail de même qu'aux professionnels des services techniques des établissements du secteur de la santé et des services sociaux.

Elle traite des éléments à considérer pour intégrer les préoccupations de santé, de sécurité du travail et d'ergonomie dans la conception des projets architecturaux de rénovation et de construction.

Chacun des fascicules traite d'un thème particulier. Abondamment illustrés, ils offrent des repères essentiels pour la conception et l'aménagement des bâtiments du secteur.

## **Titres déjà publiés**

N° 1

Le programme PARC : une aide à la conduite des projets architecturaux

N° 2

La chambre : milieu de vie et lieu de travail

N° 3

L'aménagement de résidences pour personnes multihandicapées  
présentant une déficience intellectuelle

N° 4

Simuler les activités de travail

N° 5

Les laveries en services alimentaires

N° 6

Aménagement d'une salle de bain – Démarche et points de repère