

La Gérontoise

Volume 27, numéro 1 - Printemps 2016

La musique et son
action thérapeutique

AQiiG 

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gérontologie

La Gérontoise
Printemps 2016, vol. 27, no. 1

AQIIG

4565, chemin Queen-Mary
Montréal, QC, H3W 1W5
site web : www.aqiig.org
courriel : info@aqiig.org
téléphone : 514 340-2800, poste 3092

Présidente de l'AQIIG
Francine Lincourt Éthier

Rédaction

Rédactrices
Huguette Bleau
Olivette Soucy

Conseillère clinique
Johanne Senneville

Révisseuses linguistiques
Huguette Bleau
France Collin
Olivette Soucy

Création graphique et mise en page
73DPI

Collaborateurs

Sophie Barsetti
Mohamed Belhattab
Christine Cantin
Louise Drouin
Sophie-Anne Dubuc
Francine Lincourt Éthier
Émilie Ferreira
Chloé Fortin
Louise Francoeur
Lise Gagnon
Nathalie Gosselin
Rita Hajjar
Geneviève Hamel
Robert Ingari
Audrey Rochette-Jalbert
Manon Lachapelle
Hervé Platel
Robert Veillette

Dépôt légal
1^{er} trimestre 2016
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 1183-8051

Politique éditoriale

La Gérontoise est publiée deux fois par année par l'Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers en Gérontologie.

Cette revue est destinée à tous ses membres ainsi qu'à toute personne intéressée par la gérontogériatrie. Elle présente les résultats des différentes recherches réalisées dans ce domaine, les projets cliniques et les expériences vécues dans les milieux de soins ainsi que les travaux d'étudiants universitaires. Les opinions émises n'engagent que les auteurs.

Tous les articles peuvent être reproduits 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.

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 d'abonnement

La Gérontoise est envoyée gratuitement à tous les membres. Pour faire partie de l'Association, vous devez compléter une demande d'adhésion.

Le coût de l'abonnement est de 35\$ pour un an et de 60\$ pour deux ans (étudiant et retraité), de 50\$ pour un an et de 85\$ pour deux ans (membre régulier), de 100\$ pour un an et de 170\$ pour deux ans (membre corporatif).

Pour plus d'information, consulter le site internet www.aqiig.org, ou communiquer au 514 340-2800, poste 3092.

4

Mot de la présidente

6

Éditorial

7

Impacts multidimensionnels du chant choral
pour les personnes âgées en perte d'autonomie

**Louise Drouin, Lise Gagnon, Hervé Platel,
Robert Ingari, Nathalie Gosselin**

18

La communication grâce à la musicothérapie

Micheline L'Espérance

20

Chanter pour communiquer malgré l'aphasie

Christine Cantin

24

Faire de la musique pour animer les milieux de
soins gériatriques

**Louise Francoeur, Olivette Soucy,
Robert Veillette**

27

L'utilisation de la musique pour diminuer la
douleur postopératoire

**Mohamed Belhattab, Anne-Sophie Dubuc,
Émilie Ferreira, Chloé Fortin, Geneviève
Hamel, Rita Hajjar, Audrey Rochette-Jalbert**

36

Création du Prix Daniel Laferrière reconnaissant
l'excellence du travail de préposé aux bénéficiaires

Sophie Barsetti

38

L'infection urinaire et la bactériurie
asymptomatique chez les personnes âgées,
non porteuses de sondes urinaires

Manon Lachapelle

Mot de la présidente



Chers collègues,

C'est par une belle journée ensoleillée que je vous écris. Quelle joie! C'est aussi la journée de la francophonie. Je souligne ce fait pour mettre en exergue la qualité du français que vous retrouvez, parution après parution, dans notre revue *La Gérotoise*. Un merci sincère aux différents auteurs ainsi qu'aux membres du comité de révision des textes pour leur souci constant d'un français impeccable.

Aussi, vous arrive une **première parution numérique!**

En effet, votre Association prend le « virage vert » de l'écologie et tend, par le fait même, à rejoindre davantage la jeune génération! iPhone, tablette et cie. sont maintenant les outils de communication, privilégiés par la grande majorité. Nous suivons le courant actuel!

De plus, vous l'avez sûrement constaté, votre Association est de plus en plus présente. En effet, depuis janvier dernier, nous communiquons avec vous via une Infolettre. Ce mode de communication sera utilisé tous les trois mois afin de vous tenir au courant de nos différentes activités et vous informer de sujets pouvant vous intéresser. Et, tant qu'à se moderniser, nous faisons le « grand saut »! Nous serons aussi présents via une page Facebook. C'est à suivre!

Le 21 avril 2016 a eu lieu notre assemblée générale au cours de laquelle trois postes étaient en nomination, dont celui de la vice-présidente. Au nom des membres du CA et en votre nom, je remercie Madame Bleau pour son indéfectible soutien durant ses années comme administratrice ainsi que comme membre du comité de révision. Bonne continuation, Huguette, dans tes nombreux projets!

En ce qui me concerne, je quitte la présidence de l'Association après dix ans de collaboration avec une équipe dynamique, qui s'est renouvelée ponctuellement au cours des années, ayant toujours comme objectif de faire rayonner le savoir infirmier gériatogériatrique. Ces femmes que j'ai eu le privilège de côtoyer tout au long de cette présidence, issues de divers milieux, étaient toutes généreuses de leur temps, de leur compétence, de leur humanisme. Elles étaient surtout convaincues de leur engagement envers les aînés du Québec pour des soins infirmiers de qualité. Elles ont joué un rôle primordial dans le renouvellement de notre Association, tout au long des années, dans un engagement sociétal de plus en plus actif. Merci à chacune d'entre vous, chère administratrice, et bonne continuation!

Et, quant à vous chers collègues, merci de votre confiance et de votre soutien au cours de ces dix années et soyez assurés de l'ardeur sans cesse renouvelée de votre CA à vous représenter et à poursuivre la mission de l'AQIIG.

MERCI!

Francine Lincourt Éthier
Présidente

Le Groupe Champlain inc. est un regroupement de treize (13) CHSLD privés conventionnés situés dans plusieurs régions du Québec. Le Groupe Champlain offre des services à des personnes qui, privées de leur autonomie physique ou intellectuelle, ont besoin d'un milieu de vie de qualité respectant leur individualité.



Groupe Champlain est un employeur important du réseau de la santé qui est à la recherche des candidats prêts à relever de nouveaux défis dans les domaines suivants :

Infirmière

Infirmière auxiliaire

Préposé(e) aux bénéficiaires

Préposé(e) à l'entretien ménager

Cuisinier(ère)

Aide-cuisinier(ère)

Aide en alimentation

Si vous cherchez :

- À développer vos talents,
- Un milieu de travail stimulant avec une forte culture de la qualité,
- Une réelle perspective de développement de carrière,
- Les mêmes conditions de travail et avantages sociaux que dans le réseau de la santé,
- Un environnement agréable et des horaires de travail souples,

Vos talents, vos ambitions et votre énergie seront mis à contribution dans nos équipes. Faites-en partie!



Le Groupe Champlain

- Préconise l'approche Milieu de vie axée sur les besoins des résidents;
- A reçu la Mention d'honneur d'Agrément Canada pour la qualité de ses soins et services;
- Fait partie du réseau Planetree pour l'amélioration de l'expérience de soins de santé et de services.

Nous souscrivons au principe de l'accès à l'égalité. Les candidatures des minorités visibles, de minorités ethniques, des autochtones, des personnes handicapées et des femmes sont encouragées. Des mesures d'adaptation peuvent être offertes aux personnes en fonction de leurs besoins.

Faites parvenir votre curriculum vitae
En ligne : www.groupechamplain.qc.ca/emploi

Nous remercions toutes les personnes qui poseront leur candidature, mais seules celles retenues seront contactées.



Réseau
PLANETREE
Québec



Éditorial

La musique et ses nombreux bienfaits sont le thème central du présent numéro. Outil non verbal de communication efficace auprès de tout être humain, ses effets positifs sont observés lorsque utilisé auprès des personnes malades, jeunes et plus âgées, actives, en perte d'autonomie ou en fin de vie. Le sentiment de bonheur qui s'installe est apaisant pour tous.

Les auteurs présentent diverses situations dans lesquelles la musique est utilisée et les résultats constatés.

Mesdames Louise Drouin et Lise Gagnon et leurs collaborateurs ont poursuivi une recherche sur les retombées du chant choral auprès de personnes de 65 ans et plus. Cette équipe de chercheurs s'intéressait surtout aux impacts cognitifs et psychologiques du chant choral pour les personnes âgées, en perte d'autonomie. Les résultats sont encourageants.

Une musicothérapeute, madame Micheline l'Espérance travaille en CHSLD auprès de groupes de personnes âgées. Elle anime des activités de chant auprès de la clientèle hébergée ou vivant à domicile et qui font une visite au Centre de jour de l'Institution. Les participants sont enthousiastes et espèrent les moments de rencontres.

Madame Christine Cantin, chef de chorale, dirige un groupe de personnes aphasiques et obtient des résultats surprenants. Ils sont attribuables à la réussite de leur engagement et au bonheur ressenti par les participants de pouvoir chanter à leur goût.

Une entrevue avec madame Monique Bailly, infirmière et musicienne, se révèle passionnante. Elle évoque les souvenirs d'événements musicaux vécus durant sa longue carrière auprès des personnes âgées en perte d'autonomie physique ou cognitive. Pour eux, elle intégrait, avec bonheur, musique et chant aux interventions infirmières courantes. Elle alimentait même musicalement les rencontres entre infirmières.

Pour leur part, un groupe d'étudiants de l'Université de Montréal (campus Laval), finissants au baccalauréat en sciences infirmières, en stage dans un département de chirurgie, ont traité de l'importance de la musique auprès des personnes, âgées ou non, vivant une période de récupération après une chirurgie. Ils présentent les bienfaits que la musique apporte pour le soulagement de la douleur.

Enfin, Manon Lachapelle, parle d'une problématique importante et récurrente : l'infection urinaire. Elle suggère des interventions pour la reconnaître et la traiter.

Puis, dans l'article de madame Sophie Barsetti, prenez note du tout nouveau prix attribué au meilleur préposé aux bénéficiaires du Québec. Ce prix, nommé en l'honneur de son premier récipiendaire, vient enfin reconnaître formellement l'immense travail au quotidien de ces femmes et de ces hommes si dévoués.

Faciliter le bien-être des personnes âgées confiées à leurs soins par la musique qui distrait, fait oublier la douleur, ranime des souvenirs, fait partie intégrante du mandat de chaque soignant. Fredonner, au moment des soins de qualité, des airs aimés et connus par la personne hospitalisée ou hébergée, lorsque le climat s'y prête, reste une intervention facile à réaliser qui favorise la communication et crée un climat agréable.

L'équipe de rédaction

Impacts multidimensionnels du chant choral pour les personnes âgées en perte d'autonomie

Louise Drouin, B., Musique; Lise Gagnon, Ph. D., Neuropsychologie; Hervé Platel, Ph. D., Neuropsychologie; Robert Ingari, M. Musique; Nathalie Gosselin, Ph. D., Neuropsychologie

Le chant choral est reconnu pour promouvoir le bien-être, la santé et la participation sociale, même chez les personnes très âgées. Devant l'ampleur du phénomène du vieillissement des populations, les auteurs ont voulu mesurer, de manière systématique, les impacts du chant choral sur la santé de personnes âgées en perte d'autonomie. Pour ce faire, les effets du chant choral ont été comparés à ceux d'ateliers de conférences, ainsi qu'à l'absence d'intervention. Vingt et une personnes âgées en moyenne de 85 ans et sans troubles cognitifs ont participé à cette étude. Elles ont d'abord été soumises à des mesures de *niveau de base* avant le début des interventions; les mêmes mesures ont ensuite été prises juste avant la fin des interventions, ainsi que trois mois suivant la fin des interventions. La participation sociale et la prise de médicaments ont, pour leur part, fait l'objet de mesures continues. Les résultats ne démontrent pas d'effet significatif entre les groupes mais suggèrent une amélioration de la cognition et une augmentation de la participation à des activités sociales pour le groupe Chorale. La réplication de l'étude, notamment avec plus de participants, paraît souhaitable.

Le vieillissement démographique serait un des plus grands défis à relever selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Or, le chant choral pourrait bien représenter une forme d'intervention à privilégier, au-delà de la sphère du loisir. Le chant choral exige un travail attentif de la part des interprètes car il s'effectue à plusieurs voix (polyphonique) sous la direction d'un chef de chœur, ce qui diffère du chant à l'unisson, où tous chantent d'une même voix. Il se compose non seulement d'harmonies en produisant plusieurs sons simultanément, mais également de mots et de rythmes qui peuvent différer d'une voix à l'autre. Le chant polyphonique nécessite ainsi une solide organisation et requiert un chef possédant un minimum de qualifications musicales (Holst, 1973), de même qu'un programme adapté aux

participants (Moyne-Larpin, 1999). Le chant choral conviendrait par ailleurs à une population même très âgée, notamment par le peu d'exigences physiques qu'il impose et les multiples bienfaits qu'il apporte (Bungay, Clift et Skingley (2008); Clift, Hancox, Staricoff et Whitmore (2008); Willingham, 2005).

Plusieurs choristes attesteraient de l'importance du réseau social que représente une chorale (Baird, 2008; Bungay et al., 2008; Cohen et al., 2006; Bouchon, 2009; Bailey et Davidson, 2002; Zanini et Leao, 2006), en rattachant la pratique du chant choral à la participation sociale. Baird (2008) a notamment cherché la signification de l'appartenance à une chorale auprès de 404 choristes du Centre et de l'Est du Canada. Cette étude exploratoire a comparé les bénéfices auto-rapportés des choristes par groupes d'âge (18-34; 35-59; 60+) et par taille des chœurs (petit, moyen, grand) à 18 questions concernant l'humeur, la relaxation, le plaisir, les émotions suscitées, la connexion avec les autres, la camaraderie et l'amitié, la stimulation intellectuelle, l'accomplissement, la satisfaction et l'affiliation. Les deux groupes de participants plus âgés ont répondu de manière plus positive que leurs cadets concernant une amélioration de l'humeur, de la relaxation, du sens de l'accomplissement et de l'affiliation. Baird (2008) souligne que les plus âgés, ceux-là mêmes qui doivent faire un plus grand effort que leurs cadets pour participer à la chorale, en apprécieraient davantage les bienfaits, comme l'éloignement des soucis, un sentiment d'accomplissement, une stimulation mentale et le plaisir des échanges sociaux.

Or, au terme d'une méta-analyse documentaire des liens possibles entre la participation sociale et l'état de santé des aînés, divers bienfaits ont été relevés, notamment un ralentissement du déclin cognitif et fonctionnel dû au vieillissement, la diminution de la consommation de médicaments

et des symptômes dépressifs, une amélioration de la perception de l'état de santé et de la sensation du bien-être.

Des chercheurs parlent de la simultanéité des stimuli sociaux, cognitifs et physiques inhérents à la participation sociale, stimuli qui s'influenceraient mutuellement (Raymond, Gagné, Sévigny et Tourigny, 2008; Gilmour, 2012). Une étude de cas incluant 70 aînés autonomes et des étudiants d'une école secondaire, a par ailleurs, noté le développement des affinités entre les générations et une grande satisfaction des aînés dans l'expérimentation d'une harmonie (musique instrumentale) intergénérationnelle (Alfano, 2008). Ce bienfait est d'autant plus intéressant que l'on attribuerait à une participation sociale accrue un moindre taux de mortalité (Bennett, 2002).

Quelques études ont jusqu'ici montré, de manière systématique, les bienfaits du chant choral chez les aînés, tant sur le plan de la santé physique que sur celui de la santé psychologique. Trois études retiennent particulièrement l'attention. Celle de Clift, Skingley, Coulton et Rodriguez (2012) proposait un essai randomisé visant à démontrer l'efficacité et la rentabilité du chant choral dans un contexte de promotion de la santé chez les aînés. Deux cent quatre-vingt treize participants aînés autonomes d'au moins 60 ans ont été assignés aléatoirement à deux groupes, un groupe de chant choral et un groupe contrôle, pendant 12 semaines. Le chant choral hebdomadaire se partageait en cinq chœurs, tous dirigés par des musiciens expérimentés du programme *Sing for your life*.

Des mesures de la qualité de vie liée à la santé mentale ont été administrées aux participants avant le début des 12 semaines de chant, à la fin, puis à nouveau 12 semaines plus tard. Les résultats ont montré un avantage pour le groupe de chant choral, même trois mois suivant la fin des répétitions.

L'étude de Cohen et al. (2006) a pour sa part ciblé davantage de variables. Cent soixante-six personnes autonomes âgées d'au moins 65 ans devaient choisir de faire partie ou non du groupe chorale comptant une direction professionnelle. L'intervention s'étendait sur deux sessions de 15 semaines, incluant des répétitions hebdomadaires et plusieurs concerts. Des mesures de l'humeur, de la solitude et de la dépression ont été réalisées, et un carnet personnalisé permettait de compiler les visites médicales, les médicaments consommés, le nombre de chutes et les activités sociales réalisées. Les mesures ont été prises en deux temps : avant

de commencer et un an après le début de l'activité chorale. Les résultats ont montré que le groupe chorale présentait une meilleure auto-perception de la santé, un moins grand nombre de visites médicales et de médicaments consommés, ainsi qu'un moins grand nombre de chutes. Sakano et al. (2014) ont, pour leur part, examiné les effets du chant sur l'immunocompétence et sur la santé psychologique d'aînés. Quarante-quatre participants âgés de plus de 60 ans devaient chanter trois chansons. Les effets de ce chant étaient examinés via divers paramètres de la santé buccale (p.ex. Cortisol salivaire), ainsi que par le biais de questionnaires (p.ex. VAS) administrés avant et après le chant. Les résultats ont montré une amélioration significative suite au chant, tant au niveau des mesures physiologiques que psychologiques.

Bien que plusieurs données empiriques tendent à démontrer les bienfaits du chant choral chez les aînés, les études réalisées jusqu'ici présentent plusieurs écueils limitant la validité des résultats. Ainsi, peu d'études ont inclus des groupes de participants dont l'âge et la santé cognitive étaient bien définis. Peu d'entre elles ont inclus un groupe témoin (contrôle). L'inclusion d'un groupe de comparaison aurait, en outre, permis de mesurer la spécificité des effets du chant choral. Enfin, les interventions proposées sous la forme du chant choral ont généralement été très peu décrites.

Dans un rapport sur la recherche liée aux arts, à l'apprentissage continu et au bien-être (National Endowment for the Arts, 2011), il est fortement recommandé de reprendre le type d'étude entreprise par Cohen et al. (2006) pour démontrer comment la participation à des programmes artistiques peut améliorer la santé, l'humeur et la cognition chez les aînés, en plus d'explorer la richesse des échanges intergénérationnels qu'elle pourrait permettre. La présente étude a été réalisée dans le but de répondre à cette recommandation, en prenant soin d'ajouter un groupe de comparaison. Par ailleurs, les avenues complémentaires ont été explorées afin de mieux connaître les possibilités d'un tel programme musical. La présente étude proposait ainsi d'étudier des aînés en perte d'autonomie, afin de rejoindre ceux qui n'auraient pas eu accès à une telle activité, tout en intégrant le soutien de jeunes étudiants dans une démarche intergénérationnelle.

Objectifs de l'étude

L'objectif général de la présente étude était de mesurer les impacts d'un programme de chant choral sur le bien-être et la cognition de personnes d'au moins 60 ans en perte d'autonomie. Elle visait plus précisément à vérifier l'impact du chant choral sur différentes variables de la santé physique (nombre de visites médicales, prises de médicaments, nombre de chutes), et de la santé psychologique (bien-être et cognition) ainsi que sur la participation sociale (nombre d'activités de groupe). Elle souhaitait également contribuer au développement d'une vision plus positive du vieillissement, et d'ouvrir la porte aux artistes (dans ce cas-ci, aux musiciens) professionnels dans une démarche amie des aînés. Il s'agissait également d'encourager les échanges intergénérationnels dans l'apprentissage musical et autre, par des activités créatives dans le milieu de vie des participants.

Méthode

Devis expérimental

Un devis de recherche quantitatif à trois groupes a été adopté. Il s'agit d'une étude analytique d'intervention dont la finalité est appliquée. Le devis longitudinal s'est étendu sur deux saisons d'intervention, puis sur une autre saison post-intervention, intercalées de quelques semaines d'arrêt, pour un total de 43 semaines. Ce devis quasi-expérimental comportait des pré-tests (mesure du niveau de base, Temps 1 [T1]) et des post-tests (fin de l'intervention, Temps 2 [T2]), ainsi que des post-tests trois mois suivant la fin des interventions (Temps 3 [T3]). Une éclosion survenue à la résidence hôte a affecté ce 3^e temps de mesure. En conséquence, les mesures du T3 n'ont pu être incluses dans les analyses des résultats.

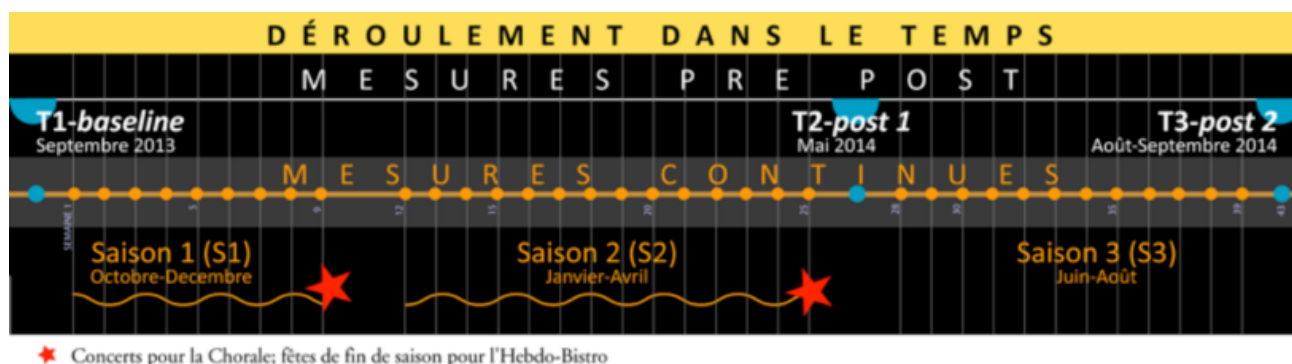


Figure 1 – Étalement dans le temps des interventions et des prises de mesures

Participants

Vingt-et-un participants âgés de 60 ans et plus et en perte d'autonomie physique (vivant en résidence pour personnes âgées) ont participé à cette étude. Leur participation a permis de former trois groupes: celui des personnes impliquées dans le chant choral, celui des participants à une activité de comparaison (permettant de mesurer la spécificité des effets du chant choral) et celui des personnes n'étant impliquées dans aucune activité particulière et représentant le groupe témoin. Le Tableau 1 présente les caractéristiques démographiques des participants de chacun des groupes, ainsi que leur score au 3MS (Hébert et Girouard, 1992), et à l'échelle de mesure globale de la cognition de Matis, (1976). Les analyses non-paramétriques (tests Kruskal Wallis) effectuées confirment que les groupes ne différaient pas en terme d'âge, de niveau de scolarité, ou en ce qui

a trait à leur niveau de fonctionnement cognitif. D'ailleurs, ce dernier se situe dans la moyenne. L'autonomie fonctionnelle, telle que mesurée par le *Questionnaire sur les activités fonctionnelles* (QAF) (Pfeffer, Kurosaki, Harrah, Chance et Filos, 1982) paraît par ailleurs significativement meilleure chez les participants du groupe chorale que pour les deux autres groupes.

Les capacités auditive et visuelle de même que les affinités avec le chant et la musique ont été considérées dans le partage des groupes. De courtes rencontres ont permis de vérifier l'état de la voix, l'aptitude à reproduire un son juste et les connaissances musicales des candidats intéressés à participer à la chorale. Ils devaient en outre être suffisamment autonomes pour participer aux activités proposées et être soumis aux différentes mesures de l'étude.

Tableau 1

Présentation des caractéristiques démographiques des participants, de leurs scores à l'échelle de Matis, au 3MS ainsi qu'au QAF, en fonction de chacun des groupes.

Groupes (n)	F	Âge (étendue)	Scolarité (étendue)	Matis	3MS	QAF (étendue)
Chorale (10)	8	85,3 (78-92)	11,8 (5-16)	138,7	91,2	5,3 (0-18)
Hebdo-Bistro (7)	7	85,8 (78-92)	12,7 (8-17)	136,6	89,6	9,1 (9-16)
Témoin (4)	2	80,7 (78-85)	11,2 (6-15)	134,5	88,8	11,0 (9-14)
^a Sig.		0,329	0,870	0,113	0,113	0,046

* Test de Kruskal Wallis; n = nombre de participants; F = femme

Description des interventions

Groupe Chorale. Cette activité comptait sur un chef de chœur soit la coordonnatrice de l'étude et première auteure, puis sur un pianiste accompagnateur ainsi que sur quatre chefs de pupitre, tous étudiants en musique à l'Université de Sherbrooke (UdeS). La direction chorale et le recrutement des musiciens ont été réalisés sous le mentorat du responsable du programme de direction chorale à l'École de musique de l'UdeS, Robert Ingari. Chaque semaine, les participants se présentaient d'eux-mêmes au local assigné, pour une période d'environ deux heures, se terminant par des rafraîchissements. Un réchauffement vocal et physique, incluant des exercices de posture, précédait les séquences d'apprentissage technique et de chant, parfois en pupitres séparés, soit les altos, les basses, les ténors et les sopranos, en visant la connaissance et la maîtrise des pièces au programme. Le répertoire tenait compte des goûts des choristes : des chants de Noël pour la première saison, puis des chants d'ici (Vive l'Estrie, Gens du pays) et d'ailleurs (Lord, I want, Gloria de Vivaldi) à la deuxième saison. Des pièces polyphoniques à quatre voix, plus difficiles, puis des pièces à l'unisson et des canons se succédaient en respectant les forces et les limites des choristes, dont leur amplitude vocale. Chacune des deux saisons s'est terminée par un concert public dans la grande salle de la Résidence qui accueillait habituellement les musiciens invités.



Chorale en concert, printemps 2014

De gauche à droite : Louise Drouin, directrice musicale, Christine Bolduc, chef de pupitre, Jacqueline Lafontaine, résidente (partiellement cachée), Olivette Savary et Bernadette Baillargeon, choristes résidentes, Alexa Daigneault Desroches, chef de pupitre alto, Fernande Boucher et Carmen Déry, choristes résidentes.

Groupe comparé : Hebdo-bistro. Cette intervention tendait à offrir un cadre et un programme comparables à la chorale par la structure (un groupe avec animateur, des échanges à la fin autour d'une table) sans toutefois être musicale. L'activité a également été animée par la coordonnatrice de l'étude et soutenue par une équipe de quatre stagiaires de l'UdeS sous la gouverne de la directrice de l'Étude, Lise Gagnon. Comme au groupe Chorale, les participants se présentaient chaque semaine pour des rencontres d'environ deux heures et, comme pour la chorale, ceux qui en manifestaient le besoin étaient accompagnés par une étudiante dans leur déplacement. Les rencontres commençaient avec la présentation de la conférence, d'environ 45 minutes, suivie d'une période de questions, puis d'un léger goûter pour

favoriser les échanges entre les experts invités, l'équipe de recherche et les participants. Les conférenciers invités provenaient tour à tour du Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV¹), de l'équipe de recherche, d'artistes et d'experts touchant, entre autres, à l'alimentation, la musique, la mémoire, le sommeil, la prévention des chutes en plus d'ateliers de peinture et d'écriture. Les fêtes de clôture ont eu lieu à la fin de chacune des deux saisons. La deuxième fête a impliqué la préparation d'un vernissage des œuvres réalisées puis d'un compte-rendu public du contenu des deux saisons.



Hebdo-Bistro (HB) Les tabliers, printemps 2014
De gauche à droite : Coralie St-Pierre, stagiaire et coanimatrice de l'activité; Carmen Bonneau, résidente peintre; Marie-Andrée Domingue et Camille Guibert Morin, stagiaires; Réjane McDonald, artiste résidente (décédée), Thérèse Talbot, résidente peintre et Julie Castonguay, stagiaire et coanimatrice de l'activité.

Groupe témoin (sans activité). Il s'agissait d'un groupe de six personnes de la même résidence, qui ne participaient à aucune activité de recherche, mais pour qui les mêmes mesures que pour les autres groupes étaient recueillies.

Mesures des effets des interventions

Tout au long de l'étude, quatre types de mesures ont été obtenus, soit des variables de santé physique, de participation sociale, de santé psychologique et des variables cognitives. Les variables de la santé physique : la consommation de médicaments, le nombre de visites auprès de professionnels de la santé et le nombre de chutes ont été notés tout au long de l'étude par le groupe d'étudiants accompagnateurs dans un carnet personnalisé, représentant ainsi des mesures continues. La variable de participation sociale

était représentée par les activités participatives impliquant au moins deux personnes de plus que le participant.

Les variables de la santé psychologique qui ont été mesurées sont le bien-être, la dépression et l'auto-efficacité perçue, par le biais de l'échelle de bien-être général, la *Self-Representations of General Psychological Well-Being of American Adults* (Dupuy, H. J., 1978), l'échelle de dépression gériatrique (Sheik et Yesavage, 1986), traduite en français (Bourque, Blanchard et Vézina, 1990), et l'échelle d'auto-efficacité de Schwarzer et Jerusalem (1995).

Plusieurs variables spécifiques de la cognition ont également été mesurées soit : les fonctions exécutives via le *Trail Making Test A and B* (Partington, 1949), la mémoire de travail via le rappel de séquences de chiffres de l'échelle d'intelligence de Wechsler (2010), ainsi que l'évocation lexicale via la mesure des fluences verbales formelle et catégorielle (Cardebat, 1990). Ce test consiste à nommer le plus de mots commençant par une lettre donnée (formelle) ou faisant partie d'une catégorie sémantique (catégorielle) en 90 secondes.

Ces mesures ont toutes été administrées à la résidence des participants, par une même assistante de recherche qui ne connaissait pas les objectifs de l'étude.

Résultats

Analyses des données

Pour les analyses inférentielles, des tests non paramétriques ont été utilisés étant donné le peu de participants dans chacun des groupes. Le test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour évaluer la présence de différences entre les groupes pour chaque variable. Le test de Wilcoxon a été utilisé pour mesurer les différences entre les trois temps de mesure, pour chacun des groupes et pour chaque variable.

Pour les résultats obtenus aux mesures continues, des analyses visuelles précèdent des analyses statistiques. Ces dernières ont été réalisées à partir du test de Mann-Whitney, dans le but de comparer l'état des variables durant les périodes d'interventions par rapport à leur état en l'absence de toute intervention (en post-intervention), pour chacun des groupes.

Tableau 2

Moyenne (étendue) des résultats obtenus au 3MS pour chacun des trois groupes en pré [T1] et post [T2] interventions, et différences entre T2 et T1.

Groupe (n)	T1	T2	Différence T2-T1	Sig. ^a
Chorale (10)	91,2 (81-96)	93,3 (80-99)	2,1 (-2-8)	0,049
Hebdo-Bistro (7)	89,6 (-84-98)	90,4 (-77-98)	0,9 (-7-10)	0,458
Témoin (4)	88,6 (83-98)	87,5 (77-96)	-1,35 (-10-9)	0,461

a Test de Wilcoxon

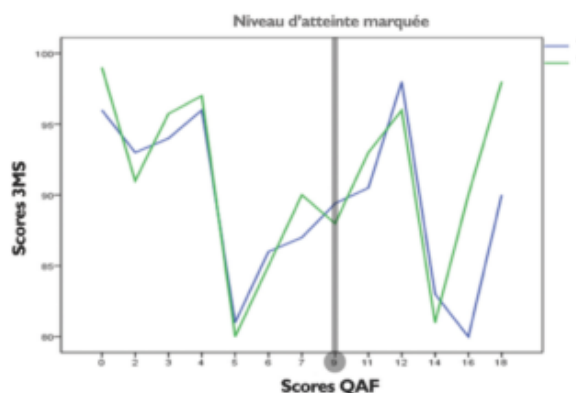


Figure 2 – Moyennes des résultats obtenus au QAF présentées en fonction de celles obtenues au 3MS, et ce, pour les T1 et T2.

Tableau 3

Moyenne (étendue) des résultats obtenus pour chacun des groupes à la mesure de fluence verbale formelle (T)

Groupe (n)	T1	T2	Différence T2-T1	Sig. ^a
Chorale (9)	10,1 (5-22)	13,2 (9-19)	3,1 (-6-9)	0,079
Hebdo-Bistro (7)	12,0 (6-21)	13,7 (9-20)	1,7 (-1-4)	0,058
Témoin (4)	9,7 (6-14)	9,3 (4-12)	-0,5 (-4-5)	1,000

a Test de Wilcoxon

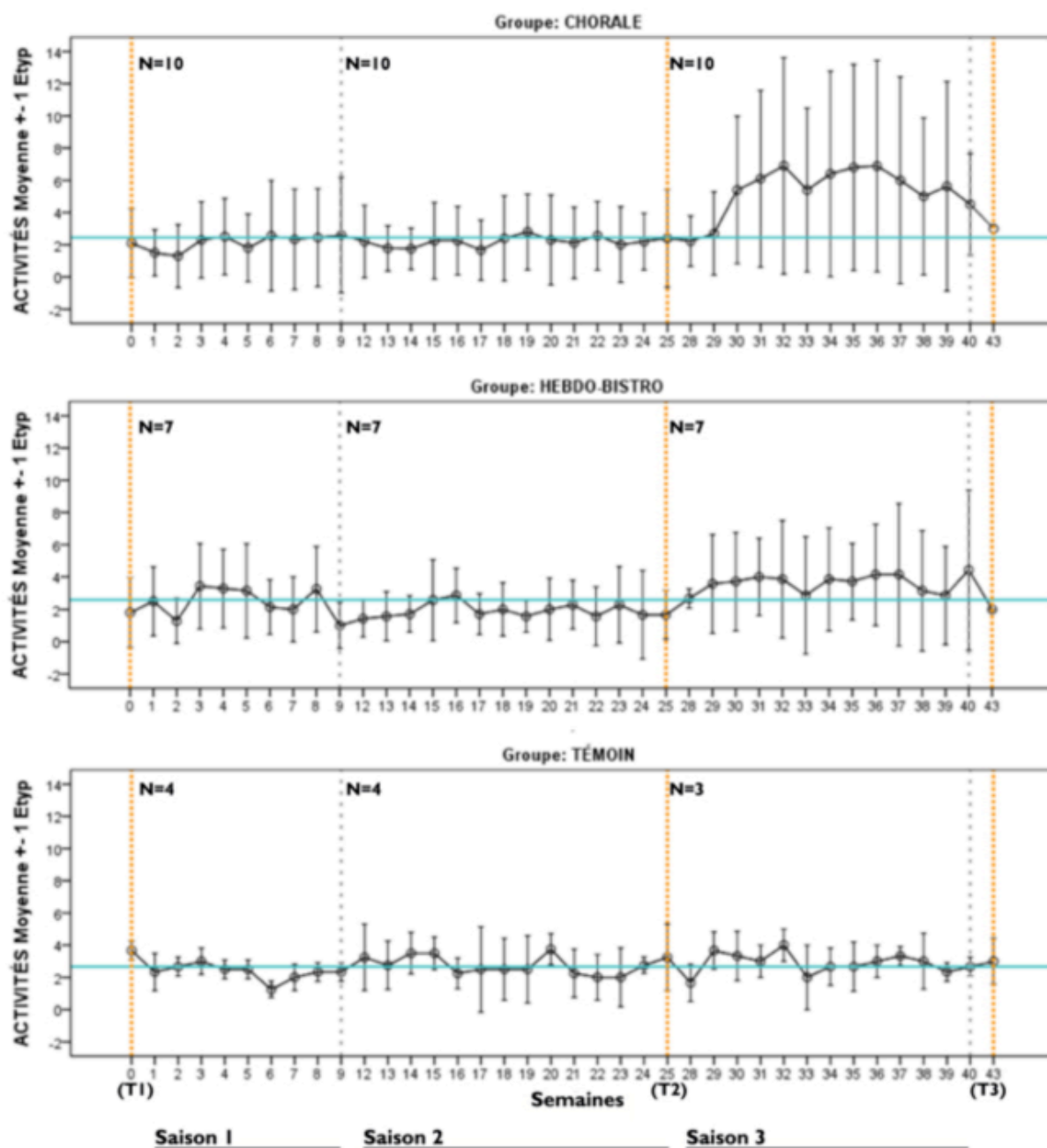


Figure 3 - Fréquence (moyenne et étendue) des activités sociales réalisées au cours de chacune des saisons de l'étude, pour chacun des groupes.

Dans l'ensemble

Aucun résultat significatif n'a été obtenu à partir des comparaisons entre les groupes. Par ailleurs, le plus petit nombre de participants du groupe Témoin nous incite à tenir compte davantage des deux groupes ayant bénéficié d'une intervention pour l'interprétation des résultats.

Les mesures qui se distinguent

La cognition. Au tableau 2, on observe, pour le groupe Chorale seulement, une différence significative entre les moyennes des résultats obtenus aux temps 1 et 2 au 3MS, soit avant et à la fin de l'intervention Chorale. Ce résultat suggère un effet bénéfique et spécifique du chant choral, d'autant plus que dans ce cas comme pour l'ensemble des mesures, on pourrait s'attendre à un certain déclin, vu la durée de la période entre les deux mesures (8 mois) et l'âge des participants.

Il est à noter que ce résultat ne semble pas pouvoir être attribuable uniquement au plus grand niveau d'autonomie du groupe Chorale, puisque, tel que représenté à la figure 2, les scores obtenus au 3MS ne sont, de toute évidence, pas corrélés à ceux obtenus au QAF.

La mesure de fluence verbale. Les résultats apparaissant au tableau 3 suggèrent une tendance à l'amélioration de la performance à la tâche de fluence verbale entre la mesure prise avant (T1) et après l'intervention (T2) pour le groupe Hebdo-Bistro. Ce groupe a bénéficié de rencontres hebdomadaires avec des experts, souvent des chercheurs du CdRV. L'intervention sollicitait principalement les habiletés verbales-orales, soit les mêmes que mesurées par la fluence verbale. Bien que l'intervention Chorale ait également sollicité ces habiletés, elle l'a peut-être fait dans une moindre mesure, si on tient compte de ces résultats.

La participation à des activités sociales. La Figure 3 témoigne du fait que les participants du groupe Chorale (C) ont rapporté avoir participé à un nombre moyen plus élevé d'activités sociales suite à la fin de l'intervention, en comparaison avec les saisons d'intervention. Cette observation est appuyée par les tests statistiques. En effet, une différence significative est présente entre les moyennes obtenues durant les saisons d'intervention et les moyennes obtenues à la troisième saison, et ce, seulement pour le groupe Chorale (C : $U = 23,0$ $p = 0,041$; Hebdo-Bistro, H-B : $U = 17,0$ $p = 0,338$; Témoin, T : $U = 8,0$ $p = 1,00$). Ceci

suggère un impact positif sur la participation aux activités sociales après la fin de l'intervention pour les participants ayant bénéficié du chant choral.

NOTE

Chaque point ouvert représente la moyenne des participants pour une semaine donnée (chaque semaine, à partir du T1, notée comme semaine 0). Un pointillé vertical orange marque les T1, T2 et T3, alors que la fin de la première et de la dernière saison apparaissent à l'aide d'un pointillé gris. La médiane de chaque groupe est représentée par une ligne horizontale turquoise.

Discussion

La présente étude s'intéressait aux impacts cognitifs et psychologiques du chant choral chez les personnes âgées en perte d'autonomie. Les résultats obtenus suggèrent un impact positif et spécifique du chant choral sur une mesure générale de la cognition et sur la participation sociale. De manière surprenante, les résultats obtenus en réponse à l'intervention comparée (Hebdo-Bistro) suggèrent une tendance à l'amélioration de la fluence verbale.

Plusieurs limites de cette étude sont toutefois à considérer dans l'interprétation de ses résultats. Ceux-ci pourraient être tributaires du faible nombre de participants dans chacun des groupes. De plus, l'assignation aux groupes de notre étude n'a pas été randomisée. Ce choix était justifié, notamment, par la nécessité de maximiser la rétention des participants. Cette procédure avait également été utilisée par Cohen et al. (2006) qui avait permis aux participants de choisir eux-mêmes l'un ou l'autre groupe de recherche (chorale ou contrôle). L'étude de Clift et al. (2008) avait, pour sa part, procédé par randomisation pour sélectionner les personnes qui allaient participer à la chorale plutôt qu'au groupe contrôle. Elle ne visait toutefois pas des personnes en perte d'autonomie. Il serait important que de futures études puissent privilégier le contrôle méthodologique de la randomisation, d'autant plus que les bienfaits du chant choral ont été démontrés comme étant indépendants du fait d'aimer ou non chanter (Sakano et al., 2014)

La plus grande autonomie fonctionnelle des participants du groupe Chorale doit également imposer une nuance à l'interprétation des résultats. Bien que l'autonomie ne paraît pas avoir été corrélée avec le fonctionnement cognitif des participants, d'autres variables que la cognition et liée à l'autonomie fonctionnelle pourraient

avoir permis de tirer davantage de profit de l'intervention Chorale sur le plan cognitif, comme par exemple, une meilleure santé générale.

Une autre limite de l'étude réfère au fait que les interventions n'étaient pas parfaitement appariées en regard de la nécessité d'une participation plus active que passive. Des interventions plus actives pourraient être plus appropriées telle que la cuisine comme dans l'étude de Narme et al. (2012).

Conclusion

Outre les mesures quantitatives, d'autres observations encouragent la réplication de l'étude. Par exemple, le rapport intergénérationnel a été très fortement apprécié des seniors, alors que les préjugés tombaient à mesure qu'on s'apprivoisait mutuellement. Une appréciation semblable a été exprimée de la part des étudiants. Ainsi, bien que leur implication ait représenté un travail exigeant, ils ont témoigné qu'elle aurait été un catalyseur de confiance en soi et une expérience d'enseignement pour certains, amenant un respect et une admiration pour ces gens plus âgés aux vies souvent inspirantes.

L'implication des écoles de musique et d'autres formes d'art gagnerait à être développée par des partenariats et des crédits académiques. La réalisation de vidéos et la diffusion des expériences pourraient faire partie des échanges avec les plus jeunes. Enfin, la promotion du chant choral et la formation adéquate de musiciens et chefs de chœur auprès de la clientèle du grand âge sont suggérées pour le bénéfice de tous les seniors.

Cette étude a bénéficié d'une subvention de Québec, *ami des aînés*.



Louise Drouin

B. Musique

Coordonnatrice : postulante à la maîtrise en gérontologie de l'Université de Sherbrooke.



Robert Ingari

Ph. D.

Cochercheur et mentor : M. Musique, professeur de direction chorale, École de musique, FLSH, Université de Sherbrooke.



Lise Gagnon

Ph. D.

Directrice : chercheuse au Centre de recherche sur le vieillissement CdRV, neuropsychologue, professeure agrégée en psychologie, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines (FLSH).



Nathalie Gosselin

Ph. D.

Cochercheuse : neuropsychologue, professeure adjointe en psychologie, Université de Montréal, chercheuse au Laboratoire international de recherche sur le cerveau, la musique et le son (BRAMS) et au Centre de recherche sur le cerveau, le langage et la musique (CRBLM).



Hervé Platel

Ph. D.

Codirecteur : chercheur, professeur en neuropsychologie, Université de Caen, France.

NOTE

1. Centre de recherche sur le vieillissement Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke 1036, rue Belvédère Sud, Sherbrooke, Québec, J1H 4C4

RÉFÉRENCES

Alfano, C. J. (2008). *Seniors' participation in an intergenerational music learning program*. McGill University (Canada). ProQ: Dissertations and Theses (762223891).

Bailey, B. A. et Davidson, J. W. (2002). Adaptive characteristics of group singing: Perceptions from members of a choir for homeless men. *Musicae Scientiae*, 6(2), 221-256.

Baird, M. J. (2008). Perceived benefits of choral singing: Social, intellectual, and emotional aspects of group singing. McGill University (Canada). ProQ: *Dissertations and Theses*, (304348746).

Bennett, K. M. (2002). Low level social engagement as a precursor of mortality among people in later life. *Age and Ageing*, 31(3), 165-168.

Bouchon, R. (2009). Les choristes retraités en Isère. Université de Grenoble (France). Master2, Direction de projets culturels, importé de http://www.culture52.fr/.../memoire-les-choristes-retraites-en-isere_131797808.

Bourque, P., Blanchard, L. et Vézina, J. (1990). Étude psychométrique de l'Échelle de dépression gériatrique. *Revue Canadienne du Vieillissement*, 9, 348-349-355.

Bungay, H., Clift, S. et Skingley, A. (2008). The Silver Song Club Project: Summary of a formative evaluation. UK: *Christ Church University*.

Cardebat, D. (1990) *Fluence verbale catégorielle et lexicale/ Animaux, fruits, meubles, lettre P. R. V*. Importé de <http://www.sgca.fr/outils/fluence.pdf>

Clift, S., Hancox, G., Staricoff, R. et Whitmore, C. (2008). Singing and Health: Summary of a Systematic Mapping and Review of Non-Clinical Research. Royaume-Uni: *Sydney De Haan Research Center for Arts and Health*. Consulté à l'adresse <http://canterbury.ac.uk/centres/sydney-de-haan-research>

Clift, S., Skingley, A., Coulton, S. et Rodriguez, J. (2012). A controlled evaluation of the health benefits of a participative community singing programme for older people (Silver Song Clubs). Royaume-Uni: *Sydney de Haan Research Centre for Arts and Health*.

Cohen, G. D., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly, J., Firth, K. et Simmens, S. (2006). The Impact of Professionally Conducted Cultural Programs on the Physical Health, Mental Health, and Social Functioning of Older Adults. *The Gerontologist*, 46(6), 726-734.

- Dupuy, H.J. (1978). *Self-Representations on General Psychologic Well-Being on American Adults*. Paper presented at American Public Health Association Meeting, Los Angeles, California, October 17.
- Gilmour, H. (2012). Participation sociale et santé et bien-être des personnes âgées au Canada. Statistique Canada no 82-003-X, *Rapports sur la santé*.
- Hébert, R., Bravo, G. et Girouard, D. (1992). Validation de l'adaptation française du Modified Mini-mental State (3MS) *Revue Gériatrique*, 17(8), 443-450.
- Holst, I. (1973). *Conducting a Choir*. Oxford University Press.
- Matis, S. (1976). Mental status examination for organic mental syndrome in the elderly patients. In: Bellak, L. et Karasu, T.B. (eds), *Geriatric Psychiatry*, New York: Grune and Stanton, 77-121.
- Moyne-Larpin, Y. (1999). *Formation aux pratiques musicales en gérontologie*, Desclée de Brouwer, Paris.
- Narme, P., Tonini, A., Khatir, F., Schiaratura, L., Clément, S. et Samson, S. (2012). Thérapies non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer : comparaison d'ateliers musicaux et non musicaux. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 10(2), 215-224. <http://doi.org/10.1684/pnv.2012.0343>.
- National Endowment for the Arts. (2011). *The Arts and Human Development Framing a national research agenda for the arts, lifelong learning, and individual well-being*. Washington, DC, USA.
- OMS : Organisation mondiale de la santé (2013). *Un réseau mondial de villes amies des aînés*. http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/fr/ Consulté le 28 mai 2013.
- Partington J.T. (1949). *An advanced Treatise on Physical Chemistry*. Londres: Longmans, Longmans.
- Pfeffer, R. I., Kurosaki, T. T., Harrah, C. H., Chance, J. M. et Filos, S. (1982). Measurement of Functional Activities of Older Adults in the Community. *Journal of Gerontology*, 37(3), 323-324-329.
- Raymond, É., Gagné, D., Sévigny, A. et Tourigny, A. (2008). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé : réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Québec: Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Sakano, K., Rio, K., Yoh, Y., Ryoko, N., Tamaki, A., Nakayama, R. et Saito, I. (2014). Possible benefits of singing to the mental and physical condition of the elderly. *BioPsychoSocial Medicine*. <http://doi.org/10.1186/1751-0759-8-11>
- Schwarzer, R. et Jérusalem, M. (1995). Échelle d'auto-efficacité généralisée (GSES). <http://userpage.fu-berlin.de/health/engscal.htm> Consulté le 29 mars 2013.
- Sheik, J et Yesavage, J. (1986). Geriatric depression scale (GDS): *recent evidence and development of a shorter version*. In Brink, D. (ed.), *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*, p. 165-173. New York: Hawthorn Press
- Skingley, A. et Bungay, H. (2010). The Silver Song Club Project: singing to promote the health of older people. *British Journal of Community Nursing*, 15(3), 135-140.
- Wechsler, D. (2000). WAIS-III Échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes - 3^e édition
- Willingham, T. L. (2005). A community of voices: Investigation of the Effects of Belonging to a Choir. *The Phenomenon of Singing*, 5, 328-346 <http://journals.library.mun.ca/ojs/index.php/singing/article/view/616/452> Consulté le 10 novembre 2015
- Zanini, C. R. et Leao, E. (2006). Therapeutic choir: A music therapist looks at the new millennium elderly. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 6(2), 221-256.

La communication grâce à la musicothérapie

Micheline L'Espérance, MTA, DESS en vieillissement, santé et société

La musicothérapie est importante pour ajouter une approche non-pharmacologique aux soins offerts. L'utilisation prescrite et structurée de la musique ou d'activités musicales dispensées par une professionnelle formée, aide à restaurer, à maintenir ou à améliorer le bien-être physique, émotionnel, social, cognitif et psychologique d'un individu. La musique possède des qualités non-verbales, créatives, structurales et émotionnelles qui facilitent le contact, l'interaction, la conscience de soi, l'apprentissage, l'expression, le développement personnel et la communication dans une relation thérapeutique.

La nature non-verbale de la musique est donc un atout important avec une clientèle en perte d'autonomie. Elle permet d'être en relation avec une personne sans utiliser de mots, de phrases ou de stratégies d'analyse complexes. Dans le moment présent, elle répond à un rythme, une phrase mélodique et harmonique par instinct, par réflexe. Ces échanges sont clairs, positifs et enrichissants. L'avantage de cette communication renforce le sentiment de compétence des clients. Ils ont accès à une expérience d'échange dans laquelle la réponse s'ajuste à leurs capacités. Le caractère expressif, directement lié aux émotions, les aide à évacuer les charges émotives.

Cet article décrit l'utilisation de la musicothérapie auprès des personnes âgées, en perte d'autonomie physique ou cognitive, ou les deux à la fois.

Comment intervenir auprès d'une clientèle âgée

De prime abord, il est primordial de bien connaître la personne, c'est-à-dire son état de santé, ses capacités, son histoire, ses origines, ses habitudes. Comme l'ensemble des membres d'une équipe, la musicothérapeute doit avoir un portrait général de la personne à qui elle s'adresse. Elle procède ensuite à son évaluation en rassemblant toutes les informations utiles et pertinentes, en particulier son histoire et ses habitudes musicales ainsi que ses réactions actuelles à la musique. L'observation des réactions générales et non-verbales est essentielle à ce type d'intervention. Le corps parle. Le mouvement, suscité par la musique, aide à créer et à établir un contact avec la personne:

les mains qui battent la mesure, les doigts qui pianotent, les pieds qui bougent en rythme ou tout autre mouvement spontané. Les réponses vocales sont souvent nombreuses et riches. Le chant, les vocalises et les sons vocaux sont autant d'indicateurs de communication d'une personne dans une relation avec l'autre.

Toutes ces informations permettent de fixer des objectifs, d'établir un plan d'intervention et d'orienter l'approche à utiliser. Dans le domaine de la musique, il est toujours possible de trouver ce qui est aidant pour une personne d'origine culturelle différente et qui ne parle ni français ni anglais.

L'effet de la musique

Partant de l'idée que lorsqu'une personne a la possibilité de s'exprimer, peu importe la façon, elle se libère de ses tensions et a le sentiment d'être entendue, d'être considérée comme un être à part entière. Voici un exemple où l'intervention en musicothérapie fait une différence. Il s'agit d'une personne en fin de vie, complètement recroquevillée sur elle-même et émettant un son vocal long et plaintif. La présence musicale l'aide à se détendre et à reposer calmement. La musique et la présence d'une personne empathique, attentive et offrant un contact privilégié peuvent s'avérer d'une aide significative.

Travail de la musicothérapeute¹

La musicothérapeute, peut offrir un espace sécurisant et enveloppant à une personne en fin de vie. Cette professionnelle connaît la musique et son impact. Elle est formée pour utiliser les approches spécifiques et les techniques d'interventions appropriées. Que ce soit le chant, l'utilisation des différents instruments de musique ou l'improvisation clinique vocale ou instrumentale, la musicothérapeute est là pour accompagner la personne dans ce qu'elle vit. Il en va de même pour une personne agitée, agressive, anxieuse ou dépressive. Le fait que l'intervenant fasse la musique permet de s'ajuster spontanément aux réactions variées, y compris celles plus difficiles comme l'augmentation de sons plaintifs, l'agitation physique, l'agressivité.

Dans la pratique, il est possible d'observer plusieurs effets réels de l'intervention en musicothérapie. Suite à l'établissement d'un plan d'intervention en collaboration avec l'équipe de soins, des changements observables et mesurables peuvent survenir. Voici des exemples d'objectifs visés par l'intervention en musicothérapie : diminuer l'isolement, stimuler l'action physique, augmenter la motivation à s'investir dans le quotidien, diminuer l'agitation, s'adapter au nouveau milieu de vie, etc. Il est fréquent d'observer des améliorations chez une personne suite à son implication dans une relation musicale thérapeutique régulière. Bien sûr, on peut fournir de la musique à écouter en tout temps. Cependant, un contact avec une thérapeute offre un espace d'échange qui sera absent si la personne est seule à écouter de la musique.

Tous ne bénéficient pas d'un suivi en musicothérapie et l'observation des réactions s'impose comme dans tout autre type d'intervention. La présence d'une musicothérapeute dans un milieu de soins offre la possibilité de personnaliser l'utilisation de la musique, y compris l'adaptation aux réactions négatives de ceux qui se sentent agressés par celle-ci ou un type de musique en particulier. Prendre soin de chaque être, c'est aussi le respecter dans ses spécificités et dans ses goûts musicaux.



Micheline L'Espérance

Madame L'Espérance est musicothérapeute à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) depuis janvier 2000. De 1995 à 2000, elle a développé des services de musicothérapie dans plusieurs centres d'hébergement pour personnes âgées à Montréal. Elle est diplômée en interprétation de flûte traversière du Conservatoire de musique de Montréal et en

musicothérapie de l'Université du Québec à Montréal. Elle a reçu son accréditation professionnelle en 2000 de l'Association canadienne de musicothérapie (AMC). Par la suite, elle s'est perfectionnée en gérontologie à l'Université de Montréal.

Ayant à cœur la maximisation d'un outil comme la musique dans les milieux de soins pour le mieux-être et la qualité de vie des résidents, elle travaille actuellement au centre de jour et dans l'équipe SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence) de l'IUGM.

NOTE

1. Une musicothérapeute est une personne diplômée d'un programme de formation en musicothérapie. L'université Concordia offre actuellement la formation de deuxième cycle à Montréal. De plus, son adhésion aux associations canadienne et québécoise en musicothérapie l'oblige à adhérer à un code de déontologie et de répondre aux exigences de formation continue.

RÉFÉRENCES

Association de musicothérapie du Canada, (2005). Au sujet de la musicothérapie. Recueil francophone d'articles et de références en musicothérapie. Association québécoise de musicothérapie.

Association québécoise de musicothérapie. (2013). Repéré à <http://www.musicotherapieaqm.org/>

Association de musicothérapie du Canada. (2014). *Music Therapy*. Repéré à <http://www.musictherapy.ca/en/>

Bunt, L. et Stige, B. (2014). *Music therapy: An art beyond words*. Routledge.

Guétin, S., Giniès, P., Picot, M.-C., Brun, L., Chanques, G., Jaber, S. et Touchon, J. (2010). Évaluation et standardisation d'une nouvelle technique de musicothérapie dans la prise en charge de la douleur : le montage en « U ». *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 11(5), 213-218. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.douleur.2010.06.001>

Sudres, J.-L., Roux, G., Laharie, M. et De La Fournière, F. (2004). La personne âgée en musicothérapie active, La personne âgée en art-thérapie *De l'expression au lien social* (Préfontaine et Denis, M.-C.) P. 117-141.

Chanter pour communiquer malgré l'aphasie

Christine Cantin, B. en musique

Communiquer sa pensée, ses besoins, ses sentiments par la parole, qui semble naturel à chacun d'entre nous, devient un défi pour la personne devenue aphasique, le plus souvent à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC). En tant que trouble du langage affectant l'émission ou la compréhension de la parole, l'aphasie constitue un obstacle permanent à la communication : qu'un mot refuse de « sortir » correctement ou qu'une idée n'arrive pas à se transmettre, la personne aphasique se retrouve isolée avec ses pensées et impuissante à percer le mur qui se dresse entre elle et l'autre. Même si elle sait ce qu'elle veut exprimer, elle n'arrive pourtant pas à le mettre adéquatement en mots. Ceci devient source de frustration et d'impatience de part et d'autre, puisque l'interlocuteur essaiera très souvent de deviner ce que veut dire la personne aphasique sans toutefois cerner totalement l'objet de son propos. L'un et l'autre naviguent alors sur une mer plus ou moins houleuse, dans une quête aléatoire de sens et d'intention. Si l'auditeur a l'habitude d'échanger avec des personnes aphasiques, il s'ensuivra une suite de questions fermées (dont la réponse sera « oui » ou « non ») qui permettront de cibler le vif du sujet et l'idée ou l'opinion que souhaite partager la personne aphasique. Mais, trop souvent, tous deux abandonneront avant d'avoir atteint leur but.

En 2001, Patrick Demers, alors jeune trentenaire, devenu aphasique suite à une tumeur au cerveau, demande à être intégré au sein d'un ensemble vocal. Comment faire pour qu'il puisse s'exprimer par le chant tout en respectant ses particularités, sa vitesse d'apprentissage et ses capacités? Il est apparu évident qu'une adaptation de la formule chorale devait être mise en place afin de développer ses capacités résiduelles, tout en contournant les incapacités permanentes liées à son aphasie. L'objectif était de lui permettre de retrouver, par le chant, une forme de communication et, si possible, favoriser sa réadaptation. De là est née, au Québec, la première chorale visant la participation de personnes aphasiques. C'est par la pratique concrète et la méthode essai-erreur que l'expertise s'est développée. En même temps, s'est installé un grand attachement pour ces personnes extraordinaires qui choisissent, chaque jour, de dépasser leurs limites afin d'entrer en

contact avec l'autre. On était alors loin d'imaginer que le fait de chanter en chorale occasionnerait autant de bienfaits chez les choristes aphasiques et chez leurs proches!

Chanter quand on est aphasique

Bien sûr, l'activité chorale peut en effrayer plus d'un lorsqu'on est aphasique. Chanter implique la personne dans son entièreté, que ce soit par l'émission du son, le contrôle de la justesse et du rythme, le débit de la parole chantée, les émotions que font surgir des souvenirs liés aux chansons interprétées et, particulièrement dans le cas qui nous concerne, la prononciation et l'articulation. Cependant, les avantages sont beaucoup plus nombreux que les inconvénients pour la personne aphasique qui choisit de participer à la chorale, ne serait-ce que pour la socialisation. En effet, la personne gagne beaucoup à s'adonner à une telle activité sur une base régulière, puisqu'elle lui fournit l'occasion d'interagir avec les autres membres de la chorale, de s'adapter à la vie en groupe et de réapprendre à faire des compromis après une réadaptation souvent longue et l'obligeant à se centrer sur elle-même. La participation à la chorale peut en outre briser l'isolement, la solitude et, parfois, le désœuvrement qui marquent la fin du processus médical de réadaptation. Cette activité vient alors s'inscrire dans un horaire structuré permettant à la personne aphasique de se reconstruire sur de nouvelles bases à partir d'activités variées et stimulantes qui, pratiquées régulièrement et en alternance avec les rendez-vous médicaux et autres obligations, permettent de mener une vie plus équilibrée. Sans compter que le seul fait de se retrouver avec des gens qui vivent des situations similaires et de pouvoir apprécier mutuellement le cheminement accompli par chacun permet de réaliser qu'il existe parfois des avenues non envisagées jusqu'à ce jour, susceptibles d'ouvrir de nouvelles voies à son propre développement, spécialement en ce qui a trait aux habiletés de communication interpersonnelle.

Reconstruire l'estime de soi

En effet, en maintenant une relation positive au langage et en participant à une réalisation de groupe où chacun, malgré ses difficultés propres, devient le levier de la réussite de ses pairs, en dépassant des limites qui semblaient jusqu'alors infranchissables et en extériorisant des émotions malgré sa gêne ou sa timidité, l'estime de soi parvient à trouver un terrain fertile pour se reconstruire. Dans la mesure où chanter fait appel à une région du cerveau (mélodie généralement associée à l'hémisphère droit) différente de celle sollicitée par la parole (hémisphère gauche), Marier et Doupe, (2004) ; Hamann, (2004) à travers l'activité chorale, la personne aphasique arrivera à contourner certaines barrières langagières. De plus, la mémoire à long terme compensera souvent certains déficits, permettant d'interpréter plus facilement des chansons connues avant l'AVC. En faisant appel à la séquence et à la répétition, un chemin menant à la fluidité orale se trace peu à peu; la personne aphasique prend ainsi de l'assurance et du plaisir à dépasser ses limites. Bienfait pour la préservation des habiletés sociales, la chorale favorise également une bonne santé globale, en améliorant la posture et la respiration et en contribuant au développement de stratégies pour faire face au stress.

Les difficultés langagières rencontrées peuvent se situer au niveau de la prononciation du mot en partie ou en totalité, de l'exécution, de l'émission et de la complexité du mot ou de la syllabe à émettre. La façon de chanter un texte sera adaptée à chacun selon ses besoins particuliers et ses difficultés propres. Parfois, des harmonies seront ajoutées à la mélodie de base pour embellir l'exécution musicale tout en offrant un défi, mais elles serviront aussi, à contourner une incapacité. Par exemple, un contrechant interprété sur le son « ou » permettra d'éviter une phrase dont les mots sont particulièrement difficiles à prononcer pour certaines personnes. Un travail de sensibilisation à la production des différents sons inclus dans les vocalises adaptées, conscientise les participants sur la situation exacte du son dans l'appareil phonatoire, selon la voyelle prononcée, le mouvement de la langue ou des lèvres lors de la prononciation d'une consonne, etc. Le positionnement de la bouche et des lèvres peut aussi être travaillé en miroir avec une autre personne; on procède alors par imitation. Cette méthode s'avère particulièrement efficace auprès des personnes éprouvant des lacunes au plan de la lecture; toute la concentration peut alors être dédiée au mouvement à effectuer lors de l'articulation.

Ce n'est une surprise pour personne de constater que l'aphasie chamboule la vie de la personne atteinte et de tout son entourage, sans compter la nature et la qualité des relations interpersonnelles qui s'en trouvent modifiées. Alors que le proche devient une aide essentielle, il se retrouve généralement sur la première ligne lorsque les difficultés surgissent. Comme il partage les problèmes de la personne aphasique, il se voit directement touché par les échecs ou les expériences négatives vécus par son ami, son parent, son conjoint. Jouant un rôle essentiel de soutien, l'aidant est souvent placé dans l'obligation d'absorber, souvent sans exutoire, les émotions et réactions de la personne aidée. Ainsi, participer à la chorale avec le proche aphasique, partager et être témoin de ses réussites, participer à une expérience positive à ses côtés alors que ce dernier développe son autonomie communicationnelle, contribue au bien-être de l'aidant et renforce sa relation avec l'aidé.

Les répétitions hebdomadaires

À quoi ressemble une répétition hebdomadaire de chorale? Le plan de travail débute par des vocalises, suit l'apprentissage qui se réalise au fur et à mesure à partir de chansons et de techniques d'interprétation adaptées aux difficultés rencontrées. Puis, on procède à la révision des apprentissages. La rythmique des pièces à interpréter est abordée lors de multiples répétitions afin de tracer physiquement le chemin de la phrase ou du mot à prononcer en s'appuyant sur les syllabes plus fortes. Une attention spécifique est attribuée à la respiration et à la gestion de l'air lors de l'expiration, puisque le contrôle du son, de sa force et de sa qualité esthétique est directement lié à l'appui fourni par le diaphragme. Tout ce travail de respiration aura évidemment un impact sur la santé physique et mentale du choriste, puisque le stress s'en trouvera diminué. L'accompagnement du chœur par le piano, venant en renfort, permet de guider, non seulement la justesse vocale, mais aussi la vitesse d'élocution. Souvent, le piano soutient le thème afin de compenser les « trous » sonores qui se manifestent parfois et permet d'amorcer l'élan de la phrase à chanter. En ce qui concerne le matériel utilisé, il convient de l'adapter aux besoins de la personne aphasique. Ainsi, on reproduira les pièces sur des feuilles de couleurs différentes afin que tous puissent s'assurer d'interpréter la même page. En outre, le texte sera édité en gros caractères et la présentation sera aérée pour suivre la logique de la phrase; le phrasé musical arrivant alors en soutien (et non l'inverse). Si la personne est hémiplegique, elle se munira d'un

lutrin et d'un cahier dont la tranche est bonifiée d'un dispositif en velcro permettant de le soutenir d'une seule main. Elle disposera également d'une chaise favorisant une bonne posture.

Conclusion

Depuis 2001, l'animation sur une base hebdomadaire dans les locaux montréalais de l'Association québécoise des personnes aphasiques (AQPA)¹ d'une activité chorale s'adressant à un groupe d'une vingtaine et plus de personnes, aphasiques à différents degrés, se poursuit. Afin de favoriser l'intérêt de tous, une sélection de pièces, souvent déjà connues des choristes avant leur AVC, est réalisée. Le choix est fait en fonction de la vitesse d'exécution et de la régularité du débit des mots dans le phrasé musical, tout en tenant compte des accents toniques qui seront placés en symbiose avec les temps forts naturellement présents dans la métrique musicale associée.

Ce chœur offre diverses prestations et concerts commentés dans des résidences, lieux publics, scènes extérieures et, parfois, est accompagné d'artistes connus (Yann Perreau, Marie-Michèle Desrosiers). Depuis 2011, la *Chorale de l'Espoir* à Lévis poursuit le modèle d'intervention déjà développé.

Les priorités qui doivent guider ce type d'activité sont le plaisir et le renforcement positif, qui constituent l'essentiel de la détermination qui pousse la personne aphasique à se dépasser et à mettre de côté son insécurité. Il convient également d'inciter le groupe à offrir un climat d'accueil et d'ouverture dans lequel chacun peut « tomber » et « se relever » sans peur du jugement d'autrui. Enfin, l'humour est souvent la petite touche nécessaire pour dédramatiser certaines situations de frustration parfois rencontrées ou lorsqu'arrive le moment de faire face à une difficulté qui semble d'abord insurmontable. Il aide à trouver des stratégies et des solutions à des problèmes qui se transforment en occasions d'apprentissage et d'expériences agréables et constructives.

Quelqu'un qui aime chanter sait le plaisir éprouvé à l'exécution d'une pièce musicale. Il est augmenté lorsque cette activité a lieu en compagnie d'un groupe aussi passionné. On peut facilement imaginer le bonheur et la satisfaction ressentis par une personne aphasique qui doit vaincre plusieurs difficultés pour arriver à interpréter une œuvre musicale et vivre ces moments magiques.



Christine Cantin

Œuvrant en direction chorale depuis 1998, Christine Cantin est bachelière en composition musicale ainsi qu'en enseignement de la musique (Université Laval, 1995 et 1999). Elle est également titulaire d'une technique en arrangement jazz et populaire (CEGEP Saint-Laurent, 1997). Elle a dirigé et dirige toujours de nombreux chœurs dans le cadre d'activités continues et d'événements ponctuels, et ce, partout au Québec : chœurs d'enfants (Groupe vocal Legato, *Petits Chanteurs de l'Amitié*); chœur d'adultes (*Solis*); *chœur Gospel* (Station 8). Elle dirige également des chœurs créés à l'occasion de spectacles ou d'enregistrements : prestation de Kenny Rogers à Québec, de Gabriel Thibaudeau, *Cantate pour un fleuve* soulignant le 150^e anniversaire de fondation de Beauharnois, *Et si Québec m'était chanté* monté pour les fêtes du 400^e anniversaire de Québec, album *Enfant de la Terre de Samian*, etc.).

Spécialisée dans la direction de chœurs de personnes aphasiques depuis 2001 et pionnière dans ce domaine, elle a créé le concept de chorale pour personnes aphasiques et développé une technique d'apprentissage adaptée à cette clientèle, tout d'abord pour le compte de l'AQPA d'abord à Montréal (depuis 2001), puis à Lévis (depuis 2011), Longueuil, Sherbrooke et St-Hyacinthe (depuis 2012).

C'est dans ce contexte qu'elle a collaboré aux recherches de l'International Laboratory for Brain, Music, and Sound Research (Université de Montréal, 2012-2014). En 2012, elle fut conférencière invitée par la FAMEQ (Fédération des Associations de Musiciens Éducateurs du Québec) et le RAPAQ (Regroupement des Associations de Personnes Aphasiques du Québec) pour le congrès 2012 de la FAMEQ.

À venir

Madame Cantin donnera une communication concernant sa technique d'apprentissage pour les chœurs de personnes aphasiques au 3^e congrès mondial sur la résilience

https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw030?owa_no_site=4150

Adresse courriel de madame Cantin :
crichoeurs@gmail.com

NOTE

1. Association des personnes aphasiques (AQPA), 454 Avenue Mont-Royal, E. Montréal, QC, H2J 1E7.



Chorale de l'Association québécoise des personnes aphasiques regroupées de Lévis et les environs (PARLE), 2016 nommée *La chorale de l'Espoir*, à Lévis

RÉFÉRENCES

Marier, P. et Doupe, A. (2004). « Singing in the Brain », *Proceedings of the National Academy of Sciences* 97(7), Repéré à <http://www.pnas.org/content/97/7/2965.full.pdf>

Hamann J. (2004). « Singing in the Brain ». Des chercheurs utilisent le chant pour mieux comprendre le fonctionnement du cerveau », *Au fil des événements*, 9 septembre.

Pour en savoir davantage

Latéralisation :

Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4844140>

Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14629926>

Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10884059>

Chanter et parler :

Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16546406>

Chanter et incapacité à parler :

Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16959816>



Chorale de l'Association québécoise des personnes aphasiques (AQPA), 2015 *Le Choeur de l'Aphasie*, à Montréal

Faire de la musique pour animer les milieux de soins gériatriques

Entrevue avec madame Monique Bailly, infirmière et musicienne à la retraite

Louise Francoeur, M.Sc. inf., DESS bioéthique, Olivette Soucy, M.Sc. inf., Robert Veillette, inf. clinicien, B.Sc.inf.

Madame Bailly a travaillé comme infirmière et comme intervenante sonore durant presque toute sa vie professionnelle. La musique n'était jamais loin et elle l'intégrait à sa fonction d'infirmière dès qu'elle le pouvait. Elle a d'ailleurs étudié en musicothérapie à la fin de sa carrière. Rendue à cette période de sa vie, elle affirmait dans une entrevue au *Journal de Montréal*¹ « que la retraite, c'est le bonheur, à condition d'être près des malades, des équipes de soins et de faire éclater la musique que j'ai toujours en tête... ». Elle a bien voulu partager avec nous le fruit de ses expériences. Elle nous parle des clientèles qu'elle a rencontrées et suggère des interventions qui peuvent être réalisées par les infirmières auprès de la clientèle âgée.

Pour madame Bailly, la musique est un élément capital dans la vie de presque tous les individus sauf pour quelques-uns qui sont complètement indifférents, voire agacés par elle. C'est également un excellent outil de communication qui procure des émotions. L'intervention sonore devenait donc une action à jumeler avec l'ensemble des soins. « La musique a une grande emprise sur l'être humain et est très sécurisante, à condition d'être choisie de façon judicieuse et qu'elle s'accorde avec l'âge, les intérêts et la condition de la personne », dit-elle.

La plus grande partie de sa carrière s'est déroulée auprès des personnes âgées, hébergées, très souvent en perte complète d'autonomie physique et cognitive, parfois agitées, ou en fin de vie. Elle soutient qu'à l'écoute de la musique ou du chant, elles s'animaient et répondaient à l'invitation musicale.

Elle a également composé des chansons thèmes, utilisées dans les interventions en soins infirmiers. Ainsi, elle a travaillé, avec deux infirmières, à la

réalisation d'un programme de soins traitant de communication *La Validation* (1993). Mis sur vidéo, ce dernier présentait la validation comme intervention auprès d'une personne souffrant de troubles cognitifs sévères. Cette approche permettait de l'accompagner dans sa réalité, de rechercher l'émotion vécue par celle-ci et de la reconnaître. Les paroles de la chanson, thème du vidéo, racontait le vécu d'une personne âgée aux prises avec des problèmes cognitifs.

Elle a également écrit la chanson thème pour le 10^e anniversaire de l'Institution où elle travaillait, « *J'ai le cœur jeune comme avant* » (1988), qui racontait la vie d'une personne âgée. Cette chanson a été chantée par tout le personnel du Centre pendant longtemps. Les intervenants, qui étaient présents à ce moment, la fredonnent encore, à l'occasion.

Provoquer l'émotion

La manière de faire entendre la musique, selon les intérêts de la personne ou du groupe, devient un excellent moyen de communiquer avec l'autre, qu'il soit bien portant ou en fin de vie. Les interventions peuvent varier, mais le but à atteindre reste le même : toucher l'individu, lui faire vivre une émotion. Les façons de vivre chaque moment sont variables. Quel plaisir de voir, lors d'une animation, un monsieur, en perte d'autonomie cognitive depuis des années, se lever et chanter, en italien, sa langue natale, tous les couplets de Santa Lucia. La surprise, la fierté, le bonheur étaient palpables chez ce monsieur, pour sa famille présente et pour toute l'équipe de soins. Ou encore, à l'occasion de Noël, entendre un résident, souffrant de la maladie d'Alzheimer et ne parlant presque plus, se mettre à chanter avec conviction et justesse *Le minuit chrétien*, non seulement le refrain, mais plusieurs couplets.

Madame Bailly évoque, avec beaucoup de plaisir et de satisfaction, les réactions des proches. Pour eux, la surprise est grande de voir leur parent, plongé dans la démence depuis des années et rendu presque catatonique, commencer à bouger tranquillement un doigt, puis tout le corps, s'ouvrir les yeux et souvent se mettre à murmurer l'air de la chanson.

Le chant comme levier de communication peut servir de plusieurs manières. Ainsi, elle se souvient d'un monsieur aphasique et tout à fait lucide, qui avait trouvé une manière originale de transmettre ses sentiments à son épouse. Selon son humeur du moment, il chantait : « Je t'aime encore plus quand tu n'es pas là » ou « Parlez-moi d'amour ». C'était clair, net et précis!

Suggestion d'interventions auprès de la clientèle âgée

Madame Bailly, qui a utilisé la musique comme moyen de communication et d'apaisement, a plusieurs suggestions d'interventions à proposer aux infirmières. Cependant, des règles précises doivent être suivies.

- La règle d'or : l'intervention musicale doit correspondre au goût et au bagage culturel de la personne et non à celui des proches ou des intervenants. Ainsi, il est très important de connaître, dès l'entrée en résidence, le genre de musique aimé par la personne et d'inscrire dans son histoire de vie, son intérêt et le genre préféré. Demander aux proches d'indiquer les airs connus et fredonnés en famille;
- Vérifier la possibilité que la personne hébergée puisse jouer d'un instrument, indiquer lequel et favoriser cette activité;
- Des activités musicales peuvent être réalisées en tout temps, mais, plus spécifiquement lors de certaines périodes de la journée au moment où les résidents deviennent anxieux : changement de quart de travail du personnel en fin d'après-midi, noirceur qui s'installe en fin de journée;
- Pour une personne errante et fugueuse, l'occuper à chanter, lui faire tenir les feuilles de musique sur le lutrin, lui demander de tourner les pages (s'il y a lieu). Pour un moment, elle sera tranquille et souvent captivée;
- Chanter les airs connus des résidents dans les diverses langues selon les groupes ethniques. Faire la musique que les personnes veulent entendre;
- Fermer les sources de pollution sonore : T.V, cloches d'appel;
- Le soir, lorsque les personnes hébergées sont au lit, fermer les lumières, diffuser une musique douce, propice au sommeil;
- Demander aux proches d'enregistrer la musique aimée par leur parent. Diffuser cette musique dans la chambre et la faire tourner en boucle selon la réaction ou la tolérance;
- Des enregistrements de prières significatives pour la personne, dans sa langue, sont aussi des interventions sonores qui peuvent être utilisées;
- En soins palliatifs, la musique douce et calme, d'une faible intensité, aide à sécuriser les personnes en fin de vie. Cependant, il faut toujours se référer à la règle d'or concernant leur goût. Parfois la musique douce pourra les agacer et c'est sur un air de western que la personne s'apaisera;
- Demander à la famille ou à des groupes d'amis d'interpréter des airs connus lors de leur visites;
- Chanter avec les personnes aphasiques en sachant que celles-ci ont très souvent gardé intact l'hémisphère qui est le siège de la musique dans le cerveau et sont donc capables de chanter les mots appris dans le passé;
- De même, chanter de vieilles chansons du répertoire de l'enfance d'une personne en perte d'autonomie cognitive pourra l'animer et même l'inciter à chanter quelques mots;
- Au moment des soins, lorsqu'une personne en perte d'autonomie s'agite et devient agressive, chanter doucement tout en continuant à travailler. Tranquillement, le climat change, le calme s'installe et il se peut même que la personne se mette à fredonner elle-même;
- En préparant le coucher de quelqu'un, lui chanter une petite berceuse, dans sa langue si possible, le prépare au sommeil.

Conclusion

Chanter des airs connus ou faire jouer de la musique à des personnes malades ou en fin de vie est une intervention facile à réaliser. Elle procure calme, détente, crée une diversion et soulage la douleur. Elle peut redonner de la fierté à quelqu'un qui ne peut plus s'exprimer. Pour une infirmière et pour une équipe de soins, voir un individu prostré ou souffrant, s'animer, marmonner, ouvrir les yeux, chanter des airs, procure une grande joie.

La musique est un élément capital qui prend une grande place dans la vie de plusieurs personnes. C'est aussi une intervention qui devrait faire partie des soins!



Monique Bailly

Photo Gilles Lafrance, Le Journal de Montréal, Dimanche, 30 avril, 2000, p. 32

Madame Bailly a obtenu un baccalauréat en musique de l'Université de Montréal. Elle a gradué comme infirmière en 1962 à l'hôpital Ste-Justine. Après avoir travaillé à l'Institut de réadaptation pendant une dizaine d'années, elle a poursuivi son travail durant quinze ans à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Elle a terminé sa carrière à l'Hôpital St-Michel à titre d'intervenante sonore après avoir presque complété sa formation en musicothérapie.

NOTE

1. Harding, Claire. (2000). La musique pour ceux qui n'ont plus rien. *Journal de Montréal*, 30 avril, p.32.

RÉFÉRENCES

Audio-Vidéo : La validation : une approche de communication auprès des personnes âgées atteintes de déficits cognitifs. Première partie : l'approche individuelle / conception BLANCHARD, Diane ; conception DUCHARME, Francine ; réalisation GAMACHE, André. Montréal : CHCN; Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières, 1993.

Audio-Vidéo : La validation : une approche de communication auprès des personnes âgées atteintes de déficits cognitifs. Deuxième partie : l'approche de groupe / conception BLANCHARD, Diane ; conception DUCHARME, Francine ; conception FRANCOEUR, Louise ; réalisation GAMACHE, André. Montréal : CHCN; Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières, 1993.

Audio-Vidéo : Colloque "Vieillir : réalités et rêves" / Centre hospitalier Côte-des-Neiges; Centre d'accueil Alfred-Desrochers. CHCN, 1988.



Formation Conseil inc.

www.mireformation.ca 581 996-3774

Visitez notre site web pour les dates en salle - Documentation disponible en anglais

FORMATION CONTINUE EN SALLE OU POUR VOTRE GROUPE



Examen clinique
Chutes : de l'examen clinique
aux interventions personnalisées



Soins en fin de vie
Relation aidante en soins palliatifs



Notes au dossier
PTI - Plan thérapeutique infirmier
Dysphagie et alimentation



SCPD - Symptômes comportementaux
et psychologiques de la démence



Contentions: sécurité versus dignité



Soin des plaies
et + encore



QUÉBEC • MONTRÉAL • CHICOUTIMI • DRUMMONDVILLE • RIMOUSKI • TROIS-RIVIÈRES • LAVAL • NOTRE-DAME DU LAC • COATICOOK

ACTIVITÉS DE FORMATION CONTINUE ACCRÉDITÉES, ADMISSIBLES À L'OIIAQ ET L'OIIQ

L'utilisation de la musique pour diminuer la douleur postopératoire

Mohamed Belhattab, Anne-Sophie Dubuc, Émilie Ferreira, Chloé Fortin, Geneviève Hamel, Rita Hajjar, Audrey Rochette-Jalbert, B.Sc. inf. candidats à l'exercice de la profession (CEPI)

Cet article a été réalisé à la suite d'un stage effectué en fin de baccalauréat en sciences infirmières par un groupe d'étudiants de l'Université de Montréal. Ce projet intégrateur avait pour but de présenter une intervention infirmière originale en lien avec leur domaine de stage clinique, la chirurgie. Le besoin d'un soulagement de la douleur plus adéquat est apparu alors comme important et unanime aux yeux des stagiaires, et a orienté leur sujet de présentation. Le groupe a aussi produit une affiche¹ portant sur l'utilisation de la musique comme action thérapeutique infirmière et ses effets sur le soulagement de la douleur postopératoire.

La douleur postopératoire est une forme de douleur aiguë et indésirable qui résulte de toutes interventions chirurgicales (Engwall et Duppiis, 2009). Malgré qu'elle soit prévisible en contexte préopératoire, son soulagement est souvent inadéquat (Ozer, Karaman, Arslan et Gunes, 2013). En effet, une douleur modérée à sévère est vécue par plus de 80 % des personnes ayant subi une chirurgie (Ajorpaz, Mohammadi, Najaran et Khazaei, 2014; Allred, Byers et Sole, 2010; Rocchi, Chung et Forte, 2002).

Selon Bergeron, Leduc, Marchand et Bourgault (2011), l'évaluation et la gestion de la douleur sont présentement sous-optimales. Il existe des lacunes de connaissances chez les professionnels de la santé concernant le mécanisme et la gestion de la douleur (Cousins et Lynch, 2011; Francis et Fitzpatrick, 2013; Société canadienne de la douleur [SCD], 2011). Les programmes de santé à travers les institutions canadiennes ne donneraient pas assez de formation sur la gestion de la douleur. En conséquence, les nouveaux infirmiers ne sont pas bien formés dans ce domaine (Lynch, 2011). D'ailleurs, certaines infirmières assument que la douleur chez les personnes âgées est un phénomène inéluctable (Brown, Kirkpatrick, Swanson et McKenzie, 2011; Fox, Solomon, Raina et Jadad, 2004). Elles ont moins tendance à utiliser les opioïdes chez les plus âgées par rapport aux plus jeunes (Auret et Schug, 2005).

Ainsi, de 50 à 75 % des personnes ayant subi une chirurgie ont un soulagement inadéquat, et ce, malgré les traitements pharmacologiques disponibles (Good et al., 2010). Une douleur postopératoire, non adéquatement soulagée, peut nuire au repos et au sommeil des personnes, en plus de retarder la cicatrisation des plaies et d'augmenter leur insatisfaction et la durée de séjour. Des coûts d'hospitalisation plus élevés ainsi qu'une réhabilitation retardée en sont également des conséquences (Allred et al., 2010). Elle peut certainement diminuer la qualité de vie (Ozer et al., 2013) et mener à des complications, telles qu'une thrombose veineuse, une embolie pulmonaire, une pneumonie, de l'insomnie et un infarctus du myocarde (Ajorpaz et al., 2014; Ozer et al., 2013). La douleur entrave la respiration profonde, la toux et la mobilisation précoce, ce qui augmente le délai de récupération de la chirurgie (Ajorpaz et al., 2014; Ozer et al., 2013). En effet, la douleur non soulagée en contexte postopératoire alimente un stress physiologique nuisible pour la personne causant ainsi une augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, une diminution de la capacité respiratoire, en plus de ralentir la vidange gastrique et de favoriser l'apparition de déséquilibres endocriniens. L'apparition d'anxiété, d'irritabilité, d'agressivité et d'agitation est alors possible et le risque de délirium est plus élevé (Bergeron et al., 2011).

Le vieillissement de la population est une réalité non négligeable. En effet, il est prévu que la proportion des personnes atteignant 65 ans augmente dans les prochaines années (Statistique Canada, 2012). Sachant que, d'ici 2036, un canadien sur quatre sera âgé de 65 ans et plus, il est estimé qu'entre 65 et 80 % des personnes âgées expérimenteront de la douleur lors d'un épisode de soins (Lynch, 2011). En effet, avec l'avancement des techniques de chirurgie et d'anesthésie, une clientèle plus âgée reçoit des soins de plus en plus complexes; le personnel soignant s'occupera donc d'une population de plus en plus vulnérable (Dunwoody, Krenzischek, Pasero, Rathmell et Polomano, 2008; Kehlet et Wilmore, 2008).

L'âge avancé est étroitement lié au développement de nombreuses pathologies pouvant causer des neuropathies douloureuses, ce qui rend les personnes âgées plus susceptibles d'éprouver de la douleur chronique ainsi que de l'anxiété associée (Comte-Sponville et al., 2011). Elles peuvent avoir plus de difficulté à décrire et à localiser leur douleur due à des changements anatomiques et physiopathologiques (Gagnon, Le May et Roy, 2011). Une déclaration partielle de la douleur, la présence de maladies complexes et de plusieurs médicaments sont souvent en interaction avec les analgésiques. L'utilisation de mots différents que « douleur » pour la désigner, le peu de connaissances et les mythes que cette clientèle peut avoir sur son soulagement, peuvent également créer des incompréhensions (Cogan et al., 2014; Taylor et Stanbury, 2009). Les gens âgés ont parfois tendance à éviter de parler de leur douleur, car ils ont peur de déranger ou même parce qu'ils redoutent les diagnostics et les investigations (Gagnon et al., 2011). Bref, le soulagement de la douleur chez les personnes âgées doit faire partie intégrante des soins offerts à cette clientèle, notamment après une chirurgie. Une douleur postopératoire non soulagée peut aussi mener à une douleur chronique (Bergeron et al., 2011). En effet, il a été estimé que plus de 5 % des personnes qui subissent une chirurgie vont développer des douleurs persistantes causant une invalidité physique chronique et une détresse psychosociale (Werner, Mjoberg, Nielsen et Rudin, 2010).

De plus, l'infirmière aurait tendance à la sous-estimer chez les personnes ayant subi une chirurgie, ce qui contribuerait à un soulagement sous-optimal en période postopératoire. Les effets secondaires négatifs des analgésiques opioïdes utilisés pour la traiter étant importants, telles la dépression respiratoire et la dépendance, les infirmières seraient portées à limiter l'utilisation de ces médicaments (Allred et al., 2010).

Enfin, les méthodes non pharmacologiques du soulagement de la douleur sont reconnues comme faciles à utiliser et, combinées à des méthodes pharmacologiques (médication analgésique), offrent un soulagement efficace (Allred et al., 2010). Les techniques non pharmacologiques permettent d'optimiser l'effet de la médication pour la douleur, et permettent aussi à l'individu d'avoir un certain sentiment de contrôle sur celle-ci (Ozer et al., 2013).

Chez la personne âgée, il est recommandé de combiner l'utilisation d'analgésiques avec des méthodes non-pharmacologiques pour soulager la douleur en période postopératoire, d'autant

plus que cette clientèle est plus sensible aux effets secondaires des analgésiques comme la dépression respiratoire, la constipation, les nausées et les vomissements (Gagnon et al., 2011). De plus, on remarque une diminution de 30 à 50 % de leur filtration glomérulaire occasionnant une accumulation dans l'organisme de médicaments devant être excrétés par les reins, d'où l'importance de leur offrir aussi des méthodes non-pharmacologiques en complément (Comte-Sponville et al., 2011).

Expérience des personnes ayant subi une chirurgie

La douleur est le symptôme le plus souvent ressenti et est régulièrement décrite comme étant leur pire souvenir par rapport à leur hospitalisation (Institut de cardiologie de Montréal, 2009). Il y a plusieurs fausses croyances provenant autant des personnes opérées que des professionnels de la santé concernant la douleur et son soulagement en période postopératoire. Bergeron et al. (2011) rapportent que plusieurs personnes pensent qu'il est normal de la ressentir suite à une chirurgie et considèrent qu'il n'est pas nécessaire d'en avertir le personnel. Certains individus ne veulent pas la démontrer ou la sous-estiment quand les soignants l'évaluent. Ils peuvent croire que le personnel est trop occupé, qu'il a des choses plus importantes à faire ou qu'il doit s'occuper de gens plus malades (Bergeron et al., 2011), ce qui explique alors parfois leur réticence à témoigner de leur inconfort. Souvent, elles vont tolérer une douleur après une chirurgie et ne réalisent pas que, non-soulagée, elle peut avoir de graves conséquences sur leur mobilité et leur rétablissement (Good et al., 2010).

Il est évident, à la lumière des écrits scientifiques, que les individus ne sont pas assez informés quant à la douleur et à l'importance de son soulagement en période postopératoire. Il est d'ailleurs du devoir de l'infirmière d'enseigner, avant l'opération, comment utiliser l'échelle numérique de la douleur et aussi d'insister sur l'importance de la déclarer avant qu'elle n'atteigne un niveau trop élevé (Lewis, Dirksen, Heitkemper, Bucher et Camera, 2011).

Kastanias, Denny, Robinson, Sabo et Snaith (2009) identifient les principaux besoins de la clientèle adulte en attente d'une chirurgie en lien avec la douleur et son soulagement. Ils ont été regroupés en huit principaux thèmes. Parmi ceux-ci, on retrouve l'explication des attentes quant à la douleur et les effets de la médication (Kastanias et al., 2009). Deux autres thèmes

énoncés sont : la préférence quant au moment où les instructions de départ sont données et la signification de la douleur. Finalement, les besoins indirectement reliés au soulagement de la douleur sont l'anesthésie, le temps de récupération et le retour aux activités après la procédure (Kastanias et al., 2009).

Avant une procédure chirurgicale, les individus ont besoin de se sentir en sécurité et de se sentir protégés. Ils ont aussi besoin d'être invités à partager leurs préoccupations (Bungaard, Nielsen, Sorensen et Delmar, (2014)). L'infirmière doit tenir compte de l'unicité de chaque personne. Il en va de même pour ses besoins (Girard et Cara, 2011).

Cadre de référence de l'intervention infirmière

L'intervention proposée s'imprègne du modèle humaniste de l'Université de Montréal. Selon celui-ci, une infirmière doit intervenir en tant que partenaire avec la personne et ses proches en reconnaissant la signification unique donnée à l'épisode de santé. De plus, elle doit viser à renforcer le pouvoir d'agir du patient dans les soins et modifier avec lui son environnement afin de favoriser la santé et le bien-être. Plusieurs concepts importants émergeant de ce modèle permettent d'encourager l'utilisation de la musique dans le soulagement de la douleur (Girard et Cara, 2011).



Figure 1. Modèle humaniste-caring de l'Université de Montréal

L'unicité de l'expérience : Chaque personne donne une signification unique à l'épisode de santé. L'infirmière doit la reconnaître et la prendre en compte dans sa façon d'agir avec le patient et ses proches.

Le partenariat de soin : Une relation soignant-soigné qui vise un partenariat de soins intégrant l'avis et les préférences du patient et des proches permettrait de favoriser le bien-être.

L'environnement : L'environnement du patient est considéré comme une dynamique contribuant au bien-être de celui-ci. Ainsi, agir adéquatement sur son environnement favorise sa santé et son bien-être.

Le caring : L'école de pensée sur laquelle repose ce modèle met l'emphase sur la nécessité d'une pratique infirmière empreinte d'humanisme (Girard et Cara, 2011).

Les quatre concepts proposés dans le cadre de référence se retrouvent dans l'intervention musicale proposée par l'infirmière. En effet, en pratique, l'utilisation de la musique est reconnue par plusieurs auteurs comme permettant une individualisation des soins offerts et favorise une modification de l'environnement (Easter et al., 2010). Il est également reconnu que considérer les préférences musicales de chacun favorise la relation soignant-soigné entre l'infirmière et le patient (Guétin et al., 2010).

Utilisation de la musique par les infirmières

L'utilisation de la musique pour le soulagement de la douleur a été employée depuis plusieurs décennies dans le contexte des soins infirmiers, notamment par Florence Nightingale au début du 19^e siècle (Engwall et Duppils, 2009), dans le but d'améliorer l'expérience de santé des patients (Hole et al., 2015). Ainsi, pendant la Guerre de Crimée, par l'entremise de leur voix et des mélodies de flûtes, elle et ses compagnes tentaient de soulager les soldats blessés. Selon Florence Nightingale, il était de leurs responsabilités de contrôler l'environnement afin d'offrir le milieu le plus propice à la guérison (McCaffrey et Locsin, 2002).

L'utilisation de la musique est une méthode non-pharmacologique (Ajorpaz et al., 2014; Engwall et Duppils, 2009), non-invasive, peu coûteuse (Ajorpaz et al., 2014; Hole, Hirsch, Ball et Meads, 2015; Ozer et al., 2013), simple (Guétin et al.,

2004), pouvant être utilisée comme adjuvant aux autres méthodes de soulagement de la douleur (Allred et al., 2010), notamment dans le contexte postopératoire (Engwall et Duppils, 2009). Contrairement aux méthodes pharmacologiques, la musique n'a pas d'effets secondaires indésirables (Ajorpaz et al., 2014; Ozer et al., 2013). De plus, cette intervention peut être facilement implantée dans le milieu hospitalier (Hole et al., 2015) et est adaptable à tous les services médicaux (Guétin et al., 2004).

Toutefois, dans le contexte de soins de santé actuels et avec les nouvelles avancées technologiques et scientifiques, l'utilisation de la musique est souvent mise de côté (Easter et al., 2010).

Les infirmières ont un rôle central dans la gestion de la douleur en raison de leur proximité auprès des patients (Engwall et Duppils, 2009). En effet, l'infirmière est la professionnelle de la santé qui passe le plus de temps près du patient (Ozer et al., 2013). Ainsi, elle est dans la position idéale pour considérer et mettre en place d'autres méthodes de soulagement de la douleur, en complémentarité avec les méthodes pharmacologiques actuellement utilisées (Engwall et Duppils, 2009; Ozer et al., 2013). Elle doit considérer la douleur comme une priorité de soins et elle a la responsabilité de promouvoir le bien-être et le confort des patients en manipulant leur environnement (Easter et al., 2010). Ce type d'intervention s'inscrit donc dans leur champ de pratique.

Méthodes utilisées pour soulager la douleur

Il existe, en soins infirmiers, plusieurs méthodes d'utilisation de la musique pour le soulagement de la douleur. Plusieurs types de musique peuvent être utilisés et à différents moments, lors de l'hospitalisation (Engwall et Duppils, 2009).

Selon les écrits, certains professionnels de la santé vont débiter l'écoute de la musique à leur patient pour le soulagement de la douleur avant la procédure chirurgicale, pendant, après ou à chacune des étapes (Engwall et Duppils, 2009; Hole et al., 2015). Selon les auteurs, la durée d'écoute de la musique pour soulager la douleur varie de 15 à 45 minutes (Engwall et Duppils, 2009; Hole et al., 2015) et peut être répétée ou non dans une journée, et ce, durant plusieurs jours (Hole et al., 2015).

La personne devrait être dans un état de repos lors de l'écoute de cette musique (Nilsson, 2009). Le moyen utilisé varie également. En effet, certains

auteurs recommandent l'utilisation d'écouteurs (Engwall et Duppils, 2009) ou d'un casque d'écoute leur permettant de se concentrer uniquement sur eux-mêmes et la musique, et non sur les bruits de l'environnement (Guétin et al., 2010), tandis que d'autres proposent des haut-parleurs. Certains conseillent de se servir de son propre lecteur de musique électronique (Engwall et Duppils, 2009) ou de son lecteur de disques compacts (Guétin et al., 2010). Ainsi, le type de musique peut être choisi dans le répertoire personnel (Engwall et Duppils, 2009) ou à travers des pistes de musique présélectionnées. Il est préférable que la musique soit douce, harmonieuse (Hole et al., 2015), mélodieuse, avec un rythme lent, sans paroles (Allred et al., 2010). Le choix de la musique doit se faire judicieusement et avec prudence, car elle pourrait avoir un effet indésirable à long terme. McCaffrey et Locsin (2006) ont démontré que l'utilisation de la musique en période postopératoire avait plusieurs effets bénéfiques chez les patients âgés de 65 ans, dont la diminution de la douleur et des épisodes de confusion aiguë chez cette clientèle. Les personnes du groupe contrôle ne recevaient pas les soins standards en période postopératoire, incluant notamment l'évaluation de la douleur (comprenant l'intensité à l'aide de l'échelle numérique 1 à 10) et le soulagement de la douleur par des analgésiques uniquement. Les personnes faisant partie du groupe expérimental recevaient les soins postopératoires standards en plus de bénéficier de l'écoute de musique à l'aide d'un lecteur de disques compacts portatif à leur chevet, comprenant une variété de choix de musique pour une durée d'une heure, quatre fois par jour. Ils choisissaient leur musique selon leurs préférences. De plus, chaque fois que les infirmières entraient dans la chambre, elles devaient débiter la musique. Aussi, les proches et les personnes opérées, lorsque bien éveillées et alertes suite à la chirurgie, pouvaient également débiter la musique à l'aide du lecteur de disques compacts.

Cette étude a démontré que l'écoute de musique chez cette clientèle représentait une source de distraction de la douleur en contribuant à la diminution de la perception et de l'intensité de celle-ci à chaque jour postopératoire. Ceci a permis de réduire la demande d'analgésiques par ces derniers pour le soulagement de leur douleur, et une meilleure gestion de l'anxiété ressentie. De plus, cette méthode, non pharmacologique, a également permis de diminuer les épisodes de confusion aiguë et de délirium, suite à leur chirurgie. Ultiment, les personnes âgées du groupe expérimental de l'étude se mobilisaient plus rapidement suite à la chirurgie, marchaient sur de plus longues distances et affirmaient vivre

une expérience positive de leur hospitalisation.

Aspect culturel

La musique est une expérience individuelle; les préférences musicales sont influencées par différents facteurs incluant l'âge, la culture, les expériences antérieures et l'humeur de la personne (Engwall et Duppils, 2009), et la réponse émotionnelle à la musique peut différer d'une culture à l'autre (Ajorpaz et al., 2014). Il est suggéré de privilégier l'utilisation de la musique préférée pour améliorer l'efficacité de la musicothérapie, plutôt que d'imposer de la musique ou un type de musique en particulier. Il a été prouvé que le fait de prendre en considération les préférences musicales pour le choix de la musique contribue à l'effet thérapeutique de celle-ci (Ajorpaz et al., 2014; Easter et al., 2010; Engwall et Duppils, 2009).

D'ailleurs, Good et al. (2000) ont analysé les résultats de cinq études, dont quatre aux États-Unis et une à Taiwan, afin de démontrer les différences culturelles quant aux préférences musicales pour soulager la douleur. Ces auteurs ont conclu qu'il y avait des différences significatives concernant les préférences musicales, notamment entre

les américains caucasiens (musique classique/d'orchestre) et les afro-américains (jazz et gospel). Malgré ces résultats, il est important de ne pas avoir de stéréotypes en associant un type de musique spécifique comme seul choix à un groupe culturel. Pour évaluer les préférences musicales d'un individu, Good et al. (2000) recommandent aux infirmières, entre autres, d'explorer son intérêt pour la musique, l'importance qu'il lui accorde dans sa vie et les types de musique qui lui plaisent.

Bienfaits et retombées

Plusieurs études démontrent une association entre l'écoute de la musique et la diminution de la douleur sur différents facteurs tels que l'anxiété, la dépression et la qualité de vie (Jaber et al., 2007; Phumdoung et Good, 2003; Zimmerman, Pozehl, Duncan et Schmitz, 1989). Bien que plusieurs études aient démontré son influence sur les aspects physiques, psychiques et émotionnels d'une personne (Good et al., 2000; Roy, Peretz et Rainville, 2008), le mode d'action de la musique pour le soulagement de la douleur n'est pas totalement clair.

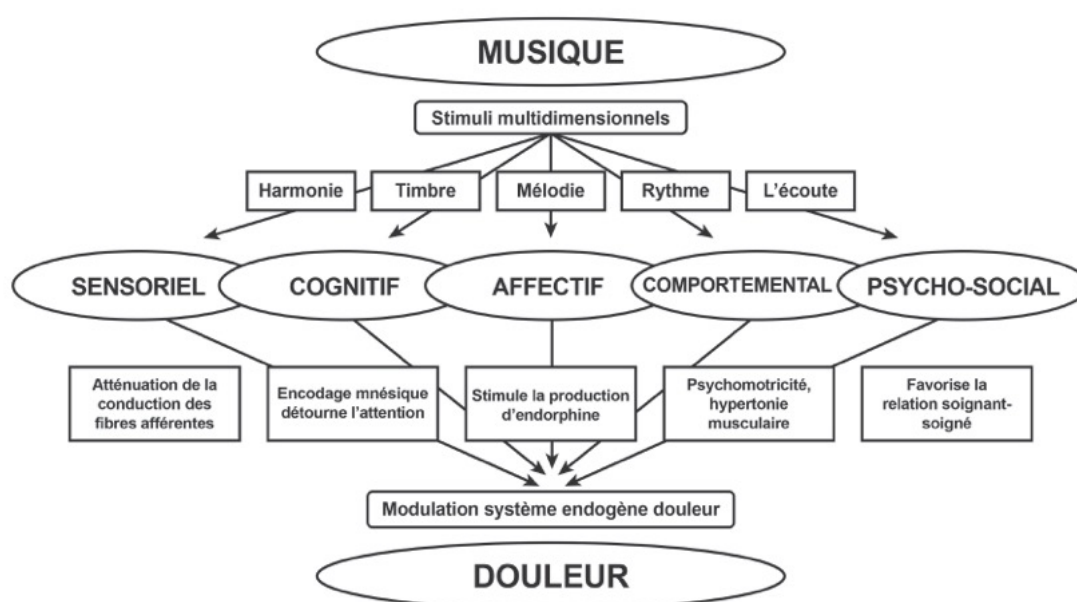


Figure 2. Principaux modes d'actions psychophysiologiques de la musicothérapie. (Guétin et al., 2010)

Tout d'abord, il est important de définir le concept de la douleur. Certains auteurs la décrivent comme une expérience subjective et multidimensionnelle d'un désordre physique (Boccard et Deymier, 2006; RNAO, 2013; Taylor et Stanbury, 2009) qui comprend plusieurs composantes. Ainsi, la composante sensori-discriminative permet de déterminer la localisation, l'intensité, l'évolution, la durée et la qualité de la douleur (Boccard et Deymier, 2006). La composante affectivo-émotionnelle concerne la perception de la douleur par le patient qui lui attribue ainsi une qualité et une tonalité (Boccard et Deymier, 2006). Elle est principalement influencée par le contexte et la signification de la maladie pour le patient (Boccard et Deymier, 2006).

La composante cognitive implique les processus mentaux qui permettent aux personnes d'exprimer verbalement leur douleur (Boccard et Deymier, 2006). Pour ces dernières, elle donne un sens à la perception de celle-ci, et donc peut influencer leur expérience. Finalement, la composante comportementale permet d'exprimer la douleur d'une façon verbale et non verbale. Selon Allred et al. (2010), la douleur peut aussi causer un stress qui engendre l'activation du système nerveux sympathique (SNS). Ses effets sont, entre autres, une augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, ainsi que des demandes du corps en oxygène. De plus, elle agit aussi comme un stimulant respiratoire, expliquant l'augmentation de la fréquence respiratoire d'un individu souffrant. La musique agit sur ces différentes composantes (Guétin et al., 2005). La littérature scientifique suggère plusieurs hypothèses qui parlent principalement de son influence sur deux aspects : l'aspect physiologique et l'action cognitive.

Pour ce qui est de l'aspect physiologique, il est reconnu que la musique sollicite différentes structures cérébrales : les quatre lobes cérébraux et le cervelet (Sergent, 1993). D'ailleurs, le corps calleux, qui assure le transfert d'information entre les deux hémisphères du cerveau, est davantage développé chez les musiciens (Parsons, 2001). De plus, des processus quotidiens, tels que l'apprentissage et la mémorisation de la musique ainsi que la réorganisation du cortex auditif chez les personnes ayant eu une cécité précoce, démontrent que l'expérience musicale peut jouer un rôle dans la plasticité du cortex auditif (Rauschecker, 2001).

La musique engendre donc des effets sur différentes composantes, sensorielle, affective, cognitive et comportementale, pour soulager la douleur (Guétin et al., 2005).

La composante sensorielle produit une contre-stimulation des fibres afférentes, ce qui rend difficile le passage de l'influx douloureux (théorie du portillon) (Guétin et al., 2010; Liu, Chang et Chen, 2010; Phumdoung et Good, 2003; Zimmerman et al., 1989). Cette action permet de stimuler la production d'endorphine (morphine endogène), qui modifie l'humeur et favorise certains aspects émotionnels agréables pour la personne (Goldstein, 1980; Guétin et al., 2010; Roy et al., 2008). Un choix de musique qui plaît peut engendrer des émotions positives, telles que le calme et le bien-être, et donc, réduit la douleur.

L'effet sur la composante cognitive permet à quelqu'un d'évoquer des images et des souvenirs qui détournent l'attention de la douleur (Gerdner, 2000; Liu, Chang et Chen, (2010); Roy et al., 2008). Ainsi, selon Ozer et al. (2013), cette théorie de la distraction est souvent acceptée pour expliquer l'effet de la diminution de la douleur et de l'anxiété par la musique. En effet, elle concentrerait l'attention de la personne sur quelque chose de plus agréable et encourageant pour elle comparativement aux stimuli négatifs de la douleur. Elle permettrait aussi de s'échapper dans son propre monde en occupant son esprit sur quelque chose de familier et d'apaisant. Cependant, dans le cas où la musique ne plaît pas, elle peut véhiculer des émotions négatives qui ne réduisent pas la douleur (Roy et al., 2008). Cela démontre donc que l'effet analgésique est lié non seulement à l'effet distractif, mais aussi à la réaction émotionnelle engendrée par la distraction.

L'action comportementale se manifeste par la diminution de la tension musculaire et par l'influence sur la psychomotricité (Guétin et al., 2005; Liu et al., 2010). Allred et al. (2010) mettent en évidence la diminution des effets du SNS sur le corps, ce qui entraîne une baisse de sa fréquence cardiaque et de sa pression artérielle. Ces auteurs ajoutent que le contrôle optimal de la douleur régulariserait aussi la fréquence respiratoire. D'ailleurs, pour expliquer ces effets cardiovasculaires, Stefano, Zhu, Cadet, Salamon et Mantione (2004) émettent l'hypothèse selon laquelle écouter de la musique peut augmenter l'expression des récepteurs opioïdes de type *mu* et stimuler la sécrétion de morphine endogène et de monoxyde d'azote. Il est à noter que ces composantes sont contenues dans les structures limbiques du cerveau et ont une propriété vasodilatatrice.

Quant à l'aspect psychologique, l'intervention musicale favorise la relation soignant-soigné. Ainsi, suite à une séance d'écoute musicale, la

verbalisation des émotions et de la souffrance de la personne permet d'évacuer les tensions et de favoriser la communication (Guétin et al., 2005; Guétin et al., 2010). De plus, le fait de choisir sa propre sélection de musique procure une augmentation du sentiment de contrôle (Roy et al., 2008). Chez la personne âgée, il est démontré qu'une meilleure prise en charge de la douleur est possible lorsque le soignant et le soigné établissent une bonne relation de confiance (Bouckenaere, 2007).

Recommandations pour la pratique infirmière

En conclusion, considérant le rôle important joué par les infirmières dans le soulagement de la douleur, elles peuvent utiliser la musique comme adjuvant dans un contexte postopératoire. L'efficacité de cette intervention a été démontrée depuis des décennies. Il semble très important d'implanter, dans leurs milieux de soins, cette méthode non-pharmacologique, complémentaire aux méthodes pharmacologiques traditionnelles de soulagement de la douleur postopératoire. Pour ce faire, elles doivent l'adapter en respectant plusieurs facteurs, telles que les préférences musicales des personnes, leurs perceptions et leurs croyances/cultures associées à leur expérience de santé et à la musique, et ce, dans le but de respecter leur unicité. Pour y arriver, l'utilisation de la musique devrait être abordée dès la visite préopératoire. La personne sollicitée pourrait alors apporter son appareil et son répertoire de musique favori. Dès son arrivée en chirurgie, l'infirmière devrait vérifier si elle a apporté de la musique à écouter et lui proposer de le faire en attendant la chirurgie, particulièrement si elle semble anxieuse. De même, elle peut répéter cette intervention après la chirurgie. Toutefois, l'infirmière doit toujours rester vigilante et vérifier l'effet de la musique et la portée réelle de l'intervention. En effet, il se peut que la personne hésite à dire qu'elle n'est pas efficace. Donc, si l'infirmière constate que la musique n'a aucun effet, et même semble énerver plutôt que calmer, elle doit intervenir, soit la changer ou la cesser.

Les proches peuvent être des partenaires importants pour cette activité. Les personnes âgées n'ont pas toutes accès à leur musique à l'hôpital; les enfants ou petits-enfants, les amis pourront les aider. Toutefois, ils ne pourront choisir la musique pour leur parent ou ami et devront les laisser libres de choisir!



LES AUTEURS

En haut, de gauche à droite : Geneviève Hamel, Chloé Fortin, Anne-Sophie Dubuc et Mohamed Belhattab.

En bas, de gauche à droite : Audrey Rochette-Jalbert, Émilie Ferreira et Rita Hajjar

Bacheliers en Sciences infirmières, gradués de l'Université de Montréal en 2015, les auteurs travaillent présentement dans divers milieux cliniques en tant que candidats à l'exercice de la profession infirmière (CEPI). Ils sont en attente de leur résultat d'examen de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec qui officialisera leur statut d'infirmiers cliniciens et le début de leur carrière.

NOTE

1. Le 4 décembre 2015, le groupe d'étudiants a eu l'occasion de présenter une affiche intitulée *La mélodie de la douleur*, à une centaine de personnes lors du colloque Marie-France Thibaut au Campus Laval de l'Université de Montréal. Le but de leur présentation était d'encourager les infirmières à utiliser la musique comme adjuvant pour diminuer la douleur des personnes en période postopératoire.

RÉFÉRENCES

- Ajorpaz, N. M., Mohammadi, A., Najaran, H. et Khazaei, S. (2014). Effect of music on postoperative pain in patients under open heart surgery. *Nursing and Midwifery Studies*, 3(3), e20213. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25699280>
- Allred, K. D., Byers, J. F. et Sole, M. L. (2010). The Effect of Music on Postoperative Pain and Anxiety. *Pain MANAGEMENT Nursing*, 11(1), 15-25. doi : 10.1016/j.pmn.2008.12.002
- Association de musicothérapie du Canada. (2014). *Music Therapy*. Repéré à <http://www.musictherapy.ca/en/>

- Auret, K. et Schug, S. A. (2005). Underutilisation of opioids in elderly patients with chronic pain: approaches to correcting the problem. *Drugs Aging*, 22(8), 641-654.
- Bergeron, D., Leduc, G., Marchand, S. et Bourgault, P. (2011). Étude descriptive du processus d'évaluation et de documentation de la douleur postopératoire dans un hôpital universitaire. *Pain Research & Management: The Journal of Canadian Pain Society*, 16(2), 81-86. Repéré à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3084408/>
- Boccard, E. et Deymier, V. (2006). *Pratique du traitement de la douleur*. Rueil-Malmaison : Institut UPSA de la douleur.
- Bouckenaere, D. (2007). La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cahiers de psychologie clinique*, 1(28), 167-183. doi : 10.3917#cpc.028.0167
- Brown, S. T., Kirkpatrick, M. K., Swanson, M. S. et McKenzie, I. L. (2011). Pain experience of the elderly. *Pain Management Nursing*, 12(4), 190-196. doi: 10.1016/j.pmn.2010.05.004
- Bundgaard, K., Nielsen, K.B., Sorensen, E.E. et Delmar, C. (2014). The best way possible! A fieldwork study outlining expectations and needs for nursing of patients in endoscopy facilities for short-term stay. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 164-172.
- Bunt, L. et Stige, B. (2014). *Music therapy: An Art Beyond Words*. Routledge.
- Comte-Sponville, A., Allaz, A. F., Aquino, J. P., Cedraschi, C., Gibson, S., Krakowski, I. et Wary, B. (2011). *Douleur et personne âgée*. Paris : Institut UPSA de la douleur.
- Cogan, J., Ouimette, M. F., Vargas-Schaffer, G., Yegin, Z., Deschamps, A. et Denault, A. (2014). Patient attitudes and beliefs regarding pain medication after cardiac surgery: barriers to adequate pain management. *Pain Management Nursing*, 15(3), 574-579. doi: 10.1016/j.pmn.2013.01.003
- Cousins, M. J. et Lynch, M. E. (2011). The Declaration Montreal: access to pain management is a fundamental human right. *Pain*, 152(12), 2673-2674. doi: 10.1016/j.pain.2011.09.012
- Dunwoody, C. J., Krenzischek, D. A., Pasero, C., Rathmell, J. P. et Polomano, R. C. (2008). Assessment, physiological monitoring, and consequences of inadequately treated acute pain. *Pain Management Nursing*, 9(1 Suppl), S11-21. doi: 10.1016/j.pmn.2007.11.006
- Easter, B., DeBoer, L., Settlemyre, G., Starnes, C., Marlowe, V. et Tart, R. C. (2010). The impact of music on the PACU patient's perception of discomfort. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 25(2), 79-87.
- Engwall, M. et Dupplis, G. S. (2009). Music as a nursing intervention for postoperative pain: a systematic review. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 24(6), 370-383.
- Fox, P., Solomon, P., Raina, P. et Jadad, A. (2004). Barriers and facilitators in pain management in long-term care institutions: a qualitative study. *Canadian Journal on Aging*, 23(3), 269-280.
- Francis, L. et Fitzpatrick, J. J. (2013). Postoperative pain: nurses' knowledge and patients' experiences. *Pain Management Nursing*, 14(4), 351-357. doi: 10.1016/j.pmn.2012.05.002
- Gagnon, A., Le May, S. et Roy, O. (2011). La gestion de la douleur postopératoire chez la personne âgée : effets d'interventions éducatives auprès de membres d'une équipe de soins. *L'infirmière clinicienne*, 8(1), 28-32.
- Gerdner, L. A. (2000). Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *International Psychogeriatrics*, 12(01), 49-65. doi: 10.1017/S1041610200006190
- Girard, F. et Cara, C. (2011). *Modèle humaniste des soins infirmiers* - UdeM. Faculté de sciences infirmières, Université de Montréal.
- Goldstein, A. (1980). Thrills in response to music and other stimuli. *Physiological Psychology*, 8(1), 126-129. doi: 10.3758/bf03326460
- Good, M., Albert, J. M., Anderson, G. C., Wotman, S., Cong, X., Lane, D. et Ahn, S. (2010). Supplementing relaxation and music for pain after surgery. *Nursing Research*, 59(4), 259-269.
- Good, M., Picot, B. L., Salem, S. G., Chin, C. C., Picot, S. F. et Lane, D. (2000). Cultural differences in music chosen for pain relief. *Journal of Holistic Nursing*, 18(3), 245-260.
- Guétin, S., Coudeyre, E., Picot, M. C., Ginies, P., Graber-Duvernay, B., Ratsimba, D. et Hérisson, C. (2005). Intérêt de la musicothérapie dans la prise en charge de la lombalgie chronique en milieu hospitalier (Étude contrôlée, randomisée sur 65 patients). *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 48(5), 217-224. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annrmp.2005.02.003>
- Guétin, S., Giniès, P., Picot, M.-C., Brun, L., Chanques, G., Jaber, S. et Touchon, J. (2010). Évaluation et standardisation d'une nouvelle technique de musicothérapie dans la prise en charge de la douleur : le montage en « U ». *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 11(5), 213-218. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.douleur.2010.06.001>
- Guétin, S., Jaber, S., Bahloul, H., Blayac, J.-P. et Eledjam, J.-J. (2004). Musicothérapie et algologie. *Le Courrier de l'algologie*, 3(3), 22-26.
- Hole, J., Hirsch, M., Ball, E. et Meads, C. (2015). Music as an aid for postoperative recovery in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 386(10004), 1659-1671. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60169-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60169-6)
- Institut de cardiologie de Montréal (2009). Infos Cliniques : La douleur. *Direction des soins infirmiers*, 7 (2). Repéré : https://www.icmhi.org/.../infos_cliniques_vol7_no2_2.pdf.

- Jaber, S., Bahloul, H., Guétin, S., Chanques, G., Sebbane, M. et Eledjam, J. J. (2007). Effets de la musicothérapie en réanimation hors sédation chez des patients en cours de sevrage ventilatoire versus des patients non ventilés. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 26(1), 30-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2006.09.002>
- Kastanias, P., Denny, K., Robinson, S., Sabo, K. et Snaith, K. (2009). What do adult surgical patients really want to know about pain and pain management? *Pain Management Nursing*, 10(1), 22-31.
- Kehlet, H. et Wilmore, D. W. (2008). Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Annals of Surgery*, 248(2), 189-198. doi: 10.1097/SLA.0b013e31817f2c1a
- Lewis, S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., Bucher, L. et Camera, I. M. (2011). *Soins infirmiers. Médecine et chirurgie*. Tome 1. (8e éd.). Montréal, Qc : Chenelière Éducation.
- Liu, Y. H., Chang, M. Y. et Chen, C. H. (2010). Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 1065-1072. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03028.x
- Lynch, M. E. (2011). The need for a Canadian pain strategy. *Pain Research & Management*, 16(2), 77-80.
- McCaffrey R. et Locsin R. (2002). Music listening as a nursing intervention : a Symphony of practice. *Holistic Nursing practice*, 16(3), 70-77
- McCaffrey, R. et Locsin, R. (2006). The effect of music on pain and acute confusion in older adults undergoing hip and knee surgery. *Holistic Nursing Practice*, 20(5), 218-226.
- Nilsson, U. (2009). The effect of music intervention in stress response to cardiac surgery in a randomized clinical trial. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 38(3), 201-207.
- Ozer, N., Karaman Ozlu, Z., Arslan, S. et Gunes, N. (2013). Effect of music on postoperative pain and physiologic parameters of patients after open heart surgery. *Pain Management Nursing*, 14(1), 20-28. doi:10.1016/j.pmn.2010.05.002
- Parsons, L. M. (2001). Exploring the functional neuroanatomy of music performance, perception, and comprehension. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 930, 211-231.
- Phumdoung, S. et Good, M. (2003). Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Management Nursing*, 4(2), 54-61.
- Rauschecker, J. P. (2001). Cortical plasticity and music. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 930, 330-336.
- Registered Nurse' Association of Ontario [RNAO] (2013). *Assessment and Management of Pain (Third edition)*. Document repéré à http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain_15_WEB-FINAL_DEC_2.pdf
- Rocchi, A., Chung, F. et Forte, L. (2002). Canadian survey of postsurgical pain and pain medication experiences. *Regional Anesthesia and Pain*, 49(10), 1053-1056.
- Roy, M., Peretz, I. et Rainville, P. (2008). Emotional valence contributes to music-induced analgesia. *Pain*, 134(1-2), 140-147. doi: 10.1016/j.pain.2007.04.003
- Sergent, J. (1993). De la musique au cerveau, par l'intermédiaire de Maurice Ravel. *Médecine/Science*, 9, 50-58.
- Société Canadienne de la Douleur [SCD]. (2011). Appel à l'action : la nécessité d'une stratégie nationale de lutte contre la douleur pour le Canada.
- Statistique Canada. (2012). Aînés. *Annuaire du Canada*, 11(402), 22-37. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2012000/pdf/seniors-aines-fra.pdf>.
- Stefano, G. B., Zhu, W., Cadet, P., Salamon, E. et Mantione, K. J. (2004). Music alters constitutively expressed opiate and cytokine processes in listeners. *Medical Science Monitor*, 10(6), MS18-27.
- Taylor, A. et Stanbury, L. (2009). A review of postoperative pain management and the challenges. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 20(4), 188-194. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cacc.2009.02.003>
- Werner, M. U., Mjobo, H. N., Nielsen, P. R. et Rudin, A. (2010). Prediction of postoperative pain: a systematic review of predictive experimental pain studies. *Anesthesiology*, 112(6), 1494-1502. doi:10.1097/ALN.0b013e3181dcd5a0
- Zimmerman, L., Pozehl, B., Duncan, K. et Schmitz, R. (1989). Effects of music in patients who had chronic cancer pain. *Western Journal of Nursing Research*, 11(3), 298-309. doi: 10.1177/019394598901100304

Création du Prix Daniel Laferrière reconnaisant l'excellence du travail de préposé aux bénéficiaires

Sophie Barsetti, inf. Bc. Sc., MBA

S'il est une fonction au cœur des soins qui influence significativement le niveau de qualité et qui soit à la fois discrète, méconnue, voire même, sous-estimée et jugée, c'est bien celle de préposé¹ aux bénéficiaires en centres d'hébergement. Personne ne peut soupçonner à quel point celui qui accompagne le plus étroitement les personnes hébergées dans leur quotidien contribue à leur bien-être. En fait, la qualité et la sécurité ne sauraient exister sans qu'elles ne passent par le préposé aux bénéficiaires. Un milieu d'hébergement aura beau disposer des meilleures ressources médicales, d'infirmières professionnelles, posséder tous les équipements à la fine pointe de la technologie, les meilleurs programmes qualité et sécurité, le plus beau milieu de vie, si le préposé aux bénéficiaires ne possède pas l'harmonieuse conjugaison du savoir-être et du savoir-faire, le milieu d'hébergement ne peut considérer répondre pleinement à sa mission. Et pourtant, ces véritables gardiens des petits bonheurs du quotidien des personnes hébergées sont encore trop injustement malmenés par les médias.

L'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) arrive à point lorsqu'il lance au printemps 2015, à l'échelle provinciale, le tout premier concours pour reconnaître le « meilleur préposé aux bénéficiaires du Québec ». Le concours « Aux petits soins » s'inscrit dans le cadre du colloque biennal que l'IUGM organise à l'intention des préposés aux bénéficiaires qui exercent particulièrement en centres d'hébergement. Les candidatures acheminées à un jury externe doivent alors répondre aux critères suivants : compétences personnelles, humanisme, collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, les résidents et les proches aidants, engagement personnel et sens de l'innovation.

Quelle belle occasion de manifester sa reconnaissance envers les préposés aux bénéficiaires pour tout le travail qu'ils accomplissent au jour le jour auprès des personnes faisant partie des plus vulnérables de

notre société! L'auteure, directrice qui exerce au sein des milieux d'hébergement depuis bientôt 30 ans, qui a côtoyé et qui côtoie toujours nombre de préposés aux bénéficiaires extraordinaires, passionnés et hautement dédiés, trouve difficile de sélectionner LA perle parmi toutes. Or, après réflexion et consultations, elle fut trouvée : c'est un monsieur, Daniel Laferrière, qui travaille à Québec depuis un peu plus de 5 ans au Centre d'hébergement Champlain-des-Montagnes, une des 14 installations de Groupe Champlain, située dans la section nord de la région de Québec.

Le meilleur préposé aux bénéficiaires au Québec

Voici donc la belle histoire de Daniel Laferrière, agent livreur à domicile de boissons gazeuses et aidant naturel ayant accompagné certains de ses proches en fin de vie. Il remarque par hasard en 2010 une simple annonce parue dans le journal « *Devenez préposé aux bénéficiaires tout en travaillant* ». Il voit là, enfin, le signe qu'il attendait, venant de sa sœur, récemment décédée, qui l'encourageait, alors qu'elle était dans ses derniers moments de vie, à devenir préposé aux bénéficiaires. Sans hésitation, il dépose sa candidature et quelques jours plus tard, il réussit l'entrevue et se prépare à faire le grand saut. Il vend sans hésitation sa demeure sur la rive-sud de Québec car il réalise enfin son rêve, celui de devenir préposé aux bénéficiaires : il a 53 ans. Il devient étudiant-PAB à un projet novateur, s'échelonnant sur une année, de type travail-études en alternance, créé en partenariat par l'École professionnelle Fierbourg avec le Centre d'hébergement Champlain-des-Montagnes). Monsieur Laferrière se fait tout de suite remarquer par son charisme, sa délicatesse, son écoute, sa disponibilité et... son irrésistible et perpétuel sourire.

Une fois son diplôme obtenu, il s'implique rapidement et contribue au recrutement d'autres préposés aux bénéficiaires, car il fait siennes les

valeurs de l'organisation où il se sent déjà partie prenante. Suite à son implication dans l'orientation des nouveaux engagés, s'enchaînent la formation *AGIR pour accompagner : communication et relation avec la famille et les proches*, une activité de bénévolat dans le cadre d'un projet d'amélioration des salles à manger pour les résidents, et la participation aux activités de financement pour améliorer la qualité de vie de ces derniers.

Âgé maintenant de 58 ans, il continue comme au premier jour à vivre la même passion pour sa nouvelle carrière. Lumineux, il dégage une aura telle qu'il suffit d'arriver à l'étage en même temps que lui pour constater à quel point il est apprécié car dès l'ouverture des portes de l'ascenseur sur l'unité de vie, un véritable service d'accueil de résidents l'attend et son nom fuse de tous côtés.

C'est donc pour toutes ces raisons que Daniel Laferrière devenait le candidat idéal de Groupe Champlain pour se présenter au Concours « Aux petits soins »², prix qu'il a remporté en novembre 2015 et qui portera dorénavant son nom à titre de premier lauréat.

Félicitations à Daniel Laferrière!

Monsieur Laferrière, au nom des résidents, merci d'avoir cru en votre rêve et choisi un jour d'exercer la noble fonction de préposé aux bénéficiaires. Vous embellissez la vie des résidents qui vous sont confiés, vous êtes une source d'inspiration et le digne ambassadeur de tous vos collègues préposés aux bénéficiaires qui exercent aux quatre coins du Québec!

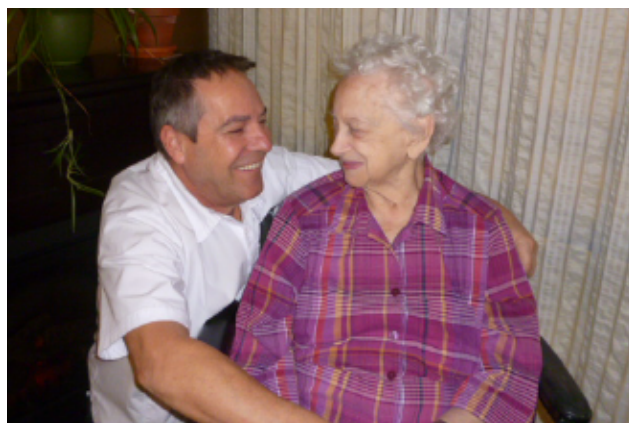


Photo de Daniel Laferrière et de madame Yolande Robert, résidente au Centre d'hébergement Champlain-des-Montagnes. Permission accordée d'utiliser la photo.

Longue vie au *Prix Daniel Laferrière* qui donne, à juste titre, leurs lettres de noblesse aux préposés aux bénéficiaires!



Sophie Barsetti

Inf. Bc. Sc., MBA

Madame Sophie Barsetti est Directrice régionale du Groupe Champlain pour la région Québec/Chaudière-Appalaches.

NOTES

1. Le masculin englobe le féminin.
2. Vidéo sur le lauréat du concours « Aux petits soins »: <https://youtu.be/ga227fRFCzo>.

RÉFÉRENCE

Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des services sociaux. (2008). *Agir pour accompagner : communication et relation avec la famille et les proches*. Québec.

L'infection urinaire et la bactériurie asymptomatique chez les personnes âgées, non porteuses de sondes urinaires

Manon Lachapelle, inf. M. Sc.

Micro-programme de 2^e cycle en prévention et contrôle des infections

Il y a beaucoup de cas d'infection urinaire inférieure chez la clientèle âgée. Les données épidémiologiques nous indiquent que cette proportion s'accroît après 80 ans, et que plus de femmes que d'hommes seraient touchées. Une forte proportion de ces cas se retrouve chez les personnes âgées hébergées, en particulier chez les femmes, en centre de soins de longue durée. L'infirmière qui travaille avec la clientèle gériatrique est la professionnelle qui peut dépister, évaluer et appliquer le traitement des infections urinaires. Très souvent, elle reconnaît ou identifie les signes et les symptômes d'un problème chez une personne lorsqu'il y a présence d'agitation, un changement de comportement, un faciès plaintif ou lors de la présence d'urine nauséabonde. Elle associe cette symptomatologie à une infection urinaire possible alors que des symptômes non spécifiques devraient référer à une bactériurie asymptomatique. Par la suite, différentes procédures institutionnelles existent : un bâtonnet urinaire réactif (multistick) est utilisé et, selon le résultat, une analyse et une culture urinaire seront faites. Un antibiotique est prescrit immédiatement ou le sera au retour du résultat de l'antibiogramme urinaire.

Comme le phénomène de l'infection urinaire est récurrent, plusieurs prises d'antibiotiques sont possibles et sont faites également pour des bactériuries asymptomatiques. On observe alors un autre phénomène soit la résistance aux antibiotiques. De plus, plusieurs données de recherche indiquent qu'il n'y a pas d'intérêt à traiter les bactériuries asymptomatiques. Au contraire, l'usage inapproprié des antibiotiques chez les personnes âgées entraîne des effets secondaires importants comme des rashes cutanés, des nausées, des vomissements, des interactions avec plusieurs médicaments et un risque accru de développer un *Clostridium difficile*. Comment alors identifier et traiter ce problème?

Cet article traite de l'infection des voies urinaires inférieures ainsi que de la bactériurie asymptomatique chez les personnes âgées, non porteuses de sondes urinaires. Pour ce, il définit l'infection urinaire et en identifie les facteurs.

Quels en sont les signes et les symptômes? Comment distinguer, chez une personne âgée, une bactériurie asymptomatique d'une infection urinaire? L'article cible la pratique infirmière et s'interroge sur l'existence de protocoles de soins pour guider ses interventions cliniques.

Définitions et localisation des infections urinaires

Le terme infection urinaire réfère à la présence de signes et de symptômes marqueurs de même que la présence d'éléments pathogènes dans les urines. On utilise le terme infection des voies urinaires inférieures lorsque l'inflammation se situe au niveau de la vessie (cystite bactérienne), de la prostate (prostatite bactérienne) ou de l'urètre (l'urétrite bactérienne). Les infections des voies urinaires hautes sont la pyélonéphrite (l'inflammation du bassin et du rein), la néphrite interstitielle (inflammation du rein) et les abcès du rein (Smeltzer et Bare, 2006; Brunner, Suddarth, Smeltzer et Bare, 2006).

La pyélonéphrite aiguë se caractérise par une douleur intense au niveau costo-vertébral accompagnée d'une forte température et d'urines rosées; ces signes constituent une urgence médicale et doivent être traités sans délai (Matthews et Lancaster, 2011).

Notions épidémiologiques

Les auteurs Rowe et Juthani-Mehta (2014) indiquent qu'une infection des voies urinaires inférieures chez les personnes âgées est souvent diagnostiquée. Ils mentionnent également que la prévalence de ces infections urinaires chez les femmes âgées hébergées représente environ 30 à 40 % de toutes les infections. Une étude de Eriksson, Gustafson, Fagerstrom et Olofsson (2010) affirme que chez les femmes de 85 ans et plus, vivant en hébergement, 30 % avaient eu au moins une infection urinaire dans la dernière année.

C'est aussi l'infection la plus souvent mal diagnostiquée (Woodford et Georges, 2009). Ces auteurs indiquent que la difficulté serait attribuable à la forte prévalence de la bactériurie asymptomatique chez les personnes âgées hébergées. Dans la littérature consultée, elle est définie comme une bactérie présentant une absence de signes et de symptômes significatifs d'une infection avec un résultat à l'antibiogramme urinaire positif (Toward Optimized Practice (TOP), 2015).

Gomez et Andrianne (2014) mentionnent que le risque de bactériurie asymptomatique serait de 20 à 50 % pour les femmes âgées et d'environ 20 % pour l'homme âgé, les deux vivant en hébergement. Beveridge, Davey, Philipps et McMurdo (2011) ajoutent que les infections urinaires sont difficiles à diagnostiquer car beaucoup de personnes âgées hébergées présentant un diagnostic de démence, de Parkinson, de problèmes neurologique et vasculaire et/ou de diabète, ont des symptômes génito-urinaires chroniques qui ne doivent pas être interprétés comme des symptômes d'infection urinaire.

Comme le diagnostic de l'infection urinaire inférieure doit être posé suite à une histoire claire de signes et de symptômes significatifs, plusieurs personnes âgées qui ont des déficits cognitifs ne peuvent fournir de détails. La symptomatologie du déclin normal de la maladie est donc très souvent interprétée comme étant des symptômes d'une infection urinaire.

Facteurs prédisposant à une infection

Les facteurs prédisposant aux infections urinaires sont la déshydratation, la constipation ou la prise de diurétiques (Armstrong, 2015). D'autres médicaments, comme les neuroleptiques, les anticholinergiques ou encore les opioïdes qui exercent diverses actions sur le système nerveux central, créent une hypotonie ou une hypertonie de la vessie en agissant sur les sphincters vésicaux. Des facteurs comme la vidange urinaire incomplète due à des problèmes neurologiques et vasculaires (Parkinson, démence, accident vasculaire cérébral, diabète, etc.) peuvent occasionner des urgences mictionnelles et de l'incontinence urinaire. DiVito (2014) mentionne que les personnes immuno-supprimées, présentant des anomalies structurales congénitales, un blocage, une fistule ou un trauma dans les structures urétrales ou encore un rétrécissement de l'urètre, sont davantage sujettes aux infections urinaires.

La Bactérie *Eschérichia Coli*

La bactérie la plus souvent répertoriée dans l'antibiogramme urinaire est l'*Eschérichia Coli* (*E. coli*). Dans près de 90 % des cas, c'est l'infection la plus régulièrement rencontrée dans les résultats d'antibiogrammes de bactériuries asymptomatiques (Juthani-Mehta, 2007; Matthews et Lancaster, 2011; Casey, 2014; Haddock, 2015). C'est une entérobactérie à Gram négatif qui se retrouve dans la flore intestinale normale. Différentes souches de *E. coli* existent; certaines ont des aptitudes à coloniser le tractus urinaire en utilisant leurs pilis ou fimbriae, susceptibles d'adhérer aux tissus épithéliaux du tractus urinaire, et ainsi, résister au flux mictionnel. De plus, comme elle se déplace facilement, la bactérie colonise le tractus urinaire en sécrétant des toxines qui créent une réaction inflammatoire. L'emplacement du méat urinaire chez la femme étant très proche de l'entrée du rectum, les bactéries peuvent voyager facilement de ce site à l'entrée de l'urètre. Par exemple, si l'hygiène génitale n'est pas conforme aux directives enseignées, soit du pubis vers le rectum (de l'avant vers l'arrière), des souillures peuvent se retrouver à l'entrée de l'urètre, contaminant ainsi le tractus vésical. Comme ces souches de *E. coli* sont virulentes, elles persistent malgré l'usage des antibiotiques et sont responsables du taux élevé de récurrence de l'infection (Nelson et Good, 2015). D'autres bactéries gram positif comme les enterococcus (*faecium*, *faecalis*) se retrouvent dans les selles sans causer de désordre chez un individu en bonne santé. En présence d'une personne immuno-supprimée, résidant en hébergement et présentant plusieurs diagnostics de maladies chroniques, la prise d'un antibiotique inapproprié favorise l'apparition de ces bactéries qui, lorsqu'elles se retrouvent dans le tractus vésical, sont difficiles à déloger. Comme ces bactéries disposent de protéines de surface qui favorisent leur virulence dans l'environnement, elles sont associées à des infections urinaires nosocomiales (Regnault, 2002).

Signes et symptômes d'une infection urinaire

Diagnostiquer une infection urinaire demande une histoire claire des signes et des symptômes qui en sont les marqueurs. Les auteurs Nelson et Good (2015) reprennent les critères de surveillance des infections urinaires élaborés par McGeer (mise à jour 2012) pour détailler ceux qui seraient des marqueurs significatifs et qui doivent être observés :

Critères de surveillance de McGeer (2012)

Au moins un de ces deux symptômes :

- Douleur aiguë à la miction (dysurie), douleur ou inconfort sus-pubien, gonflement ou sensibilité des testicules;
- Température (fièvre), frisson ou leucocytose².

Il faut se souvenir que plusieurs personnes âgées ne font pas de température. Par contre, lorsque présente, la littérature consultée indique que la fièvre est un marqueur significatif d'une infection.

Balises objectives (McGeer, 2012) pour définir la température (fièvre)

Température buccale plus grande que 37.8 C;

ou

1. Température buccale répétée plus grande que 37.2 C;

ou

2. Température rectale plus grande que 37.5 C ;

ou

3. Température unique (buccale, rectale, tympanique ou axillaire) plus grande de 1.1 C au-dessus de la température basale habituelle de la personne.

Lorsque la température est présente, il doit y avoir **au moins un** des signes ou symptômes suivants :

- Douleur aiguë angle costo-vertébral;
- Hématurie macroscopique;
- Nouvelles incontinences urinaires ou augmentation de la fréquence;
- Nouvelles urgences mictionnelles ou augmentation de la fréquence;
- Changement dans la fréquence mictionnelle (ex : pollakiurie).

S'il n'y a pas de température, il doit y avoir au moins **deux signes** dans les suivants :

- Douleur sus-pubienne;
- Hématurie;
- Nouvelle incontinence, nouvelle urgence mictionnelle ou changement dans la fréquence mictionnelle.

S'ajoute à l'examen des signes et des symptômes, une culture d'urine positive.

Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (2014) donne les balises suivantes pour indiquer qu'une culture d'urine est positive :

- Résultat de culture urinaire plus grand ou égal à 10(8) ufc/L avec moins ou égal à 2 micro-organismes;

ou

- Résultat de culture urinaire plus grand ou égal à 10(6) ufc/L et moins de 10(8) ufc/L avec moins ou égal à 2 micro-organismes **ET, au moins un des deux des critères suivants** : leucocytes estérases ou nitrites (bâtonnets) positif; pyurie (pus) ou une quantité plus grande que 5 leucocytes par champ.

Si la personne ne peut s'exprimer clairement sur ces signes et symptômes, l'évaluation de l'infirmière peut être réalisée à partir des critères élaborés par McGeer (mise à jour 2012). On recherchera les changements dans ce qui est nouveau et détérioré dans le pattern urinaire de la personne âgée, comme par exemple une augmentation des urgences mictionnelles ou encore la présence de nouvelles incontinences urinaires. À l'examen clinique, les signes de douleur ou d'inconfort à la palpation de la région sus-pubienne, ou à la région costo-vertébrale, des douleurs à la miction et de l'hématurie doivent être observés (Nelson et Good, 2015; D'Agata, Loeb et Michell, 2013). L'infirmière doit prendre les signes vitaux pour apprécier la température et faire une culture d'urine pour établir le diagnostic.

Elle doit s'assurer d'obtenir le résultat de l'antibiogramme urinaire et de bien comprendre les informations contenues. On doit y retrouver le nom de la bactérie ou des bactéries en cause ainsi que leur concentration. Deux colonnes sont présentes, l'une contient la classe des antibiotiques et l'autre indique la lettre R pour résistant ou la lettre S pour sensibilité. À chaque classe d'antibiotique correspond la lettre R ou S. Le choix de l'antibiotique pour la personne traitée correspond à la classe d'antibiotique identifiée S (sensible) à la bactérie inscrite sur l'antibiogramme.

Comment alors reconnaître une bactériurie asymptomatique d'une infection urinaire chez les personnes âgées, non porteuses de sondes urinaires?

La bactériurie asymptomatique

La bactériurie asymptomatique s'illustre par une symptomatologie non spécifique comme le changement de comportement, un manque de collaboration aux soins ou encore un refus de s'alimenter. De plus, elle doit comporter un résultat positif de l'antibiogramme avec, au moins, une bactérie en concentration suffisante (D'Agata et al., 2013; Beveridge et al., 2011; Armstrong, 2011).

Ces auteurs ajoutent que le changement de l'odeur de l'urine n'est plus un critère à considérer car plusieurs éléments peuvent intervenir comme la déshydratation et le choix de l'aliment (consommation d'asperges) qui peut la modifier. De plus, le changement dans l'état mental de la personne, par exemple la léthargie et les chutes, sont des signes peu distinctifs pour différencier une infection urinaire d'une bactériurie asymptomatique.

Si aucun des symptômes énumérés dans les critères de surveillance de McGeer (2012) des infections urinaires ne se retrouve chez la personne âgée évaluée, une culture d'urine ne sera pas indiquée, pas plus que l'utilisation du bâtonnet réactif (multisick) qui ne permet pas de faire la différence entre une infection urinaire et une bactériurie asymptomatique. Dans ce cas, les recommandations sont à l'effet de faire une réévaluation et de rechercher un problème autre qu'une infection urinaire.

Nicollé (2000, 2009), DiVito (2014) et Haddock (2015) indiquent que même si la bactériurie asymptomatique ne requiert pas de traitement pharmacologique, la réévaluation des signes et des symptômes observés doit être mise de l'avant. Un plan thérapeutique infirmier doit être réalisé pour assurer le suivi clinique.

Interventions infirmières

Voici quelques interventions infirmières, non exhaustives, les plus souvent répertoriées dans la littérature consultée pour le suivi des infections urinaires et des bactériuries asymptomatiques :

- Mettre en place une hydratation suffisante, vérifier s'il y a une limite liquidienne; faire l'ajout de jus de canneberge, s'il n'y a pas de contre-indication;

Une hydratation suffisante est l'élément primordial le plus souvent répertorié dans la littérature; plusieurs auteurs (Rowe et Juthani-Mehta, 2014; Nelson et Good,

2015; TOP, 2015; Armstrong, 2015; Leduc, 2014) indiquent que c'est l'intervention de choix, celle à prioriser, et ce, avant même la prescription d'antibiotique. Elle est efficace contre la constipation et la déshydratation. L'efficacité du jus de canneberge est également citée; son action serait d'empêcher l'adhésion des pilis de la bactérie *E. coli* à la muqueuse épithéliale vésicale (Naline, Cudennec et Teillet, 2014; Beveridge et al., 2011). Par contre, on doit vérifier ses interactions avec la prise de la médication de la personne (ex : interaction avec la walfarine).

- Faire un dosage des ingestas et des excréta afin de calculer la prise de liquide. TOP (2015) et Leduc (2014) indiquent que, très souvent, si la personne a une condition médicale stable, l'hydratation diminuera les signes et symptômes non spécifiques;
- Vérifier l'état des muqueuses de la région génitale pour s'assurer que l'hygiène est rigoureuse, qu'il n'y a pas de rougeur, de lésions et/ou de selles au niveau du méat urinaire (Nelson et Good, 2015; Naline, Cudennec et Teillet, 2014; Armstrong, 2015; DiVito, 2014);
- Vérifier et réévaluer la présence de douleur mictionnelle ou d'inconfort;
- Prendre les signes vitaux et faire un suivi rigoureux de la température;
- Faire un « bladder scan » pour comptabiliser les résidus post-mictionnels afin d'évaluer la rétention urinaire.

Les objectifs du traitement de l'infection urinaire et les interventions infirmières pour la personne âgée en fin de vie, ou encore présentant une démence avancée, seront orientés vers le soulagement de la douleur et le confort de la personne. C'est le jugement clinique infirmier qui doit primer. Comme l'évaluation de la douleur, l'examen clinique de la région sus-pubienne, l'hydratation, les interventions avec le « bladder scan » et la prise de température seront difficiles à réaliser et non souhaitables, ces personnes sont traitées d'emblée (D'Agata et al., 2013).

Application des signes et des symptômes à la pratique infirmière

Dans sa pratique quotidienne, l'infirmière reconnaît un ensemble de signes et de symptômes. Par exemple, lorsqu'elle suspecte une infection urinaire, elle procède à un examen physique et évalue la douleur ou l'inconfort à la miction. Souvent, l'équipe soignante ajoutera que la personne s'est peu alimentée au repas, qu'elle est plus agressive lors des soins d'hygiène ou encore plus affaissée, et que l'urine est nauséabonde. La famille pourrait ajouter que leur parente est connue pour des infections urinaires à répétition. Il y a donc un ensemble de signes et de symptômes que l'infirmière doit évaluer et partager, en identifiant ceux qui sont non spécifiques et qui pourraient indiquer un autre problème de santé.

Les auteurs Rummukainen et al. (2012) indiquent que, dans le secteur des soins de longue durée, il y a une forte proportion d'antibiotiques qui sont prescrits par téléphone suite à une évaluation des signes et des symptômes par une infirmière, et ce, sans résultat de laboratoire. Ces auteurs mentionnent que, comme il n'y a pas de lignes directrices nationales sur le diagnostic et le

traitement de l'infection urinaire et de la bactériurie asymptomatique en soins de longue durée, il est difficile pour l'infirmière d'identifier les signes et les symptômes marqueurs. Zabarsky, Sethi, Curtis et Donskey (2008), citant l'étude de Juthani-Mehta et al. (2005), affirment que les infirmières sont les professionnelles les plus susceptibles de recommander un traitement par antibiotique pour une bactériurie asymptomatique et qu'elles ont besoin de formation à cet effet car elles exercent un rôle pivot au sein de l'équipe de gériatrie.

Déjà, Walker, McGeer, Simor, Armstrong-Evans et Loeb (2000), dans une étude qualitative, avaient exploré les perceptions, les attitudes et les opinions des infirmières et des médecins lorsqu'ils sont confrontés à prescrire un antibiotique pour une personne ayant une bactériurie asymptomatique et le rôle central que doit jouer l'infirmière dans la prescription et dans l'identification des signes et des symptômes non spécifiques. Les médecins, pour leur part, ont souligné que, très souvent, ils sont confrontés à un résultat d'antibiogramme urinaire positif sans savoir pourquoi il a été fait, ou encore parce qu'il y avait des symptômes non spécifiques. Ils ont indiqué qu'ils aimeraient avoir l'évaluation globale de la symptomatologie de la personne et non seulement un résultat d'antibiogramme urinaire.

**hygie®**

Plus de 65 produits
1.866.588.2221 | www.hygie.com

Enfinement

Des produits d'hygiène pour les personnes âgées



NOUVEAU
Support urinal
homme et femme



ENSEMBLES HY21®
BASSINE, VOMITOIRE et URINAL
Utilisé avec l'enveloppe hygiénique,
gère et contient efficacement les
liquides biologiques.



**GANTS DE TOILETTE
PRÉIMBIBÉS**
Avec intérieur plastifié
Permettent une toilette complète.



ENVELOPPES HYGIÉNIQUES®
Pour BASSINE, VOMITOIRE et URINAL
Tampon super absorbant contenu dans chaque
enveloppe gélifie jusqu'à 700 ml de liquide.

Les chercheurs ont indiqué que la formation sur la prescription d'antibiotique pour une bactériurie asymptomatique devrait inclure les infirmières, compte tenu de l'importance de leur rôle dans le suivi clinique des personnes.

Le constat que l'on peut faire de ces écrits est que les infirmières ont besoin de formation sur les signes et les symptômes des infections urinaires, ainsi que sur les bactériuries asymptomatiques. Elles ont également besoin de lignes directrices et de protocoles de soins pour orienter leurs interventions.

Protocole de soins et algorithmes décisionnels pour les infections urinaires et les bactériuries asymptomatiques

Dans la littérature consultée, on retrouve plusieurs algorithmes décisionnels pour diagnostiquer une infection urinaire. Rowe et Juthani-Mehta (2014), Comité sur les infections nosocomiales du Québec (2014), Armstrong (2014), Stone et al. (2012) ont révisé les définitions des infections en soins de longue durée. Ce sont des algorithmes médicaux qui sont orientés vers la prescription médicale et ne concernent pas ou très peu les actions infirmières pour la surveillance et le suivi. Très peu de protocoles de soins et de suivi intégrant, à la fois, l'évaluation de l'infection urinaire et la bactériurie asymptomatique, ont été publiés.

Cependant, afin d'assurer le suivi clinique de ces infections, des protocoles de soins devraient être élaborés pour orienter les interventions infirmières. Ils devraient contenir, minimalement, l'énumération des signes et des symptômes qui sont considérés spécifiques et non spécifiques, ainsi que la démarche à suivre si les symptômes sont classés dans l'une ou l'autre des catégories. Ils devraient statuer dans quel cas l'utilisation du bâtonnet réactif ou de la culture urinaire est indiquée ainsi que les signes et symptômes qui devraient être présents et inclure inclure les interventions infirmières requises pour chacune des catégories. Avec ce protocole de soins, il devrait également y avoir une ordonnance collective pour le prélèvement urinaire.

Leduc (2014), infirmière clinicienne, travaillant dans un centre de soins de longue durée en Colombie Britannique, a réalisé un projet qui avait

pour but d'augmenter l'exactitude des diagnostics d'infections urinaires et de réduire le traitement des bactériuries asymptomatiques. L'équipe de direction de l'établissement a décidé de former le personnel soignant. Des modules d'auto-formation ainsi que la réalisation d'un protocole d'évaluation et de suivi des infections urinaires et des bactériuries asymptomatiques ont été mis de l'avant.

Au final, les résultats observés pour une année ont montré une diminution de 36 % du nombre total des infections urinaires traitées aux antibiotiques et une amélioration de la communication infirmière-médecin. L'infirmière se sentait plus confiante lors d'observations de signes et symptômes spécifiques et non spécifiques. Et même, après discussion avec le médecin, l'arrêt des antibiotiques était initié lorsque l'antibiogramme était négatif. De plus, ils ont observé que la réhydratation des personnes améliorait significativement les symptômes non spécifiques.

Conclusion

Le dépistage, l'évaluation ainsi que les suivis cliniques des infections urinaires et des bactériuries asymptomatiques sont difficiles avec la clientèle de personnes âgées vivant en centre d'hébergement. De plus, lors de l'évaluation clinique, les personnes ayant des déficits cognitifs présentent un défi important pour l'infirmière. Elle doit connaître les données probantes de la recherche pour pouvoir distinguer la symptomatologie de l'infection urinaire de celle de la bactériurie asymptomatique. Un protocole d'évaluation et de suivi permet d'articuler ses interventions cliniques pour assurer un meilleur suivi. Un plan thérapeutique infirmier, des réévaluations cliniques et une hydratation adéquate sont à prioriser autant pour l'infection urinaire que pour la bactériurie asymptomatique. L'infirmière qui exerce un rôle pivot dans l'équipe de soins contribue à diminuer l'usage des antibiotiques dans un contexte inapproprié et favorise ainsi la diminution de la résistance aux antibiotiques.



Manon Lachapelle

Madame Lachapelle est coordonnatrice d'activités en Centre de soins de longue durée

NOTE

1. Les critères de McGeer (2012) indiquent qu'une infection urinaire doit comprendre un résultat de culture d'urine d'au moins 10⁵ (soit 10x10x10x10x10). Le comité sur les infections nosocomiales du Québec, dans son document sur les définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans le milieu d'hébergement et de soins de longue durée, indique qu'un résultat de culture d'urine doit être plus grand ou égal à 10⁸ avec au moins la présence de 2 microorganismes soit nitrites positives (bâtonnets) ou présence de pus en grande quantité (plus de 5 leucocytes par champ).

RÉFÉRENCES

Armstrong, K. (2015). Diagnosing and treating urinary tract infections in older people. *British Journal of Community Nursing*, 20(5), 226-230.

Beveridge, L. Davey, Peter G., Gabby P. et McMurdo. (2011). Optimal management of urinary tract infections in older people. *Clinical Interventions in Aging*, 6, 173-180.

Brunner, L.S., Suddarth, D.S., Smeltzer, S. et Bare, B. (2006). Adaptation française sous la direction de Cloutier, L. et Longpré, S. Médecine et chirurgie. Chap 47 : *Affections des reins et des voies urinaires*. 4^e édition. Erpi Compétences infirmières. 4, 74.

Casey, Georgina. (2014). Understanding urinary tract infections. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 20(5), 20-23.

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2014). *Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée*. Institut national de santé publique de Québec, 1-17.

D'Agata, E., Loeb, M. et Mitchell, S. (2013). Challenges in assessing nursing home residents with advanced dementia for suspected urinary tract infections. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61, 62-66.

DiVito, Marian. (2014). Management of urinary tract infection (UTI) in the community. *Journal of Community Nursing*, 28(3), 18-26.

Erikson, I., Gustafson, Y., Fagerstrom, L. et Olofsson, B. (2010). Prevalence and factors associated with urinary tract infections (UTIs) in very old women. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(2), 132-135.

Gomez, F., Andrianne, R. (2014). Le vieillissement « normal » de l'appareil génito-urinaire. *Revue Médicale de Liège*, 69(5-6), 343-348.

Haddock, G. (2015) Improving the management of urinary tract infection. *Nursing & Residential Care*, 17(1), 22-25.

Juthani-Mehta, M., Drickamer, M.A., Towle, V., Zhang, Y., Tinetti, M.E. et Quagliarello, V.J. (2005). Nursing home practitioner survey of diagnostic criteria for urinary tract infections. *Journal of American Geriatric Society*, 53(1), 1986-1990.

Juthani-Mehta, M. (2007). Asymptomatic bacteriuria and urinary tract infection in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 23, 585-594.

Leduc, A. (2014). Réduire le traitement de la bactériurie asymptomatique chez les personnes âgées en centre de soins de longue durée. *Infirmière Canadienne*, Octobre. <https://infirmiere-canadienne.com/fr>

Matthews, J.S. et Lancaster, J.W. (2011). Urinary tract infections in the elderly populations. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 9(5), 286-309.

McGeer, A. (2012). *Criteria for Long Term care Surveillance Definition for infectious, updated 2012*. <http://www.ijstor.org/stable/10.1086/667743>

Naline, C., Cudennec, T. et Teillet, L. (2014). Les infections urinaires chez la personne âgée. *Soins Gérontologie*, sept-oct, 20-22.

Nelson, J. et Good, E. (2015). Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in older adults. *The Nurse Practitioner*, 40(8), 43-48.

Nicolle, L. (2000). Asymptomatic bacteriuria in institutionalized elderly people: evidence and practice. *Canadian Medical Association Journal*, 163(3), 285-286.

Nicolle, L. (2009). Urinary tract infections in the elderly. *Clinical Geriatric Medicine*, 25(3), 423-436.

Regnault, J. P. (2002). *Éléments de microbiologie et d'immunologie*. Montréal : Éditeur Décarie, 599.

Regenault, J. P. (2002). *Éléments de microbiologie et d'immunologie*. Éditions Décarie

Rowe, T. et Juthani-Mehta, M. (2014). Diagnosis and management of urinary tract infection in older adults. *Infectious Disease Clinics of North America*, 28, 75-89.

Rummukainen, M.-L., Jakobsson, A., Matsinen, M., Jarvenpaa, S., Nissinen, A., Karppi, P. et Lyytikainen, O. (2012). Reduction in inappropriate prevention of urinary tract infections in long-term care facilities. *American Journal of Infection Control*, 40(8), 711-714.

Smeltzer, S. et Bare, B. (2006). Médecine et chirurgie. *Affections des reins et des voies urinaires*. Chapitre 47, 4, 4^e ed. Brunner et Suddarth. Éditions Erpi compétences infirmières. 4e éd., 4, 74--.

Stone, N., Ashraf, M., Calder, J., Crnich, C., Crossley, K., Drinka, P., Gould, C., Juthani-Mehta, M., Lautenbach, E., Loeb, M., MacCannell, T., Malani, P., Mody, L., Mylotte, J., Nicolle, L., Roghmann, M.-C., Schweon, S., Simor, A., Smith, P., Tevenson, K. et Bradley, S. (2012). For the Society for Healthcare Epidemiology Long-Term Care Special Interest Group. Surveillance definitions of infection in Long-Term care facilities: Revisiting the McGeer criteria. *Infection control, Hospital Epidemiology*, 33(10), 965-977.

Toward Optimized Practice (TOP). (2015). Diagnosis and management of urinary tract infection in long term care facilities, clinical practice guideline. <http://www.topalbertadoctors.org/>

Walker, S., McGeer, A., Simor, E., Armstrong-Evans, M. et Loeb, M. (2000). Why are antibiotics prescribed for asymptomatic bacteriuria in institutionalized elderly people? *Canadian Medical Association Journal* 163(3), 273-277.

Woodford, H.J. et George, J. (2009). Diagnosis and management of urinary tract infection in hospitalized older people. *Journal of the American Geriatric Society*, 57(1), 107-114.

Zabarsky, T., Sethi, A., Curtis, J. et Donskey, C.J. (2008). Sustained reduction in inappropriate treatment of asymptomatic bacteriuria in a long-term care facility through an educational intervention. *American Journal of Infection Control*, 36(7), 476-480.

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec

Le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Offre des formations continues adaptées aux besoins des intervenants
oeuvrant auprès d'une clientèle âgée.

*Plus de 100 formations offertes
à des prix des plus compétitifs!*

Pour obtenir la liste complète des formations:
www.cevq.ca/formation-continue
cevq.enseignement.cha@ssss.gouv.qc.ca
(418) 682-7511 # 84838 ou # 84432

Ateliers (7 h)

- L'art d'accompagner au quotidien : présence à soi-présence à l'autre
- Thérapie cognitive-comportementale de la dépression chez l'ainé
- L'utilisation de la relation intentionnelle pour bonifier la pratique ergothérapique en centre d'hébergement
- Soins palliatifs aux personnes âgées en milieu d'hébergement de longue durée
- Développer et maintenir le leadership transformationnel infirmier
- Les soins de plaies chez l'ainé
- L'approche adaptée à la personne âgée
- La déprescription chez les aînés : pour que moins rime avec bien *

Visioconférences (3 h 15)

- Maltraitance envers les aînés : passer du dépistage à l'action
- La maladie de Parkinson : mieux connaître et mieux comprendre pour mieux aider, soutenir et accompagner
- Médicaments et personnes âgées : prescrire ou proscrire ?
- **Connaissances incontournables pour mieux intervenir auprès d'usagers présentant une déficience intellectuelle ou des troubles de santé mentale en CHSLD ***
- **Problèmes bucco-dentaires des aînés : Intervenir pour prévenir ***
- Les troubles du sommeil chez l'ainé : pour ne plus en faire de l'insomnie ! *
- Les anémies nutritionnelles chez les personnes âgées : pratiques optimales pour les diététistes-nutritionnistes *

 Toutes nos formations sont accréditées par la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval

*** Nouvelles formations offertes**

Pour toute communication avec l'AQIIG

4565, chemin Queen Mary,
Montréal (Québec)
H3W 1W5

514 340-2800, poste 3092 (boîte vocale)
www.aqiig.org
info@aqiig.org

Membres du Conseil d'administration 2015-2016

Francine Lincourt Éthier, présidente
Directrice des soins infirmiers et des
programmes à la clientèle - Résidence Angelica
francine.lincourt.ange@ssss.gouv.qc.ca
514 324-6110, poste 289

Huguette Bleau, vice présidente
Directrice régionale, région Laval-Laurentides-
Lanaudière - Groupe Champlain
hbleau.champlain@ssss.gouv.qc.ca
450 432-3100 poste 313

Rosa DelVecchio, administratrice
Coordonnatrice SAPA (Soutien à l'autonomie
de la personne âgée et à la déficience physique
adulte) - DPA site Métro
rdelvecchio@ssss.gouv.qc.ca
514 934-0505 poste 7287

Céline Lagrange, trésorière
clag02@hotmail.com
514 522-0744

Julie Leroux, administratrice
Infirmière-chef d'unité de vie Résidence
Angelica
julie.leroux.ange@ssss.gouv.qc.ca
514 324-6110 poste 821

Danielle Milot, administratrice
Conseillère en soins infirmiers et en gestion des
risques, Résidence Angelica
danielle.milot.ange@ssss.gouv.qc.ca
514 324-6110 poste 286

Johanne Senneville, administratrice
Infirmière clinicienne spécialisée, Conférencière
à son compte
j_senneville@msn.com
514 889-2990

Olivette Soucy, secrétaire
Consultante en soins infirmiers gériatriques
soucy.olivette@gmail.com
514 504-6279

À la recherche d'auteurs

Vous avez réalisé un projet spécial dans votre établissement et voulez le faire connaître...

Vous vivez une expérience en santé communautaire et voulez la partager...

Vous travaillez actuellement à un projet de recherche et aimeriez publier vos résultats...

Vous voulez proposer des sujets cliniques d'intérêt...

N'hésitez pas à nous rejoindre pour nous soumettre vos articles. Nous sommes toujours à la recherche de nouvelles idées de publication qui répondent aux besoins de nos lecteurs et augmentent les connaissances.

Courriel de l'Association : info@aqiig.org



Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gériatrie