

RAPPORT DE RECHERCHE

Programme de subventions de recherche



Analyse des déplacements de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer dans un centre d'accueil



LA SCHL : AU CŒUR DE L'HABITATION

La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) est l'organisme national responsable de l'habitation au Canada, et ce, depuis plus de 65 ans.

En collaboration avec d'autres intervenants du secteur de l'habitation, elle contribue à faire en sorte que le système canadien de logement demeure l'un des meilleurs du monde. La SCHL aide les Canadiens à accéder à un large éventail de solutions de logements durables, abordables et de qualité, favorisant ainsi la création de collectivités et de villes dynamiques et saines partout au pays.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez consulter le site Web de la SCHL à l'adresse suivante :
www.schl.ca

Vous pouvez aussi communiquer avec nous par téléphone, au 1-800-668-2642, ou par télécopieur, au 1-800-245-9274.

De l'extérieur du Canada : 613-748-2003 (téléphone);
613-748-2016 (télécopieur).

La Société canadienne d'hypothèques et de logement souscrit à la politique du gouvernement fédéral sur l'accès des personnes handicapées à l'information.
Si vous désirez obtenir la présente publication sur des supports de substitution, composez le 1-800-668-2642.

**ANALYSE DES DÉPLACEMENTS
DE PERSONNES SOUFFRANT
DE LA MALADIE
D'ALZHEIMER DANS UN
CENTRE D'ACCUEIL**

par: Romedi Passini
Hélène Pigot
Constant Rainville
Marie-Hélène Tétreault
Yves Joannette

août 1997

Agent du projet à la SCHL: Luis Rodriguez

Ce projet a été réalisé grâce à une contribution financière de la Société canadienne d'hypothèques et de logement, dans le cadre du Programme de subventions de recherche (Dossier n° 6585-P068 de la SCHL). Les idées exprimées sont celles de l'auteur et ne représentent pas le point de vue officiel de la SCHL.

Remerciements

Nous exprimons notre gratitude aux bénéficiaires du Centre d'Accueil Alfred Desrochers qui ont collaboré fort gentiment à cette recherche.

Nous tenons à remercier les employés du Centre d'Accueil Alfred Desrochers qui ont participé à cette recherche.

Nous tenons également à remercier Madame Manon Desjardins, Chef des programmes communautaires, et Madame Shirley Tremblay, Directrice du Pavillon Alfred Desrochers et des Programmes Communautaires pour leur accueil et leurs commentaires éclairés qui ont guidé ce travail.

Nous remercions la Société Canadienne d'Hypothèque et de Logement, en particulier Monsieur Luis Rodrigues, agent du projet, pour le support apporté à cette recherche.

Résumé

La croissance du nombre de personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer (DTA) constitue un enjeu majeur dans les politiques de santé nécessitant, entre autres, de concevoir des édifices en fonction de cette clientèle. Grâce à une connaissance précise des capacités résiduelles des DTA ainsi que de leurs limitations, des interventions environnementales appropriées peuvent être réalisées. Cette recherche constitue une étape dans la compréhension des habiletés des DTA à se déplacer dans leur environnement familier. Réalisée dans un centre d'accueil, elle s'est déroulée en deux étapes. Tout d'abord, des entrevues avec les intervenants ont permis de documenter les habitudes de vie des résidents ainsi que les difficultés rencontrées lors de leurs déplacements. Ensuite, une observation directe auprès de résidents souffrant de DTA a été réalisée lors d'un trajet prédéterminé. Les observations recueillies font état de difficultés d'orientation spatiale chez les DTA malgré la familiarité du milieu dans lequel ils vivent. Toutefois, certaines articulations architecturales restent identifiables par cette clientèle. Il s'ensuit que pour que les DTA puissent s'orienter dans des édifices, ceux-ci doivent rencontrer certains critères tels qu'une nette identification des fonctions de chaque salle, une distinction claire entre les divers milieux traversés soit par des éléments architecturaux soit par des aménagements intérieurs. D'autre part la monotonie rencontrée par exemple dans les longs corridors oblige les usagers à discriminer les détails ce qui est au-delà des capacités des DTA.

Sommaire

Au Canada, la proportion de personnes âgées devrait augmenter à 14,5 % en 2011 et à 21,8 % en 2031 (McDowell et al., 1994c). La démence constitue un problème majeur pour ce groupe d'âge. Les estimations de la prévalence montrent que 8 % (252 600) des canadiens de 65 ans et plus satisfont aux critères relatifs à la démence. La démence de type Alzheimer (DTA) représente la forme la plus fréquente. Elle compte pour environ 50 % des cas. La DTA entraîne un affaiblissement progressif du fonctionnement cognitif. Les déficits mnésiques comptent parmi les symptômes les plus marqués. Très rapidement dans le processus de désintégration, la capacité de s'orienter dans l'espace (OS) est altérée. Avec l'évolution de la maladie, les troubles de l'OS s'accroissent et l'autonomie de la personne est compromise. Ce désordre génère une prise en charge et tôt ou tard les intervenants sont confrontés au problème de mise en institution.

Pour tenter de pallier aux difficultés d'OS et prolonger l'autonomie des personnes atteintes d'une DTA, des efforts ont été consacrés dans l'aménagement de milieux spécialisés (e.g., Centre d'accueil). Malheureusement, dans de nombreux cas, les interventions se résument à adapter des aménagements qui ont connu un certain succès chez la personne âgée. Un tel mode d'intervention s'appuie sur une prémisse inadéquate et ignore les caractéristiques intellectuelles propres à des gens connaissant une désintégration démentielle.

Cette recherche concerne l'étude des conduites d'OS, et de leur difficulté, chez des personnes présentant une DTA. Cette recherche s'est faite dans un centre d'accueil. Elle se fonde sur la prémisse voulant qu'une intervention dans un milieu, pour être efficace, doit s'appuyer sur une bonne compréhension de l'individu et de son mode d'interaction avec son milieu. Les données ont été recueillies à partir de deux sources d'information complémentaires: (a) une entrevue avec des intervenant(e)s du Centre d'accueil dans le but d'obtenir leurs observations concernant les conduites d'orientation des bénéficiaires et de définir un trajet permettant de faire une observation directe dans le milieu; (b) une observation directe auprès de quelques patients sélectionnés souffrant d'une DTA.

Les observations recueillies font état de difficultés d'orientation spatiale chez les DTA, malgré la familiarité du milieu dans lequel ils vivent. Les observations mettent en relief une série de facteurs rendant difficile les déplacements autonomes et efficaces des DTA dans le centre d'accueil. L'habileté à comprendre un espace architecturalement articulé de façon explicite est limitée, mais reste présente chez les DTA. Suite aux observations faites auprès des DTA et aux réponses des intervenants plusieurs recommandations pour intervenir sur le milieu ont été formulées. Ainsi, la fonction des lieux doit être clairement identifiée et cohérente tant au niveau architectural, de l'aménagement intérieur, de la signalisation et de l'appellation utilisée par chacun. L'hétérogénéité des comportements demandent une diversité de représentation de l'information. La distinction entre les étages doit être clairement identifiable par l'aménagement intérieur ou préférentiellement par des éléments architecturaux. L'homogénéité des lieux doit être évitée.

Executive Summary

In Canada, the proportion of seniors should rise to 14.5% by 2011 and to 21.8% by 2031 (McDowell et al., 1994c). Dementia constitutes a major problem for this age group. Prevalence estimates show that 8% (252,600) of Canadians aged 65 years or older meet the criteria for dementia. Alzheimer's dementia (AD) represents the most common form, accounting for around 50% of cases. AD brings about a progressive deterioration of cognitive functions. Impaired memory is among the most marked symptoms. Very rapidly into the disintegration process, the capacity for spatial orientation (SO) is altered. As the disease progresses, SO problems become more pronounced and the person's independence is jeopardized. This disorder leads to a situation where the person must be placed under care and, sooner or later, the workers are faced with the problem of institutionalization.

In an attempt to overcome SO difficulties and extend the independence of persons with AD, efforts were made in the design of specialized environments (e.g., nursing homes). Unfortunately, in many cases, the interventions were limited to adapting designs that were somewhat successful among seniors. Such an intervention method is based on an inadequate premise and does not take into account the intellectual characteristics specific to persons undergoing demential disintegration.

This research project concerns the study of SO behaviours, and their difficulties, among persons with AD. This research was conducted in a nursing home, and started from the premise that, for an intervention in an environment to be effective, it must be based on a good understanding of the individuals and the way that they interact with their environment. Data was collected by means of two complementary sources of information: a) an interview with one or more workers from the nursing home in order to obtain their observations concerning the orientational behaviours of the beneficiaries and to define a path that would allow for a direct observation in the environment; and b) a direct observation of a few selected patients with AD.

The observations revealed spatial orientation difficulties among persons with AD, despite the familiarity of the environment in which they live. These observations highlighted a series of factors that made it difficult for the persons with AD to get around independently and effectively in the nursing home. The ability to explicitly understand an architecturally structured space was limited, but remained present among the persons with AD. Further to the observations made among the persons with AD and the replies obtained from the workers, several recommendations were formulated in view of effecting certain interventions in the environment. As such, the function of the premises should be clearly identified and consistent, in terms of the architecture, the interior design, the signs and the designations used by everyone. Because of the heterogeneity of the behaviours, the information should be represented in various manners. The distinction between the floors should be clearly identifiable by the interior design or preferably by certain architectural elements. The homogeneity of the premises should be avoided.



National Office	Bureau national
700 Montreal Road	700 chemin de Montréal
Ottawa ON K1A 0P7	Ottawa ON K1A 0P7
Telephone: (613) 748-2000	Téléphone : (613) 748-2000

Since a limited demand for this research document has been anticipated, only a summary of its contents has been translated

By completing and returning this form you will help us to determine if there is a significant demand for this report in English. Mail the completed form to:

Canadian Housing Information Centre
Canada Mortgage and Housing Corporation
CI-200
700 Montreal Road
Ottawa, Ontario
K1A 0P7

Report Title: _____

I would prefer to have this report made available in English.

Name _____

Address _____

Street _____ Apt. _____

City _____ Province _____ Postal Code _____

Telephone () _____

Tables des matières

1.0 Introduction.....	1
2.0 Revue de la littérature	1
2.1 La démence de type Alzheimer.....	1
2.2 Les troubles de l'orientation dans l'espace dans la DTA.....	2
2.3 Les milieux architecturaux et la DTA.....	3
3.0 Problématique	4
4.0 Questions et Objectif de la recherche	5
5.0 Méthodologie de la recherche.....	6
5.1 Sujets	6
5.1.1 Les intervenant(e)s du Centre d'Accueil.....	6
5.1.2 Les bénéficiaires du Centre d'Accueil.....	6
5.2 Matériel et procédure	8
5.2.1 Caractéristiques du milieu	8
5.2.2 L'entrevue auprès des intervenant(e)s.....	8
5.3 Le protocole d'observations auprès des bénéficiaires.....	8
5.4 Procédure.....	9
6.0 Analyse des résultats	10
6.1 Introduction des thèmes et présentation des résultats.....	10
6.2 Profil de mobilité.....	10
6.2.1 Analyse des données du questionnaire.....	10
6.2.2 Analyse des données des trajets.....	12
Profil de mobilité du sujet 1.....	13
Profil de mobilité du sujet 2.....	14
Profil de mobilité du sujet 3.....	15
Profil de mobilité du sujet 4.....	16
Profil de mobilité du sujet 5.....	17
Profil de mobilité du sujet 6.....	18
Résumé des comportements des sujets.....	19

6.2.3 Discussion et recommandations.....	21
6.3 Information relative à l'orientation spatiale	21
6.3.1 Information architecturale.....	21
6.3.1.1 Dénomination des salles	22
6.3.1.2 Reconnaissance par la fonction	22
6.3.1.3 Reconnaissance des salles du rez-de-chaussée	24
Hall d'entrée	25
Salle à manger.....	26
Salle des loisirs.....	27
6.3.1.4 Reconnaissance des salles des unités de vie	29
Hall de l'étage	30
Salon.....	32
Couloir des chambres.....	34
Chambre.....	36
6.3.1.5 Discussion et recommandations	37
6.3.2 Information Signalétique	40
6.3.2.1 Quête d'information.....	40
6.3.2.2 Information concurrentielle	41
6.3.2.3 Inférence d'information.....	42
6.3.2.4 Signalisation des étages	42
6.3.2.5 Signalisation des chambres.....	43
6.3.2.6 Signalisation du salon de l'étage.....	43
6.3.2.7 Signalisation de la salle des loisirs	44
6.3.2.8 Signalisation par la couleur	44
6.3.2.9 Discussion et recommandations	44
6.3.3 Information par design d'intérieur.....	46
6.3.3.1 Revêtement de sol.....	46
6.3.3.2 Revêtement des murs	48
6.3.3.3 Transparence des lieux.....	49
6.3.3.4 Corridor	49
6.3.3.5 Discussion et recommandations	50
6.4 Point de repère.....	50
6.4.1 Poste de sécurité	50
6.4.2 Poste des infirmières.....	51
6.4.3 Ascenseurs	52
6.4.4 Tableaux d'activité et d'orientation.....	52

6.4.5 Horloge.....	54
6.4.6 Repères du rez-de-chaussée.....	54
6.4.7 Discussion et recommandations.....	55
6.5 Ascenseur.....	55
6.5.1 Performance des résidents.....	55
Identifier le but.....	56
Se rendre dans le hall des ascenseurs.....	57
Appeler l'ascenseur et appuyer sur le bouton de l'étage désiré.....	58
Attendre l'ascenseur.....	60
Entrer et sortir dans l'ascenseur.....	60
Reconnaître l'étage.....	61
6.5.2 Problèmes rencontrés par le personnel soignant.....	62
6.5.3 Discussion et recommandations.....	62
6.6 Politique du Centre.....	64
6.6.1 Autonomie.....	64
Performance à l'habillement.....	64
Situation d'habillement.....	64
Loisirs.....	65
Echelle d'autonomie.....	65
6.6.2 Sécurité.....	65
Poste des infirmières.....	65
Règle de restriction des déplacements.....	66
Dispositifs de restriction des déplacements.....	66
6.6.3 Discussion et recommandations.....	67
7.0 Sommaire des Recommandations.....	70
7.1 Information Architecturale.....	70
7.2 Information signalétique, Panneaux de signalisation, tableaux d'activité et répertoires.....	72
7.3 Design d'intérieur.....	77
7.4 Points de repère.....	79
7.5 Ascenseurs.....	80
7.6 Couloir et identification des chambres.....	84

8.0 Références86

Annexe 191

Annexe 2100

Annexe 3102

Liste des tableaux

Tableau 5.1. Caractéristiques des bénéficiaires présentant une DTA.....	7
Tableau 6.1 - Cotation de dépendance.....	13
Tableau 6.2 - Profil de mobilité du sujet 1.....	14
Tableau 6.3 - Profil de mobilité du sujet 2.....	15
Tableau 6.4 - Profil de mobilité du sujet 3.....	16
Tableau 6.5 - profil de mobilité du sujet 4.....	17
Tableau 6.6 - Profil de mobilité du sujet 5.....	17
Tableau 6.7 - Profil de mobilité du sujet 6.....	19
Tableau 6.8 - Performances de mobilité des sujets.....	20

Liste des figures

Figure 6.1 - Trajet standard réalisé	12
Figure 6.2 - Trajet réalisé par le sujet 6.....	18
Figure 6.3 - Aménagement d'un salon d'étage.....	23
Figure 6.4 - Aménagement du salon du rez-de-chaussée	24
Figure 6.5 - Salles du rez-de-chaussée.....	25
Figure 6.6 - Hall du rez-de-chaussée	26
Figure 6.7 - Accès à la salle des loisirs	27
Figure 6.8 - Baie vitrée du couloir menant à la salle des loisirs	28
Figure 6.9 - Salles des unités de vie des étages.....	29
Figure 6.10 - Salles de l'unité de vie du rez-de-chaussée.....	30
Figure 6.11 - Vue au sortir de l'ascenseur.....	31
Figure 6.12 - Chiffre de l'étage.....	32
Figure 6.13 - Baie vitrée d'un salon d'étage.....	33
Figure 6.14 - Entrée du salon des étages par la grande aile.....	34
Figure 6.15 - Identification de la porte de chambre.....	35
Figure 6.16 - Patron de reconnaissance du sujet 3	36
Figure 6.17 - Boutons d'appel des ascenseurs au rez-de-chaussée.....	41
Figure 6.21 - Poste des infirmières de l'unité de vie du rez-de-chaussée.....	52
Figure 6.22 - Tableau d'activité du troisième étage.....	53
Figure 6.23 - Tableau d'orientation du troisième étage	54
Figure 6.24 - Hall des ascenseurs du sous-sol.....	58
Figure 6.25 - Panneau des boutons d'appel à l'intérieur de l'ascenseur.....	59

1.0 Introduction

Au Canada, 10,6 % de la population était âgée de 65 ans en 1991. Cette proportion devrait augmenter à 14,5 % en 2011 et à 21,8 % en 2031 (McDowell et al., 1994c). C'est le segment de la population qui s'accroît le plus. La démence constitue un problème majeur pour ce groupe d'âge. Les estimations de la prévalence montrent que 8 % (252 600) des canadiens de 65 ans et plus satisfont aux critères relatifs à la démence. La démence de type Alzheimer (DTA) représente la forme la plus fréquente. Elle compte pour environ 50 % des cas (McDowell et al., 1994bc).

Outre les déficits mnésiques, les troubles de l'orientation dans l'espace (OS) représentent un aspect important dans le tableau clinique de la DTA. La capacité de s'orienter dans un environnement, ou de se déplacer d'un endroit à un autre dans un milieu en résolvant les différents problèmes d'orientation pour se repérer et se diriger, s'avère fondamentale pour l'autonomie de l'individu. Les troubles de l'orientation dans l'espace entraînent une prise en charge importante qui confronte les intervenants au problème de la mise en institution. Dans ce cas, les déficits de l'orientation temporo-spatiale s'accroissent souvent et la perte d'autonomie est alors plus marquée. Par ailleurs, cette altération a souvent un retentissement subjectif important dans le vécu du malade et de son entourage (Micas & Albaredo, 1991).

De plus en plus, on tend à considérer l'environnement comme un support thérapeutique potentiel. Pour tenter de palier aux difficultés et prolonger l'autonomie du bénéficiaire, certains intervenants en aménagement ont tenté de modifier le milieu architectural pour l'adapter aux besoins spécifiques de cette clientèle. Malheureusement, dans la plupart des cas, les interventions se résument à adapter des aménagements qui ont connu un certain succès chez la personne âgée. Un tel mode d'intervention s'appuie sur une prémisse inadéquate et ignore les caractéristiques intellectuelles propres à des gens connaissant une désintégration démentielle.

La présente recherche concerne l'étude des difficultés d'OS dans un milieu architectural, en l'occurrence un centre d'accueil, d'individus présentant une DTA. Cette recherche s'inscrit dans le prolongement de travaux faits dans le cadre de cette problématique (Passini et al., 1994, 1995). Elle se fonde sur la prémisse selon laquelle une intervention dans un milieu pour être efficace doit s'appuyer sur une bonne compréhension de l'utilisateur et de son interaction avec l'environnement.

2.0 Revue de la littérature

2.1 La démence de type Alzheimer

La maladie d'Alzheimer entraîne une dégénérescence diffuse du système nerveux central. La désintégration graduelle des fonctions cognitives supérieures conduit, à plus ou moins brève échéance, à un état démentiel (la DTA). À l'étape initiale, les déficits de la mémoire sont les plus manifestes. La mémoire récente est la plus affectée (Rosen, 1983). Ces troubles prennent l'allure d'un oubli banal de différents événements de la vie courante, mais attirent l'attention par leur fréquence. Au rythme de l'évolution de la maladie, les troubles mnésiques s'aggravent. Des lacunes dans la

mémoire des faits anciens y compris ceux concernant sa propre biographie deviennent apparents. Dans la phase évoluée, les repères temporels s'altèrent. Par ailleurs, la DTA se caractérise par un ensemble d'autres désordres cognitifs dont un trouble du langage (Ripich & Terrel, 1988), une apraxie idéomotrice ou idéatoire (Ajuriaguerra et al., 1964, 1966). Un déficit dans les fonctions exécutives permettant l'adaptation aux situations nouvelles est souvent signalé (Cronin-Golomb, 1990; Cronin-Golomb, Rho, Corkin, & Growdon, 1987). Janowsky & Thomas-Thrapp, 1993; Laflèche & Albert, 1995; Strub & Black, 1981). Il est aussi important de signaler des déficits dans la régulation de l'activité intentionnelle entament les capacités d'adaptation et laissent le DTA sur les rails de l'habitude et des automatismes. Les troubles de l'orientation dans l'espace sont pour leur part souvent rapportés.

2.2 Les troubles de l'orientation dans l'espace dans la DTA

Dans DTA, la présence d'une désorientation dans l'espace est signalée par plusieurs auteurs (Cummings & Benson, 1992; Folstein & Breitner, 1981; Habib & Sirigu, 1987; Joynt & Shoulson, 1979; Liu et al., 1991; Namazi, Rosner & Rechlin, 1991; Puel et al., 1991). Avec les troubles mnésiques, elle est considérée comme l'un des facteurs perturbant le plus l'adaptation sociale d'un DTA (Richard et al., 1979, 1981ab). Pour certains (Chenoweth & Spencer, 1986), elle est l'une des manifestations les plus évidentes de l'installation et de l'évolution d'un état démentiel (voir Rainville et al., 1994, pour une revue). Selon l'échelle d'évaluation de la démence de Reisberg (Reisberg, 1985), les difficultés se manifestent au troisième stade; le malade peut se perdre en se rendant dans un endroit *nonfamilier*. Au stade 4, correspondant à un affaiblissement intellectuel modéré, les difficultés à se déplacer s'aggravent, quoique l'individu reste en mesure de se rendre à des endroits familiers. Au stade suivant, la désorientation spatiale s'accroît et le malade ne peut plus vivre sans aide. Enfin, au stade 6, où l'affaiblissement intellectuel est sévère, l'individu a besoin d'aide pour se déplacer. Toutefois, il reste capable de se rendre à des endroits qui lui sont bien connus. Dans ce cas, il s'agit de milieux très familiers.

Passini et al. (1994, 1995, sous presse) ont mis en évidence un déficit marqué d'orientation spatiale dans un environnement nouveau. Les DTA se sont montrés incapables de se rendre à une destination déterminée dans un milieu inconnu, en l'occurrence un hôpital. Par ailleurs, les DTA avaient de la difficulté à trouver l'information (e.g., la signalisation) nécessaire à leur orientation. Dans certains cas, cette difficulté découlait des incapacités inhérentes au patient qui n'arrivait plus à élaborer les stratégies de recherche de l'information pertinente en fonction des buts ou sous-butts de la tâche. Dans d'autres cas, l'information trouvée était incomprise, c'est-à-dire que le sujet n'arrivait pas à la décoder correctement. Certaines de ces difficultés ont pu être identifiées; la proximité des composantes d'un panneau confondait le sujet (e.g., un mauvais numéro de porte est associé au lieu recherché); l'information pertinente à l'orientation était «noyée» dans une masse d'autres informations (e.g., babillard), ce qui pose problème aux DTA qui présentent une chute des capacités d'attention sélective; la signification de certaines informations est mal décodée (e.g., le numéro de l'ascenseur est confondu avec l'étage).

2.3 Les milieux architecturaux et la DTA

Le désir d'adapter des milieux architecturaux, comme par exemple des centres d'accueil, à une population vieillissante souffrant de déficits cognitifs a déjà donné lieu à un certain nombre d'efforts (voir Heston & White, 1983; Keen, 1989; Williams & Trubatch, 1993). L'objectif est d'améliorer le bien être, l'autonomie et la sécurité des bénéficiaires. Un survol de la littérature concernant les designs d'intervention montre que les travaux sont assez hétérogènes, tant dans les problèmes posés que dans les solutions apportées.

Dans l'ensemble des travaux, les auteurs reprennent de façon plus ou moins détaillée les mêmes comportements et déficits caractéristiques de la DTA, les caractéristiques physiques et sociales des unités spéciales de soin, les approches thérapeutiques et les questions relatives au personnel soignant. Trois approches différentes peuvent être distinguées. La première se centre sur l'identification des lieux physiques (Andreasen, 1985; Calkins, 1987a,b 1988; Cohen, Weisman, Ray, Steiner, Rand & Toyne, 1988; Cohen & Weisman, 1991; Gutman, 1989, 1992; Weisman, 1987; Weisman et al., 1991; Wertheimer, 1987; Williams & Trubatch, 1993), la seconde approche concerne l'identification au préalable des comportements et des besoins (Gilleard, 1984; Gold, 1991; Hall et al., 1986; Hyde, 1989; Mace, 1991; Maslow, 1994; Mathew & Sloane, 1991; Rader & Hoeffler, 1991; Shroyer & Hutton, 1991) et la troisième considère le malade et l'environnement comme un tout, social et physique (Coons, 1985, 1988, 1990; Hiatt, 1987, 1991; Koncelik, 1987; Ohta & Ohta, 1988; Peppard, 1991; Zeisel et al., 1994).

Concernant l'environnement résidentiel ou institutionnel, certains textes restent très «techniques», relatif surtout aux supports prothétiques et l'ergonomie, alors que d'autres se penchent davantage sur un problème physique ou un processus cognitif de la maladie d'Alzheimer en interaction avec l'environnement physique ou social en général.

Dans les études abordant des dimensions «techniques», on s'intéresse, par exemple, au type de poignée de porte, à l'accessibilité aux toilettes ou encore à la sécurité à travers l'aménagement des espaces (Gnaedinger, 1989; Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL), 1990). La domotique occupe une place importante dans le marché de l'habitation pour les personnes âgées. Ces guides (CABA, 1991; SCHL, 1993) présentent une série d'installations électroniques permettant sécurité et maintien à domicile. Ces aides techniques vont de l'appel d'urgence à la minuterie pour l'utilisation du fourneau. On ajoute, pour l'usage des gens avec déficits cognitifs, un système de codage avec des couleurs ou des images, des chiffres plus gros et des rappels temporels.

Des guides (Canada, 1991; SCHL, 1990) sont écrits pour les personnes qui ont à créer un environnement adéquat, à domicile ou en institution. Ces guides traitent principalement deux thèmes: la sécurité dans la salle de bain et la cuisine; et les réarrangements temporaires pour les comportements d'agitation ou d'errance, comme par exemple enlever tous les petits meubles d'une pièce, laisser des lumières allumées la nuit, mettre sous clés les objets précieux. Tous ces guides offrent des solutions pratiques qui sont temporaires ou du moins qui affectent peu l'organisation

spatiale. Ce sont des "arrangements" pour des lieux qui ne répondent que partiellement aux besoins de la personne âgée et démente.

Les guides destinés aux familles, sont tous faits selon un même schème: une définition de la maladie, les manifestations et besoins physiques, les besoins psychosociaux et les interventions sur l'environnement immédiat du malade (Lévesque et al., 1990; Kociol & Shiff, 1989). Ces interventions s'apparentent à celles décrites dans les textes précédents et les thèmes concernent la sécurité et les activités de la vie quotidienne. On mise beaucoup sur le milieu comme entité sociale. Les mesures prothétiques sont très souvent reliées aux personnels soignants ou aux aidants naturels. C'est à eux qu'il est demandé d'intervenir afin que l'individu retrouve sa chambre, puisse marcher sans se perdre, sans se blesser ou sortir à l'extérieur. Ce genre de guide n'apporte pas de solutions quant à des interventions sur l'environnement pouvant servir de support à l'autonomie de l'individu.

Certaines interventions s'intéressent à des problèmes de comportement caractéristiques à la démence, comme l'errance (wandering) (Dickinson, McLain-Kark & Marshall-Baker, 1995; Kociol & Schiff, 1989; Zgola, 1987). L'instauration d'espaces adéquats permet aux "errants" en manque d'activité physique de faire leur chemin et aux personnels soignants de les laisser déambuler sans s'inquiéter (McGrowder-Lin & Bhatt, 1988). Plusieurs unités ont développé des «wandering loops» qui permettent à l'individu de cheminer dans un lieu sans se retrouver dans un "cul-de-sac". C'est une bonne intervention qui ne doit pas faire marcher sans fin les résidents (Thomas, 1995). Dans ce cas, on peut parler d'encadrement à l'errance, afin qu'ils profitent des activités et des stimulations sensorielles présentes dans l'unité. L'errance sans but est très fréquente dans les unités de soins sans activités spécifiques pour la DTA ou d'espaces propices à la participation passive aux activités.

3.0 Problématique

Au total, il appert que l'environnement architectural peut être utilisé comme un support thérapeutique pour palier aux difficultés d'OS et prolonger l'autonomie de patients souffrant d'une DTA, ou d'une autre forme de démence. Ylieff et ses collaborateurs (1988) ont signalé l'importance d'améliorer l'orientation spatio-temporelle et de rétablir des repères d'identité par la présentation continue d'informations et par l'utilisation d'aides externes diverses. De même, pour Jacquemin et ses collaborateurs (1991), un environnement bien aménagé peut servir de support thérapeutique. La modification de certains paramètres de l'environnement physique peut permettre de diminuer les exigences qui pèsent sur le fonctionnement cognitif du patient.

Une intervention dans les interactions entre le bénéficiaire et l'environnement apparaît comme une voie prometteuse (McGrowder-Lin & Bhatt, 1988; Schultz, 1987). Parallèlement à l'effort de recherche pour des approches thérapeutiques (médicamenteuses), il est de première importance de développer des méthodes ayant pour but de palier au déficit, d'améliorer le vécu du quotidien.

Si le principe d'une intervention sur l'environnement est de plus en plus accepté, il importe maintenant d'établir les paramètres précis d'intervention.

Selon Hyde (1989), un environnement adéquat rencontre un certain nombre d'exigences. Il compense pour les pertes cognitives et sensorielles, apporte une volonté de contrôle sur l'environnement dans les Activités de la Vie Quotidienne et augmente la qualité de vie, incluant les loisirs et les relations interpersonnelles. Il contribue aussi à diminuer la tension, l'agitation et les problèmes de comportement. C'est un environnement qui maintient une bonne santé physique et une sécurité adéquate et crée un milieu de travail efficace pour le personnel soignant. Enfin, il répond aux codes et normes gouvernementaux de sécurité. Ces règles concernent le cadre général dans lequel doit s'articuler les interventions sur l'environnement, mais restent trop vagues.

Certains intervenants en aménagement ont tenté de modifier des environnements architecturaux pour les adapter aux besoins spécifiques de cette clientèle. A cet égard, les travaux de Cohen et Weisman (Cohen & Weisman, 1990, 1991; Cohen et al. 1988ab, Weisman et al., 1990) sont à signaler.

La revue des interventions montre que, dans beaucoup de cas, il s'agit d'une simple adaptation des connaissances relatives aux milieux des personnes âgées à celles de la population de déments (e.g., Schultz, 1987; Bertram, 1989). Une telle stratégie est nettement insuffisante. Elle s'appuie sur la prémisse implicite que les difficultés présentées chez la personne âgée sont tout simplement accentuées chez le DTA. Le rationnel sous-jacent veut qu'il y ait pour l'essentiel des différences quantitatives plutôt que qualitatives. Or, à considérer les données de la littérature (voir plus haut), ainsi que les observations faites dans le cadre de nos recherches, il appert qu'un tel point de vue ne peut être étayé. Au surplus, bon nombre d'études consistent en descriptions, spéculations et opinions. Il existe peu de données empiriques sur le fonctionnement de cette clientèle dans les milieux architecturaux. Les capacités cognitives résiduelles de la personne présentant une DTA et la nature de l'environnement architectural et organisationnel doivent être considérées de manière conjuguée. Dans la plupart des cas, les interventions sont centrées sur le second aspect et négligent le premier sans en comprendre la portée. Nous croyons qu'il est impératif de faire une intervention sur le milieu qui tiennent compte des caractéristiques cognitives des gens qui les fréquentent.

4.0 Questions et Objectif de la recherche

La présente recherche concerne les difficultés d'orientation dans l'espace de patient présentant une DTA. De manière opérationnelle, l'orientation dans l'espace est définie comme la capacité à se rendre à une destination déterminée (*Wayfinding*). Cette recherche a comme but d'identifier les difficultés d'orientation dans un habitat afin de comprendre la nature des difficultés et de proposer des modes d'intervention. Le principe régissant la présente étude veut que toute intervention sur l'environnement pour le rendre plus efficace pour les DTA, et éventuellement à d'autres groupes de personnes (âgées) en perte d'autonomie, doit s'appuyer nécessairement sur une compréhension des capacités cognitives de la population concernée. Il est donc impératif de connaître à la fois les capacités résiduelles, i.e. ce que la personne reste en mesure de faire, et les capacités perdues.

Cette recherche tente de répondre aux questions suivantes:

Quels sont les facteurs environnementaux déterminants dans l'orientation dans l'habitat?

Quels éléments architecturaux posent des difficultés?

Quelles caractéristiques de la signalisation, ou de toutes autres formes graphiques immobiles, sont au niveau de compréhension du DTA, et quelles sont celles qui apparaissent inefficaces?

5.0 Méthodologie de la recherche

Cette recherche concerne une analyse exploratoire des conduites d'orientation dans un centre d'accueil. Le recueil des données s'est fait à partir de deux sources d'information complémentaires: (a) une entrevue avec des intervenant(e)s du Centre d'accueil dans le but d'obtenir leurs observations concernant les conduites d'orientation des bénéficiaires et de définir un trajet permettant de faire une observation directe dans le milieu; (b) une observation directe auprès de quelques patients sélectionnés souffrant d'une DTA.

5.1 Sujets

5.1.1 Les intervenant(e)s du Centre d'Accueil

Dix intervenant(e)s ont été sélectionnés dans le personnel centre d'accueil. Comme critère d'inclusion, ils devaient y avoir travaillé depuis au moins 4 mois. Dans le but d'avoir une diversité d'observations, diverses catégories professionnelles ont été retenues, dont les suivantes: la directrice du centre d'accueil, un agent de sécurité, une ergothérapeute, une physiothérapeute, une récréologue, deux préposés aux bénéficiaires, une infirmière assistante chef, une infirmière auxiliaire et une infirmière chef.

5.1.2 Les bénéficiaires du Centre d'Accueil

Les déplacements de six bénéficiaires présentant une DTA ont été observés dans le centre d'accueil. La sélection des sujets s'est faite à l'aide d'une étude des dossiers et une consultation auprès des intervenant(e)s. La sélection a tenu compte de l'existence de différentes unités du centre. Ces unités diffèrent en fonction du type de bénéficiaires, à savoir la sévérité de la détérioration, la présence d'un trouble du comportement (e.g., errance, agressivité), et corrélativement, de leur mode d'organisation interne. Cette sélection permettait d'avoir à la fois une plus grande diversité de bénéficiaires et d'environnement.

Les bénéficiaires retenus rencontraient les critères de diagnostic d'une DTA du groupe de travail NINCDS-ADRDA (McKahn et al., 1984). À l'échelle ischémique de Hachinski, ils avaient une cote plus petite ou égale à 4. Le consentement écrit des bénéficiaires et/ou des tuteurs avaient été obtenus.

Par ailleurs, pour obtenir une plus grande diversité de comportements d'orientation, des bénéficiaires à différents stades de détérioration ont été sélectionnés. Les bénéficiaires ont également été choisis sur la base des commentaires faits par les intervenant(e)s. Ils étaient dans le Centre d'accueil depuis au moins un mois. Tous ces bénéficiaires étaient des femmes. Le tableau 5.1 résume les principales caractéristiques des bénéficiaires.

No. Bénéficiaires	Age	Sexe	MMS ¹	EDG ²
1	88	F	15	4
2	94	F	15	5
3	92	F	15	5
4	76	F	22	3
5	91	F	0*	6
6	82	F	12	5

* Les difficultés de langage n'ont pas permis la passation du questionnaire.

¹ MMS : Mini Mental State (Folstein, Folstein & McHugh, 1975).

² EDG : Echelle de Détérioration Globale (Reisberg, 1985).

Tableau 5.1. Caractéristiques des bénéficiaires présentant une DTA.

Les scores au MMS (voir annexe 2) montrent que les sujets présentent un niveau de détérioration sévère, à l'exception du sujet 4 (tableau 5.1). Selon cette échelle, il y a une détérioration cognitive quand le score est ≤ 23 . Il a été impossible de faire passer le MMS au sujet 5 à cause de son trouble de langage sévère. Il faut rappeler que les manifestations cliniques de la DTA ne sont pas homogènes. Certaines dimensions de l'activité cognitive peuvent être plus atteintes que d'autres. Dans la DTA, la présence d'une hétérogénéité dans le fonctionnement cognitif a déjà été signalée (Celsis, Agniel, Rascol & Marc-Vergnes, 1987; Joannette, Ska, Poissant & Béland, 1992).

Pour sa part, l'échelle de détérioration globale (EDG) de Reisberg montre aussi une grande variation dans les niveaux de sévérité de la détérioration. Dans cette échelle, le stade 3 correspond à un affaiblissement intellectuel léger, le stade 4 à un affaiblissement intellectuel modéré, le stade 5 à un affaiblissement intellectuel modérément grave et enfin le stade 6 à un affaiblissement intellectuel grave (voir annexe 3).

On notera qu'il n'y a pas de correspondance directe entre un score au MMS et un stade à l'EDG. Il s'agit de deux formes de mesure différentes de la détérioration intellectuelle.

Attirons l'attention sur le fait qu'il s'agit d'un design expérimentale de type «étude de cas multiple». Le nombre restreint de 6 bénéficiaires visait à avoir une diversité de conduites d'orientation dans l'espace et non à dégager le profil prototypique du comportement d'orientation dans la DTA en général, ce qui serait l'objet d'une étude

groupe (avec des statistiques inférentielles). La diversité des conduites était recherchée. La distribution des sujets montre une variabilité dans la sévérité de l'atteinte, ce qui était recherché dans le cadre de cette recherche.

5.2 Matériel et procédure

5.2.1 Caractéristiques du milieu

Le choix d'un centre d'accueil a été motivé par diverses considérations. Cette recherche est écologique, c'est-à-dire ayant une similarité avec les problématiques de la vie courante. A l'instar des institutions analogues ayant la même vocation, c'est un lieu que ce type de patient est susceptible de fréquenter. Le centre d'accueil retenu (Centre d'accueil Alfred Desrochers) est représentatif de ce type d'institution. Il compte 125 bénéficiaires distribués sur 4 étages. Il comprend un centre de jour.

La première partie de la recherche consiste en une entrevue avec les intervenant(e)s. Pour sa part, la seconde partie de la recherche concerne une observation directe des conduites d'orientation dans l'espace des bénéficiaires.

5.2.2 L'entrevue auprès des intervenant(e)s

Les dix intervenant(e)s ont été rencontré(e)s individuellement dans le cadre d'une entrevue semi-structurée d'une durée d'environ une heure. L'entrevue, qui était enregistrée, s'est déroulée avec l'aide d'un questionnaire (voir annexe 1).

Le questionnaire a été élaboré en fonction des caractéristiques standards à un centre d'accueil (voir plus bas) et des besoins des bénéficiaires (e.g., types de déplacement). Le questionnaire se composait de questions de type «semi-ouvertes» et concernaient, entre autres, l'utilisation des lieux (fréquentation, règles), la compréhension de la signalisation, les difficultés rencontrées par les bénéficiaires. Les tentatives d'intervention ont été notées. Elles concernent celles faites dans le passé et celles faites plus récemment et qui sont toujours en application. Les suggestions des intervenant(e)s ont aussi été consignées.

L'analyse des données du questionnaire a conduit à l'élaboration du trajet permettant les observations directes des conduites d'orientation spatiale des DAT.

5.3 Le protocole d'observations auprès des bénéficiaires

Les observations des conduites d'orientation dans l'espace auprès des bénéficiaires se sont faites à partir d'un trajet dans le Centre d'accueil. Le trajet global se résume comme suit:

- (1) de la Chambre au Salon;
- (2) du Salon à la Salle à manger;
- (3) de la Salle à manger à la Salle des Loisirs;
- (4) de la Salle des Loisirs à la Chambre.

Les diverses destinations ont été dévoilées au fur et à mesure. Le point de départ est la chambre du bénéficiaire. Le trajet a été établi en fonction de différents paramètres. Le tracé tient compte des commentaires recueillis auprès des intervenant(e)s, des

caractéristiques architecturales du Centre d'accueil et de la nature des déplacements des bénéficiaires, c'est-à-dire en fonction des besoins propres du patient dans un tel milieu. Les caractéristiques architecturales comprennent l'organisation architecturale (e.g., la forme du bâtiment, les déplacements horizontaux et verticaux, etc.), la signalisation interne (e.g., la présence de répertoires ou de plans d'orientation, etc.) et les espaces fonctionnels (e.g., salle à manger, salle des loisirs, etc.).

Le trajet a été conceptualisé de manière à intégrer les diverses conduites requises, par exemple utiliser un ascenseur. Il inclut également diverses problèmes d'orientation dans l'espace rencontrés dans un tel milieu. Ces caractéristiques ont été étudiées ailleurs (voir Passini et al., 1994; Rainville et al., sous presse). Le trajet a également été défini en fonction du niveau de familiarité des destinations. Par exemple, une destination telle la Salle à manger est familière, alors que la destination Salle des Loisirs est moins familière.

5.4 Procédure

Dans la procédure, deux examinateurs accompagnaient le bénéficiaire qui devait se rendre à différents points déterminés. Le bénéficiaire avait pour consigne de ne pas demander de l'information à d'autres personnes. Il devait verbaliser ses conduites et ses intentions, faire «comme s'il pensait à voix haute». Un des examinateurs posait des questions au bénéficiaire au moment approprié pour l'inciter à verbaliser. Il tentait ainsi de savoir le contenu de sa démarche à l'aide de diverses questions (e.g., Qu'est-ce que vous faites? Que cherchez-vous? Où voulez-vous aller?), ainsi que les éléments qui posent problème. L'échange était enregistré sur un magnétophone portatif. Le bénéficiaire en était avisé. Le second examinateur avait pour tâche de noter les comportements, les détails et les particularités rencontrés sur le trajet.

En présence d'une difficulté insurmontable de la part du sujet, l'examineur intervenait en fonction d'un protocole standardisé. Par exemple, l'examineur intervenait lorsque le sujet voulait se déplacer au-delà de limites définies. Dans la procédure d'intervention, l'examineur interrogeait le sujet sur ses intentions, puis lui indiquait la bonne direction ou la procédure à suivre. Il était de nouveau laissé à sa propre initiative.

6.0 Analyse des résultats

6.1 Introduction des thèmes et présentation des résultats

L'analyse des données est basée sur les observations recueillies lors des entrevues avec les dix répondants et lors des trajets avec les six sujets. Ces données ont été regroupées selon cinq grands thèmes: le profil de mobilité, les informations relatives à l'orientation spatiale, les ascenseurs, les points de repères et les politiques du centre. Les informations relatives à l'orientation spatiale comprennent les informations architecturales, signalétiques et celles venant du design d'intérieur. Le thème concernant les politiques du centre regroupe deux sous-thèmes: celui de l'autonomie ainsi que celui de la sécurité. Tout dépendant de la nature des données recueillies, elles seront présentées de deux façons: soit les données du questionnaire au début et celles des trajets ensuite, soit les deux types de données se chevauchant, rassemblées sous un même sous-thème. Lorsque cela sera pertinent les lieux physiques concernés seront décrits afin de faciliter l'interprétation des résultats. Chaque thème sera clos par la présentation d'une discussion concernant les résultats et les différences pouvant exister entre les données de sources différentes, ainsi que les recommandations découlant de cette discussion.

6.2 Profil de mobilité

6.2.1 Analyse des données du questionnaire

Il est entendu que les propos des répondants concernent tous les résidents du centre qui ont des troubles cognitifs, et non seulement les sujets qui ont effectué les trajets.

Nous avons demandé aux répondants de nous indiquer le nombre de résidents dont ils ont la charge et qui sont capables de faire les trajets suivants: de leur chambre au salon, de la salle à manger à la salle des loisirs, de leur chambre au local de la coiffeuse et finalement du salon à la chambre (voir le questionnaire en annexe, questions 6 à 9). Il est à noter que la salle à manger et la salle des loisirs sont situées au rez-de-chaussée, alors que le local de la coiffeuse est au sous-sol.

Il y a beaucoup de variations dans les propos des répondants. Tous n'ont pas le même bassin de population; certains s'occupent d'un étage bien précis alors que d'autres font référence à un groupe de résidents. C'est le cas entre autres des ergothérapeute et physiothérapeute, qui incluent dans leur propos tous les résidents dont ils ont la charge, et du chef de sécurité qui ne peut parler que des résidents qui descendent en bas. Leur opinion sur le profil de mobilité des résidents est donc très divergeant et difficile à interpréter de façon générale. Il y a tout de même un consensus quant au trajet incluant un déplacement vertical vers le sous-sol: à peu près tous les résidents ont besoin d'accompagnement. Quant aux trajets chambre-salon et salon-chambre aucun répondant ne s'entend sur une même proportion, pour certains plus de résidents sont capables de se rendre au salon seul, pour d'autres c'est le trajet inverse qui est plus facilement réussi. Il ressort de ces propos, que les résidents du 3e étage, unité dite prothétique et fermée, ont beaucoup plus de difficulté à circuler sur leur propre unité de soin que ceux des autres unités. Quant aux

résidents des autres étages, de façon générale, c'est entre la moitié et le quart d'entre eux qui peuvent faire seul ces trajets.

Selon les propos recueillis, les nouveaux résidents auraient de la difficulté à se retrouver et à s'orienter dans le centre, soit reconnaître leur nouvelle chambre (n=2)¹, ou distinguer les ailes l'une de l'autre (n=1). Ils ont alors tendance à partir dans la mauvaise direction et à marcher jusqu'à la fin d'un corridor avant de rebrousser chemin, il faut alors les orienter dans la bonne direction (n=3). Ce comportement est encore présent chez bon nombre de résidents qui vivent dans le centre depuis plusieurs mois, voire plusieurs années. Lorsqu'ils sortent d'une pièce ou de l'ascenseur ils ne savent pas de quel côté aller. Il faut les re-situer et ils finissent par se rendre à leur chambre (n=1). Il est évident que les résidents ont moins de chance de se perdre lorsqu'ils n'ont pas à se déplacer, comme c'est le cas pour la grande majorité d'entre eux, et même la totalité de ceux du 3e étage, qui prennent leurs repas sur l'étage même de leur chambre (n=2). De même, les résidents qui ne se déplacent pas par eux-mêmes, se perdent automatiquement dans le centre s'ils ont à le faire seul pour une raison ou une autre (n=1). Le problème de la désorientation est particulièrement présent lors de l'utilisation des ascenseurs: les nouveaux résidents ont de la difficulté à se souvenir où sont les ascenseurs, ils se trompent d'étage et deviennent anxieux, la porte se refermant trop vite, et s'ouvrant à plusieurs étages (n=3). Cela peut dépendre des habitudes prises avant leur arrivée, à savoir s'ils prenaient seul ou non l'ascenseur (n=1). La période d'adaptation peut en être une d'agressivité et d'anxiété (n=2), ils auront tendance à se perdre et à fuguer plus souvent (n=1). Même après la période d'adaptation les changements d'étages demeurent un problème pour une grande partie des résidents. La question de l'utilisation des ascenseurs sera abordée de façon plus détaillée à la section 6.5.

Lorsque les résidents se perdent, plusieurs comportements ont été observés par les répondants. On retrouve surtout de l'angoisse (n=4) et de l'anxiété (n=3), souvent mêlé à de la panique ou à de la confusion. Certains vont cesser de parler et s'enfermer dans le mutisme (n=2), d'autres vont au contraire se mettre à parler beaucoup (n=2). Les avis sont partagés quant à la présence ou non d'agressivité (n=5), de peur (n=2) ou de peur de s'être perdu ou de se perdre éventuellement (n=1). Certains résidents vont marcher beaucoup, de long en large, incapable d'exprimer s'ils sont perdus (n=2). En général ils ne veulent pas qu'on les ramène (n=1), quoique cela demeure du cas par cas (n=1). Il semble que la période entre le milieu et la fin de l'après-midi, soit entre 14hr et 18hr, demeure un moment où ces difficultés sont les plus accentuées. Pour certains répondants cela se produit parce que c'est un des moments où il y a le plus d'activités (n=1): c'est l'heure du changement de personnel et où il est moins disponibles (n=2) et c'est aussi l'heure du repas et l'arrivée des cabarets (n=1). Pour d'autres, c'est plutôt à cause de la fatigue des résidents (n=2). Selon les répondants, c'est aussi le moment où les résidents sont le plus sous contention; jusqu'à plus de la moitié des résidents du 3e étage sont sous médication (n=2). C'est aussi pendant cette période que les gens font plus d'errance (n=1). Les autres moments difficiles de la journée, sont lors des déplacements, soit le matin (n=1) et pendant la soirée (n=2).

¹ Le chiffre entre parenthèses indique le nombre de répondant(e)s ayant fait le commentaire rapporté.

6.2.2 Analyse des données des trajets

Le trajet proposé était le même pour tous les sujets qui habitent sur les étages, hormis le sujet 6 dont la chambre est au rez-de-chaussée. Toutefois, le trajet peut se révéler légèrement différent pour certains sujets selon l'endroit où l'expérimentation a commencé et selon leur capacité ou leur crainte à réaliser les trajets. La figure 6.1 montre le trajet réalisé par cinq sujets, le trajet du sujet 6 est illustré à la figure 6.2, à la section concernant le profil de mobilité de ce sujet. Le trajet standard se décompose comme suit: depuis le salon de l'étage (1) se rendre à sa chambre puis à la salle à manger (8) via le hall des ascenseurs (3) qui se trouve près du poste des infirmières (2). Au rez-de-chaussée se diriger vers la salle à manger (8) en croisant l'entrée (6) et le poste de sécurité (7) puis vers la salle des loisirs (9) avant de retourner à sa chambre.

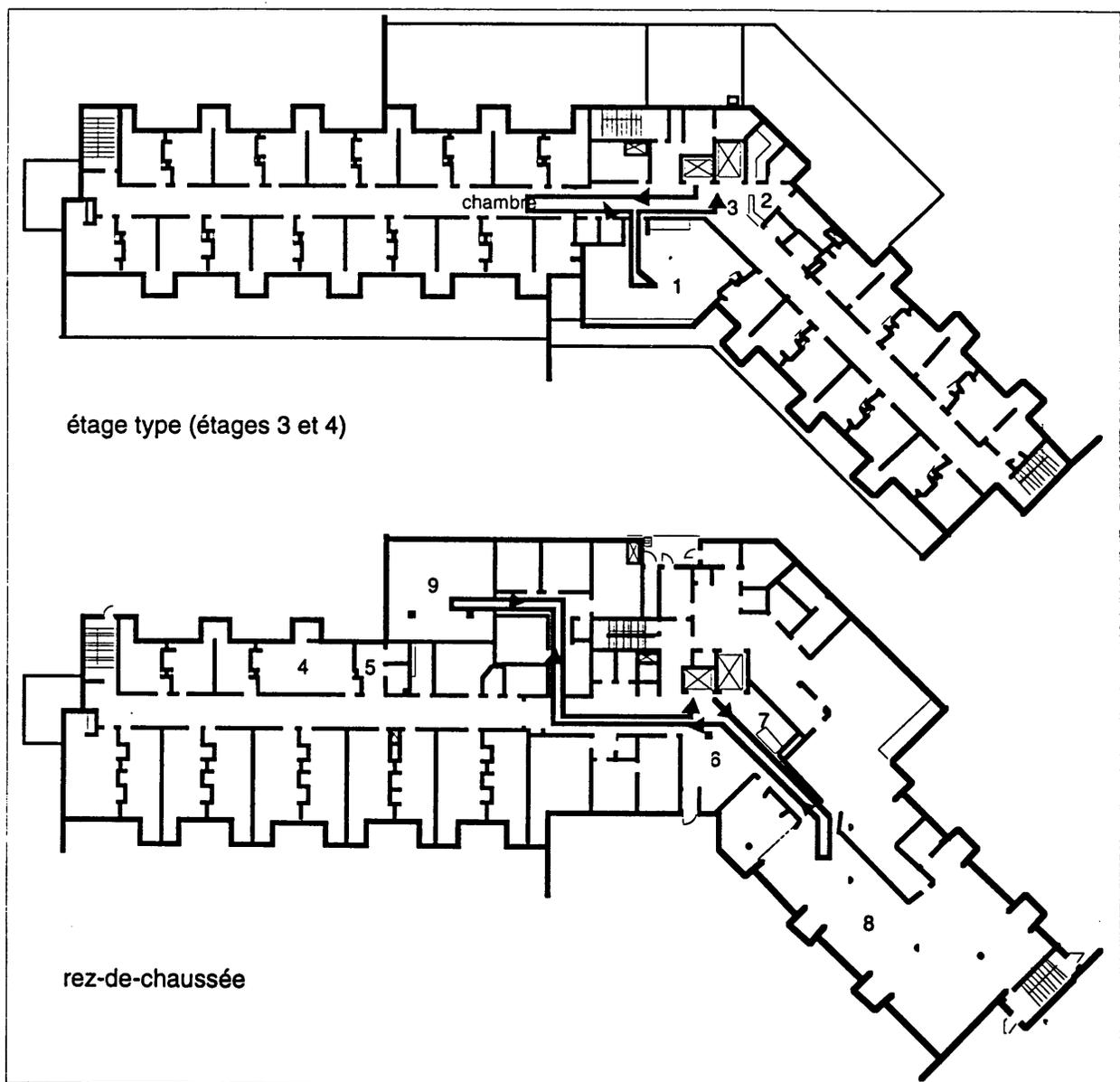


Figure 6.1 - Trajet standard réalisé

Les pièces (4) et (5) indiquent respectivement le salon et le poste des infirmières du rez-de-chaussée où ne s'est rendu que le sujet 6.

Le comportement des sujets lors de la tâche demandée est présenté dans un court texte. On y détaille comment le sujet a réalisé les trajets et quel est son comportement général lors de la tâche. La performance du trajet est ensuite résumée dans un tableau. Le trajet qui contient le déplacement vertical, est découpé afin d'isoler la performance quant à l'ascenseur. Pour chaque portion du trajet, on retrouve donc le but fixé par l'examineur, le trajet réalisé par le sujet et une cotation quant à la réussite de cette portion du trajet.

La cotation est similaire à celle utilisée dans le questionnaire pour les intervenants (indépendance, aide partielle, aide totale). Il nous a toutefois semblé nécessaire de préciser le type d'indépendance dans l'accomplissement des trajets. En effet, il peut arriver que lorsque le but est fixé le sujet réalise la tâche sans erreur et sans hésitation. D'autres fois, le sujet se rend à la destination sans intervention de l'examineur mais fait des détours et s'auto-corrige.

Cotation	Qualification	Comportement associé
3	indépendance	se rend directement à la destination
2	indépendance avec détour	se rend à la destination sans intervention de l'examineur mais réalise des détours et s'auto-corrige
1	aide partielle	nécessite l'intervention verbale de l'examineur pour rappeler les buts ou donner des indices pour se rendre à la destination
0	aide totale	est guidé par l'examineur

Tableau 6.1 - Cotation de dépendance

Profil de mobilité du sujet 1

Le trajet proposé au sujet 1 par l'examineur est le suivant: depuis sa chambre se rendre au salon, puis à la salle à manger du rez-de-chaussée et à la salle de loisirs, enfin retourner à sa chambre.

Pendant la réalisation du trajet, le sujet éprouve de la difficulté à identifier les buts. Pour le sujet, le but salle à manger correspond à la salle où il va régulièrement manger, c'est à dire le salon de l'étage où il se trouve quand l'examineur lui pose la question. On peut ainsi supposer que le détour réalisé par les chambres est une façon pour le sujet de donner un sens au but de l'examineur. Tous les buts qui indiquent des salles du rez-de-chaussée semblent perturber le sujet. La salle à manger n'est identifiée que lorsque le sujet s'y trouve. Le sujet ne connaît pas de salle qui correspond à la salle des loisirs du rez-de-chaussée, ajoutant à la confusion qu'un autre bénéficiaire lui indique une autre salle des loisirs au sous-sol. Quand l'examineur, depuis le rez-de-chaussée, propose au sujet de revenir à sa chambre, le sujet semble plutôt comprendre la visite des chambres du même niveau. Pour retourner à sa chambre, lorsque le numéro de chambre est identifié, le sujet se révèle

capable d'appuyer sur le bouton de l'étage et de se rendre à sa chambre en s'auto-corrigeant quand il se trompe d'aile. Pour se rendre à sa chambre, le sujet va jusqu'au fond du couloir avant de retourner à sa chambre. Elle connaît l'étage ainsi que le numéro de sa chambre et l'utilise pour reconnaître sa chambre. Le sujet 1 est plus à l'aise dans les milieux très familiers de son étage qu'au rez-de-chaussée.

Le comportement de ce sujet est caractérisé par le besoin de trouver de l'information. Elle lit à haute voix toutes les informations écrites sur le mur, que ce soit les programmes d'activité, les messages de sécurité ou les panneaux de signalisation. Elle demande aussi fréquemment la direction aux personnes qu'elle croise.

But	Trajet réalisé par le sujet	Cotation
salon	Elle se rend directement de la chambre au salon	3
salle à manger	Identifiant comme salle à manger, le salon où elle se trouve fait un détour par les chambres puis retourne au salon. Par la suite, elle se fait accompagner au hall des ascenseurs.	0
	Aidée verbalement, elle appuie sur le bouton d'appel en bas et appuie seule sur le bouton de l'étage du rez-de-chaussée.	1
	Elle se trompe de côté en sortant de l'ascenseur et est ensuite guidée.	0
salle des loisirs	Elle ne connaît pas de salle qui s'appelle salle des loisirs.	0
chambre	Elle se trompe de côté en sortant de la salle des loisirs, puis est accompagnée par l'examineur au hall de l'ascenseur.	0
	Elle appuie sur le bouton d'appel, sur le bouton de l'étage de sa chambre et sort en ayant lu dans l'ascenseur, l'étage où il est arrivé.	3
	A la sortie de l'ascenseur, elle se dirige vers le mauvais corridor et s'auto-corrige en se rappelant du numéro de sa chambre puis elle passe devant sa chambre en l'indiquant, va jusqu'au bout du couloir et revient à sa chambre.	2

Tableau 6.2 - Profil de mobilité du sujet 1

Profil de mobilité du sujet 2

Le trajet proposé au sujet 2 par l'examineur est le suivant: depuis sa chambre se rendre au salon descendre à la salle à manger puis à la salle des loisirs et retourner à sa chambre. Le sujet 2 a montré une opposition à réaliser la tâche en prétextant de la fatigue. Elle a refusé de se rendre à la salle des loisirs et a montré une grande difficulté à se rendre dans tous les lieux énoncés, dont sa chambre. Ce sujet se déplace en marchette.

But	Trajet réalisé par le sujet	Cotation
salon	Elle se rend directement de sa chambre au salon.	3
salle à manger	Elle se rend directement au hall des ascenseurs.	3
	Elle montre une grande crainte face à l'ascenseur mais accepte d'y pénétrer en laissant l'examineur réaliser la tâche.	0
	Elle se rend directement de l'ascenseur à la salle à manger.	3
salle des loisirs	Elle refuse de s'y rendre.	-
chambre	Elle est accompagnée aux ascenseurs, voulant demander au gardien de sécurité comment se rendre à sa chambre.	0
	Elle est dépendante pour l'utilisation de l'ascenseur.	0
	Elle a besoin d'être guidée pour se rendre à sa chambre.	0

Tableau 6.3 - Profil de mobilité du sujet 2

Profil de mobilité du sujet 3

Le trajet proposé au sujet 3 par l'examineur est le suivant: depuis le salon se rendre à sa chambre, descendre en bas pour aller à la salle à manger et à la salle des loisirs, puis retourner à sa chambre. Ce sujet montre une grande anxiété à utiliser l'ascenseur, anxiété qui s'est manifestée quand le sujet a refusé une première fois de se rendre en bas. C'est donc lors de la deuxième expérimentation que ce trajet a été proposé en découpant au départ les buts (descendre en bas, salle à manger) pour ne pas inquiéter le sujet.

Pour se rendre à sa chambre, le sujet, tel que nous avons pu le voir dès le début du trajet et comme nous l'ont rapporté le personnel soignant, ouvre plusieurs portes et s'égare dans une des chambres avant la sienne. Toutefois, nous avons remarqué que ce sujet suivait un modèle de comportement pour se rendre à sa chambre qui non seulement était reproductible mais comportait une certaine logique en fonction de l'architecture des lieux. Pour le dernier retour à sa chambre, le sujet a montré une plus grande facilité. Même si elle a réalisé un détour par le salon, on peut se demander si celui-ci n'a pas été fait dans le but de nous faire visiter le centre d'accueil comme nous lui avons demandé au début. Le retour à la chambre c'est fait en ouvrant et refermant rapidement une porte sur le trajet.

Le sujet 3 est sensible au rebord métallique des seuils de portes.

But	Trajet réalisé par le sujet	Cotation
chambre	Elle a besoin d'être détournée de la chambre dont elle ouvre la porte et où elle s'apprête à entrer.	0
salon	Elle va jusqu'au bout du couloir, ouvre sa porte de chambre sur le parcours et se rend au salon, mais l'examineur a besoin de rappeler les buts.	1
salle à manger	Elle est dépendante pour se rendre aux ascenseurs.	0
	Elle est dépendante pour toute utilisation des ascenseurs.	0
	Elle se rend directement depuis la sortie de l'ascenseur à la salle à manger en identifiant que c'est la salle où elle joue aux cartes.	3
salle des loisirs	Elle est indépendante.	3
chambre	Pour se rendre à l'ascenseur, elle prend la mauvaise direction et a besoin de l'aide verbale de l'examineur pour revenir.	1
	Elle est dépendante pour toute utilisation des ascenseurs et elle ne connaît pas l'étage de sa chambre.	0
	Elle a besoin d'aide verbale pour conserver le but car elle fait un détour par le salon puis, sur le trajet de sa chambre, ouvre une porte qu'elle referme ensuite.	0

Tableau 6.4 - Profil de mobilité du sujet 3

Profil de mobilité du sujet 4

Le trajet proposé au sujet 4 par l'examineur est le suivant: du salon à sa chambre, descendre en bas pour se rendre à la salle à manger et à la salle des loisirs, et revenir à sa chambre.

Le sujet 4 est indépendant dans tous les trajets à l'intérieur du centre d'accueil, utilisant seul les ascenseurs ou les escaliers. Grâce à un bon niveau de langage nous avons pu lui poser des questions précises quant à la façon dont elle reconnaît les lieux du centre d'accueil.

Parmi tous les sujets, le sujet 4 montre une performance au-delà des autres. Elle semble avoir autant d'aisance dans les pièces du rez-de-chaussée que celles de son unité de vie. Ce sujet, ne présentant que de faibles déficits cognitifs, se promène librement dans le centre, mais ne peut sortir à l'extérieur, de peur de se perdre.

But	Trajet réalisé par le sujet	Cotation
chambre	Elle est indépendante.	3
salon	Elle est indépendante.	3
salle à manger	Elle est indépendante.	3
	Elle est indépendante.	3
	Elle est indépendante.	3
salle de s loisirs	Elle est indépendante.	3
chambre	Elle est indépendante.	3
	Elle est indépendante.	3
	Elle est indépendante.	3

Tableau 6.5 - Profil de mobilité du sujet 4

Profil de mobilité du sujet 5

Le trajet proposé au sujet 5 par l'examineur est le suivant: du salon à sa chambre puis retour au salon, descendre à la salle des loisirs et continuer à la salle à manger pour revenir à l'étage de sa chambre et au salon.

But	Trajet réalisé par le sujet	Cotation
chambre	Elle se dirige vers la bonne aile en sortant du salon mais entre dans une mauvaise chambre, nécessite une insistance verbale pour en sortir puis dépasse sa chambre et a besoin d'être aidée verbalement pour retourner vers sa chambre.	0
salon	Elle va directement au salon.	3
salle des loisirs	Elle se rend au hall des ascenseurs et s'assoit sur le banc où elle attend habituellement un accompagnateur.	3
	Elle est dépendante pour l'utilisation de l'ascenseur et pour en sortir.	0
	Elle tourne du bon côté en sortant de l'ascenseur, dépasse le couloir qui mène à la salle de loisirs et même si elle s'en aperçoit, continue. Aidée verbalement, elle retourne, emprunte le couloir mais se rend vers la mauvaise porte.	0
salle à manger	Elle se rend à la salle à manger mais elle a besoin d'aide pour conserver le but.	1
chambre	Elle se rend au hall des ascenseurs.	3
	Elle est dépendante pour l'utilisation de l'ascenseur mais reconnaît son étage.	0
	Elle est dépendante car elle se dirige vers le mauvais couloir, entre dans n'importe quelle chambre et doit être ramenée par l'examineur dans le bon sens et dans sa chambre qu'elle reconnaît une fois entrée.	0

Tableau 6.6 - Profil de mobilité du sujet 5

Le niveau de langage du sujet 5 est très faible, on ne peut parler le plus souvent que d'acquiescement du but car il ne le répète que rarement. Le sujet 5 est sensible aux reflets sur le sol ainsi qu'aux lignes, qu'il enjambe. Elle s'agrippe aux objets fixes: accoudoir, porte, rampes des couloirs et celles à l'intérieur de l'ascenseur.

Profil de mobilité du sujet 6

Comme la chambre du sujet 6 est située au rez-de-chaussée et que le trajet devait impérativement comprendre un déplacement vertical, le trajet proposé au sujet 6 par l'examinateur est le suivant: depuis le salon du rez-de-chaussée (4), situé à côté du poste des infirmières, se rendre à sa chambre, puis descendre au salon de coiffure du

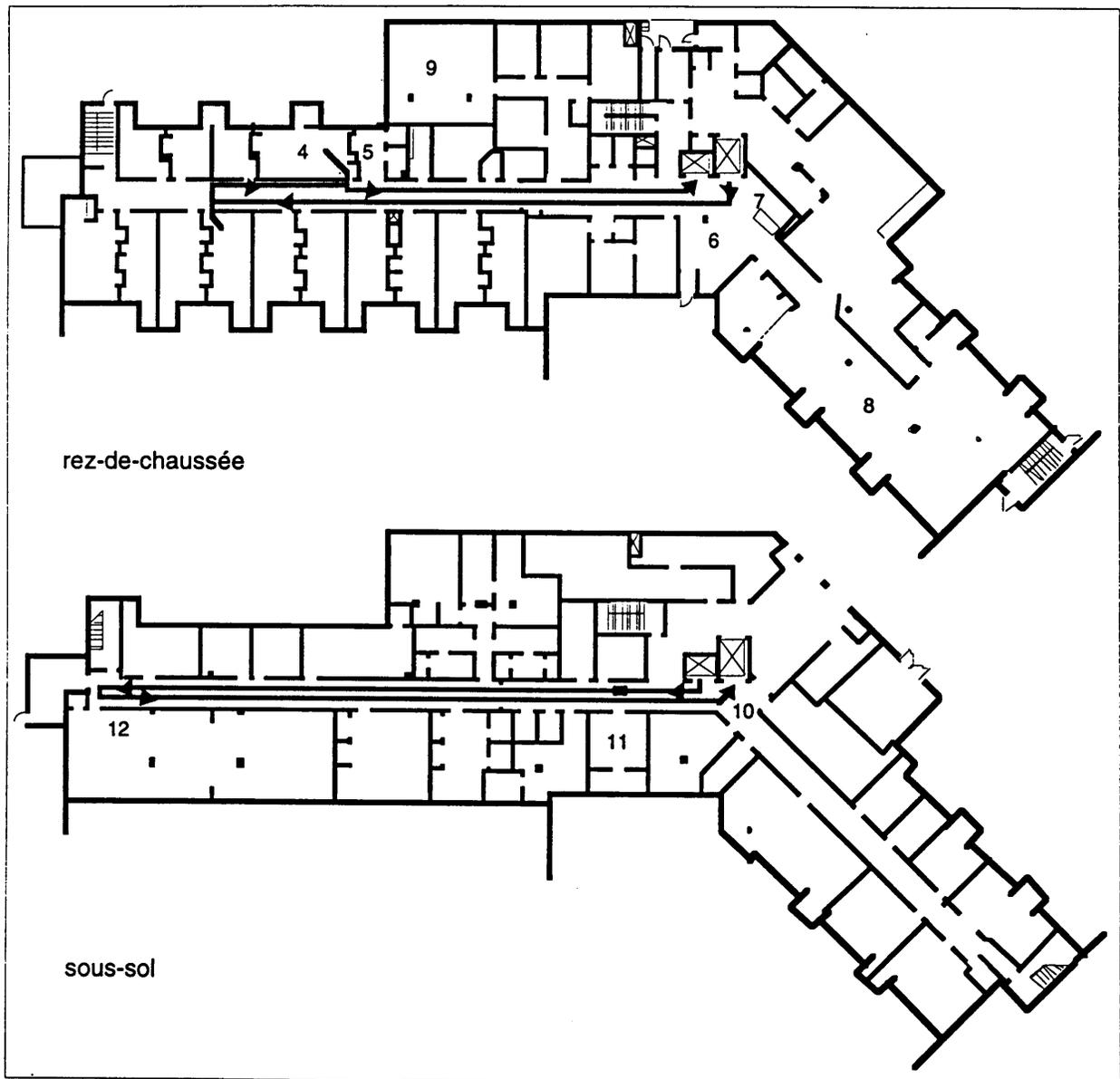


Figure 6.2 - Trajet réalisé par le sujet 6

sous-sol (11), et remonter au rez-de-chaussée pour se rendre à la salle des loisirs (9) et à sa chambre. Le sujet de lui-même a introduit une autre salle au sous-sol dont il a clairement identifié le but: la chapelle. Toutefois, elle ne s'est pas rendue à la salle des loisirs prétextant de la fatigue, et ne semblant pas comprendre ce but.

Le sujet 6 passe la plupart de son temps endormi dans le salon du rez-de-chaussée, toujours dans le même fauteuil. Elle ne connaît ni le numéro de l'étage ni le numéro de sa chambre. Elle éprouve de la difficulté à lire, même les gros caractères. Cette résidente marche courbée vers l'avant, la tête tournée vers la droite et se montre sensible au revêtement du sol. Elle partage sa chambre avec une autre résidente.

But	Trajet réalisé par le sujet	Cotation
chambre	Elle est dépendante car sort du mauvais côté du salon et doit être aidée par l'examineur pour retrouver la direction, puis se dirige sans but apparent dans le couloir mais retrouve sa chambre.	0
salon	Elle est dépendante car même si elle sort du bon côté de sa chambre, elle semble se diriger sans but et c'est l'examineur qui identifie l'arrivée au salon.	0
salon de coiffure	Elle est dépendante pour se rendre à l'ascenseur.	0
	Elle est dépendante pour utiliser les ascenseurs, ne veut pas appuyer sur les boutons mais reconnaît l'étage de sortie.	0
	Elle se rend au salon de coiffure mais le but a besoin d'être ré identifié.	1
	En voyant que le salon de coiffure est fermé, elle identifie elle même un nouveau but, la chapelle, auquel elle se rend sans hésitation.	3
salle des loisirs	Elle se dirige vers les ascenseurs et les dépasse. Elle a besoin d'aide verbale pour utiliser les ascenseurs.	1
	Elle est dépendante quant à l'utilisation de l'ascenseur et en sortir.	0
	Elle refuse d'aller à la salle des loisirs.	-
chambre	A la sortie de l'ascenseur, elle reconnaît l'étage et se rend directement à sa chambre.	3

Tableau 6.7 - Profil de mobilité du sujet 6

Résumé des comportements des sujets

Le tableau 6.8 présente une synthèse des résultats pour les six sujets. Dans chaque colonne on retrouve les performances individuelles des sujets, et dans chaque ligne les performances de tous les sujets lors d'une destination intermédiaire. Pour les sujets 5 et 6, le trajet est présenté dans l'ordre chronologique où il a été réalisé. Les destinations entre parenthèses identifient les salles où le sujet s'est rendu à la demande de l'examineur lors d'une modification de l'ordre de présentation des destinations.

Les trajets ont été conçus selon la familiarité des destinations et afin d'utiliser les ascenseurs. De façon surprenante, la familiarité des lieux n'est pas un facteur qui explique la réussite des trajets. En effet, on pourrait s'attendre à ce que dans les lieux les plus familiers, c'est-à-dire au salon et à la chambre situés au niveau des unités de vie, les performances soient nettement meilleures qu'au rez-de-chaussée ou au sous-sol où les sujets se rendent occasionnellement et toujours accompagnés. Or, comme le démontre le tableau 6.8, le trajet vers la chambre est un des trajets les moins réussis et qui requiert le plus d'aide verbale. Le salon par contre est un lieu de référence où les sujets se rendent aisément.

Au rez-de-chaussée, les sujets montrent une relative bonne performance, compte tenu qu'ils sont, à part le sujet 4, généralement accompagnés et qu'un des trajets est inhabituel. En effet, le trajet salle à manger - salle des loisirs est inhabituel puisque les résidents viennent directement de leur unité de vie à la salle des loisirs, et non depuis la salle à manger. La salle des loisirs est la destination la plus difficile du trajet car elle comporte une série de couloirs pour s'y rendre et n'est pas visible depuis le couloir.

Trajet	Sujet 1	Sujet 2	Sujet 3	Sujet 4	Sujet 5	Sujet 6
salon - chambre	-	-	0	3	0	0
chambre - salon	3	3	1	3	3	0
salon - hall des ascenseurs	0	3	0	3	3	0
ascenseur	1	0	0	3	0	0
ascenseur - salle à manger	0	3	3	3	0 (salle des loisirs)	1 (salon de coiffure)
salle à manger - salle des loisirs	0	-	3	3	1 (salle à manger)	-
salle des loisirs - hall des ascenseurs	0	0	1	3	3	1 (ascenseur du sous-sol)
ascenseur	3	0	0	3	0	0
ascenseur - chambre	2	0	0	3	0	3

Tableau 6.8 - Performances de mobilité des sujets

Pourtant, quand les sujets ont accepté de s'y rendre, ils ont montré une performance moyenne. Ainsi, comme le démontre le tableau 6.8 ci-dessous, le sujet 3 est un exemple de la difficulté à se déplacer dans son milieu familier qui est son milieu de vie mais, a une aisance à se diriger dans les salles du rez-de-chaussée. On retrouve d'ailleurs ce comportement chez le sujet 6 qui, hormis le besoin d'aide verbale pour conserver son but, montrait un bon repérage du sous-sol. Ce tableau nous donne un aperçu de l'hétérogénéité des comportements des sujets entre eux et selon les segments du trajet.

L'ascenseur provoque une rupture des performances et dès que la destination comporte un déplacement vertical, la plupart des résidents montrent une appréhension et une incapacité à s'y rendre.

6.2.3 Discussion et recommandations

Lors des trajets, les sujets ont montré une relative bonne performance au niveau du rez-de-chaussée. Cela nous indique donc qu'il y a une certaine compréhension de la structure de l'environnement. À l'opposé, les performances chutent lors des trajets sur l'étage de l'unité de vie. L'explication vient peut-être de l'uniformité de ces lieux. Le lieu le plus familier, l'étage des chambres, est celui qui est le plus homogène architecturalement. Les corridors des deux ailes sont uniformes et semblables, la structure du lieu est donc plus difficile à comprendre et rend plus difficile les distinctions dans l'environnement. Il faut tout de même être prudent et se rappeler que le tableau 6.8 montre de grandes différences entre les comportements des sujets. Ce groupe d'individus qu'est celui des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer est très hétérogène, les solutions apportées doivent répondre à des besoins variés.

Les répondants ont signifié que le trajet entre la chambre et le salon devrait être amélioré, pourtant ce trajet est assez bien réussi par les sujets lors de cette expérimentation.

6.3 Information relative à l'orientation spatiale

Nous avons regroupé dans cette section trois types d'informations qui forment un ensemble nécessaire à l'orientation spatiale. Ces types sont: l'information architecturale, l'information signalétique et l'information par le design d'intérieur. Ce qui domine dans l'environnement architecturalement articulé, ce sont précisément les informations architecturales de ce milieu, qui pourront, s'il y a lieu, être compensées par les informations signalétiques et celles fournies par le design de l'intérieur. Ce genre d'environnement nécessite moins de points de repère, c'est pourquoi ce thème se retrouve dans la section suivante et non dans celle-ci.

À travers l'analyse des trajets et des propos des répondants, certaines catégories sont apparues, que ce soit des objets, des lieux ou des comportements dans ces lieux. Donc, pour chaque type d'information, nous avons regroupé les données des trajets et du questionnaire en catégories.

6.3.1 Information architecturale

L'information architecturale comprend l'organisation du bâtiment ainsi que les éléments architecturaux qui composent ce bâtiment. On ne peut tirer une information valable du lieu, si l'organisation ou le plan du bâtiment ainsi que les éléments qui le composent ne sont pas clairement exprimés.

Questionnaire

Selon les répondants interviewés, les résidents avec des troubles cognitifs semblent avoir de la difficulté, en général, à identifier et/ou reconnaître certains lieux du centre.

Les résidents des 3e et 4e étages sont ceux qui semblent avoir le plus de difficultés. Les pièces de l'unité de vie, qui sont situées sur le même étage que les chambres, sont celles qui apportent le moins de problème (n=1), à l'opposé des pièces situées au rez-de-chaussée, comme la salle à manger et la salle des loisirs ainsi que celles situées au sous-sol, comme la chapelle et la coiffeuse, l'ergothérapie et la physiothérapie (n=5). Il est à noter que les gens avec des troubles cognitifs ne circulent presque jamais seuls lorsqu'ils ont à se rendre sur un autre étage et particulièrement au sous-sol où ils sont accompagnés par un bénévole (n=4).

6.3.1.1 Dénomination des salles

Trajet

Au cours des années, certaines des salles ont changé de fonction. Ainsi, le salon qui se trouve au milieu de chaque étage est maintenant utilisé comme salle à manger suite à l'alourdissement de la clientèle qui ne pouvait plus se rendre trois fois par jour à la salle à manger du rez-de-chaussée. Nommer "salon" la salle où on mange est en soi ambigu. Mais l'ambiguïté se trouve rehaussée par le fait que la salle à manger du rez-de-chaussée est utilisée par la plupart des résidents comme une salle d'activités ou une salle de fêtes. Les résidents se rendent dans cette grande salle pour jouer au bingo ou aux quilles et lors d'événements spéciaux comme les fêtes d'anniversaire, de Noël ou de Pâques. L'examineur a plus d'une fois fait face à la difficulté de nommer sans ambiguïté la prochaine destination où se rendre. Ambiguïté rencontrée aussi par le personnel. Ainsi, un préposé indiquant le déroulement d'une tâche dit au sujet 2: "Vous allez faire un tour au rez-de-chaussée en bas, vous allez visiter la salle à manger puis vous remontrerez dîner après".

Les résidents eux-mêmes montrent une confusion dans les dénominations des salles. Le sujet 1 à qui l'on demande de se rendre à la salle à manger retourne au salon de son étage en indiquant que c'est là qu'il mange.

Au fil des années, certaines salles ont aussi changé de nom. De cette façon, la salle des loisirs du rez-de-chaussée fut en premier baptisée "animathèque" puis "salle communautaire" pour être nommée actuellement "salle des loisirs". Les noms sont restés en vigueur pour le personnel selon leur date d'entrée en service. Le résident doit donc faire face à plusieurs appellations. L'examineur a dû régulièrement juxtaposer les deux appellations les plus courantes pour nommer cette salle. L'animathèque n'est pas un terme couramment utilisé par les résidents et n'est donc pas reconnu par eux. D'autre part, la salle des loisirs du rez-de-chaussée fait concurrence à la grande salle des loisirs du sous-sol utilisée le soir et les fins de semaine. Un membre du personnel interrogé par le sujet 1 indique tout d'abord la salle des loisirs du sous-sol pour se remémorer ensuite celle du rez-de-chaussée.

6.3.1.2 Reconnaissance par la fonction

Questionnaire

Lors de l'analyse des propos des répondants concernant l'existence d'aménagements particuliers facilitant la reconnaissance et/ou l'identification de certains lieux du centre, nous avons identifié une notion très présente dans le débat actuel sur l'aménagement pour les personnes avec une DTA, soit la représentativité de la fonction à travers

l'aspect résidentiel du lieu. L'aspect résidentiel des lieux se traduirait, selon les répondants, par l'utilisation d'un décor traditionnel comme des nappes dans la salle à manger, des plantes, une télévision dans le salon (n=7). C'est-à-dire que les lieux demeurent fidèles à la fonction qu'ils abritent tout en gardant une dimension résidentielle, à l'échelle humaine. La reconnaissance par la fonction est très peu abordée par les répondants, un seul nous dit que selon lui, il serait plus aidant pour les résidents que certains lieux, comme la salle à manger du rez-de-chaussée "ne soit utilisé que pour une seule activité, dans ce cas, pour manger".

Au salon, par exemple, les répondants soulignent la nécessité d'un décor rappelant plus la fonction du salon comme dînette, soit des nappes pour les repas ou des images de nourriture (n=3) ou encore la fonction de salon avec la télévision et les fauteuils (n=1). On peut voir sur les figures 6.3 et 6.4, que l'aménagement actuel de ces lieux ne souligne pas vraiment les fonctions présentes, soit celle de dînette et celle de salon. Certains répondants voudraient décorer plus les lieux (n=1) ou faire un décor plus sobre où on pourrait tamiser la lumière le soir (n=1). L'aspect résidentiel du lieu est marqué par la présence de couleurs (n=1), de plantes et d'oeuvre des résidents ou d'artistes, de posters (n=7) qui peuvent aider à la reconnaissance des lieux, quoique cet effet d'aide ne soit pas partagé par tous les répondants. Certains disent que les résidents ne les remarquent pas (n=2), quoique la nouveauté attire leur attention (n=1), et que les résidents sont très intéressés par les plantes (n=1).

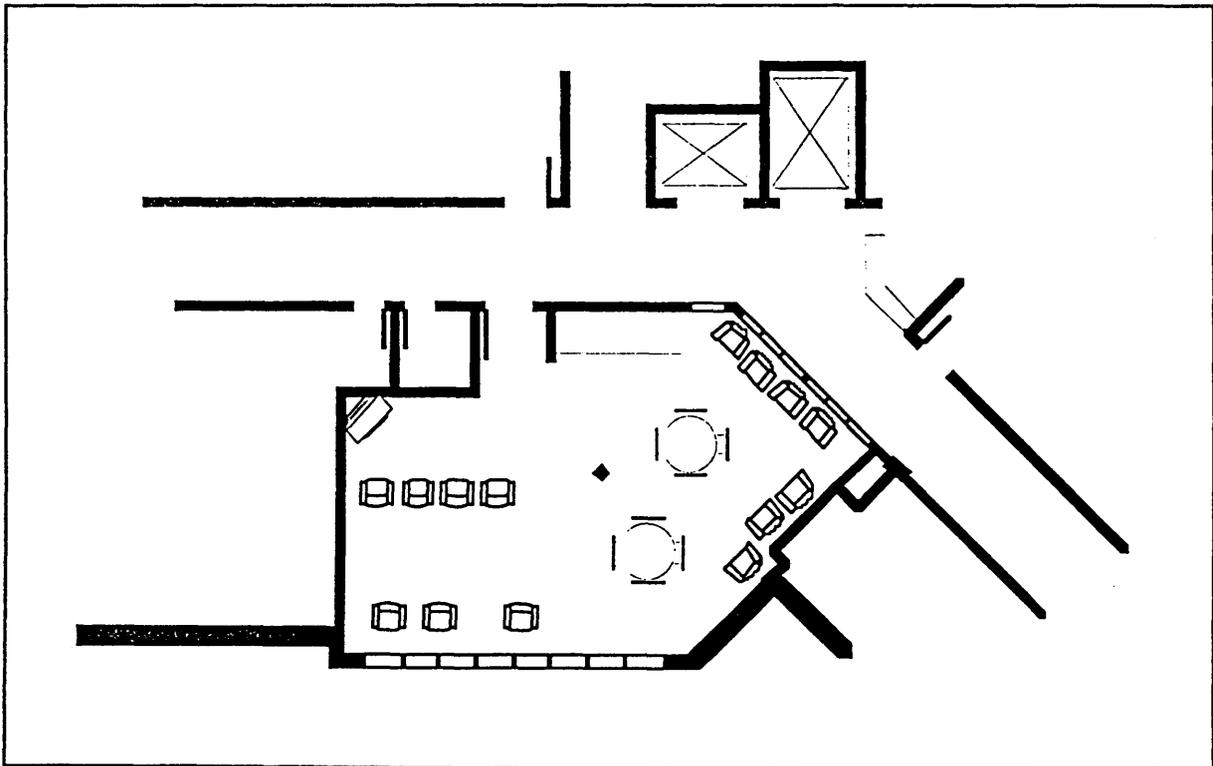


Figure 6.3 - Aménagement d'un salon d'étage

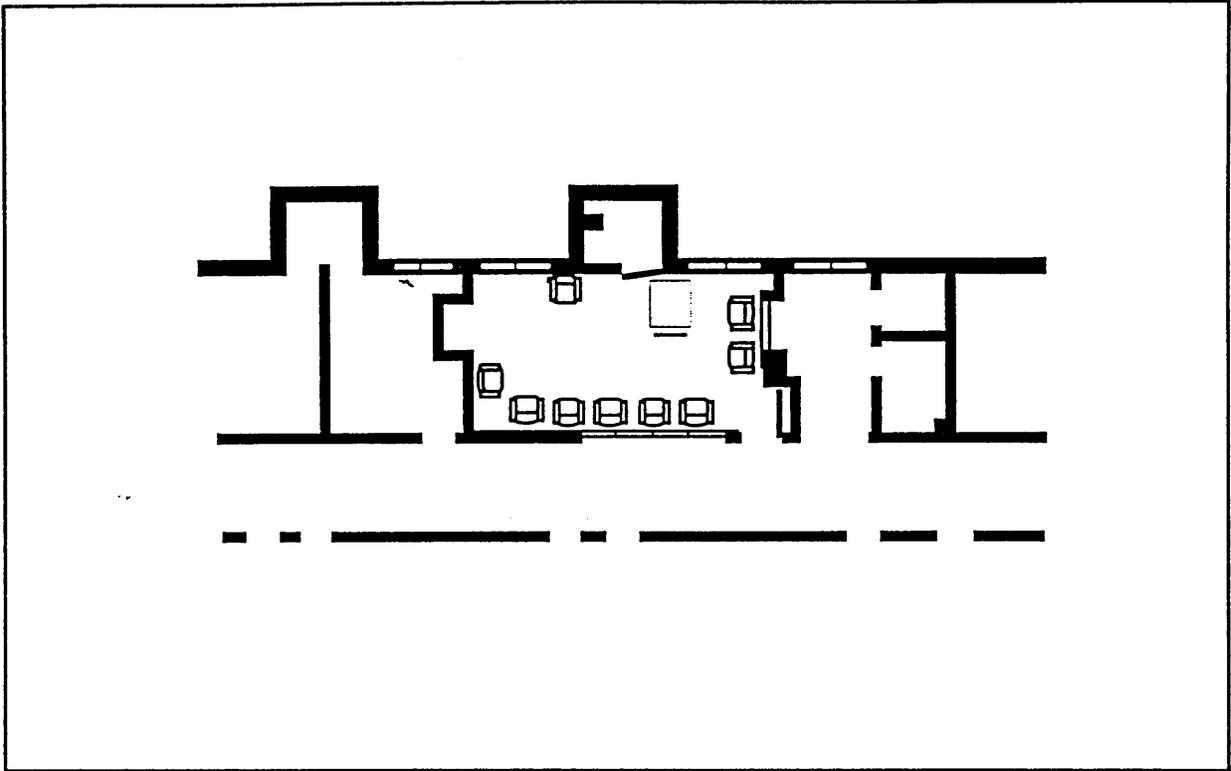


Figure 6.4 - Aménagement du salon du rez-de-chaussée

Trajet

La fonction des salles est un élément critique pour leur reconnaissance. Les personnes avec une DTA semblent particulièrement sensibles à cet élément. Pour s'assurer de la compréhension de la destination, l'examineur a eu plus d'une fois recours à l'activité réalisée dans cette salle par les résidents.

Le sujet 1, lors de deux destinations, ne s'est pas rendu à celles demandées mais à des destinations dont la fonction était équivalente. Ainsi, à la destination "salle à manger", elle s'est rendue au salon de l'étage où elle prend habituellement ses repas. À la destination "votre chambre" demandée depuis le rez-de-chaussée, elle s'est rendue dans le couloir des chambres des résidents couchant au rez-de-chaussée. Le sujet 4, autonome dans ses déplacements dans tout le centre, ne s'est rendu au salon qu'en s'assurant de la destination demandée. Elle explique alors son embarras par le fait que cette salle ne représente pas un salon, juste "une salle communautaire où les gens viennent se rencontrer et écouter la télévision".

6.3.1.3 Reconnaissance des salles du rez-de-chaussée

Nous présentons ici chacune des pièces du rez-de-chaussée incluses dans le trajet effectué par les sujets. La figure 6.5 montre l'aménagement du hall du rez-de-chaussée, l'entrée de la salle à manger et le chemin à prendre pour se rendre à la salle des loisirs, ainsi que le trajet réalisé.

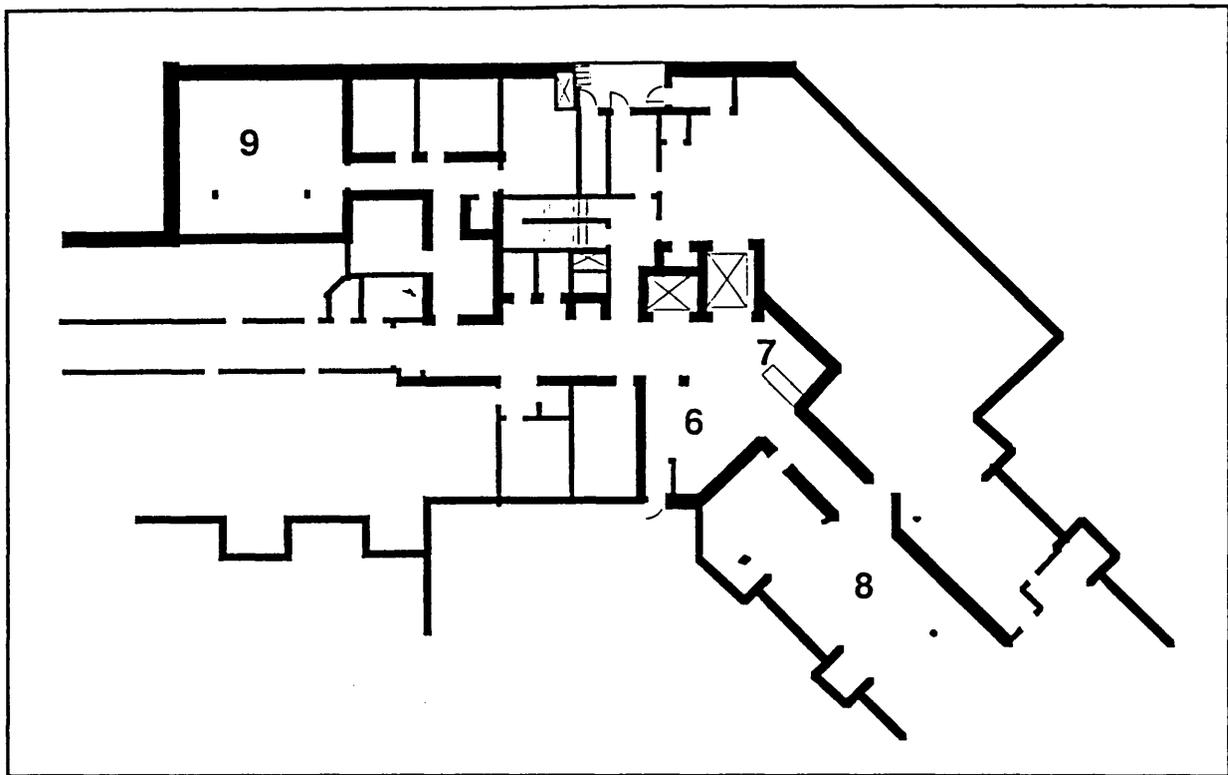


Figure 6.5 - Salles du rez-de-chaussée

Hall d'entrée

Trajet

Le hall d'entrée est bien reconnu par les sujets qui remarquent sa grande dimension (voir figure 6.6) et le revêtement du sol, sa sortie vers l'extérieur, les ascenseurs et les chaises disposées aux alentours. Le poste de sécurité constitue un autre élément de reconnaissance des résidents qui y font souvent référence ou veulent s'y arrêter lorsqu'ils passent devant. Hormis le sujet 1, tous les sujets, en sortant de l'ascenseur, ont suivi la bonne direction pour se rendre à leur destination. Pourtant, se diriger vers la bonne direction en sortant d'une salle et *a fortiori* d'un ascenseur, représente un élément de complexité importante. Inversement les sujets sont revenus de façon indépendante vers les ascenseurs du rez-de-chaussée. Ainsi, le hall d'entrée est un endroit où les sujets se repèrent aisément.



Figure 6.6 - Hall du rez-de-chaussée

Salle à manger

Questionnaire

La salle à manger du rez-de-chaussée pose problème: moins de la moitié des gens y descendent manger. Il semble qu'ils identifient le lieu à l'activité s'y déroulant, soit les chants ou encore aux gens assis qui attendant le début d'une activité (n=1).

Il semble que la disposition particulière de l'entrée de la salle à manger est très utile, soit le fait qu'elle soit placée près de la réception (n=1), qu'il y ait un abreuvoir (n=1), qu'elle soit tout près de l'entrée du centre (n=1) et que le revêtement du plancher soit de couleur différente (n=1).

Le décor de cette salle à manger se veut une continuité de ce qu'ils connaissent, avec des nappes de couleurs, une ambiance gaie (n=2), mais aussi de grandes fenêtres et un bon éclairage (n=1). Ce décor change selon les périodes de l'année et les grandes fêtes qui se déroulent dans cette pièce; cela aide les résidents à s'orienter dans le temps (n=1). Les résidents qui mangent dans cette salle, ont une place assignée toujours à la même table, avec les mêmes personnes, ce qui devrait les aider aussi (n=3). Le tableau à l'entrée serait utile pour s'orienter, quoique les résidents semblent peu le consulter (n=1).

Les répondants insistent sur l'importance de la décoration surtout au sujet des objets utilisés lors des repas (n=2) et qui pourraient identifier plus spécifiquement la place à table, soit avec des nappes différentes, des ustensiles, la salière ou d'autres objets de

couleurs différentes d'une table à l'autre, et faire choisir cette couleur par les résidents qui mangent à cette table (n=1).

Trajet

Hormis la difficulté liée à l'ascenseur, les trajets vers la salle à manger ont été plutôt réussis. En effet, sur les cinq sujets qui s'y sont rendus, trois l'ont fait sans hésitation au sortir de l'ascenseur, un avec de l'aide et un autre en se faisant accompagner. Ce sujet s'est fait accompagner dans toutes les autres salles du rez-de-chaussée d'ailleurs.

Un sujet reconnaît la salle à manger en lisant le nom au-dessus. Le sujet 4 indique comment les objets courants tels qu'abreuvoir et armoire à bavette facilitent pour lui, la reconnaissance de ces lieux.

Salle des loisirs

Questionnaire

La salle des loisirs est mal identifiée par les résidents, souvent ils ne la reconnaissent que lorsqu'ils y sont entrés (n=1). Les lieux sont bien éclairés par des baies vitrées (n=2) et il y a une grosse télévision que les gens reconnaissent lorsqu'ils entrent dans

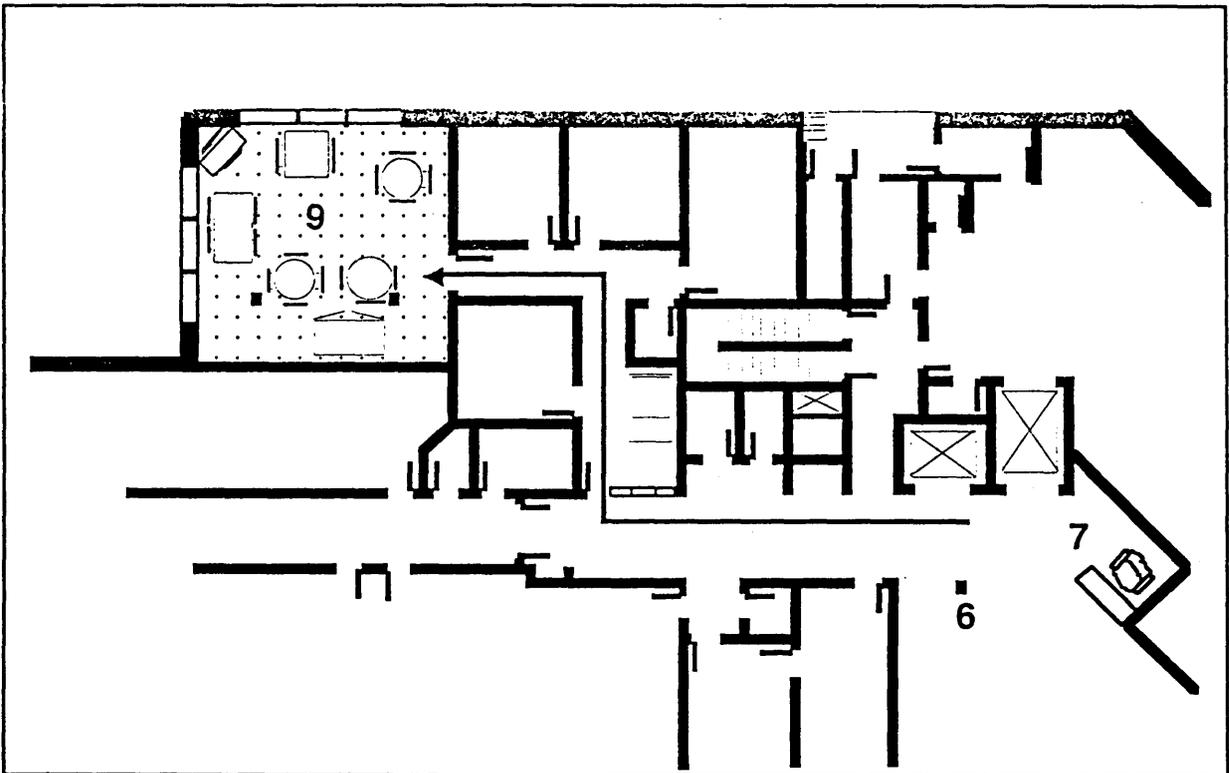


Figure 6.7 - Accès à la salle des loisirs

la pièce (n=1). Cette pièce est en continual changement selon les activités, la reconnaissance se fait lorsqu'il y a une activité dans la salle avec des résidents ou qu'il y a des gens qui attendent dans le corridor pour l'activité à venir (n=1). Comme le

démontre la figure 6.7., l'accès y est difficile et il faut faire plusieurs détours pour s'y rendre, aussi, personne ne semble s'y rendre seul: ils s'y font reconduire ou attendent de l'aide (n=2).

Trajet

À cause de la complexité du trajet pour se rendre à la salle des loisirs (voir figure 6.7) et puisque les sujets s'y rendent toujours accompagnés, on pouvait s'attendre à une baisse importante de leur performance lors de cette tâche.

Deux sujets s'y sont pourtant rendus sans difficulté. Parmi eux, le sujet 3, qui présente une grande gêne à s'orienter, tout particulièrement pour se rendre à sa chambre. Deux autres sujets ont refusé de se rendre à la salle des loisirs. Nous ne pouvons dire si ce refus correspond à un indice de la difficulté de cette destination. Des deux derniers sujets, le sujet 1 a eu besoin d'être guidé par l'examineur pour ce rendre à destination. Quant au sujet 5, même s'il n'a pu s'y rendre seul, il a signalé le passage pour s'y rendre, mais par un comportement de persévération, a continué tout droit dans le couloir sans dévier de sa route.

Il est donc remarquable que ce trajet complexe se trouve simplifié par un élément architectural: le mur et la porte vitrée (voir figure 6.8), que tous les résidents soulignent quasi unanimement.



Figure 6.8 - Baie vitrée du couloir menant à la salle des loisirs

6.3.1.4 Reconnaissance des salles des unités de vie

Les salles de l'étage sont composées par le hall de l'étage (3), le salon (1), le couloir des chambres et les chambres. Le poste des infirmières (2) n'est pas accessible aux résidents mais est malgré tout visible puisque délimité par un comptoir et une demi-porte. La figure 6.9 montre l'aménagement général de ces espaces.

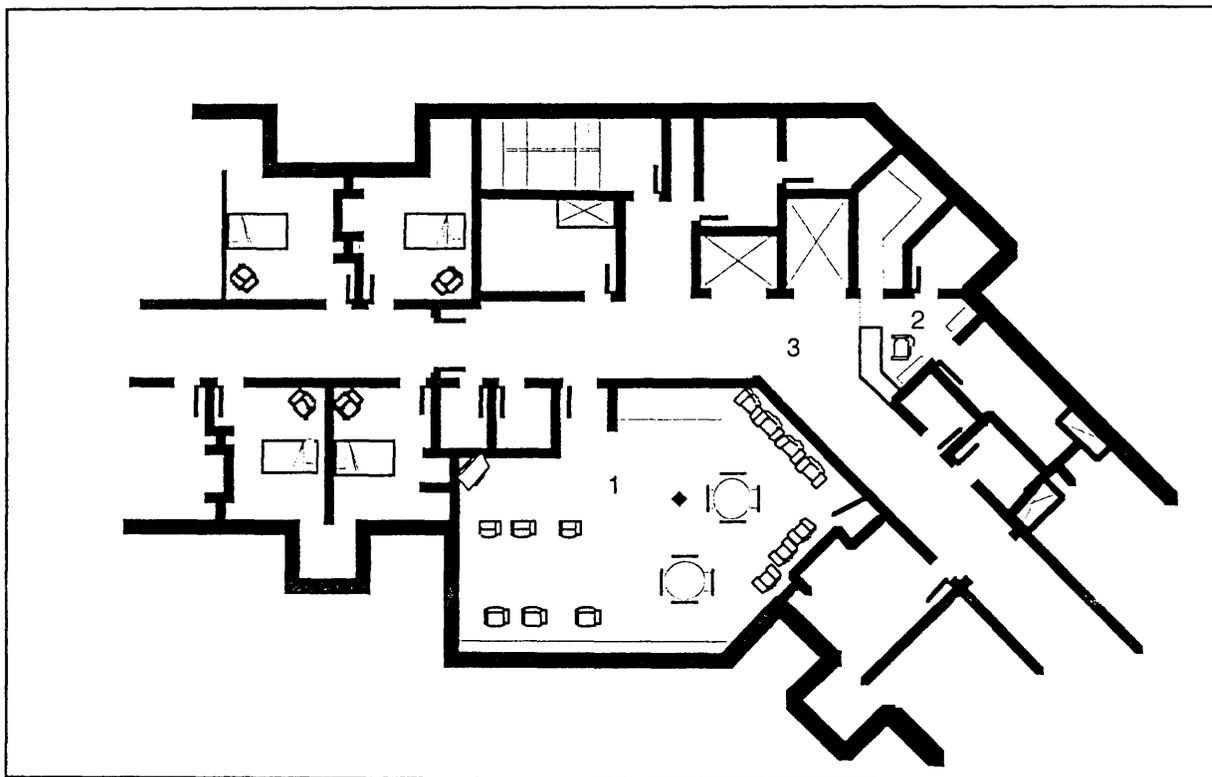


Figure 6.9 - Salles des unités de vie des étages

L'unité du rez-de-chaussée étant différente, et ne concernant qu'une seule aile avec un salon (4) situé sur un côté du corridor et non à la jonction des deux ailes, les salles de cet étage sont présentées à la figure 6.10. Le poste des infirmières (5) jouxte le salon et de même n'est pas accessible aux résidents mais très identifiable grâce au comptoir et à la demi-porte qui le délimite. Les chambres sont identifiées par le nombre de lits qu'elle contient, entre un et deux.

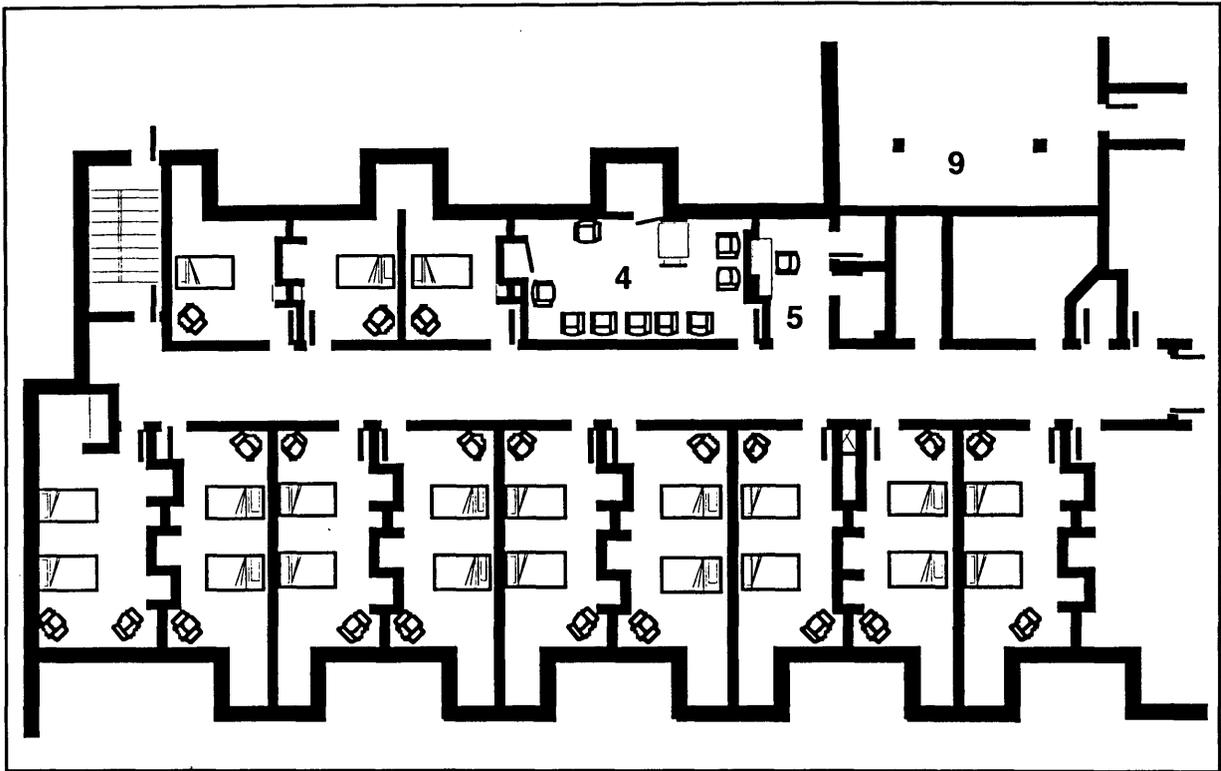


Figure 6.10 - Salles de l'unité de vie du rez-de-chaussée

Hall de l'étage

Questionnaire

Chaque étage est identifié par une couleur différente. Pour chacun, les portes et leurs cadres sont de couleurs différentes, couleurs variant peu (vert pâle, bleu ciel, rose saumon pâle). Les murs des corridors, des chambres et de toutes les autres pièces de chaque étage sont blancs. Le revêtement de sol des halls entre les étages présente aussi un changement de couleur, mais celui-ci est très peu remarquable (voir figure 6.11). Ces changements manquent de contraste pour être efficaces ($n=2$).

Trajet

Le hall de l'étage est bien identifié quand les personnes sont sur l'étage. Il est central et les sujets reconnaissent principalement le salon et le poste des infirmières. Ainsi les sujets, aussi bien pour se rendre aux ascenseurs qu'au salon, n'ont éprouvé aucune difficulté.



Figure 6.11 - Vue au sortir de l'ascenseur

Par contre la reconnaissance de leur étage parmi les autres étages en sortant de l'ascenseur est beaucoup plus difficile. Plusieurs éléments de reconnaissance spécifiques à un étage sont mentionnés par les sujets: le banc en bois devant l'ascenseur (sujet 5), le chiffre de l'étage écrit en gros caractère (sujet 3) (voir figure 6.12). Le sujet 4, à qui l'on demandait comment il reconnaissait son étage par rapport aux autres, n'a pu le mentionner. Elle se repère par les chiffres défilant en haut de l'ascenseur mais ne peut en sortant de celui-ci identifier l'étage comme le sien. Le sujet 6 a reconnu les étages où il arrivait avec plus de facilité puisque ces deux étages, le rez-de-chaussée et le sous-sol, montrent chacun des particularités très différentes des autres étages.



Figure 6.12 - Chiffre de l'étage

Salon

Questionnaire

La position centrale du salon sur l'étage semble être appréciée des répondants, quoique certains précisent que de ce fait, tous les résidents se "ramassent là" (n=2). La transparence des lieux, venant des baies vitrées (voir figure 6.13) et de l'aménagement à aire ouverte (voir figure 6.3), et qui permet de voir ce qui se fait dans la pièce et ainsi de reconnaître le salon par sa fonction de dînette d'étage ou encore de lieu de regroupement entre les repas, est souvent soulignée (n=4). Cette transparence aurait un effet incitateur sur les résidents, en leur permettant de voir les activités qui s'y déroulent (n=1).

Cette pièce n'est pas bien identifiée par tous, surtout par les gens du 3e étage (n=1). Ceux de cet étage qui savent identifier leur chambre, sont aussi capables de se rendre au salon, mais un des répondants s'interroge sur le caractère volontaire des résidents pour s'y rendre. Le salon est peut-être plus facile à identifier quand ils arrivent de la petite aile où sont les baies vitrées (n=2), de l'autre côté il n'y a pas de vitre mais un petit mur qui fait face aux gens entrant dans le salon (n=1). Certains répondants considèrent que le mur vitré de la petite aile est trop long, les gens cherchent la porte (n=1) alors que d'autres pensent que de vitrer plus le côté de la grande aile aiderait sûrement (n=1). L'idée d'une autre porte sur le mur vitré de la petite aile, pour plus de sécurité pour le personnel est amenée par un répondant (n=1) ainsi que celle d'élargir la porte de la grande aile pour mieux voir dans le salon du corridor (n=1).

À l'unité de vie du rez-de-chaussée il n'y a pas assez d'espace pour installer tous les résidents à une table lors des repas (voir figure 6.4), ils mangent dans leur fauteuil avec une tablette. Selon un répondant, le salon ressemble à un "parking à fauteuil roulant" ce qui "n'est pas significatif pour manger".



Figure 6.13 - Baie vitrée d'un salon d'étage

Il y a eu, avant les rénovations, une grande peinture au 4^e étage qui semblait aider à l'identification du salon, aussi un projet où les gens du 4^e photographiaient les gens du 2^e, et on avait accroché ces photos sur les murs, "ça devait aider" de dire un répondant. Il y aurait eu aussi des cages d'oiseaux, expérience qui semble avoir été positive (n=2).

Trajet

Comme les sujets choisis demeuraient en majeure partie dans la grande aile, les trajets vers le salon ne passaient pas par la baie vitrée, nous n'avons donc pas pu mettre en évidence si cet élément facilitait la reconnaissance. Par contre, la destination salon a été la mieux réussie. Seul le sujet 6 n'a pu s'y rendre de façon autonome. Il faut mentionner qu'au rez-de-chaussée le salon est en alignement avec les chambres au milieu du couloir de la grande aile et non central comme le sont les salons des étages (voir figure 6.4).



Figure 6.14 - Entrée du salon des étages par la grande aile

Ainsi les trois sujets de la grande aile se sont rendus au salon de l'étage sans aucune hésitation, et cela même si la porte n'est pas visible de loin. Le sujet 3 ne s'est rendu directement au salon que quand il a été identifié par l'examineur comme la salle où on dîne. À partir de ce moment là, ce sujet a même repéré le salon depuis sa chambre en le mentionnant proche du bureau des infirmières. Le seul sujet qui a sa chambre dans la petite aile, le sujet 1, n'a montré aucune difficulté pour se rendre au salon.

Couloir des chambres

Questionnaire

Concernant l'identification de la chambre, plusieurs aménagements sont utilisés par ce centre: sur la porte on peut retrouver le nom du bénéficiaire, sa photo, le numéro de la chambre (n=4); et même un morceau de tissu peluche autour d'une poignée de porte afin de l'identifier à sa résidente (n=1). Une technique d'affichage d'objets (n=1) ou de fleurs devant les portes semblent déjà avoir été utilisée, mais lorsque les objets se brisaient, cela posait des problèmes (n=1).

Selon les répondants, le nom de l'occupant sur la porte de chambre semble être utile dans la majorité des cas, c'est-à-dire pour ceux qui savent encore lire. Mais certains cherchent leur nom sur la porte elle-même (n=1) alors qu'il est placé sur le cadre extérieur. Il semble que les lettres ne soient pas assez grosses (n=2) alors que le numéro sur la porte ne semble servir qu'à identifier l'étage de leur chambre (n=1). La photo du résident, comme support à l'identification, est placée dans un cadre de plastique, juste sous le nom du résident et le numéro de la chambre. Ce système de photographie apparaît utile, quoique certains répondants ont des doutes quant à

l'aspect pratique de la chose (n=4), surtout lorsque les déficits cognitifs du résident deviennent trop important (n=1). Cette photographie se doit d'être significative (n=1) et surtout reconnaissable par le résident, soit une photo plus ancienne (n=6); une photo récente aide les membres du personnel mais pas les résidents. Il faudrait que la photo soit plus grande et plus claire (n=2). Certains résidents ont des problèmes de vision, il faudrait en tenir compte (n=1).



Figure 6.15 - Identification de la porte de chambre

Trajet

Le couloir uniforme pose des difficultés aux sujets pour retrouver leur chambre. Généralement, le couloir de leur chambre est bien retrouvé. Sur les trois trajets salon-chambre, aucun sujet ne s'est trompé d'aile mais sur les six trajets ascenseur-chambre deux sujets, sujet 1 et 5, ont quand même pris le mauvais couloir. Le sujet 1 a d'ailleurs pu se corriger par lui-même grâce aux numéros des chambres.

Par contre, retrouver sa chambre parmi l'ensemble des portes que constitue un couloir est une tâche plus difficile. Le sujet 4 la réalise de façon indépendante sans connaître le numéro de sa chambre mais en se repérant à la longueur du trajet à parcourir depuis l'entrée du couloir et le nombre de portes à dépasser. Le sujet 1 peut aussi retrouver sa chambre par lui-même car il connaît le numéro de sa chambre et s'auto-corrige grâce aux numéros des chambres. Malgré cela, les quatre autres sujets ne peuvent retrouver seuls leur chambre. Le sujet 6, venant du salon a dépassé sa chambre et n'a pu la retrouver, mais lors du trajet de retour il s'y est rendu directement depuis l'ascenseur.

L'identification de la chambre par la lecture du nom de l'occupant sur la porte, ne semble pas toujours efficace. Le sujet 3 lit le nom de l'occupant de la chambre et y pénètre même si ce n'est pas la sienne. Le sujet 6 éprouve des difficultés à lire son nom même si celui-ci a été inscrit en grosses lettres sur un carton jaune, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de la chambre.

Le sujet 3 a ouvert plusieurs portes de chambre avant de retrouver la sienne. Même si elle lit un nom sur la porte ne correspondant pas au sien, elle pénètre dans la chambre: cela ne semble avoir aucun effet dissuasif ou informatif pour ce sujet. À l'aller comme au retour, on remarque chez ce sujet la même méthode pour se rendre à sa chambre. Elle se met du bon côté du couloir et semble avoir repéré que sa chambre se situe après une longue portion de mur. En effet, les chambres sont agencées de telle façon que deux portes sont voisines puis ensuite un grand bout de mur, puis de nouveau deux portes de chambre voisines (voir figure 6.16). Ainsi, le sujet 3 n'ouvrait qu'une porte sur deux, celle qui était selon la même disposition dans cet agencement que sa propre porte de chambre, signifiant ainsi qu'elle a une certaine compréhension de l'espace. Si l'examineur n'avait pas été là pour la guider de nouveau elle serait restée dans une des chambres.

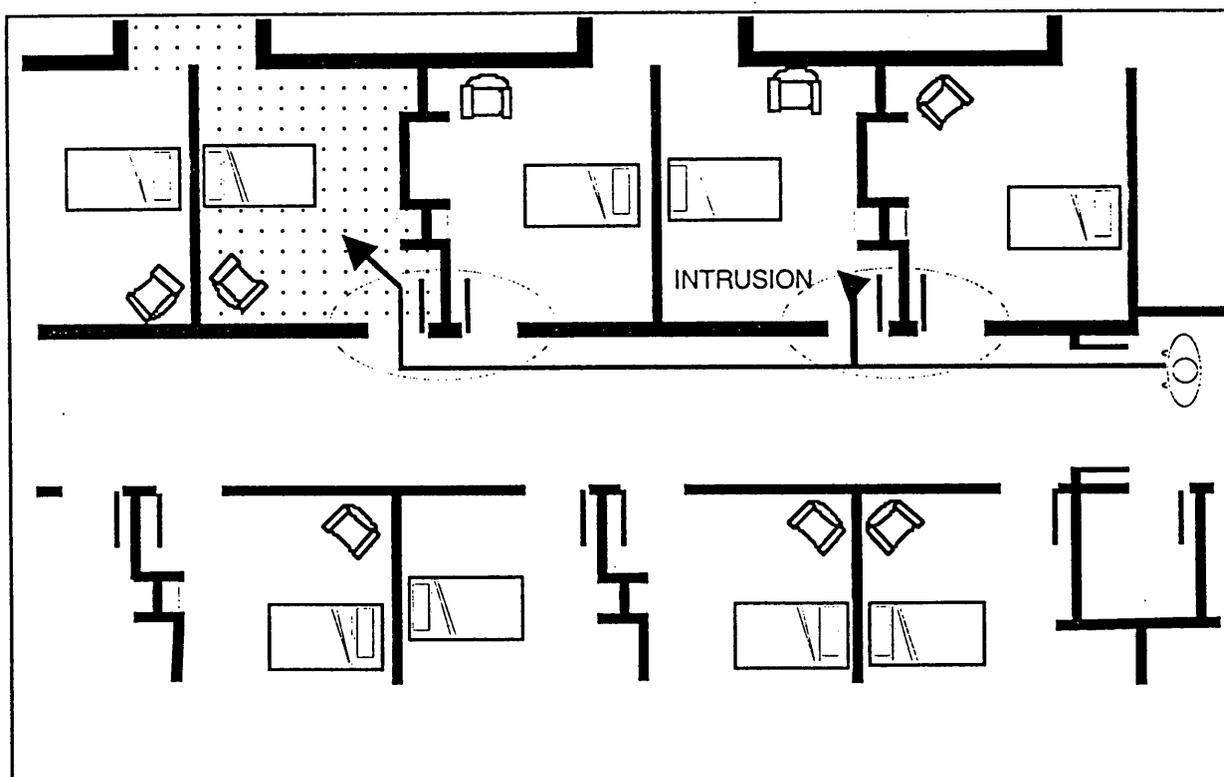


Figure 6.16 - Patron de reconnaissance du sujet 3

Chambre

Questionnaire

La chambre demeure difficile à identifier pour la majorité des résidents (n=3). Pour ceux habitant au 3e étage, c'est plus des deux tiers qui ne l'identifient pas ou

difficilement. Au 4e étage, cela varie d'un répondant à l'autre, soit entre 25% et 30% des résidents ayant des difficultés. Pour les résidents du rez-de-chaussée et du 2e étage cela varie entre 20% des résidents et aucun, toujours selon les répondants.

La décoration intérieure de la chambre devrait permettre de différencier les chambres les unes des autres. Soit personnaliser la chambre avec des rideaux, une décoration selon les goûts du résident qui l'habite, meubler d'objets personnels (n=3). Ces dispositions seraient efficaces dans la mesure où les personnes ne sont pas trop atteintes (n=1). Il n'y a pas de contraste de couleur entre les chambres d'un même étage, de l'intérieur comme de l'extérieur (n=3). Le fait de changer les couleurs pourrait constituer une amélioration selon certains répondants (n=2).

Les objets personnels présents à l'intérieur de la chambre semblent utiles à l'identification. Les gens n'ont pas de difficultés à reconnaître leur chambre une fois dans la chambre, car ils reconnaissent les objets personnels présents (n=1). Il faut que les objets soient vraiment significatifs et ce, depuis longtemps (n=2), il serait même préférable de faire choisir les objets par les résidents eux-mêmes (n=1). Ces objets pourraient servir à recréer un milieu de vie (n=1).

Trajet

La chambre est un lieu privé et fermé que les sujets ont de la difficulté à retrouver. Les sujets qui se sont trompés de chambre ont toujours manifesté une inquiétude tout en montrant dans la chambre étrangère des éléments fonctionnels sans se les approprier: le fauteuil, la salle de bain. Par contre, une fois dans leur chambre, ils manifestent du soulagement et montrent les objets en les personnalisant: le plus souvent leur couvre-lit (sujet 3, 4, 5 et 6), mais aussi les cadres et les bibelots. La salle de bain attenante représente un attrait important que deux sujets ont mentionné.

6.3.1.5 Discussion et recommandations

Plusieurs points importants ont été soulevés lors de l'analyse des données. Six thèmes ressortent comme des éléments majeurs à discuter.

1. La dénomination des lieux.

Il importe que la dénomination des lieux soit cohérente entre le langage parlé des résidents, la signalisation et la fonction du lieu ainsi que le passé des résidents. Il importe également que la signalisation de ces lieux soit en continuité avec la dénomination et la fonction même des lieux. Il faut noter cependant, que la fonction d'un lieu est aussi identifiée par les éléments architecturaux qui compose le lieu et son design. Il est plus facile de reconnaître un lieu quand sa fonction est stable, surtout lorsque cette fonction en est une de base, comme les repas. Nous suggérons donc d'utiliser des lieux distincts et fixes pour les activités de base, et un espace multi-usage pour les autres activités. Nous suggérons d'autre part, que les fonctions de chaque espace soit clairement identifiées par des éléments architecturaux et de design.

2. Identification de la fonction des lieux.

La chambre est un lieu reconnu par les résidents. Les éléments qui la composent ont un usage évident et quotidien, et ce sont des objets qui proviennent du passé du résident, donc avec une signification importante.

Par contre, cette reconnaissance est difficile quant au salon et à la salle à manger. Cette pièce, abritant deux fonctions qui sont peu dissociées dans l'environnement, ne permet pas une lecture fonctionnelle des lieux. Une salle à manger devrait être identifiable par les tables et les chaises les plus ressemblantes possibles à ce que les résidents ont connu lorsqu'ils demeuraient chez eux. Soit des tables avec une nappe, des napperons, des tableaux au mur, des objets d'utilité quotidienne sur les tables et les comptoirs. De même, le salon devrait être identifiable par son mobilier qui inviterait à la détente ou à la rencontre entre résidents, soit un divan, des fauteuils, des coussins et une possibilité de tamiser la lumière. Si l'espace ne permet pas d'installer deux salles distinctes, le salon et la salle à manger devraient tout de même être nettement différenciées. Cette différenciation peut se faire par exemple avec un paravent ou encore en disposant le mobilier de façon à créer deux sous-espaces dont chacun dégagerait une atmosphère différente.

3. Briser l'uniformité.

Lorsque l'organisation de l'espace ne permet pas une reconnaissance adéquate des lieux, il faut alors utiliser des éléments architecturaux caractéristiques afin de compenser ces difficultés en rompant l'uniformité, en augmentant les contrastes ou en créant une discontinuité dans le milieu. Ces difficultés sont particulièrement évidentes quant au corridor du rez-de-chaussée desservant la salle des loisirs et le salon de l'unité de vie du rez-de-chaussée.

Les baies vitrées peuvent créer une certaine discontinuité du milieu, et même si elles n'ont pas semblé être à l'origine de la facilité à retrouver le salon, elles semblent l'avoir été dans le cas de la salle des loisirs du rez-de-chaussée. Par contre, ces baies vitrées peuvent, à la limite, créer un problème lorsque les gens les prennent pour des ouvertures. Il faudrait alors en diminuer la superficie ou les combiner avec une porte d'entrée.

L'unité de vie du rez-de-chaussée n'utilise qu'une aile du centre. Le salon des résidents, qui est aussi utilisé comme la salle à manger (voir figures 6.4 et 6.10), est situé sur un des côtés du corridor, entre des chambres. Du corridor, on ne le distingue que par une section de baies vitrées assez courte et l'écriteau à sa porte. Le seul sujet demeurant sur cette unité de vie est aussi le seul à n'avoir pu se rendre au salon. La baie vitrée ne semble pas être assez importante pour permettre une discontinuité dans le corridor et mettre en évidence la présence du salon.

Dans les corridors des unités de vie, il n'y a que l'identification des chambres qui pourrait être un élément de discontinuité, mais ces informations ne semblent pas, en général, être assimilées par les sujets. Il faudrait créer des points de repère, des éléments architecturaux et de configuration (comme par exemple des antichambres pour un regroupement de trois ou quatre chambres) permettant aux résidents de remarquer les informations utiles. Certains de ces éléments sont présents dans le hall du rez-de-chaussée, qui se distingue de ceux des étages par sa forme, ses

dimensions et ses couleurs. Il a d'ailleurs été plus facilement reconnu malgré le fait qu'il soit moins familier.

L'hétérogénéité des comportements des sujets montre que plusieurs méthodes doivent être appliquées, comme le numéro de la chambre, le nom, la photographie. Cette redondance d'informations permet aux résidents d'utiliser la méthode qui leur convient le mieux. Les sujets ont conservé une certaine capacité à distinguer la droite et la gauche. Cette distinction est démontrée lors du trajet vers la chambre, où ils ont la capacité à retrouver le bon côté du couloir. Ils ont donc conservé certaines capacités de base comme celle de reconnaître l'articulation, la forme et la configuration des lieux. Ceci devrait donc être utilisé afin de casser la monotonie du corridor.

4. Reconnaissance des lieux privés.

Lors des trajets, la reconnaissance des lieux privés s'est faite par les objets personnels des résidents, notamment le couvre-lit. Ces objets personnels fonctionnent d'autant plus que les résidents s'y identifient, y mettent une valeur personnelle et sentimentale. Le couvre-lit semble très significatif, le plus souvent il a été confectionné par les résidentes, provient de chez elle ou encore, a été choisi et acheté par leurs enfants

Il y a une différence entre la perception des intervenants et les données des trajets. Quoique, dans les deux cas, on observe des difficultés chez les résidents pour se rendre à leur chambre, difficultés accentuées ou provoquées par l'uniformité des corridors, qui se traduisent par l'intrusion des résidents dans une chambre qui n'est pas la leur. Malgré cela, il est clair que tous les sujets reconnaissent leur chambre lorsqu'ils y entrent, souvent en énumérant les objets personnels en notant pour chacun une signification ou un souvenir.

5. Reconnaissance de l'étage

La reconnaissance de l'étage au sortir de l'ascenseur est difficile pour plusieurs sujets. Il est évident, suite aux trajets effectués, qu'un objet distinctif et visible, situé dans le hall de chacun des étages, serait une aide précieuse dans la reconnaissance. Mais, nous reviendrons sur ce point plus loin, dans la section sur les ascenseurs (section 6.5).

6. Hétérogénéité des capacités.

L'hétérogénéité des capacités des sujets en particulier et des personnes avec des troubles cognitifs en général, nécessite une diversité dans les repères et une redondance des informations. Ces éléments seront détaillés à la section sur les points de repère (section 6.4).

Tout ceci nous amène vers une recommandation majeure, il faut permettre aux personnes d'utiliser les habiletés qu'ils conservent. Cela peut se faire dans un environnement peu complexe, mais intéressant et qui stimule l'utilisation des habiletés cognitives. Cet environnement doit permettre entre autre l'appropriation des lieux, fonction importante au support de l'identité et donc de la reconnaissance.

6.3.2 Information Signalétique

Cette section fait référence non seulement à la signalisation, mais aussi à la recherche et à la disponibilité de cette information.

Dans un milieu familier, comme peut l'être un centre d'accueil pour ses résidents, la signalisation est moins nécessaire que lors de trajets nouveaux en milieu non-familier. Toutefois, plusieurs informations signalétiques demeurent indispensables même pour les personnes familières des lieux, tels les numéros d'étage dans l'ascenseur, ou en sortant de celui-ci, les écriteaux et les signes directionnels.

6.3.2.1 Quête d'information

Questionnaire

Au niveau de la signalisation graphique, soit des enseignes, des écriteaux, des dessins ou encore des chiffres, plusieurs lacunes ont été notées par les répondants. La signalisation du centre est surtout adaptée pour les gens lucides qui savent lire (n=5), elle est souvent affichée au mur, à la bonne hauteur pour les gens en fauteuil roulant mais hors du champ de vision de ceux qui ne regardent que le sol (n=1). Selon un répondant, l'utilisation de plan n'est pas utile "car la compréhension en est difficile". Un autre parle plutôt de mettre de grands pictogrammes, qui sont "mieux compris et attirent l'attention". Certains voudraient délimiter la petite et la grande aile en indiquant sur le plancher, par des flèches, les différentes directions soit le salon ou l'ascenseur (n=2).

Trajet

On remarque tout d'abord le besoin d'information des résidents pour réaliser cette tâche d'orientation spatiale. Même si lors de l'expérimentation les interactions avec les personnes environnantes étaient évitées, la moitié des sujets ont éprouvé le besoin de demander de l'information aux personnes qu'ils croisent. L'agent de sécurité, toujours assis à son poste au rez-de-chaussée, constitue une source d'information privilégiée. Personne stable et disponible, le gardien renforce le sentiment de sécurité des résidents. Tout membre du personnel rencontré au moment d'une inquiétude sur la direction à suivre est sollicité pour donner l'information sur cette direction. Le sujet 1 a même demandé à une résidente de l'aider pour trouver sa destination.

L'information affichée est le plus souvent écrite. Le sujet 2 lit quelques indications pour se confirmer quant à son emplacement : "salle à manger" en y entrant au rez-de-chaussée, "chambre des résidents" en sortant de l'ascenseur. Par contre, au sous-sol le salon de coiffure est annoncé par de gros ciseaux dessinés en noir sur un carton jaune. Le sujet 6 a retrouvé rapidement cette salle. La réaction du sujet ne permet pas de d'affirmer que ce soit grâce à ce pictogramme, toutefois ce même sujet a éprouvé de grandes difficultés à lire son nom pourtant écrit avec de gros caractères.

6.3.2.2 Information concurrentielle

On appelle ici information concurrentielle toute information écrite qui peut interférer avec l'information signalétique. On pense ainsi aux notes de service, à la publicité affichée, aux consignes de sécurité, aux tableaux d'activités. Il s'agit donc d'information qui peut interférer avec l'information utilisée pour l'orientation spatiale.

Questionnaire

Un seul répondant a noté qu'il faudrait afficher moins de papiers et de documents sur les murs afin de faciliter la compréhension des informations par les résidents.

Trajet

Lors des trajets, les informations dont l'objet n'était pas de renseigner sur la direction à suivre ont provoqué des distractions dans la tâche demandée. Le sujet 1 s'est montré particulièrement distrait par ces informations concurrentielles. Elle lit toute inscription depuis les interdictions de fumer aux annonces d'activité ainsi que le nom des résidents inscrits à l'entrée des chambres. Si cette résidente ne sélectionne pas l'information avant de la lire, elle semble par contre utiliser des raisonnements appropriés quand l'information concerne la tâche d'orientation spatiale (ex: ordre croissant des numéros de chambre).



Figure 6.17 - Boutons d'appel des ascenseurs au rez-de-chaussée

On retrouve lors de l'utilisation de l'ascenseur, la difficulté de sélectionner l'information pertinente. En effet, tout particulièrement au rez-de-chaussée, les boutons d'appel de l'ascenseur ne sont pas isolés en terme d'information. On retrouve sur le même panneau, les boutons d'appel, le cendrier, une serrure pour insérer une

clé en cas de panne d'ascenseur et des informations écrites (voir figure 6.17). Les boutons d'appel sont donc noyés par d'autres informations, même si toutes ne sont pas écrites. Ainsi, une résidente au lieu d'appuyer sur le bouton se met à jouer avec le cendrier (sujet 5).

6.3.2.3 Inférence d'information

Trajet

Toute information n'est pas disponible au moment où nous en avons besoin. Il en est ainsi des numéros de chambre. Chacun doit inférer en parcourant une suite de portes numérotées que le numéro se trouve plus loin dans la suite ou au contraire à l'opposé du couloir. Un seul sujet, le sujet 1, réalise cette inférence. Elle utilise ce raisonnement non seulement en vérifiant l'ordre croissant ou décroissant des nombres mais surtout pour se corriger lorsqu'elle se rend dans le mauvais couloir, vers la mauvaise aile. Cela suppose d'une part de connaître le numéro où se rendre et d'autre part de conserver la capacité à ranger un numéro dans une suite ordonnée de nombres. Cette dernière capacité aurait certainement pu être réalisée par le sujet 4 qui par contre ne connaissait pas le numéro de sa chambre. Le sujet 1 réalise aussi l'inférence que le rez-de-chaussée correspond au numéro 1 sur les boutons des étages.

6.3.2.4 Signalisation des étages

Questionnaire

Actuellement, à la sortie de l'ascenseur il y a des chiffres qui identifient l'étage et d'autres qui indiquent avec une flèche la direction des chambres selon leurs numéros (n=5). Ces chiffres sont gros, avec de bons contrastes, et sont à une hauteur lisible pour les gens en fauteuil roulant (n=3). Pourtant, cette signalisation semble déficiente, les chiffres des étages étant plus ou moins visibles (n=1). Ces chiffres auraient, selon certains répondants (n=4) avantage à être encore plus gros, avec plus de contraste et placés en avant de l'ascenseur. Les chiffres indiquant les étages en sortant de l'ascenseur sont utiles "si le déficit cognitif n'est pas trop sérieux" (n=1) et quand les résidents savent à quel étage ils vont (n=2). La signalisation dans les ascenseurs est insuffisante pour se rendre au sous-sol et au rez-de-chaussée, rien n'est indiqué, ni la salle à manger, ni la salle des loisirs (n=2). Un répondant affirme que la solution qui fonctionne actuellement est celle de "l'accueil où il y a des gens qui aident à repérer les résidents égarés". D'autres solutions envisagées par d'autres répondants, sont l'accompagnement, la présence d'une personne ressource dans l'ascenseur lors de l'heure des repas (n=2) ou encore l'installation d'un dispositif d'annonce vocale des étages (n=2).

Trajet

Dans l'ascenseur, une bande au-dessus de la porte de sortie indique le déroulement des étages. Deux sujets regardent cette information. Le sujet 4 utilise l'ascenseur de façon autonome et lit les chiffres des étages pour vérifier si l'ascenseur monte ou descend et si l'étage correspond à celui où il souhaite aller. Le sujet 3 par contre ne prend jamais l'ascenseur seul et n'appuie pas sur les boutons d'appel, toutefois, pour vérifier l'étage énoncé par l'examineur il regarde les chiffres au-dessus de la porte.

A chaque étage, devant la sortie de l'ascenseur, le chiffre de l'étage est inscrit en gros caractère blanc sur fond noir (voir figure 6.12). Un seul sujet, le sujet 4, l'utilise comme confirmation à la sortie de l'ascenseur. Les autres sujets se fient à l'examineur ou même sortent dès que la porte de l'ascenseur s'ouvre, quelque soit l'étage.

6.3.2.5 Signalisation des chambres

Questionnaire

Pour chaque chambre, il y a juste à droite du cadre de la porte un numéro de chambre avec le nom de la personne et un espace pour mettre une (voir figure 6.15). Le nom des résidents pourrait être écrit en plus gros avec de la couleur (n=1), le numéro de la chambre aurait aussi avantage à être plus gros (n=1) et à la hauteur des gens en fauteuil roulant (n=1). Les avis sont partagés à savoir si l'identification des chambres avec des numéros aident les résidents, certains disent que non, que de toute façon ils ne s'en souviennent pas (n=2), et qu'ils entrent et fouillent partout, sans savoir où est leur chambre (n=1). La numérotation serait plus là pour le personnel et les visiteurs (n=1). D'autres répondants sont plus nuancés dans leur propos, "ça pourrait aider, mais il faudrait simplifier la numérotation puisqu'il arrive que des numéros sautent" (n=1), et que les chiffres pairs et impairs sont séparés (n=2), ce qui mêle les résidents. Parfois les résidents demandent le numéro de leur chambre et le répètent (n=1) alors que d'autres connaissent le numéro de leur chambre, mais ont besoin de demander par où il faut aller (n=1).

Trajet

Sur les six sujets, un seul connaît le numéro de sa chambre et l'utilise pour la retrouver. Le sujet 1 se sert du premier chiffre pour se rappeler l'étage et utilise l'arrangement de la numérotation des chambres en ordre croissant pour retrouver sa chambre. Une autre résidente, le sujet 4, n'utilise pas le numéro de sa chambre mais connaît par contre très bien l'étage ainsi que la localisation de sa chambre sur l'étage. Elle sait aussi quel est le premier chiffre de son numéro de chambre grâce à l'étage. Elle identifie sa chambre par le trajet à réaliser depuis l'entrée dans le corridor et vérifie avec le nom indiqué sur la porte. Les quatre autres sujets ne connaissent ni l'étage, ni le numéro de leur chambre.

Aucun des sujets n'a été gêné par le fait que les numéros pairs se trouvaient d'un côté du couloir et les numéros impairs de l'autre.

6.3.2.6 Signalisation du salon de l'étage

Questionnaire

Selon certains répondants, les salons des étages auraient avantage à être mieux identifiés, soit par des écritures plus grosses pour ceux qui savent lire (n=1) (voir figure 6.14), des écriteaux avec un signe directionnel (n=1) ou encore avec une décoration plus visuelle et donc moins d'écriture (n=1).

6.3.2.7 Signalisation de la salle des loisirs

Questionnaire

La salle des loisirs ne semble pas bien identifiée du corridor (n=1) (voir figure 6.7), on y retrouve un écriteau placé au-dessus des portes doubles (n=2). Plusieurs répondants ont fait des suggestions: "il faudrait peut-être un nouvel aménagement avec un accès à aire ouverte" (n=1); "y installer plus d'indications et d'enseignes" (n=1) avec des flèches de direction (n=2) et cela dès la sortie de l'ascenseur (n=2). Mais certains répondants affirment que même une signalisation adéquate ne servirait probablement pas puisque les résidents ne se rappellent pas qu'ils doivent passer par la salle des photocopieurs pour s'y rendre (n=1) (voir figure 6.7).

6.3.2.8 Signalisation par la couleur

Questionnaire

Pour chaque étage, seules les couleurs des cadres des portes de chambres sont différentes; on passe du bleu pâle au vert pâle ou au rose saumon. Chaque unité ou étage a donc une couleur et une décoration légèrement différente et sans toutefois beaucoup de contraste (n=4). Toutes les chambres sont presque identiques, sur tous les étages elles ont la même couleur à l'intérieur et un mobilier assez semblable, particulièrement au 3e étage (n=1). Plusieurs répondants parlent de mettre plus de contraste, soit entre les couleurs des étages (n=1), en peignant les deux ailes de couleurs différentes (n=2) ou chaque porte de chambre d'une couleur spécifique (n=1). Pour ceux dont le déficit cognitif est plus important plus de contraste entre les couleurs des étages pourrait aider (n=1).

Trajet

Le sujet 4 a montré de l'étonnement quand l'examineur lui a souligné la différence de couleur entre les étages pour aider à les différencier. Elle n'avait jamais remarqué, et ne s'en sert donc pas, du moins de façon consciente.

6.3.2.9 Discussion et recommandations

La signalisation est un support aux éléments architecturaux. Quand la disposition des espaces ne permet pas de distinguer les lieux de façon adéquate, des informations complémentaires sont nécessaires comme les panneaux, les pictogrammes, les couleurs, les symboles.

Dans le centre d'accueil on remarque ainsi que de nombreux espaces ne nécessitent pas, pour les résidents, d'information additionnelle autre celle de leur emplacement architectural. On pense ici, entre autres, à toutes les pièces ou espaces centraux: le salon, le poste des infirmières et de l'agent de sécurité, les ascenseurs. Même si certains répondants craignent que le salon soit mal signalisé, ce problème n'est pas survenu lors de notre expérimentation; nous pourrions même affirmer à l'inverse que cette destination est la mieux réussie pour le salon des étages qui est au centre de l'unité de vie.

Il ne faudrait pas malgré tout en conclure hâtivement que la signalisation est inutile. Elle ne peut à elle seule palier à une mauvaise conception architecturale mais, elle

peut devenir un support très puissant quand elle respecte certains principes: lisibilité, accessibilité, redondance d'information, cohérence, absence de surcharge d'information. La signalisation demeure indispensable pour toute personne peu familière avec un milieu.

1. La signalisation est utilisée soit lorsque l'on cherche l'information, soit pour confirmer une destination. Elle doit donc toujours être lisible rapidement et facilement, ainsi que d'être facilement visible. La petitesse des caractères a été souvent soulignée par les intervenants, que l'on pense aux numéros de chambre. Le contraste entre les caractères et le fond est un deuxième moyen avec la grosseur des caractères pour rehausser la visibilité.

2. La signalisation doit aussi être accessible. L'accessibilité en hauteur a été relevée par les intervenants, ce que nous avons corroboré dans les trajets, tout particulièrement pour les ascenseurs. Ainsi, l'accessibilité au chiffre de l'étage est très réduite. Dans l'ascenseur, il faut que les personnes pensent à regarder au-dessus de la porte pour voir défiler les numéros d'étage, ce que font deux sujets sur six. Pour d'autres, comme le sujet 6, cela semble plus difficile du fait de sa position naturelle, courbée, le regard vers le bas comme beaucoup de personnes âgées. Ce défilement des numéros d'étage devrait être amélioré surtout qu'il semble demeurer significatif pour les personnes décrites. Un défilement visuel le long des portes intérieures de l'ascenseur ou une annonce sonore indiquant l'étage faciliterait la signalisation.

De même, il est indispensable de s'assurer qu'au sortir de l'ascenseur le chiffre indiquant l'étage est visible, agissant comme une confirmation. Dans le centre d'accueil étudié, par la configuration architecturale, un des ascenseurs n'est pas en face du mur présentant le numéro de l'étage

3. La redondance d'information est définie ici comme la possibilité pour chacun d'obtenir de l'information, ou un rappel de cette information, par des modes de communications différents. Il faut se rappeler que cette information peut être utilisée quand on la recherche mais aussi comme confirmation lors d'un déplacement vers une destination.

Comme le rapportent les intervenants, comme le confirment les expérimentations, et tel que présenté dans la littérature, le comportement des personnes démentes est hétérogène. Il devient donc d'autant plus essentiel de présenter des informations sous des modes différents. En cela, l'identification de la chambre selon trois modes (nom, photos et numéro) est un pas intéressant dans cette direction. Il semble qu'un "code" dont la légende serait évidente et facilement lisible dans l'environnement pourrait être une solution à cette problématique. Un code à multiple types de communications, pourrait par exemple être d'identifier le deuxième étage par une couleur, un thème d'objet, un nom, un chiffre. Ce qui donnerait l'étage numéro deux qui est bleu, est représenté par des instruments de musique. Chaque corridor de chaque étage pourrait aussi avoir un nom d'instrument de musique particulier, comme l'aile des pianos. Dans l'ascenseur on pourrait retrouver sur le bouton affichant le numéro "2", une pastille de couleur bleu et même un instrument de musique. Au sortir de l'ascenseur, le hall du deuxième étage serait peint en bleu, avec un grand chiffre annonçant le numéro de l'étage et une représentation d'instruments de musique. Il est

essentiel que si un code de reconnaissance est utilisé dans un milieu, tous, intervenants et résidents, doivent utiliser ce même code, dans les mêmes paramètres, afin d'éviter toute incohérence. Aussi, si un système de signalisation ou de codification est utilisé, il doit l'être de façon cohérente entre les différents milieux du bâtiment et il doit ressortir comme tel dans l'environnement. L'utilisation de la couleur ne doit pas paraître comme de la simple décoration, mais bien comme un code où la légende est évidente. L'utilisation de pictogrammes ou de symboles doit être significatif pour les usagers et avec des rappels, soit au niveau de l'ascenseur, d'un répertoire, dans les corridors.

4. La nécessité que l'information soit utilisée et divulguée de façon cohérente a été soulignée précédemment dans la section sur la dénomination des salles (section 6.3.1.1).

5. Toute information écrite sous forme de panneaux signalétiques, de notes de service, de consignes à respecter ou encore de publicité affichée, est susceptible d'être lue par les résidents et d'interférer ainsi avec les informations pertinentes. Les personnes avec une déficience cognitive montrent une difficulté à sélectionner l'information pertinente à une tâche donnée. L'information signalétique sera d'autant plus lisible et visible si elle n'est pas étouffée par de l'information concurrentielle, il convient donc d'éliminer le plus possible la surcharge d'information. Minimiser les interactions entre diverses sources d'information est donc nécessaire comme le remarque un des répondants et comme nous l'avons remarqué lors du trajet du sujet 1, qui éprouvait une grande difficulté à choisir l'information pertinente. Cette surcharge peut être évitée en disposant les informations nécessaires aux endroits propices, c'est-à-dire, qu'il faut éviter de mettre des informations non pertinentes à la circulation dans les aires de circulation. De la même façon, il faut disposer dans ces aires de circulation tout ce qui est nécessaire aux déplacements.

En général, il faut faire attention à des solutions qui résoudraient un problème pour un groupe de résidents, mais qui pourraient bien en causer d'autres pour une autre groupe de résidents. Par exemple, l'idée, proposé par un intervenant, d'apposer sur le sol de flèches indiquant des directions mais, qui pourraient aussi perturber certains résidents comme il sera vu dans la section qui suit, sur le design intérieur.

6.3.3 Information par design d'intérieur

6.3.3.1 Revêtement de sol

Questionnaire

Plusieurs commentaires sur les revêtements de sol ont été mentionnés par les répondants comme moyen de restriction des déplacements, ils se retrouvent donc dans la section 6.6.2.

On retrouve deux types de commentaire sur les revêtements de sol: la réflexion de la lumière sur le sol, la brillance par les rayons du soleil (n=2) (voir figure 6.18); les changements de couleurs ou de motif (n=5). Un répondant trouve que "la couleur des planchers est la même partout, c'est monotone et ne facilite pas l'orientation", alors

que les autres considèrent que le milieu n'est pas assez homogène. Les changements de motifs ou de couleurs perturbent les résidents, qui regardent presque uniquement le sol lorsqu'ils marchent (n=1): ils suivent les lignes du plancher (n=1), les tuiles de couleurs sont interprétées comme des marches (n=2) ou encore comme un trou à éviter (n=1). Certains résidents s'arrêtent et tentent d'enjamber les changements de couleur entre le plancher du couloir et celui de leur chambre et les plaques de métal pour la fermeture et l'ouverture des portes des ascenseurs (voir figure 6.19) deviennent de véritables obstacles: "le plancher aurait avantage à être égal et droit" (n=1).



Figure 6.18 - Revêtement de sol du couloir des chambres

Trajet

Deux sujets se sont montrés sensibles au revêtement du sol. Le sujet 5 a particulièrement mentionné pendant le trajet ce qu'il voyait au sol, il marchait sur son ombre disant qu'il "joue avec ses choses". Les lignes métalliques sur le parcours l'obligent à les enjamber, aussi bien celles qui délimitent un accès à un couloir que celles installées au milieu d'un couloir. Le sujet 5 marque un arrêt pour enjamber le seuil de l'ascenseur. Les carreaux de différentes couleurs formant le revêtement du couloir de l'unité de vie du sujet 6 ont semblé la perturber.

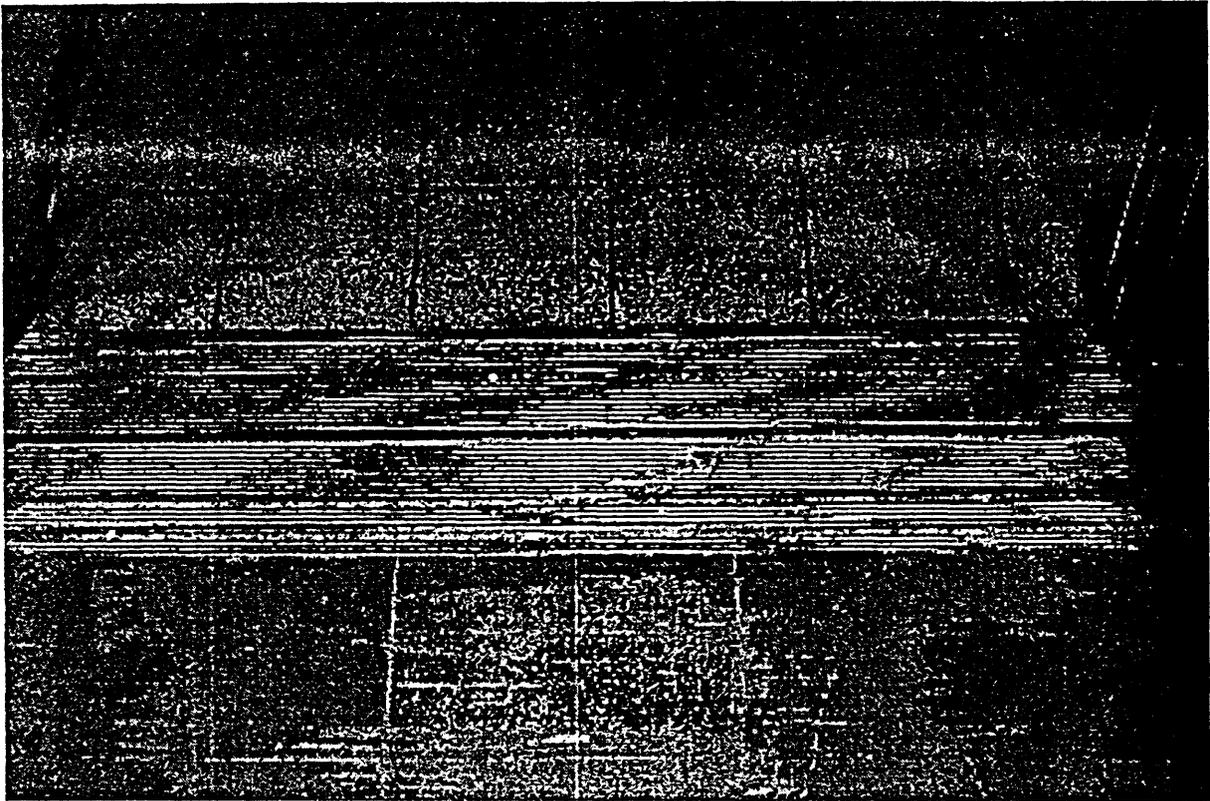


Figure 6.19 - Seuil métallique des portes d'ascenseurs

6.3.3.2 Revêtement des murs

Questionnaire

Encore ici un répondant dénonce la monotonie des couleurs des murs et affirme qu'un contraste de couleurs entre le sol et les murs serait souhaitable. Ce qui va à l'encontre des commentaires des autres répondants. Un deuxième affirme, quant à lui, qu'il serait préférable de tout peindre de la même couleur, afin de créer le moins d'obstacle possible. Un troisième note que le fait que toutes les portes de chambres soient de la même couleur amènent une certaine confusion.

6.3.3.3 Transparence des lieux

Questionnaire

La transparence des lieux est présente par la fenestration intérieure des salons et la fenestration vers l'extérieur. La fenestration intérieure des salons, les baies vitrées, incitent les gens à venir voir ce qui s'y passe et "aiderait à l'orientation" (n=1). Ce point a longuement été discuté dans la section sur les informations architecturales (section 6.3.1).

6.3.3.4 Corridor

Questionnaire

Longueur, étroitesse et encombrement sont les qualificatifs qui reviennent le plus souvent dans les propos des répondants. Il semble que lors des repas, du ramassage des linges souillés ou encore de la tournée des infirmières, les corridors étroits deviennent encombrés à cause des chariots (n=3). Cette situation favorise la désorientation et l'anxiété chez les résidents (n=2) tout comme le fait qu'ils doivent choisir entre les deux corridors des deux ailes quand ils sortent du salon (n=1). Il existe quand même une règle qui est de déplacer tout chariot et appareil du même côté, afin de faciliter la circulation aux résidents qui sont sensibles aux embûches (n=1).

L'étréitesse des corridors ne permet pas aux personnes circulant en fauteuil roulant d'être à l'aise lorsqu'il y a des chaises le long du mur (n=1). Les corridors sont très longs (n=2) et sont tous de la même couleur d'une aile à l'autre et d'un étage à l'autre (n=5). Selon un répondant, il serait bien de peindre les ailes de couleurs différentes ou encore, selon un autre répondant de fermer les portes.

Les unités étant toutes faites pareilles cela facilite la circulation (n=1). Le corridor sans virage fait en sorte que les résidents ne se perdent pas, ils vont jusqu'au bout et ils reviennent (n=1), pourtant on préférerait qu'ils soient moins longs (n=1). Malgré tout, les corridors restent sombres et peu invitants (n=1).

Trajet

Les sujets ont été sensibles aux embûches qui pouvaient survenir sur leur chemin lors des trajets. Par exemple, lorsque le sujet 1 est sorti de l'ascenseur à l'étage de sa chambre, le corridor de l'aile allant à sa chambre était obstrué par des chariots de linges souillés. Le sujet a automatiquement tourné vers le corridor libre. Un autre sujet, le sujet 3, a montré plus de difficulté à retrouver sa chambre lorsqu'il a croisé sur le trajet une dame en fauteuil roulant qui prenait tout le côté du corridor où se trouvait sa chambre.

Tous les sujets ont montré une habileté à replacer mentalement leur chambre du bon côté du couloir. La différenciation entre les ailes semble difficile à réaliser en sortant des ascenseurs, par contre, une fois dans le bon couloir les sujets ont longé le mur du côté où se trouvait leur chambre.

6.3.3.5 Discussion et recommandations

Il faut rappeler ici, que les opinions des répondants au sujet du design d'intérieur sont très diversifiées, et même contradictoires. Malgré cela certains éléments ressortent de façon presque unanime, comme les revêtements de sol, de mur, la fenestration, la longueur et l'étroitesse des corridors.

Certains résidents ont une habileté à situer leur chambre du bon côté du couloir. Ils ont donc la capacité de faire une différenciation architecturale des lieux. Cela signifie que l'organisation des lieux domine la capacité de compréhension, mais aussi que le décor est moins important. Les revêtements de sol et de mur jouent un rôle important dans la capacité des résidents à se déplacer. C'est-à-dire qu'un sol brillant, avec des reflets, des motifs ou patrons dans tuiles, entrave les déplacements des résidents. Une ligne au sol ou une chaise peuvent aussi entraver les déplacements. Certains résidents perçoivent ces éléments de façon "anormale" en les considérant comme une menace ou tout simplement perturbant. C'est pourquoi l'utilisation d'une signalisation disposée sur le sol doit être testée avant d'être installée.

Les corridors auraient avantage à devenir des espaces architecturalement articulés, semi-publics, avec des aires d'arrêt et des aires de rangement hors de la circulation. Il pourrait permettre ainsi une discontinuité dans l'environnement, tout en dégageant la voie réservée à la circulation.

6.4 Point de repère

Les points de repères sont une source précieuse d'information pour se diriger dans des environnements plus ou moins familiers. Pour favoriser la verbalisation des sujets, l'expérimentation auprès des sujets a été présentée comme une visite guidée du centre. Plusieurs sujets ont donc spontanément nommé les lieux qui leur semblaient les plus caractéristiques. Il faut cependant noter que ce n'est pas parce qu'un élément est nommé, qu'il est un point de repère. De la même manière, ce n'est pas parce qu'un élément de l'environnement n'est pas nommé, qu'il n'est pas un point de repère: il peut y avoir des points de repère qui ne seront pas nommés.

6.4.1 Poste de sécurité

Questionnaire

Le poste de sécurité est situé au rez-de-chaussée, face à l'entrée principale, sur le chemin entre l'ascenseur et la salle à manger. Pour plusieurs répondants, ce poste, identifié aussi comme la réception, aide beaucoup les résidents à se repérer lorsqu'ils arrivent dans le hall de l'entrée (n=6). L'agent de sécurité peut guider les gens (n=1) ou encore répondre à leurs questions (n=1). La présence de ce bureau d'accueil permet aux résidents de savoir s'ils ne sont pas au bon étage (n=2).

Trajet

Au rez-de-chaussée, le poste de sécurité est un repère utilisé par la plupart des sujets, d'autant que l'agent de sécurité se trouve toujours là prêt à répondre aimablement aux

demandes des résidents. Il constitue autant un point de repère qu'un élément de sécurité quand les résidents sont perdus.

6.4.2 Poste des infirmières

Questionnaire

Le poste des infirmières des unités de vie, situé face au salon, à la jonction des deux ailes (voir figure 6.20) est mentionné comme point de repère par plusieurs répondants (n=5). C'est un endroit central (n=1) où les bénéficiaires peuvent se rendre pour poser des questions (n=2). C'est le lieu identifié par tous pour aller chercher de l'aide (n=1). La situation est différente au rez-de-chaussée, le poste n'est pas central mais situé au milieu de l'aile des chambres (voir figure 6.21). Les chariots de médicaments sont ambulants et le poste ne sert qu'à faire les dossiers, il ne serait donc pas utilisé comme point de repère pour les gens atteints de troubles cognitifs (n=1).

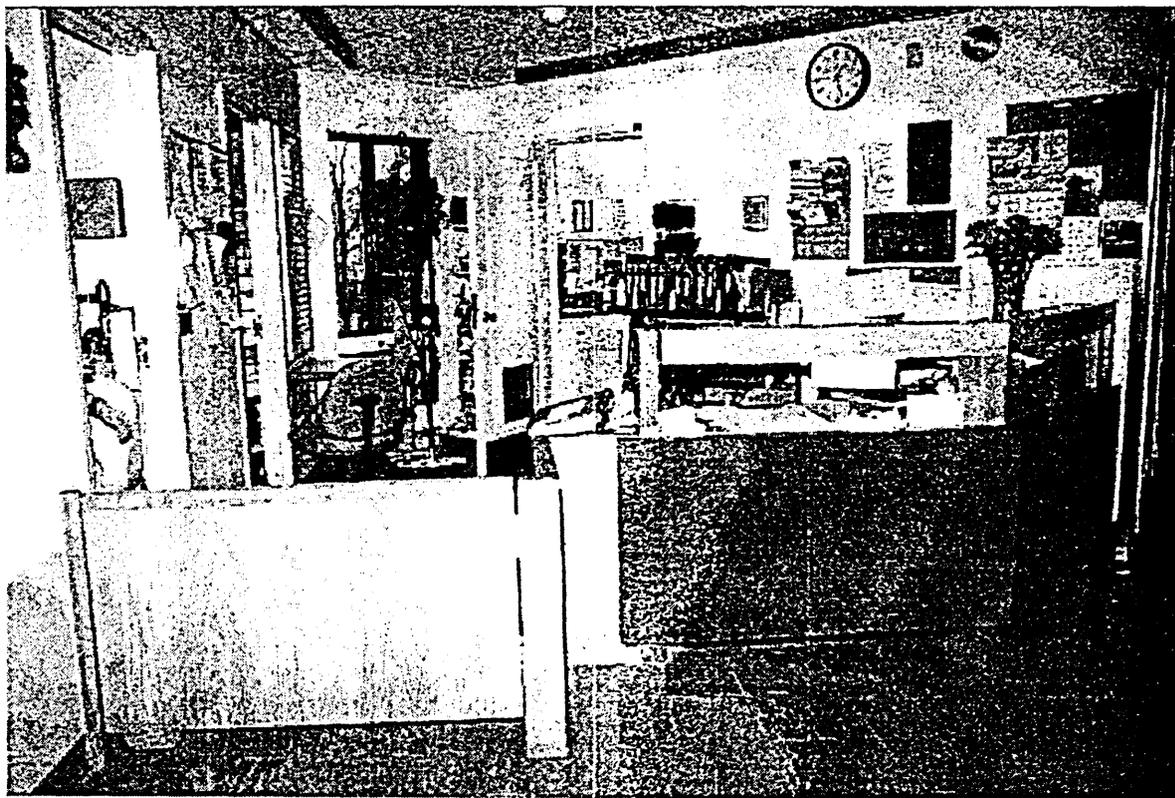


Figure 6.20 - Poste des infirmières sur les unités de vie des étages

Trajet

Le poste des infirmières aux étages supérieurs représente la même fonction que le poste de sécurité. Il a été nommé par un sujet depuis le fond du couloir des chambres pour identifier où se trouve le salon. Si les autres sujets ne le citent pas comme repère cela peut être dû au fait que dans les environnements familiers on se réfère moins aux points de repère.

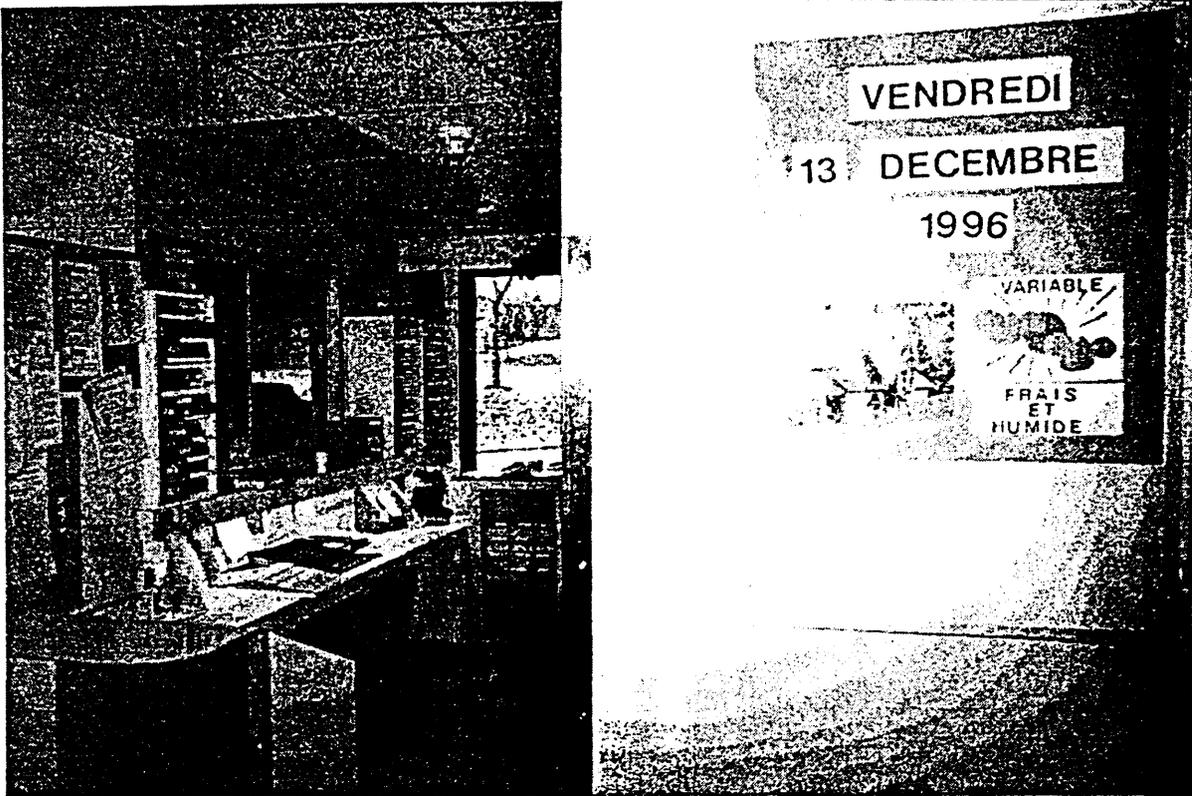


Figure 6.21 - Poste des infirmières de l'unité de vie du rez-de-chaussée

6.4.3 Ascenseurs

Questionnaire

Le hall des ascenseurs semble être un point de repère pour les résidents, puisque selon certains répondants (n=2), ils se souviennent où ils sont placés et cela d'un étage à l'autre.

Trajet

Les portes des ascenseurs constituent un autre point de repère immuable dans tous les étages.

6.4.4 Tableaux d'activité et d'orientation

Questionnaire

Il y a des tableaux d'activité sur chacun des étages et un autre au rez-de-chaussée, plus grand et plus complet (voir figure 6.22). Les tableaux d'activité des étages se trouvent sur le mur en face des ascenseurs, et celui du rez-de-chaussée, sur le chemin vers le corridor de la salle des loisirs. Celui du rez-de-chaussée n'est mentionné que par un répondant: "ils vont à l'animathèque et ne s'y arrêtent pas", sauf peut-être lorsque la démence n'est pas trop sévère et lorsque les gens savent encore lire. Un seul répondant affirme que les tableaux d'activité des étages fonctionnent comme point de repère.

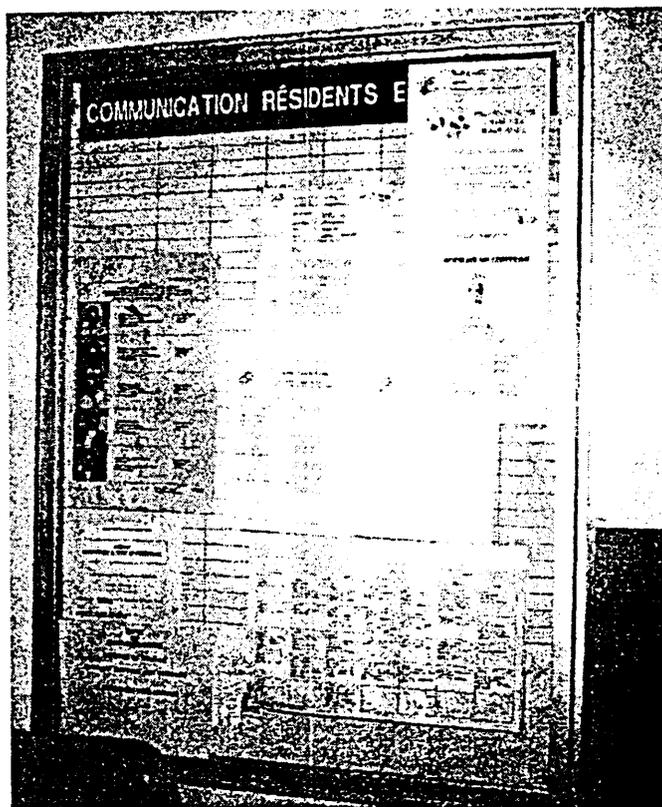


Figure 6.22 - Tableau d'activité du troisième étage

D'autres sont sceptiques, considérant que les résidents ne les remarquent pas (n=2) ou encore "les informent mais ne les orientent pas" (n=1). Certains résidents semblent se servir du tableau des activités, à titre informatif, puisqu'on y indique les locaux et l'horaire des activités (n=4). Il faut dire que l'horaire des activités est aussi distribué dans les chambres sous forme de feuillet d'information (n=2).

Le tableau d'orientation, présent à chaque étage, pourrait aussi servir de point de repère (voir figure 6.23). Ce tableau est situé sur le mur séparant les deux ascenseurs, à gauche des boutons d'appel et du cendrier. À la gauche de ces boutons se trouve un plan schématisé de l'étage devant servir en cas d'évacuation. Mais ce tableau d'orientation remplit la fonction de point de repère selon un seul répondant, pour les autres (n=3), il n'est pas utile pour repérer les gens. Et même, certains diront qu'il ne l'est pas dans sa fonction première de repère quant à l'orientation temporelle (n=2).

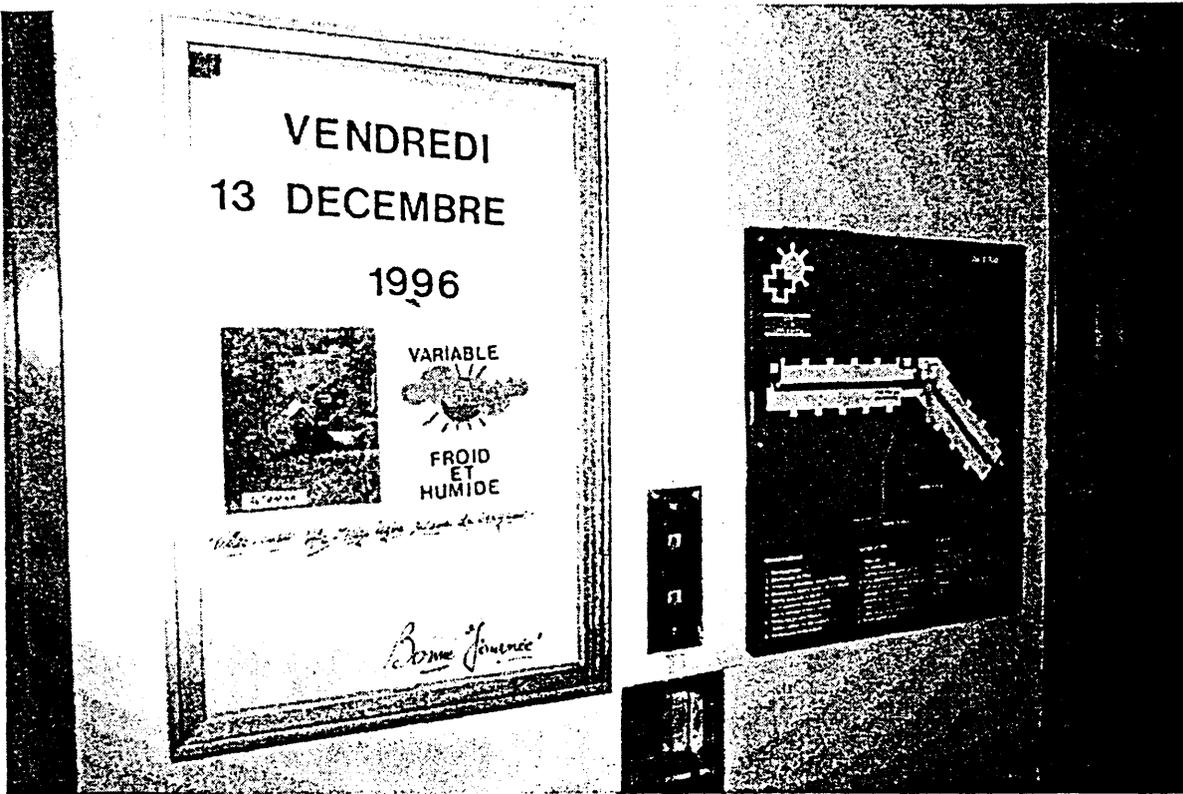


Figure 6.23 - Tableau d'orientation du troisième étage

Trajet

Un seul sujet a mentionné la présence du tableau d'activité de son étage, mais ce sujet l'a lu, comme il l'a fait de toutes les informations trouvées sur son passage.

6.4.5 Horloge

Questionnaire

L'horloge située sur un des murs du corridor des chambres semble être utilisée par les répondants comme un point de repère pour le trajet jusqu'à la chambre. On indique souvent aux résidents leur chambre en la situant par rapport à l'horloge (n=2).

Trajet

Aucun sujet n'a semblé utiliser l'horloge du corridor comme repère, et même lorsqu'interrogé, le sujet 4 dit ne pas s'y repérer pour trouver sa chambre.

6.4.6 Repères du rez-de-chaussée

Questionnaire

L'abreuvoir sur le chemin de la salle à manger du rez-de-chaussée, est nommée comme point de repère par un répondant.

Trajet

À cet étage plusieurs éléments ont été identifiés par les sujets lors des trajets. Les portes vitrées du couloir menant à la salle des loisirs sont mentionnées par deux

sujets ainsi que la photocopieuse qui se retrouve derrière (voir figure 6.7). On retrouve ensuite les escaliers pour descendre. Sont nommés pêle-mêle le téléphone, l'abreuvoir, la salle de bain et le menu du jour à l'entrée de la salle à manger.

6.4.7 Discussion et recommandations

Un point de repère doit se distinguer de ce qui l'entoure par sa forme, sa fonction et son apparence, c'est dire qu'il doit être un élément distinctif du design intérieur avec une activité distinctive. L'idéal étant de combiner fonction et forme, puisqu'on se rappelle un point de repère quand on l'utilise tout d'abord pour sa fonction première.

Il est souvent un élément de sécurité ou un élément qui vient briser la monotonie d'un lieu. Par exemple, les sujets ont noté le poste de sécurité du rez-de-chaussée et celui des infirmières sur leur étage. Dans les deux cas, les résidents ont une interaction avec les gens qui sont à ces postes et ces postes sont aménagés à l'angle des deux ailes et visibles de presque partout. Donc, pour qu'un point de repère soit utilisé par les usagers du lieu, il doit aussi être visible et se situer dans le champ de vision des utilisateurs.

L'horloge est un exemple de point de repère controversé. Elle est utilisée par les intervenants dans le but d'insérer un repère pour les résidents, mais ne semble pas être un point de repère utilisé par les résidents. Il faut dire que cette horloge est placée assez haut sur un des murs du corridor et sûrement hors de la vision des sujets, qui regardent principalement le sol. Peut-être aussi que le fait que les personnes âgées éprouvent moins le besoin d'utiliser l'horloge pour connaître l'heure, diminue la signification de ce point de repère.

Dans un environnement où la signalisation est cohérente et coordonnée, la redondance des informations peut induire un point de repère dans le but d'augmenter la diffusion des informations et des indices facilitant les déplacements et la reconnaissance.

6.5 Ascenseur

6.5.1 Performance des résidents

Questionnaire

De façon générale, les répondants ont identifié des difficultés pour les résidents lors de l'utilisation de l'ascenseur. Certains préconisent d'accompagner les personnes susceptibles d'avoir des difficultés lors de tous leurs déplacements en ascenseur (n=2).

Trajet

Tous les sujets ont été dépendants lors de l'utilisation des ascenseurs, sauf un, le sujet 4 qui a l'habitude de se déplacer seul dans tout le centre. Il est intéressant de détailler dans cette tâche ce que les résidents ont été en mesure de faire et quelles sont leurs appréhensions.

L'utilisation de l'ascenseur exige une coordination dans le temps et l'espace d'une série d'opérations mentales. Par ailleurs, les stimulations interférentes (c'est-à-dire, la présence des autres usagers, l'ouverture des portes à l'étage non désiré) sont souvent nombreuses, dans les heures d'affluence en particulier. L'utilisation de l'ascenseur peut être divisé en une série d'étapes qui requièrent à des degrés variés l'implication des capacités cognitives et physiques:

- identifier le but de changement d'étage dont, la connaissance de l'étage où se rendre
- se rendre dans le hall des ascenseurs
- appeler l'ascenseur
- attendre l'ascenseur
- entrer dans l'ascenseur
- appuyer sur le bouton de l'étage désiré
- reconnaître l'étage de destination
- sortir de l'ascenseur

Tous les sujets ont utilisé l'ascenseur deux fois pendant leur parcours, la première pour descendre au rez-de-chaussée ou au sous-sol, la deuxième pour remonter à leur unité de vie. La performance est similaire à l'aller comme au retour pour chacun des sujets.

Identifier le but

Trajet

L'examineur présentait à chaque sujet la nouvelle destination nécessitant l'utilisation de l'ascenseur, à l'aller depuis le salon, au retour d'une pièce du rez-de-chaussée. Hormis, le sujet 4 qui utilise couramment l'ascenseur seul, les autres sujets éprouvent des difficultés, mêlées d'appréhensions, à planifier le changement d'étage. Pour deux d'entre eux, les sujets 5 et 6, aller vers des salles situées sur un autre niveau équivaut à une sortie, car l'un comme l'autre vérifient leur habillement.

Si l'inquiétude manifestée par ces deux sujets reste faible, elle est par contre beaucoup plus difficile à contrôler pour les trois autres sujets qui présentent des comportements proches de l'anxiété. Tout particulièrement, le sujet 1 montre combien cette étape est cruciale dans la tâche de prendre les ascenseurs. Autonome dans ses déplacements dans son unité de vie, elle se révèle désarmée et anxieuse dès qu'elle doit le quitter ce qu'elle exprime en se sentant "toute virée". C'est pourtant un des sujets qui s'oriente le mieux, connaissant l'étage et le numéro de sa chambre et ayant besoin d'une aide minime pour utiliser l'ascenseur. Tout semble indiquer qu'elle perçoit devoir réaliser une tâche au-delà de ses capacités et qu'elle ne peut pas contrôler. Le sujet 2, à l'aller comme au retour, prétexte d'être trop endormi pour savoir comment se rendre à la destination demandée et cherche avidement de l'information auprès du personnel aux alentours. Le sujet 3 a refusé une première fois de prendre l'ascenseur avec deux personnes inconnues, soit les deux examinateurs, et lors de la deuxième expérimentation nomme l'ascenseur comme les "deux choses noires". Cette anxiété se trouve augmentée au retour quand les sujets doivent se fier à l'examineur pour les ramener à leur chambre dont ils ne connaissent pas l'étage.

Cette situation est analogue à celle d'une personne ne connaissant pas l'adresse de son domicile et devant donner toute sa confiance à un inconnu pour retourner chez elle.

À part le sujet 4, les autres sujets montrent leur impuissance à changer d'étage et à planifier cette tâche. Cela a déjà été bien démontré par les comportements du sujet 1. En disant "on n'est pas capable de communiquer avec l'entrée", le sujet 3 exprime toute son impuissance face à un but trop lointain dont il ne connaît pas la procédure pour l'atteindre. Et pourtant, elle montre qu'elle sait que la destination proposée, la salle à manger, se situe près de l'entrée. Quant au sujet 5 il exprime sa dépendance pour ce déplacement en identifiant le but à atteindre comme une routine réalisée avec "quelque autre", c'est à dire l'accompagnateur, et il se rend vers le hall des ascenseurs pour attendre.

Tous ces comportements indiquent combien le changement d'étage est difficile et source d'anxiété pour les sujets. Tout se passe comme si leur lieu de résidence s'arrêtait à leur milieu de vie sur l'étage, puis après, de l'autre côté de l'ascenseur, commençait le "ailleurs".

Se rendre dans le hall des ascenseurs

Trajet

Une fois le but identifié, il faut trouver les ascenseurs. Généralement, cette étape est réussie et même bien intégrée à la routine comme le montre le sujet 5 qui va jusqu'à s'asseoir sur les bancs en disant: "d'habitude j'attends". Le sujet 1 toutefois doit être amené au hall de l'ascenseur, car à l'aller comme au retour il associe à la destination des pièces sur le même étage qui ne nécessitent pas l'utilisation de l'ascenseur.

Du premier au quatrième étage, le hall des ascenseurs est central, fait partie de l'entrée de l'étage et juxtapose des pièces bien identifiées dans le centre d'accueil: salon, poste des infirmières, hall d'entrée, poste de sécurité (voir figures 6.5, 6.9, 6.10). Par contre, le hall des ascenseurs au sous-sol est moins spacieux, situé au milieu du couloir, les ascenseurs exhibant des portes peu différentes des autres portes (voir figure 6.24). Le sujet 6, qui est le seul sujet à s'être rendu au sous-sol, a tourné dos aux ascenseurs et a eu besoin de l'examineur pour se replacer devant les ascenseurs, situation qui n'a jamais été nécessaire aux autres étages.

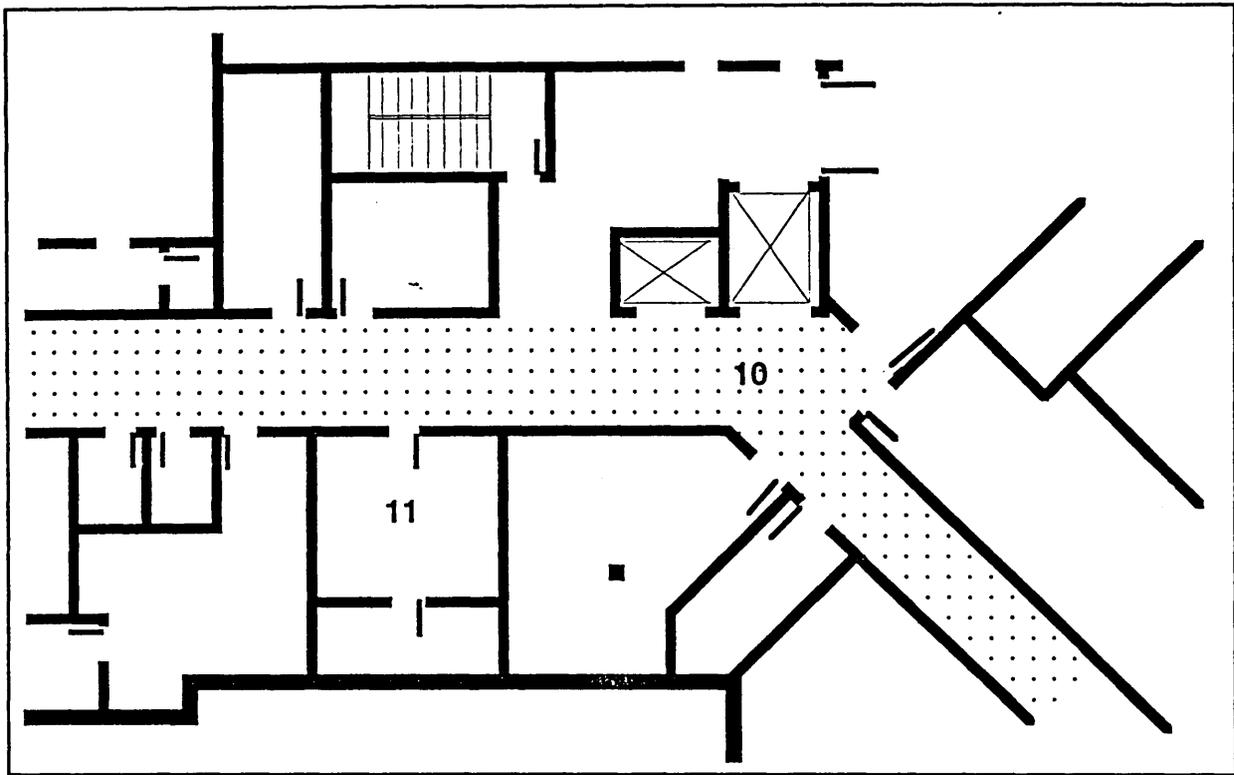


Figure 6.24 - Hall des ascenseurs du sous-sol

Appeler l'ascenseur et appuyer sur le bouton de l'étage désiré

Questionnaire

Selon les répondants, les résidents auraient une grande difficulté à appuyer sur les boutons de l'ascenseur (n=2). Cela est interprété comme un oubli, les résidents oublient comment fonctionnent les ascenseurs, ils ne savent plus comment les utiliser. Un répondant affirme que les gens qui ne se souviennent plus deviennent très nerveux à l'idée de devoir les prendre. Certains résidents peuvent aussi avoir des problèmes physiques qui les limitent dans l'utilisation de l'ascenseur (n=1).

Trajet

Les sujets montrent une grande dépendance pour appeler l'ascenseur. À part le sujet 4 qui est complètement indépendant, seul le sujet 1 a accepté d'appuyer sur le bouton d'appel. C'est avant de prendre l'ascenseur, que le sujet 1 identifie l'étage où il veut se rendre ce qui lui fait dire "on va prendre une chance" pour se rendre au deuxième étage signifiant qu'en effet dans cette petite flèche qui monte, il n'est pas clairement indiqué que l'on pourra se rendre au deuxième étage. Dès cette étape, elle anticipe d'avoir à appuyer sur le bon étage à l'intérieur de l'ascenseur, inférant à l'aller que le rez-de-chaussée énoncé par l'examinateur correspond au premier étage, et au retour que sa chambre est au deuxième étage. Suite à cette réaffirmation de l'étage à obtenir par rapport au niveau où il se trouve, le sujet 1, parmi les deux boutons indiquant une flèche pour monter ou descendre, n'appuie que sur le bouton qui correspond à la direction à prendre. Même sur l'insistance de l'examinateur les quatre autres sujets

ont refusé d'appuyer sur le bouton. Et même si le sujet 2 regarde vers les boutons d'appel, il se dit trop endormi pour appuyer lui-même. Le sujet 6 prétexte que "c'est

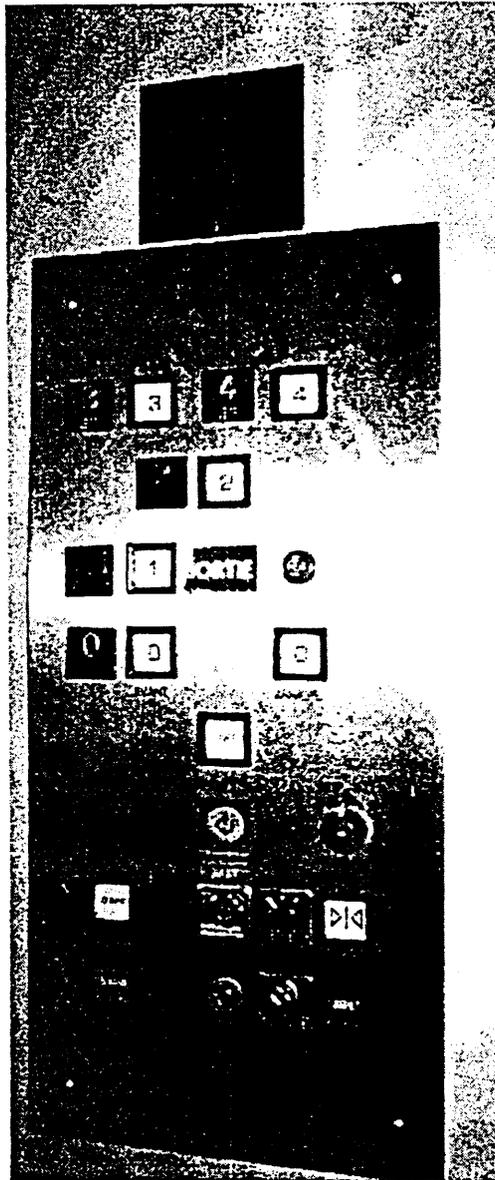


Figure 6.25 - Panneau des boutons d'appel à l'intérieur de l'ascenseur

bien trop gros" ou que l'on peut marcher. Quant au sujet 5 il propose "d'être d'ordinaire", c'est à dire de laisser l'examineur appuyer et dira au retour, comme le sujet 3, "je m'y connais pas". Le sujet 5 joue et s'agrippe au cendrier situé sous les boutons d'appel de l'ascenseur, au rez-de-chaussée.

Deux raisons peuvent être évoquées pour expliquer la dépendance présentée lors de cette étape. Les résidents atteints de troubles cognitifs sont toujours accompagnés et on les dissuade même de prendre l'ascenseur seul en leur faisant porter des bracelets s'ils se perdent trop souvent. Les boutons d'appel ne sont pas clairement identifiables car ils sont petits, la flèche peu visible et s'allumant faiblement. Ils sont de

plus perdus sur le mur au milieu d'autres informations comme le plan de l'étage ou l'interdiction de fumer (voir figure 6.17).

Appuyer sur le bouton de l'étage désiré à l'intérieur de l'ascenseur se compare à l'étape d'appui pour le bouton d'appel (voir figure 6.25). Les quatre sujets 2,3,5,6 montrent la même appréhension et le même comportement que lors de l'appel de l'ascenseur. Le sujet 1 montre autant d'aisance à appuyer sur le bouton de l'étage que lors de l'appel de l'ascenseur. De même le sujet 4 est indépendant pour appeler les étages et appuie même sur le bouton permettant de refermer plus rapidement les portes. Cette étape se révèle donc réussie de la même façon que celle d'appel de l'ascenseur car comme nous l'avons remarqué précédemment avec le sujet 1 l'anticipation de l'étage a déjà été réalisée.

Attendre l'ascenseur

Trajet

La phase d'attente de l'ascenseur peut devenir cruciale pour les personnes qui présentent de la difficulté à garder leur attention ou dont la capacité à attendre peut être diminuée. De plus, le centre d'accueil possède deux ascenseurs côte à côte (voir figure 6.5), l'attente doit donc être faite en se plaçant de façon stratégique entre les deux ascenseurs pour monter dans le premier qui s'ouvre.

Quand ils prennent l'ascenseur, les sujets ont l'habitude de se faire accompagner. L'observation de cette phase est donc peu révélatrice des comportements observables chez les DTA. Toutefois, le sujet 5 a agrippé le cendrier du rez-de-chaussée pendant l'attente laissant ainsi un ascenseur passer. Le sujet 4, qui est indépendant dans ses déplacements, a dû appuyer deux fois sur le bouton d'appel de l'ascenseur: distraite par ce qui se passait autour, y compris l'affiche d'interdiction de fumer placée entre les deux ascenseurs, elle n'a pas entendu la porte d'un ascenseur qui s'ouvrait et se refermait.

Entrer et sortir dans l'ascenseur

Questionnaire

L'entrée et la sortie des ascenseurs semblent problématiques pour les résidents, les portes se referment vite (n=2). De plus, les ascenseurs étant petits, il n'y a pas beaucoup de place pour circuler quand des personnes en fauteuil roulant y sont déjà ou veulent entrer ou sortir (n=2). Un répondant explique la peur de certains résidents à prendre l'ascenseur par le fait "qu'ils n'aiment pas l'effet monter-descendre" ou encore qu'ils n'aiment pas être avec d'autres dans l'ascenseur, par peur d'être blessés.

Trajet

La difficulté d'entrer dans l'ascenseur réside dans le fait que l'on pénètre dans un lieu fermé, que l'on passe par-dessus un seuil métallique et qu'il peut ou pas y avoir du monde présent ou prêt à descendre, tout ceci mêlé à l'appréhension que les portes ne se ferment. Généralement, les sujets ont montré de la dépendance lors de cette phase. Comme cette entrée doit se dérouler rapidement, l'expérimentateur a

accompagné les sujets dans l'ascenseur sans leur laisser le temps d'exprimer leurs hésitations ou leurs changements de but induits par le fait qu'ils rencontraient des personnes. On sait en effet combien les DTA sont sensibles aux obstacles physiques et comment ils auraient pu décider de changer de destination face à une personne qui sort de l'ascenseur.

Le sujet 3 devant deux ascenseurs ouverts en même temps a montré tant d'hésitation qu'un des ascenseurs est reparti avant qu'il n'y entre. Le sujet 6 hésite, s'enquiert pour savoir s'il est dangereux de rentrer dans les ascenseurs et laisse passer deux ascenseurs.

Sortir de l'ascenseur, une fois que la reconnaissance de l'étage est réalisée, se compare avec l'entrée dans l'ascenseur avec un degré de difficulté moindre. C'est à la sortie de l'ascenseur que deux sujets, les sujets 3 et 5, ont manifesté une appréhension à passer par-dessus le seuil de l'ascenseur (voir figure 6.19).

Reconnaître l'étage

Questionnaire

Selon trois répondants, lorsque les résidents utilisent les ascenseurs, ils ont tendance à se perdre, ils se trompent d'étage, ils cherchent à savoir si c'est le bon étage. Ils ne savent plus où sortir (n=1), ils oublient leur numéro d'étage (n=1). Certains résidents restent dans l'ascenseur, ou sortent au mauvais étage cherchent leur chambre et deviennent agressifs (n=1). Plusieurs résidents, lorsqu'ils sortent de l'ascenseur cherchent à reconnaître de quel côté ils doivent aller (n=4). Les pièces situées au rez-de-chaussée et surtout au sous-sol représentent beaucoup de difficultés, les résidents prennent l'ascenseur ou l'escalier et se trompent d'étage, ils cherchent alors leur chambre (n=3). Un répondant pense que la seule solution est d'accompagner le résident lors des transports en ascenseur, alors que d'autres affirment qu'il faut aider les personnes à mieux s'orienter en misant sur une meilleure signalisation écrite, des chiffres plus gros, des couleurs plus marquantes, un meilleur contraste entre les chiffres et le mur (n=3).

Trajet

Reconnaître l'étage de destination est une condition *sine qua non* pour être autonome dans l'utilisation de l'ascenseur. Les deux sujets indépendants dans l'utilisation de l'ascenseur utilisent la même technique pour se repérer à l'étage d'arrivée. Elles regardent avec attention les chiffres des étages dérouler pendant que l'ascenseur bouge. Elles sont donc assurées d'être arrivées au bon étage et ne confirment que vaguement en regardant l'étage où elles sont rendues. Le sujet 4 interrogé à ce propos à l'arrivée à son étage signale qu'il n'avait pas remarqué de différences entre les étages. Le sujet 4 a même démontré son autonomie à utiliser l'ascenseur quand celui-ci, appelé par une autre personne, est descendu au lieu de monter. Elle n'a eu aucune hésitation, est resté dans l'ascenseur attendant que le numéro de son étage soit allumé. Les autres sujets se fient le plus souvent à l'examineur. On n'a pas pu observer s'ils sortaient en étant convaincus d'être rendus au bon étage où par automatisme dès que les portes s'ouvrent. Ainsi, le sujet 3 identifie ses destinations depuis l'ascenseur, le rez-de-chaussée par la disposition et son étage à l'aide du gros chiffre placé devant les portes qu'il lit. Le sujet 5 reconnaît son étage par le banc sur

lequel il attend généralement. Le sujet 6 affirme au sous-sol comme au rez-de-chaussée reconnaître les lieux. On doit remarquer que la disposition de l'espace à la sortie de ces deux destinations est radicalement différentes de celles des étages des résidents.

6.5.2 Problèmes rencontrés par le personnel soignant

Deux problèmes sont soulevés par le personnel: la congestion des ascenseurs à l'heure des repas et les fugues. La congestion des ascenseurs ne relève pas uniquement de la problématique de l'utilisation des ascenseurs par les gens atteints de troubles cognitifs, mais de celle des repas qui sont pris sur les étages. Il n'y a que deux ascenseurs, et ils sont très utilisés en période de pointe, comme à l'heure des repas, ce qui est désorientant pour certains résidents et peut créer de l'agressivité et de la peur (n=2). Lorsque l'ascenseur est très occupé et qu'il y a beaucoup de monde d'autres résidents "figent", surtout s'il y a longtemps qu'ils ont pris l'ascenseur (n=1). Cette congestion peut amener certains résidents bloqués dans l'ascenseur à paniquer (n=2).

Les fugues sont problématiques parce qu'elles nécessitent le blocage des ascenseurs, et donc un contrôle à faire par le personnel soignant (n=2). Elles impliquent la recherche et le raccompagnement des personnes égarées ou fugueuses (n=2). Le manque de personnel tend à favoriser la non-utilisation des ascenseurs et une surveillance serrée afin de ne pas perdre de temps (n=2), finalement seuls les résidents autonomes sont autorisés à circuler librement dans les ascenseurs, ce qui réduit le nombre d'utilisateurs (n=1).

6.5.3 Discussion et recommandations

Les ascenseurs sont présents dans tous les centres d'accueil, rendus nécessaires par la grandeur du centre et les limitations physiques des résidents. Les ascenseurs limitent l'autonomie dans les déplacements chez les gens atteints de démence de type Alzheimer car ils revêtent une grande complexité dans leur utilisation. L'ascenseur introduit une rupture dans la continuité de l'architecture, et même une coupure spatio-temporelle, qui se traduit par une brisure dans les buts qui semble difficile à gérer par les DTA. Pour utiliser l'ascenseur, il faut au moins connaître l'étage où se rendre et l'étage de sa chambre. De plus, l'ascenseur est un milieu où il a beaucoup d'interférences et en même temps ce n'est pas un lieu systématique, il est noyé dans le décor, dans la circulation, ce qui rend l'utilisation et la continuité des buts encore plus difficiles.

Les ascenseurs présentent un des éléments les plus complexes à utiliser dans les tâches d'orientation. Pour les DTA cette complexité est augmentée par leur difficulté à planifier des buts à long terme, à mémoriser ainsi qu'à gérer l'attente. En effet, leurs décisions dépendent de l'environnement immédiat. Or décider de se rendre à la salle à manger du rez-de-chaussée quand on se trouve à un étage supérieur requiert de conserver le but final tout en lui juxtaposant des buts immédiats comme se rendre à l'ascenseur, attendre l'ascenseur sans pour autant voir dans son entourage immédiat la salle où se rendre. Le résident doit alors hiérarchiser ses décisions afin de planifier ce déplacement d'un étage à l'autre. Et il appert dans d'autres études (Passini et al.,

1994, 1995) que cette planification est particulièrement difficile à faire pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Il faudrait idéalement limiter les déplacements verticaux dans les centres d'accueil et réaliser des unités de vie fonctionnelle et autonome sur un seul niveau.. Les bureaux administratifs ainsi que les salles communes du centre d'accueil devraient donc être, dans la mesure du possible, situer sur les étages supérieurs afin de permettre d'augmenter le nombre de résidents vivant à l'unité de vie du rez-de-chaussée. L'accès direct à un espace extérieur, clôturé pour éviter les fugues, pourrait faciliter la sortie des résidents à l'extérieur.

Puisqu'il n'est pas possible d'éliminer l'ascenseur de tous les déplacements, certains éléments doivent être pris en considération. Pour faciliter l'utilisation de l'ascenseur, certains des répondants ont proposé qu'un accompagnateur soit présent lors des périodes de forte affluence. Cela compenserait efficacement les difficultés qui surgissent lors d'un trop grand encombrement mais, un support environnemental adéquat pourrait aussi aider les personnes avec des troubles cognitifs à être plus autonomes même sans accompagnateur.

La signalisation des étages est un élément crucial aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'ascenseur pour faciliter le déplacement des résidents plus confus. On remarque que certains résidents atteints de troubles cognitifs conservent la capacité à comprendre le déroulement des étages et même celle d'inférer le numéro de l'étage en fonction de la destination à atteindre (sujet 1 et 4). On remarque aussi, dans le cas de la signalisation des chambres, que certains sujets ont conservé la séquence logique des numéros. Ainsi, pour les aider, il faudrait leur proposer une signalisation des numéros d'étage qui favorise cette séquence logique. Malheureusement, dans l'ascenseur du centre les boutons d'appel des étages sont disposés selon un ordre conforme à l'ordre de lecture et non l'ordre logique du déroulement des étages, les numéros sont situés de telle façon que le 2 se trouve à droite du 1 et le 3 en dessous (voir figure 6.25).

La disposition des boutons d'appel des étages devrait être conforme au défilement des étages: c'est-à-dire alignés à la verticale, le numéro de l'étage supérieur au-dessus de ceux des étages inférieurs. De même, le défilement des étages devraient être vertical et à portée de vue des résidents avec un rappel sonore comme nous l'avons proposé précédemment. Les numéros devraient être bien sûr suffisamment gros et contrastés pour être lisibles.

À l'extérieur de l'ascenseur un même système de présentation du numéro des étages pourrait aider les personnes DTA. Ainsi, l'inférence nécessaire pour réaliser que la salle à manger est au rez-de-chaussée et qu'il faut appuyer sur la flèche du bas, pourrait être éliminée en appuyant sur l'étage "rez-de-chaussée".

À la sortie de l'ascenseur un numéro de l'étage bien visible et lisible depuis l'ascenseur est nécessaire. De même l'identification des étages par des marques distinctes comme des éléments architecturaux ou des éléments de design, ajouterait de la redondance dans les informations, ce qui aiderait les résidents. Cela a d'ailleurs été confirmé lors de l'expérimentation par la facilité avec laquelle les résidents

reconnaissaient le rez-de-chaussée ou le 3e étage, où se trouve un banc de bois dans le hall.

La fermeture trop rapide des portes d'ascenseur est un autre élément à adapter avec la clientèle âgée. Une durée plus longue des ouvertures des portes peut être compensée par un bouton de fermeture rapide utilisable par les personnes plus à l'aise dans les ascenseurs.

6.6 Politique du Centre

L'environnement architectural conditionne de façon importante les déplacements et l'orientation spatiale des résidents DTA. L'environnement humain constitue un deuxième facteur favorisant l'autonomie des résidents. Afin de cerner ce deuxième facteur, nous avons questionné les intervenants sur les deux aspects complémentaires des politiques du centre d'accueil: l'autonomie et la sécurité des résidents.

6.6.1 Autonomie

L'autonomie des résidents est fonction de leurs capacités à prendre soin d'eux-mêmes et de la philosophie face à l'autonomie du personnel qui s'en occupe. Lors des entrevues avec les répondants, la valeur accordée à l'autonomie a été cernée de diverses façons. La lourdeur de la clientèle a été appréciée à travers les performances d'habillage des résidents présentant des troubles cognitifs; la philosophie du centre à travers les situations d'habillage, les loisirs et l'appréciation directe des intervenants à l'aide d'une échelle mesurant la place laissée à l'autonomie dans le centre d'accueil.

Performance à l'habillage

Selon les répondants, très peu de résidents peuvent s'habiller seul (20/68; 4/57; 3/34). Les intervenants estiment qu'à chaque étage deux tiers au moins des résidents requièrent de l'aide, allant jusqu'à la totalité des résidents au troisième étage. Cette aide serait rendue nécessaire par un manque d'initiative et d'organisation des résidents pour mettre leurs vêtements (n=1).

Situation d'habillage

Pour apprécier la place laissée à l'autonomie, ont été présentées aux intervenants deux situations où le résident éprouve de la difficulté à s'habiller. Si le résident prend trop de temps pour s'habiller, la plupart des répondants lui fournit une aide complète, soit parce que cela va plus vite (n=1) ou parce que le laisser seul ou différer l'aide engendre de l'anxiété (n=1). Deux répondants préfèrent donner un certain délai aux résidents afin qu'ils s'habillent eux-mêmes, à savoir leur donner les vêtements et revenir vérifier plus tard.

Si le résident éprouve lors de l'habillage de la difficulté à choisir ses vêtements, deux répondants disent alors n'offrir que de l'aide pour les choisir. Deux autres répondants affirment aider la personne complètement, soit en la laissant faire un peu, et en

s'occupant pendant ce temps par exemple à faire le lit, puis en l'aidant à s'habiller ou à terminer.

Loisirs

La participation des résidents aux activités de loisirs est libre (n=1). Ils peuvent proposer des activités mais ne sont pas impliqués dans la planification ou l'organisation des loisirs (n=1). Lors des grandes fêtes, l'implication des résidents à la préparation est fonction de leurs capacités ainsi que des risques que cela représente (n=1). Plusieurs activités se déroulent dans le centre, soit à l'unité de vie, au local d'ergothérapie du sous-sol ou encore sur la terrasse durant l'été. Les déplacements se font très majoritairement accompagnés alors que ceux qui savent s'orienter y vont seuls (n=1).

Echelle d'autonomie

On demandait aux répondants ayant travaillé dans d'autres centres de comparer la place laissée à l'autonomie entre ce centre et d'autres centres. Seulement quatre répondants se sont prononcés. Sur une échelle variant de peu d'autonomie à beaucoup d'autonomie, chiffrée de 1 à 5, une personne a coté 5, deux ont coté 4 et une a coté 2.

6.6.2 Sécurité

L'autonomie des résidents doit être surveillée afin de limiter les risques d'accident dus à des chutes, des fugues ou des comportements inappropriés et dérangeants pour les autres résidents. La sécurité est donc le volet complémentaire à l'autonomie que l'on analyse ici sous trois aspects: la place conférée au poste des infirmières, la restriction dans les déplacements, pour les résidents présentant des troubles cognitifs, soit par des règles de restriction soit par des dispositifs physiques.

Poste des infirmières

Le poste des infirmières est abordée par les intervenants selon les deux aspects: communication avec les résidents et surveillance des résidents.

Par sa position centrale, le poste des infirmières est visible de loin et favorise les contacts sociaux (n=4). Il favorise aussi le sentiment de sécurité des résidents puisque, la plupart du temps, ils aperçoivent et peuvent s'adresser au membre du personnel assis derrière le comptoir (n=1). Il semble que les bénéficiaires aient tendance à se retrouver autour du poste. Quelques raisons sont énumérées par les répondants: l'action qui s'y déroule à cause de la proximité de l'ascenseur et de l'escalier, les contacts sociaux entre bénéficiaires et avec les membres du personnel soignant, le besoin d'être rassuré par la présence du personnel, la qualité de point de repère du poste (n=5). Les chaises installées auparavant devant le poste du 2e étage augmentaient le nombre de résidents venant discuter.(n=2).

L'inconvénient de cette activité autour du poste est que le personnel est dérangé par la circulation, le bruit et les interventions répétées des bénéficiaires (n=4). De plus, la confidentialité des dossiers est plus difficile à respecter du fait de la trop grande facilité avec laquelle les résidents ont accès à ce qui se dit dans le poste, aux objets et aux dossiers derrière le comptoir (n=2). La demi-porte fermant l'aire du poste et le comptoir de service du poste seraient trop basse (n=1).

Le poste semble être à la meilleure place pour bien surveiller les deux ailes de chaque étage. Le salon et le grand corridor sont surveillés directement depuis le poste alors qu'il est nécessaire d'utiliser un miroir pour la surveillance de la petite aile, ce qui n'est pas toujours efficace (n=1). Les répondants précisent que la surveillance dans les chambres est plus difficile, certains suggèrent même de laisser les portes des chambres ouvertes en tout temps (n=2).

Plusieurs suggèrent de relocaliser le poste des infirmières, soit à la place des ascenseurs afin de faciliter la vue sur les deux ailes, soit plus près des chambres (n=3). Pour permettre une meilleure surveillance, un répondant propose d'élargir le corridor et de diminuer sa longueur en installant plus de chambres doubles (n=1). Certains répondants souhaitent séparer les centres d'intérêt et éloigner les résidents du poste pour faciliter le travail du personnel (n=3).

Règle de restriction des déplacements

Plusieurs répondants affirment qu'il n'y a pas de contention utilisée dans ce centre (n=4). Il semble pourtant exister quelques règles générales de limitation des déplacements afin de régler certains problèmes de fugues, de comportement de fouille dans les chambres et de chutes (n=4). Certains résidents sont donc confinés à leur étage, particulièrement au 3e étage, qui est d'ailleurs fermé à toute circulation verticale (n=2). Cette mesure permet à ces résidents de circuler librement sur leur étage sans contrainte (n=1) et de limiter les fugues (n=1). Sur les autres étages, les résidents susceptibles de fuguer portent des bracelets, afin de limiter leur circulation verticale (n=1). De toutes façons, les résidents sont accompagnés pour tout déplacement d'un étage à l'autre ou à l'extérieur (n=2). Un répondant explique aussi qu'à l'heure de la sieste les résidents doivent demeurer dans leur chambre et qu'à l'heure des repas, c'est au salon qu'ils doivent être.

Le centre est desservi par trois escaliers, un à chacune des deux extrémités et un au centre. En général, les escaliers sont très peu utilisés par les résidents à cause des risques de chutes (n=2).

Dispositifs de restriction des déplacements

Il existe dans ce centre plusieurs dispositifs de restriction et de limitation des déplacements: restrictions relatives aux portes, aux ascenseurs et dispositions de camouflage.

Les dispositifs de limitation relatifs aux portes sont les plus nombreux. On retrouve des systèmes d'alarme sur les portes du centre, portes intérieures et extérieures. Le problème soulevé par plusieurs est la présence d'un son strident et de longue durée

lorsque l'alarme est déclenchée (n=3). Ce son "augmente le niveau d'excitation" (n=1) et "dérange les gens lucides" (n=1) . Par contre, le son ne dérange pas le résident fugueur qu'il faut rattraper le plus vite possible sans savoir dans quelle direction il est parti (n=2). Ces systèmes demandent un décodage nécessitant ainsi qu'un membre du personnel se déplace vers l'ascenseur ou vers les portes de sortie. L'autre solution est de laisser les portes barrées en tout temps (n=2), ce qui est fait au 3ème étage mais peut poser des problèmes en cas d'incendie (n=1). A l'occasion, la porte du salon est fermée, sans être barrée, pour que les personnes faisant de l'errance puissent s'y promener (n=1): Le principe d'une demi-porte est utilisé pour les postes des infirmières (n=8). Cela fonctionne plus ou moins, plusieurs résidents savent l'ouvrir (n=1) et d'autres l'enjambent tout simplement (n=2) .

Les déplacements verticaux sont les plus restreints. Les résidents susceptibles de se perdre, de fuguer ou de faire de l'errance portent un bracelet (n=9). Ainsi tous les résidents du 3e étage en portent un. Ce bracelet bloque ou fait sonner les portes des escaliers qui sont magnétisées, les portes de sorties extérieures et surtout, il bloque les portes des ascenseurs. Cela permet aux résidents de circuler en toute sécurité sur l'étage sans trop être limités (n=1). Mais si une personne avec un bracelet s'approche trop près des portes des ascenseurs, ces dernières bloquent et doivent être "décodées" par un membre du personnel, en sortant au besoin le résident fautif de l'ascenseur (n=5). Une mince plaque de plastique recouvre les boutons d'appel de l'ascenseur du 3e étage laissant deux trous pour appeler l'ascenseur en utilisant un stylo. Le système est simple et efficace (n=1). Un poteau a été installé en haut de chaque escalier pour éviter que les personnes en fauteuil roulant l'utilisent (n=2). Peint en rouge, il semble aussi intimider certaines personnes confuses qui voudraient fuguer (n=1).

On retrouve certaines mesures de camouflage dont un morceau de tissu de la même couleur que la porte de sortie du premier étage pour cacher la poignée (n=1), de la peinture de la même couleur pour les murs et les portes des cages d'escaliers (n=1), un camouflage du loquet de la porte à battant de la cuisinette du rez-de-chaussée (n=1). Il y aurait eu par le passé un camouflage des portes avec des miroirs et des stores, qui semblent avoir plus ou moins fonctionné (n=6). Les miroirs provoquaient des comportements violents chez certains résidents envers eux-mêmes (n=1) alors que d'autres résidents brisaient les stores (n=1). Ces systèmes ne sont pas infallibles, certains répondants affirment qu'il y a des résidents qui finissent par comprendre les mécanismes (n=2).

Certains éléments du revêtement de sol peuvent servir à limiter les déplacements. Comme par exemple l'utilisation, plus ou moins efficace, d'un collant noir sur le seuil de la porte d'une résidente afin que les autres n'entrent plus dans sa chambre (n=1). Cette idée est aussi reprise par d'autres répondants pour cette fin, ou encore pour empêcher les gens de prendre les escaliers (n=3).

6.6.3 Discussion et recommandations

Le dépouillement du questionnaire montre combien la frontière entre surveillance et indépendance, autonomie et sécurité est fragile et oscille entre ces deux pôles.

L'autonomie à l'habillage est révélatrice des différentes approches qui ont cours, de celle où l'on réalise à la place de la personne dès qu'elle présente une difficulté à celle où l'on modifie son aide en fonction des capacités des résidents. De même, la principale fonction attribuée au poste des infirmières par les intervenants illustre pour chacun comment il envisage son rôle auprès des résidents. L'importance accordée à la surveillance et à l'accomplissement des soins en toute tranquillité et confidentialité peut limiter le rôle rassurant des échanges sociaux dévolus aux intervenants. Ainsi, les modifications suggérées par les répondants vont dans le sens d'une meilleure surveillance des résidents et d'un affaiblissement des communications entre résidents et personnel, puisque l'on propose de placer le poste à un endroit stratégique pour la surveillance mais hors d'atteinte des résidents.

L'alourdissement de la clientèle âgée ainsi que les compressions budgétaires ne sont pas étrangers aux approches préconisées par le personnel. En effet, conformément au vieillissement de la population, à l'alourdissement de la clientèle dans les centres d'accueil et les CHSLD, et comme nous l'avons déjà remarqué plus haut dans le profil de mobilité, les résidents présentent des incapacités de plus en plus sévères venant interférer avec toutes les activités de la vie quotidienne, que ce soit le déplacement, l'habillage ou les loisirs. Toute discussion ou recommandation se doit de prendre en compte cette nouvelle donnée, qui ajoutée aux compressions de personnel exige toujours plus des intervenants. Ceux-ci se trouvent donc confrontés à limiter les déplacements des résidents pour permettre une meilleure surveillance et éviter les risques de chute et de fugue.

Depuis plusieurs années le modèle biomédical, où le rôle de l'intervenant est de soigner les maladies, cède la place à un modèle de réadaptation où l'intervenant agit pour réduire les situations d'handicaps. Remontant à 1972, à l'instar de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le concept d'adaptation à des incapacités permanentes permet la naissance d'un cadre conceptuel où les habitudes de vie sont définies comme une interaction entre les capacités de la personne et son environnement (Fougeyrollas, 1995). Dans le même sens, les établissements pour les personnes âgées sont considérées non plus comme des établissements où l'on soigne la maladie mais des lieux de vie où on cherche à développer le potentiel des personnes âgées. L'environnement joue alors un rôle stratégique car il devient un support pour palier aux incapacités des personnes âgées. L'environnement ne saurait être restreint à sa composante physique mais est élargi dans sa dimension humaine. Il devient alors clairement évident que l'environnement physique ne peut jouer son rôle sans que l'approche de soins cède la place à une approche de santé/adaptation où l'intervenant apporte l'aide nécessaire pour optimiser l'autonomie de chaque résident. En ce sens, le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) largement diffusé dans les CHSLD du Québec, permet d'adapter l'aide apportée par les intervenants en fonction des capacités et habitudes de vie de chaque résident (Hébert, 1988).

L'objectif de ce document est d'analyser les composantes physiques de l'environnement qui influencent les déplacements des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer. Aucune modification physique ne pourra jouer son rôle si elle n'est accompagnée d'un support environnemental humain qui favorise les déplacements. Pour la personne atteinte de DTA, la routine est d'une grande

importance dans ses activités. Elle ne sera donc jamais capable de suivre un trajet, fut-il très bien dessiné et signalé, si elle reste confinée dans un espace restreint la plupart du temps. La modification de l'environnement doit donc absolument être réalisée conjointement avec une approche d'adaptation et de développement du potentiel que représente les habitudes de vie.

Nous retrouvons donc en plein coeur du débat: milieu de vie ou milieu de travail. Il est certain qu'il existe des établissements où l'emphase est mise sur le milieu de vie, où le poste des infirmières devient un bureau discret de travail et où le centre d'interaction est un espace social, de contacts et d'échanges entre résidents et avec les membres du personnel soignant. Ce genre de modèle alternatif de soins est celui où peut vraiment être utilisé à sa pleine valeur un milieu thérapeutique, où l'autonomie, les déplacements et l'orientation spatiale des gens sont supportés par l'architecture du lieu.

7.0 Sommaire des Recommandations

Les pages qui suivent proposent un certain nombre de recommandations quant à des interventions susceptibles d'être faites dans l'environnement architectural. Ces recommandations sont présentées en fonction des grands thèmes ayant été abordés. Par ailleurs, pour les différents thèmes traités, il nous a paru intéressant de procéder en trois temps.

En premier lieu, les difficultés rencontrées chez les DTA sont décrites brièvement. Elles découlent à la fois des observations directes de leurs déplacements et des commentaires venant des intervenant(e)s.

Par la suite, une interprétation du mécanisme cognitif en jeu est énoncée. Cet exercice vise à attirer l'attention sur la nature de certains mécanismes cognitifs susceptibles d'être impliqués et qu'il est important de connaître, fut-ce sommairement, pour une intervention efficace. Il est entendu que les déficits mnésiques, importants dans la DTA, représentent une dimension centrale dans l'explication des conduites d'orientation et de leurs désordres. Toutefois, d'autres déficits cognitifs interviennent de manière importante, comme les désordres des capacités de résolution de problème (fonctions exécutives) ou des capacités d'attention sélective.

La troisième étape présente les recommandations proprement dites. Ces recommandations découlent des observations faites dans le centre d'accueil ayant fait l'objet de l'étude. Mais, nous croyons que ces recommandations peuvent être appliquées à d'autres milieux analogues fréquentés par des personnes présentant une DTA, ou d'autres formes de démence. Notons que ces recommandations doivent être considérées comme des hypothèses d'intervention, dont il faudrait vérifier empiriquement l'efficacité réelle.

Par exemple, en présence d'une population «mixte», c'est-à-dire incluant des gens présentant une détérioration cognitive, plus ou moins sévère, dont l'étiologie diffère (e.g, une DTA, une démence vasculaire, un syndrome de Korsakoff, etc.), il est possible que les interventions faites pour répondre aux besoins d'une population soient inappropriées pour répondre aux besoins d'une autre.

7.1 Information Architecturale

L'architecture d'un bâtiment est une source d'information pour l'utilisateur (voir Passini, 1994). Elle peut servir de médium de communication en facilitant la compréhension de l'organisation spatiale du bâtiment et, de manière corollaire, la prise de décision dans l'orientation dans l'espace. L'information architecturale comprend l'organisation spatiale du bâtiment et les éléments architecturaux qui le composent. Par exemple, la présence de milieux ouverts facilite la «lecture» et la compréhension de l'espace. L'information architecturale comprend évidemment des interventions telle une bonne identification des salles.

Observation : Confusion découlant d'une dénomination non cohérente des salles.

Une dénomination non cohérente des salles amène une confusion dans leur identification. Les intervenant(e)s réfèrent à un même lieu en utilisant des étiquettes différentes. Par exemple, une même salle peut être appelée, tantôt «Salle des loisirs», tantôt «Animathèque».

Interprétation

Il est important de donner une étiquette fixe à un lieu. La consistance de l'appellation est une propriété importante pour l'acquisition et la consolidation d'une information. Cela est particulièrement important chez les DTA qui présentent souvent une détérioration de leur capacité sémantique.

Recommandations

Il importe d'uniformiser l'appellation des lieux. L'uniformisation doit se retrouver tout autant dans la signalisation que dans l'appellation orale. Les intervenant(e)s doivent donc référer aux mêmes salles en utilisant la même étiquette. De préférence choisir un nom en tenant compte de la fonction, c'est-à-dire de l'activité y ayant lieu et du vocabulaire des résidents. Le nom peut aussi évoquer une caractéristique importante de la salle (e.g., couleur). Mais, il est important qu'il y ait consensus à travers les intervenant(e)s dans l'étiquette de référence. Les noms des lieux ne devraient être changés qu'exceptionnellement. Dans ce cas, les changements doivent être réalisés dans toutes les références au nouveau nom choisi. Un consensus doit être établi pour que les intervenant(e)s réfèrent à la même salle en utilisant la même étiquette.

Observation : Confusion découlant de l'utilisation variée des salles.

L'utilisation d'une salle pour des fonctions différentes est susceptible de poser problème. Par exemple, un même espace peut devenir successivement un salon, une salle à manger ou une salle des loisirs.

Interprétation

Le caractère multifonctionnel ne favorise pas le développement d'un schème de référence. La stabilité d'un lieu est une dimension particulièrement importante pour les fonctions de base de l'habitat (e.g., dormir, se nourrir, etc.) Les DTA démontrent une capacité à retrouver les lieux par leur fonction. L'identification précise et claire des fonctions des lieux favorise ce repérage.

Recommandations

L'association entre un lieu et une fonction permet une meilleure identification et un meilleur repérage. Il est donc préférable de lier un lieu à une fonction fixe, ou à des fonctions analogues. Toutefois, quand la polyvalence fonctionnelle est nécessaire, il vaut mieux donner un nom fixe à la même salle, plutôt que de l'appeler différemment

en fonction de l'activité allant y avoir lieu, par exemple, tantôt le «Salon», tantôt la «Salle à manger».

L'identification de la salle, ainsi que de ses fonctions, peut être facilitée par des éléments architecturaux et de design. En fonction des possibilités qu'offre la salle, elle peut être segmentée et aménagée sur la base de ses fonctions. Ainsi, une partie pourrait prendre l'allure d'une salle à manger, avec ses éléments caractéristiques comme les tables, les nappes, etc. Une autre partie pourrait contenir les éléments caractéristiques d'un salon avec ses fauteuils, la télévision etc. agencés pour susciter un sentiment de confort, d'intimité et d'échanges entre les résidents.

Si l'exiguïté du lieu ne permet pas une telle segmentation, la décoration devrait en dernier recours la personnaliser, l'individualiser, à travers une couleur caractéristique, la présence de tableaux, de posters, de plantes.

7.2 Information signalétique : Panneaux de signalisation, tableaux d'activité et répertoires

Il existe divers types d'information signalétique pour répondre à des besoins différents par l'intermédiaire de médiums aussi différents. Nous proposons de distinguer et de caractériser trois types: (1) les panneaux de signalisation (directionnel et d'identification); (2) les tableaux d'activité; et (3) les répertoires.

Les panneaux de signalisation réfèrent à l'ensemble des dispositifs explicitement destinés à renseigner, à régler les déplacements des DTA, à les orienter dans l'environnement. Ils indiquent la direction à suivre pour les principales destinations. La signalisation est un complément important à l'information architecturale.

Les tableaux d'activité visent, par définition, à renseigner sur les événements présents ou futurs ayant lieu dans l'institution. Le lieu et le support matériel sont invariants, mais le contenu change plus ou moins rapidement, en tout ou en partie.

Le répertoire consiste en un recueil de services et/ou d'individus, ainsi que les destinations associées (numéros de porte). Son organisation est souvent complexe à cause la quantité d'information qu'il véhicule. La prise d'information est souvent plus longue et plus difficile pour l'utilisateur, ce qui exige des capacités d'attention plus grandes.

Il est à noter que pour ces trois outils de communication, le lieu, le support matériel sont invariants. Ces caractéristiques ne changent pas et peuvent servir par leur seule présence de point de repère fixe, indépendamment de la nature de leur contenu.

Les panneaux de signalisation et d'information, ainsi que les répertoires, ont comme dénominateur commun d'apporter de l'information, quoique de nature différente. Pour répondre efficacement à leur objectif, ils doivent répondre à un certain nombre de principe qui les rendent «lisibles» et «compréhensibles» pour les DTA. Dans l'ensemble, les remarques et les recommandations qui suivent s'adressent à ces trois types de diffusion de l'information.

Les difficultés à comprendre l'information peuvent découler d'une série de facteurs. Certains sont inhérents au sujet, comme sa capacité résiduelle de comprendre le langage écrit. D'autres difficultés découlent de déficits de planification qui perturbent une recherche orientée de l'information nécessaire et/ou d'une baisse de l'attention sélective. Ces difficultés peuvent être contournées, en partie, par une meilleure organisation de l'information.

Observation : Confusion sur la nature de l'information.

Dans la recherche de l'information, un premier niveau de difficulté réside dans la recherche et la sélection du médium qui est susceptible de la contenir. En d'autres mots, un individu désirant se rendre à une destination déterminée peut avoir besoin, dans un premier temps tout au moins, de consulter un répertoire plutôt qu'un plan de l'édifice. En fonction d'un but, il doit donc s'engager dans la recherche d'un tel répertoire. Une difficulté peut apparaître dans la recherche de ce répertoire, soit parce qu'il est mal situé, soit parce qu'il se confond avec d'autres médiums d'information (e.g., tableau d'information).

Interprétation

La recherche et la sélection de l'un ou l'autre médium d'information implique de la part du sujet une représentation (i.e., une connaissance) du contenu (e.g., des numéros de locaux, des dates), de la forme (mode d'organisation de cette information) et la capacité de le distinguer des autres éléments de l'environnement.

Des études dans le domaine de la psychologie de la perception ont montré que la contiguïté spatiale des éléments conduit les gens à les associer et à les confondre. Cette difficulté à sélectionner et à discriminer l'information est particulièrement marquée dans la DTA.

Recommandations

Les divers médiums d'information doivent pouvoir se distinguer les uns des autres, ainsi que des autres éléments de l'environnement. Diverses interventions peuvent être faites:

Donner une forme et une couleur caractéristiques et constantes au support matériel pour chacun de ces médiums. En d'autres mots, les caractéristiques du support matériel indiquent à l'individu quel type d'information spécifique il peut trouver.

Donner un lieu de présentation caractéristique et constant sur les différents étages. La recherche d'un médium est alors facilitée; l'individu sait où se diriger pour avoir un type d'information ou l'autre. En contrepartie, la présence de ce médium l'informe sur sa position dans l'espace.

Choisir des lieux stratégiques, de préférence dans les voies de signalisation aux points de décision (par exemple, à l'intersection de couloirs). Opérationnellement, un point de décision correspond à un lieu dans l'espace qui offre un choix à l'individu. Un

exemple typique est l'intersection de couloirs, où l'individu a le choix de continuer tout droit, de tourner à droite ou de tourner à gauche. En revanche, le déplacement dans un simple couloir ne représente pas au sens strict une prise de décision, i.e., un choix en fonction d'un but.

Libérer l'espace immédiat de façon à éviter toute confusion quant à la nature de l'information véhiculée sur les différents médiums. Comme on l'a signalé plus haut, la contiguïté des éléments conduit les gens à les associer. C'est un principe de «Gestalt» connu dans la psychologie de la perception. La distinction entre les divers médiums peut aussi être induite en augmentant l'espacement entre eux. Cette distinction peut aussi être accentuée en utilisant des bandes colorées qui vont marquer les frontières entre les panneaux.

Observation : Confusion dans la compréhension de l'information.

A l'intérieur des divers médiums, une difficulté de compréhension peut découler du mode d'organisation de l'information (voir figure 6.22). Ces difficultés présentent des caractéristiques semblables à celles évoquées plus haut et impliquent des mécanismes cognitifs analogues.

Interprétation

Les mécanismes d'attention sélective sont particulièrement mis en jeu dans ce type de tâche. En fonction d'un but qu'il s'est fixé préalablement, c'est-à-dire d'une certaine représentation de l'information qu'il cherche, l'individu doit à la fois choisir une information et inhiber les autres non pertinentes. Les mécanismes d'attention sélective sont altérés dans la DTA. Cela entraîne souvent des conduites dites «d'asservissement à l'environnement» (Passini et al., 1995; Rainville, 1992) faisant que l'individu se laisse piéger par les divers stimuli du milieu.

Recommandations

De nouveau, la difficulté dans la sélection et la compréhension de l'information découle de la contiguïté spatiale de l'information qui induit une association entre les éléments traités. Il faut évidemment éviter que certaines informations masquent d'autres (voir figure 6.22).

Il faut donc aérer les blocs d'information, c'est-à-dire laisser de l'espace entre eux. Il faut donc éviter de poser côte à côte (quelquefois de superposer) les éléments d'information différents, ce qui rend vulnérable les individus présentant un déficit d'attention sélective.

Par exemple, concernant les répertoires, il a été observé que les individus confondent parfois les informations mises dans une colonne avec les informations mises dans une autre colonne adjacente (Passini et al., 1995). Ainsi, le DTA va lier la destination de la première colonne avec le numéro de porte de la seconde colonne. Pour corriger ce problème, il faudrait à la fois rapprocher la destination et son numéro de porte dans chacune des colonnes et éloigner celles-ci l'une de l'autre. L'ajout d'une bande

colorée contrastant avec le fond entre les deux colonnes pourrait accentuer la distinction entre les deux blocs d'information¹.

Observation : Altération de la compréhension de la signalisation.

La compréhension du contenu sémantique des divers médiums d'information peut être altérée.

Interprétation

Dans l'évolution de la DTA, les capacités lexico-sémantiques s'altèrent progressivement. Dans certains cas, la compréhension des mots devient problématique.

Recommandations

L'identification de certains lieux peut être favorisée par l'utilisation conjointe d'un code linguistique et du pictogramme. La redondance de cette information permet une double référence au lieu. Pour être compris par la plupart des gens, en particulier par les DTA, il faut un pictogramme très concret et représentatif de la fonction ou des caractéristiques du lieu. Une représentation graphique simple devrait favoriser sa perception chez des gens présentant un affaiblissement de la vision.

Par ailleurs, l'utilisation conjointe d'un code linguistique et du pictogramme présente un autre avantage pour une population de DTA connaissant une altération progressive de ses capacités cognitives. En cas d'ambiguïté, elle favorise l'émergence de la signification du pictogramme; l'individu peut ainsi associer une signification précise au pictogramme¹. Ainsi, les fonctions linguistiques étant éventuellement affaiblies, le pictogramme qui exige un traitement cognitif moins élaboré pourra suppléer à cette carence, pour un temps du moins.

Observation : Compréhension et utilisation des plans.

Dans le centre d'accueil, la présence de plans n'a pas semblé offrir un support à l'orientation dans l'espace des DTA. Mais, il est possible que cela découle de la familiarité du milieu pour eux et /ou de l'aspect schématique du plan qui sert plus dans ces cas à l'évacuation en cas d'urgence (voir figure 6.23).

Interprétation

Des recherches faites auprès de DTA (Rainville, 1992) montrent que le décodage et la compréhension du symbolisme graphique, d'une part, la manipulation des rapports métriques et projectifs, d'autre part, sont dans la plupart des cas hors de portée de leur capacité cognitive résiduelle.

¹ Voir à ce propos l'ouvrage de Arthur & Passini (1992).

Recommandations

Nos observations ne nous permettent pas de recommander l'utilisation de plans comme aide à l'orientation dans l'espace aux DTA. Mais, il est entendu que le plan peut servir à d'autres utilisateurs du lieu (e.g., visiteurs), ainsi qu'à d'autres fonctions (e.g., identification des sorties de secours).

Pour accroître leur efficacité, il faudrait l'aligner par rapport à l'environnement. En d'autres mots, il faut faire en sorte que les éléments à la droite sur le plan, par exemple, soit aussi à la droite du sujet dans le milieu réel. Il faudrait également développer un symbolisme graphique dont l'efficacité soit vérifiée éventuellement.

Observation : Confusion dans l'identification des étages.

L'identification des étages est rendue difficile à cause d'un manque de caractéristiques propres. L'identification des étages est un aspect particulièrement important dans l'orientation, en particulier lorsque des déplacements verticaux sont nécessaires. Toute planification de conduite d'orientation se fonde sur l'identification à la fois du point de départ et du point d'arrivée.

Interprétation

L'effet combiné des déficits mnésiques et des troubles de l'attention rendent difficiles la connaissance et la reconnaissance de l'étage.

Recommandations

La distinction entre les étages doit être accentuée. Elle peut se faire sur une base sémantique et visuo-perceptive. L'identification de l'étage peut être facilitée par une série d'interventions complémentaires, dont les suivantes.

Chaque étage pourrait être distingué sur la base d'une couleur propre et contrastée. L'étage serait alors aussi identifié auprès des DTA par référence à la couleur. Une couleur serait choisie en fonction d'un code de référence déterminé pour l'ensemble de l'environnement architectural.

Par ailleurs, l'étage pourrait aussi être identifié en fonction d'un thème de référence simple et concret, comme les instruments de musique. Ainsi, un étage pourrait être identifié à un instrument particulier, connu par la majorité des gens de préférence (e.g., un violon).

Comme il a été suggéré plus haut, il conviendrait d'écrire en gros caractère le chiffre de l'étage sur les deux bordures de l'ascenseur de façon à ce qu'il soit visible dès que la porte s'ouvre (voir figure 6.12).

A la sortie de l'ascenseur, écrire en gros caractère le chiffre de l'étage sur le mur lui faisant face. Il est important d'accentuer le contraste du chiffre par rapport au fond. Pour indiquer l'étage, prendre une formulation explicite: «Vous êtes au 2^{ième} étage».

Le thème musical, par exemple, identifiant l'étage devrait être visible à la sortie de l'ascenseur.

La redondance de ces modes d'identification, leur caractère concret, devraient aider les DTA à les assimiler. Ces modes devraient être utilisés de manière systématique à travers les divers médiums d'information. Par exemple, ils pourraient se retrouver dans les ascenseurs, complétant la signalisation numérique, sur les répertoires, etc.

La référence aux étages par les intervenant(e)s devraient également se faire de manière cohérente pour rappeler aux résidents l'appartenance à un étage.

Des observations montrent que le contenu même d'un répertoire peut amener l'individu à faire des hypothèses sur l'étage où il est (Passini et al., 1995). Le sens d'un chiffre n'est pas toujours pris dans son contexte, ce qui entraîne une mauvaise interprétation. Par exemple, la fréquente référence à des locaux d'un autre étage peut induire à l'individu qu'il se trouve sur cet étage. Il serait utile d'identifier l'étage en utilisant une formulation concrète sur les divers répertoires, par exemple, «Vous êtes au Xième étage».

7.3 Design d'intérieur

Le design d'intérieur est important car souvent il offre la seule possibilité d'intervention dans les milieux existants. A l'instar de l'architecture, il peut avoir une fonction d'information, de communication.

Observation : Effets perturbateurs de certains éléments de design intérieur.

Dans certains cas, le revêtement du sol, ou plus précisément, certains de ses défauts perturbent les DTA. Il faut en particulier signaler les couleurs foncées qui semblent suggérer aux DTA la présence d'une dénivellation, voire d'un trou. Certains DTA se montrent sensibles au reflet du sol (voir figure 6.18) et à leurs ombres, ainsi qu'aux bandes métalliques séparant certains lieux.

Interprétation

Il faut sans doute imputer ce type de crainte à l'effet combiné d'un défaut visuo-perceptif et d'un affaiblissement du jugement.

Recommandations

Il faut enlever les effets de contraste apportés par les pièces métalliques, les tuiles de couleur différente, etc. Soulignons la nécessité d'éviter les produits d'entretien entraînant la réflexion de la lumière sur le sol, sources de craintes pour certains. Il en est de même pour les revêtements amenant le reflet des rayons du soleil.

Observation : Reconnaissance des lieux privés (la chambre).

Les DTA présentent une plus grande facilité à reconnaître leur propre chambre lorsqu'elle contient leurs objets personnels.

Interprétation

L'identification de la chambre est favorisée par la présence de divers objets personnels et distinctifs. Si ces objets appartiennent au DTA depuis longtemps, avant l'installation de la maladie, cela a permis de développer un souvenir solide dans la mémoire à long terme qui est moins affectée que la mémoire à court terme. Par ailleurs, la valeur affective souvent attachée contribue à la consolidation du souvenir.

La présence d'objets familiers facilite l'appropriation du lieu.

L'identification de la chambre pourrait aussi être favorisée en mettant près de la porte quelques objets personnels, tels des décorations murales accrochées.

Signalons également que la dimension mnésique en jeu, soit la reconnaissance, est mieux préservée que l'évocation du souvenir.

Recommandations

La chambre devrait contenir des objets personnels ayant une valeur affective pour la personne. La présence de bibelots et de vieux meubles peuvent renforcer la reconnaissance de la chambre. On a observé que le couvre-lit joue un rôle privilégié car il est rapidement reconnu. La présence de vieilles photos de la personne elle-même et d'autres personnes significatives, le plus souvent des membres de la famille (conjoint(e), enfants), favorise l'appropriation de cet espace et sert d'ancrage dans le temps vécu. Les vieilles photos favorisent les échanges avec les visiteurs et sont alors autant de bastions de résistance contre l'oubli, autour desquels se cristallisent de nombreux autres souvenirs.

Observation : Trouver la destination de salles communautaires est quelquefois difficile.

Le DTA présente de la difficulté à se rappeler du lieu des salles communautaires. Leur identification pose certaines difficultés.

Interprétation

Le manque d'une identification claire de certaines salles, combiné à un affaiblissement mnésique, contribue à ces difficultés.

Recommandations

Le repérage et l'identification (dans ses fonctions) des salles communautaires sont favorisés par la transparence des lieux qui brise la monotonie des corridors. La présence de baies vitrées (voir figures 6.11 et 6.13) semblent attirer le regard des DTA.

Observation : L'encombrement des corridors.

L'encombrement des corridors par les chariots de service, ou d'autres objets, nuit considérablement au déplacement des DTA. Ils bloquent souvent les voies de passage et les rampes de soutien.

Interprétation

L'encombrement favorise la désorientation car il apporte des éléments nouveaux dans le décor et transforme les repères spatiaux. Étant mobiles et potentiellement source d'accident, la présence de chariots génère de l'anxiété. En leur présence, les DTA tendent à changer leur chemin.

Recommandations

Dans la mesure du possible, il faudrait établir des aires enchâssées où mettre les chariots pour laisser libre le corridor.

7.4 Points de repère

Considérations générales.

Un point de repère est un élément caractéristique de l'environnement, c'est-à-dire une chose que le sujet est en mesure de distinguer de la quantité plus ou moins grande d'information qui l'entoure, et qui contribue à prendre une décision dans une tâche d'orientation dans l'espace. La décision consiste tout autant à changer de direction («à ce point de repère je tourne à droite») qu'à confirmer la décision prise préalablement («ce point de repère me confirme que je suis dans la bonne direction»).

Évidemment, une multitude d'éléments peut servir de point de repère et il n'y a pas nécessairement de règles fixes. Certains points de repère sont partagés par un grand nombre d'individu, d'autres ne sont utilisés que par quelques-uns. Dans son essence, un point de repère s'inscrit dans le rapport personne-environnement; la personne sélectionne un élément de l'environnement qui soit distinctif, du moins pour elle, lui donne de l'information sur sa position dans cet environnement et lui permette de prendre une décision.

Une tâche importante de l'architecture et du design d'intérieur est de créer un environnement qui permettent aux gens de se trouver des points de repère en fonction de leurs caractéristiques idiosyncratiques, c'est-à-dire en fonction de leur capacité cognitive, de leur intérêt, etc.

Dans ce contexte, un panneau de signalisation, par exemple, sert de point de repère de différentes façons, à différents niveaux de fonctionnement cognitif. Tout d'abord, par sa fonction propre qui est d'indiquer par une flèche une direction vers une destination. Mais, sa seule présence peut aussi servir de point de repère et aider à prendre une direction appropriée. Dans ce cas, pour autant que ses caractéristiques le distingue des autres sources de l'environnement, elle permet un fonctionnement plus rapide. Un individu commençant à s'habituer à son environnement, n'a plus à décoder la signification (e.g., la sémantique) du contenu. Une fois l'association panneau de signalisation \Leftrightarrow direction établie, la simple perception globale du panneau induit automatiquement la direction à suivre. Ce mode fonctionnel est particulièrement important pour une population connaissant une diminution graduelle des fonctions cognitives, comme dans la DTA. A un moment de son évolution, on peut présumer que l'individu n'est plus en mesure de fonctionner, pour un temps du moins, que sur la base d'un mécanisme d'association.

Ce mécanisme d'association concerne également les autres médiums d'information. Par exemple, un répertoire, indépendamment de sa vocation première, peut aussi servir de point de repère, pour autant qu'il puisse être individualisé.

7.5 Ascenseurs

Les ascenseurs sont présents dans presque tous les centres d'accueil et sont rendus nécessaires par la grandeur du centre et les limitations physiques des résidents. L'utilisation de l'ascenseur est un outil important pour les déplacements verticaux, mais pose des problèmes considérables aux DTA. Les ascenseurs limitent l'autonomie dans les déplacements des DTA car ils revêtent une grande complexité dans leur utilisation.

Dans les déplacements verticaux, à la différence des autres déplacements (marcher dans les couloirs, par exemple), l'utilisation de l'ascenseur amène une forme de rupture de l'action, une perte dans la continuité des repères visuels. Par ailleurs, les interférences, c'est-à-dire les éléments distracteurs, sont nombreuses. Ainsi, l'individu doit traiter en continu l'information relatives à l'utilisation de l'ascenseur. Signalons que ce lieu clos et exigü est source d'anxiété.

L'ascenseur introduit une brisure dans les buts qui semble difficile à gérer par les DTA. Or, décider de se rendre à la salle à manger du rez-de-chaussée quand on se trouve à un étage supérieur requiert de conserver le but final tout en lui juxtaposant des buts immédiats comme se rendre à l'ascenseur et l'attendre sans pour autant voir dans son entourage immédiat la salle où se rendre. La littérature rapporte comment les DTA éprouvent de la difficulté à planifier des buts à long terme. Leurs décisions dépendent en partie de l'environnement immédiat.

Les observations faites rejoignent celles d'une recherche antérieure (Passini et al., 1995). Le contrôle requis est souvent à la limite des capacités de programmation et d'attention des DTA. Prendre l'ascenseur repose sur la coordination dans le temps et l'espace d'une série de conduites plus ou moins bien automatisées. Des problèmes visuels amènent des difficultés supplémentaires.

Dans les milieux nouveaux, l'utilisation d'un ascenseur devrait être réduite à un minimum en aménageant, par exemple, les bureaux administratifs dans les étages supérieurs. Cela pourrait permettre à un plus grand nombre de DTA d'occuper le rez-de-chaussée où sont souvent regroupés les services communautaires (e.g., cafétéria). Dans les nouvelles constructions, il serait préférable de créer des unités de vie ne nécessitant pas de déplacement verticaux.

Observation : Mauvaise identification de l'étage.

Une première difficulté découle d'une mauvaise identification de l'étage en fonction des déplacements verticaux. Pour bien gérer son déplacement, le sujet doit d'abord déterminer l'étage auquel il se trouve pour décider s'il va monter ou descendre. En apparence banale, cet aspect pose problème pour certains individus.

Interprétation

Certains DTA perdent la continuité de leur déplacement dans l'espace et vont oublier à quel étage ils se trouvent.

Recommandations

Il conviendrait d'identifier l'étage près de l'ascenseur en utilisant une formulation explicite («Vous êtes au Xième étage»). Il faut toutefois éviter, comme cela se produit dans certains milieux, de numéroter (d'identifier) les ascenseurs de manière saillante. Cela amène une confusion avec l'identification de l'étage et de l'ascenseur. Il faudrait utiliser deux codes distincts. Le code relatif à l'identification de l'étage devrait dominer par ses caractéristiques graphiques et sa position.

En plus, le numéro de l'étage aurait avantage à se retrouver sur le cadre de la porte de l'ascenseur et sur le mur d'en face de façon à ce qu'il soit visible dès l'ouverture de la porte. Idéalement des particularités architecturale ou de design doivent identifier chaque étage de façon caractéristique.

La présence d'une bande de défilement des étages, à l'extérieur des ascenseurs, pour chacun d'eux, faciliterait cette identification et permettrait d'anticiper l'ouverture des portes, ainsi qu'une meilleure préparation à l'action.

Observation : Mauvaise identification des boutons d'appel à l'extérieur de l'ascenseur.

Les boutons d'appel sont difficiles à identifier à l'extérieur de l'ascenseur (voir figure 6.17). Dans certains cas, le bénéficiaire a de la difficulté à distinguer le bouton appelant l'ascenseur allant vers le haut de celui appelant l'ascenseur allant vers le bas. Certains DTA confondent les boutons d'appel avec les boutons de service, c'est-à-dire les boutons permettant au personnel, par exemple, à appeler ou à arrêter un ascenseur à l'étage.

Interprétation

La confusion découle soit d'une mauvaise vision, soit d'une mauvaise compréhension de la fonction des divers boutons. La proximité spatiale favorise les erreurs de sélection.

Recommandations

Il est impératif de rendre la flèche directionnelle plus visible en la mettant plus grande et plus lumineuse.

Il faudrait dégager (éloigner) la zone des boutons d'appel des autres boutons de commande pour éviter une confusion entre leurs fonctions.

Il faudrait dégager la zone des boutons d'appel des autres éléments distrayeurs. Par exemple, la présence d'affiches et/ou de panneaux, comme l'interdiction de fumer, est susceptible de distraire le DTA.

Observation : Gestion continue de l'information à l'intérieur de l'ascenseur.

L'utilisation de l'ascenseur exige une coordination dans le temps et l'espace d'une série d'actions. La coordination de l'action exige une attention soutenue. La gestion en continu de l'information à l'intérieur de l'ascenseur est difficile pour les DTA.

Interprétation

L'utilisation de l'ascenseur est rendue difficile par l'effet combiné, d'une part, de diverses sources d'interférence (la présence d'autres usagers, l'ouverture des portes aux différents étages, etc.), et d'autre part, par un affaiblissement des capacités d'attention chez les DTA.

Recommandations

Pour faciliter le traitement de l'information, il serait préférable d'augmenter la dimension des chiffres du panneau de la bande de signalisation des étages en haut de la porte.

L'installation d'une boîte vocale annonçant l'étage faciliterait les déplacements. Il serait préférable que cette annonce se fasse un peu avant l'ouverture des portes. Cela faciliterait la préparation à la sortie qui doit se faire assez rapidement, avant la fermeture des portes.

Par ailleurs, dans certains cas, il a été observé que les DTA ont tendance à réagir automatiquement à l'ouverture des portes (par défaut d'inhibition de l'action) et à sortir avant d'avoir vérifié s'il s'agit bien du bon étage.

Comme il a été suggéré plus haut, le numéro de l'étage aurait avantage à se retrouver sur le cadre de la porte de l'ascenseur de façon à ce qu'il soit visible dès l'ouverture

de la porte et permette à l'utilisateur de prendre rapidement une décision quant à une sortie éventuelle sur l'étage. Une communication parallèle par le design intérieur de l'étage (e.g., couleur) en faciliterait l'identification et la prise de décision de sortir ou non.

Observation : Confusion dans la sélection des boutons de commande.

L'organisation du tableau de commande à l'intérieur de l'ascenseur amène des difficultés dans sa gestion (voir figure 6.25). La distribution des boutons est mal organisée, la lecture des chiffres est rendue difficile, ce qui ralentit l'utilisation. Certains sujets vont appuyer sur des boutons accessoires (e.g., boutons de services, boutons d'urgence) plutôt que sur les boutons de commande.

Interprétation

Des déficits conjugués d'attention sélective et/ou d'acuité visuelle sont des facteurs perturbants importants pour les DTA. Le phénomène «d'asservissement à l'environnement» y sont importants; l'individu se laisse distraire par la quantité et l'apparence de boutons ne servant pas au contrôle de l'ascenseur.

Recommandations

Rendre la perception des chiffres plus facile en augmentant leur dimension et en leur donnant une meilleure luminosité.

La juxtaposition d'un système de communication par le braille amène de la confusion; les DTA ont tendance à appuyer sur ces éléments. Leur forme et leur couleur laissent croire qu'il s'agit de boutons de commande. Cette difficulté pourrait être atténuée si le contraste de ces éléments était moins accentué par rapport au matériel de soutien. La matrice de base devrait prendre une forme différente de celle des boutons.

Par ailleurs, il faudrait distinguer les boutons de commande des boutons accessoires (e.g., ventilateur) par leur forme, leur couleur, et leur position. Il serait préférable de regrouper ces boutons accessoires et de les éloigner des autres boutons.

Il serait également avantageux de rendre la disposition spatiale de boutons de commande conforme à la réalité, c'est-à-dire de les aligner à la verticale, en descendant par ordre décroissant.

Observation : Fermeture trop rapide des portes.

La fermeture des portes est trop rapide. Les DTA ont peur d'être heurtés, ce qui ajoute un élément de stress et réduit leur efficacité dans l'utilisation de l'ascenseur. Soit qu'ils coincent la porte, ce qui en compromet le fonctionnement, soit qu'il n'aient pas le temps de sortir, ce qui a un effet d'encombrement. Ces difficultés sont accentuées par le fait que beaucoup de DTA sont en chaise roulante.

Interprétation

Cette difficulté vient d'un ralentissement moteur des DTA. Mais l'allongement du temps de réaction découle aussi d'un ralentissement du traitement de l'information.

Recommandations

Il conviendrait tout simplement d'allonger le temps de fermeture et d'installer un système d'arrêt de fermeture avec cellule photoélectrique, plutôt qu'un système de contact. En revanche, pour les utilisateurs «performants» de l'ascenseur, l'utilisation d'un bouton de fermeture facilement accessible leur permettrait d'accélérer le service.

Pour les heures où l'utilisation de l'ascenseur est intensive, il serait intéressant de vérifier l'efficacité d'un système automatique faisant la navette entre tous les étages. La réduction des erreurs d'utilisation venant des DTA pourrait peut être compenser les divers arrêts aux étages. Cela pourrait également favoriser les déplacements autonomes.

7.6 Couloir et identification des chambres

Observation : Confusion découlant de l'homogénéité du milieu.

Malgré sa familiarité, le couloir menant aux chambres présente, paradoxalement, des problèmes pour l'orientation. Les DTA explorent le bon côté du corridor, ce qui témoigne d'un certain niveau de compréhension de l'espace. Mais, une difficulté résulte surtout de la sélection de la chambre dans cet ensemble homogène. La lecture et la compréhension des étiquettes sur les portes ne semblent pas suffisantes.

Interprétation

Les difficultés semblent dériver de l'uniformité du milieu qui rend difficile le repérage de la chambre. L'homogénéité relative du milieu nécessite une plus grande capacité de discrimination des éléments de l'environnement qui s'altèrent chez les DTA.

Recommandations

Pour la recherche de la chambre, le système de numérotation reste une option valide, mais des chiffres plus gros sur un fond plus contrasté (voir figure 6.15). Soulignons l'importance de garder une continuité et une cohérence interne dans la numérotation (éviter l'absence de chiffres). L'identification de la chambre par le nom du bénéficiaire aide, mais il faut utiliser des lettres plus grosses et sur un fond contrasté. Mais, ces modes d'identification peuvent être compromis plus ou moins rapidement dans l'évolution de la DTA. Éventuellement, les capacités de lecture peuvent s'altérer.

L'identification de la chambre à l'aide d'une photo n'a pas donné lieu à des observations cohérentes. Dans certains cas, elle semble aider, dans d'autres cas non. L'efficacité doit sans doute varier en fonction du type de photo. Une ancienne photo représentant des événements importants (e.g., mariage) et/ou des personnes

significatives (e.g., conjoint(e), enfants) devrait évoquer plus de souvenirs qu'une photo récente.

Des objets personnels pourraient être accrochés à la porte (voir plus haut).

8.0 Références

- Ajuriaguerra, J., Rey Bellet-Muller, M., & Tissot, R. (1964). A propos de quelques problèmes posés par le déficit opératoire de vieillards atteints de démence dégénérative en début d'évolution. Cortex, 1, 103-132, 323-256.
- Ajuriaguerra, J., Rey Bellet-Muller, M., & Tissot, R. (1966). Quelques aspects de la désintégration des praxies idéomotrices dans les démences du grand âge. Cortex, 11, 438-462.
- Andreason, M. E. (1985). Make an environment safe by design. Journal of Gerontological Nursing, 11(6), 19-22.
- Arthur, P., & Passini, R. (1992). Wayfinding: People, signs and architecture. Toronto: McGraw Hill.
- Bertram, M. (1989). The use of landmarks. Journal of Gerontological Nursing, 15(2), 6-8.
- Celsis, P., Agniel, A., Rascol, A., & Marc-Vergnes, J-P. (1987). Focal cerebral hypoperfusion and selective cognitive deficit in dementia of the Alzheimer type. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 50, 1602-1612.
- Chenoweth, B., & Spencer, B. (1986). Dementia: The experience of family caregivers. The Gerontologist, 26, 267-272.
- Cohen, U., & Weisman, G. D. (1991). Holding On to Home: Designing Environments for People with Dementia. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Cohen, U., & Weisman, G. D. (1990). Experimental design to maximize autonomy for older adults with cognitive impairments. Generations, 14, 75-78.
- Cohen, U., Weisman, G. D., Ray, K., Steiner, J., Rand, J., & Toyne, R. (1988a). Environments for people with dementia: design guide. Health Facilities Research Program, AIA/ACSA Council on Architectural Research. Washington, D.C.
- Cohen, U., Weisman, G. D., Ray, K., Rand, J., & Toyne, R. (1988b). Alzheimer's disease and environmental design: Case studies. Health Facilities Research Program, AIA/ACSA Council on Architectural Research. Washington, D.C.
- Coons, D. H. (1987). Overcoming problems in modifying the environment. In H. J. Altman (Ed.), Alzheimer's disease: problems, prospects, and perspectives, (pp. 321-328). New York, NY: Plenum Press.
- Coons, D. H. (1988). Wandering. The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research, 3(1), 31-36.
- Coons, D. H. (1990). Residential care for persons with dementia. In N. L. Mace (Ed.), Dementia care: patient, family, and community, The Johns Hopkins Series in Contemporary Medicine and Public Health (pp. 337-373). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Cronin-Golomb, A. (1990). Abstract thought in aging and age-related neurological disease. In F. Boller, & J. Grafman (Eds.), Handbook of neuropsychology. (pp. 279-304). Vol. 4. New York: Elsevier Science Publishers.
- Cronin-Golomb, A., Rho, W. A., Corkin, S., & Growdon, J-H. (1987). Abstract reasoning in age-related neurological disease. Journal of Neural Transmission, 24, 79-83.
- Cummings, J. L., & Benson, D. F. (1992). Dementia: A clinical approach. Stoneham: Butterworth Heinemann.
- Dickinson, J., McLain-Kark, J., & Marshall-Baker, A. (1995). The effects of visual barriers on existing behavior in a dementia care unit. Gerontologist, 35, 127-130.
- Folstein, M. F., & Breitner, J. C. (1981). Language disorder predicts familial Alzheimer's Disease. John Hopkins Medical Journal, 149, 145-147.

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 12, 189-198.
- Gilleard, C. J. (1984). Living with dementia: community care of the elderly mentally infirm, London, England: Croom Helm.
- Gold, D. (1989). The psychosocial costs of caregiving for dementia patients: a longitudinal follow-up. Montréal: Concordia University: Douglas Hospital.
- Gnaedinger, N. (1989). Housing Alzheimer's disease at home. Ottawa, Canadian Mortgage and housing corporation.
- Gold, D. (1989). (Conseil québécois de la recherche sociale), The psychosocial costs of caregiving for dementia patients: a longitudinal follow-up. Montréal: Concordia University: Douglas Hospital.
- Gutman, G. M. (1989). Dementia patients in institutions: a review of recommendations and research concerning their design, staffing and programming needs. Burnaby, BC: The Gerontology Research Centre, Simon Fraser University.
- Gutman, G. M. (1992). Shelter and care of persons with dementia. Vancouver, B.C.: The gerontology Research Centre, Simon Fraser University at Harbour Centre.
- Habib, M., & Sirigu, A. (1987). Pure topographical disorientation: A definition and anatomical basis. Cortex, 23, 73-85.
- Hall, G., Kirschling, V., & Todd, T. (1986). Sheltered freedom: an Alzheimer's unit in ICF (intermediate care facility). Geriatric Nursing, 7, 132-137.
- Heston, L., & White, J. A. (1983). Dementia: a practical guide to Alzheimer's disease and related illness. New York: Freeman.
- Hiatt, L. G. (1987). Environmental design and mentally impaired older people. In H. J. Altman (Ed.), Alzheimer's disease: problems, prospects, and perspectives, (pp. 309-320). New York, NY: Plenum Press.
- Hiatt, L. G. (1991). Designing specialized institutional environments for people with dementia. In P. D. Sloane, & L. J. Mathew (Eds.), Dementia units in long-term care, (pp. 174-200). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Hyde, J. (1989). The physical environment and the care of Alzheimer's patients: an experiential survey of Massachusetts' Alzheimer's units. The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research, 4, 36-44.
- Jacquemin, A., Calicis, F., Van DerLinden, M., Wijns, C., & Noel, M-P. (1991). Evaluation et prise en charge des déficits cognitifs dans les états démentiels. In M-P. Partz, & M. Leclercq (Eds.), La rééducation neuro-psychologique de l'adulte, 137-151.
- Janowsky, J. S., & Thomas-Thrapp, L. S. (1993). Complex figure recall in the elderly: A deficit in memory or constructional strategy. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 5, 159-169.
- Joanette, Y., Ska, B., Poissant, A. & Béland, R. (1992). Neuropsychological aspects of Alzheimer's disease: Evidence for inter- and intra-function heterogeneity. In F. Boller, F. Forette, Z. Khachaturian, M., Poncet, & Y. Christen (Eds.), Heterogeneity of Alzheimer's disease, (pp. 33-42). Berlin : Springer-Verlag.
- Joynt, R. J., & Shoulson, I. (1979). Dementia. In K. M. Valenstein, & E. Valenstein (Eds.), Clinical Neuropsychology. (pp. 475-502). New York : Oxford University Press.
- Keen, J. (1989). Interiors: Architecture in the lives of people with dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry. 4, 255-272.

- Kociol, L., & Schiff, M. (1989) Alzheimer: A canadian family resource guide. Toronto: McGraw-Hill.
- Koncelik, J. A. (1987). Product and furniture design for the chronically impaired elderly. In V. Regnier, & J. Pynoos (Eds.), Housing the Aged, (pp. 373-398). New York, NY: Elsevier.
- Lafèche, G., & Albert, M. (1995). Executive function deficits in mild Alzheimer's disease. Neuropsychology, 9, 313-320.
- Lévesque, L., Roux, C., & Lauzon, S. (1990). Alzheimer: comprendre pour mieux aider. Montréal: Éditions du nouveau pédagogique.
- Liu, L., Gauthier, L., & Gauthier S. (1990). Spatial disorientation in persons with early senile dementia of the Alzheimer type. The American Journal of Occupational Therapy, 45, 67-73.
- Mace, N. L. (1991). Dementia care units in nursing home. In D. H. Coons (Ed.), Specialized dementia care units, The Johns Hopkins Series in Contemporary Medicine and Public Health (pp. 55-82). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Maslow, K. (1994). Current knowledge about special care units: findings of a study by the U.S. Office of Technology Assessment. Alzheimer's Disease and Associated Disorders, 8(suppl. 1), S14-40.
- Mathew, L. J., & Sloane, P. D. (1991). Environmental characteristics of existing dementia units. In P. D. Sloane, & L. J. Mathew (Eds.), Dementia units in long-term care, (pp. 163-173). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- McKahn et al. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRA Work group under the auspices of Department of Health and Human Services-Task Force on Alzheimer's disease. Neurology, 34, 939-944.
- McGrowder-Lin, P., & Bhatt, H. (1988). A wanderer's lounge program for nursing home residents with Alzheimer's disease. Gerontologist, 28, 607-609.
- McDowell, I. et al. (1994a). Patterns of caring for people with dementia in Canada. Canadian Journal on Aging, 13, 470-487.
- McDowell, I. et al. (1994b). Canadian study of health and aging: study methods and prevalence of dementia. Canadian Medical Association Journal, 150, 899-913.
- McDowell, I. et al. (1994c). The canadian study of health and aging: risk factors for Alzheimer's disease in Canada. Neurology, 44, 2073-2080.
- McGrowder-Lin, R., & Bhatt, A. (1988). A wanderer's lounge program for nursing home resident with Alzheimer's disease. Gerontologist, 28(5), 607-609.
- Micas, M., & Albarede, J.-L. (1991). Prise en charge des troubles de l'adaptation sociale chez les déments. In M. Habib, Y. Joannette, & M. Puel (Eds.), Démences et syndrome démentiels, (pp 283-294), Paris: Masson.
- Namazi, K. H., Rosner, T. T., & Rechlin, L. (1991). Long-term memory cuing to reduce disorientation in Alzheimer's disease patients in special care unit. The American Journal of Alzheimers care and Related Disorders & Research, 6, 10-17.
- Ohta, R. J., & Ohta, B. M. (1988). Special units for Alzheimer's disease patients: a critical look. The Gerontologist, 28(6), 803-808.
- Passini, R. (1984). Wayfinding in Architecture. New-York: Van Nostrand Reinhold.
- Passini, R. (1994), Graphics and architecture for wayfinding, Proceedings for the International Symposium on Public Graphics, Utrecht, The Netherlands, 20.1-20.18.
- Passini, R., Joannette, Y., Rainville, C., & Marchand, N., (1994). Wayfinding abilities in dementia: an experiment suggesting generic design ideas. In H. Zwaga, T.

- Boersema, & H. C. Hoonhout (Eds.), Proceedings of Public Graphics, (pp 23.1-23.11). Luteran: The Netherlands,
- Passini, R., Rainville, C., Marchand, N., & Joannette, Y. (sous presse). Wayfinding and dementia: Some research findings and a new look at design. Journal of Architectural and Planning Research.
- Passini, R., Rainville, C., Marchand, N., & Joannette, Y. (1995). Wayfinding in dementia of the Alzheimer type: planning abilities. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 17, 820-832.
- Peppard, N. R. (1991). Setting a special needs dementia unit in a long-term care setting. In M. S. Harper (Ed.), Management and care of the elderly: psychological perspectives, (pp. 256-268). Newbury Park, CA: Sage Publication.
- Puel, M., Demonet, J.-F., Ousset, P. J., & Rascol, O. (1991). La maladie d'Alzheimer. In M. Habib, Y. Joannette, & M. Puel (Eds.), Démences et syndromes démentiels. (pp 45-60). Paris: Masson.
- Rader, J., & Hoeffler, B. (1991). Caring for persons with Alzheimer's disease in long-term care facilities. In M. S. Harper (Ed.), Management and care of the elderly: psychosocial perspectives, (pp. 237-246). Newbury Park, CA: Sage Publication.
- Rainville, C. (1992). Les troubles de la représentation anticipatrice et de la représentation spatiale dans la maladie d'Alzheimer. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Rainville, C., Joannette, Y., & Passini, R. (1994). Les troubles de l'orientation dans l'espace dans la démence de type Alzheimer. Revue de Neuropsychologie, 4, 3-45.
- Reisberg, B. (1985). Le vieillissement du cerveau. Gerontologica Biomedica Acta, 63-102.
- Richard, J., Bizzini, L., & Boglietti, T. (1979). De la réalisation d'itinéraires dans les démences de l'âge avancé, Médecine et Hygiène, 37, 3839-42.
- Richard, J., Bizzini, L., Arrazola, L., & Palas, C. (1981a). De l'orientation spatiale et du sens de la direction dans les démences à plaques séniles (P.S.) et dégénérescences neurofibrillaires (D.N.F.): à propos de la confrontation des résultats de deux situations expérimentales. Revue de l'Université de Moncton, 14, 149-162.
- Richard, J. et al. (1981b). De l'actualisation des structures cognitives dans les démences à (ou à prédominance de) plaques séniles (PS) et dégénérescences neurofibrillaires. Médecine et Hygiène, 39, 4027-4036.
- Ripich, D. N., & Terrel, B. Y. (1988). Patterns of Discourse Cohesion and Coherence in Alzheimer's Disease. Journal of Speech and Hearing Disorders, 53, 8-15.
- Rosen, W. G. (1983). Clinical and Neuropsychological assessment of Alzheimer disease. In R. Mayeux, & W. G. Rosen (Eds.), The Dementias. (pp ?????) New York: Raven Press.
- Schultz, D. J. (1987). Special design considerations for Alzheimer's facilities. Contemporary Long Term Care, 112, 48-56.
- Shroyer, J. A. L., & Hutton, J. T. (1991). Optimal living environments for Alzheimer patients. In R. L. & Dippel (Eds.), Caring for Alzheimer patient: a practical guide (2e ed.), Golden Age Books (pp. 44-50). Buffalo: Prometheus Books.
- Société canadienne d'hypothèque et de logement (1990). La maladie d'Alzheimer chez-soi: comment créer un environnement adapté au malade. Ottawa: Société canadienne d'hypothèque et de logement.

- Strub, R. I., & Black, F. W. (1981). Alzheimer's/ Senile Dementia. In R. I. Strub, & F. W. Black (Eds.) Organic brain syndromes. (pp. 119-164). Philadelphia : F. A. Davis Company.
- Thomas, D. (1995). Wandering: a proposed definition. Journal of Gerontological Nursing, 21, 35-41.
- Weisman, G. D. (1987). Improving way-finding and architectural legibility in housing for the elderly. In V. Regnier, & J. Pynoos (Eds.), Housing the aged: design directives and policy considerations, (pp. 441-464). New York: Elsevier.
- Williams, J. K., & Trubatch, A. D. (1993). Nursing home care for the patients with Alzheimer's disease: an overview. Neurology, 43, S20-24.
- Weisman, G., Cohen, V., & Day, K. (1990). Programming and design for dementia. Milwaukee: Milwaukee School of medicine.
- Weisman, G. D., Cohen, U., Ray, K., & Day, K. (1991). Architectural planning and design for dementia care units. In D. H. Coons (Ed.), Specialized dementia care units, The Johns Hopkins Series in Contemporary Medicine and Public Health (pp. 83-106). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Wertheimer, J. (1987). Le dément et l'institution psychiatrique: les influences réciproques. Psychologie Médicale, 19(8), 1297-1299.
- Ylief, M., Brach, B., & Ronvaux, B. (1988). Le traitement des troubles de l'orientation dans l'espace familial dus aux états démentiels de la vieillesse. In L. Lévesque, & O. Marat. (Eds.), Un défi simplement humain, Montréal: Editions du nouveau pédagogique.
- Zeisel, J., Hyde, J., & Levkoff, S. (1994). Best practices: an environment-behavior (E-B) model for Alzheimer special care units. The American Journal Alzheimer's Care and Related Disorders & Research, 9(2), 4-21.
- Zgola, J. M. (1987). Doing Things: a guide to programming activities for persons with Alzheimer's disease and related disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Annexe 1

Questionnaire utilisé auprès des intervenant(e)s

Questionnaire Introduction

Ce questionnaire vise à connaître un certain nombre de caractéristiques du Centre d'accueil et des habitudes de ses résidents, notamment leurs habitudes liées aux déplacements. Il s'inscrit dans un programme de recherche sur l'orientation spatiale des personnes souffrant de troubles cognitifs.

Nous vous signalons qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
Répondez de manière objective.

Les informations recueillies sont confidentielles et ne serviront qu'aux besoins de la recherche. L'entrevue est enregistrée pour faciliter la cueillette des données. La bande sera effacée après usage.

Remarque: Les éléments entre [crochets] ne sont signalés explicitement que s'ils n'ont **pas** été évoqués par le sujet.

Identification du répondant

NOM:

Prénom:

Statut professionnel:

Secteur: Depuis quand travaillez-vous dans ce secteur:

Nombre de résidents dont vous avez la charge:

Nombre de résidents souffrant de troubles cognitifs dont vous avez la charge:

Dans la suite du questionnaire quand nous parlerons de résidents, il s'agira des résidents souffrant de troubles cognitifs à moins qu'il ne soit mentionné le contraire.

Le questionnaire se compose de 4 parties. Dans la première partie, nous vous poserons quelques questions pour cerner le profil d'autonomie des résidents à travers un certain nombre d'activités.

A. Gestion et politique

Autonomie des résidents lors de l'activité d'habillage

Q.1 Parmi les |___| personnes dont vous vous occupez et qui présentent des troubles cognitifs,

a) combien s'habillent de façon indépendante,

étant compris l'étape de chercher ses vêtements dans le garde-robe?

b) combien ont besoin d'aide uniquement pour préparer les vêtements?

c) combien ont besoin d'aide uniquement pour enfiler les vêtements?

d) combien ont besoin d'aide tout au long de l'habillage ?

Q.2 Nous allons vous présenter deux situations d'habillage. En vous reportant à des situations similaires que vous avez rencontrées avec des résidents de ce centre, pouvez-vous dire comment vous agissez:

Q.2.1 Situation 1.

Lorsque la personne peut s'habiller seule, mais prend trop de temps pour le faire ...

- la laissez-vous faire?
- la laissez-vous faire et revenez vérifier une demie-heure après?
- la laissez-vous commencer puis continuez-vous ensuite?
- l'habiliez-vous complètement?
- autre, précisez:

Q.2.2 Situation 2

Lorsque la personne peut s'habiller seule, mais ne peut pas choisir ses vêtements seule ...

- l'aidez-vous à choisir ses vêtements?
- lui préparez-vous tous ses vêtements et ensuite vous la laissez s'habiller seule?
- lui apportez-vous ses vêtements et vous l'habiliez en même temps?
- autre, précisez:

Pratique des loisirs

Q.3 Quels sont les loisirs pratiqués à l'intérieur du Centre auxquels les résidents présentant des troubles cognitifs ont accès?

.....

Q. 4 Y a-t-il des loisirs pratiqués à l'extérieur du Centre auxquels les résidents présentant des troubles cognitifs ?

[Si non] --> a) pourquoi?

.....

[Si oui] --> b) lesquels?

.....

c) comment les résidents s'y rendent-ils?

.....

Q.5 Est-ce que vous impliquez les résidents souffrant de troubles cognitifs dans ...

- a) le choix de leur participation aux activités proposées?
- b) les suggestions du type d'activité désirée?
- c) la planification des activités?

B. Profil d'orientation des résidents

Dans cette deuxième partie du questionnaire, nous souhaitons cerner le profil de mobilité des résidents souffrant de troubles cognitifs, ainsi que les difficultés qu'ils rencontrent lors de leurs déplacements. Dans la mobilité et les déplacements nous référons à l'orientation dans l'espace, c'est-à-dire la capacité de se rendre à la destination sans se perdre, et NON aux problèmes physiques rencontrés lors de ces déplacements, comme par exemple, l'utilisation d'une chaise roulante.

Parmi les |____| résidents dont vous vous occupez sur l'étage,

Q.6 Veuillez nous indiquer le nombre de résidents pouvant aller de leur chambre au salon...

a) toujours seul.

b) quelquefois avec une l'aide d'une personne

Nombre

|____|

|____|

- c) toujours avec une aide
- d) N/A

Q.7 Veuillez nous indiquer le nombre de résidents pouvant aller de la cafétéria à la salle récréative...

- a) toujours seul
- b) quelquefois avec une l'aide d'une personne
- c) toujours avec une aide
- d) N/A

Nombre

Q. 8 Veuillez nous indiquer le nombre de résidents pouvant aller de leur chambre au coiffeur.

- a) toujours seul
- b) quelquefois avec une l'aide d'une personne
- c) toujours avec une aide
- d) N/A

Nombre

Q.9 Veuillez nous indiquer le nombre de résidents pouvant aller de la salon à leur chambre

- a) toujours seul
- b) quelquefois avec une l'aide d'une personne
- c) toujours avec une aide
- d) N/A

Nombre

Q.10 Quelles sont les difficultés rencontrées par les **nouveaux** résidents pour se déplacer dans votre Centre?.....

Q.11 Est-ce que des résidents se perdent parfois dans votre Centre?

[Si oui --> Combien?.....

[Si oui --> l'examineur montre un plan du Centre d'accueil]

a) Y a-t-il des lieux où ils se perdent plus souvent?

b) Quelles en sont les raisons d'après vous?

Q.12 Quelle est la réaction et le comportement des résidents quand ils se perdent, est-ce de ...

- a) l'agressivité
- b) la peur
- c) l'angoisse
- d) du mutisme
- e) autres, précisez:

Oui		Non	

Q.13 Y a-t-il une période dans la journée ou de la nuit où les difficultés sont plus accentuées?

Si oui --> a) laquelle?

C. Difficultés des résidents et interventions environnementales

Dans cette troisième partie du questionnaire, nous vous demandons de nous aider à préciser les difficultés que les résidents souffrant de troubles cognitifs rencontrent lors de leurs déplacements dans le sens de l'orientation dans l'espace, c'est-à-dire la capacité de se rendre à la destination sans se perdre, ainsi que les aménagements qui ont déjà été réalisés dans le centre.

DÉPLACEMENT-GÉNÉRAL

Q.14 Voici le plan de l'étage. Ici, vous trouvez les éléments de circulation: les corridors, les escaliers et les ascenseurs. Pouvez-vous identifier des caractéristiques de cette circulation qui rendent difficiles les déplacements, au niveau de l'orientation dans l'espace, des résidents?

Q. 15 Pouvez-vous identifier des caractéristiques de circulation qui facilitent les déplacements, au niveau de l'orientation dans l'espace, des résidents?

Q. 16 Y a-t-il selon vous des éléments du design intérieur, comme les recouvrements de plancher ou des murs, l'ouverture entre les lieux, les fenêtres, les aires ouvertes, qui rendent difficiles les déplacements quant à l'orientation dans l'espace?

Q.17 Y a-t-il selon vous des éléments du design intérieur qui facilitent les déplacements quant à l'orientation dans l'espace)?

Q. 18 Y a-t-il, selon vous, des points de repère utilisés par les résidents?

[Si oui] --> a) lesquels?

b) cela semble-t-il bien fonctionner?

c) y aurait-il une façon de faire plus efficace?

[Si les éléments ne sont pas évoqués spontanément]

[Q.18.1 J'ai vu qu'il y avait un tableau d'activité au Rez de chaussé, est-ce que cela les aide à se repérer?]

[Q.18.2 J'ai vu qu'il y avait un poste de sécurité au Rez de chaussé, est-ce que cela les aide à se repérer?]

[Q.18.3 J'ai vu qu'il y avait un poste d'infirmière à votre étage, est-ce que cela les aide à se repérer?]

SIGNALISATION

Q.19 Y a-t-il des interventions telles que la signalisation ou l'utilisation de la couleur qui sont présents dans le Centre et facilitent les déplacements des résidents?

[Si les éléments ne sont pas évoqués spontanément]

[Q.19.1 J'ai vu qu'il y avait un horaire des activités, est-ce que cela les aide à se repérer?]

[Q.19.2 J'ai vu qu'il y avait des numéros à chaque chambre, est-ce que cela les aide à se repérer?]

[Q.19.3 J'ai vu qu'il y avait des photos à certaines chambres, est-ce que cela les aide à se repérer?]

[Q.19.4 J'ai vu que vous aviez mis les numéros d'étage devant les ascenseurs, est-ce que cela les aide à se repérer?]

Q.19.5 Est-ce qu'il y a eu par le passé des interventions graphiques telles que la signalisation ou l'utilisation de la couleur dans le Centre dans le but de faciliter les déplacements des résidents?

Identification des lieux

Q.20 Est-ce que certains résidents ont de la difficulté à identifier ...

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a) leur chambre | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| b) la cafétéria (ou le salon) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| c) l'animathèque | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Q.21 Est-ce que certains résidents ont de la difficulté à identifier d'autres lieux du Centre?

[Si oui] --> a) pouvez-vous nous donner quelques exemples de ces difficultés?

.....

Q.22 Est-ce qu'il existe des aménagements particuliers afin que le résident identifie plus facilement leur chambre, comme leur nom sur la porte, des photos, des objets personnels, de la couleur ou autre chose?

[Si non] --> a) est-ce que cela serait utile?.....

[Si oui] --> b) quels sont ces aménagements particuliers?

c) est-ce que cela semble bien fonctionner?

d) y aurait-il une façon de faire plus efficace?

[Si les éléments ne sont pas évoqués spontanément]

[Q.22.1 J'ai vu que vous aviez mis des plaques d'identification (image) à l'entrée des portes, est-ce que cela les aide à trouver les lieux?]

[Q.22.2 J'ai vu que le recouvrement des planchers est différent dans les différentes sections, est-ce que cela aide à trouver les lieux?]

[Q.22.3 Est-ce qu'il y a eu par le passé des interventions dans le Centre dans le but de faciliter les l'identification des lieux?]

Si oui,

précisez.....

Q.23.1 Est-ce qu'il existe des aménagements particuliers qui facilitent la reconnaissance par les résidents des aires communes, comme la cafétéria ?

[Si non] --> a) est-ce que cela serait utile?

[Si oui] --> b) quels sont ces aménagements particuliers?

c) est-ce que cela semble bien fonctionner?

d) y aurait-il une façon de faire plus efficace?

Q.23.2 Est-ce qu'il existe des aménagements particuliers qui facilitent la reconnaissance par les résidents des aires communes, comme l'animathèque ?

[Si non] --> a) est-ce que cela serait utile?

[Si oui] --> b) quels sont ces aménagements particuliers?

c) est-ce que cela semble bien fonctionner?

d) y aurait-il une façon de faire plus efficace?

Q.23.3 Est-ce qu'il existe des aménagements particuliers qui facilitent la reconnaissance par les résidents des aires communes, comme le salon ?

[Si non] --> a) est-ce que cela serait utile?

[Si oui] --> b) quels sont ces aménagements particuliers?

c) est-ce que cela semble bien fonctionner?

d) y aurait-il une façon de faire plus efficace?

[Si les éléments ne sont pas évoqués spontanément]

[Q.23.4 J'ai vu que les étages étaient peints de couleur différente, est-ce que cela les aide à reconnaître les lieux?]

[Q.23.5 J'ai vu que vous avez mis des plantes dans les salons, est-ce que cela les aide à reconnaître les lieux?]

[Q.23.6 J'ai vu que vous avez mis des posters dans les couloirs, est-ce que cela les aide à reconnaître les lieux?]

ASCENSEUR

Cette partie du questionnaire concerne l'ascenseur. Nous vous demandons de nous aider à préciser les difficultés que les résidents souffrant de troubles cognitifs rencontrent lors de l'utilisation de l'ascenseur.

Q.24 Est-ce que l'utilisation sans accompagnement des ascenseurs par les résidents souffrant de troubles cognitifs pose des difficultés?

[Si oui] --> a) quels sont ces problèmes?

b) quelles sont les solutions apportées par le Centre afin d'y remédier?
.....

c) cela fonctionne-t-il?

d) y aurait-il, selon vous, une façon de faire plus efficace?
.....

Q.25 Est-ce que cette utilisation pose des difficultés pour le personnel?

[Si oui] --> a) quelles sont ces difficultés?

POSTE DES INFIRMIÈRES

Q.26 Que pensez-vous de l'emplacement et de l'ouverture du poste des infirmières, par rapport.

- a) aux contacts avec les résidents?
- b) à la surveillance que nécessite la clientèle du centre?
- c) y aurait-il, selon vous, des améliorations à apporter?
[Si oui] --> d) lesquelles?
-

Q.27 Est-ce que les résidents ont tendance à se retrouver autour du poste?

- [Si oui] --> a) pourquoi le font-ils, selon vous?
- b) est-ce que cela est un inconvénient?
- [Si oui] -> c) comment faire, selon vous, pour que cela ne se produise pas?
.....

RESTRICTION DANS LES DÉPLACEMENTS

Q.28 Est-ce qu'il y a dans le Centre des dispositifs physiques pour restreindre les déplacements des résidents ?

- [Si non] --> a) est-ce que cela serait nécessaire?
- [Si oui] --> b) quels sont ces dispositifs? (encerclez le choix)
- | | | |
|----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| alarme sur les portes | bracelet de sécurité au poignet | portes barrées en tout temps |
| utilisation de demie-porte | camouflage des portes | camouflage des zones de services |
| ascenseur bloqué | autres, précisez: | |

- c) est-ce qu'il y a des problèmes suscités par l'utilisation de ces dispositifs?
[Si oui] --> d) quels sont ces problèmes?
- e) y aurait-il, selon vous, une autre façon de faire?
.....

Q.29 Est-ce qu'il y a dans le Centre des règles afin de restreindre les déplacements des résidents ?

- [Si non] --> a) est-ce que cela serait nécessaire?
- [Si oui] --> b) quels sont ces règles ?
- c) est-ce qu'il y a des problèmes suscités par l'utilisation de ces règles ?
[Si oui] --> d) quels sont ces problèmes?
- e) y aurait-il, selon vous, une autre façon de faire?
.....

Q.30 Est-ce que les sorties de secours ou les portes de service posent des difficultés avec les résidents souffrant de troubles cognitifs?

- [Si oui] --> a) quelle est la nature de ces problèmes?

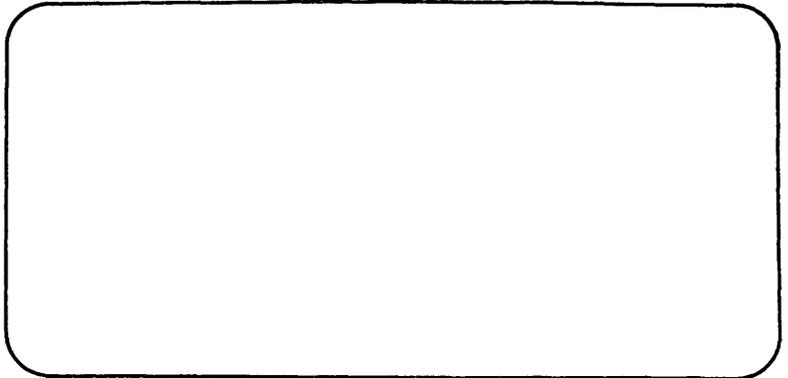
Annexe 2

Mini Mental Status (MMS) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975)



Centre Hospitalier
Côte-des-Neiges

ÉVALUATION DE L'ÉTAT MENTAL



POINTS

(/5)

ORIENTATION

Quel est (année) (saison) (date) (jour) (mois) aujourd'hui?

(/5)

Où sommes-nous (pays) (province) (ville) (hôpital) (unité)?

ENREGISTREMENT MNÉSIQUE

(/3)

Nommer 3 objets: Prendre une seconde pour chacun.

Demander au patient de répéter les 3 mots.

Répéter les 3 mots jusqu'à ce que le patient les ait appris.

Compter le nombre d'erreurs et l'indiquer.

Erreurs: _____

ATTENTION ET CALCUL

(/5)

Série de soustractions par 7. Donner un point pour chaque réponse exacte.

Arrêter après 5 réponses; ou épeler le mot «monde» en sens inverse.

RETENTION MNÉSIQUE

(/3)

Demander de répéter les 3 noms d'objets cités antérieurement. Donner un point pour chaque réponse exacte.

LANGAGE

(/2)

Nommer un crayon et une montre-bracelet

(/1)

Répéter: «pas de si ni de mais?»

(/3)

Demander au patient d'exécuter les consignes suivantes: «prenez un papier dans votre main droite, pliez-le en deux, et posez-le par terre».

(/1)

Demander au patient de lire une phrase écrite et d'obéir à la consigne indiquée: «Fermer les yeux».

(/1)

Demander au patient d'écrire une phrase complète: sujet, verbe et avoir un sens.

(/1)

Demander au patient de recopier une figure.

TOTAL DES POINTS

ÉVALUER L'ÉTAT DE CONSCIENCE DU BÉNÉFICIAIRE

Alerte

Somnolence

Stupeur

Coma

Date

Signature du médecin

Réf.: FOLSTEIN, Marshall et al. «Mini-mental State»
J. Psychiat. Res., 1975, vol. 12, pp. 189-198

Annexe 3

Echelle de Détérioration Globale (EDG) de Reisberg (Reisberg, 1985)

Échelle de détérioration globale (EDG) pour l'affaiblissement intellectuel associé à l'âge et pour la maladie d'Alzheimer*

Stade EDG	Stade clinique	Tableau clinique
1. Aucun affaiblissement intellectuel	Normal	Le sujet ne se plaint pas de troubles de la mémoire. Aucun déficit mnésique évident au moment de l'examen clinique.
2. Affaiblissement intellectuel très léger	Oublis	Le sujet se plaint de troubles mnémoniques, notamment : a) il oublie où il a placé des objets familiers ; b) il oublie les noms de vieilles connaissances. Aucun signe objectif de déficit mnésique lors de l'examen clinique. Aucune manifestation objective au travail ou dans des réunions sociales. Inquiétude justifiée face aux symptômes.
3. Affaiblissement intellectuel léger	État confusionnel léger	<p>Premiers déficits évidents qui se manifestent de la façon suivante : a) le malade peut s'être perdu en se rendant à un endroit peu connu ; b) ses compagnons de travail peuvent s'apercevoir de son piètre rendement ; c) son entourage peut s'apercevoir de la difficulté qu'il a à retrouver un mot ou un nom ; d) le malade peut lire un passage ou un livre et ne pas retenir grand chose ; e) le malade peut avoir de plus en plus de difficulté à se souvenir des noms lorsqu'on lui présente des étrangers ; f) le malade peut avoir perdu ou égaré un objet de valeur ; g) des troubles de concentration peuvent être manifestes lors des tests cliniques.</p> <p>La seule façon de déceler des signes objectifs de déficit mnésique est de demander à un psychiatre spécialisé en gériatrie d'effectuer un examen intensif. Baisse du rendement dans un emploi exigeant et comportement inadéquat dans les réunions sociales. Apparition du déni. Une anxiété légère à modérée accompagne les symptômes.</p>
4. Affaiblissement intellectuel modéré	État confusionnel marqué	<p>Déficit évident lors d'une entrevue clinique rigoureuse. Le déficit se manifeste de la façon suivante : a) le malade est moins au fait des événements actuels et récents ; b) il peut avoir certaines difficultés à se souvenir de certains événements de sa vie ; c) troubles de la concentration manifestes lors de soustractions de séries de chiffres ; d) difficulté à voyager, à s'occuper de ses finances, etc.</p> <p>Souvent, aucun déficit n'est apparent dans les domaines suivants : a) orientation temporelle et par rapport aux personnes ; b) reconnaissance de personnes et de visages familiers ; c) capacité de se rendre à des endroits bien connus.</p> <p>Incapacité d'exécuter des tâches complexes. Le déni est le mécanisme de défense dominant. Le malade devient indifférent à tout et tend à fuir devant les situations difficiles.</p>
5. Affaiblissement modérément grave	Affaiblissement démentiel ou démence incipiens	<p>Le malade ne peut plus vivre sans aide. Il est incapable lors d'un examen de se souvenir d'un aspect important de sa vie présente (par exemple, son adresse ou son numéro de téléphone depuis plusieurs années, le nom des membres de sa proche famille, comme ceux des petits-enfants, le nom de l'école secondaire ou du collège qu'il a fréquenté).</p> <p>On observe souvent une certaine désorientation temporelle (date, jour de la semaine, saison, etc.) ou spatiale. Une personne instruite peut avoir de la difficulté à compter à rebours de 40 par multiples de 4, ou de 20 par multiples de 2.</p> <p>À ce stade, les personnes peuvent toujours se souvenir de bon nombre des principaux faits les concernant ou touchant autrui. Elles connaissent inmanquablement leur nom et connaissent en général le nom de leur conjoint et de leurs enfants. Elles n'ont pas besoin d'aide pour faire leur toilette ou pour manger, mais peuvent avoir de la difficulté à choisir les vêtements qu'il convient de porter.</p>
6. Affaiblissement intellectuel grave	Démence moyenne	<p>Le malade peut oublier à l'occasion le nom du conjoint dont il est entièrement dépendant pour survivre. Il n'est pas en général conscient de tous les événements récents et de ses expériences personnelles récentes. Il conserve une certaine mémoire des faits de son passé, mais ses souvenirs sont incomplets. Il est généralement peu conscient de son environnement, de l'année, de la saison, etc. Il peut avoir de la difficulté à compter de 10 à 0, et parfois de 0 à 10. Aura besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne, et il peut devenir incontinent ; il aura besoin d'aide pour se déplacer, mais à l'occasion, il pourra être capable de se rendre à des endroits qui lui sont bien connus. Perturbations fréquentes du rythme circadien. Se souvient presque toujours de son nom. Continue souvent d'être capable de distinguer les personnes qu'il connaît des étrangers, lorsqu'il est dans son environnement.</p> <p>Troubles émotifs et modifications de la personnalité. Ces changements varient beaucoup d'une personne à l'autre et ils incluent : a) comportement délirant (par exemple, les malades peuvent accuser leur conjoint d'être un imposteur) ; ils peuvent parler à des êtres imaginaires dans leur environnement, ou à leur propre image dans le miroir ; b) symptômes obsessionnels (par exemple, une personne peut répéter constamment des tâches ménagères simples) ; c) symptômes d'anxiété, agitation et même apparition d'un comportement violent inexistant jusque là ; d) pragmatisme, c'est-à-dire perte de la volonté parce que le sujet est incapable de garder une idée en tête assez longtemps pour décider d'une voie à suivre.</p>
7. Affaiblissement intellectuel très grave	Démence profonde	<p>Aphasie. Mutisme fréquent — seulement des grognements. Incontinence urinaire ; le patient a besoin d'aide pour faire sa toilette et pour s'alimenter. Perte des fonctions psychomotrices de base (par exemple de la capacité de marcher). Le cerveau semble ne plus être capable de donner des ordres au corps.</p> <p>Des signes et symptômes neurologiques cérébraux et généralisés sont fréquemment observés.</p>

* Reisberg, B., Ferris, S.H., de Leon, M.J. and Crook, T. (1982) The Global Deterioration Scale (GDS): an instrument for the assessment of Primary Degenerative Dementia (PDD). *Am. J. Psychiatry* 119: 1136.

Visitez notre site Web : www.schl.ca