ÉTAT DE SITUATION SUR LE CAMOUFLAGE DE PORTES ET D'ASCENSEURS EN MILIEUX D'HÉBERGEMENT AU QUÉBEC : PROPOSITION POUR UNIFORMISER ET SOUTENIR LA PRISE DE DÉCISION

25 mai 2020

Philippe Voyer, inf. Ph.D.

Professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Chercheur, Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches et Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Anne-Marie Veillette, M.A.

Professionnelle de recherche, Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches

Émilie Allaire, M.A.

Agente de planification, de programmation et de recherche, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier tous les partenaires du Réseau de la Santé et des Services sociaux ayant accepté de partager leur expérience en lien avec le camouflage de portes et d'ascenseurs dans leur milieu d'hébergement. Le partage de leurs expériences témoigne de leur grande générosité et de leur engagement envers le bien-être et la sécurité des résidents atteints de troubles neurocognitifs majeurs.

Comment citer ce document

Voyer, P., Veillette, A.-M. & Allaire, E. (2020). *État de situation sur le camouflage de portes et d'ascenseurs en milieux d'hébergement au Québec : proposition pour uniformiser et soutenir la prise de décision.* Faculté des sciences infirmières, Université Laval.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS ..... **II**

LISTES DES ACRONYMES, DES TABLEAUX ET DES FIGURES **4**

INTRODUCTION **5**

1. BESOINS DES RÉSIDENTS ATTEINTS DE TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS **6**

1.1 Troubles neurocognitifs majeurs 6

1.2 Spécificités des besoins liés à l'environnement physique 6

1.3 Stratégie de camouflage de portes et d'ascenseurs 8

2. ANCRAGES DANS LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE **9**

2.1 Introduction du principe du camouflage 9

2.2 Bénéfices du camouflage 10

2.3 Limites du camouflage 14

2.4 Gestion du risque 16

3. PORTRAIT DE L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE **18**

3.1 Demandes de camouflage acceptées 19

3.2 Demandes de camouflage refusées 23

4. PROBLÉMATIQUE ASSOCIÉE À L'INTERPRÉTATION DU CODE NATIONAL DU BÂTIMENT **26**

5. PROPOSITION POUR HARMONISER LES PRATIQUES ET SOUTENIR LA PRISE DE DÉCISION **28**

CONCLUSION **31**

RÉFÉRENCES **32**

LISTES DES ACRONYMES, DES TABLEAUX ET DES FIGURES

LISTE DES ACRONYMES

CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
RBQ	Régie du bâtiment du Québec
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
TNCM	Trouble neurocognitif majeur

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Bénéfices et limites du camouflage tirés de la littérature scientifique
Tableau 2	Répartition des projets de camouflage acceptés et refusés

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Camouflage de quatre ascenseurs dans une résidence intermédiaire (Montréal)
Figure 2	Camouflage d'une porte de sortie dans une résidence intermédiaire (Estrie)
Figure 3	Camouflage d'une porte de sortie dans une résidence pour aînés (Capitale-Nationale)
Figure 4	Camouflage d'une porte d'ascenseur dans une unité de soins (Saguenay-Lac-Saint-Jean)
Figure 5	Camouflage d'une porte de sortie dans une résidence (Montérégie)
Figure 6	Camouflages refusés dans un CHSLD (Montréal)
Figure 7	Camouflage refusé dans un CHSLD (Abitibi-Témiscamingue)
Figure 8	Camouflage refusé dans un CHSLD (Lanaudière)
Figure 9	Exemples de stratégies de camouflage non acceptés sur une porte d'issue (Lanaudière)
Figure 10	Camouflage de portes d'ascenseurs (Mauricie-Centre-du-Québec)
Figure 11	Camouflage d'une porte et d'un ascenseur dans un CHSLD (Montréal)
Figure 12	Représentation visuelle des critères à insérer au Code national du bâtiment

INTRODUCTION

La prévalence croissante de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) représente un défi considérable pour les gestionnaires et les membres du personnel travaillant dans les milieux d'hébergement. Pour des raisons de sécurité, l'accès à certains espaces doit être restreint ou même interdit aux résidents atteints de TNCM. Dans ce contexte, le camouflage de portes et d'ascenseurs est recommandé à titre de pratique exemplaire afin d'améliorer le bien-être et la sécurité de ces résidents[1]. Pratique largement utilisée à l'international, le camouflage de portes et d'ascenseurs s'avère toutefois complexe à mettre en place au Québec. En effet, nous avons pu constater une variabilité considérable dans le milieu d'hébergement québécois concernant l'utilisation du camouflage.

Ce document, rédigé par des universitaires et des experts du domaine des soins de longue durée en milieux d'hébergement, propose un tour d'horizon des données probantes et des problématiques québécoises en lien avec le camouflage. Ce document vise à présenter les assises de la recherche d'un compromis, entre le bien-être et la sécurité des résidents atteints de TNCM.

Pour ce faire, la première section de ce document présente la spécificité des besoins des personnes atteintes de TNCM liée à l'environnement physique de leur milieu d'hébergement. Tirée de la littérature scientifique, la seconde section de ce document décrit les bénéfices et les limites du camouflage de portes et d'ascenseurs. La troisième section dresse un portrait de l'expérience québécoise. Des exemples de demandes de camouflage, acceptées et refusées, sont exposés. La quatrième section de ce document s'intéresse à la problématique associée à l'interprétation du Code national du bâtiment. La variabilité des réponses obtenues aux demandes d'autorisation pour camouflage est décrite. Enfin, la cinquième section de ce document dresse une proposition présentant un compromis entre le bien-être et la sécurité des résidents atteints de TNCM.

1. BESOINS DES RÉSIDENTS ATTEINTS DE TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS

1.1 TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS

Les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) regroupent la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées dont la maladie à corps de Lewy, vasculaires, et les dégénérescences fronto-temporales. Ces maladies se manifestent par une altération cognitive, plus précisément par des troubles liés à la mémoire, l'orientation, l'organisation de la pensée, la capacité de résolution de problèmes et au langage. Ces troubles cognitifs affectent la capacité des personnes atteintes à poursuivre leurs activités de la vie quotidienne. Elles touchent également les comportements et les émotions. Ces maladies sont progressives. Les symptômes s'aggravent au fur et à mesure de la dégénérescence des cellules et de leur mort éventuelle[2]. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont les plus touchées par les TNCM[3–5]. Les TNCM peuvent être représentés en 3 stades, c'est-à-dire le stade léger, modéré et sévère[6]. Comme les symptômes et l'évolution de la maladie varient d'un individu à l'autre, des chevauchements entre les stades peuvent se produire. Chaque stade est accompagné de pertes cognitives et d'atteintes à l'autonomie fonctionnelle.

1.2 SPÉCIFICITÉS DES BESOINS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

1.2.1 PRÉSENCE D'ÉPISODES D'ERRANCE

Chez les résidents atteints de TNCM, l'errance est un phénomène normal. Selon la Société Alzheimer, trois personnes sur cinq errent[7]. Ce phénomène est tellement fréquent qu'il est rapporté comme une problématique en milieux d'hébergement. Les résidents peuvent oublier leur nom ou leur adresse et devenir désorientés, et ce, même dans les endroits familiers. Le risque de se perdre peut se manifester à n'importe quel stade de la maladie : dès le premier stade ou plus tard dans son évolution.

Les causes de l'errance peuvent être liées à un désir de répondre à un besoin spécifique[8,9]. Ces causes peuvent être variées : nouvel environnement (perte de ses repères), perte de mémoire, trop-plein d'énergie, recherche du passé (une personne ou une chose familière), ennui ou solitude, désorientation temporelle jour-nuit (insomnie ou réveil tôt), désorientation spatiale (se sent perdu), habitude (habitude de beaucoup marcher ou d'être actif), agitation (faire les cent pas ou errer sans but apparent), travail à faire (selon son occupation dans le passé) ou facteurs liés à la santé (douleur, inconfort, effets secondaires de médicaments)[7]. La prise en charge de l'errance, un des symptômes

comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), doit s'intéresser à des interventions non pharmacologiques individuelles, interactionnelles et environnementales.

Au sein de ce document, il sera question exclusivement de l'intervention environnementale recourant au camouflage. Pour en savoir plus sur tous les types d'interventions, le lecteur est invité à lire les lignes directrices québécoises sur les SCPD[10].

1.2.2 Recherche d'un équilibre entre bien-être et sécurité

La liberté de circuler sans danger fait partie non seulement des droits des résidents atteints de TNCM, mais également des bonnes pratiques[1]. L'infrastructure et le design intérieur des milieux d'hébergement doivent être conçus pour favoriser une circulation libre et sécuritaire des résidents[11,12].

L'incapacité de sortir par une issue visible entraîne une augmentation de l'agitation, de l'anxiété et de la frustration chez les résidents atteints de TNCM[8,9,13,14]. Ces émotions peuvent s'intensifier et conduire à un sentiment de détresse, pouvant mener à des comportements agressifs comme des cris ou des coups. Auparavant, face à ce type de situation, les contraintes physiques et les traitements pharmacologiques étaient les interventions les plus fréquemment utilisées. Ces stratégies traditionnelles sont désormais critiquées, car leur efficacité est limitée et leur application comporte des enjeux éthiques[10,15]. D'ailleurs, en 1987, les États-Unis ont été des pionniers dans ce secteur en implantant une politique publique visant à diminuer l'utilisation des contentions physiques et des antipsychotiques auprès des résidents atteints de TNCM[16,17].

Afin d'éviter ces pratiques, de nombreux milieux d'hébergement se tournent vers des stratégies novatrices. À l'intérieur et à l'extérieur, des installations sont aménagées pour faciliter la circulation des résidents et détourner leur attention des espaces restreints et interdits. Cet aménagement, en plus de diminuer la frustration et l'agitation des résidents, allège les membres du personnel qui n'ont pas à constamment leur interdire l'accès[18]. L'objectif des stratégies de redirection visuelle est d'établir une orientation sécuritaire pour les résidents et de favoriser leur sentiment de liberté et d'autonomie. Parmi ces stratégies, il y a notamment : 1) la redirection thérapeutique (aménagement de sièges agréables et de zones d'intérêt éloignées des portes de sortie); 2) l'amélioration de l'accès aux zones sécuritaires; 3) l'absence de sièges près de portes d'entrée et de sortie; 4) la restriction des zones de circulation près des portes et des ascenseurs; 5) la dissimulation des codes de portes; 6) le camouflage

de portes et d'ascenseurs à accès restreint[9]. Ce document met l'emphase uniquement sur la description de la stratégie du camouflage de portes et d'ascenseurs.

1.3 Stratégie de camouflage de portes et d'ascenseurs

Le camouflage de portes et d'ascenseurs est une stratégie recommandée dans les pratiques exemplaires en matière d'interventions non-pharmaceutiques auprès des personnes atteintes de TNCM[1,6,7]. Pour des raisons de sécurité, des espaces sont interdits aux résidents dans les milieux d'hébergement (le local d'utilité souillée, le local de rangement du matériel pour le personnel soignant, les cages d'escalier, les portes de sortie et les ascenseurs). N'ayant pas de valeur ajoutée pour les résidents atteints de TNCM, il est recommandé de dissimuler ces locaux[9,19].

La stratégie de camouflage peut prendre différentes formes. L'une d'entre elles est l'application de peinture. Selon le *Guide de transformation d'un CHSLD en un centre Alzheimer*, il est important que les portes interdites aux résidents soient peintes de la même couleur que les murs pour diminuer leur visibilité[6]. Par exemple, si le mur est jaune, la porte doit aussi être peinte en jaune en incluant le cadrage. Une autre technique consiste à peindre des fresques sur les portes ou les ascenseurs en partenariat avec un peintre artiste ou un programme d'art dans une école. Il est aussi possible de minimiser l'apparence des portes de sortie et des ascenseurs en les camouflant sous des appliqués muraux. Afin de maximiser l'effet du camouflage, il est également suggéré de dissimuler la fenêtre de la porte en appliquant un adhésif translucide laissant paraître seulement les ombres derrière la fenêtre[9]. Le camouflage des poignées de porte doit aussi être considéré[14,20].

Cette pratique représente un champ d'expertise en soi dans le domaine de l'aménagement d'espaces en milieux d'hébergement. Comme les bénéfices pour les résidents atteints de TNCM ainsi que pour les membres du personnel sont de plus en plus reconnus, de nombreuses entreprises se spécialisent dans ce créneau. La compagnie Creative Art Co, située en Ontario, propose l'impression d'illustrations adhésives représentant des images de la maisonnée (buffet, bibliothèque, cadre décoratif, etc.)[21]. Au Québec, quelques compagnies se spécialisent dans l'aménagement d'espaces par la réalisation de murales adhésives ou peintes, notamment Alaviva de Québec (division de Maelström créatif), NumérArt et Mural Unique de Montréal, 1001 Murales de Laval et MURIRS de Sherbrooke, pour ne nommer que celles-ci [22–26].

2. ANCRAGES DANS LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Dans la plupart des cas, les accès restreints ou interdits ayant été camouflés passent inaperçus aux yeux des résidents atteints de TNCM. Ce phénomène s'explique principalement par l'agnosie qui accompagne les TNCM. De même, comme la vision baisse chez les personnes âgées, l'illusion s'avère très efficace[27]. Avec un camouflage, les résidents ne sont généralement pas en mesure de reconnaître la présence de la porte ou de l'ascenseur. Ainsi, ceux-ci n'ont pas tendance à essayer de les ouvrir. Lors d'un épisode d'errance, les résidents atteints de TNCM continueront tout simplement leur chemin.

L'absence d'interdit que procure le camouflage crée chez les résidents atteints de TNCM un sentiment de liberté, de mouvement et d'action. Cette autonomie est très bénéfique. Elle permet de maintenir les capacités résiduelles au niveau de la mobilité et de favoriser une réduction de l'anxiété au quotidien[11]. Le fait de ne pas voir la porte évite que le résident tente de l'ouvrir pour réaliser qu'il est prisonnier et faire émerger ainsi l'anxiété [27]. L'anxiété étant une prémisse fréquente aux problèmes de comportement.

En plus de démontrer que les techniques de camouflage réduisent de manière significative l'agitation et l'errance devant les portes et les ascenseurs, la littérature scientifique fait état de plusieurs bénéfices sur la qualité de vie des résidents atteints de TNCM. Afin de décrire l'introduction du concept de camouflage dans la littérature, quelques études pionnières seront présentées. Des études plus récentes dressant les bénéfices et les limites du camouflage seront ensuite décrites. Un tableau synthèse regroupant les principaux bénéfices et limites tirés de ces études sera finalement proposé.

2.1 INTRODUCTION DU PRINCIPE DU CAMOUFLAGE

L'agitation et l'errance près des portes et des ascenseurs dans les milieux d'hébergement sont des phénomènes qui ne datent pas d'hier. Il y a une trentaine d'années, la littérature scientifique proposait pour la première fois des solutions pour freiner le désir des résidents d'ouvrir des portes de sortie ou d'entrer dans des ascenseurs. En effet, à la fin des années 1980, quelques études soulèvent l'idée novatrice de dissimuler les portes de sortie dans les milieux d'hébergement pour personnes atteintes de TNCM[28–31].

À titre d'exemple, en 1989, des auteurs publient une étude examinant si l'ajout de barrières visuelles aux portes de secours permettait que les résidents cessent d'ouvrir ces portes et de quitter leur milieu d'hébergement. L'étude avait été menée dans un établissement pouvant accueillir 30 résidents atteints

de TNCM. Plusieurs types de barrières visuelles avaient été testées sur 11 résidents ayant tous quitté au moins une fois par une porte de secours. Les stratégies de camouflage présentées dans cette étude sont maintenant désuètes, mais les résultats sont tout de même intéressants (lignes diagonales noires sur le plancher devant la porte; tissus à motifs cachant une partie de la porte). Les résultats indiquent que le désir de quitter par une porte de sortie peut être réduit, voir éliminé, si le résident est incapable d'interpréter qu'il s'agit d'une porte. Ces premières études sur le sujet ont donné naissance aux assises du principe de camouflage tel qu'on le connaît aujourd'hui[28–31].

Dans les années 1990, deux études américaines sont réalisées sur la stratégie du camouflage dans le but de réduire les tentatives de sortie des résidents[29,30]. Ces études ont permis d'approfondir les principes de bases du camouflage en milieu d'hébergement. En fait, trois techniques de camouflage ont été utilisées et testées dans ces études : un store horizontal sur la fenêtre de la porte, une barrière en tissu cachant une partie de la porte et une combinaison de ces deux techniques. La barrière en tissu couvrant une partie de la porte a été la barrière visuelle la plus efficace avec une diminution de 96 % de l'errance[29]. Ces résultats introduisent le principe fondamental du camouflage : plus la porte est dissimulée et camouflée (ici par un tissu), plus elle sera invisible aux yeux des résidents atteints de TNCM[29,30].

C'est après les années 2000 que les concepts « d'appliqués muraux » et de « peintures murales » permettant de camoufler des portes et des ascenseurs émergent dans la littérature scientifique[32]. Les prochaines sous-sections de ce document résument cinq études récentes portant sur le camouflage. Les principaux bénéfices et les limites de cette stratégie de redirection visuelle y sont détaillés.

2.2 Bénéfices du camouflage

2.2.1 Réduction du stress et du déclenchement de l'alarme d'incendie

Dans une étude réalisée en 2018 en Ontario, des chercheurs ont documenté le processus de réalisation de murales dans deux unités de soins de longue durée[32]. Des murales ont été peintes à l'intérieur des deux portes principales de chaque unité. Une unité comptait 36 résidents âgés de 82 à 102 ans. L'autre unité comptait 40 résidents dont l'âge variait entre 54 et 96 ans. Au cours des six premiers mois suivants l'installation, le personnel a remarqué que les résidents étaient moins attirés vers la porte. Même s'ils pouvaient s'arrêter pour regarder la murale, les résidents n'ont pas fixé la vitre ou frappé à la porte. Le personnel a également remarqué que la peinture appliquée sur les fenêtres des portes réduisait la

visibilité, ce qui diminuait la frustration des résidents liée au fait de ne pas pouvoir accéder à l'espace derrière la porte.

Selon les données de cette étude, la réduction des tentatives de sortie a contribué à atténuer le stress du personnel qui n'avait pas à diriger les résidents vers d'autres milieux. La fonction de redirection visuelle de la murale a contribué à modifier le mouvement d'entrée et de sortie de l'unité en une expérience moins stressante pour les visiteurs et les membres du personnel. De plus, cette étude souligne que l'ajout de murales a permis de réduire le nombre de déclenchements de l'alarme d'incendie, réduisant ainsi le stress général des résidents. La diminution du nombre de déclenchements de l'arme d'incendie a également favorisé des économies d'argent et de ressources pour l'organisation. En plus de réduire les tentatives de sortie des résidents, les résultats de cette étude suggèrent que l'installation de murales a également des effets positifs sur l'amélioration de l'expérience des soins de longue durée pour des résidents et du personnel[32].

2.2.2 Création d'une ambiance résidentielle et familiale

Une étude qualitative a été menée en 2012 aux Pays-Bas dans deux unités de soins pour personnes atteintes de TNCM[14]. L'objectif principal de cette recherche exploratoire était d'étudier : 1) l'efficacité perçue; 2) la sécurité perçue; et 3) la satisfaction des résidents, de leurs proches et du personnel à l'égard du camouflage des portes de sortie dans une unité de soins. Trois camouflages appliqués aux portes de sortie et aux murs adjacents ont été installés. Ces camouflages représentaient une bibliothèque, un compartiment de train et une forêt. Au total, 16 personnes ont participé aux groupes de discussion, 8 membres de la famille et 8 membres du personnel.

Les résultats de cette étude démontrent que plus l'état cognitif du résident est affecté, plus les techniques de dissimulation semblaient efficaces. Les résidents ne percevaient plus l'existence des portes camouflées et continuaient tout simplement leur chemin lorsqu'ils passaient devant. Concernant le nombre de tentatives de sortie non désirées chez les résidents, tous les participants ont indiqué que les installations étaient perçues comme sécuritaires. Finalement, les résultats de cette étude témoignent de la satisfaction des proches et des membres du personnel quant aux camouflages réalisés dans les deux unités. Les auteurs mentionnent que l'installation de ces murales a contribué à créer une atmosphère familiale. Les membres de la famille ont mentionné que leurs proches se sentaient « comme à la maison » et n'avaient pas envie de quitter l'unité. Les participants ont

également souligné que le camouflage des portes de sortie a contribué à rendre l'environnement plus paisible et calme en diminuant le nombre de résidents s'agitant devant ces portes[14].

2.2.3 Renforcement des sentiments de bien-être et de liberté

En 2003, des chercheurs de l'Université du Massachusetts ont mesuré les associations entre les caractéristiques de l'environnement physique de 15 unités de soins et l'incidence des agressions, de l'agitation, du retrait social, de la dépression et des symptômes psychotiques. L'étude s'est déroulée auprès de 427 résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou autres TNCM[33]. La taille des milieux d'hébergement variait de 20 à 50 résidents.

Les résultats de cette étude démontrent que les résidents, habitant dans des établissements où les sorties sont camouflées et les alarmes sont remplacées par des serrures électroniques silencieuses, ont tendance à être moins déprimés. Une hypothèse expliquerait cette corrélation : les résidents essaient moins de partir et les membres du personnel, considérant ces environnements plus sécuritaires, offraient aux résidents une plus grande autonomie de déplacement. Selon cette étude, les résidents, bénéficiant d'une plus grande liberté par le camouflage, ressentaient un plus grand sentiment de contrôle et d'autonomisation (*d'empowerment*), contribuant à réduire les signes de dépression. Ces chercheurs concluent en spécifiant que, même si la conception des unités doit respecter des exigences en matière de sécurité d'incendie et de normes de construction, l'aménagement de l'environnement devrait inclure des stratégies telles que le camouflage des sorties afin de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des résidents[33].

2.2.4 Valorisation de l'autonomie et de la socialisation

En 2003, des chercheurs de l'Université de la Caroline du Nord ont évalué l'effet de l'installation d'une murale sur la diminution des tentatives d'ouverture d'une porte dans une unité hébergeant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer[13]. Cette murale a été peinte afin de camoufler la porte de sortie de l'unité. La conception de la murale comprenait un film, non brillant ou réfléchissant, appliqué sur les fenêtres pour permettre la visualisation au travers. La murale a été peinte du sol au plafond, en recouvrant les portes et les murs adjacents. La fréquence des tentatives d'ouverture de la porte a été comparée avant et après l'installation de la murale. Les 12 résidents qui ont testé les portes ont été observés sur une période de 12 semaines. Ces résidents étaient d'une moyenne d'âge de 78 ans et habitaient dans cette unité depuis une durée moyenne de 3 ans. Quatre types de comportements

ont été observés : 1) marcher jusqu'à la porte et pousser ou tirer calmement; 2) attendre patiemment que quelqu'un sorte de la porte, puis essayer de sortir par la porte; 3) utiliser un effort d'équipe (plus d'un résident qui travaille pour ouvrir la porte); et 4) essayer d'ouvrir la porte avec force et agitation ou hostilité.

Après l'installation de la murale, les chercheurs ont noté une diminution significative du nombre total de tentatives d'ouverture de la porte et ce, pour les quatre types de comportements observés. Ces résultats soutiennent l'idée que les murales peuvent être un moyen efficace de détourner les résidents d'une situation pouvant susciter de l'agitation ou pouvant leur porter préjudice. Ces auteurs ont observé que la murale a permis aux résidents de ressentir un sentiment de contrôle sur leur déplacement comme ils n'avaient pas constamment besoin d'être redirigés par le personnel. Les auteurs soulignent également que la murale a contribué à rendre l'environnement moins institutionnalisé, en s'éloignant du modèle médical et en favorisant la circulation des résidents. Par ailleurs, les auteurs ont noté que les résidents étaient plus enclins à socialiser (interagir avec le personnel, parler avec d'autres résidents et se rassembler dans la salle commune). L'attention des résidents étant dirigée loin des portes, le risque de fuites a donc diminué. Les membres du personnel ont constaté que l'unité était beaucoup plus calme après l'installation de la murale[13].

2.2.5 Diminution de l'inquiétude chez le personnel soignant

Réalisée en 2012 dans un centre de jour situé en Espagne, une étude a testé l'efficacité d'un programme d'intervention non-invasif et non-restrictif visant à réduire la fréquence du comportement d'errance d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer[34]. Ce patient présentait un score de 6 sur l'échelle de détérioration globale de Reisberg. Celui-ci se rendait quotidiennement dans ce centre de jour pour adultes où il faisait de l'errance avec un taux élevé de tentatives fuites.

Cette étude de cas a démontré que l'utilisation d'une intervention combinée, alliant une intervention cognitivo-comportementale avec une modification de l'environnement par l'installation de barrières visuelles, était suffisante pour réduire les tentatives de fuite du cas étudié. En plus d'éviter les conséquences négatives d'un éventuel départ, cette intervention a contribué à une amélioration de l'autonomie personnelle et de l'état émotionnel. Des entrevues avec des membres du personnel ont démontré que leur inquiétude et leurs attentions excessives pour ce patient ont diminué. Les données de cette étude ont confirmé que l'installation de barrières visuelles et l'utilisation d'une intervention

cognitive/comportementale a permis de réduire les tentatives de fuite de l'homme atteint de TNCM, libérant du temps pour le personnel et diminuant leur niveau d'inquiétude. Dans ce contexte, les auteurs ont souligné que ce type d'intervention pourrait aussi avoir une incidence sur l'épuisement des soignants[34].

2.3 LIMITES DU CAMOUFLAGE

La littérature scientifique démontre que le camouflage de portes et d'ascenseurs influence les tentatives de sortie des résidents atteints de TNCM. Des mesures supplémentaires sont nécessaires afin de maximiser la liberté et garantir la sécurité des résidents[14]. Par exemple, une étude souligne qu'une fois le camouflage d'une porte de sortie installé, les membres du personnel avaient tendance à accorder plus d'attention aux résidents assis dans l'aire commune qu'à ceux marchant près de cette porte. Le personnel aurait trop compté sur l'effet prévu de la murale[13]. Suite à ce constat, les auteurs ont insisté sur le fait que le personnel doit demeurer vigilant et ne pas présumer que la présence d'un camouflage éliminera toute tentative d'ouverture de la porte et les risques associés[13]. Aucune mesure n'est efficace à 100 %.

En comparant deux unités de soins, des chercheurs de la Belgique ont conclu que l'organisation et l'aménagement de l'espace influencent la manière dont les résidents vivent et s'orientent dans les unités[35]. Ces chercheurs ont mentionné que la porte d'entrée d'une des unités a été camouflée partiellement avec des dessins de fleurs. Pour plusieurs résidents de l'unité, la porte attirait leur attention malgré la tentative de camouflage. Toutefois, en analysant l'image du camouflage utilisée, une conclusion s'imposait : les bonnes techniques de camouflage n'ont pas été respectées. Afin que la porte soit invisible aux yeux des résidents, il est primordial que le dessin utilisé couvre l'entièreté de la porte. Pour une meilleure efficacité, le dessin utilisé devrait se prolonger sur les murs encadrant la porte afin que la porte se « fonde » dans le décor. De plus, les chercheurs ont remarqué que la porte partiellement camouflée était située près des aires communes les plus fréquentées par les résidents. Étant exposés à la porte, ceux-ci avaient donc tendance à toujours se diriger vers celle-ci lorsqu'elle s'ouvrait.

Ainsi, l'attrait pour une porte camouflée peut être lié à son camouflage inadéquat, mais aussi à l'emplacement de celle-ci. Une porte de sortie fréquemment utilisée par le personnel soignant ne devrait pas être aménagée dans les aires communes destinées aux résidents[35]. De plus, l'efficacité de

la technique de camouflage utilisée pour réduire les tentatives de sortie des résidents dépend de : 1) l'emplacement de la porte (à l'extrémité d'un couloir); 2) la visibilité de la poignée de porte et des boutons; 3) la fréquence d'utilisation de la porte; 4) l'état cognitif du résident[14]. Le tableau suivant présente un résumé des bénéfices et des limites associés au camouflage de portes et d'ascenseurs pour les résidents atteints de TNCM.

Tableau 1. Bénéfices et limites du camouflage tirés de la littérature scientifique

	Principaux éléments tirés de la littérature scientifique
Bénéfices	**Bénéfices pour les résidents atteints de TNCM**
	Diminution significative de l'attraction envers les portes et les ascenseurs.
	Diminution significative de l'errance et de l'agitation.
	Diminution significative des tentatives de fuite.
	Réduction de l'anxiété et de la frustration au quotidien.
	Réduction des signes de dépression.
	Amélioration du bien-être et de la qualité de vie.
	Maintien des capacités résiduelles au niveau de la mobilité.
	Amélioration du sentiment de contrôle et d'autonomisation (*empowerment*).
	Ambiance favorisant un sentiment de liberté, de mouvement et d'action.
	Augmentation des interactions avec le personnel et les autres résidents.
	Bénéfices pour les proches
	Satisfaction des proches (expérience moins stressante).
	Ambiance plus paisible, résidentielle et familiale.
	Bénéfices pour les membres du personnel
	Diminution du stress et de l'inquiétude.
	Réduction du nombre de déclenchements des alarmes d'incendie.
Limites	L'efficacité dépend de l'emplacement (à l'extrémité d'un couloir), de la visibilité de la poignée de porte et des boutons, de la fréquence d'utilisation de la porte et de l'état cognitif du résident.
	Le camouflage doit couvrir l'entièreté de la porte et se prolonger sur les murs encadrant la porte afin qu'elle se « fonde » dans le décor.
	Doit être combiné avec d'autres mesures et approches afin de garantir la sécurité des résidents.

2.4 GESTION DU RISQUE

Suite à l'examen de la littérature scientifique, on pourrait se demander pourquoi le camouflage des portes n'est pas plus répandu au Québec puisqu'il présente des bénéfices pour le résident, le proche et le personnel. En fait, il s'agit d'une question de gestion des risques. Il y a une crainte des autorités compétentes que lors d'un incendie un résident ne voit pas la porte et ne puisse quitter le lieu d'incendie et ainsi mourir brûlé. Il est indéniable que le risque de décès lors d'un incendie en raison de portes de sortie camouflées doit être pris en considération. Les résidents atteints de TNCM éprouvent des problèmes de mémoire et d'orientation spatiale très significatifs. C'est un risque que ces personnes ne voient pas une porte ayant été camouflée. Malgré nos recherches dans la littérature québécoise et internationale, incluant les articles de journaux en langues française et anglaise, aucun document ne fait état d'un décès lors d'un incendie en raison d'un camouflage ayant été appliqué sur une porte de sortie. En milieux d'hébergement, les principales causes de décès documentées suite à un incendie sont liées à l'absence de gicleur et de plan d'évacuation personnalisé à l'établissement[36]. Quoique non recensé, ce risque ne doit pas être négligé.

D'autres types de risques doivent être considérés. La curiosité et l'intérêt des résidents pour les portes de sortie et les ascenseurs sont un phénomène bien documenté dans la littérature. Les résidents atteints de TNCM ne sont toutefois pas conscients des risques associés au fait de quitter leur milieu sans être accompagnés. En effet, lorsqu'un résident quitte par une issue, il y a un risque d'égarement, de chute, de blessure, d'hypothermie ou d'hyperthermie et de décès[13,37]. Plusieurs cas d'égarement et de décès par hypothermie ont été rapportés au cours des dernières années dans les milieux d'hébergement du Québec [38–42]. En 2010, une résidente d'un centre d'hébergement au Québec a succombé à ses blessures après avoir chuté avec son fauteuil roulant dans une cage d'escalier[43]. Il est donc possible que des portes d'issue visibles puissent accroître des risques d'égarement, de blessures et de décès. L'histoire récente du Québec semble démontrer que ce risque est bien réel.

Par ailleurs, l'anxiété et la frustration causée par l'incapacité de sortir par une issue non camouflée peuvent entraîner de l'agitation et des altercations. Cette situation peut conduire à l'utilisation de contentions physiques et d'antipsychotiques. Cette escalade n'est pas à négliger, car, comme démontré dans la littérature scientifique, l'utilisation de contentions physiques et d'antipsychotiques chez des résidents atteints de TNCM peut être néfaste pour leur santé et même entraîner un risque de décès[44,45].

Il apparaît donc important d'examiner le camouflage de portes et d'ascenseurs non seulement par rapport au risque de décès en raison d'un incendie, mais plutôt en considérant un ensemble de risques. Ainsi, les risques d'égarements, de chutes, de blessures, d'hypothermies, d'hyperthermies et de décès doivent être pris en compte afin de prendre la meilleure décision possible pour le bien-être du résident atteint de TNCM.

En d'autres mots, le camouflage des portes pourrait avoir pour effet de réduire des incidents et accidents dans les milieux d'hébergement en protégeant les résidents atteints de TNCM d'égarement, de chute, d'accidents, de blessures, d'hypothermie, d'hyperthermie et de décès. À l'inverse, l'absence de camouflage devrait réduire les risques de décès lors d'un incendie. On utilise le conditionnel, car il est légitime de se questionner si une personne atteinte de TNCM qui a une désorientation spatiale importante et un problème de mémoire majeur pourrait vraiment se diriger seul vers une porte de sortie lors d'un incendie. Il est probable qu'il doive recevoir l'assistance d'un soignant ou d'un pompier. Il est impératif par contre que ces derniers puissent reconnaître la présence de la porte de sortie.

3. PORTRAIT DE L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE

Dans une infolettre publiée en octobre 2019, le professeur Philippe Voyer demandait la collaboration de ses lecteurs afin de faire avancer le dossier du camouflage de portes et d'ascenseurs dans les milieux d'hébergement dédiés aux aînés atteints de TNCM[46]. En réponse à cette infolettre, 23 établissements ont fait part de leur expérience. Ces établissements sont des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), des résidences intermédiaires et des unités de soins en centres hospitaliers dispersés sur l'ensemble du Québec parmi 11 régions administratives. Au total, 19 établissements ont présenté des projets de camouflage ayant été acceptés et 7 établissements ont présenté des projets ayant été refusés. L'expérience québécoise varie d'une région et d'un établissement à l'autre.

Tableau 2. Répartition des projets de camouflage acceptés et refusés

PROJETS DE CAMOUFLAGES ACCEPTÉS		
Régions	**Nombre d'établissements**	**Nombre de portes et ascenseurs**
Capitale-Nationale*	1	1
Estrie*	2	2
Lanaudière*	3	4
Laurentides	2	2
Laval	2	5
Mauricie et Centre-du-Québec	2	4
Montréal*	1	4
Montérégie	2	5
Saguenay-Lac-Saint-Jean	4	8
9 régions	**19 établissements**	**35 portes et ascenseurs**
PROJETS DE CAMOUFLAGES REFUSÉS		
Régions	**Nombre d'établissements**	**Nombre de portes et ascenseurs**
Abitibi-Témiscamingue	1	4
Capitale-Nationale*	1	5
Chaudière-Appalaches	1	1
Estrie*	1	4
Lanaudière*	2	2
Montréal*	1	2
6 régions	**7 établissements**	**17 portes et ascenseurs**
TOTAL		
11 régions	**23 établissements**	**52 portes et ascenseurs**

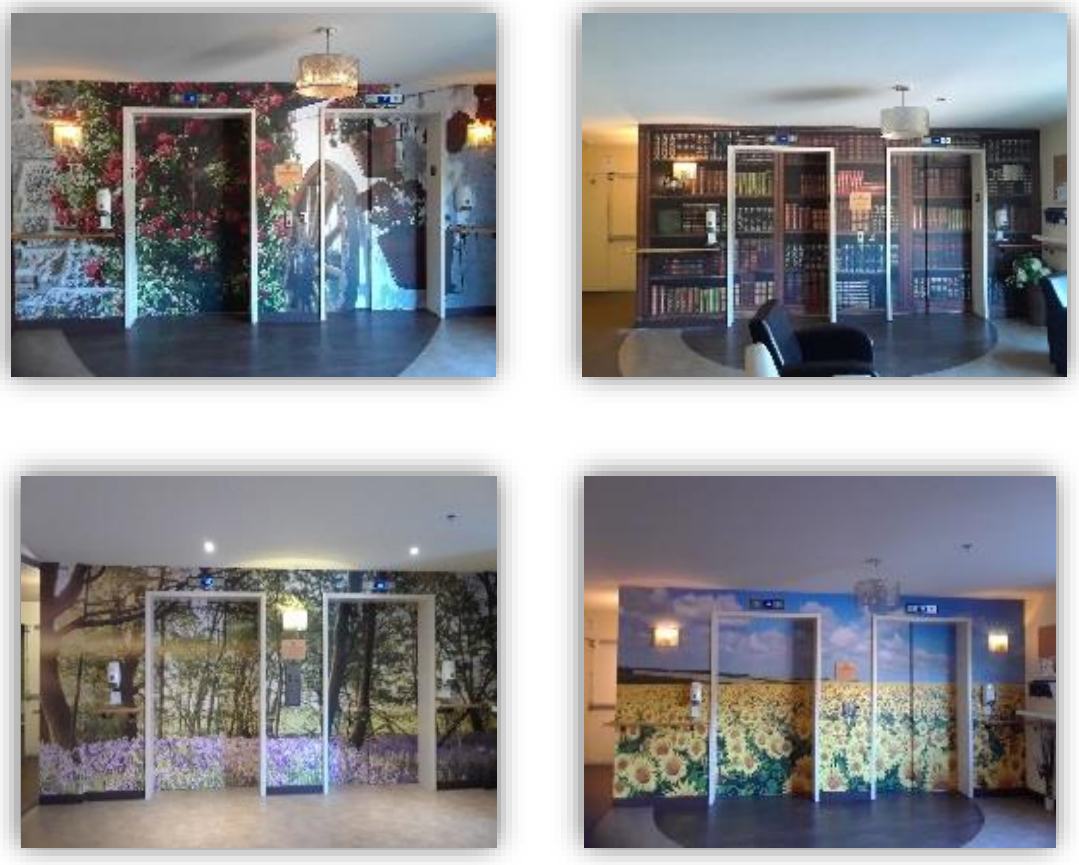
**Ces régions et établissements ont présenté des demandes de camouflages ayant été acceptées et d'autres refusées, ce qui influence le nombre total de régions et d'établissements.*

3.1 Demandes de camouflage acceptées

Au total, 19 établissements ont présenté des projets de camouflage ayant été acceptés. Il s'agit de demandes pour camoufler des portes de sortie d'unités prothétiques, des portes d'ascenseurs et des portes séparant des milieux qui accueillent différents types de clientèles. Au sein des témoignages reçus, l'appréciation des résidents de ces milieux, des familles et du personnel a été soulignée.

À titre d'exemple, une infirmière du CISSS de Laval a témoigné des bénéfices du camouflage de quatre ascenseurs dans une résidence intermédiaire accueillant 150 résidents. Suite à l'installation du camouflage sur les ascenseurs, cette infirmière a mentionné qu'il y a eu une diminution importante du nombre de résidents errant devant les ascenseurs. Le camouflage a également eu un impact direct sur le travail des préposés aux bénéficiaires. Ceux-ci ont vu diminuer considérablement leur fréquence de raccompagnement des résidents vers la salle commune. Selon cette infirmière, même si ces murales sont dispendieuses, elles sont un bon investissement. En plus de mettre de la vie dans l'établissement, le camouflage est très efficace pour éloigner les résidents des ascenseurs.

Figure 1. Camouflage de quatre ascenseurs dans une résidence intermédiaire (Montréal)



D’autres expériences de camouflage témoignent des bénéfices pour les résidents atteints de TNCM. C’est le cas pour une résidence intermédiaire de Granby où les responsables de l’établissement ont constaté une diminution des égarements suite au camouflage d’une porte de sortie. Selon leur observation, une réduction de 60 % des tentatives de fuites a été notée.

Figure 2. Camouflage d’une porte de sortie dans une résidence intermédiaire (Estrie)

Dans une résidence pour aînés située dans la région de la Capitale-Nationale, un peintre illustrateur et caricaturiste a réalisé six fresques à caractère historiques sur des murs et une grande porte d’une unité prothétique. Cette œuvre d’art « trompe l’œil » contribue à améliorer la qualité de vie des résidents en les empêchant de constamment vouloir essayer de quitter l’unité[47].

Figure 3. Camouflage d’une porte de sortie dans une résidence pour aînés (Capitale-Nationale)

Un autre exemple de bénéfices d'un camouflage a été rapporté par une infirmière chef d'une unité de soins située dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Cette unité de 22 lits est occupée par une clientèle composée d'environ 70 % de personnes atteintes de TNCM. Dans cette unité, le personnel a dû composer pendant un an avec des problèmes d'égarement chez certains résidents. Les portes de sortie de cet établissement possèdent des codes sécurisés, mais l'ascenseur n'est pas contrôlé. Afin de résoudre ce problème de fuite, le camouflage de l'ascenseur non-contrôlé a été réalisé. Selon ses observations, l'infirmière a remarqué un arrêt complet des problèmes d'égarement et des tentatives de résidents de prendre l'ascenseur. Selon cette infirmière, l'ascenseur est si bien camouflé que même certains visiteurs le cherchent.

Figure 4. Camouflage d'une porte d'ascenseur dans une unité de soins (Saguenay-Lac-Saint-Jean)

Un camouflage réalisé dans un établissement de la Montérégie démontre l'importance du choix du dessin et ses motifs. Dans cet établissement, suite aux comportements des résidents en lien avec l'image choisie, le camouflage d'une porte de sortie a dû être refait à deux reprises. La première fois, un arbre derrière une clôture a été choisi. Par contre, certains résidents avaient pris l'habitude d'uriner sur la murale comme si ceux-ci se croyaient à l'extérieur. Une seconde tentative de camouflage a donc été réalisée. Le thème du nouveau motif était plutôt abstrait, ce qui a été idéal pour détourner l'attention des résidents.

Figure 5. Camouflage d'une porte de sortie dans une résidence (Montérégie)

3.2 DEMANDES DE CAMOUFLAGE REFUSÉES

Au total, 7 établissements ont présenté des projets ayant été refusés. Ces projets visaient le camouflage de portes de sorties et d'ascenseurs. Par exemple, une demande de camouflage de portes de sortie dans une unité de 14 résidents d'un CHSLD de la région de Montréal a été refusée. Ces portes étant « coupe-feu », le refus du service des incendies a été sans équivoque. Les responsables de cet établissement soulignent que le refus a été prononcé par téléphone, sans que les photos du projet n'aient été acheminées au service des incendies ni à la Régie du bâtiment afin d'évaluer la demande. Ces responsables déplorent le refus de leur projet, malgré le maintien du panneau de sortie visible tel que présenté dans les croquis ci-dessous.

Figure 6. Camouflages refusés dans un CHSLD (Montréal)

Un exemple de refus similaire est celui pour le camouflage d'une porte de sortie de secours dans un CHSLD situé dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Cette porte de sortie donne accès à des escaliers menant au sous-sol et à l'extérieur de l'établissement. Elle est utilisée plusieurs fois par jour. Le vas-et-

viens fréquent des employés incite les résidents à vouloir franchir cette porte. Malgré le maintien du panneau « sortie » visible précisé dans la demande, la direction des services techniques et logistiques a prononcé son refus en raison de la non-visibilité de la porte qui serait induite par le camouflage.

Figure 7. Camouflage refusé dans un CHSLD (Abitibi-Témiscamingue)

Un CHSLD situé dans la région de Lanaudière s'est vu refuser une demande de camouflage pour une porte de sortie. Cette porte mène à des escaliers situés dans une unité prothétique. La demande de camouflage a été réalisée afin de cacher le déclencheur de l'alarme d'incendie. Celui-ci était fréquemment actionné par des résidents malgré la présence d'un boîtier transparent pour le protéger. Pour des raisons de sécurité, cette demande a été refusée par le service des incendies.

Figure 8. Camouflage refusé dans un CHSLD (Lanaudière)

En terminant, sur le territoire de Lanaudière, un établissement s'est vu refuser son projet, car l'image d'une bibliothèque aurait pu être interprétée comme un « meuble réel » par une personne sans TNCM. Cette interprétation aurait pu faire en sorte que cette personne ne penserait pas à utiliser cette porte de sortie. Une représentation de la nature serait acceptée, considérant qu'une personne sans TNCM comprendrait que ce n'est pas réaliste et penserait à utiliser une porte masquée d'une telle image. Ainsi, pour certains établissements, des camouflages représentant des meubles, des étagères ou des bibliothèques ne seraient pas autorisées sur une porte d'issue. Par ailleurs, elles pourraient être utilisées sans problème pour camoufler des portes destinées à d'autres fonctions, telles que la porte d'une salle de lavage par exemple.

Figure 9. Exemples de stratégies de camouflage non acceptés sur une porte d'issue (Lanaudière)

En résumé, selon les établissements et les régions, l'expérience québécoise démontre une disparité au niveau des raisons du refus ou d'autorisation. Dans tous les cas, les projets de camouflage proposés doivent respecter les normes et les règlements du Code national du bâtiment.

4. PROBLÉMATIQUE ASSOCIÉE À L'INTERPRÉTATION DU CODE NATIONAL DU BÂTIMENT

La Régie du bâtiment du Québec est responsable de voir à l'application des normes et des règlements du Code national du bâtiment encadrant, notamment, la dissimulation des portes en milieux d'hébergement. Dans ce contexte, l'article 3.4.6.11 du Code national du bâtiment énonce que : « *Les portes d'issues doivent être faciles à repérer* ». De plus, au point 4 de cet article, sous la précision « *issue cachée* », il est précisé que : « *Aucun rideau ni aucune tenture ne doivent cacher ou masquer une porte d'issue* ».

En termes d'applicabilité, l'énoncé de cet article laisse place à l'interprétation, ce qui amène une variabilité dans son application pour l'ensemble des milieux d'hébergement québécois. À titre d'exemple, les figures ci-dessous illustrent deux camouflages. Selon les données recueillies en lien avec la figure 10, une autorisation a été accordée pour l'installation d'appliqués muraux sur les portes d'ascenseurs, mais pas sur les murs l'encadrant. Le camouflage ne couvre donc pas autant que souhaité. La demande visait plutôt un camouflage complet, tel que celui présenté à la figure 11 qui avait été accepté dans une autre région.

Figure 10. Camouflage de portes d'ascenseurs (Mauricie-Centre-du-Québec)

Figure 11. Camouflage d'une porte et d'un ascenseur dans un CHSLD (Montréal)

Le portrait de l'expérience québécoise démontre que l'interprétation du règlement encadrant le camouflage varie d'un établissement et d'une région à l'autre. Selon les propos recueillis, la disparité que présentent les raisons du refus ou de l'autorisation est plutôt difficile à cerner. Plusieurs raisons sont évoquées, telles que :

- La marque de la porte;
- La fonction de la porte (coupe-feu, issue);
- L'emplacement de la porte (corridor, bout de corridor);
- La visibilité ou non du panneau de sortie;
- La couleur du camouflage par rapport aux murs avoisinants;
- Le type de dessin (bibliothèque ou paysage);
- Le type de camouflage (imprimé ou peinture);
- L'âge du bâtiment (nouveau bâtiment ou rénovation);
- Le CISSS ou le CIUSSS;
- Le service des incendies municipal;
- L'architecte;
- Le conseiller ou la conseillère interprétant le Code national du bâtiment.

Selon l'expérience de l'organisme MURIRS, ayant réalisé plusieurs projets de camouflage à travers le Québec, il serait plus facile d'obtenir l'approbation de dissimuler des ascenseurs que des portes de sortie, considérant que les ascenseurs ne sont pas utilisés en cas de feu. Toujours selon cet organisme, il semblerait que les restrictions soient plus nombreuses dans la région de Montréal qu'ailleurs au Québec. Ainsi, au cours de ses dernières années d'activité professionnelle, MURIRS exigeait que chaque établissement fasse vérifier si leurs portes et ascenseurs peuvent être camouflés avant le dépôt d'une demande de soumission. Il y a donc plusieurs projets qui prenaient fin à cette étape. Pour certains, des délais considérables étaient encourus en raison d'analyses supplémentaires.

Afin de s'assurer que le camouflage souhaité respecte les normes et les règlements en vigueur, il est recommandé que les milieux d'hébergement puissent travailler en étroite collaboration avec les inspecteurs des incendies, les architectes et les ingénieurs locaux[9,21]. L'absence d'un guide d'interprétation, permettant d'encadrer l'application de cet article du Code national du bâtiment par ces différents acteurs clés, contribue à alimenter la divergence des interprétations sur le territoire québécois.

5. PROPOSITION POUR HARMONISER LES PRATIQUES ET SOUTENIR LA PRISE DE DÉCISION

L'analyse des réponses aux demandes de camouflage de portes et d'ascenseurs soulève un enjeu d'iniquité entre les milieux d'hébergement québécois. Considérant la variabilité d'interprétation de l'article 3.4.6.11 du Code national du bâtiment, une proposition apparaît nécessaire afin d'harmoniser les pratiques et soutenir la prise de décision des acteurs concernés (services des incendies municipaux, Régie du bâtiment du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux).

Dans un document datant de 2018, la *Commission canadienne des codes du bâtiment et de prévention des incendies* proposait d'ailleurs une modification du Code national du bâtiment[48]. Cette modification portait sur la question de l'évacuation dans les établissements de soins, où des portes peuvent être dissimulées au moyen de murales dans le but de réduire l'anxiété chez les personnes atteintes de TNCM. La modification proposée devait s'appliquer à deux articles : 1) l'article 3.4.6.11 ciblant les portes (« *Les portes d'issues doivent être faciles à repérer.* »; « *Aucun rideau ni aucune tenture ne doivent cacher ou masquer une porte d'issue.* »); 2) l'article 2.7.1.6 ciblant l'entretien (« *Les moyens d'évacuation doivent être maintenus en bon état et ne pas être obstrués.* »)[48].

Dans ce document, la Commission indiquait que l'installation de dispositifs d'ouverture et de fermeture spéciaux sur les portes d'issues par certains établissements évite que les personnes atteintes de TNCM utilisent ces issues. La Commission ajoutait que la présence visible de ces portes contribue à déclencher de l'anxiété chez ces personnes lorsqu'elles essaient de sortir par ces issues sans y parvenir. Il y était clairement énoncé que suite à l'application d'une murale sur une porte d'issue ou de sortie, les personnes atteintes de TNCM ont tendance à percevoir ces portes comme une barrière naturelle agréable plutôt que comme un moyen d'évacuation, ce qui peut contribuer à réduire leur anxiété. Dans sa proposition de modification, la Commission précisait ceci :

> *« Lorsque cette solution est mise en œuvre, les murales doivent être appliquées avec soin afin qu'elles ne dissimulent pas ou ne gênent pas le fonctionnement de tout système de protection incendie et de sécurité des personnes installé à proximité, y compris, sans s'y limiter, la signalisation d'issue, l'éclairage de secours, les dispositifs d'alarme incendie, les gicleurs ou la quincaillerie de porte.*
>
> *Les portes d'issue et de sortie sur lesquelles une murale est appliquée doivent être assez facilement repérables par le personnel de la résidence ou de l'établissement de soins qui devra aider les résidents/patients à évacuer les lieux, et par les visiteurs qui*

devront évacuer sans aide. Si ces portes ne sont pas facilement repérables, un autre moyen d'évacuation devra être désigné (on s'attend à ce que les concepteurs et les autorités compétentes fassent preuve de jugement pour déterminer si un autre moyen d'évacuation est requis). »[48]

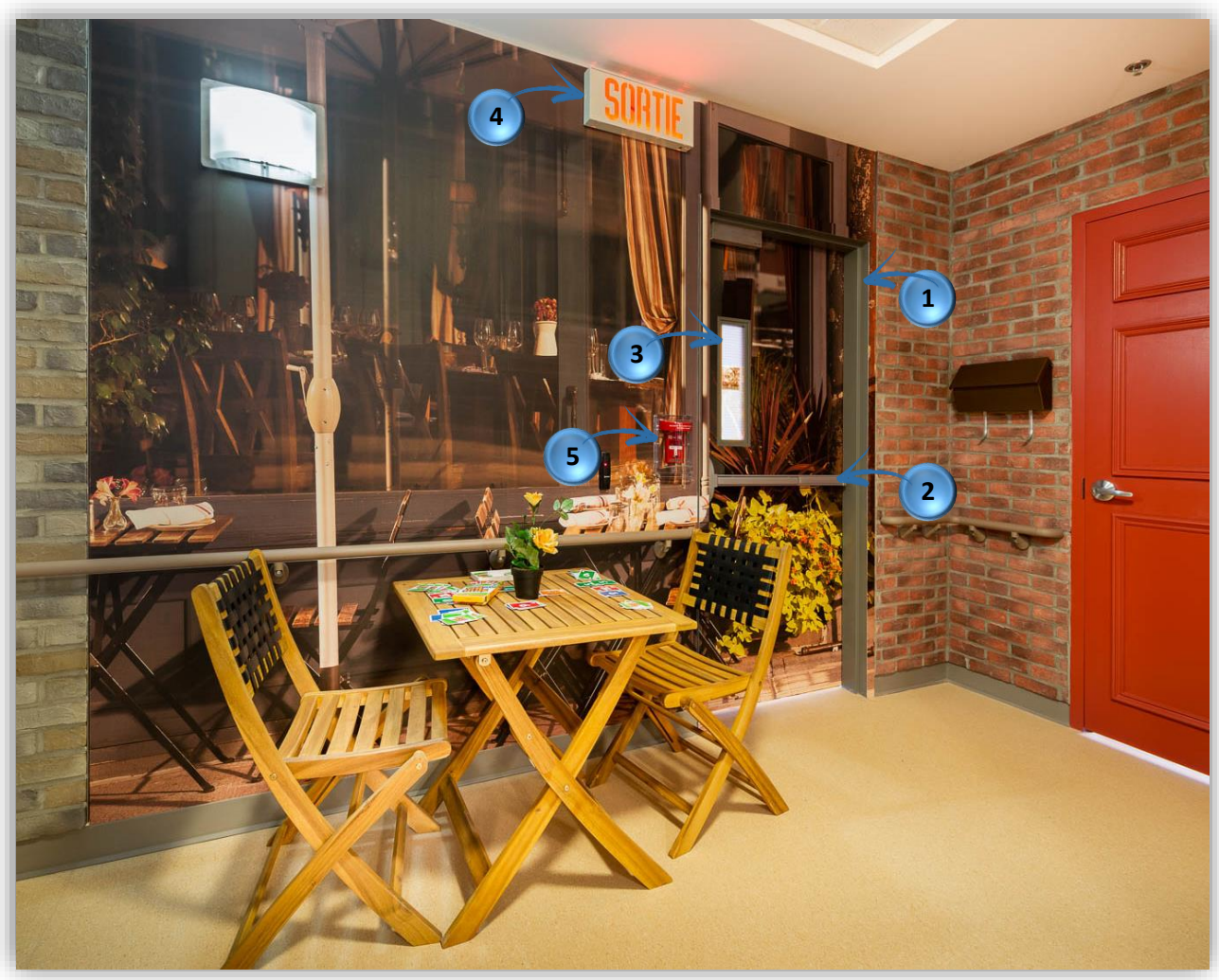
La proposition qui suivra dans le présent document est en cohérence avec la modification recommandée par la *Commission canadienne des codes du bâtiment et de prévention des incendies*. Toutefois, cette proposition va plus loin, en identifiant certains critères à ajouter à l'article 3.4.6.11 du Code national du bâtiment ou encore dans un guide de conception de camouflage produit par des autorités compétentes. Ces critères ont été élaborés à partir des données probantes issues de la littérature scientifique, de l'ensemble des risques, de l'analyse de l'expérience québécoise et du contenu de la proposition de la Commission.

Tel qu'illustré à la figure 12, cette proposition est composée de 5 critères : 1) le cadre de porte doit demeurer visible; 2) la barre d'ouverture de porte doit demeurer visible; 3) la fenêtre doit laisser passer les ombres derrière la porte; 4) le panneau de sortie doit demeurer visible; 5) le déclencheur de l'alarme d'incendie doit demeurer visible. Chacun de ces critères est accompagné de précisions afin de soutenir les acteurs concernés dans leur analyse d'une demande de camouflage de portes et d'ascenseurs en milieux d'hébergement. Par ailleurs, afin d'assurer l'efficacité du camouflage auprès des résidents atteints de TNCM, il importe que le camouflage soit également appliqué sur les murs encadrant la porte. Un camouflage appliqué uniquement sur la porte pourrait entraîner l'effet opposé en rendant celle-ci encore plus visible. Concernant le choix des images, que ce soient les études scientifiques ou les expériences québécoises, on peut conclure que les paysages, les meubles, les animaux, les dessins abstraits ou autres peuvent tous avoir une utilité. Il n'y a pas d'absolue dans ce domaine.

L'intégration de ces 5 critères à l'article 3.4.6.11 du Code national du bâtiment (ou dans un guide d'interprétation) permettra d'assurer un compromis entre la sécurité et le bien-être des résidents atteints de TNCM. D'une part, la conservation de la visibilité de ces éléments assurera la sécurité des résidents en cas d'incendie : cadre de porte, barre d'ouverture, fenêtre laissant passer les ombres, panneau de sortie et déclencheur de l'alarme d'incendie. D'autre part, en plus de diminuer les risques d'agitation et d'errance devant les portes et les ascenseurs, l'application d'un camouflage contribuera à réduire le risque de recourir aux contentions physiques et aux antipsychotiques, ainsi qu'à prévenir les risques d'égarements, de chutes, de blessures, d'hypothermies, d'hyperthermies et de décès.

Figure 12. Représentation visuelle des critères à insérer au Code national du bâtiment

1. **Le cadre de porte doit demeurer visible.** Le cadre de porte ne doit pas être camouflé par un adhésif ni être peinturé de la même couleur que les murs;
2. **La barre d'ouverture de porte doit demeurer visible.** La barre d'ouverture de porte ne doit pas être camouflée par un adhésif ni être peinturée de la même couleur que les murs ou la porte;
3. **La fenêtre doit laisser paraître les ombres derrière la porte.** L'application d'un autocollant ou de peinture dans la fenêtre doit être translucide afin de permettre de voir les ombres derrière;
4. **Le panneau de sortie doit demeurer visible.** Aucune modification ne doit être faite au panneau de sortie.
5. **Le déclencheur de l'alarme d'incendie doit demeurer visible.** Un boîtier en plastique transparent peut être installé sur le déclencheur de l'alarme d'incendie pour le protéger.



Source : milieu d'hébergement la Maison l'étincelle[49].

CONCLUSION

Dans un contexte de prévalence croissante de la maladie d'Alzheimer et des autres TNCM, le camouflage de portes et d'ascenseurs en milieux d'hébergement est recommandé à titre de pratique exemplaire afin d'améliorer le bien-être et la sécurité des résidents. Un grand nombre de personnes vivant en milieux d'hébergement sont atteintes de TNCM. Au Québec, plus de 70 000 personnes habitent en milieux d'hébergement. Parmi ceux-ci, 80 % ont un TNCM. Les bénéfices qu'apporte le camouflage touchent donc des milliers de personnes.

L'analyse de l'expérience québécoise en lien avec la pratique du camouflage soulève une variabilité au niveau de l'interprétation du Code national du bâtiment. Quoique non recensé et souvent associé au refus d'une demande, le risque de décès lors d'un incendie en raison de portes de sortie camouflées doit être pris en considération. Par ailleurs, les données probantes démontrent l'importance de considérer un ensemble de risques. Ainsi, l'application d'un camouflage contribue à diminuer les risques d'agitation et d'errance devant les portes et les ascenseurs, à la diminution du risque de recourir aux contentions physiques et aux antipsychotiques, de même qu'à la prévention des risques associés aux égarements, aux chutes, aux blessures, à l'hypothermie, à l'hyperthermie et au décès.

La proposition présentée dans ce document permettra d'harmoniser les pratiques et de soutenir la prise de décision des acteurs concernés en lien avec le camouflage de portes et d'ascenseurs en milieux d'hébergement (services des incendies municipaux, Régie du bâtiment du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux). Les auteurs souhaitent que ces travaux puissent offrir un nouvel éclairage à la réglementation québécoise afin de soutenir cette pratique pour le bénéfice des résidents atteints de TNCM.

RÉFÉRENCES

1 Seetharaman, K., & Chaudhury, H. (2020). *Dementia-Friendly Care Homes Best practices in dementia care* (Numéro March).

2 Société Alzheimer Canada. (2020). *Société Alzheimer Canada*. https://alzheimer.ca/fr/Home.

3 Berr, C., Tasnime Nassime, Aa., Nourashemi, F., & Andrieu, S. (2007). Épidémiologie des démences. *La presse médicale*, *36*(2), 1431-1441.

4 Boyle, P. A., & Bennett, D. A. (2008). Scope of dementia: epidemiology and public health impact. Dans *Long-term management of dementia* (p. 1-24). Informa Healthcare.

5 Hughes C., J., Lloyd-Williams, M., & Sachs A., G. (2010). *Supportive Care for the Person with Dementia*. Oxford. Supportive Care.

6 Voyer, P., & Allaire, É. (2020). *Comment transformer un CHSLD en un centre Alzheimer? Guide de transformation*.

7 Société Alzheimer. (2013). *L'errance. Causes et prévention*.

8 Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K., & Beattie, E. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease*, *November/December*, 10-19.

9 Hunt, J. (2015). *Dementia- Friendly Doorway Design- Interventions & Innovations (slides)*. https://ake.adobeconnect.com/_a1122165311/p6jf9x78gw2/?proto=true.

10 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*.

11 Davis, S., Byer, S., Nay, R., & Koch, S. (2009). Guiding design of dementia friendly environments in residential care settings. *Dementia*, *8*(2), 185-203. https://doi.org/10.1177/1471301209103250.

12 Steenwinkel, I. Van, Dierckx de Casterlé, B., & Heylighen, A. (2017). How architectural design affords experiences of freedom in residential care for older people. *Journal of Aging Studies*, *41*(May), 84-92. https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.05.001.

13 Kincaid, C., & Peacock, J. R. (2003). The Effect of a Wall Mural on Decreasing Four Types of Door-Testing Behaviors. *The Journal of Applied Gerontology*, *22*(1), 76-88. https://doi.org/10.1177/0733464802250046.

14 Mourits, P., Schreuder, E., & Durmisevic, S. (2012). Use of exit concealment techniques to reduce the unwanted exit attempts in nursing homes: an exploratory. *Chalmers Architecture*, 13.

15 Lai, C. K. Y., & Arthur, D. G. (2003). Wandering behaviour in people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, *44*(2), 173-182.

16 Janelli, L. M., Kanski, G. W., & Neary, M. A. (1994). Physical Restraints: Has OBRA Made a Difference? *Journal of Gerontological Nursing*, *20*(6), 17-21.

17 Hawes, C., Mor, V., Phillips, C. D., Fries, B. E., Morris, J. N., Steele-Friedlob, E., Greene, A. M., & Nennstiel, M. (1997). The obra-87 nursing home regulations and implementation of the resident assessment instrument: Effects on process quality. *Journal of the American Geriatrics Society*, *45*(8), 977-985. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1997.tb02970.x.

18 Tufford, F., Lowndes, R., Struthers, J., & Chivers, S. (2018). « “Call Security”: Locks, Risk, Privacy and Autonomy in Long-term Residential Care ». *Ageing int*, *43*, 34-52. https://doi.org/10.1007/s12126-017-9289-3.

19 Chmielewski, E. (2014). *Excellence in Design: Optimal Living Space for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias.* (p. 65). Perkins Eastman.

20 Design and Dementia Community of practice. (2010). *Dementia- Friendly. Design Considerations. Doorways*.

21 Creative Art Co. (2020). *Making art WORK*. https://www.creativeartco.com/.

22 Maelstrom Créatif. (2020). *Un tourbillon de créativité*. https://www.maelstrom-creatif.com/.

23 NumérArt. (2020). *Mural Art XL*. http://numerart.com/en/.

24 Muralunique. (2020). *Murales Préencollées*. https://www.muralunique.com/fr/?gclid=Cj0KCQjw-_j1BRDkARIsAJcfmTGHoE_La95zL6r9W7KctlBkXUyrDEFM0GF4d9Ya-wgeuzjUcmIGYNYaAgrHEALw_wcB.

25 1001 Murales. (2020). *Une murale est, au sens propre, une oeuvre artistique recouvrant un mur*. http://www.1001murales.com/.

26 MURIRS. (2020). *Sherbrooke, notre histoire mur à mur*. http://murirs.qc.ca/.

27 Fimbry, M. (2018, août 30). Des murales pour tromper l'errance en CHSLD. *Radio-Canada*. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1118310/murales-trompe-oeil-chsld-errance-tentatives-fugue.

28 Namazi, K. H., Rosner, T. T., & Calkins, M. P. (1989). Visual Barriers to Prevent Ambulatory Alzheimer's Patients from Exiting Through an Emergency Door. *The Gerontologist*, *29*(5), 699-702.

29 Dickinson, J. I., Mclain-kark, J., & Marshall-baker, A. (1995). The Effects of Visual Barriers on Exiting Behavior In a Dementia Care Unit. *The Gerontologist*, *35*(1), 127-130.

30 Dickinson, J. I., & McLain-Kark, J. (1998). Wandering Behavior and Attempted Exits Among Residents Diagnosed with Dementia-Related Illnesses : A Qualitative Approach. *Journal of Women & Aging*, *10*(2), 23-34. https://doi.org/10.1300/J074v10n02.

31 Zgola, J. M. (1987). *Doing things: A guide to programming activities for persons with Alzheimer's disease and related disorders* (MD: The John Hopkins University Press (éd.)). MD: The John Hopkins University Press.

32 Graham, M. E., & Fabricius, A. (2018). Painting in situ : the benefits of live mural painting for residents on two secure long-term care dementia units. *Arts & Health*, *10*(3), 257-273. https://doi.org/10.1080/17533015.2017.1370717.

33 Zeisel, J., Silverstein, N. M., Hyde, J., Levkoff, S., Lawton, M. P., & Holmes, W. (2003). Environmental Correlates to Behavioral Health Outcomes in Alzheimer's Special Care Units. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, *43*(5), 697-711.

34 Padilla, D. V., Teresa, M., González, D., Agis, I. F., Strizzi, J., & Rodríguez, R. A. (2013). The effectiveness of control strategies for dementia-driven wandering, preventing escape attempts : a case report. *International Psychogeriatrics*, *25*(3), 500-504. https://doi.org/10.1017/S1041610212001810.

35 Hecke, L. Van, & Steenwinkel, I. Van. (2019). How Enclosure and Spatial Organization Affect Residents' Use and Experience of a Dementia Special Care Unit : A Case Study. *Health Environments Research*, *12*(1), 145-159. https://doi.org/10.1177/1937586718796614.

36 Lachance, N. (2015, février 12). Tragédie de l'Isle-Verte: le rapport du coroner Delâge rendu public. *Actualité Faits Divers*. https://www.journaldemontreal.com/2015/02/11/tragedie-de-lisle-verte-le-rapport-du-coroner-delage-rendu-public-ce-jeudi.

37 Aud, M. A. (2004). Dangerous wandering: Elopements of older adults with dementia from long-term care facilities. *Americain Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, *19*(6), 361-368.

38 La Presse canadienne. (2019, décembre 20). Un homme meurt d'hypothermie près de sa résidence pour aînés. *La Presse*. https://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-faits-divers/201912/20/01-5254525-un-homme-meurt-dhypothermie-pres-de-sa-residence-pour-aines.php.

39 La Presse canadienne. (2019, juin 17). La mère de Gilles Duceppe est retrouvée morte dans la neige. *Le Devoir*. https://www.ledevoir.com/societe/546002/deces-mere-gilles-duceppe.

40 Radio-Canada. (2019, décembre 20). Un homme atteint d'Alzheimer meurt après avoir été retrouvé dehors. *Radio-Canada*. https://www.msn.com/fr-ca/meteo/other/un-homme-atteint-dalzheimer-meurt-après-avoir-été-retrouvé-dehors/ar-BBYaUez.

41 Malaison, S. (2019, mai 6). Atteint d'Alzheimer, il quitte sa résidence et retourne à son ancien domicile. *Energie 94.5*. https://www.iheartradio.ca/energie/energie-saguenay/nouvelles/atteint-d-alzheimer-il-quitte-sa-residence-et-retourne-a-son-ancien-domicile-1.9179108.

42 Houle, S. (2019, août 19). Résidences Chemin du Roy: la mort d'une résidente par hypothermie fait surface. *Le Nouvelliste*. https://www.lenouvelliste.ca/actualites/residences-chemin-du-roy-la-mort-dune-residente-par-hypothermie-fait-surface-efcc9573319e12c0687f8f4306d3d8bc.

43 Agence QMI. (2010, juillet 27). Elle mène son fauteuil roulant dans l'escalier et meurt. *TVA*. https://www.tvanouvelles.ca/2010/07/27/elle-mene-son-fauteuil-roulant-dans-lescalier-et-meurt.

44 Berzlanovich, A. M., Schöpfer, J., & Keil, W. (2012). Deaths Due to Physical Restraint. *Deutsches Arzteblatt International*, *109*(3), 27-32. https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0027.

45 Ralph, S. J., & Espinet, A. J. (2018). Increased All-Cause Mortality by Antipsychotic Drugs: Updated Review and Meta-Analysis in Dementia and General Mental Health Care. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, *2*(1), 1-26. https://doi.org/10.3233/adr-170042.

46 Voyer, P. (2019). *La loterie des autorisations pour le camouflage des portes dans les centres d'hébergement, projets de camouflage acceptés et refusés*. Facebook. https://www.facebook.com/ProfVoyer.

47 Bédard, M. (2019). Des fresques historiques pour améliorer la qualité de vie. *Journal Ici l'info*, *9*(3), 13.

48 Commission canadienne des codes du bâtiment et de prévention des incendies. (2018). *Introduction d'un nouvel usage principal, « Établissement de soins de type résidentiel ». Modification proposée 1313*.

49 Maison l'étincelle. (2020). *Trouver l'étincelle au quotidien*. https://maisonletincelle.com/fr/.