

La G⁺érontoise

La qualité des soins en ressources intermédiaires (RI)
et en résidences pour personnes âgées (RPA):
le rôle de l'infirmière.



DANS CE NUMÉRO

- 6** Qualité et sécurité des soins en milieux de résidences privés pour aînés (RPA): Le personnel infirmier au coeur de l'équilibre entre normes et pratiques cliniques.
- 14** Comprendre la « situation étrange » vécue par les personnes vivant avec une maladie d'Alzheimer pour mieux les accompagner. Repérer les déclencheurs, comprendre les manifestations et intervenir avec justesse pour réduire la détresse vécue.
- 20** Prévenir les situations d'abus en résidence pour personnes aînées: l'apport de l'approche Montessori adaptée à ces personnes vivant avec des troubles neurocognitifs.
- 26** L'unité noctambule: une autre façon d'analyser et de traiter les troubles du comportement de nuit.
- 31** Prise de position et recommandations de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQiIG) concernant le développement d'une nouvelle classe de spécialisation: Infirmière clinicienne spécialisée en soins aux personnes âgées (ICS-PA)(33) RPA au Québec: Enjeux et opportunités.

AQiiG⁺

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gérontologie

La G erontoise

AQiiG

Site Web : www.aqiig.org
Courriel : info@aqiig.org

La G erontoise : revueLaGerontoise@aqiig.org
Publicité : coordination@aqiig.org

Président de l'AQIIG

Pierre-Luc Déry presidence@aqiig.org

Rédaction

Rédactrice en chef
Bernadine Jerlin

Comité de la revue

Angélique Paquette
Bernadine Jerlin
Claire Page
Louise Francoeur
Odette Roy

Révision scientifique

Membres du comité de la revue

Révision linguistique

Hélène Lauzon

Création graphique et mise en page

L'ASSOCIÉ

Dépôt légal

2^e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives
nationales du Québec, 2026
Bibliothèque et Archives
Canada, 2026
ISSN 1183-8051



Politique  ditoriale

La *G erontoise* est publiée deux fois par année par l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG).

Cette revue est destinée à toute personne intéressée par le domaine des soins infirmiers. Elle présente les résultats de différentes recherches réalisées en sciences infirmières et autres secteurs d'activités connexes, des projets cliniques, des expériences vécues et la gestion dans les milieux de soins ainsi que des travaux d'étudiantes et étudiants universitaires. S'ajoutent les chroniques *Entrevue* et *J'ai lu* offrant d'autres facettes du soin.

Tous les articles peuvent être reproduits en partie ou en entier à condition d'en spécifier la source. Pour faciliter la lecture, le genre féminin est souvent employé sans aucune discrimination. Cette utilisation a pour seul but d'alléger la lecture.

Pour soumettre un article, écrire à revueLaGerontoise@aqiig.org à l'attention de la rédactrice en chef Madame

Bernadine Jerlin.

Politique publicitaire

La revue accepte des messages publicitaires commerciaux, susceptibles d'intéresser ses abonnés. Ces publications doivent être en harmonie avec les valeurs de l'Association. Leur insertion dans la revue ne signifie pas une recommandation implicite des produits annoncés.

Politique de diffusion

La *G erontoise* numérique est diffusée gratuitement aux infirmières et infirmiers, aux institutions d'enseignement et de recherche, ainsi qu'aux établissements de santé, et ce, au Québec, dans les autres provinces canadiennes et à l'international.

Sommaire

4 Mot du président

5 Mot de la rédactrice en chef

RPA : RÔLE INFIRMIÈRE

6 **Qualité et sécurité des soins en milieux de résidences privés pour aînés (RPA)**
Le personnel infirmier au coeur de l'équilibre entre normes et pratiques Cliniques.

TROUBLE NEUROCOGNITIF

14 **Comprendre la « situation étrange » vécue par les personnes vivant avec une maladie d'Alzheimer pour mieux les accompagner. Repérer les déclencheurs, comprendre les manifestations et intervenir avec justesse pour réduire la détresse vécue.**

APPROCHE MONTESSORI

20 **Prévenir les situations d'abus en résidence pour personnes aînées: l'apport de l'approche Montessori adaptée à ces personnes vivant avec des troubles neurocognitifs.**

UNITÉ NOCTAMBULE

26 **L'unité noctambule: une autre façon d'analyser et de traiter les troubles du comportement de nuit.**

LETTRE OUVERTE À L'OIIQ

31 **Prise de position et recommandations de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG) concernant le développement d'une nouvelle classe de spécialisation: Infirmière clinicienne spécialisée en soins aux personnes âgées (ICS-PA)**

J'AI LU ET J'AI VU

33 **RPA au Québec: Enjeux et opportunités**

Mot du président



Bonjour chères lectrices et chers lecteurs,

À titre de président, il me fait plaisir de présenter les résultats de nos travaux des derniers mois et de vous faire part de nos projets.

Notre principale activité de formation, la Journée thématique du **29 avril dernier**, fut un franc succès. Vous avez été nombreuses et nombreux à participer à cette journée d'apprentissage consacrée aux repères pour l'évaluation globale du vieillissement. Je tiens à remercier chaleureusement les personnes participantes ainsi que notre formatrice et nos

formateurs invités: **Pr Sylvie Rey, Pr Didier Mailhot-Bisson et Dr Stéphane Lemire**. Leur expertise et leur générosité ont grandement contribué à la qualité de cette journée, fidèle à notre mission de promouvoir les savoirs infirmiers concernant la clientèle âgée. Cette activité a également été rendue possible grâce à nos partenaires qui sont PQM.net, la FIQ, l'OIIQ, Chenelière Éducation et ERPI pour le tirage de trois ouvrages. Leur appui est précieux, nous les remercions.

Nous vous invitons déjà à réserver votre mercredi **28 avril 2027** pour la prochaine Journée thématique. Les thèmes actuellement en discussion témoignent de l'évolution constante de notre pratique: la littératie en santé et la compréhension de la maladie, la documentation infirmière pour soutenir la démarche clinique et l'exploration de l'évaluation infirmière dans un contexte de maladies chroniques et de comorbidités gériatriques. Par souci d'excellence, l'AQIIG souhaite offrir une formation ancrée dans les besoins réels du terrain et dans les meilleures pratiques.

Pour la deuxième année consécutive, trois bourses d'études ont été attribuées. Ce geste reflète notre engagement envers la relève infirmière et la diffusion du savoir, un principe déjà mis de l'avant dans nos communications antérieures. Félicitations aux récipiendaires de l'année 2026; ce sont:

- **Mme Maxime St-Louis**, Baccalauréat en sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski – **1 000 \$**
- **Mme Camille Laramée**, Maîtrise en sciences infirmières, cheminement intervention clinique, Université de Sherbrooke – **3 000 \$**. Son projet de maîtrise porte sur l'optimisation de l'intégration de la famille lors de l'initiation des soins de fin de vie à l'urgence pour les personnes âgées.
- **M. Xavier Giroux**, Doctorat en recherche en sciences de la santé – **3 000 \$**. Son projet doctoral repose sur deux sphères étroitement liées, soit la gérontologie et la gestion des organisations de santé.

Je remercie sincèrement le **comité indépendant**, composé de trois membres de l'AQIIG, pour leur rigueur, leur expertise et leur engagement dans l'analyse des candidatures. Ces membres ne font pas partie du CA ni du comité scientifique ou de celui de la revue.

Le **Comité de la Revue La Gérontoise**, pour sa part, poursuit son travail essentiel afin de vous offrir des articles à l'image de notre profession: scientifique, professionnelle et innovante. Nous sommes actuellement à la recherche de **nouveaux talents** souhaitant contribuer à *La Gérontoise*. Si vous désirez partager votre expertise ou développer vos compétences en rédaction scientifique, nous serions heureux d'en discuter avec vous.

Depuis le début de l'année, quatre rencontres de **discussions professionnelles de l'AQIIG** ont eu lieu sur l'heure du dîner. Ces échanges ont été marqués par des présentations riches, ancrées dans la pratique et tournées vers l'avenir des soins infirmiers auprès des personnes âgées. Je tiens à souligner la contribution de **Mme Isabelle Tremblay**, proche aidante de sa mère vivant en CHSLD au Bas-Saint-Laurent et ayant bénéficié de l'approche **OPUS-AP/PEPS**, dont le témoignage a profondément enrichi la dernière rencontre. **Les discussions professionnelles seront de retour à l'automne.**

Enfin, permettez-moi de souligner l'attribution de l'**Insigne Reconnaissance de l'AQIIG** à **Mme Louise Francoeur**, honorée lors de la Journée thématique du 29 avril. Son engagement remarquable envers la profession et la clientèle âgée mérite toute notre admiration.

L'AQIIG demeure fidèle à sa mission: **être toujours là pour la diffusion du savoir dans les soins et le bien-être des personnes âgées**. Osez faire la différence et participez à l'avancement de la profession en vous impliquant au sein de l'Association ou de la Revue. Écrivez-nous à info@aqiig.org.

Passez un bel été,
Pierre-Luc Déry *Président de l'AQIIG*

Mot de la rédactrice



Bonjour chères lectrices et chers lecteurs,

Et si la qualité des soins ne se mesurait pas uniquement en normes, mais surtout dans les gestes du quotidien, les regards portés et les liens tissés ?

C'est ainsi que prend tout son sens la bientraitance, au cœur de nos actions auprès des personnes âgées.

C'est sous cet angle profondément humain que s'ouvre ce numéro du printemps 2026 de la revue *La Gérontoise*, intitulé « [La qualité des soins en ressources intermédiaires \(RI\) et en résidences pour personnes âgées \(RPA\): le rôle de l'infirmière](#) ».

À travers l'article de Stéphanie Arsenault et Mélissa Leblanc, vous serez replongés au cœur d'une réalité incontournable: la qualité et la sécurité des soins reposent avant tout sur la capacité du personnel infirmier à incarner, au quotidien, rigueur et humanité. Leur jugement clinique, au centre de systèmes complexes, devient un levier essentiel pour bâtir des milieux de vie sécuritaires et profondément humains.

Sylvie Rey et Christina Davis nous invitent à changer de regard sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Derrière des comportements déroutants se cache souvent une détresse profonde liée à la perte de repères. Comprendre la « situation étrange », c'est ouvrir la voie à des interventions empreintes de bienveillance, capables de répondre à un besoin fondamental: se sentir en sécurité et soutenu.

Marc Norris et Ginette Labbé, pour leur part, nous rappellent que la bientraitance commence par une meilleure compréhension des réalités du terrain. L'approche Montessori qu'ils proposent devient un levier concret pour apaiser les tensions et recentrer les soins sur les capacités des personnes, tout en mettant en valeur le rôle incontournable du personnel infirmier.

Ce numéro s'ouvre également sur le monde avec l'expérience inspirante d'Erwan Steinmetz et son unité « Noctambule ». Une initiative qui redéfinit la nuit comme un temps de soins à part entière, démontrant qu'innovation et humanité peuvent aller de pair pour améliorer concrètement la qualité de vie des résidents.

Dans la chronique J'ai lu, Louise Francoeur met en lumière les réalités et les défis des milieux d'hébergement pour aînés au Québec, en soulignant l'importance d'une collaboration renforcée pour répondre aux besoins croissants de cette population.

Plus qu'un simple numéro, cette édition se veut une invitation à réfléchir, à innover et, surtout, à continuer de placer la personne au cœur de nos soins.

Notre prochain numéro pour l'automne 2026 portera sur la santé mentale des aînés: ***Vulnérabilités invisibles chez les aînés: santé mentale, précarité et leviers d'action.***

Nous lançons un appel mobilisateur à toutes celles et ceux qui souhaitent partager leurs réflexions, leurs initiatives et leur expertise.

Ensemble, poursuivons notre engagement vers des soins toujours plus humains, innovants et porteurs de sens.

Bonne lecture!

Bernadine Jerlin
Rédactrice en chef



QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS EN MILIEUX DE RÉSIDENCES PRIVÉS POUR ÂÎNÉS (RPA): LE PERSONNEL INFIRMIER AU CŒUR DE L'ÉQUILIBRE ENTRE NORMES ET PRATIQUES CLINIQUES

STÉPHANIE ARSENAULT, INF. M. SC. (C) ET MÉLISSA LEBLANC INF. M. SC. (C)

En résidence privée pour aînés (RPA), la qualité et la sécurité reposent sur un processus articulant vigie continue, audits, visites de conformité et suivis, sous la responsabilité des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS)/ centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Ce dispositif s'appuie sur le Règlement de certification et son manuel d'application (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2023), la Règle de soins nationale (RSN) (MSSS, 2022) pour les soins confiés (administration des médicaments; soins invasifs d'assistance), et la Loi visant la lutte contre la maltraitance. La diversité des approches organisationnelles exige des infirmières des compétences transversales règlementaires essentielles (classification RPA, certification, RSN, lois de maltraitance), l'application du concept de sagesse pratique qui désigne la capacité des prestataires de soins à prendre des décisions cliniques judicieuses et cohérentes dans des situations complexes, en intégrant les normes et lignes directrices, l'expérience du clinicien, les valeurs éthiques et les besoins spécifiques du patient, afin d'assurer des soins appropriés, contextualisés et individualisés (Benner et al., 2009)

De plus, des compétences de collaboration serrée avec le soutien à domicile (SAD), l'équipe de certification, la Direction des soins infirmiers (DSI), la Prévention et contrôle des infections (PCI) et les autres partenaires font partie des incontournables dans le cadre de ce processus. Ce souci d'assurer la qualité et la sécurité des soins dans ces milieux privés s'avère omniprésent depuis déjà plusieurs années et demeure au cœur des priorités des différentes instances du système de la santé au Québec. L'article propose une lecture opérationnelle de l'environnement de ces milieux et du processus de qualité ainsi que des compétences que le personnel infirmier doit déployer afin de soutenir la conformité, la contextualisation des interventions, la sécurité et l'expérience du milieu de vie.

Mots-clés: RPA; processus qualité; sagesse pratique; RSN; personnel infirmier; maltraitance; jugement clinique/raisonnement clinique.

PROCESSUS QUALITÉ ET AMÉLIORATION CONTINUE: AU-DELÀ DES ORGANIGRAMMES

Dans une résidence privée pour aînés (RPA) en Estrie, Mme Marguerite Tremblay, 88 ans, présente progressivement des signes préoccupants tels qu'une hygiène négligée, une perte de poids et une anxiété inhabituelle. Son mari, proche aidant très présent, semble dépassé par l'évolution de son état. Dans le cadre du processus qualité conforme aux normes ministérielles, le personnel infirmier connaît et met de l'avant la démarche liée à ses lignes directrices mais

mobilise également sa sagesse pratique en s'appuyant sur un jugement clinique et un raisonnement clinique rigoureux afin d'évaluer la situation dans sa globalité et pas seulement face aux exigences demandées. Le personnel infirmier responsable en collaboration avec les parties prenantes procède à une collecte de données structurée, documente les observations et analyse les facteurs de risque, incluant une possible situation de maltraitance non intentionnelle liée à l'épuisement du proche aidant. Une démarche de décision partagée est ensuite amorcée avec Mme Tremblay, son mari et l'équipe interdisciplinaire,

permettant d'ajuster le plan de soins et de mettre en place des mesures de soutien adaptées. Cette situation clinique illustre comment l'intégration des standards de qualité, du jugement clinique et de la sagesse pratique en RPA permet d'assurer des soins sécuritaires, tout en prévenant les risques de maltraitance dans le respect de la dignité de la personne âgée et de son entourage.

Une perception sociale erronée persiste selon laquelle les résidences privées pour aînés (RPA) bénéficieraient d'une liberté totale une fois leur certification obtenue. Or, la qualité en RPA ne constitue pas un sceau statique, mais bien un processus opérationnel continu. Elle repose sur la capacité de mesurer les bons indicateurs, au moment opportun, à l'aide d'outils pertinents, puis d'assurer des suivis rigoureux jusqu'à la pérennisation des résultats.

Le certificat de conformité, valide pour une période de quatre ans, s'inscrit dans un processus dynamique et exigeant. Son renouvellement, amorcé plusieurs mois avant l'échéance, requiert une démonstration constante du respect des critères sociosanitaires, intégrée aux pratiques quotidiennes des milieux de vie.

Au-delà des exigences normatives, le personnel infirmier de la RPA joue un rôle central dans le maintien et l'amélioration de la qualité. Il mobilise son expérience professionnelle et son jugement clinique afin de traduire les normes en pratiques sécuritaires et adaptées. La contextualisation des suivis d'indicateurs s'avère primordiale, afin d'être cohérente avec la réalité du terrain. Melnyk et Fineout-Overholt (2019) exposent que la prise de décision clinique repose sur l'intégration de trois piliers indissociables: l'expertise du clinicien, les données probantes et les préférences de la personne. Il s'agit donc d'intégrer le concept de sagesse pratique qui se base non seulement sur les normes en vigueur, mais également sur une expérience solide concernant les réalités cliniques des milieux.

Ainsi, le personnel infirmier de la RPA agit comme un élément charnière essentiel entre la qualité prescrite par les cadres réglementaires et la qualité réellement rendue au chevet du résident de ces milieux, assurant une sécurité des soins à la fois conforme, humaine et durable.

La qualité en RPA s'appuie sur une architecture réglementaire précise. Le Règlement sur la certification des RPA (S-4.2, r.0.01) établit les exigences relatives aux catégories de résidences, aux procédures d'urgence, à la gestion des médicaments, aux seuils de personnel et à la vérification des antécédents judiciaires. Le Manuel d'application du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2023) en précise l'interprétation et les modalités de vérification, tandis que les visites de conformité effectuées par l'organisme mandaté viennent opérationnaliser ce cadre. À cet égard, le Registre des résidences privées pour aînés K10 constitue la référence

officielle pour localiser les RPA et confirmer l'état de leur certification, dans un contexte où leur nombre et leur profil sont en constante évolution. Toutefois, la conformité réglementaire, aussi structurée soit-elle, ne garantit pas à elle seule la qualité réelle des soins tel que nommé ci-haut.

CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE : CERTIFICATION ET DROITS DES RÉSIDENTS

L'encadrement des RPA repose sur un ensemble cohérent de normes réglementaires et d'outils d'application qui définissent à la fois les obligations des exploitants et les mécanismes assurant la sécurité, la qualité des services et la protection des résidents.

Le Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés (S-4.2, r.0.01) encadre les catégories de RPA, les exigences sociosanitaires et les responsabilités des exploitants, tandis que le site du gouvernement du Québec en présente une version vulgarisée destinée au public.

Le Manuel d'application (MSSS, 2023) précise quant à lui les attentes opérationnelles et les éléments évalués lors des visites de conformité, servant de référence aux gestionnaires et aux acteurs de la certification.

Le cadre de sécurité repose sur le Règlement sur la certification des RPA (S-4.2, r. 0.01), qui définit quatre catégories selon l'offre de services et le niveau d'autonomie de la clientèle visée. Ce règlement encadre des aspects critiques tels que les procédures d'urgence, la gestion des médicaments et les seuils de personnel.

Pour l'exploitant, le Manuel d'application (MSSS, 2023) constitue la référence opérationnelle pour traduire ces normes en pratiques quotidiennes, tout en garantissant les droits fondamentaux des résidents, notamment par l'affichage obligatoire d'un code d'éthique et de la politique de lutte contre la maltraitance.

**Règlement sur la certification
des résidences privées pour aînés**

**Cadre de sécurité repose sur le
Règlement sur la certification des RPA**

**Manuel d'application
(MSSS, 2023)**

CIUSSS

Cadre réglementaire OIIQ

Rôle des CISSS/CIUSSS : ouverture, renouvellement et vigie

Lorsqu'une RPA amorce ses activités, le CISSS/CIUSSS de la région agit comme interlocuteur principal pour l'octroi de l'attestation temporaire, puis du certificat de conformité valide pour une période de quatre ans. La démarche de certification comprend la transmission des documents requis, une visite de conformité réalisée par Agrément Canada et, si les critères sont respectés, la délivrance du certificat ; le renouvellement s'effectue selon un processus similaire amorcé six mois avant l'échéance, incluant une autoévaluation et une inspection.

Au-delà de ce cycle formel, le CISSS/CIUSSS exerce une vigie continue. Il ne se limite pas à un rôle passif, mais peut réaliser des visites ponctuelles, des audits ciblés et intervenir hors cycle afin d'exiger des correctifs immédiats lorsqu'un risque pour la sécurité des usagers est identifié. À ces mécanismes s'ajoutent les inspections sans préavis du MSSS, assurant le maintien des conditions de certification en tout temps, conformément au cadre réglementaire en vigueur.

À la suite de ces démarches, arrivent, au besoin, le suivi et le plan d'amélioration visant à assurer la pérennisation des correctifs mis en place lors d'un écart ou d'une non-conformité. Ils comprennent notamment la mise en œuvre de corrections immédiates, la formation ciblée du personnel, la révision des procédures, la réalisation des audits et de visites de suivi, ainsi que la traçabilité des recommandations et des actions correctives.

L'objectif est de stabiliser durablement les résultats et de prévenir la récurrence d'événements à risque, tels que les erreurs médicamenteuses, les bris de prévention et contrôle des infections (PCI) ou les délais d'intervention. Dans ce contexte, le CISSS/CIUSSS exerce un rôle clé en assurant le maintien des conditions de la certification en tout temps et en conservant la capacité d'intervenir de façon ponctuelle, hors cycle de certification, lorsque la sécurité des usagers est compromise.

Au cours des dernières années, et plus particulièrement durant la pandémie de COVID-19, nous avons été témoins de l'implication déterminante des organisations publiques auprès des milieux d'hébergement pour aînés. Cette période sans précédent a mis en lumière la vulnérabilité de ces milieux, mais surtout l'importance cruciale d'une présence experte, constante et engagée pour les soutenir.

Face à l'urgence, plusieurs établissements ont dû être pris en charge de manière significative par des acteurs possédant une expertise clinique spécifique, afin d'assurer la continuité de soins sécuritaires et de qualité à une clientèle parmi les plus fragiles de notre société. Cette mobilisation n'était pas uniquement une réponse à la

crise, mais l'expression d'une préoccupation profonde et durable pour la sécurité, la dignité et le bien-être des personnes hébergées.

Cette vigie de ces compétences ne date pas d'hier. Il y a maintenant plus de 15 ans, j'ai moi-même été mandatée pour rencontrer et évaluer les préposées aux bénéficiaires de ces milieux, dans le but de m'assurer que les résidences disposent d'un personnel soignant compétent, engagé et apte à répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables. Cet héritage témoigne d'un engagement de longue date envers la qualité des soins en RPA, un engagement qui continue aujourd'hui de guider nos actions et d'inspirer nos pratiques.

DIVERSITÉ DES APPROCHES... MÊMES EXIGENCES

Les CISSS/CIUSSS s'organisent à géométrie variable. Dans certains milieux, les équipes qualité sont intégrées directement au sein des résidences ; ailleurs, la Direction de la qualité et de l'évaluation des pratiques (DQEPE) coordonne les activités en gestion matricielle, parfois avec un renfort ciblé du SAD ou de la PCI. Cette diversité organisationnelle n'affecte pas le fond du dispositif : le règlement et son manuel d'application, la règle de soins nationale (RSN), les visites mandatées et la vigie continue restent les piliers du suivi qualité. Pour les exploitants multi-territoires, le principal défi réside dans l'harmonisation du noyau réglementaire et des outils de la RSN tout en s'adaptant aux variations locales de mise en œuvre.

Dans ce cadre, la Direction des soins infirmiers (DSI) constitue une force évaluative essentielle et dépasse le rôle d'accompagnement. Elle peut être interpellée directement dans un milieu pour effectuer une évaluation formelle de la qualité et de la sécurité des soins. Son intervention vise à vérifier notamment :

- **L'organisation des soins** : Déterminer si l'organisation permet une surveillance clinique adéquate et si les pratiques mises en place favorisent la sécurité et la qualité des interventions auprès des résidents.
- **La vigilance et conformité** : Garantir que les normes réglementaires et les outils RSN sont correctement appliqués, et intervenir ponctuellement en cas de risques identifiés pour la sécurité des usagers.
- **Le soutien des milieux** : Soutenir directement les milieux de vie en contextualisant et en interprétant les normes selon la réalité vécue et les besoins des résidents.
- **L'intégration normative dans la pratique** : Traduire les exigences réglementaires en interventions sécuritaires, pertinentes et compréhensibles pour les milieux.

Ainsi, malgré la diversité des modes de fonctionnement des CISSS/CIUSSS, la combinaison du cadre réglementaire, de la vigie continue et de l'expertise de la DSI assurent un maintien constant de la qualité et de la sécurité des soins dans les résidences pour aînés.

RÔLE DE L'INFIRMIÈRE : ACCOMPAGNEMENT, VIGIE, ET INTERVENTIONS SUR LES ENJEUX QUALITÉ

Au-delà du cadre réglementaire, le soutien clinique en RPA permet de donner vie aux normes en guidant les équipes dans l'organisation concrète des soins et des pratiques sécuritaires. Il prépare ainsi le terrain pour une gestion rigoureuse et proactive des risques. Voici brièvement le soutien clinique offert :

- 1. Accompagnement clinique :** Cet accompagnement en RPA, impliquant le SAD et les équipes de la résidence, consiste à évaluer la condition des résidents, planifier les soins, coordonner les interventions, informer les proches, clarifier le circuit du médicament et les procédures d'urgence, tout en outillant la RPA pour opérationnaliser le règlement et la RSN (formations, registres, suivi des compétences). Cette approche reflète les orientations ministérielles de 2025 sur la composition des équipes de soins infirmiers en milieu d'hébergement et de soins de longue durée, qui soulignent l'importance de mettre en pratique les normes réglementaires tout en garantissant la sécurité et le respect des résidents (MSSS, 2025).
- 2. Vigie et audits :** Conduire ou contribuer à des audits ciblés (médication, PCI, incidents/accidents, documentation), interpréter les écarts, relier processus et résultats, proposer des mesures correctives, utiliser les outils d'autoévaluation pour anticiper les attentes de la visite mandatée.
- 3. Intervention sur les enjeux soulevés par la direction qualité (DQEPE) :** Lorsqu'un risque est identifié (ex. les médicaments prescrits au besoin mal encadré; bris de PCI), l'infirmière élabore avec la DSI/SAD des plans d'action (formation RSN; correction du tracé médicamenteux; renforcement de procédures d'urgence); trace l'analyse, les décisions et les suivis; prévoit un re-audit et ajuste les indicateurs.
- 4. Intégration normative dans la pratique :** Lien entre la lecture réglementaire (certification, prévention de la maltraitance) et l'appropriation pratique (RSN, circuit du médicament); sans ce pont, les exigences demeurent théoriques et la sécurité des résidents est compromise.

RÈGLE DE SOINS NATIONALE : COMPÉTENCES RÉGLEMENTAIRES À MAÎTRISER

La Règle de soins nationale est un levier opérationnel essentiel. Liée à la Loi 90, elle constitue un pilier pour la sécurité. Conformément aux articles 39.7 et 39.8 du Code des professions, elle établit les conditions strictes permettant de confier aux aides-soignants l'administration des médicaments et la réalisation de soins invasifs d'assistance aux AVQ.

Elle précise les balises minimales de formation, d'autorisation, de supervision, de documentation et de suspension de l'activité lorsqu'un écart ou un changement clinique est observé. L'objectif est d'assurer un encadrement clinique uniforme et la sécurité des soins.

- **Formation :** La formation préalable doit être minimalement de 14 heures, reconnue par le ministère de l'Éducation ou le MSSS, et couvrir les notions essentielles liées à l'administration sécuritaire des médicaments et aux soins invasifs d'assistance.
- **Autorisation :** Tout aide-soignant doit être supervisé lors de la première exécution d'un soin et autorisé formellement par une professionnelle habilitée selon les exigences de la RSN. Cette autorisation doit être consignée dans les registres obligatoires.
- **Directives claires :** L'infirmière doit traduire les ordonnances médicales en directives claires et opérationnelles (éviter les abréviations, horaires explicites, balises concrètes), afin d'éviter que le personnel non professionnel ne soit placé en situation de jugement clinique qui excède son rôle.

Un point critique concerne la distinction entre distribution et administration: la distribution consiste en une assistance de base, une stimulation ou une vérification et n'est pas une activité réservée, tandis que l'administration implique le contrôle effectif de la prise et constitue une activité réservée pouvant être confiée selon la RSN et des conditions strictes. Ces activités doivent être enseignées, documentées et auditées systématiquement pour garantir la sécurité des résidents.

MALTRAITANCE : PRÉVENTION ET SIGNALEMENT INTÉGRÉS AU PROCESSUS QUALITÉ

La Loi L-6.3 impose une politique de lutte contre la maltraitance, renforce les comités de plaintes et le signalement obligatoire dans plusieurs milieux, dont les RPA. Les infirmières doivent repérer les indices, documenter et

utiliser les canaux appropriés (commissaire aux plaintes, police, curateur, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse selon le cas). Ces obligations s'imbriquent au processus qualité (audits, visites, suivis).

Maltraitance et bientraitance: un cadre de protection rigoureux

La lutte contre la maltraitance en résidence privée pour aînés (RPA) s'inscrit dans le cadre de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (L-6.3), laquelle promeut un passage d'une approche essentiellement préventive vers une culture de bientraitance centrée sur le respect, la sécurité et l'autonomie de la personne aînée.

Contrairement aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou aux ressources intermédiaires, l'obligation légale de signalement en RPA n'est pas systématique. En vertu de l'article 21 de la loi, le signalement au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services devient obligatoire lorsqu'un professionnel ou un prestataire de services a un motif raisonnable de croire qu'une personne résidant en RPA est victime de maltraitance et qu'elle se trouve en situation de vulnérabilité. L'appréciation de cette vulnérabilité, qui peut découler de pertes d'autonomie fonctionnelle, cognitive ou psychosociale, relève du jugement clinique et professionnel.

Dans ce contexte, le personnel infirmier joue un rôle essentiel de sentinelle. Par son évaluation clinique, il est en mesure de repérer les signes de maltraitance, d'analyser les facteurs de vulnérabilité, de documenter rigoureusement les faits et, lorsque les critères légaux sont rencontrés, de déclencher les mécanismes de signalement et de protection afin d'assurer la sécurité du résident.

L'exploitant de la RPA demeure pour sa part responsable de l'affichage de la politique régionale de lutte contre la maltraitance ainsi que de la sensibilisation du personnel, des résidents et de leurs proches à ses objectifs, à ses limites et à ses mécanismes.

COLLABORATION: ACTEURS DU CISSS/ CIUSSS ET PARTENAIRES

Parties prenantes

De nombreux acteurs collaborent à la qualité des soins dans ces milieux. Voyons brièvement le rôle de chacun.

- Soutien à domicile: évaluations des usagers pour qui une demande est reçue, prestation des soins et coordination des interventions.
- Équipe certification / DQEPE: évaluations règlementaires, visites de conformité et suivi des exigences.

- DSI: encadrement professionnel, audits, mise à disposition d'outils et appropriation de la RSN par le personnel.
- PCI: surveillance, gestion des éclosions et recommandations de mesures correctives.
- Partenaires externes: organisme mandaté pour vérification, pharmacies, cliniciens, services municipaux.
- Personnel infirmier: rôle de charnière entre les exigences règlementaires et leur application clinique, traduisant les normes en interventions concrètes et sécuritaires pour les résidents.

La qualité et la sécurité en RPA ne sont pas des responsabilités isolées, mais le fruit d'un travail d'équipe interdisciplinaire où l'infirmière assure la cohérence clinique entre les acteurs internes et externes.

Cette synergie repose sur quatre piliers:

1. L'exploitant:

- Un partenaire de premier plan. L'entente de collaboration (article 14.1, Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés) est l'élément central qui définit l'exploitant et le CISSS/CIUSSS comme deux partenaires égaux travaillant dans le meilleur intérêt de l'aîné. L'exploitant collabore activement en partageant toute information pertinente susceptible d'influencer l'évaluation de l'utilisateur et participe aux processus d'amélioration continue.

2. Les partenaires externes de soins:

- Les pharmacies communautaires: Elles jouent un rôle crucial dans la sécurisation du circuit du médicament. La collaboration avec le pharmacien communautaire permet d'intégrer les directives cliniques directement dans les formulaires d'administration (FADM) ou les logiciels informatisés, réduisant ainsi les risques d'erreurs lors de l'administration par les aides-soignants.
- Les cliniques médicales et cliniciens traitants: Ils assurent la continuité médicale indispensable au suivi de l'état de santé et à la réévaluation des besoins cliniques des résidents.

3. Les directions expertes du CISSS/CIUSSS:

- La Direction des soins infirmiers (DSI): Gardienne de la rigueur professionnelle, elle encadre la Règle de soins nationale (RSN) et peut évaluer formellement la qualité et la sécurité des soins donnés.
- La Direction qualité (DQÉPÉ): Elle soutient la prise de décision par l'analyse de la performance et de l'éthique clinique.

- Les équipes de proximité: Le SAD assure l'évaluation globale et la coordination, tandis que la PCI accompagne le milieu, particulièrement lors d'éclosions.

Dans cet écosystème, le personnel infirmier agit comme le pivot de la continuité clinique, traduisant les apports de chaque partenaire, de l'exploitant au pharmacien, en directives concrètes pour le personnel au chevet.

POUR LES EXPLOITANTS MULTI-TERRITOIRES: PRATIQUES D'HARMONISATION

Pour les exploitants présents sur plusieurs territoires, le défi majeur consiste à conjuguer un cadre réglementaire provincial identique (Règlement S-4.2, RSN, Manuel d'application) avec des cultures organisationnelles locales distinctes. Bien que la loi soit uniforme pour tout le Québec, chaque CISSS /CIUSSS possède sa propre «façon de fonctionner» et peut déterminer des mesures d'encadrement supplémentaires plus serrées, particulièrement pour l'application de la Règle de soins nationale (RSN).

L'harmonisation des pratiques pour les exploitants gérant plusieurs milieux repose sur un noyau commun immuable composé du Règlement, du Manuel d'application, de la RSN et des procédures d'urgence. Dans ce contexte, l'utilisation d'un langage partagé est essentielle pour réduire les «zones grises», notamment en distinguant clairement la distribution (assistance de base non réservée) de l'administration des médicaments (acte réservé confié), ainsi que l'assistance de base des soins invasifs.

Enfin, pour répondre à la complexité des consortiums ou des exploitants multi-sites, il arrive que les équipes qualité milieux de vie des différents CISSS/CIUSSS communiquent entre elles afin d'harmoniser leur message. Cette concertation entre les instances vise à assurer une compréhension commune des normes, facilitant ainsi une collaboration étroite, cohérente et respectueuse envers l'exploitant partenaire.

DISCUSSION CRITIQUE

Exactitude versus simplification

La simplification du formulaire d'administration des médicaments ne doit jamais se faire au détriment du respect de la RSN, car cela crée des zones de non-conformité et augmente les risques; les outils RSN doivent toujours être utilisés pour guider la pratique. La proportionnalité est également essentielle: appliquer des exigences identiques à des RPA de tailles ou de profils très différents peut générer une charge inutile; le règlement

gradué existe pour permettre à l'infirmière et aux équipes de documenter l'adaptation sans déroger aux exigences. Enfin, la qualité de vie des résidents ne se limite pas à la conformité: il est crucial de relier les outils et les pratiques relationnelles afin que la sécurité ne vienne pas écraser l'aspect humain du milieu de vie.

Discussion critique: l'équilibre entre rigueur et humanité

- Uniformisation versus Singularité: L'existence de mesures locales plus serrées peut être perçue comme une lourdeur administrative. Pourtant, ces mesures visent à stabiliser les résultats et à prévenir la récurrence d'incidents graves. Le défi du personnel infirmier est de s'assurer que ces exigences accrues ne deviennent pas théoriques, mais qu'elles renforcent réellement la qualité et la sécurité au chevet.
- La sécurité n'écrase pas l'humain: La conformité stricte aux règlements et aux ajouts régionaux est le socle de la sécurité, mais elle ne garantit pas la qualité du milieu de vie. Le personnel infirmier doit utiliser son jugement clinique pour s'assurer que les protocoles, même les plus serrés, respectent toujours la dignité et les préférences des résidents et de leurs proches. Cette approche rejoint les principes décrits dans le document de la communauté de pratique de l'Université Laval qui souligne que la décision partagée et la tolérance aux risques permet de guider et d'adapter les interventions tout en assurant la sécurité et le respect de l'humain (Communauté de pratique sur les soins à l'ainé en centre d'hébergement, 2024).
- La pratique infirmière repose sur une sagesse pratique, également appelée sagesse thérapeutique, qui combine le jugement clinique, l'expérience et les données probantes. Cette sagesse thérapeutique désigne la capacité du professionnel infirmier à prendre des décisions cliniques justes et adaptées dans des situations complexes, en intégrant les connaissances scientifiques, le jugement clinique, l'expérience ainsi que les dimensions éthiques et relationnelles, afin d'assurer des soins sécuritaires, humains et centrés sur la personne. Le jugement clinique permet d'évaluer chaque situation particulière, tandis que l'expérience enrichit la compréhension au-delà des manuels, des normes et des règles. La mesure assure un équilibre dans les interventions, évitant qu'elles soient excessives ou insuffisantes, alors que la responsabilité guide les décisions en tenant compte des conséquences humaines pour les résidents. Cette approche intégrée, à la croisée de la rigueur scientifique et du contexte clinique, est soutenue par la littérature sur la pratique réflexive et le rôle décisionnel des infirmières (Benner et al., 2009; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2021).

Discussion critique — Tensions de pratique : repères analytiques

Les RPA sont des environnements où exigences réglementaires, dynamique interorganisationnelle et jugement clinique interagissent en continu. Certaines tensions influencent directement la qualité et la sécurité. Voici leurs implications.

Signalement pour maltraitance conditionnel

Le signalement au commissaire aux plaintes et à la qualité des services n'est pas obligatoire en RPA. La pertinence de signaler une situation dépend du motif raisonnable de croire à une situation maltraitante et du niveau de vulnérabilité de l'aînée, ce qui crée un espace décisionnel complexe. Un sous-signalement peut survenir si la vulnérabilité est évaluée de façon restrictive, alors qu'un sur-signalement peut émerger lorsque l'incertitude est interprétée comme un risque professionnel. La robustesse du raisonnement clinique dépend de balises partagées, d'un accès rapide à une supervision et d'une traçabilité explicite de la décision.

Conformité vs qualité vécue

Les audits mesurent la conformité, mais non l'expérience humaine. Une RPA peut afficher des indicateurs irréprochables tout en maintenant des pratiques silencieusement insuffisantes en matière de communication, de continuité ou de sens clinique des routines. Comprendre la qualité réelle exige d'intégrer des indicateurs sensibles au vécu (sécurité perçue, stabilité des équipes, cohérence relationnelle) en complément des données réglementaires.

RSN et partenariat RPA-SAD

L'application de la RSN exige une répartition claire des responsabilités entre la RPA, le SAD et les professionnelles

habilitées. Une professionnelle habilitée est un membre d'un ordre professionnel, par exemple une infirmière, une infirmière auxiliaire, une inhalothérapeute ou une nutritionniste, ayant la compétence légale pour évaluer, baliser et assurer le suivi d'une activité de soins confiée. Sans cette clarté, les responsabilités se diluent et des décisions cliniques peuvent être prises avec une compréhension partielle du contexte. La sécurité des soins confiés repose donc autant sur la définition commune des rôles que sur la capacité de suspendre une activité lorsqu'un écart ou un changement clinique est observé.

Gouvernance clinique

La multiplicité des acteurs (RPA, SAD, DSI, DQEPE, PCI, exploitant, pharmacie) peut brouiller la lisibilité des décisions lorsque survient un incident. La sécurité repose sur la capacité à identifier le décideur, la base factuelle de la décision, et à planifier un réaudit permettant de refermer la boucle de gestion des risques.

Autodétermination de l'utilisateur et tolérance au risque

Respecter un choix autonome risqué exige une discussion transparente, une documentation rigoureuse et la mise en place de sauvegardes proportionnées. La décision la plus sécuritaire n'est pas toujours la plus juste; l'équilibre entre autonomie, protection et proportionnalité constitue un enjeu éthique majeur en RPA.

Mesurer ce qui compte

Les indicateurs d'écart RSN, incidents ou bris PCI sont nécessaires mais insuffisants pour capter la qualité globale. Les dimensions relationnelles et organisationnelles influencent pourtant directement la sécurité. Une vigie mature équilibre les données objectives et signaux qualitatifs pour maintenir une vision juste et nuancée du milieu.

Conclusion

La qualité en RPA se construit par une vigie active, des audits pertinents, des visites rigoureuses, des suivis traçables et une boucle d'amélioration continue. La sagesse pratique de l'infirmière, fondée sur l'expérience et le jugement clinique, lui permet de traduire les normes en soins adaptés, en respectant la dignité et les préférences des personnes âgées. Elle joue un rôle central en fermant les boucles du circuit du médicament, en reliant sécurité et qualité de vie, et en assurant l'appropriation des exigences légales par l'ensemble des acteurs: SAD, DSI, PCI et partenaires.

Les approches organisationnelles peuvent varier d'un établissement à l'autre, mais les exigences réglementaires restent constantes. La qualité et la sécurité ne sont pas le fruit d'un permis statique: elles nécessitent une vigie clinique dynamique, qui adapte les pratiques aux particularités locales tout en maintenant un cadre légal commun. Dans ce contexte, la collaboration, le respect mutuel et l'implication de toutes les parties prenantes transforment la conformité en soins réellement humanisés et sécuritaires.

AUTEURS

MÉLISSA LEBLANC

Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières sous la codirection du Pr Mailhot-Bisson (cochercheur), Mme Leblanc possède une expérience diversifiée. Elle a d'abord œuvré comme préposée aux bénéficiaires, puis comme infirmière, assistante infirmière-chef, chef de service en CHSLD, ainsi que conseillère-cadre clinicienne en milieu d'hébergement.



Elle a développé une expertise reconnue dans le domaine de l'autonomisation et de la dignité des personnes âgées, faisant d'elle une personne de référence au sein de son établissement. Mme Leblanc compte également plusieurs synthèses de connaissances vulgarisées, dont une portant sur les soins non balisés et le processus de décision partagée.

Sa présence aux côtés du Pr Mailhot-Bisson représente un atout majeur pour le symposium, en permettant de mettre à profit cette expertise et d'enrichir les savoirs qui y seront partagés.

STÉPHANIE ARSENAULT

Mme Arsenault travaille auprès des personnes âgées depuis le début de sa carrière, qu'elle a amorcée comme préposée aux bénéficiaires, avant de poursuivre comme infirmière, puis infirmière clinicienne. Elle possède un intérêt marqué pour les milieux de vie gériatriques et la qualité des soins qui y sont offerts.

Elle a contribué à la normalisation et à l'encadrement des pratiques, notamment à titre d'ASI (assistante du supérieur immédiat) – Milieu de vie. Elle agit aujourd'hui comme conseillère-cadre, où elle soutient l'amélioration continue, la sécurité ainsi que l'arrimage des pratiques infirmières aux exigences des milieux d'hébergement.

Elle est également responsable du mandat organisationnel lié à la règle de soins nationale. Elle détient un microprogramme de 2^e cycle en soins palliatifs et de fin de vie et complète actuellement une maîtrise en sciences de l'administration, profil leadership en changement organisationnel.

Références

Benner, P., Tanner, C. A., et Chesla, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics* (2^e éd.). Springer Publishing Company.

Benner, P. (2012). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (Commemorative ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Communauté de pratique sur les soins à l'aîné en centre d'hébergement. (2024). *Soins non balisés et décision partagée: processus et étapes pour un accompagnement adapté aux personnes âgées* [Document de communauté de pratique]. Faculté des sciences infirmières, Université Laval.

Gouvernement du Québec. (2025). *L6.3. Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/l-6.3>

Melnyk, B. M., et Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice* (4th ed.). Wolters Kluwer.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Règle de soins nationale, Activités de soins confiées aux aides-soignants (arts. 39.7-39.8 du Code des professions)* (Publication 22-945-02W).

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Manuel d'application et guide de vérification de la conformité – Règlement sur la certification des RPA* (Publication 22-843-04W).

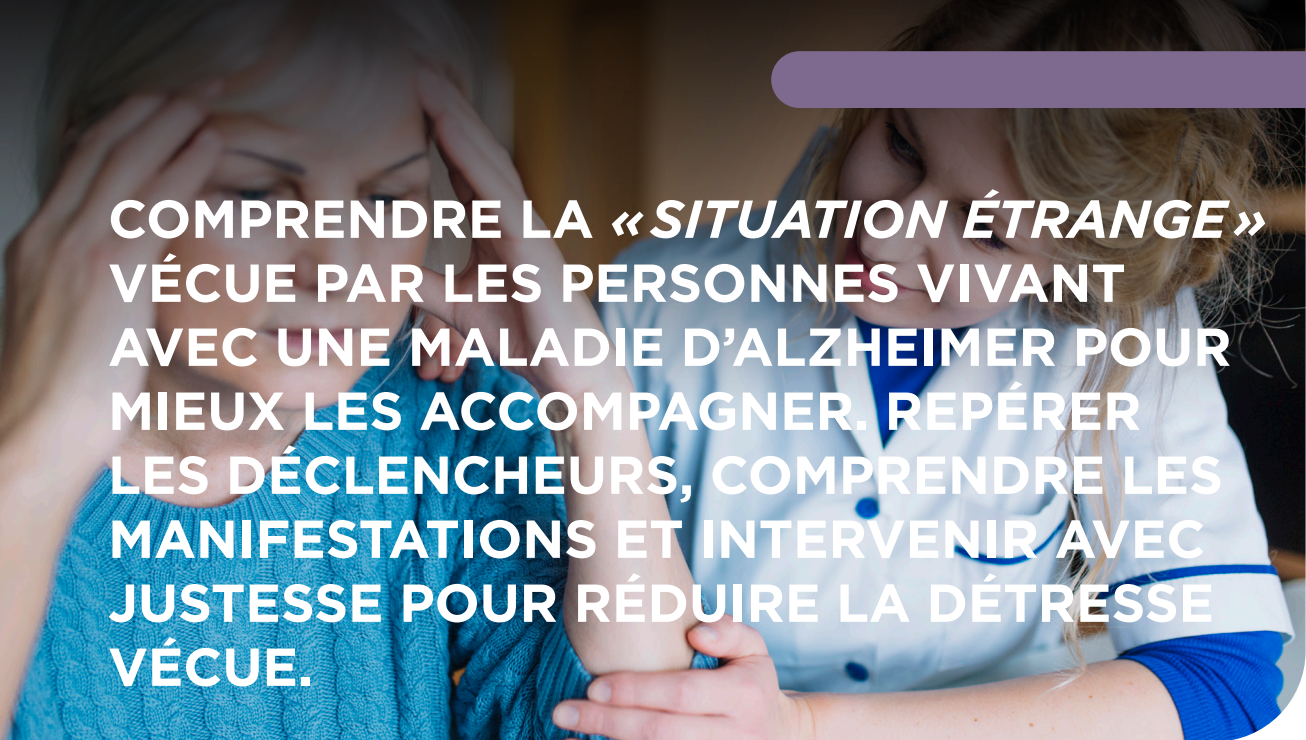
Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025). *Composition des équipes de soins infirmiers milieux d'hébergement et de soins de longue durée: Orientations ministérielles mai 2025* (No 25-945-03W). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-945-03W.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2021). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*. OIIQ.

Registre des RPA (K10). (2025). *Recherche et documentation publiques*. <http://k10.pub.msss.rtss.qc.ca/K10accueil.asp>

Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés. S-4.2, r.0.01. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/S-4.2,%20r.%200.01>

Note pour l'utilisation de ChatGPT: Certaines phrases du texte ont été reformulées avec l'aide de ChatGPT pour clarifier le contenu et améliorer la fluidité, tout en conservant la référence aux idées et aux documents originaux



COMPRENDRE LA « SITUATION ÉTRANGE » VÉCUE PAR LES PERSONNES VIVANT AVEC UNE MALADIE D'ALZHEIMER POUR MIEUX LES ACCOMPAGNER. REPÉRER LES DÉCLENCHEURS, COMPRENDRE LES MANIFESTATIONS ET INTERVENIR AVEC JUSTESSE POUR RÉDUIRE LA DÉTRESSE VÉCUE.

SYLVIE REY ET KRISTINA DAVIS

Les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer éprouvent parfois une expérience de détresse intense qui les amène à chercher une présence rassurante, souvent sous la forme d'une figure d'attachement. Cette expérience, désignée sous le nom de *situation étrange*, est encore peu conceptualisée en soins infirmiers gériatriques. Cet article présente une version vulgarisée de ce phénomène, en explique les manifestations, les déclencheurs fréquents et les conséquences. Il propose aussi des pistes d'apaisement simples et concrètes, incluant l'usage réfléchi d'objets relationnels animés et multisensoriels (poupées, peluches animales, coussins). L'objectif est d'offrir aux infirmières un cadre clinique clair pour repérer, comprendre et apaiser ces situations, afin de soutenir la qualité de vie et la sécurité affective des personnes atteintes d'Alzheimer.

Mots clés. Situation étrange. Attachement. Maladie d'Alzheimer. Apaisement. Objets relationnels animés multisensoriels (ORAM).

INTRODUCTION

Dans la maladie d'Alzheimer (MA), les pertes cognitives, l'atteinte des repères et les difficultés d'interaction génèrent inquiétude, insécurité et sentiment d'abandon. Les proches et intervenants observent alors divers comportements comme la recherche d'un parent, des agrippements lors d'une séparation ou des comportements répétitifs.

Souvent perçues comme des « comportements dérangeants », ces manifestations peuvent en réalité traduire une situation étrange, c'est-à-dire une expérience de détresse activant des besoins d'attachement.

Ce phénomène est encore peu conceptualisé en gériatrie infirmière. Cela entraîne des interventions parfois non systématiques et non rattachées à un objectif thérapeutique bien défini ni à des suivis cliniques rigoureux. Cet article propose un cadre clinique clair pour reconnaître, comprendre et apaiser ces situations.

QU'EST-CE QU'UNE « SITUATION ÉTRANGE » ?

C'est une expérience de détresse liée au sentiment d'insécurité. Chez les personnes vivant avec une MA, elle se manifeste comme une situation bouleversante face à un contexte menaçant qui active des sentiments d'insécurité, qui provoqueront à leur tour l'expression de comportements d'attachement (Miesen, 1993; Pezzati et al., 2014; Steele et al., 2004). Il s'agit donc d'une expérience émotionnelle, existentielle et corporelle qui active un besoin humain fondamental : l'attachement. Le besoin d'attachement est relié à la recherche de sécurité auprès d'un autre, que l'on soit un enfant, un adulte ou une personne âgée.

POURQUOI CE PHÉNOMÈNE APPARAÎT-IL DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER ?

Le phénomène a d'abord été décrit chez les enfants et s'appuie sur le cadre théorique d'Ainsworth (1985) concernant l'attachement. Toutefois, des auteurs se sont intéressés à décrire le phénomène de la situation étrange chez les per-

sonnes vivant avec une MA (Miesen, 1993; Mitchell, 2014; Pezzati et al., 2014). En effet, plusieurs éléments propres à la MA rendent ces personnes particulièrement vulnérables:

- Désorientation: difficulté à se situer dans le temps et l'espace.
- Perte de repères identitaires: le monde autour de la personne devient étrange et ses rapports avec lui changent, que ce soit son rapport à elle-même (corps), ou celui avec les autres, le temps et l'espace (Rey, 2025).
- Rétrogénèse et plongeon rétrograde: certaines reviennent mentalement à des périodes anciennes, recherchant spontanément leurs parents (Davis et al., 2024; Rey et al., 2024).
- Situations menaçantes: interactions rapides, consignes complexes, changements brusques ou soins corporels.

Encadré 1. Situation étrange et maladie d'Alzheimer

Les changements produits par la MA créent un terrain propice à l'émergence d'une situation étrange, lorsque la personne ne comprend plus le monde dans lequel elle vit et qu'elle a de la difficulté à s'y repérer et à s'y situer. Ce sentiment d'étrangeté crée un bouleversement émotionnel et des besoins d'attachement que la personne atteinte d'une MA exprimera par des comportements d'attachement.

Cookman (2005) clarifie le concept d'attachement chez les personnes âgées en décrivant trois composantes essentielles: 1) les éléments qui déclenchent le besoin d'attachement (antécédents), 2) les caractéristiques essentielles (attributs) et 3) les réactions qu'une réponse appropriée aux besoins apportera (conséquences). Le tableau ci-dessous (Tableau 1) présente la proposition de Cookman (2005) adaptée avec les conséquences décrites par Heard et Lake (1986).

Tableau 1.
Composantes de l'attachement chez les personnes âgées.

Antécédents
<ul style="list-style-type: none">■ Situations provoquant de la peur■ Situations difficiles■ Interactions conflictuelles

Attributs
<ul style="list-style-type: none">■ Conservation de la proximité■ Protestation face à la séparation■ Effet de la base sécurisante
Conséquences
<ul style="list-style-type: none">■ Bien-être, satisfaction et plaisir■ Confiance et estime de soi■ Environnement favorable

Adaptation et traduction libre de Cookman (2005, p. 533). La traduction des termes s'appuie sur celle de Schaub et al. (2016).

Antécédents: les trois grands déclencheurs

La littérature identifie trois catégories de situations qui précipitent une situation étrange:

- 1. Les situations provoquant de la peur:** solitude, bruits soudains, soins corporels vécus comme une menace à l'intégrité ou approche rapide et intrusive.
- 2. Les situations difficiles:** personnes nouvelles ou non reconnues, lieux nouveaux, tâches trop complexes.
- 3. Les interactions conflictuelles:** ton brusque, incompréhensions, tension relationnelle.

Chacune de ces situations active un besoin d'attachement et un vécu de tension et d'appréhension, ce qui se traduit par des comportements parfois intenses, pouvant être associés à une réaction catastrophique ou une escalade anxieuse soudaine.

Attributs: comment reconnaître une situation étrange?

Le phénomène se reconnaît grâce à trois sortes de comportements d'attachement. La personne peut tenter de conserver la proximité avec une personne en lui tenant la main, en s'accrochant à ses habits ou en cherchant à l'agripper. Elle peut aussi protester face à la séparation et exprimer ne pas vouloir rester seule. Enfin, la personne peut se montrer être sécurisée par des éléments spécifiques, qui apaisent son expérience, comme des consignes claires, des repères temporels ou spatiaux, des objets personnels significatifs.

Les comportements démontrant un besoin d'attachement peuvent être multiples (Massaia et al., 2021; Santagata et al., 2021). Ils s'observent par trois types de descripteurs (Ito et al., 2007).

1. Descripteurs linguistiques

La personne s'exprime par les mots (quand elle le peut) :

- « Où est maman ? »
- « Je suis seule au monde. »
- « Je veux rentrer chez moi. »
- « Ne me laisse pas ! Je veux venir avec toi ! »
- Pleurs, appels de détresse.
- Néologismes significatifs de l'expérience vécue (« seul-vido-seul-vidvidvid », etc.).

2. Descripteurs corporels

- Respiration rapide,
- Tremblements,
- Tension musculaire,
- Transpiration,
- Visage rouge ou blême.

3. Descripteurs comportementaux

- Suivre quelqu'un,
- S'agripper à un proche ou à un intervenant,
- Retenir quelqu'un qui s'en va,
- Errer en cherchant quelque chose,
- Regarder intensément les portes,

- Pleurer lors d'une séparation,
- Avoir des comportements répétitifs autocréés (dits aussi comportements précurseurs) : se frotter une partie du corps, frotter un objet, serrer un objet contre soi ou se balancer dans un fauteuil (Stephens et al., 013).

Ces manifestations sont des signaux clairs d'un besoin compromis et non pas des symptômes à éliminer ; elles peuvent indiquer le vécu d'une situation étrange et un besoin d'attachement. Il est important de reconnaître ce besoin si l'on veut soulager la personne. Les réponses thérapeutiques qui seront données vont entraîner des résultats positifs pour la personne.

Conséquences : les résultats positifs à provoquer

Les conséquences représentent les résultats des soins et indiquent que la réponse thérapeutique répond au besoin d'attachement. Une réponse adaptée entraîne un apaisement, soit :

- Bien-être et satisfaction,
- Confiance et estime de soi,
- Sentiment d'environnement sécuritaire.

Comprendre ce phénomène change radicalement nos interventions.

Les objets d'attachement : un soutien concret

Lors d'une situation étrange, plusieurs personnes atteintes d'Alzheimer recherchent un « point d'ancrage », un élément qui stabilise, rassure et soutient leur relation au monde devenu étrange. Ces objets peuvent être de trois types (Tableau 2).

Tableau 2. Objets d'attachement

Types d'objets	Description	Exemples
Les objets transitionnels	Objets que la personne choisit spontanément pour se sécuriser.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Couverture, ■ Peluche, ■ Poupée trouvée dans l'environnement.
Les objets précurseurs	Objets proposés à la personne qui n'a plus la capacité de choisir.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tactiles : peluche, coussin texturé. ■ Oral : mis à la bouche (en stades avancés).
Les analogons	Objets symboliques rappelant un rôle, une identité ou une histoire personnelle et qui peuvent donner une contenance.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cahier ou crayon pour une ancienne journaliste ; ■ Outils pour quelqu'un qui a beaucoup bricolé.

Les êtres vivants comme « objets transitionnels »	Un être vivant peut devenir un point d’ancrage temporaire ou régulier.	Proche, Soignant, Animal familier.
--	--	--

Tableau récapitulatif à partir des écrits de Hazif-Thomas et al. (2017); Hazif-Thomas et Thomas (2018); LoboPrabhu et al. (2007); Mitchell et O'Donnell (2013); Stephens et al. (2013).

Interventions concrètes pour apaiser une personne vivant une situation étrange

Agir tôt. Repérer les descripteurs initiaux:

- Regard inquiet,
- Agitation subtile,
- Mouvements répétitifs,
- Cherche à tenir quelque chose ou quelqu'un contre soi ou à s'y accrocher,
- Recherche dans l'espace,
- Tension corporelle.

Plus on intervient tôt, plus l'apaisement est rapide. De plus, agir tôt peut permettre d'éviter une escalade anxieuse et une réaction catastrophique. Ainsi, la meilleure stratégie est souvent de préparer les transitions, par exemple, lors des soins, des départs, des fins de journée ou des changements de pièce.

Ce qu'il faut éviter de faire lorsqu'une personne atteinte de la MA vit des besoins d'attachement:

- Vouloir remplacer l'interaction et l'accompagnement humains (proche, soignant, intervenant, bénévole) uniquement par un objet ou une autre distraction.
- Rationaliser ou contredire: « Votre mère est morte! ».
- S'éloigner brusquement.
- Accélérer les soins.
- Forcer un objet non désiré.
- Offrir un objet au hasard, sans démarche de raisonnement clinique et sans suivi.
- Interpréter les comportements comme un simple « symptôme de la maladie ».
- S'attendre à ce que les besoins d'attachement soient comblés par des médicaments.
- Dénigrer ces besoins et ne pas les considérer comme étant profondément humains et rattachés à la relation au monde particulière de la personne atteinte de MA.

Ensuite, il est possible de citer quelques recommandations qui constituent des **stratégies de base** pour l'accompagnement des personnes vivant avec la MA. Les exemples cités ci-dessous ne sont pas exhaustifs et pourraient s'avérer inadaptes selon le profil psychosocial et spirituel de la personne.

Interventions relationnelles

- Parler doucement:
 - « Je suis là. »
 - « Je ne te laisse pas. Je reste là. »,
 - « On est ensemble. ».
- Se placer à la hauteur des yeux.
- Offrir une présence calme et continue.
- Utiliser le toucher affectif.
- Offrir une présence contenant.
- Valider l'émotion: « C'est difficile quand on se sent seul, hein? ».
- Éviter de raisonner ou de contredire.
- Éviter les départs brusques.

Interventions environnementales

- Minimiser les bruits ou les stimuli brusques.
- Favoriser les routines stables.
- Adapter l'éclairage en fin de journée.
- Placer des objets familiers bien en vue.
- Placer des repères visuels dans les aires communes de déplacement et de vie.

Documentation

- Documenter les situations. Par exemple, utiliser la démarche ABC (Coalition canadienne pour la Santé mentale des Personnes âgées, 2024) qui permet de relever les antécédents (A), les comportements d'attachement exprimés (B pour *Behaviours*) et les conséquences (C) des besoins d'attachement pour la personne et pour autrui selon qu'ils sont insatisfaits (escalade anxieuse avec comportements défensifs, réaction catastrophique, refus de soin, isolement) ou comblés par des interventions efficaces qui permettent un apaisement (bien-être, satisfaction et plaisir et/ou confiance et estime de soi et/ou environnement favorable).

Interventions par des objets d'attachement et d'apaisement (ORAM)

L'usage d'ORAM (Objets relationnels, animés et multisensoriels) devrait être décidé après une démarche rigoureuse

de raisonnement clinique. La démarche clinique infirmière requiert une évaluation attentive et compréhensive de la personne en regard de sa condition de santé, de ses besoins fondamentaux, de son histoire de vie, de ses habitudes et de ses valeurs. La démarche devrait impliquer systématiquement une personne significative ainsi qu'éventuellement d'autres proches. La collaboration avec des intervenants en éducation spécialisée, en ergothérapie ou en loisirs peut aussi être nécessaire, notamment pour le meilleur choix du modèle d'ORAM.

En effet, dans le cadre de l'usage d'un ORAM, il faut savoir comment bien choisir le meilleur modèle et opter pour

les composantes les plus adaptées au profil unique de chaque personne. Un projet de recherche porte justement sur ce sujet. La [Page web du projet ORAM](#) présente des infographies complémentaires à cet article ainsi que deux histoires de cas illustrées par des bandes illustrées.

Une autre page web présente l'étude réalisée au [CHSLD Cooke](#) de Trois-Rivières (CIUSSS de la Mauricie-et-Centre-du-Québec) dont l'objectif est de développer une intervention spécifique à l'usage d'ORAM dans les soins et l'accompagnement des personnes vivant avec une MA. Ce projet est financé par la Fondation Santé Trois-Rivières.

Conclusion

Les situations étranges sont fréquentes mais souvent mal interprétées. Les reconnaître permet d'ajuster les interventions, prévenir les escalades anxieuses, réduire les mesures de contrôle et soutenir la qualité relationnelle. Les objets d'attachement, utilisés de manière réfléchie, constituent des outils simples et humains pour répondre aux besoins d'attachement. Une meilleure compréhension du phénomène renforce des soins centrés sur la personne, ajustés et profondément humains.

AUTEURS

SYLVIE REY

Infirmière, D.E.S.S. en santé mentale, PhD en sciences infirmières, CSIG(C)

Infirmière experte dans les soins aux personnes âgées depuis 1990, elle a réalisé de nombreux mandats cliniques et de soutien-conseil dans ce domaine. Elle présente un profil de formation centré sur les sciences infirmières avec également des études dans le cadre de la gérontologie, de la psychologie, de la santé mentale et du soutien-conseil en gérontologie. Elle est professeure au Département des Sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Sa programmation de recherche porte principalement sur les besoins fondamentaux des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs proches, les comportements réactifs et les comportements défensifs, le phénomène du plongeon rétrograde et les interventions infirmières avec des objets relationnels animés multisensoriels (ORAM) comme les poupées, les peluches et les coussins interactifs. Parmi d'autres, elle est membre du comité scientifique de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG) et du Comité national d'éthique sur le vieillissement (CNEV), ainsi que formatrice au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ). Elle est également co-porteuse de l'axe pratiques professionnelles et organisation des services au sein de l'Infrastructure de recherche en prévention et promotion de la santé (IRPPS). Elle a reçu l'Insigne Reconnaissance de l'AQIIG en avril 2025.



KRISTINA DAVIS

Étudiante en psychologie (B.Ps.), assistante de recherche.

Étudiante à la fin du baccalauréat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières et inscrite au Doctorat continuum d'études en psychologie (D. Ps.), profil intervention clinique (automne 2026). Elle s'engage activement dans le domaine des soins aux personnes âgées en tant que préposée aux bénéficiaires, intervenante spécialisée dans le soutien aux individus âgés confrontés à des troubles de santé mentale et bénévole auprès de personnes vivant avec un trouble neuro-cognitif majeur. Parallèlement, elle occupe depuis 2023 le rôle d'assistante de recherche en gérontologie aux côtés de la professeure Rey, participant ainsi à plusieurs projets de recherche dans ce domaine. Son engagement professionnel envers les personnes âgées remonte à 2018, démontrant ainsi son dévouement continu envers le bien-être et le soutien aux personnes âgées.



Références

Ainsworth, M. (1985). Attachments across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61(9), 792-812.

Coalition canadienne pour la Santé mentale des Personnes âgées. (2024). *Comprendre les comportements des troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) grâce à l'approche ABC*. Markham, ON, CCSMPA. https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/04/Understanding-Behaviours-in-Dementia_ABC-Approach_FRENCH_April-2024.pdf

Cookman, C. (2005). Attachment in older adulthood: concept clarification. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 528-535. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03435.x>

Davis, K., Marcoux, C., Rey, S. et Lavergne, V. (2024). Le plongeon rétrograde: une exploration de concept. *La Gérontoise*, 35(2), 36-41. <https://shorturl.re/7fxn0>

Hazif-Thomas, C., Hanon, C., Chandès, G. et Thomas, P. (2017). Le vieil homme, l'analogon et l'objet identifiant. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17(101), 287-293. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.npg.2017.05.002>

Hazif-Thomas, C. et Thomas, P. (2018). L'analogon, une ressource soignante en psychogériatrie. *Soins. Gerontologie*, 23(129), 35-38. <https://doi.org/10.1016/j.sger.2017.11.007>

Heard, D. H. et Lake, B. (1986). The attachment dynamic in adult life. *The British Journal of Psychiatry*, 149, 430-438. <https://doi.org/10.1192/bjp.149.4.430>

Ito, M., Takahashi, R. et Liehr, P. (2007). Heeding the behavioral message of elders with dementia in day care. *Holistic Nursing Practice*, 21(1), 12-18. <https://doi.org/10.1097/00004650-200701000-00004>

LoboPrabhu, S., Molinari, V. et Lomax, J. (2007). The transitional object in dementia: clinical implications. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 4(2), 144-169. <https://doi.org/10.1002/aps.131>

Massaia, M., Garro, M., Quaranta, V., Calvi, E., Santagata, F. et D'Amelio, P. (2021). Efficacy of doll therapy compared with standard treatment in the control of behavioral and psychologic symptoms and caregiver burden in dementia: Describe a randomized, controlled study. *International Journal of Aging Research*, 4:79., 4(79), 1-15. <https://doi.org/10.28933/ijoar-2021-02-1905>

Miesen, B. (1993). Alzheimer's disease, the phenomenon of parent fixation and bowby's attachment theory. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(2), 147-153. <https://doi.org/10.1002/gps.930080207>

Mitchell, G. (2014). Use of doll therapy for people with dementia: an overview. *Nursing Older People*, 26(4), 24-26. <https://doi.org/10.7748/nop2014.04.26.4.24.e568>

Mitchell, G. et O'Donnell, H. (2013). The therapeutic use of doll therapy in dementia. *British Journal of Nursing*, 22(6), 329-334.

Pezzati, R., Molteni, V., Bani, M., Settanta, C., Di Maggio, M. G., Villa, I., Poletti, B. et Ardito, R. B. (2014). Can doll therapy preserve or promote attachment in people with cognitive, behavioral, and emotional problems? A pilot study in institutionalized patients with dementia. *Frontiers in Psychology*, 5, 342. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00342>

Rey, S. (2025). Les rapports éprouvés de la personne vivant avec la maladie d'Alzheimer: six repères pour le temps. *Soins Gérontologie*, 30(171), 24-29.

Rey, S., Savoie, C., Balaguer, J. et Dessureault, M. (2024). People living with Alzheimer's disease: Understanding the emerging phenomenon of retrograde plunge with the story theory—An inquiry method. *Journal of Advanced Nursing*, 80(7), 2929-2942. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.16062>

Santagata, F., Massaia, M. et D'Amelio, P. (2021). The doll therapy as a first line treatment for behavioral and psychologic symptoms of dementia in nursing homes residents: a randomized, controlled study. *BMC Geriatrics*, 21(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02496-0>

Schaub, C., Morin, D. et von Gunten, A. (2016). L'agitation chez les personnes atteintes de démence: examen de la portée des connaissances et mise en perspective du phénomène selon la théorie du confort et le concept de l'attachement [Agitation in people with dementia: A scoping review and putting the phenomenon into perspective using comfort theory and the concept of attachment]. *Recherche en Soins Infirmiers*, 125(2), 68-83. <https://doi.org/10.3917/rsi.125.0068>

Steele, H., Phibbs, E. et Woods, R. (2004). Coherence of mind in daughter caregivers of mothers with dementia: Links with their mothers' joy and relatedness on reunion in a strange situation. *Attachment & Human Development*, 6(4), 439-450. <https://doi.org/10.1080/14616730412331323415>

Stephens, A., Cheston, R. et Gleeson, K. (2013). An exploration into the relationships people with dementia have with physical objects: an ethnographic study. *Dementia (London)*, 12(6), 697-712. <https://doi.org/10.1177/1471301212442585>



PRÉVENIR LES SITUATIONS D'ABUS EN RÉSIDENCE POUR PERSONNES ÂÎNÉES : L'APPORT DE L'APPROCHE MONTESSORI ADAPTÉE À CES PERSONNES VIVANT AVEC DES TROUBLES NEUROCOGNITIFS

MARC NORRIS

Collaboratrices: Amély Roy, adjointe virtuelle, soutien à la rédaction et à la structuration du contenu; Ginette Labbé, Infirmière clinicienne retraitée.

Cet article s'inscrit dans une réflexion issue du milieu de pratique et vise à mettre en lumière les enjeux systémiques, relationnels et organisationnels pouvant mener, souvent de manière involontaire, à des situations vécues comme abusives. Il propose une lecture centrée sur la prévention, en valorisant le rôle du personnel infirmier comme levier de transformation des pratiques, d'harmonisation des interventions et de soutien aux équipes. L'approche Montessori y est présentée comme un cadre structurant permettant de renforcer des pratiques déjà présentes sur le terrain, tout en favorisant la dignité, la bienveillance et l'humanisation des soins.

L'article soumis est original et n'a fait l'objet d'aucune publication antérieure ni d'aucune soumission simultanée à une autre revue. Aucun conflit d'intérêt n'est à déclarer.

Cette contribution vise à nourrir la réflexion clinique et professionnelle des membres de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie, en cohérence avec la mission de *La Gérontoise*.

RÉSUMÉ

En résidences intermédiaires et en résidences pour personnes âgées, les milieux de soins ont pour mission d'offrir aux personnes âgées vivant avec des troubles neurocognitifs un environnement respectueux, sécurisant et humain. Cette mission s'exerce toutefois dans un contexte exigeant, marqué par la surcharge de travail des équipes, la complexité des besoins des résidents et le manque de repères cliniques partagés. Dans ces conditions, des situations d'abus peuvent survenir, le plus souvent de manière involontaire, en lien avec des facteurs systémiques, relationnels ou émotionnels.

Cet article explore comment l'approche Montessori adaptée aux troubles neurodégénératifs peut devenir un levier concret de prévention dans ces milieux. En misant sur les capacités résiduelles, la participation active, des repères visuels clairs et un environnement sécurisant, cette approche favorise une meilleure communication, réduit les comportements réactionnels et soutient un climat de soins plus calme et prévisible.

Le personnel infirmier joue un rôle central dans cette transformation, par leur leadership clinique, l'harmonisation des pratiques et le soutien offert au reste de l'équipe. L'article propose des pistes accessibles pour instaurer une culture durable de bienveillance, fondée sur la dignité et le respect.

Mots clés: Approche Montessori; Approche centrée sur la personne; Humanisation des soins; Personnes âgées; Troubles neurocognitifs

INTRODUCTION

Les milieux de soins en résidences intermédiaires (RI) et en résidences pour personnes âgées (RPA) ont pour mission d'offrir à celles vivant avec des troubles neurocognitifs un environnement sécurisant, respectueux et humain. Malgré le déclin progressif de leurs capacités, ces personnes demeurent sensibles à la qualité des interactions, au climat du milieu et à la manière dont les soins leur sont prodigués. **Elles ont besoin de se sentir accueillies, écoutées et reconnues, afin de préserver leur bien-être et leur sentiment de sécurité au quotidien.** Cette mission s'exerce toutefois dans un contexte exigeant, marqué par la surcharge de travail des équipes, la complexité des besoins des résidents et le manque de repères cliniques partagés. Dans ces conditions, des situations d'abus peuvent survenir, le plus souvent de manière involontaire, en lien avec des facteurs systémiques, relationnels ou émotionnels. Cet article explore comment l'approche Montessori, adaptée aux troubles neurodégénératifs, peut devenir un levier concret de prévention. Il propose des pistes accessibles pour instaurer une culture durable de bientraitance, fondée sur la dignité et le respect.

LA RÉALITÉ DU TERRAIN: DES DÉFIS CONSTANTS POUR LE PERSONNEL INFIRMIER

Les manifestations comportementales associées aux troubles neurocognitifs, telles que l'agitation, le refus de soins, l'errance ou l'opposition ou repli, font partie du quotidien en RI et en RPA. Bien qu'elles soient aujourd'hui reconnues comme l'expression de besoins non comblés (Camp, 2010), ces manifestations demeurent complexes à gérer dans un contexte de soins souvent contraignant. Le personnel infirmier est au cœur de cette réalité. Accueillir jour après jour ces personnes avec bienveillance et respect représente un défi constant.

Les équipes soignantes observent les manifestations réactionnelles liées au déclin cognitif des résidents et résidentes qui fluctuent parfois d'une journée à l'autre. Elles tentent de les comprendre, d'ajuster les interventions et de chercher à maintenir une relation de soins respectueuse, malgré les contraintes du milieu. Les membres des équipes de soins savent, par expérience, qu'un même geste ou une même approche peuvent être bien tolérés un jour et refusés le lendemain. Cette réalité exige une capacité constante d'adaptation et une grande vigilance clinique.

Le défi clinique est d'autant plus complexe que cette pratique s'inscrit dans un contexte marqué par la surcharge de travail des équipes et la rareté des ressources humaines. Le manque de temps, la pression organisationnelle et la multiplicité des tâches rendent difficile le recul nécessaire pour analyser une situation ou essayer une approche différente. Les membres de l'équipe de soins font preuve de

bonne volonté et d'engagement, mais disposent souvent de peu de repères cliniques communs pour guider leurs interventions de façon cohérente.

C'est de cet écart entre l'intention de bien faire et la réalité du terrain que peuvent émerger, le plus souvent de manière involontaire, des situations qualifiées d'abus. Celles-ci ne découlent pas d'un manque de professionnalisme (Camp, 2010), mais plutôt d'un contexte où les besoins de la personne, les capacités des équipes et l'organisation du milieu ne sont plus en équilibre. Comprendre cette dynamique est essentiel afin de prévenir les abus et d'éviter une lecture centrée uniquement sur la responsabilité individuelle des membres des équipes soignantes.

Le personnel infirmier occupe une position stratégique pour agir sur cet équilibre. Par son rôle d'évaluation clinique, de planification des soins et d'encadrement des équipes, il est en mesure d'influencer directement la qualité des interventions. Les infirmières et infirmiers sont souvent les premiers à reconnaître les signes de détresse chez un résident ou une résidente, à identifier les situations à risque et à ajuster les pratiques pour éviter l'escalade des tensions. Leur leadership clinique joue un rôle central dans la prévention des situations problématiques. L'approche Montessori, adaptée aux personnes vivant avec des troubles neurocognitifs, pourrait s'avérer fort utile dans cette perspective.

L'APPROCHE MONTESSORI: STRUCTURER L'INTUITION POUR REDONNER DU SENS AUX SOINS

L'adaptation de la méthode Montessori aux personnes âgées a été initiée dans les années 1990 par le professeur Cameron Camp, un psychologue américain spécialiste de la gérontologie qui s'est inspiré directement des principes originaux développés par Maria Montessori pour les enfants. À l'origine, l'approche Montessori reposait sur l'idée que chaque personne apprend mieux dans un environnement structuré, stimulant et respectueux de son rythme. En observant que ces principes restent valables tout au long de la vie, le professeur Cameron Camp les a transposés aux personnes âgées vivant avec une démence: il mise sur les capacités préservées, l'autonomie et l'engagement dans des activités significatives. Ainsi, plutôt que de se concentrer sur les pertes, cette approche valorise le potentiel encore présent, comme le faisait déjà la pédagogie Montessori auprès des enfants.

L'approche Montessori adaptée aux personnes âgées vivant avec des troubles neurocognitifs ne propose pas une transformation radicale des soins, mais offre plutôt un cadre permettant de structurer et de renforcer des pratiques déjà présentes sur le terrain. Plusieurs membres de l'équipe de soins appliquent, parfois sans les nommer, des principes qui s'apparentent à l'approche Montessori:

ralentir le rythme, simplifier les consignes, utiliser des repères concrets ou favoriser la participation du résident.

Par exemple, présenter une consigne à la fois, accompagner la parole d'un geste ou permettre à un résident de participer à une étape simple du soin sont des pratiques fréquemment appliquées. L'approche Montessori permet de comprendre pourquoi ces interventions sont efficaces et comment les intégrer de manière plus systématique dans les soins. **Elle met l'accent sur les capacités résiduelles, sur l'importance de l'environnement et sur la participation active de la personne, même lorsque ses capacités cognitives sont altérées.**

En offrant des repères cliniques clairs, l'approche Montessori soutient le personnel infirmier dans sa prise de décision. Elle permet de réduire l'improvisation, d'augmenter la prévisibilité des interventions et de favoriser une lecture commune des comportements au sein des équipes. Cette cohérence contribue à diminuer le stress, tant chez les résidents que chez les membres de l'équipe de soins, et à soutenir une relation de soins plus équilibrée.

LES FONDEMENTS DE L'APPROCHE MONTESSORI

L'approche Montessori adaptée aux personnes vivant avec des troubles neurocognitifs repose sur une série de fondements simples, mais profondément structurants pour la pratique clinique. Ces fondements ne sont pas nouveaux pour le personnel infirmier. Ils font écho à des gestes, des attitudes et des ajustements que le personnel infirmier pose déjà au quotidien, souvent de façon intuitive, afin de répondre aux besoins des résidents et de maintenir un climat de soins apaisant.

■ Respect

L'un des principes centraux de l'approche Montessori est le respect profond de la personne. Ce respect se traduit par la reconnaissance de la personne au-delà de la maladie, de ses capacités restantes, de son histoire et de ses préférences. Dans la pratique infirmière, ce principe est déjà bien présent lorsque l'on prend le temps d'expliquer un soin, de demander l'accord du résident, de respecter un refus temporaire ou d'ajuster une intervention en fonction de l'état du moment. L'approche Montessori vient renforcer cette posture en rappelant que le respect n'est pas seulement relationnel, mais aussi organisationnel : le rythme, l'environnement et la façon d'intervenir doivent être adaptés à la personne, et non l'inverse.

■ Valorisation des capacités résiduelles

La valorisation des capacités résiduelles constitue un autre fondement essentiel. Contrairement à une approche

centrée sur les pertes, l'approche Montessori invite à identifier ce que la personne est encore en mesure de faire, même partiellement. Dans les soins quotidiens, le personnel infirmier observe souvent que laisser un résident participer à une étape du soin en tenant un objet, en boutonnant un vêtement ou en lavant une partie de son corps, favorise la collaboration. Ces gestes, parfois perçus comme anodins, ont un impact majeur sur le sentiment de compétence et la régulation émotionnelle du résident ou de la résidente. Le fait de reconnaître et de soutenir ces capacités a comme effet de réduire les situations d'échec qui peuvent entraîner de la frustration, de l'opposition ou de l'agitation.

■ Environnement favorable

L'environnement préparé est également au cœur de l'approche Montessori. Un environnement lisible (Camp et Skrajner, 2004), calme et cohérent soutient la compréhension et diminue l'anxiété. Dans la pratique, cela peut se traduire par l'utilisation de repères visuels simples, par une organisation constante des espaces ou par la réduction des stimulations inutiles. Le personnel infirmier constate souvent qu'un résident est plus calme lorsqu'il reconnaît son environnement ou lorsqu'il peut anticiper ce qui va se produire. L'approche Montessori permet de structurer ces observations en interventions intentionnelles, en faisant de l'environnement un véritable outil clinique plutôt qu'un simple décor.

■ Participation active

La participation active de la personne constitue un autre pilier fondamental. L'approche Montessori privilégie le «faire avec» plutôt que le «faire à la place de» (Montessori, 1995). Cette posture est déjà présente dans la pratique infirmière lorsque l'on prend le temps d'encourager un résident à participer, même minimalement, à ses soins ou à ses activités quotidiennes. Cette participation donne un sens aux gestes posés, favorise l'engagement et contribue à diminuer les comportements réactionnels. Elle permet également de transformer la relation de soins en une relation plus équilibrée, où la personne est reconnue comme un acteur, et non comme un obstacle.

■ Structuration des tâches

La structuration des tâches en étapes simples et séquentielles est un autre fondement important. Les troubles neurocognitifs affectent la capacité à traiter plusieurs informations simultanément. Dans les soins, le personnel infirmier observe souvent qu'un résident collabore davantage lorsque les consignes sont données une à la fois, accompagnées d'un geste ou d'un objet concret. L'approche Montessori formalise cette pratique en encourageant des interventions claires, lentes et prévisibles. Cette manière de faire réduit les

incompréhensions et diminue les risques d'escalade liés à la surcharge cognitive.

■ Liberté encadrée

La liberté dans un cadre sécurisant est également un principe clé. Offrir des choix simples, par exemple entre deux vêtements, deux moments ou deux options claires, permet à la personne de conserver un certain pouvoir décisionnel sans la placer en situation de confusion. L'approche Montessori souligne l'importance de cette liberté encadrée, qui favorise la collaboration et réduit la résistance.

■ Cohérence et répétition

Enfin, l'approche Montessori met l'accent sur la cohérence et la répétition des pratiques. Les personnes vivant avec des troubles neurocognitifs bénéficient grandement de routines prévisibles et d'interventions similaires d'un intervenant à l'autre. Le personnel infirmier joue un rôle central dans cette cohérence, en assurant la transmission des stratégies efficaces et en harmonisant les pratiques au sein des équipes. Lorsque les soins sont cohérents, le sentiment de sécurité augmente et les comportements réactionnels diminuent.

Dans l'ensemble, les fondements de l'approche Montessori viennent mettre des mots et une structure sur des pratiques déjà bien ancrées dans le travail du personnel infirmier. Ils offrent un cadre de référence permettant de renforcer ces pratiques, de les partager et de les intégrer de manière cohérente dans l'organisation des soins. En ce sens, l'approche Montessori ne demande pas de « faire plus », mais de faire autrement, avec plus de sens, de prévisibilité et de reconnaissance du travail déjà accompli.

L'APPROCHE MONTESSORI POUR PRÉVENIR LES RISQUES D'ABUS : EXEMPLES CONCRETS

Dans les milieux de soins, les situations qualifiées d'abus ne surviennent que rarement de façon intentionnelle. Elles émergent le plus souvent dans des contextes de tension, de fatigue ou d'incompréhension mutuelle. L'approche Montessori adaptée permet précisément d'agir en amont de ces situations, en modifiant les conditions qui les rendent possibles. Les exemples suivants illustrent comment des ajustements simples, déjà utilisés par le personnel infirmier, peuvent prévenir l'escalade des comportements et soutenir une relation de soins respectueuse.

■ Soins d'hygiène : transformer les moments sensibles en collaboration

Les soins d'hygiène constituent l'un des moments les plus sensibles en RI et en RPA. Ils impliquent une proximité physique, une perte de contrôle pour la

personne et une charge émotionnelle importante, tant pour le résident ou la résidente que pour la personne soignante. Lorsqu'un résident refuse un soin, se raidit ou manifeste de l'opposition, la tentation peut être grande d'insister, de presser ou de forcer la collaboration, surtout dans un contexte de manque de temps. Ces situations, bien que compréhensibles, peuvent rapidement être vécues comme intrusives ou coercitives.

L'approche Montessori invite à intervenir différemment dès les premiers signes de résistance. Par exemple, plutôt que de donner plusieurs consignes verbales successives, il est préférable de présenter une étape à la fois, en accompagnant la parole d'un geste clair. Offrir à la personne la possibilité de tenir la débarbouillette, de choisir entre deux vêtements ou de participer à une étape simple du soin permet de rétablir un certain sentiment de contrôle. Cette participation, même minimale, réduit souvent la résistance et diminue le risque d'escalade vers des interventions plus contraignantes.

■ Transitions quotidiennes : apaiser l'agitation par l'anticipation et l'environnement

Un autre moment fréquemment associé à des tensions est celui des transitions, notamment en fin de journée. La fatigue, la diminution des capacités d'adaptation et l'augmentation de la stimulation environnementale peuvent accentuer l'agitation. Dans ces contextes, le personnel infirmier observe souvent que les résidents deviennent plus anxieux ou opposants sans raison apparente. L'approche Montessori permet de comprendre que ces réactions sont souvent liées à une surcharge cognitive ou émotionnelle.

Concrètement, agir sur l'environnement devient un levier de prévention important. Diminuer le bruit, réduire les stimuli visuels, maintenir des repères constants et annoncer clairement les étapes à venir contribuent à rassurer la personne. Par exemple, afficher une image indiquant l'heure du souper ou préparer le résident à une transition par une activité calme et familière peut prévenir l'apparition de comportements réactionnels. Ces ajustements, bien que simples, permettent d'éviter des situations où l'intervention devient précipitée ou directive, augmentant ainsi le risque d'abus.

■ Gestion des refus de soins : comprendre le signal derrière l'opposition

L'approche Montessori s'applique également dans la gestion des refus de soins. Un refus ne doit pas être interprété comme un comportement volontaire ou provocateur, mais comme un signal clinique. Le personnel infirmier adopte déjà cette lecture lorsqu'il choisit de reporter un soin, de modifier l'approche ou de solliciter un collègue. **L'approche Montessori vient**

renforcer cette posture en proposant des stratégies concrètes: changer le moment du soin, ajuster le rythme, reformuler la consigne ou offrir un choix clair.

Par exemple, proposer un soin quelques minutes plus tard, après une activité apaisante, peut transformer un refus en collaboration. De même, remplacer une consigne abstraite par un objet concret, comme présenter la brosse à dents plutôt que de demander verbalement de se brosser les dents, facilite la compréhension et réduit la frustration. Ces stratégies permettent de prévenir les interventions forcées, souvent à l'origine de situations vécues comme abusives.

■ **Activités signifiantes : redonner un rôle**

Les activités quotidiennes représentent un autre levier important de prévention. L'ennui, la perte de rôles significatifs et le sentiment d'inutilité contribuent souvent à l'agitation et à l'opposition. Le personnel infirmier constate fréquemment qu'un résident occupé à une tâche adaptée est plus calme et plus disponible aux soins (Camp et Skrajner, 2004). L'approche Montessori formalise cette observation en revalorisant les activités simples comme outils thérapeutiques.

Par exemple, confier à un résident la tâche de distribuer les napperons, de plier du linge ou d'arroser les plantes

permet non seulement de stimuler ses capacités, mais aussi de réduire la charge de travail des équipes. Ces activités offrent des repères familiers, soutiennent la mémoire procédurale et favorisent la régulation émotionnelle. En diminuant l'agitation et en structurant le temps, elles contribuent indirectement à prévenir des situations où l'intervention pourrait devenir directive ou coercitive.

Le rôle du personnel infirmier est central dans l'identification et la mise en place de ces stratégies. Par son regard clinique, il est en mesure de repérer les moments à risque, d'ajuster les plans de soins et de soutenir les équipes dans l'application cohérente des interventions.

Bien souvent, les infirmières utilisent déjà ces stratégies de manière intuitive, sans les associer formellement à l'approche Montessori. Leur donner un cadre permet toutefois de les transmettre plus facilement, de les intégrer dans les pratiques de l'unité et de renforcer la cohérence des soins.

En agissant sur l'environnement, le rythme, la communication et la participation de la personne, l'approche Montessori contribue à réduire les situations d'échec et de frustration. En diminuant ces facteurs de risque, elle agit directement sur la prévention des abus, sans alourdir la charge de travail des équipes. Elle soutient plutôt une pratique plus humaine, plus prévisible et plus sécurisante, bénéfique autant pour les résidents que pour le personnel.

CONCLUSION

Les situations qualifiées d'abus en résidences intermédiaires et en résidences pour personnes âgées ne peuvent être comprises isolément. Elles s'inscrivent dans un contexte complexe, marqué par la progression des troubles neurocognitifs, la surcharge de travail des équipes, les contraintes organisationnelles et la charge émotionnelle associée aux soins. Le plus souvent, ces situations ne résultent pas d'un manque de professionnalisme ou de bienveillance, mais d'un déséquilibre entre les besoins de la personne, les capacités du milieu et les outils disponibles pour soutenir les interventions.

Adopter cette lecture permet de déplacer le regard de la faute vers la prévention. L'approche Montessori adaptée aux personnes âgées vivant avec des troubles neurocognitifs offre un cadre pertinent pour soutenir ce changement de perspective. En mettant l'accent sur les capacités résiduelles, la participation active, la structuration de l'environnement et la cohérence des interventions, elle agit directement sur les conditions qui favorisent l'émergence de situations de tension. Elle permet ainsi de réduire les situations d'échec, de frustration et d'incompréhension qui peuvent, à terme, mener à des pratiques vécues comme abusives.

L'approche Montessori ne demande pas aux équipes de faire davantage, mais de faire autrement. Elle reconnaît et valorise des pratiques déjà présentes dans le quotidien du personnel infirmier, souvent mises en place de manière intuitive. **Ralentir le rythme, simplifier les consignes, offrir des choix clairs, ajuster l'environnement ou favoriser la participation du résident sont autant de gestes que le personnel infirmier pose déjà pour maintenir un climat de soins sécurisant.** En nommant ces pratiques et en les structurant, l'approche Montessori leur donne une cohérence et une portée plus large.

Les infirmières jouent un rôle central dans cette transformation. Par leur expertise clinique, leur leadership et leur capacité à soutenir les équipes, elles sont en mesure de promouvoir une vision des soins centrée sur la personne. En intégrant les principes de l'approche Montessori aux plans de soins, en harmonisant les pratiques et en accompagnant les équipes dans l'application des stratégies, les infirmières peuvent contribuer activement à instaurer une culture de bienveillance durable.

Cette culture repose sur la compréhension des comportements comme des signaux cliniques, sur l'ajustement des pratiques plutôt que sur la contrainte, et sur la reconnaissance du rôle actif de la personne dans ses soins. Elle bénéficie autant aux résidents, qui évoluent dans un milieu plus sécurisant et respectueux, qu'aux équipes qui disposent de repères cliniques clairs et d'outils concrets pour intervenir avec confiance.

En intégrant l'approche Montessori dans les milieux de soins, il devient possible de dépasser une logique de gestion des comportements pour adopter une approche centrée sur le sens, la dignité et la relation. Cette transformation, portée par le personnel infirmier, constitue un levier essentiel pour prévenir les abus, soutenir le bien-être des équipes et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des troubles neurocognitifs.

AUTEURS

M. MARC NORRIS.

Marc Norris est éducateur spécialisé, coach certifié en TDAH et praticien de la méthode Montessori adaptée aux personnes vivant avec des troubles de mémoire. Titulaire d'une maîtrise en andragogie, il a enseigné pendant plus de 15 ans au Cégep du Vieux Montréal en techniques d'éducation spécialisée, où il a également agi comme coordonnateur des stages de première année. En collaboration avec un organisme communautaire de Portneuf et le Programme Comité Appui du gouvernement du Québec, il a cofondé le Projet Respirer, un centre de jour pour adultes vivant avec la démence. Marc animait aussi des Cafés Mémoire, des espaces d'expression ouverts aux personnes atteintes de troubles cognitifs, leur permettant de partager leurs émotions et préoccupations face au diagnostic. Aujourd'hui, il se consacre à la gérontologie sociale et s'est formé de façon intensive à la méthode Montessori pour adultes auprès de Cameron Camp et Jérôme Erkes (AG&D). Il propose actuellement des conférences, des journées d'introduction à la méthode Montessori adaptée ainsi que des formations intensives destinées aux professionnel·les du milieu.



GINETTE LABBÉ

Elle est infirmière bachelière retraitée. Tout au long de sa carrière, Ginette a œuvré auprès des personnes âgées. Elle a été membre de plusieurs comités promouvant les soins de qualité aux aînés. Ginette a également siégé au conseil d'administration de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG) de 2015 à 2022. Elle a ensuite été rédactrice en chef de la revue *La Gérontoise* de 2020 à 2025.



RÉFÉRENCES

- Camp, C. J. (2010). Origins of Montessori programming for dementia. *Non-pharmacological Therapies in Dementia*, 1(2), 163-174.
- Camp, C. J. et Skrajner, M. J. (2004). Resident-assisted Montessori programming (RAMP): training persons with dementia to serve as group activity leaders. *The Gerontologist*, 44(3), 426-431.
- Montessori, M. (1995). *The absorbent mind*. Henry Holt and Company.



L'UNITÉ NOCTAMBULE : UNE AUTRE FAÇON D'ANALYSER ET DE TRAITER LES TROUBLES DU COMPORTEMENT DE NUIT

ERWAN STEINMETZ

INTRODUCTION

Le présent article vise à fournir un retour d'expérience du déploiement de l'unité noctambule, qui ambitionne d'accompagner les troubles comportementaux de nuit dans les résidences hébergeant des personnes âgées dépendantes via des thérapies non médicamenteuses.

L'article a pour objet de présenter les principaux enjeux, méthodes, freins et opportunités rencontrés lors de deux années d'expérimentation, qui se sont conclues par une pérennisation du dispositif au sein de la structure.

RÉSUMÉ :

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Bethesda Arc en ciel, à Strasbourg, a expérimenté pendant deux ans une «unité noctambule» dédiée à la prise en charge nocturne des troubles comportementaux des résidents. Face aux limites des soins classiques de nuit, ce dispositif repose sur des thérapies non médicamenteuses menées par des professionnels spécifiquement formés. Les résultats montrent une forte réduction des psychotropes, une amélioration du sommeil et du bien-être, ainsi qu'un impact positif sur les équipes. Malgré des défis organisationnels, l'expérience a transformé les pratiques et la culture de soin nocturne. Pérennisée, l'unité incarne une approche plus humaine, personnalisée et respectueuse des rythmes de vie.

L'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) Bethesda Arc en ciel est un établissement associatif accueillant des personnes âgées très dépendantes situé à Strasbourg, en France. Les EHPAD sont les équivalents français des CHSLD québécois. L'établissement accueille 80 personnes âgées dépendantes, dont la majorité souffre de troubles cognitifs et de troubles du comportement. Cet article a pour objet de présenter les principaux enjeux, méthodes, freins et opportunités rencontrés lors de deux années d'expérimentation, qui se sont conclues par une pérennisation du dispositif au sein de la structure.

Avant le déploiement de l'unité présentée dans le présent article, la prise en charge de nuit était assurée par

une infirmière et une aide-soignante, équivalent français des préposés aux bénéficiaires. Dans le cadre de leurs missions, les professionnels intervenants la nuit rencontraient des difficultés quant à la gestion des troubles comportementaux des résidents (agitation, déambulation, désorientation, etc.). Les missions qui leurs sont dévolues ne permettaient pas toujours de prendre le temps d'un accompagnement personnalisé des résidents. L'établissement oriente son projet de soins vers les thérapies non médicamenteuses (Haute Autorité de santé, 2009) avec notamment l'utilisation de la méthode Montessori, de la thérapie multisensorielle, de la thérapie par la médiation (poupée d'empathie, chat robot) et de l'adaptation des synchroniseurs externes (luminosité, tenues des équipes, etc.) (Bautrant, s.d.). Toutefois, ces

modalités de prises en charge ne pouvaient matériellement s'appliquer la nuit, faute de temps suffisant des soignants pour les mettre en œuvre.

De même, l'EHPAD souhaitait garantir le respect du rythme de chaque résident, mais l'institution se trouvait en grande difficulté pour organiser des couchers tardifs ou des levers très tôt, surtout lorsque ceux-ci n'avaient pas un caractère régulier.

Fort de tous ces constats, l'établissement a démarré en octobre 2023 une expérimentation avec l'Agence Régionale de Santé Grand Est, organisme étatique de contrôle et de tarification des établissements médicaux-sociaux en France, baptisé « unité noctambule ». Cette unité est composée de deux assistantes de soins en gérontologie qui se relaient pour qu'une salariée soit présente chaque nuit. Les assistantes de soins en gérontologie sont des préposées aux bénéficiaires ayant suivi une formation complémentaire relative aux troubles du comportement. Leur mission au sein de l'équipe de nuit consiste à prendre en charge les résidents présentant des troubles du comportement la nuit (cris, anxiété, déambulation...) (figure 1) par le biais de thérapies non médicamenteuses. Les objectifs du projet étaient : 1) améliorer la qualité de prise en charge de nuit, 2) réduire le recours aux thérapies médicamenteuses et 3) permettre une plus grande latitude quant aux désirs des résidents et résidentes, en réduisant l'institutionnalisation de leur rythme de vie.

L'unité noctambule a pour vocation de donner le temps à une soignante formée spécifiquement à cette prise en charge, de repérer le plus précocement possible l'apparition des troubles, d'accompagner le résident par des thérapies non médicamenteuses et de favoriser son retour au lit et pour rétablir son rythme nyctéméral (Ladarré, 2024).

Pour cela, une trentaine de résidents susceptibles de bénéficier de cette unité ont été identifiés par la psychologue en charge de la coordination du projet. Cette sélection est en partie basée sur les résultats obtenus à l'inventaire neuropsychiatrique version équipe soignante (NPI-ES) et au *Mini Mental State Examination* (MMSE). Par le biais de ces évaluations et des retours d'expérience du personnel affecté à l'unité noctambule, un projet personnalisé a été établi pour chacun des résidents. Ce projet relate une brève histoire de vie des résidents, leurs habitudes et les thérapies non médicamenteuses qui fonctionnent de nuit (figure 2). Les membres du personnel de l'unité noctambule ont pour tenue professionnelle un pyjama qui permet aux résidents de les identifier facilement.

Un chariot inspiré des espaces Snoezelen a été conçu afin de permettre aux équipes de bénéficier de tout un panel d'outils et de méthodes pour prendre en charge les troubles comportementaux via des thérapies non

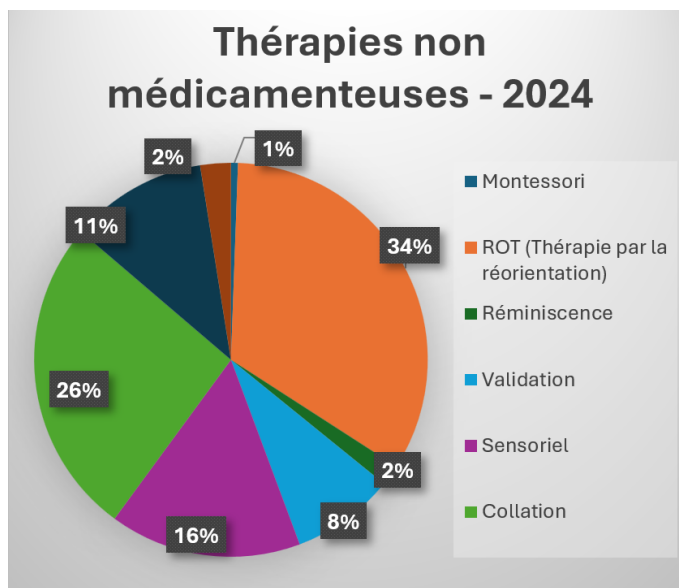


Figure 2 - répartition des thérapies non médicamenteuses utilisées par l'unité noctambule au cours de l'année 2024

médicamenteuses. Ce chariot contient notamment des objets transitionnels, des éclairages de plafond apaisants, des trousse d'aromathérapie ou encore des collations nocturnes.

Au cours de cette expérimentation de deux ans, la prise en charge des résidents la nuit s'est trouvée grandement améliorée. Le premier constat est la baisse de délivrance de médicaments prescrits au besoin (PRN) (comprendre ici tout médicament utilisé suite à des troubles du comportement, en excluant les antalgiques). Ces derniers se trouvent substitués par les thérapies non médicamenteuses. Au cours des mois d'expérimentation, sur l'ensemble des résidents suivis de nuit par l'unité noctambule, un seul médicament PRN a été administré en moyenne par mois, et ce, qu'à un seul résident. Ces résultats démontrent que ces derniers ne sont pas indispensables la nuit si les membres de l'équipe soignante ont le temps de prendre en charge les résidents via d'autres méthodes. Au fil de l'expérimentation, la médecin gériatre de l'établissement a également pu transformer certaines prescriptions d'anxiolytiques faisant partie du traitement de fond en prescriptions PRN (figure 3). Les chiffres dans le diagramme ci-après relatent des traitements prescrits au besoin, et non ceux administrés. Cette limitation d'utilisation de traitements psychotropes conduit naturellement à une réduction de l'iatrogénie médicamenteuse associée, réduisant les risques de chute, de somnolence et améliorant ainsi la qualité de prise en charge des résidents.

Le second constat de l'expérimentation a été une très forte réduction de l'effet de contagion lié aux troubles nocturnes. La réorientation mise en œuvre par l'unité noctambule a permis de réduire, pour les autres per-

Evolution des prescriptions des anxiolytiques depuis la mise en place de l'unité noctambule

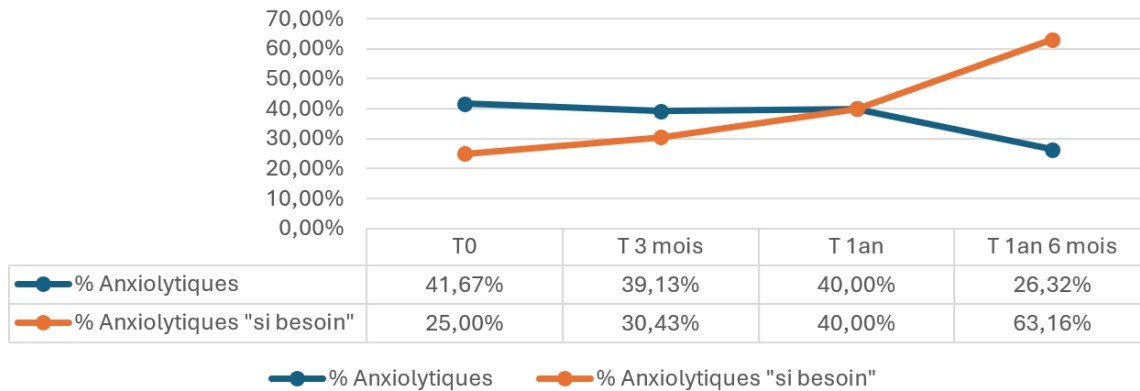


Figure 3 - données internes issues de l'expérimentation

sonnes hébergées, l'impact des comportements tels que la déambulation des personnes désorientées, leur difficulté à retrouver leur chambre ou les cris. La baisse des perturbations de nuit et l'augmentation de la durée et de la qualité du sommeil des personnes résidentes, qu'elles soient ou non suivies par l'unité noctambule, améliorent leur qualité de vie en journée et réduisent les risques liés à la somnolence et la fatigue diurnes.

Cette expérimentation a également bousculé et questionné des pratiques. Il a été remarqué que lors des premiers temps suivant l'admission d'un résident, une prise en charge de nuit était opérée par l'unité noctambule. En effet, on observe très souvent l'apparition de troubles nocturnes liés à ce changement de vie très important pour les personnes. Une prise en charge adaptée et non médicamenteuse permet une amélioration de la qualité de service dans les premières semaines suivant l'admission d'une personne. Elle favorise la reprise d'un rythme nyctéméral plus stable et une meilleure adaptation au nouveau lieu de vie. Ces troubles sont généralement circonscrits aux quinze premiers jours et s'estompent ensuite naturellement.

L'unité noctambule joue également un rôle dans l'accompagnement de la fin de vie en garantissant une présence beaucoup plus forte et humaine lors de cette étape.

L'expérimentation a également permis de mettre en lumière certains aspects environnementaux et architecturaux de l'établissement qui contribuaient aux troubles que nous cherchions à atténuer: lumière froide non tamisée la nuit, environnement parfois bruyant, absence de fauteuil de repos, etc.



Figure 4 - données internes issues de l'expérimentation

L'aménagement des espaces communs a été revu pour tamiser l'éclairage constant la nuit et n'activer sa pleine puissance qu'au passage des résidents grâce à des détecteurs de mouvement. L'acoustique a été repensée pour restreindre l'effet de réverbération des sons et garantir un environnement calme. Des fauteuils de repos ont été installés à chaque étage, afin d'offrir un espace de détente aux résidents qui ne désirent pas regagner leur lit aussitôt. Ces derniers permettent d'installer les résidents en position semi-couchée, afin d'y dormir quelques heures avant leur retour au lit, s'ils le souhaitent.

L'unité noctambule conduit à un véritable changement de culture de la prise en charge de nuit. Les observations ont démontré que le volume des troubles nocturnes n'est pas négligeable, et que ces derniers n'étaient pas adéquatement traités auparavant. Différents troubles se manifestent continuellement durant la nuit (figure 4), sans qu'il soit possible d'identifier une période plus

critique que l'autre. Chaque nuit, une moyenne de neuf résidents sont accompagnés pour une prise en charge moyenne d'une trentaine de minutes. Si l'on ajoute l'effet de contagion précité, on comprend l'ampleur que peut prendre ces dérangements nocturnes, souvent invisibles pour l'encadrement et la direction.

L'obstacle majeur à l'implantation de l'unité noctambule a été celui du changement de paradigme quant à la prise en charge nocturne. Il a fallu convaincre les équipes de nuit déjà en place de l'intérêt de la présence d'une personne salariée qui travaille sans fiche de tâche préétablie, et qui ne participe aux gestes techniques qu'à titre exceptionnel et marginal. La gestion de l'absentéisme constitue un véritable défi et peut freiner le projet, car remplacer au pied levé l'intervenante affectée à l'unité noctambule s'avère complexe du fait de la spécificité de ses missions. Bien que le démarrage a dû être accompagné, les membres du personnel de nuit présents avant le lancement de l'unité ont vu leur qualité de vie au travail grandement augmentée, n'étant plus mis en échec devant des troubles du comportement qu'ils n'étaient pas en mesure de gérer, faute de temps suffisant. Les observations indiquent un recours plus important aux PRN lorsque l'unité noctambule est absente. Le succès de ce projet repose sur trois facteurs clés: l'accompagnement des équipes, la vigilance concernant l'absentéisme et l'adoption d'une démarche expérimentale où chacun questionne ses certitudes et teste de nouvelles approches pour personnaliser la prise en charge de chaque résident.

À la suite de l'expérimentation de deux ans, le dispositif a été pérennisé. Pour les résidents accueillis, l'unité noctambule est aujourd'hui une des clefs de voûte de la prise en charge nocturne, de la continuité des soins et de l'accompagnement de fin de vie. Elle constitue également un facteur d'attractivité non négligeable pour le personnel de nuit, ce qui permet de réduire le taux d'absentéisme et de fidéliser davantage le personnel.

L'expérimentation de l'unité noctambule démontre qu'il est possible de repenser en profondeur l'accompagnement des résidents la nuit, en valorisant l'écoute, la personnalisation et l'approche non médicamenteuse. Ce dispositif, pensé comme une alternative au modèle institutionnel traditionnel, a permis de réduire les troubles comportementaux, de limiter le recours aux traitements psychotropes, d'améliorer le bien-être des résidents et de soutenir les équipes soignantes dans des conditions plus sereines.

Au-delà des indicateurs chiffrés, l'unité noctambule incarne une véritable évolution culturelle. Elle transforme la nuit en un temps de soin à part entière, respectueux des rythmes biologiques et des préférences individuelles, et non plus en une simple période de surveillance ou de repli. Cette approche globale, fondée sur la connaissance fine des résidents et l'usage rigoureux de thérapies non médicamenteuses, a également mis en lumière des bénéfices inattendus, tels que la réduction de l'effet de contagion comportementale, un meilleur accompagnement des périodes d'admission ou de fin de vie, ainsi qu'une amélioration du climat général de l'établissement.

AUTEUR

ERWAN STEINMETZ

Directeur de l'EHPAD Bethesda Arc en ciel, Strasbourg, France.

Est titulaire d'un Master II en management des organismes sociaux de l'Institut de préparation à l'administration générale de Strasbourg. Il est directeur d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (équivalent français du CHSLD) de 80 résidents ainsi que d'un service de soins infirmiers à domicile accompagnant 75 bénéficiaires à Strasbourg, en France.

Il fait partie de l'Association Diaconat Bethesda, dont la mission est d'accompagner les personnes âgées à différentes étapes de leur perte d'autonomie, que ce soit à domicile ou en institution.

Après avoir occupé un premier poste en résidence autonomie (résidence intermédiaire au Québec) de 90 places entre 2019 et 2021, puis un second en résidence services seniors de 80 places entre 2021 et 2023, il exerce aujourd'hui dans le secteur médico-social au service des personnes âgées.



Bautrant, T., Spadacenta, C. (2025). *Traiter autrement la maladie d'Alzheimer: La thérapie non médicamenteuse personnalisée*. Thierry Bautrant.

Haute Autorité de santé. (2009). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: Prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. [Synthèse des recommandations de bonnes pratiques]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/alzheimer_troubles_comportement_perturbateurs_synthese.pdf

Ladarré, P. (2024). *La formation des soignants aux thérapies (TNMP) non médicamenteuses personnalisées dans la prise en soin de la déambulation nocturne en EHPAD* [Mémoire de recherche]. Université Paris Descartes. <https://ehpad.org/wp-content/uploads/2025/01/21-MC-Mx-2024-INCANA-Floriane-LADARRE-Pascal-RIVAULT-ROBIN-Camille.pdf>

C'est toujours plus qu'un soin, ce sont vos compétences à l'œuvre.

Bonne Semaine de la profession infirmière!



Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Des soins sécuritaires commencent par des ratios sécuritaires.

Parce que la sécurité des soins, la dignité des patients et la santé des équipes ne sont pas négociables.

LE REMÈDE?

RATIOS

fiqsante.qc.ca/ratios



Lifeline



Les chutes ne peuvent pas toujours être évitées, mais les longues périodes d'immobilité le peuvent.

Lifeline avec détection de chute¹ permet d'obtenir rapidement de l'aide en cas d'urgence en appuyant sur un bouton ou même automatiquement.

1 800 LIFELINE (1 800 543-3546)

Mentionnez le code 1666 pour obtenir un mois de service gratuit*

*Offre valable uniquement auprès des programmes locaux participants et pour les nouvelles activations seulement. Ne peut être jumelé à aucune autre offre. Les rabais ne s'appliquent pas aux frais de programmation, aux installations hors zone et à la montre intelligente de Lifeline. Certaines restrictions s'appliquent. Sous réserve d'une entente de trois mois.

1. La technologie de détection de chute de Lifeline ne détecte pas toutes les chutes. Si possible, l'utilisateur devrait toujours appuyer sur son bouton en cas de besoin.

L'offre se termine le 30 juin 2027.

www.lifeline.ca



Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gérontologie

Lettre envoyée par courriel

Le 26 mai 2026

Monsieur Luc Mathieu, Président
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Luc.Mathieu@oiiq.org

Objet: Prise de position et recommandations de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIIG) concernant le développement d'une nouvelle classe de spécialisation: Infirmière clinicienne spécialisée en soins aux personnes âgées (ICS-PA)

Monsieur le président,

Nous souhaitons soumettre à votre attention la position de l'AQIIIG en ce qui concerne la création d'une nouvelle spécialité infirmière dédiée aux soins aux personnes âgées ainsi que certaines recommandations. Des connaissances à jour sur les besoins de la population des personnes âgées ainsi que sur les interventions infirmières visant l'amélioration de la qualité des soins et des services qui leur sont offerts représentent le cœur de la mission de l'AQIIIG.

Rappelons que lors des États généraux de la profession infirmière, l'AQIIIG s'est clairement positionnée quant à une formation universitaire comme norme d'entrée à la profession infirmière. Voici une proposition: Il va donc de soi que l'AQIIIG accueille favorablement la nouvelle classe de spécialisation des ICS-PA, puisque la formation aux cycles supérieurs soutient sans aucun doute l'utilisation de données probantes dans la pratique infirmière. Elle favorisera également l'innovation, le développement d'une expertise spécialisée en soins aux personnes âgées ainsi que la création de programmes de formation adaptés au mieux-être de cette population grandissante.

Parmi les nombreux éléments favorables à la formation d'ICS-PA, notons, entre autres, la pertinence manifeste du besoin, une nouvelle possibilité de spécialisation pour les infirmières, l'émergence de tables d'experts sur le sujet ainsi que l'ouverture de l'OIIQ à poursuivre les discussions et ce, de concert avec différents partenaires dont par exemple avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, les institutions d'enseignement et les milieux de soins. Nous identifions toutefois certains enjeux et préoccupations importants.

ANALYSE BRÈVE DES ENJEUX ET PRÉOCCUPATIONS

Bien que le projet progresse, notre analyse met en lumière des points de vigilance cruciaux qui méritent une attention particulière pour assurer la cohérence et le succès de cette initiative.

1. État des lieux et enjeux de cohérence

Le paysage académique et professionnel actuel offre déjà plusieurs parcours de spécialisation. L'enjeu majeur réside dans la **complémentarité** de cette nouvelle spécialité avec les cursus existants:

- **Chevauchement académique:** Il importe de distinguer cette nouvelle voie des profils cliniques adultes (notamment dans le réseau des universités du Québec) ainsi que des maîtrises et spécialités en gérontologie déjà solidement implantées.
- **Reconnaissance de la certification:** L'existence de la certification par examen de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) en gérontologie

pose la question de l'articulation entre les titres de compétences actuels et les nouveaux standards visés.

2. Préoccupations d'ordre opérationnelles et humaines

Le passage de la théorie à la pratique soulève des interrogations fondamentales, tant pour les institutions que pour le personnel infirmier:

- **Mise en œuvre:** Comment s'articulera concrètement l'opérationnalisation de cette spécialité sur le terrain pour éviter toute confusion dans les rôles?
- **Valorisation de l'expertise:** Un mécanisme de reconnaissance doit être prévu pour les infirmières d'expérience. Est-il envisageable d'éviter un retour systématique aux études pour celles ayant déjà acquis une expertise clinique approfondie?
- **Équité salariale et attractivité:** La structure de rémunération actuelle présente un frein majeur. Le fait qu'une infirmière clinicienne spécialisée (ICS) perçoive un trai-

tement équivalent à celui d'une infirmière clinicienne, d'une ASI ou d'une AIC, soulève des doutes sur l'attractivité réelle de ce nouveau parcours.

RECOMMANDATIONS

Face aux défis croissants du réseau de la santé au Québec, l'AQIIG souligne l'importance d'encadrer avec soin l'arrivée de la nouvelle spécialité d'ICS-PA. Si cette initiative représente une avancée majeure, son succès repose impérativement sur une opérationnalisation claire et une valorisation concrète du savoir-faire déjà présent sur le terrain.

UNE VISION ANCRÉE DANS LA RÉALITÉ DU TERRAIN

Nous sommes convaincus que l'adhésion des infirmières à cette nouvelle spécialité ne pourra se faire sans une révision profonde de la structure salariale et une simplification des passerelles de reconnaissance des acquis. Pour éviter que ce projet ne soit fragilisé, il est essentiel de répondre aux préoccupations légitimes concernant un éventuel retour aux études et l'impact réel sur la rémunération.

SUR LE PLAN STRATÉGIQUE

Afin de garantir une intégration réussie et de mobiliser les forces vives du réseau, l'AQIIG formule les recommandations suivantes :

- **Reconnaissance de l'expertise établie:** Valider explicitement les diplômes de maîtrise et les compétences cliniques avancées déjà acquises par les infirmières expérimentées dans le secteur des soins aux personnes âgées.
- **Alignement sur les meilleures pratiques:** S'inspirer des modèles canadiens et internationaux ayant fait leurs preuves pour définir les standards d'excellence de la pratique.

■ **Clarification du parcours de formation:** Établir des critères rigoureux et des équivalences de crédits universitaires afin de faciliter la transition académique et professionnelle.

■ **Valorisation salariale distinctive:** Ajuster la rémunération afin qu'elle reflète la complexité et la haute valeur ajoutée de la spécialité ICS-PA.

Sans valorisation réelle de l'expertise infirmière et sans encadrement adéquat, l'AQIIG est d'avis qu'il existe un risque important de voir s'échapper une occasion unique d'améliorer durablement les soins destinés aux aînés au Québec.

Nous vous remercions de votre attention et sachez que c'est avec une profonde conviction que nous restons à votre disposition afin de collaborer à tous travaux visant le rehaussement de la profession infirmière pour le mieux-être des personnes âgées. L'AQIIG demeure pleinement engagée à soutenir le développement de la spécialité ICS-PA afin qu'elle constitue un levier structurant pour l'évolution et la reconnaissance de la profession infirmière.



PIERRE-LUC DÉRY, PRÉSIDENT (BAS-SAINT-LAURENT)

Appuyé par les membres du conseil d'administration de l'AQIIG :

Judith Lafortune, vice-présidente (Montérégie)
Angélique Paquette, trésorière (Montérégie)
Sophie Roberge-Lemieux, secrétaire (Chaudière-Appalaches)
Geneviève Dionne, administratrice (Capitale-Nationale)
Marjolaine Landry, administratrice (Estrie)
Nancy Ouellette, administratrice et responsable des communications (Lanaudière)
Mélanie Thivierge, administratrice (Chaudière-Appalaches)

**L'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG) est un organisme à but non lucratif qui vise à promouvoir la qualité des soins et services de santé aux personnes âgées. Par la diffusion du savoir, elle favorise l'amélioration des compétences en soins en partageant de nouvelles connaissances et des expériences aux professionnels de la santé. De plus, elle prend position sur les grands enjeux sociétaux les concernant. L'AQIIG est active sur l'ensemble du territoire québécois.*

c.c.

France-Élaine Duranceau, Ministre responsable de l'Administration gouvernementale et de l'Efficacité de l'État et présidente du Conseil du trésor

Guillaume Cliche-Rivard, Porte-parole du deuxième groupe d'opposition en matière de services sociaux

Joël Arseneau, Porte-parole du troisième groupe d'opposition en matière de santé, de services sociaux et de soins à domicile

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)

L'Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec (ACIIQ)

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIC)

Le réseau de l'Université du Québec (UQ)

- UQAC (Université du Québec à Chicoutimi)
- UQAR (Université du Québec à Rimouski)
- UQAT (Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue)
- UQO (Université du Québec en Outaouais)
- UQTR (Université du Québec à Trois-Rivières)

Les autres universités québécoises

- Université de Montréal (UdeM)
- Université de Sherbrooke
- Université Laval
- Université McGill

Le secrétaire international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF)

L'Office des professions du Québec

Marc Tanguay, Porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé

Martine Biron, Ministre de l'Enseignement supérieur

Philippe Voyer, expert reconnu dans le domaine des soins infirmiers gériatriques

Sonia Bélanger, Ministre de la Santé, Ministre responsable des Aînés et des Proches aidants

J'AI LU ET J'AI VU !

Au moment où la pandémie faisait rage, les établissements réservés aux aînés ont été montrés du doigt quant à la qualité des soins dispensée dans ceux-ci et la qualité de vie de ses résidents. Ces établissements se sont multipliés au fil des ans et malgré tout, les listes d'attentes pour y entrer sont souvent très longues, particulièrement en centre d'hébergement et de soins de longues durées (CHSLD). Sans compter les différentes appellations; RPA, RI, MDA et CHSLD. Quelles sont les différences entre ces différents types d'hébergement? Lesquels sont privés, publics? Quels soins y retrouve-t-on? Le **Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA)** nous aide à s'y retrouver grâce à une nouvelle publiée sur son site, le 12 décembre 2025, <https://www.rqra.qc.ca/news/etablissements-aines-quebec> intitulée «*RI, CHSLD, MDA et RPA: guide des établissements destinés aux aînés au Québec*».



De plus, on retrouve sur ce site, les coordonnées de tous les établissements de ce regroupement dans la province et des conseils quand vient le temps d'en choisir un pour son proche

ou pour soi-même. De plus, des conférences et webinaires sont disponibles pour les employés et les gestionnaires pour se mettre à jour et améliorer la qualité des soins.

Pour assurer cette qualité des soins, certains établissements sont visités pour évaluer la qualité du milieu de vie, par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il s'agit des CHSLD publics et privés, conventionnés ou non, et des ressources intermédiaires (RI) et de type familial (RTF). Les rapports de ces visites et les plans d'amélioration soumis sont publics et disponibles à l'adresse suivante: <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/visites-evaluation-qualite-milieu-vie>. Quant aux résidences privées pour aînés (RPA), elles sont également inspectées. La nature de cette inspection se rapproche de celle d'Agrément Canada, y compris des exigences concernant la santé et la sécurité des résidents de ces RPA. La réussite de cette démarche leur accorde un certificat de conformité pour une période

de quatre ans. Cette certification est une exigence légale, sans quoi elles doivent fermer leurs portes.

En terminant, il faut souligner le rapport de projet réalisé par le **groupe CIRANO**, organisme sans but lucratif. Cette recherche a porté sur la perspective des résidents, des employés et des gestionnaires des RPA. Ces résidences ont eu mauvaise presse pendant la Covid-19, alors qu'il y avait peu de données sur ces résidences et qu'une grande proportion de personnes âgées y vive.

En plus de faire le portrait global de ces établissements et de leur évolution depuis les dernières années, le rapport signale certains problèmes rencontrés, ainsi que les défis et enjeux à envisager pour les prochaines années. Ces résultats mériteraient d'être connus des professionnels de première ligne. Une réflexion, particulièrement des équipes du réseau public pourrait améliorer le partage des ressources entre les réseaux publics, privé et communautaires au profit des résidents en RPA, particulièrement les plus petites, afin d'améliorer la qualité de vie et des soins des personnes âgées qui résident dans ces établissements

Les coordonnées de ce rapport de projet sont les suivantes:

Bourassa Forcier, M., Dumont, D., & Prevosto, H. (2024). *Les résidences privées pour aînés (RPA) au Québec: enjeux et opportunités* (2024RP-03, Rapports de projets, CIRANO.) <https://doi.org/10.54932/JUAJ9460>

Le document est disponible en pdf à l'adresse suivante: <https://cirano.qc.ca/files/publications/2024RP-03.pdf>



LES RÉSIDENCES PRIVÉES
POUR AÎNÉS (RPA) AU QUÉBEC:
ENJEUX ET OPPORTUNITÉS



AQiiG

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gérontologie

 facebook.com/aqiigqc/

Courriel: info@aqiig.org