

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
À LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M. Sc.)

PAR
FRÉDÉRIQUE LEMAIRE

PRESTATIONS MUSICALES DANS L'ENVIRONNEMENT HOSPITALIER :
UNE PERSPECTIVE ERGOTHÉRAPIQUE

DÉCEMBRE 2014

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord et avant tout à remercier ma directrice, Mme Ginette Aubin, erg. Ph. D., pour son appui à chacune des étapes de ce projet. Je la remercie d'avoir cru en moi et de m'avoir redonné confiance en ce projet lorsque le cœur y était moins. Je remercie M. Mathieu St-Gelais pour son intérêt et ses contacts précieux. Je désire exprimer toute ma gratitude à M. Matthieu Léveillé pour son implication dans ce projet. Évidemment, je suis infiniment reconnaissante du temps qui m'a été accordé par chacun des participants, sans qui ce projet n'aurait pu être réalisé.

J'aimerais également remercier ma famille et mes amis qui ont su m'épauler tout au long de mon cursus scolaire. Plus particulièrement, merci à Maxime Sauvageau pour sa patience et son aide ainsi qu'à François Gervais pour ses fidèles encouragements.

Un merci sans égal à tous mes collègues de classe, spécialement à Vanessa Charbonneau, Sophie Daigle, Catherine Fafard, Véronique Mathieu-Roy et Édith Rondeau-Boulanger, pour leur soutien mais surtout, leur folie. Je remercie M. Hugel pour avoir immortalisé chacun des moments de mon parcours universitaire.

Finalement, je tiens à exprimer de sincères remerciements à mon amie Roxanne Boisvert, une source d'inspiration inestimable. Tu me donnes la force et le courage d'aller au bout de mes rêves.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vi
RÉSUMÉ	vii
1. INTRODUCTION	8
2. PROBLÉMATIQUE	10
2.1. Arts et santé	10
2.1.1. Arts et culture	10
2.1.2. Les arts dans les milieux de santé à l'échelle internationale : résumé des résultats issus d'une revue de la littérature	11
2.1.3. L'intégration des arts en milieux de soins et de santé au Québec	13
2.2. Définition des soins palliatifs.....	13
2.3. L'exemple de l'Hôpital de Verdun.....	14
2.4. Une vision ergothérapique	15
2.4.1. L'ergothérapie et l'occupation humaine	15
2.4.2. Les occupations en contexte de soins palliatifs.....	16
2.4.3. Une perspective ergothérapique sur l'initiative de l'Hôpital de Verdun	17
2.5. Pertinence de l'étude	18
2.6. Objectif de la recherche.....	19
3. CADRE CONCEPTUEL	20
3.1. Le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels.....	20
3.1.1. La personne	21
3.1.2. L'environnement	21
3.1.3. L'occupation	21
3.1.4. Le rendement et l'engagement occupationnels	22
3.2. Justifications en lien avec le choix du modèle conceptuel.....	22
4. MÉTHODE	24
4.1 Devis de l'étude	24
4.2 Participants	24
4.3 Collecte des données	25
4.4 Analyse qualitative des données	26
4.5 Considérations éthiques.....	26
5. RÉSULTATS.....	28

5.1. Description de l'échantillon.....	28
5.2. Perspective des usagers	29
5.2.1. Résultats liés aux composantes de l'environnement.....	29
5.2.2. Résultats liés aux dimensions de la personne.....	31
5.2.3. Résultats liés à l'engagement occupationnel et à l'occupation d'écouter de la musique ..	34
5.3. Perspective des proches visiteurs	36
5.3.1. Résultats liés aux composantes de l'environnement.....	36
5.3.2. Résultats liés aux dimensions de la personne.....	38
5.3.3. Résultats liés à l'engagement occupationnel et à l'occupation d'écouter de la musique....	40
5.4. Perspective d'un membre du personnel.....	41
5.4.1. Résultats liés aux composantes de l'environnement.....	41
5.4.2. Résultats liés aux dimensions de la personne.....	42
6. DISCUSSION.....	45
6.1. Retour critique en lien avec les évidences scientifiques.....	45
6.1.1. Effets recensés liés à l'écoute de la musique	45
6.1.2. Engagement occupationnel en contexte d'hospitalisation	48
6.2. Forces et limites de l'étude	49
6.3. Conséquences pour la pratique en ergothérapie.....	50
7. CONCLUSION.....	51
RÉFÉRENCES	53
ANNEXE A LETTRE D'AUTORISATION POUR L'UTILISATION DU MODÈLE	57
ANNEXE B GRILLE D'OBSERVATIONS SELON LE MCREO.....	58
ANNEXE C SCHÉMA D'ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE.....	59
ANNEXE D CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQTR	61
ANNEXE E APPROBATION D'ÉTHIQUE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DU SUD-OUEST DE VERDUN	62
ANNEXE F LETTRE D'ENDOSSEMENT DE LA DÉCISION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DU SUD-OUEST DE VERDUN PAR LA DIRECTRICE GÉNÉRALE	63
ANNEXE G LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX USAGERS.....	64
ANNEXE H LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX PROCHES.....	70

ANNEXE I LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX MEMBRES DU PERSONNEL.....	76
--	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
CHUM	Centre hospitalier de l'Hôpital de Montréal
MCREO	Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels
MCC	Ministère de la Culture et des Communications
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
MTAI	<i>Music-thanatology Association International</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé
SAMS	Société pour les arts en milieux de santé
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Problématique : Dans les dernières années, un certain engouement se fait ressentir quant à l'intégration des arts et de la culture dans les milieux de santé. À l'Hôpital de Verdun, ceci se concrétise par l'emploi d'un guitariste offrant des concerts personnalisés aux usagers. Bien que différentes initiatives d'intégration des arts en milieu hospitalier soient mises en place au Québec et ailleurs, ces projets font rarement état d'études scientifiques rigoureuses. **Objectif :** Cette étude vise l'exploration des retombées quant à l'exposition à des prestations musicales à l'Hôpital de Verdun sur les usagers, leurs proches ainsi que les membres du personnel sous une perspective ergothérapique. **Cadre conceptuel :** Le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) a été utilisé dans la cueillette et l'analyse des données, en plus de fournir une structure aux résultats obtenus. **Méthodologie :** Le recrutement a été effectué à cet hôpital selon une méthode d'échantillonnage par convenance. Les données étaient collectées via observations guidées par une grille maison lors des prestations musicales et par entrevues semi-structurées basées sur un schéma d'entrevue maison. **Résultats :** Neuf participants ont été recrutés soient, quatre usagers de l'Hôpital de Verdun, quatre proches visiteurs ainsi qu'un membre du personnel. Selon les usagers et les proches, les bénéfices encourus dans l'environnement sont la présence du musicien, la stimulation des échanges avec les autres personnes hospitalisées et la détente de l'atmosphère générale. Les usagers, les proches et le membre du personnel ont rapportés des sentiments d'apaisement, de joie et de bien-être en lien avec les prestations musicales. Un usager et un proche ont souligné que l'écoute de musique leur permettait de mieux gérer et exprimer leurs émotions. L'ensemble des participants ont noté que la musique aidait à éloigner les pensées négatives. Les usagers ont rapporté que les concerts les ramenaient dans le passé à de beaux souvenirs. Concernant l'engagement occupationnel, les usagers ainsi que leurs visiteurs ont rapporté un niveau d'activité à l'hôpital moindre que celui à domicile, engendrant des insatisfactions. Cette diminution du niveau d'activités était expliquée par des atteintes aux dimensions de la personne et des opportunités occupationnelles plus rares. L'écoute de la musique était rapportée comme accessible, dans ce cas. Le membre du personnel interrogé a rapporté que les prestations musicales produisaient une source de discussions informelles entre collègues et avec les usagers. Il a été soulevé que le travail du musicien se coordonnait adéquatement aux interventions des professionnels et que son rôle au sein de l'équipe en soins palliatifs était bénéfique. **Discussion :** Malgré le petit échantillon obtenu, cette étude a permis de documenter davantage une pratique novatrice dans le domaine de la santé. Plusieurs thèmes ayant émergés correspondent aux résultats issus de la littérature scientifique. Ce genre d'initiative est concordant avec les croyances ergothérapiques. **Conclusion :** Cet essai ouvre la porte à d'autres projets de recherche se penchant sur ce type de pratique artistique en contexte de soins de santé et sur les besoins occupationnels des personnes hospitalisées.

Mots clés : arts, musique, hôpital, ergothérapie, soins palliatifs

Key words : *arts, music, hospital, palliative care, occupational therapy*

1. INTRODUCTION

Dans les dernières années, une certaine tendance se fait ressentir entourant l'humanisation des soins et des services dans les milieux de santé. De ce fait, les institutions cherchent davantage à s'adresser aux clients en tant que personnes, en tant qu'êtres humains à part entière. Ceci s'actualise notamment par une plus grande autonomie décisionnelle de la personne par rapport aux soins qui lui sont prodigues ainsi que la considération de ses préférences et de ses besoins personnels en tant qu'être unique. Pour ce faire, certains organismes et établissements au Québec et ailleurs dans le monde ont débuté l'introduction d'initiatives culturelles et artistiques au sein de leurs structures, dont l'intégration de la musique dans l'environnement hospitalier. Selon une enquête menée en 2011 par le ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine [MCC], l'écoute de la musique est pratiquée par 97% de la population québécoise (MCC, 2011). La grande popularité de cette activité peut être expliquée, notamment, par le fait qu'elle soit accessible, qu'elle traverse les générations, qu'elle entretienne un lien étroit avec l'identité, qu'elle puisse répondre à certains besoins (MCC), en plus de transcender les cultures. Il est donc possible de croire que l'écoute de la musique soit une occupation significative pour les québécois et ce, même en contexte d'hospitalisation.

Lors d'une hospitalisation, les personnes font face à des difficultés d'ordre physique, cognitif et affectif qui limitent l'ampleur des activités pouvant être réalisées. De plus, l'environnement hospitalier peut restreindre les opportunités occupationnelles offertes à ces personnes, comparativement à celles présentes dans le milieu naturel. Comme il est cru par les ergothérapeutes que l'engagement dans des occupations significatives est un déterminant de la santé qui contribue au bien-être (Townsend & Polatajko, 2013, p. 23; ACE, 2014a), il devient impératif de répondre aux besoins occupationnels uniques des personnes en milieu hospitalier. De ce fait, l'idée d'intégrer la musique dans cet environnement devient une perspective judicieuse.

Le présent essai se penchera plus concrètement sur le cas de l'Hôpital de Verdun, qui se démarque par l'emploi d'un guitariste au sein de l'équipe des soins palliatifs. Cette étude vise à recueillir l'expérience d'usagers, de proches visiteurs ainsi que de membres du personnel de

l'Hôpital en lien avec cette pratique novatrice. Afin de mettre la table à ce projet, la problématique sera d'abord élaborée. Celle-ci fait état des données probantes disponibles concernant le sujet d'intérêt principal ainsi que ses différents constituants. Elle expose également la pertinence d'un point de vue ergothérapique face à cette initiative ainsi que la pertinence de cette recherche. Par la suite, le cadre conceptuel identifié afin de guider la démarche scientifique sera présenté. La section suivante abordera la méthodologie choisie afin de répondre à l'objectif de recherche. Les résultats seront subséquemment rapportés, en regard des thèmes récurrents ayant émergés des entrevues avec les participants. Ultérieurement, la discussion fera état d'un retour critique sur les résultats obtenus, en plus de présenter les forces et limites de cette étude ainsi que ses conséquences pour la pratique ergothérapique. Finalement, la conclusion permettra de faire une synthèse du propos et d'élaborer des pistes de recherches futures.

2. PROBLÉMATIQUE

Cette section présente la problématique à l'origine de ce projet de recherche. D'abord, l'alliance entre les arts et la santé à l'international ainsi qu'au Québec sera exposé. Une définition de ce qui est entendu par les soins palliatifs sera ensuite élaborée, en regard des données disponibles dans la littérature. La situation particulière de l'Hôpital de Verdun, étant le sujet d'intérêt de la présente étude, sera par la suite documentée. Aussi, la convenance d'une perspective ergothérapeutique sur ce qui est fait actuellement à Verdun ainsi que la pertinence de l'étude seront présentées.

2.1. Arts et santé

Les mondes des arts et de la santé sont rarement mis en parallèle au quotidien. Pourtant, des liens étroits se tissent entre ceux-ci.

2.1.1. Arts et culture

La culture est un élément primordial du développement individuel et sociétal (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture [UNESCO], 1982). Elle a été définie comme étant «l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société» (UNESCO). Dans une perspective de développement durable, l'Agenda 21 de la Culture du Québec a été élaboré par le ministère de la Culture et des Communications du Québec (Gouvernement du Québec, 2012). Ce cadre de référence énonce 21 objectifs visant à promouvoir le développement de la culture au Québec (Ministère de la Culture et des Communications, 2014). Parmi ceux-ci, le dixième objectif s'intéresse à la culture en tant que déterminant de la santé (Gouvernement du Québec). Il s'énonce comme suit «Promouvoir le rôle de la culture comme déterminant de la santé. Valoriser la place de l'art au sein des établissements de la santé et des services sociaux. Multiplier les partenariats entre les artistes, les organismes culturels et ce milieu» (Gouvernement du Québec). Dans cette ligne de pensée, le guide pratique «Introduire l'art et la culture en milieux de soins et de services sociaux» a été élaboré par le ministère de la Culture et des Communications ainsi que par le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (2012), visant à soutenir l'élaboration et la mise en place d'initiatives artistiques et culturelles dans les milieux de soins

et de services sociaux. Selon ce document, les projets menés actuellement pour intégrer les arts en milieux de santé s'inspirent de deux approches différentes (Ministère de la Culture et des Communications & CHUM). D'un côté, certaines initiatives ont une visée dite «thérapeutique» (Ministère de la Culture et des Communications & CHUM). Il est alors possible de penser au travail des musicothérapeutes ainsi que des arts-thérapeutes dont les interventions d'ordre artistique visent à améliorer ou maintenir le bien-être des individus (Association québécoise de musicothérapie, 2013 & Association des art-thérapeutes du Québec, n.d.). D'un autre côté, certains projets visent plutôt l'exposition à l'art pour sa valeur intrinsèque, c'est-à-dire que les initiatives se veulent d'abord et avant tout une façon de faire vivre une expérience humaine et esthétique, comme elles le feraient dans un tout autre contexte (Ministère de la Culture et des Communications & CHUM). Cette seconde approche correspond bien à l'objectif poursuivi dans le cadre de l'Agenda 21 de la Culture du Québec (Ministère de la Culture et des Communications & CHUM).

2.1.2. Les arts dans les milieux de santé à l'échelle internationale : résumé des résultats issus d'une revue de la littérature

Il est possible de relever l'intérêt grandissant pour ce type de pratique à l'échelle internationale. Cette section présente les résultats issus de la revue de la littérature de Staricoff (2004) concernant l'influence des arts sur la santé. Cette étude a démontré que les interventions d'ordre artistiques avaient rapportés des bénéfices aux personnes exposées et ce, dans divers contextes de prestation de services de santé internes et externes (Staricoff). Dans le domaine de l'oncologie, les arts visuels, l'écoute de la musique préenregistrée et en prestation directe permettaient de diminuer le niveau d'anxiété et de dépression, en plus de diminuer certains effets secondaires liés aux traitements de chimiothérapie (Staricoff). En plus de jouer un rôle dans la diminution de l'anxiété, l'écoute de musique préenregistrée sur une unité de soins cardiovasculaires a également démontré une réduction dans les niveaux de signes vitaux tels que la tension artérielle, la fréquence cardiaque et la demande en oxygène du myocarde (Staricoff). De plus, le fait d'assister à des prestations musicales en direct données par un musicien certifié a contribué à améliorer l'affect positif des personnes exposées sur des unités de cardiologie et d'orthopédie (Mogos, Angard, Goldstein, & Beckstead, 2013). Sur une unité de soins néonataux, l'utilisation de la musique a permis de diminuer la durée du séjour à l'hôpital

(Staricoff). Durant les procédures médicales diagnostiques ou de dépistage, les interventions artistiques ont démontré une influence positive sur la perception de confort, le niveau de cortisol ainsi que le contrôle des niveaux de pression sanguine (Staricoff). Quant à la gestion de la douleur, l'utilisation de la musique a pu induire une réduction dans la prise de médicaments post-chirurgicaux en plus de générer une réduction des indicateurs psychologiques et physiologiques liés à la douleur (Staricoff). Dans le domaine chirurgical, des bénéfices ont pu être soulevés autant durant les interventions qu'en période postopératoire via l'écoute de musique présélectionnée, de musique en direct et la présence d'arts visuels (Staricoff). Plus récemment, des chercheurs ont aussi relevé dans la littérature l'apport des arts dans l'amélioration du bien-être et de la santé principalement quant à quatre pratiques : l'engagement dans la musique et dans les arts visuels, l'expression créative par le mouvement et l'écriture expressive (Stuckey & Nobel, 2010). En résumé, en plus de toucher à une grande diversité de clientèles, une multitude de médiums sont utilisés afin d'intégrer les arts dans les milieux de santé (Staricoff).

Entre autres, l'écoute de la musique a démontré des effets bénéfiques sur les plans psychologique et physique en ce qui concerne l'anxiété, l'humeur, la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, la pression sanguine et la douleur (Bradt, Dileo, Grocke, & Magill, 2011; Evans, 2002). Dans leur revue systématique portant sur le sujet, Bradt, Dileo, Grocke et Magill ont également pu recenser deux essais cliniques randomisés ayant fait ressortir l'amélioration de la qualité de vie en lien avec l'écoute de la musique chez les personnes atteintes d'un cancer. Plus spécifiquement en lien avec l'utilisation de la musique dans les soins en fin de vie, la *music-thanatology* est une spécialité en plein essor, particulièrement aux États-Unis (Music-thanatology Association International [MTAI], 2008). Les professionnels certifiés en *music-thanatology* interviennent par l'utilisation de la harpe et du chant au chevet des personnes en soins palliatifs en vue de répondre à des besoins physiques, émotionnels et spirituels de celles-ci ainsi que de leurs proches (MTAI). Bien qu'aucun professionnel de ce genre ne soit recensé au Québec à ce jour (MTAI), des études ont soulevé le fait que cette pratique apportait des bienfaits aux personnes en fin de vie concernant notamment le confort, l'état d'éveil et la fréquence respiratoire (Freeman et al., 2006; Ganzini, Rakoski, Cohn, & Mularski, 2013). Bien que ces résultats soient prometteurs, ils se rapportent davantage à la première approche dite

«thérapeutique» de l'intégration des arts en milieux de soins puisqu'ils sont issus d'interventions artistiques visant à améliorer l'état psychologique et/ou physiologique des personnes.

2.1.3. L'intégration des arts en milieux de soins et de santé au Québec

Au Canada, contrairement à d'autres pays tels que l'Angleterre, les États-Unis et l'Australie, la reconnaissance de l'apport des arts à la santé est récente (Cox et al., 2010). Les initiatives actuellement mises en place résultent habituellement de la collaboration locale ou régionale entre des acteurs de la santé et des personnes œuvrant dans le domaine des arts, étant donné que peu de politiques ou de programmes de subventions particuliers existent à ce jour pour promouvoir l'intégration des arts en milieu de santé (Cox et al.). Au Québec, le portail de l'organisme à but non lucratif Culture pour tous (n.d.) ainsi que le guide élaboré par le ministère de la Culture et des Communications en collaboration avec le CHUM (2012) présentent différentes initiatives d'intégration des arts dans les milieux de santé qui ont été mises en branle dans les dernières années. Parmi celles-ci, la Fondation de l'art pour la guérison (n.d.) expose des œuvres d'art visuel dans différents hôpitaux et centres de soins dans le but de transformer l'environnement et l'état d'esprit des personnes qui y séjournent au quotidien. La Société pour les arts en milieux de santé (SAMS) (n.d.), quant à elle, offre des prestations musicales par des musiciens professionnels en vue de briser l'isolement des personnes hospitalisées, de leurs visiteurs ainsi que des travailleurs de la santé. À ce jour, ces différentes initiatives québécoises n'ont cependant pas fait état d'études scientifiques rigoureuses afin d'en documenter les retombées. Plus précisément, la présente étude s'est intéressée à ce genre d'initiatives auprès des personnes en fin de vie.

2.2. Définition des soins palliatifs

Il est alors possible de se demander : comment définir les soins palliatifs? C'est ce que Van Mechelen et ses collaborateurs (2013) ont voulu clarifier dans leur revue systématique de la littérature sur le sujet. D'abord, il en est ressorti que les patients considérés comme étant en soins palliatifs ou en phase terminale avaient des pathologies variées, mais la majorité souffrait de cancer (56,3%) (Van Mechelen et al., 2013). Également, il est rapporté par cette étude qu'une partie considérable de cette population était hospitalisée (41,7%) dans les essais cliniques randomisés consultés (Van Mechelen et al.). Bien que les auteurs ne peuvent conclure sur une

définition consensuelle de ce qui est entendu par une population en soins palliatifs, ils suggèrent certains éléments centraux devant se retrouver dans cette définition : l'irréversibilité de la maladie provoquant un déclin des fonctions et menant ultimement à la mort ainsi que la complexité des interventions mises en place (approche holistique et multidisciplinaire) comprenant souvent le soulagement des symptômes par la médication (Van Mechelen et al.). Tel qu'il est souligné dans l'article, la diversité de cette population entraîne des difficultés à la définir clairement (Van Mechelen et al.). L'Association canadienne de soins palliatifs (2013) définit les soins palliatifs comme étant l'ensemble des traitements visant à soulager la souffrance et à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie compromettant leur survie, ainsi que de leur famille. La prise en charge interprofessionnelle a pour objectif d'adresser l'ensemble des problèmes de ces personnes, qu'ils soient de nature physique, psychosociale ou spirituelle (Association canadienne de soins palliatifs, 2013). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2014) adhère également à une telle définition des soins palliatifs et souligne que les soins palliatifs « soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal; ne visent ni à hâter ni à différer la mort ». Selon la politique en soins palliatifs de fin de vie publiée par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) en 2010, le vieillissement croissant actuel de la population québécoise entraînera inévitablement une augmentation considérable du nombre de décès dans les années à suivre, dont la majorité sera due à des maladies nécessitant des soins palliatifs. L'augmentation du nombre de décès est estimé à 78% en 2050 par rapport au nombre de décès en 2000 (MSSS, 2010). En conséquence, il est pertinent de s'attarder à la mise en place de services adéquats auprès de la clientèle en fin de vie afin que la société québécoise puisse mieux s'ajuster à cette réalité de l'avenir (MSSS).

2.3. L'exemple de l'Hôpital de Verdun

À L'Hôpital de Verdun, un pont a été créé entre les arts et les soins palliatifs par l'intégration d'un musicien à l'équipe (Lussier, 2012; Martin, 2013; Pailliez, 2014 et Yvon, 2013). Depuis 2011, celui-ci offre aux usagers hospitalisés des concerts personnalisés (Martin). Détenteur d'un diplôme au baccalauréat puis à la maîtrise en interprétation de la guitare classique, le musicien offre un vaste répertoire musical à ses spectateurs allant du classique à la musique populaire (Lussier). Il invite d'ailleurs les personnes hospitalisées à partager avec lui sur leurs préférences musicales et à lui faire des demandes spéciales afin de mieux personnaliser

ses prestations (M. Léveillé, communication personnelle, 3 juillet 2014). De plus, en tant que membre de l'équipe de soins palliatifs, le guitariste bénéficie d'informations lui permettant d'adapter son approche ainsi que ses concerts à la condition particulière des usagers (Martin). Bien qu'il soit spécifiquement affilié à cette équipe de soins, des demandes lui sont faites par des usagers, des proches et des membres du personnel en provenance de diverses unités au sein de l'hôpital (Léveillé). L'artiste est donc quotidiennement appelé à s'adapter aux différents contextes de cette institution, que ce soit par rapport au vécu des différents usagers qu'à l'environnement physique où il performe (Léveillé). Par rapport au vécu des usagers, le musicien doit s'ajuster aux différentes réalités de ceux-ci, qu'ils aient des troubles cognitifs ou qu'ils soient atteints d'un cancer (Martin et Léveillé). Aussi, le guitariste est amené à performer dans des chambres où le nombre de personnes hospitalisées est variable, pouvant aller jusqu'à quatre usagers par chambre (Léveillé). Il doit ainsi savoir jongler avec les goûts de tous et chacun. Ses concerts peuvent également avoir lieu dans le couloir ou au poste infirmier d'une unité (Léveillé). La durée et la fréquence des prestations musicales est à la guise des usagers, oscillant entre 15 et 45 minutes (Martin et Léveillé). À ce jour, aucun autre projet semblable n'existe au Québec en contexte hospitalier (Martin et Léveillé).

2.4. Une vision ergothérapique

Bien que cette pratique puisse être étudiée selon différentes perspectives, ce sont ici les concepts liés au champ de l'ergothérapie qui intéressent l'auteure principale. Les prochaines sections s'attarderont donc à la description de cette profession ainsi que certains de ses postulats de base. Par la suite, les occupations en contexte de soins palliatifs seront explorées en regard de résultats probants. Finalement, la justification d'une perspective ergothérapique sur l'initiative de Verdun sera présentée.

2.4.1. L'ergothérapie et l'occupation humaine

L'ergothérapie est définie comme étant « l'art et la science de l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation » (Townsend & Polatajko, 2013, p. 441). Selon l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) (2014a), l'occupation correspond à tout ce qu'une personne fait dans son quotidien. Cette profession conçoit « l'humain en tant qu'être occupationnel » et croit donc que les occupations sont essentielles à la

santé et au bien-être des personnes (Townsend & Polatajko, 2013, p. 23; ACE, 2014a). Il existe diverses façons de caractériser l'occupation humaine (Townsend & Polatajko, 2013, chap. 2). Notamment, la composante environnementale d'une occupation peut être étudiée (Townsend & Polatajko, 2013, p. 58). En effet, il est cru que l'environnement et l'occupation s'influencent continuellement (Townsend & Polatajko, 2013, p. 58). De plus, il est intéressant de connaître les raisons pour lesquelles les personnes s'engagent dans des occupations particulières, c'est-à-dire, la signification accordée à celles-ci (Townsend & Polatajko, 2013, p. 72). En tant qu'expert en habilitation de l'occupation (ACE, 2012), l'ergothérapeute utilise ces notions en vue de faciliter l'engagement dans des occupations significatives.

2.4.2. Les occupations en contexte de soins palliatifs

Des études se sont penchées sur les caractéristiques des occupations de la clientèle en soins palliatifs. Entre autres, Jacques et Hasselkus (2004) ont voulu explorer la signification des occupations entourant la mort. Les auteurs ont pu faire ressortir que la valeur accordée à une occupation changeait dans un contexte de fin de vie; les activités considérées ordinaires étaient maintenant vécues comme particulières et précieuses (Jacques & Hasselkus, 2004). Ils rapportent également l'occupation comme devenant davantage partagée, une expérience collective (Jacques & Hasselkus). Dans cette perspective, le contexte propre de la personne en soins palliatifs y était pour beaucoup puisqu'il procurait un espace temporel et socioculturel unique (Jacques & Hasselkus). Cette étude soulève donc le sens que prend l'occupation face à la mort imminente. La nature de l'occupation en fin de vie a également été explorée dans l'étude de Lala et Kinsella (2011). L'importance de côtoyer les proches et d'entretenir des relations interpersonnelles en est ressortie. Il y est aussi mentionné que certains participants, même s'ils accordaient de l'importance à la planification de leur décès, vouaient également du temps à des activités dites de distraction par rapport à leur fin de vie, activités qui leur permettaient de penser à autre chose que la mort (Lala et Kinsella, 2011). Aussi, le réarrangement des activités quotidiennes en lien avec les difficultés d'ordre physique était évident (Lala et Kinsella).

L'occupation prend donc un sens particulier en fin de vie et l'ergothérapeute se voit ainsi être un acteur de choix afin d'améliorer la qualité de vie de ces personnes en favorisant l'engagement et la réalisation d'occupations significatives tout au long de la vie (ACE, 2011).

En effet, cette profession estime que l'occupation est un besoin fondamental de l'humain (Wilcock, 2006) et ce, même en fin de vie (ACE, 2011). Il est donc possible de croire que le fait d'adresser les besoins occupationnels particuliers des personnes atteintes d'une maladie grave ou terminale permet d'améliorer la qualité de vie de ces personnes (ACE, 2011).

2.4.3. Une perspective ergothérapique sur l'initiative de l'Hôpital de Verdun

Les concepts sous-jacents à l'ergothérapie présentés ci-haut s'appliquent dans le contexte précis de l'initiative mise en place à l'Hôpital de Verdun. En effet, il est possible d'articuler la situation en regard de l'interaction dynamique entre la personne, son environnement et l'occupation. En ce qui concerne la personne, son habileté à participer à des occupations est influencée par ses capacités personnelles (Christiansen, Baum & Bass-Haugen, 2005). Il est possible de croire que lorsqu'une personne est hospitalisée et doit recevoir des soins quotidiens de la part d'une équipe médicale, elle présente un déclin de certaines de ses capacités, limitant donc son engagement dans ses activités habituelles. De plus, l'environnement particulier dans lequel évolue cette personne, en l'occurrence l'environnement hospitalier, peut limiter ou favoriser les opportunités de s'engager dans des occupations (Townsend & Polatajko, 2013, chap. 2). D'ailleurs, des études ont été menées afin de créer des environnements davantage propices à la guérison dans les hôpitaux (Coile, 2001; Mazer & Smith, 1993). Dans le cadre de ce projet, l'occupation à laquelle on s'intéresse est celle de l'écoute de la musique en prestation directe par les personnes hospitalisées. Selon de las Heras (2011), le fait de participer à une occupation implique l'interaction constante entre le ressentir, la pensée et l'agir. Cette auteure considère le fait de ressentir certaines émotions dans des circonstances occupationnelles comme l'élément à la base de la participation dans une occupation (de las Heras). Ainsi, l'occupation ne nécessite pas nécessairement que la personne agisse sur son environnement pour qu'elle s'y engage. En effet, Townsend et Polatajko, (2013) soulignent que « les humains s'engagent souvent dans des occupations sans les exercer » (chap. 1). Par exemple, bien que les usagers de l'Hôpital de Verdun ne jouent pas de la musique en tant que tel, le fait d'assister aux prestations musicales du guitariste a le potentiel de provoquer chez eux certaines émotions, contribuant donc à une forme d'engagement occupationnel via l'écoute de la musique.

De cette façon, l'initiative mise en branle à l'Hôpital de Verdun peut se résumer sous une perspective ergothérapique de la façon suivante : la structure de l'hôpital (l'environnement) produit une opportunité de s'engager dans l'écoute de la musique (l'occupation) pour ses usagers (la personne) via l'emploi d'un guitariste au service de ceux-ci. Une perspective ergothérapique est donc applicable afin de documenter les retombées des prestations musicales sur les personnes touchées et ce, en situant cette pratique en regard des interactions dynamiques y ayant lieu entre l'environnement, la personne et l'occupation.

2.5. Pertinence de l'étude

Ce projet étant novateur, il est judicieux de vouloir en documenter davantage les retombées. À cet égard, le peu de données actuellement disponibles dans la littérature concernant l'intégration des arts en milieu hospitalier peuvent difficilement être généralisées à l'initiative mise en place à l'Hôpital de Verdun étant donné l'unicité de ce qui est fait, autant dans les prestations qui sont données que dû au fait qu'elles ont lieu dans le contexte précis du Québec. Ainsi, cette étude est pertinente scientifiquement afin d'accroître les connaissances sur l'intégration des arts en milieux de soins de santé et ses conséquences pour les personnes touchées.

Sur le plan professionnel, il est possible de croire que cette pratique pourrait être une piste de solution afin de répondre aux besoins occupationnels particuliers des personnes en contexte hospitalier, ce qui est une visée en ergothérapie puisque l'occupation significative est perçue comme un déterminant de la santé et du bien-être des personnes (ACE, 2014b). À ce sujet, Cheah et Presnell (2011) rapportent que les ergothérapeutes sont des médiateurs importants en vue d'encourager l'engagement dans des occupations signifiantes dans un contexte d'hospitalisation. Aussi, il appert essentiel de souligner que seulement moins de 3% des québécois déclarent ne jamais écouter de la musique (MCC, 2011). Il est donc possible de croire que cette activité est significative pour une partie considérable de la population québécoise.

Socialement, il est intéressant de se pencher sur la perspective de l'ensemble des personnes touchées par cette initiative, incluant les usagers, mais également leurs proches et les

membres du personnel témoin de ces prestations. Concernant plus particulièrement les proches d'usagers en soins palliatifs, la politique en soins palliatifs de fin de vie élaboré par le Gouvernement du Québec en 2010 est sans équivoque : « le proche doit être considéré par les fournisseurs de services comme un client qui a besoin de soutien et d'accompagnement pendant cette étape difficile » (p.39). L'insertion d'un musicien en contexte hospitalier pourrait donc aussi être bénéfique pour ces personnes, afin de créer une opportunité de partager une activité avec l'être cher.

2.6. Objectif de la recherche

Ce projet s'inscrit dans une démarche d'exploration des retombées quant à l'exposition à des performances musicales dans l'environnement hospitalier sur les usagers en soins palliatifs, leurs visiteurs ainsi que les membres de l'équipe. De ce fait, les résultats permettront de documenter qualitativement comment la présence de prestations musicales a un effet sur l'engagement occupationnel des personnes hospitalisées en soins palliatifs dans un contexte où leurs occupations changent, ainsi que la signification accordée à celles-ci.

3. CADRE CONCEPTUEL

L’élaboration d’un cadre conceptuel permet d’asseoir les concepts sous-jacents à la problématique en vue de leur utilisation au cours de la recherche et dans l’organisation des résultats à la fin de celle-ci. La section suivante présentera le modèle conceptuel choisi afin de traiter l’objet de la présente étude. Chacune des composantes du modèle sera brièvement décrite, ainsi que les relations entre celles-ci. Par la suite, les éléments ayant motivé le choix de ce modèle seront explorés.

3.1. Le Modèle canadien du rendement et de l’engagement occupationnels

L’objet d’étude de la présente recherche sera traité en regard du Modèle canadien du rendement et de l’engagement occupationnels (MCREO) (Townsend & Polatajko, 2013) (annexe A). Ce modèle conçu par des ergothérapeutes présente trois grands concepts soient, la personne, l’occupation et l’environnement, dont l’interaction dynamique correspond au rendement occupationnel (Figure 1) (Townsend & Polatajko, 2013).

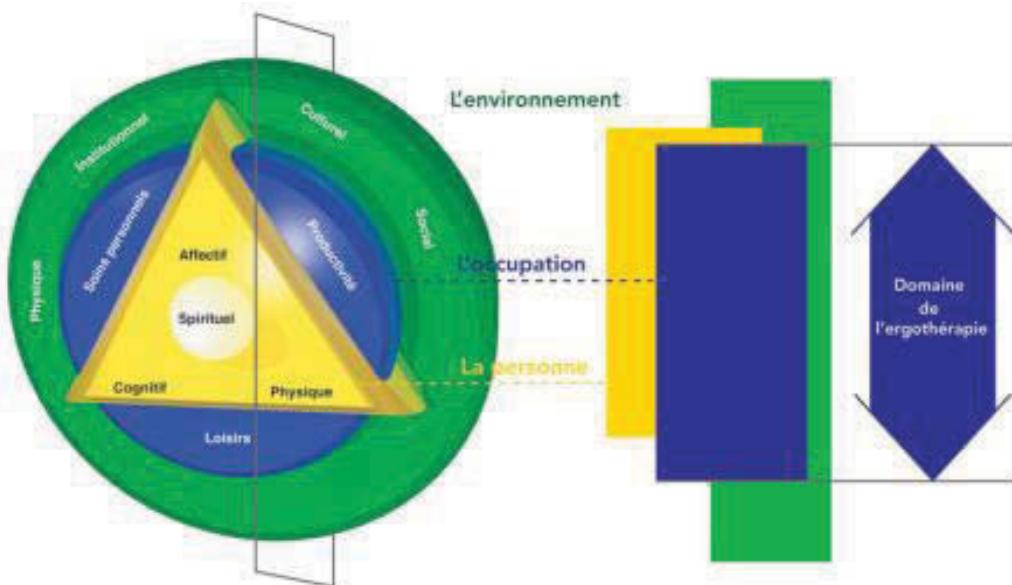


Figure 1. Modèle canadien du rendement et de l’engagement occupationnels (MCREO)

Modèle tiré de Townsend, E.A., Polatajko, H.J., & Craik, J. (2007). Modèle canadien du rendement et de l’engagement occupationnels (MCREO). Dans Townsend, E. & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l’occupation: Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l’occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE. Réédité avec permission.

3.1.1. La personne

D'abord, la personne est représentée au centre du schéma par un triangle. La personne est située au centre puisqu'une approche centrée sur le client est préconisée dans ce modèle. L'utilisation de cette approche correspond à ce qui est attendu d'un ergothérapeute compétent, tel que stipulé dans le Profil de la pratique en ergothérapie: « 1.1.5 [l'ergothérapeute doit] démontrer des habiletés pour la pratique centrée sur le client, notamment la médiation, la négociation et la capacité de se montrer sensible et respectueux envers le client » (ACE, 2012, p. 7). Dans le MCREO, les dimensions de la personne sont le cognitif, l'affectif et le physique. La sphère cognitive comprend l'ensemble des éléments liés aux processus mentaux tels que la pensée, la mémoire, le raisonnement et les fonctions exécutives. L'affectif correspond aux émotions, attitudes et perceptions de soi. La dimension physique, quant à elle, peut être comprise comme tout ce qui touche à la biomécanique humaine, dont la force, l'énergie et la douleur. La spiritualité est considérée comme étant l'essence de la personne, qui est façonnée par le contexte propre à chaque individu, donnant une signification aux occupations.

3.1.2. L'environnement

Ensuite, l'environnement englobe la personne et est constitué d'éléments d'ordre culturel, institutionnel, physique et social. Les aspects culturels de l'environnement peuvent être, par exemple, l'ethnie, la religion et le système de valeurs d'un groupe particulier. L'environnement institutionnel correspond aux institutions sociales et politiques ainsi qu'à l'organisation et la structure de celles-ci. Les composantes physiques de l'environnement est l'ensemble des éléments construits et naturels, comme une maison ou le climat. L'environnement social comprend toute personne faisant partie de l'entourage proche ou éloigné de la personne. Les composantes de l'environnement ont une influence sur les possibilités occupationnelles offertes à chaque individu.

3.1.3. L'occupation

Finalement, l'occupation est le médiateur entre la personne et son environnement puisque c'est par elle que les humains agissent sur leur environnement. La multiplicité d'occupations pouvant être effectuées est catégorisée selon trois domaines : les soins personnels, la productivité et les loisirs. Les soins personnels sont tout ce qu'une personne fait pour prendre

soin d'elle-même. La productivité comprend tout ce qu'une personne fait pour contribuer à la société, que ces activités soient rémunérées ou non. Les loisirs correspondent à tout ce qu'une personne fait pour se divertir. Ce modèle met l'accent sur la primauté accordée à l'occupation en ergothérapie, tel que représenté par la coupe transversale du schéma située à droite. Le champ d'intérêt des ergothérapeutes est donc délimité par ce qui concerne l'occupation humaine, la personne occupationnelle et les influences occupationnelles sur l'environnement (Townsend & Polatajko, 2013, p. 27).

3.1.4. Le rendement et l'engagement occupationnels

Initialement, les construits de ce modèle servaient à décrire uniquement le rendement occupationnel. Celui-ci était, et est toujours, conceptualisé comme étant l'« interaction dynamique entre la personne, l'occupation et l'environnement » (Townsend & Polatajko, 2013, p. 26). Cependant, la dernière édition de ce modèle a adopté une vision élargie de l'occupation en y intégrant l'engagement occupationnel (Townsend & Polatajko, 2013, chap. 1). Ce concept va au-delà de celui du rendement occupationnel puisqu'il « capture la plus large des perspectives sur l'occupation » (Townsend & Polatajko, 2013, p. 28). Il se rapporte davantage à l'implication des personnes à travers les occupations, faisant appel à leur expérience subjective et au sens accordé à l'occupation, plutôt qu'au fait d'effectuer une occupation seulement. L'ergothérapeute portera ainsi un intérêt à l'importance accordée à une occupation ainsi qu'à la satisfaction qu'elle procure à un individu (Townsend & Polatajko, 2013, chap. 1).

3.2. Justifications en lien avec le choix du modèle conceptuel

Étant donné que l'objectif de l'étude est d'obtenir une perspective ergothérapique sur ce qui a lieu à l'Hôpital de Verdun, il appert essentiel d'utiliser un modèle propre à la profession. Cela permet de rester fidèle aux concepts clés de l'ergothérapie dans l'exploration de cette pratique, même dans une situation où l'expertise des ergothérapeutes n'est pas explicitement sollicitée. L'organisation et la schématisation de ses concepts en fait un outil polyvalent, pouvant facilement être adapté et utilisé dans différentes situations. Le contexte d'une initiative récente et peu documentée telle que celle de l'Hôpital de Verdun devait pouvoir correspondre à ces critères. Également, il est intéressant de souligner que le MCREO est parmi les seuls modèles à spécifier l'environnement institutionnel comme composante de l'environnement. De

plus, ce modèle est toujours d'actualité, puisqu'il a été révisé puis traduits au cours des dernières années. Le MCREO permet de classifier les informations issues de la collecte des données et facilite l'analyse de celles-ci selon une vision ergothérapique.

4. MÉTHODE

Cette section vise à présenter la méthodologie utilisée afin de répondre à l'objectif de la recherche. Le devis de l'étude, l'échantillon, la façon dont les données ont été recueillies puis analysées ainsi que les considérations éthiques à tenir en compte dans la réalisation de ce projet seront élaborés dans les paragraphes suivants.

4.1 Devis de l'étude

Le devis de ce projet est essentiellement de type descriptif qualitatif (Fortin, 2010). Fortin définit ce devis comme étant un « type de recherche visant principalement à fournir un portrait précis des caractéristiques de personnes, de situations, de groupes ou d'évènements » (p. 291). Dans le cadre de ce projet, une approche qualitative est adoptée puisque l' « on cherche à comprendre des phénomènes pour en dégager des significations particulières » (Fortin, p. 291). Étant donné que le phénomène de prestations musicales en milieu hospitalier soit peu connu et peu documenté dans la littérature, il s'avère approprié d'opter pour tel devis (Fortin). En effet, tel que mentionné plus haut, ce projet s'inscrit dans une démarche exploratoire afin de documenter les concepts liés à la perception des usagers, leurs proches ainsi que les membres du personnel quant à la présence d'un guitariste en milieu hospitalier.

4.2 Participants

L'échantillonnage a été effectué par convenance, c'est-à-dire selon la disponibilité des personnes sur le milieu lors de la collecte des données correspondant aux critères de sélection. Initialement, l'étude devait porter exclusivement sur l'expérience de cinq à sept usagers, deux visiteurs (minimalemennt un) et deux membres du personnel en soins palliatifs. Cependant, une fois dans le milieu, il s'est avéré laborieux de se restreindre aux personnes en soins palliatifs pour atteindre l'échantillon souhaité dans les limites du temps disponible. L'objectif de la recherche ainsi que les critères de sélection ont donc été ajustés afin d'obtenir les perspectives des personnes touchées provenant de différentes unités dans l'hôpital, ce qui est davantage représentatif du travail du guitariste au sein de celle-ci. L'objectif de la recherche a été réorienté de façon à ce que la présente étude vise l'exploration des retombées de prestations musicales

dans l'environnement hospitalier sur les personnes hospitalisées en général, et non seulement celles en soins palliatifs, leurs proches et les membres du personnel. Les personnes approchées devaient donc répondre aux critères d'inclusion suivants :

1. Être un adulte hospitalisé, visiteur ou membre du personnel à l'Hôpital du Sud-Ouest-Verdun;
2. Avoir déjà assisté ou désirer assister à une prestation musicale du guitariste sur le milieu;
3. Être considéré apte à donner son consentement libre et éclairé à participer à la recherche.

Le seul critère d'exclusion identifié est le suivant : être âgé de moins de 18 ans. Une collaboration étroite s'est établie avec le guitariste aux fins de recrutement. Ce dernier présentait brièvement le projet aux usagers et visiteurs à qui il avait déjà offert un concert dans le passé ou désirant assister à un concert au cours de la journée. Si ces derniers démontraient un intérêt à participer au projet, l'ensemble du projet leur était présenté par l'étudiante responsable de la recherche.

4.3 Collecte des données

En ce qui concerne les usagers et les proches, une fois le consentement obtenu, le musicien procédait à la prestation musicale à l'endroit désiré par l'usager ou ses proches. Lors du concert, des observations étaient faites à l'aide d'une grille préalablement élaborée et basée sur le MCREO (annexe B). Cette grille avait été préalablement validée par la directrice superviseure dans le cadre de ce projet puis bonifiée. Par la suite, une entrevue semi-structurée était menée à l'endroit désiré par le participant, soit au chevet de la personne hospitalisée ou dans un local réservé aux visiteurs, afin de recueillir l'expérience vécue par les participants, la signification accordée à l'occupation d'écouter de la musique dans le passé et dans le présent ainsi que les commentaires et suggestions de ceux-ci. Le schéma d'entrevue était également inspiré du MCREO et avait aussi fait l'état d'une validation préliminaire auprès de la superviseure de cet essai critique. Les questions posées se rapportaient principalement à l'expérience générale vécue en lien avec les prestations musicales puis l'intérêt porté à la musique (se référer à l'annexe C pour le schéma d'entrevue). Une section du schéma d'entrevue était réservée exclusivement aux usagers afin de documenter l'engagement occupationnel de façon générale dans le milieu hospitalier et la façon dont la musique s'insère dans leur quotidien. Étant donné le niveau de fatigabilité considérable des usagers et la vulnérabilité émotionnelle

possible des visiteurs, un temps restreint était demandé pour l'administration de cet outil, soit de dix à quinze minutes. Les observations étaient poursuivies durant les courtes entrevues afin de produire une source complémentaire d'informations à ce qui était rapporté par la personne. Les entrevues étaient enregistrées à l'aide d'un enregistreur vocal.

Pour ce qui est des membres du personnel, il a été considéré qu'il n'était pas essentiel qu'ils soient présents lors des observations durant les prestations musicales le jour de la collecte de données pour participer à l'étude puisque ces personnes étaient sur leur lieu de travail. En entrevue, ces participants étaient encouragés à rapporter leur expérience en lien avec les concerts musicaux dans l'hôpital auxquels ils avaient assisté dans le passé.

4.4 Analyse qualitative des données

Les enregistrements vocaux étaient ensuite retranscrits sous forme de verbatim aux fins d'analyse. Afin de faire ressortir les thèmes principaux, une analyse de contenu a été faite (Fortin, 2010). Celle-ci est décrite par Fortin comme étant le « traitement des données qualitatives afin d'en dégager les thèmes saillants et les tendances » (p. 467). Lors de ce processus, une stratégie d'analyse du modèle mixte a été utilisée pour la codification des données, c'est-à-dire que les codes préétablis peuvent être révisés lors de l'analyse des données (Fortin). De ce fait, les catégories avaient été prédéterminées comme étant celles du MCREO, soient les trois composantes principales du modèle et leurs dimensions respectives ainsi que l'engagement occupationnel dans le présent et le passé. Cependant, après lecture des verbatim, il a été décidé d'ajouter l'occupation plus spécifique d'« écoute de la musique » en tant que code. Le processus de codification s'est effectué via le logiciel *Weft QDA*.

4.5 Considérations éthiques

De prime abord, le projet fût soumis et accepté par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) (annexe D) puis par le comité d'éthique de la recherche du Sud-Ouest de Verdun (annexes E et F). Lors du recrutement, une lettre d'information était présentée aux personnes éligibles ayant démontré un intérêt pour participer à l'étude par l'étudiante responsable de la recherche (annexes G, H et I). Cette lettre faisait état de la nature et de l'objectif de la recherche, du déroulement de l'étude et les méthodes utilisées,

des désagréments possibles ainsi que des termes de confidentialité. Les coordonnées de l'étudiante responsable de l'étude et de la superviseure de la recherche y étaient également jointes. Suite à cette présentation, les participants pouvaient poser des questions à l'étudiante et bénéficiaient d'un temps de réflexion personnel, s'ils le désiraient, afin de prendre une décision libre et éclairée quant à leur participation. Afin de respecter la confidentialité des participants, seules l'étudiante responsable de la recherche et sa superviseure avaient accès aux enregistrements vocaux et aux documents originaux sous format papier issus de la collecte des données. L'anonymat des participants était conservé par l'attribution de codes à chacun de ceux-ci.

5. RÉSULTATS

La présente section fait état des résultats obtenus provenant des entrevues individuelles menées et des observations faites dans le cadre de cette étude à l'Hôpital de Verdun. Elle vise à répondre à l'objectif de recherche qui était d'explorer les retombées de prestations musicales dans l'environnement hospitalier sur les personnes hospitalisées, leurs proches et les membres du personnel sous une perspective ergothérapique. La présentation des résultats est faite en quatre temps. D'abord, la première section dresse un bref portrait descriptif de l'échantillon obtenu. Les sections subséquentes présentent les principaux thèmes ayant émergés de l'analyse des verbatim et de la grille d'observations selon le statut du participant interrogé au sein de la structure de l'hôpital, c'est-à-dire, qu'il soit un usager, un proche visiteur ou un membre du personnel. Pour chacun de ces types de participant, les résultats générés sont subdivisés selon les catégories du MCREO présenté à la section 3.

5.1. Description de l'échantillon

Les procédures de recrutement ont permis d'obtenir un échantillon de neuf participants, dont quatre usagers, quatre proches visiteurs ainsi qu'un membre du personnel. Deux des participants recevaient des soins de l'équipe de soins palliatifs. Il s'est malheureusement avéré ardu d'obtenir la perspective de plus d'un membre du personnel étant donné que ceux-ci étaient dans le cadre de leurs fonctions lors de la collecte de données. Le Tableau 1 présente une brève description des participants à la présente recherche ainsi que le code attribué à chacun des individus en vue de préserver leur anonymat.

Tableau 1. *Description de l'échantillon*

Participant	Statut	Caractéristiques
Usager 1	Usager	Femme; En soins palliatifs ; Prestation dans le couloir.
Usager 2	Usager	Femme; Sur l'unité de gériatrie; Prestation dans le couloir.
Usager 3	Usager	Femme; Sur l'unité de gériatrie ; Prestation dans la chambre à quatre lits.
Usager 4	Usager	Homme; En soins palliatifs; Prestation au chevet.
Proche 1	Proche	Femme; En visite de l'usager U2; Prestation dans le couloir.
Proche 2(f)	Proche	Femme d'un usager sur l'unité de gériatrie; Prestation au chevet.
Proche 2(g)	Proche	Fils d'un usager sur l'unité de gériatrie ; Prestation au chevet.
Proche 3	Proche	Fils d'un usager sur l'unité de gériatrie ; Prestation dans une chambre à quatre lits.
Membre du personnel	Membre du personnel	Femme; Couvre diverses unités dans l'hôpital; A déjà travaillé auprès de personnes en soins palliatifs dans l'hôpital.

5.2. Perspective des usagers

La présente section abordera les résultats issus des entrevues et observations faites auprès des usagers. Étant les principaux concernés par le travail du musicien au sein de l'hôpital, les informations reçues permettent d'obtenir un regard global sur les bénéfices perçus suite aux prestations musicales.

5.2.1. Résultats liés aux composantes de l'environnement

Les éléments ayant trait à l'environnement se rapportaient davantage à l'environnement social des usagers. Cependant, un thème a pu émerger de l'analyse des données, sans pour autant être classé dans les composantes de l'environnement proposées dans le MCREO. Ce thème découle de l'expérience subjective des usagers par rapport à leur environnement et sera élaboré suite à la composante sociale de l'environnement.

5.2.1.1. Environnement social

L'ensemble des usagers ont souligné en entrevue des éléments liés à leur environnement social. Les paragraphes suivants présentent les thèmes principaux ayant émergé par rapport à cette composante de l'environnement.

Le musicien

Pour l'usager 1, le fait d'assister aux prestations musicales permettait d'obtenir de la compagnie : « *Ça fait une présence près de nous* ». Cet élément était d'autant plus important pour l'usager 3 étant donné que certaines personnes avaient peu de visite : « *Il y a des gens qu'il n'y a pas personne qui vient les voir. ... Je trouve que c'est important qu'il y ait de la chose vivante.* » Il y ajoute que les discussions occasionnées par le musicien était une source de plaisir : « *Le musicien vient ici, il jase avec tout le monde, puis on avait du fun!* » Cela était d'autant plus observable dû au fait que des discussions informelles entourant les goûts musicaux de chacun avaient lieu entre les morceaux interprétés par le guitariste. L'usager 4 était particulièrement touché par le fait que le musicien offre de son temps pour les autres, comparant son travail à une présence divine : « *Tu vois une personne donner de son temps pour venir soulager les gens qui sont malades, qui sont dans les hôpitaux, j'aime ça. Ça [n'] a pas d'allure. C'est un ange, c'est tout.* » Il souligne que cette présence dépasse pour lui les bénéfices encourus par la simple écoute de la musique :

Ce n'est pas la musique... C'est le fait qu'il soit là. C'est le fait qu'il ait pris son temps pour venir au niveau des gens, aider. C'est le fait qu'on se sent sur la planète, égal, il y a des humains. Tout à coup, on s'aperçoit qu'il y a des humains qui vivent puis qui sont là. ... C'est sa chaleur humaine qui est là et qui m'entoure avec sa musique. Tu n'as pas ça dans un radio.

Ce client rapporte également que le musicien, par le fait qu'il « *dégage beaucoup* », l'a transporté « *dans sa bulle* ». Celui-ci croit que cette expérience de partage a le pouvoir de toucher tout le monde :

De voir qu'il y a des humains sur la Terre, ça, ça touche tout le monde. Quand on sort, quand on est dehors, la seule chose qu'on entend parler c'est la guerre ... On entend les chicanes. T'arrives ici et il y a une personne qui t'amène dans une bulle et qui te fait vivre des émotions avec la musique que tu as connu et tout ça. C'est formidable. Il devrait y en avoir d'autres. La planète devrait être remplie comme ça.

Les autres personnes hospitalisées

Pour l'usager 2, le contexte des prestations musicales procure avant tout une opportunité pour les personnes hospitalisées de sortir de leurs chambres respectives, ce qui suscite des échanges interpersonnels :

... ça fait sortir le reste du monde de leur chambre. Parce qu'il y en a qui ne sortent jamais de leurs chambres. Quand ils entendent la musique, ils s'en viennent et ils s'appuient sur le cadre... Ils viennent écouter ça. ... Ça nous occasionne de nous parler.

De plus, ces discussions étaient généralement bien reçues puisqu'elles permettaient de changer du quotidien de l'hôpital, toujours selon l'usager 2 : « *Il y a les infirmières qui viennent, les médecins... Tu vas passer des examens. Tu reviens, ça ne te tente pas tout le temps d'en parler. Tandis que de la musique ça te tente plus d'en parler.* »

5.2.1.2. L'expérience subjective de l'environnement

Les prestations du guitariste provoquaient des changements dans la perception qu'avait l'usager 4 de son environnement. L'atmosphère était soudainement différente : « *... quand il arrive et qu'il commence à jouer, tout à coup ‘pouh’, il n'y a plus de bruits. Les sonnettes arrêtent. L'ambiance change. ... Ça détend beaucoup l'atmosphère.* » Pourtant, le mouvement dans l'hôpital suivait bien son cours habituel : on entendait les membres du personnel s'adresser à d'autres usagers, des appels au poste via l'interphone et la circulation des personnes dans le corridor. Seulement, cet usager arrivait à en faire abstraction lorsqu'il écoutait le musicien jouer.

5.2.2. Résultats liés aux dimensions de la personne

Des retombées liées aux dimensions affective et cognitive de la personne ont pu être relevées dans les réponses des participants. Pour chacune de ces dimensions, des thèmes ont été soulevés. Ceux-ci seront présentés puis appuyés par des extraits de verbatim.

5.2.2.1. Dimension affective

Tous les usagers ont rapportés avoir vécu des émotions positives durant les prestations musicales. Trois thèmes principaux ont émergés des entrevues : l'apaisement, la joie et le bien-être ainsi que la gestion et l'expression des émotions.

Apaisement

Pour l'usager 1, la musique avait été un moyen de se détendre alors que les premiers symptômes de la maladie se faisaient sentir : « ... quand je suis tombée malade, ça me prenait ça. Je [n'] étais pas capable de voir des choses de guerre ... Toute la violence, j'en voulais pas. Je voulais juste de la musique pour avoir la paix et être calme. » Cet effet d'apaisement était aussi rapporté maintenant que cette personne était à un stade plus avancé de la maladie et hospitalisée : « J'veais partir pis j'veais avoir un beau moment avec la musique que j'entends ... Moi je trouve que la musique m'apaise. Ça me fait beaucoup beaucoup de bien. » Ceci est corroboré par l'usager 3 : « Moi je vis pour la musique. Moi c'est ma détente, c'est tout », ainsi que l'usager 4 : « La musique devient nécessaire quand tu as besoin de relaxer. » Lors des prestations musicales, il était effectivement possible de voir les traits des usagers se détendre et leurs yeux se fermer.

Joie et bien-être

Trois des usagers interrogés ont souligné avoir ressenti des émotions liées à la joie, ce qui est reflété par ces affirmations : « Ça fait du bien ... C'est bon pour le moral » (usager 2), « ... ça m'a mis le cœur en fête! ... Ça me donne de la vie! » (usager 3) et « ... il me donne une joie de vivre » (usager 4). D'ailleurs, il était possible de voir naître un sourire sur leurs visages seulement après quelques notes jouées. Pour l'usager 4, l'écoute de la musique créait un espace lui permettant d'éloigner ses craintes, un moment propice au bien-être :

... moi je n'ai plus de craintes. Aujourd'hui, c'était le bien-être total; je flottais. C'est de la musique... Je [ne] sais pas comment dire ... Pour t'aider. Il n'y a pas de mots. C'est une musique qui est là, c'est comme un ange qui arrive avec son harpe puis là il commence à jouer juste pour toi, juste pour te faire flotter. Regarde, tout va bien.

La musique servait de médiateur afin de revivre des émotions positives associées à des souvenirs heureux pour l'ensemble des usagers. Ceux-ci, lors des entrevues, souriaient, les yeux pétillants, en parlant de soirées musicales en famille, de concours de chant ou de voyages en amoureux. Pour l'usager 4, le bien-être vécu alors qu'il avait écouté certains morceaux dans le passé lui revenait lorsqu'ils étaient interprétés par le musicien de l'hôpital :

C'est de la musique que j'ai entendue, que j'ai aimée puis, comme on dit, que j'ai relaxé sur cette musique-là. ... Je ressens le beau. Et à ce moment-là c'est le bien-être. Si j'écoutais cette musique-là je pouvais avoir le bien-être. Puis là ici, ce bien-être là me revient.

Gestion et expression des émotions

La sensibilité des usagers était visiblement touchée lors de l'écoute de la musique, s'exprimant par des pleurs ou des sourires complices avec des proches. Pour l'usager 3, le fait de pleurer était un facteur aidant lui permettant d'exprimer certaines émotions: « *J;braille dans ce temps-là, mais ça sort. Tu sais, ça me fait brailler parce que c'est tellement beau, mais ça m'aide énormément.* » Une expérience similaire était rapportée par l'usager 1 : « *Quand on entend cette musique-là, des fois on pleure, on pleure... c'est normal. Des fois, faut avoir un p'tit sourire pour nous soulager.* » L'usager 3 utilisait aussi la musique dans la vie de tous les jours pour vivre certains sentiments refoulés : « *Tu sais, un moment donné, il y a certaines choses que tu ne peux pas dire aux enfants, que tu ressens, parce que des fois, ils le prennent mal. Alors moi je prends la musique* ». La musique est également, selon cette dame, un outil pouvant facilement s'adapter selon son humeur, afin de l'aider à mieux gérer ses émotions du moment: « *J'suis fâchée, j'écoutre une sorte de musique. Quand je suis calme, j'écoutre une autre musique.* »

5.2.2.2. Dimension cognitive

Les quatre usagers interrogés ont perçu des changements liés à leurs pensées durant et suite aux prestations musicales. D'abord, l'écoute de la musique permettait aux personnes hospitalisées d'éloigner les pensées négatives liées à leur condition actuelle. Également, ceux-ci rapportaient être transportés dans le passé en écoutant des morceaux de leur jeunesse.

Éloigner les pensées négatives

La musique était une distraction du quotidien de l'hôpital qui était appréciée de l'usager 2 : « *quand j'entends de la musique, ça me change les idées* ». Un effet similaire était noté par l'usager 3. Pour cette dame, la musique permettait de s'échapper du courant effréné de ses pensées dans un milieu où il était facile pour elle d'entretenir des craintes par rapport à l'avenir :

C'est parce que tu [ne] penses pas. Tu sais, quand tu arrives, tu penses ... et ce n'est pas des bonnes choses. Tu vois des gens malades autour de toi... puis, je prends de l'âge moi. Puis, tu penses que tu vas faire la même chose. C'est ça qui est dangereux. ... Avec ça, ça change ton CD. Ton CD dans ta tête, il vire de bord. ... Moi, la musique me fait oublier mes problèmes.

Cette réalité était d'autant plus tangible pour les usagers en soins palliatifs, dont le pronostic est davantage réservé. Les pensées négatives de l'usager 1 en lien avec la mort pouvaient effectivement être éloignées lorsque celle-ci écoutait le répertoire proposé par le musicien : « *Là tu oublies tes mauvaises pensées. ... Notre cerveau s'en va ailleurs, il ne travaille plus dans les p'tits coins coins qu'on a des mauvaises idées.* » Pour l'usager 4, l'écoute de musique dans sa vie de tous les jours, plutôt qu'être un moyen de se distraire, lui permettait de méditer en faisant abstraction de ses soucis : « *Tu as besoin de réfléchir. Là, il faut que tu t'amènes dans une ambiance spécifique pour relaxer et pour avoir comme on dit la tête claire. Enlever tous les soucis de l'extérieur, ... pour se concentrer réellement.* »

Se remémorer le passé

À la question « quelle place la musique a-t-elle occupé dans votre passé », les usagers 2 et 3 ont partagé des souvenirs de concours de chant, de spectacles auxquels elles avaient assisté et de soirées en famille où chacun jouait d'un instrument pour faire danser la parenté. L'interprétation de leurs demandes spéciales par le guitariste provoquait irrémédiablement chez ces personnes hospitalisées un retour vers des souvenirs d'antan. Cela fût également relaté par les clients en soins palliatifs, tel que reflété par les propos de l'usager 1 : « *L'ancienne musique et tout ça, ça amène beaucoup beaucoup. Ça nous rappelle de beaux souvenirs* » ainsi que de l'usager 4 : « *Ça me rappelle tellement de souvenirs, c'est normal. Toute cette musique-là, c'est ma jeunesse. Ça rappelle beaucoup de beaux souvenirs.* »

5.2.3. Résultats liés à l'engagement occupationnel et à l'occupation d'écouter de la musique

Les entrevues ont permis d'apporter des informations concernant l'engagement occupationnel des usagers. De plus, des éléments spécifiques à l'écoute de la musique ont été soulevés par ces participants.

5.2.3.1. Engagement occupationnel

L’engagement occupationnel des usagers fut documenté en regard des activités occupées dans le passé, comparativement aux activités effectuées dans le cadre d’une hospitalisation, dans le présent. Cette dimension permet d’explorer la façon dont les prestations musicales s’insèrent dans le quotidien pour une personne hospitalisée.

Engagement occupationnel dans le passé

Deux des participants interrogés ont rapporté s’engager dans diverses occupations alors qu’elles étaient à domicile, préalablement à leur hospitalisation. Dans ses propos, il est possible de dénoter une insatisfaction chez l’usager 1 par rapport à son niveau d’autonomie actuel, qui la limite dans ses déplacements : « *Je faisais plus de choses avant. Je bougeais chez nous, je faisais toutes mes affaires. ... J'allais faire des petites affaires à la banque, à la caisse, j'allais faire toutes mes petites affaires ... Là, au moins je sortais.* » Un besoin d’être active par l’engagement dans des occupations est également rapporté par l’usager 3 : « *Chez nous, je n'arrête jamais. J'fais du ménage, de la peinture à l'huile, des bijoux. Faut que je travaille; mon esprit a besoin de ça. Je ne peux pas rester inactive.* »

Engagement occupationnel à l’hôpital

En opposition à ce besoin de s’occuper le corps et l’esprit par des activités diversifiées, l’engagement occupationnel actuel de ces personnes était limité à certaines tâches liées aux soins personnels. Cette diminution du niveau d’autonomie peut être expliquée par des atteintes aux dimensions de la personne, tel que reflété par l’exemple d’une journée type donné par l’usager 1 :

Bien mon quotidien ... tu te lèves, tu t'assois dans ta chaise. Le matin tu te fais réveiller pour les médicaments à 5h30, 6h. ... Là, je suis encore capable d'aller me chercher un piqué, changer mes taies d'oreillers parce que j'ai eu trop chaud. ... Puis de me laver avec un petit bol. ... M'asseoir sur mon lit pour pouvoir me laver. Je suis encore capable de me laver. Après avoir fait ça, je suis très très fatiguée. Je m'assois dans la chaise à peu près pour une heure. Après ça, je viens me coucher dans mon lit puis je dors un somme, ce qui m'aide. ... Je ne fais plus grand-chose.

La mobilité des usagers était souvent réduite à un périmètre restreint, les contraignant à rester au lit lors des prestations musicales. Mis à part les difficultés sur le plan physique,

l'environnement hospitalier offre moins d'opportunités occupationnelles que l'environnement naturel des personnes, limitant donc l'engagement occupationnel des usagers. Il est également possible de croire que la nature même des possibilités occupationnelles se trouve grandement changé dans ce milieu par rapport à l'environnement habituel et que la signification accordée aux occupations s'en trouve, par le fait même, affectée. Ceci est illustré par les propos de l'usager 3 : « *Il n'y a rien à faire. C'est la pire chose. Moi, je suis active.* ».

5.2.3.2. L'écoute de la musique

Dans un tel contexte, l'occupation d'écouter de la musique via les prestations du musicien au sein de l'hôpital vient répondre à certains besoins d'ordre occupationnel. Pour l'usager 1, la musique est une activité accessible, malgré son niveau de fatigabilité important actuellement :

Ces derniers temps, lire j'avais de la misère parce qu'on dirait que ma tête n'était pas là parce que je « feel » pas bien. Mais la musique, je peux l'écouter longtemps. Je ne me fatiguerais pas. Je peux tomber endormie dessus. Jvais partir pis jvais avoir un beau moment avec la musique que j'entends.

De plus, cette participante croit que cette activité peut s'adresser à un grand éventail de personnes : « *Je suis certaine qu'il y a beaucoup beaucoup de gens qui aiment la musique.* »

5.3. Perspective des proches visiteurs

Les prochains paragraphes présenteront les retombées des prestations musicales du point de vue des proches visiteurs. Ces derniers ont rapporté des bénéfices pour les usagers, mais également pour eux en tant que visiteur à l'hôpital.

5.3.1. Résultats liés aux composantes de l'environnement

Pareillement à ce qui a pu être soulevé par les usagers, les éléments en lien avec l'environnement des proches se rapportaient davantage à la sphère sociale. Le thème d'une expérience subjective de l'environnement a, de plus, été documenté pour cette catégorie de participants.

5.3.1.1. Environnement social

Les éléments relatifs à l'environnement social ont pu être divisés selon les deux mêmes catégories que pour les usagers soient, la présence du musicien et la stimulation des échanges entre les personnes présentes aux prestations musicales.

Le musicien

Tel que rapporté par les usagers, la présence singulière du musicien apportait un changement positif dans l'environnement social de l'ensemble des spectateurs, selon le proche 3. L'approche personnalisée du guitariste stimulait la création d'une relation avec les personnes présentes dans la chambre lors du concert :

C'est beau de simplement rentrer et jouer de la musique, c'est très apprécié. Mais, on ne savait pas que le musicien était pour dire « est-ce que vous avez de la musique favorite? ». Je trouve qu'en laissant aux gens le choix, ça aide beaucoup, parce que là, il y a une participation plus étroite. Je ne veux pas exagérer ce qui se passe, mais quand même, à ce moment-là il y a un lien qui se crée.

Discussions entre les personnes spectatrices

Également selon le proche 3, les prestations musicales a eu pour rôle d'alimenter les discussions entre les usagers de la chambre à quatre lits : « *Ça change l'ambiance de la chambre, ça change l'ambiance entre les gens. Les gens ont commencé à parler ensemble.* » Effectivement, il était possible de voir les usagers échanger sur leurs goûts musicaux respectifs lors des prestations.

5.3.1.2. L'expérience subjective de l'environnement

Un des proches (proche 2 [g]) a relevé l'aspect sensoriel lié à l'expérience d'assister aux prestations musicales. Dans ses propos, celui-ci démontre que l'environnement hospitalier a ses particularités et que la musique peut permettre d'apporter un changement positif dans la perception qu'ont les gens de cet environnement :

Mais la musique, dans un environnement où il y a ... on s'ouvre les oreilles, tout ce que l'on entend ce sont les bruits de l'hôpital. Et puis, tout ce que l'on a dans nos sens, c'est les odeurs. Tout ce qui est sensoriel, c'est très antiseptique, [comme] les choses qu'on met sur nos mains. Les odeurs corporelles qu'on sent quand on se promène, surtout sur l'étage gériatrique. Vraiment, c'est une chose. Et puis ça c'est un autre sens... En tout cas, je crois que c'est positif.

De plus, le proche 3 a perçu un apaisement dans l'atmosphère de la chambre où la performance musicale a eu lieu :

Ça détend l'atmosphère dans la chambre... pas parce que c'est tendu, mais simplement, ce n'est pas un milieu où on se sent vraiment confortable; c'est un hôpital quand même. ... J'ai trouvé que ça a détendu l'atmosphère.

5.3.2. Résultats liés aux dimensions de la personne

Les retombées sur les dimensions affective et cognitive de la personne ont pu être documentées via les entrevues et observations faites auprès des visiteurs. Pour cette section, les thèmes ont été séparés selon la personne touchée, soit ce que le proche a pu observer comme manifestations chez les usagers et ce qu'il a vécu lui-même en lien avec les prestations musicales.

5.3.2.1. Dimension affective

L'analyse qualitative des données obtenues auprès des proches a permis de souligner des thèmes concordants à ceux trouvés dans l'analyse des verbatim des usagers. Ainsi, les proches ont rapportés, pour les usagers et pour eux-mêmes, des éléments ayant trait à l'apaisement et au sentiment de joie. Aussi, un proche a mentionné le lien étroit entre l'écoute de musique ainsi que la gestion et l'expression de ses émotions.

Pour les usagers

Selon le proche 1, la musique est une façon pour les personnes hospitalisées de s'échapper du quotidien de l'hôpital, tout en apaisant leurs souffrances :

... ça met un peu de soleil à l'intérieur pour eux autres. C'est sûr que j'ai trouvé ça beau. Ils aimait ça. C'est comme... ça l'adoucit. Ça leur coupe un peu leur routine. Ils [ne] sentent plus leur mal on dirait quand ils ont de la musique. ... Ils se sentent moins à l'hôpital.

Cet aspect d'apaisement était également noté par le proche 3 : « *c'est quelque chose pour les patients qui détend, met un sourire sur leurs visages* ». Ces extraits de verbatim corroborent les informations données par les usagers du fait que la musique a la possibilité de leur procurer de la joie, également.

Pour les proches visiteurs

Le fait de voir sa mère vivre un moment heureux procurait un sentiment de contentement au proche 1 : « *quand on la voit sourire, on est contente.* » Un effet semblable était rapporté par le proche 3 :

Mais ça donne, comment dire... un petit sourire pour moi-même de « oh, on va peut-être avoir de la musique aujourd'hui ». Puis là, sachant que la musique est dans le milieu, « ah, peut-être qu'il va passer » et on va avoir quelques minutes de détente et de plaisir. Ça aide dans le sens où c'est plus agréable. C'est comme « Ah on a peut-être quelque chose aujourd'hui à l'hôpital qui va juste alléger, un petit spécial ».

Le proche 2 (g), quant à lui, devenait davantage émotif devant la prestation musicale offerte par le musicien :

Le musicien qui est juste à côté de nous, qui vient jouer de la musique pour notre proche, ça c'est très émouvant. ... Je suis un homme. Je suis plus loin de mes émotions comme un homme. C'est certain que ça me rapproche de mes émotions ... peut-être plus triste ... Mais ce n'est pas mauvais ... Parce que, vous savez, parfois les hommes on ne vit pas nos émotions.

Ce dernier avait d'ailleurs versé quelques larmes lors du concert offert pour son père. Cet énoncé peut correspondre au thème gestion et expression des émotions présenté à la section abordant les résultats issus des entrevues avec les usagers. Ici, la musique est un médiateur qui touche la sensibilité de cette personne et l'aide à vivre certaines émotions plus difficiles.

5.3.2.2. Dimension cognitive

Les deux mêmes thèmes que dans la section usagers ont été mis en avant plan par les proches visiteurs soit, le fait d'éloigner les pensées négatives ainsi que d'effectuer un retour dans le passé via l'écoute de la musique. De plus, des améliorations soudaines quant à l'expression orale d'un usager ont été soulignées par un proche.

Pour les usagers

Le proche 1 croit que la musique permet de faire abstraction temporairement de certaines difficultés pour les personnes hospitalisées : « *Ça leur permet un petit peu d'oublier leurs problèmes personnels.* » Selon le proche 2 (g), le concert offert a permis à son père de retourner à de vieux souvenirs : « *Ça l'a ramené dans le temps. Il a entendu des choses qu'il aimait et ça l'a poussé à se souvenir de choses qu'il avait déjà écoutées. Et ça, j'ai trouvé ça très intéressant.*

» D'ailleurs, nous avons pu entendre cet usager, souffrant d'Alzheimer, demander au musicien s'il connaissait certains artistes qu'il avait écouté dans sa jeunesse et ce, à l'agréable surprise du proche 2 (f) : « *Regardez! Il est très aphasique et là, il parle!* » En effet, cet usager avait habituellement de la difficulté à s'exprimer, selon le proche 2 (f) : « *Il parle très très peu. Des mots. Il va hésiter beaucoup. Regardez. Il est capable de s'exprimer!* »

Pour les proches

Pour cette même dame (proche 2 [f]), être spectatrice d'un concert offert par le guitariste de l'établissement avait également des répercussions sur le plan personnel. En effet, cela lui permettait d'éloigner les pensées négatives liées au contexte du milieu hospitalier : « *Ça nous fait oublier la souffrance qu'il y a autour de nous.* »

5.3.3. Résultats liés à l'engagement occupationnel et à l'occupation d'écouter de la musique

Comme les usagers, les proches ont souligné l'apport des prestations musicales dans l'environnement hospitalier comme opportunité occupationnelle accessible aux personnes hospitalisées. Pour deux proches, l'impossibilité d'obtenir un radio pour l'usager a été rapportée. Effectivement, dans un contexte où les chambres sont partagées, il devient laborieux pour chacun d'avoir son radio, tel que rapporté par le proche 3 :

Nous sommes restreints, oui il y a la télévision mais, il y a la radio aussi. Je comprends, à quatre dans une chambre, on ne veut pas déranger. Mais là, ça ouvre à tout le monde. Puis on a le choix de musique. Je pense que [le guitariste] a un répertoire assez large. Je trouve que c'est quelque chose de très important.

Cet élément était également souligné par le proche 1 : « *Ils ne peuvent pas avoir tous chacun leur petit radio donc un moment comme ça, je pense qu'il est très important.* »

Dans le même ordre d'idées que précédemment, deux proches introduisaient le fait que la musique a le pouvoir d'interpeller une grande partie de la population. Pour le proche 1, la musique fait partie intégrante du quotidien et ce participant tenait pour acquis que cette réalité était généralisable aux personnes hospitalisées :

J'pense que pour tout le monde... On se met de la musique en faisant notre sapin, en faisant notre repassage, notre ménage. C'est gens-là c'est la même chose que nous dans le fond. Ils ne peuvent pas avoir tous chacun leur petit radio donc un moment comme ça je pense qu'il est très important.

Cette croyance que la musique peut bénéficier à tous était également partagée par le proche 2 : « *Ça peut apporter beaucoup ... tous les êtres humains, il y a des morceaux de musique qu'on aime beaucoup donc, ça va les chercher aussi, j'en suis certaine.* »

5.4. Perspective d'un membre du personnel

Cette dernière section sur les résultats de cette étude traitera des retombées perçus par un membre de l'équipe de soins de l'Hôpital de Verdun sur l'ensemble des personnes gravitant dans l'univers de l'hôpital. Aussi, y seront abordés certains enjeux quant à l'intégration d'un musicien dans la structure de l'hôpital et les enjeux sur les personnes y travaillant.

5.4.1. Résultats liés aux composantes de l'environnement

Des éléments liés aux composantes de l'environnement social ont été recueillis lors de l'entrevue avec ce participant. Également, la sphère institutionnelle a pu être explorée avec ce professionnel et sera présentée ci-dessous.

5.4.1.1. Environnement social

Pour ce membre du personnel, les prestations musicales étaient un médiateur notable de discussions informelles entre collègues, contribuant à entretenir des liens davantage amicaux avec ceux-ci :

C'est moins formel. Je pense que c'est ça que j'aime. Ça brise comme tout le cadre de l'hôpital ... Il y a des médecins avec qui je parle juste de patients et que le moment où il y a de la musique, c'est comme si on est juste des individus qui parlons de nos goûts personnels de la musique.

Cette réalité était également vraie avec ses patients, de qui elle recevait des témoignages d'appréciation de cette expérience :

Avec les patients aussi; ils vont nous dire comment ils ont aimé ça. C'est souvent apprécié. J'ai une patiente à qui j'avais envoyé [le guitariste], puis elle m'avait dit que ça lui avait fait un très grand bien ... Elle était très contente.

Étant témoin des bénéfices pouvant être introduits sur le plan de l'environnement social, cette professionnelle de la santé suggère maintenant les services du musicien aux usagers souffrant de solitude puisqu'elle a « *l'impression que ça les rendait plus vivants* ».

5.4.1.2. Environnement institutionnel

Évidemment, l'emploi d'un musicien au sein de la structure hospitalière comporte certains enjeux sur le plan institutionnel. Tel que mentionné à la section 2.3., le guitariste est actuellement intégré à l'équipe des soins palliatifs, où il participe activement aux réunions d'équipe, ce qui est souvent inusité pour les autres membres de l'équipe. Pourtant, les échanges avec ce dernier sont utiles pour les deux parties afin de promouvoir le bien-être des usagers, selon le participant interrogé :

Je suis allée à une réunion multi et j'ai vu que [le guitariste y] assistait. Sur le coup, je dois dire, c'était comme surprenant. ... Puis, finalement, j'ai compris. Des fois, il va identifier ou on va lui dire : « Ah oui, tu pourrais aller voir madame une telle » ou lui va demander « Est-ce que vous pensez que ça l'aiderait? Que ça lui ferait du bien? » Donc, finalement, j'ai compris son rôle dans cette équipe-là.

Aussi, le musicien doit s'assurer de ne pas nuire aux interventions des membres de l'équipe lors de ses prestations. Selon ce participant, un souci particulier est porté à cet égard par celui-ci : « *Il ne viendra pas offrir de jouer quand on est avec le patient. Je pense qu'il fait très attention à ça. Il va aller voir quelqu'un d'autre. Ça ne dérange pas notre intervention.* » Le contraire est également vrai. Il a été observé que les intervenants étaient respectueux du travail du musicien, en s'adressant aux usagers seulement en cas de nécessité lors des prestations musicales. Ceci est reflété dans les propos du participant interrogé : « *C'est comme si on avait l'impression qu'il se passe quelque chose de spécial, qu'il faut protéger peut-être. ... On a comme une pudeur à aller déranger ça. Peut-être parce que ça a l'air d'un beau moment.* »

5.4.2. Résultats liés aux dimensions de la personne

Comme pour les catégories de participants précédentes, les dimensions affectives et cognitives des personnes ont été documentées en lien avec les performances musicales dans l'hôpital. Les résultats sont séparés selon les retombées perçus pour les usagers et pour le membre du personnel interrogé.

5.4.2.1. Dimension affective

La professionnelle participante a relevé des sentiments de joie et d'apaisement chez les usagers pendant ou suite aux concerts personnalisés. Pour les intervenants, les prestations musicales permettaient d'apporter une distraction agréable dans l'environnement, apportant une certaine humanité au milieu en touchant la sensibilité de tous et chacun.

Pour les usagers

Tel que rapporté par les usagers eux-mêmes ainsi que leurs visiteurs, les prestations musicales contribuaient à faire vivre aux gens des sentiments de joie et de bonheur, certains y voyant même une façon de substituer leur médication :

J'ai trouvé que les gens étaient tellement heureux puis tellement bien. Le feedback qu'ils disaient, c'était ça aussi. Il y a même ma patiente qui s'est mis à chanter un moment donné. Puis ce n'était pas la première fois que je voyais de belles réactions comme ça. Entre autres des fois, [le guitariste] se met près d'un poste en gériatrie ... Souvent, il y a un petit attrouement, genre 4-5 personnes. Des fois ils vont applaudir à la fin. On entend souvent de beaux témoignages, de beaux feedbacks de l'effet que ça a eu. Il y en a par exemple qui avaient l'impression que ça pouvait remplacer des médicaments parce que ça faisait tellement un bel effet sur eux.

Selon ce participant, ces sentiments ainsi que celui d'être détendu pouvaient naître rapidement chez certains usagers : « *J'ai déjà vu des gens sourire ou avoir l'air apaisé alors qu'ils n'étaient pas dans cet état-là juste avant.* »

Pour le membre du personnel

Selon cette professionnelle, la musique peut facilement toucher les personnes sur le plan émotif, plus particulièrement à l'écoute de morceaux connus : « *Souvent, j'ai remarqué, surtout quand il joue des chansons ou des pièces qu'on connaît, c'est sûr que des fois on est touché. Je pense que ça peut vite chercher les émotions la musique.* » Un élément important soulevé par cette participante est le rôle des prestations musicales afin d'apporter une distraction plaisante du contexte de l'hôpital et de toucher l'humanité des personnes sur le milieu :

Pour moi, c'est très riche parce que c'est vraiment comme apporter quelque chose d'autre que la maladie, la tristesse... c'est amener quelque chose de magique peut-être. ... Ça contribue à rendre ça plus humain. Puis même agréable. Pas que ce soit désagréable de travailler dans un hôpital, mais c'est comme si c'est sûr que ça va être agréable d'entendre [le guitariste]. C'est sûr

que ça va être plaisir, qu'on ne parlera pas de maladie... Il y a quelque chose qui fait du bien.

Plus précisément pour les membres du personnel, l'écoute de la musique peut faire sortir la personne du contexte de son travail pendant un moment, ce qui est vécu comme positif pour la personne interrogée :

Puis pour le personnel, je trouve aussi que c'est l'fun parce que ça fait que pendant quelques minutes on a l'impression qu'on n'est pas au travail, qu'on est juste en train d'entendre de la musique... En tout cas, moi je sais que ça me fait un effet positif aussi.

5.4.2.2. Dimension cognitive

Sur le plan cognitif, la musique est une façon d'apporter des changements positifs au cours de ses pensées, selon cette participante. Ceci était relevé autant pour les usagers que pour les membres du personnel.

Pour les usagers

Évidemment, la grande majorité des personnes hospitalisées vivent des souffrances et des douleurs à différents niveaux. Il est alors facile de ressasser sans cesse ces difficultés. Du point de vue de la professionnelle participante, ces usagers peuvent bénéficier des concerts afin de changer leurs pensées : « *Je pense que c'est très apprécié en milieu hospitalier. Quand il y a de la souffrance, de la douleur, la musique sert aussi un peu à faire une digression, à penser à d'autre chose qu'à la douleur.* »

Pour le membre du personnel

Tel que mentionné plus haut, cette participante évoquait que les performances musicales offertes par le musicien offraient un changement positif dans l'environnement. Ce changement provoquait, par le fait même, des modifications dans le cours de ses pensées :

C'est comme si le temps s'arrêtait puis on n'était plus au travail. On peut oublier pendant quelques minutes que c'est un milieu qui est quand même assez lourd et difficile le milieu hospitalier. Ça allège. ... Ça le rend aussi peut-être plus humain, plus léger. ... On dirait que la musique, ça nous amène ailleurs.

6. DISCUSSION

L'objectif poursuivi dans le cadre de ce projet d'intégration était d'explorer les retombées perçues par les usagers de l'Hôpital de Verdun, leurs proches ainsi que les membres du personnel quant aux prestations musicales offertes par le guitariste employé dans le milieu. Bien que l'échantillon minimal souhaité de cinq usagers et de deux membres du personnel n'ait pu être atteint en raison de limites dans le temps pour la complétion de cette étude et que les critères d'inclusion ont du être élargis à l'ensemble des personnes gravitant autour de l'Hôpital et non seulement celles en contexte de soins palliatifs, l'analyse des données permet tout de même de documenter le vécu des participants en lien avec cette pratique novatrice. Dans la présente section, un retour critique sur les résultats obtenus sera effectué en regard des écrits disponibles à ce jour dans la littérature. Les forces et limites de cette étude seront également présentées, ainsi que les conséquences de celle-ci pour la pratique en ergothérapie.

6.1. Retour critique en lien avec les évidences scientifiques

6.1.1. Effets recensés liés à l'écoute de la musique

Une grande partie des résultats issus de cette étude correspondent à ceux issus des données probantes. Plus particulièrement par rapport aux résultats liés aux dimensions de la personne, les évidences scientifiques démontrent une amélioration du bien-être en lien avec l'engagement dans la musique (Stuckey & Nobel, 2010). Ce thème a été rapporté dans cette étude par l'ensemble des types de participants interrogés. Se rapprochant de la réalité de la présente étude, la littérature nous informe que l'écoute de musique interprétée par un musicien disponible dans l'hôpital avait contribué à l'amélioration de l'affect positif des personnes exposées (Mogos et al., 2013), corroborant donc des bénéfices sur le plan affectif. Il est possible de croire que ces bienfaits, ultimement, contribuent à la qualité de vie des personnes, tel que ressorti dans deux essais cliniques randomisés en lien avec l'écoute de musique (Bradt, Dileo, Grocke et Magill, 2011).

6.1.1.1. Réminiscences et récits de vie

Certains des thèmes ayant émergé de cette étude peuvent être associés à une intervention utilisée dans le domaine de la psychologie, notamment auprès de la clientèle gérontologique souffrant de dépression, soit, les réminiscences. Ce terme correspond à « la survenance actuelle d'un souvenir rattaché à la vie personnelle » (Cappeliez, 2009, p.9). Par ce procédé, le thérapeute accompagne son client à réévaluer des évènements passés en vue de l'aider à mieux composer avec le vieillissement et, ultimement, avec le concept de fin de vie (Cappeliez). S'y rapprochant, les récits de vie sont utilisés en ergothérapie afin d'aider les personnes âgées à donner un sens à leur vie face aux difficultés associées au vieillissement et favorise, par le fait même, une bonne santé mentale (Trentham, 2007). Selon Trentham, « il s'agit d'une occupation qui pourrait avoir encore plus d'importance pour les aînés ... lorsqu'ils doivent s'adapter à un nouveau milieu de vie » (p.23), tel qu'en contexte d'hospitalisation. Bien que dans la présente étude il ne soit pas question d'une intervention à proprement dite concernant les évènements passés, le fait qu'un retour à d'anciens souvenirs provoquant de la joie via l'écoute de la musique ait pu être évoqué par les participants correspond à l'idée selon laquelle cela peut contribuer à aider les personnes à composer avec leur quotidien, tel que reflété dans les recherches mentionnées.

6.1.1.2. L'approche utilisée par le musicien

En lien avec les résultats relatés concernant l'environnement, la présence du musicien est ressortie comme étant une composante importante des effets perçus par les prestations musicales. Ce bénéfice rapporté par les participants concorde avec les évidences scientifiques disant que la musique en prestation directe provoque davantage de bienfaits pour la personne qui écoute par rapport à la musique préenregistrée (Staricoff, 2004). Également, le souci du musicien de personnaliser ses concerts à l'usager spectateur via l'interprétation de demandes spéciales est un élément important dans le fait que des souvenirs heureux ont pu être ravivés et qu'un sentiment de joie ait alors été ressenti, tel que mentionné dans l'étude de Staricoff. À cet égard, cet auteur stipule d'ailleurs que l'écoute de morceaux familiers est bénéfique pour la santé mentale des personnes (Staricoff). Outre ces éléments, il s'avère important de souligner l'attitude particulière adoptée par le musicien. Celui-ci présente une remarquable habileté à créer un lien de confiance avec les gens, en douceur, avec humour et en adaptant son niveau de

communication, contribuant fortement à la composante humaine dans l'interaction avec l'auditoire.

De plus, il est possible de croire que le fait d'accepter d'assister à une performance musicale et de faire des demandes spéciales peut fournir un sentiment de contrôle chez la personne. En contexte d'hospitalisation, avoir ces opportunités de choix peut être bénéfique étant donné que les personnes ont peu d'emprise sur leur environnement et leur condition personnelle. D'ailleurs, Laliberté Rudman, Cook et Polatajko (1997) rapportent dans leur étude que le contrôle d'une personne sur une activité est essentiel au sentiment de bien-être qu'elle lui procure.

6.1.1.3. L'expérience subjective de l'environnement

Toujours concernant les résultats liés à l'environnement, le thème d'une expérience subjective de celui-ci ressorti dans ce projet n'a pu être relevé dans d'autres écrits scientifiques. Cela pourrait être dû au fait que des changements dans l'ambiance ou dans l'atmosphère peuvent être facilement perceptibles par la personne qui observe, mais difficilement mesurables ou descriptibles dans le cadre d'une étude scientifique.

6.1.1.4. Les retombées pour les membres du personnel

L'étude de cas mené par Preti et Welch (2012) s'est penchée spécifiquement sur la perception de membres du personnel quant à l'intégration de musique dans l'environnement hospitalier. Les résultats obtenus correspondent en partie seulement à ceux de la présente recherche. De façon comparable a ce qui a été rapporté par la participante de l'Hôpital de Verdun, les membres du personnel ont évoqué avoir une vision positive des prestations musicales offertes, en regard des bénéfices qu'elles procuraient aux patients (Preti & Welch, 2012). Cependant, en opposition aux résultats présentés dans cet essai critique, ceux-ci rapportaient des conséquences négatives sur leur travail, notamment en lien avec le répertoire de morceaux proposés (Preti & Welch). À cet égard, il est important de mentionner que cette étude se déroulait dans un milieu pédiatrique. Il est donc possible de croire que les morceaux correspondaient moins aux goûts musicaux des adultes œuvrant au sein de l'hôpital, comparativement à ce qui est fait à l'Hôpital de Verdun, où les spectateurs sont davantage âgés.

Ceci étant dit, comme un seul membre du personnel a pu être interrogé dans le cadre de ce projet, les résultats liés à la perception de cette pratique sous la perspective des travailleurs de l'hôpital ne peuvent être généralisés et doivent donc être interprétés avec précaution.

6.1.2. Engagement occupationnel en contexte d'hospitalisation

6.1.2.1. L'occupation en tant que déterminant de la santé

Les propos employés par certains participants nous permettent de corroborer un postulat fondamental en ergothérapie, c'est-à-dire que l'occupation est un besoin de l'humain (Wilcock, 2006). En effet, ceux-ci rapportaient une certaine insatisfaction avec le fait d'avoir un éventail réduit d'activités dans le présent. Tel que souligné par Christiansen, Baum et Bass-Haugen (2005), certaines réponses des usagers nous laissent croire que leurs capacités personnelles, notamment un niveau important de fatigabilité, ont une influence négative sur leur participation à travers diverses occupations, comme la lecture. Pour d'autres, l'environnement hospitalier contribuait à limiter leur engagement dans des occupations, par exemple, l'écoute de la musique, puisqu'ils ne pouvaient avoir un radio. Ceci correspond à la croyance de Townsend et Polatajko (2013, chap.2) selon laquelle l'environnement peut limiter les opportunités de s'engager dans des occupations. Selon ces mêmes auteurs, l'environnement peut, en contrepartie, offrir de nouvelles opportunités occupationnelles. Dans la présente étude, l'emploi du guitariste au sein de l'hôpital agissait en tant qu'une opportunité de participer à l'occupation d'écouter de la musique par le biais des prestations musicales pour les usagers, visiteurs et membres du personnel, tel que soulevé dans les extraits de verbatim présentés plus haut.

Les résultats obtenus par cette étude correspondent également à ce qui est rapporté par de las Heras (2011) disant que les personnes n'ont pas besoin d'agir sur leur environnement pour participer à travers une occupation. Le vécu émotionnel décrit par les participants en lien avec l'écoute de la musique interprétée par le guitariste corroborait l'idée selon laquelle le fait de ressentir est à la base de la participation occupationnelle (las Heras, 2011). Ces derniers n'avaient pas besoin de jouer de la guitare ou de chanter pour vivre les bienfaits qu'apporte le fait d'être engagé dans une occupation, ce qui concorde aussi avec les affirmations de Townsend et Polatajko (2013).

6.1.2.2. Soins palliatifs

Plus particulièrement par rapport aux résultats issus des entrevues avec les personnes en soins palliatifs, l'analyse de contenu a permis de soulever des thèmes qui sont aussi présents dans la littérature scientifique sur les occupations de ces personnes. Plusieurs éléments liés à l'environnement social ont pu émerger, coïncidant avec l'idée de Jacques et Hasselkus (2004) selon laquelle l'occupation devient une expérience davantage collective à l'approche de la fin de vie. De façon similaire, l'importance d'entretenir des relations interpersonnelles est ressortie dans l'étude de Lala et Kinsella (2011). Ces derniers auteurs ont également pu faire ressortir le fait que les personnes en soins palliatifs recherchaient à s'engager dans des activités de distraction par rapport à leur fin de vie, c'est-à-dire des activités leur permettant de diminuer les pensées liés à la mort, ce qui peut avoir des ressemblances avec le thème d'éloigner les pensées négatives retiré de la présente étude. Dernièrement, le besoin d'effectuer un réarrangement des activités quotidiennes en fonction des capacités résiduelles sur le plan physique (Lala et Kinsella, 2011) correspond à ce qui a pu être soulevé par une des participantes dans cette recherche. Ainsi, celle-ci a soulevé avoir arrêté certaines activités, dont la lecture, puisqu'elle lui occasionnait beaucoup de fatigue. Toutefois, l'engagement dans l'écoute de la musique était une activité correspondant davantage à ses capacités physiques. Un réarrangement en fonction de ses capacités a donc été opéré dans ses activités quotidiennes.

6.2. Forces et limites de l'étude

Dans le cadre de cette étude, un souci particulier a été porté à la triangulation des données. À cet égard, deux méthodes de collecte des données ont été utilisées, c'est-à-dire, la passation d'entrevues auprès des participants et l'observation durant celles-ci et lors des prestations musicales. De plus, la chercheure principale s'est attardée aux différentes perspectives des personnes touchées de loin ou de près par cette pratique soit, celles des usagers, de leurs proches ainsi que d'un membre du personnel. Le fait que les résultats permettent de fournir une base de connaissances sur ce sujet inusité et peu documenté à ce jour dans la littérature est également considéré comme une force dans le cadre de ce projet d'intégration.

D'un autre côté, cette étude présente certaines limites. D'abord, il est important de souligner que le petit nombre de participants fait en sorte que les résultats ne peuvent être

généralisés à d'autres usagers, proches ou membres du personnel en contexte hospitalier. La saturation des données n'a pu être obtenue. L'unicité de l'approche employée par le musicien, du médium utilisé et du contexte particulier de l'Hôpital de Verdun sont des éléments considérables limitant d'autant plus la généralisation des résultats. Également, il appert pertinent de souligner que certaines réactions spontanées lors des prestations musicales de la part d'usagers, de visiteurs et de membres du personnel n'ont pu être compilées étant donné que ces personnes n'avaient pas donné leur consentement à participer à l'étude. Cela aurait pu contribuer à mieux saisir toute l'ampleur du phénomène. Ultimement, un biais est présent du côté des participants puisque ceux-ci présentaient d'emblée un intérêt pour assister à un concert personnalisé de la part du guitariste.

6.3. Conséquences pour la pratique en ergothérapie

Bien que la pratique des ergothérapeutes ne soit pas explicitement sollicitée dans le cadre de cette initiative mise en place à l'Hôpital de Verdun, des liens étroits entre elle et les fondements de cette profession ont pu être établis dans le cadre de ce projet. Ainsi, le souci des ergothérapeutes « d'avoir des environnements supportant les occupations » (Townsend & Polatajko, 2013, p. 31) en font des acteurs de choix dans l'ascension de pratiques telles que cette dernière en vue de promouvoir la santé des populations. Plus précisément en contexte d'hospitalisation, les ergothérapeutes ont le rôle d'encourager l'engagement dans des occupations signifiantes (Cheah et Presnell, 2011). En regard des bénéfices perçus par les participants dans le cadre de cette étude, il est possible de croire que l'intégration d'un guitariste au sein d'une structure hospitalière stimule la création d'opportunités occupationnelles uniques pour les usagers étant adaptées à ce contexte. Cette activité mise sur les capacités résiduelles des usagers et est de nature occupationnelle, même si ces derniers ne sont pas aussi activement engagés que s'ils jouaient d'un instrument ou chantaient. Elle s'avère ainsi idéale pour ces personnes. Cette étude offre donc une base de connaissances quant à ce genre de pratique pour les ergothérapeutes œuvrant en milieu hospitalier et voulant élargir l'éventail occupationnel des personnes hospitalisées. De plus, l'utilisation du MCREO dans un tel contexte s'est avérée pertinente et judicieuse.

7. CONCLUSION

Somme toute, ce projet a permis de mettre en lumière les perspectives d'usagers, de proches visiteurs ainsi que de membres du personnel de l'Hôpital de Verdun quant à l'intégration des services d'un guitariste dans ce milieu. Les retombées documentées dans cette étude ne se veulent pas exhaustives ni représentatives de l'avis de l'ensemble des personnes touchées par cette pratique. Toutefois, en vue d'améliorer les connaissances scientifiques quant à cette initiative prometteuse, plusieurs pistes de recherches futures peuvent être émises. À titre d'exemple, une étude du même type que celle-ci pourrait être mise en place, mais avec un échantillon supérieur étant représentatif de la population de l'Hôpital de Verdun. Ceci permettrait de vérifier si les thèmes qui ont émergés sont semblables pour les différentes clientèles du milieu hospitalier et de faciliter la généralisation des résultats. Aussi, il serait important de s'attarder davantage aux points de vue des membres du personnel, puisqu'ils sont aux premières loges dans le quotidien des usagers touchées par cette pratique dans l'hôpital. D'un regard ergothérapique, cette étude permet également d'ouvrir la porte à l'idée de promouvoir les opportunités occupationnelles en milieu hospitalier et ce, dans l'espoir que nos milieux de santé permettent aux populations vulnérables la chance de s'engager dans des occupations diverses, même lors d'une hospitalisation, un déterminant notable pour le maintien ou l'amélioration de leur santé. Plus concrètement, ceci pourrait s'actualiser dans pratique des ergothérapeutes œuvrant en contexte hospitalier par l'inclusion de cette composante occupationnelle dans leur rôle professionnel et ce, en collaboration avec certains partenaires du milieu dont les services de bénévolat, d'animation et de loisirs ainsi que les diverses fondations et unités de soins.

Cette initiation à la recherche a permis à l'étudiante de nourrir certaines compétences clés de la pratique en ergothérapie soient, celles d'expert en habilitation de l'occupation pour le développement d'une logique cohérente face à cette pratique, de communicateur par le biais de la rédaction de cet essai et lors des entrevues, de collaborateur auprès des différentes personnes ayant participé de loin ou de près à cette expérience, de praticien érudit puisque cette étude se base sur des données probantes et vise à alimenter les connaissances scientifiques actuelles et, finalement, d'agent de changement puisqu'il s'agit d'un sujet inusité (ACE, 2012). Les

embûches rencontrées au long de ce périple ont contribué au développement d'habiletés telles que la capacité d'adaptation, le sens de l'initiative, l'esprit critique et la créativité.

RÉFÉRENCES

- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2011). *Prise de position de l'ACE : L'ergothérapie et les soins de fin de vie.* Récupéré du site de l'auteur : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1284>.
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada.* Récupéré du site de l'auteur : <http://www.caot.ca//default.asp?pageid=36>.
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2014a). *Ergothérapie-définition* Récupéré du site de l'auteur : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1344>.
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2014b). *Les valeurs et les croyances de l'ergothérapie.* Récupéré du site de l'auteur : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=3619>.
- Association canadienne de soins palliatifs. (2013). *Modèle de soins palliatifs fondé sur les normes de pratiques et principes nationaux.* Ottawa, Ontario : Association canadienne de soins palliatifs.
- Association des art-thérapeutes du Québec. (n.d.) *À propos de l'art-thérapie.* Récupéré du site de l'auteur : <http://www.aatq.org/arttherapy>.
- Association québécoise de musicothérapie. (2013). AQM Musicothérapie. Dans *Ressources.* Récupéré le du site de l'auteur : <http://www.musicotherapieaqm.org/media/2013/AQM-2013.pdf>.
- Bradt, J., Dileo, C., Grocke, D., & Magill, L. (2011). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006911.pub2/abstract>.
- Cappeliez, P. (2009). Stratégies pour utiliser les réminiscences dans l'intervention auprès des personnes âgées dépressives. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 6, 8-13.
- Cheah, S., & Presnell, S. (2011). Older people's experiences of acute hospitalisation: An investigation of how occupations are affected. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(2), 120-128. doi: 10.1111/j.1440-1630.2010.00878.x
- Christiansen, C., Baum, C. M., & Bass-Haugen, J. (2005). *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being.* Thorofare, NJ: Slack.
- Coile, R. C., Jr. (2001). Competing by design: hospitals of the future offer healing environments. *Russ Coile's health trends*, 13(11).

- Cox, S. M., Lafrenière, D., Brett-MacLean, P., Collie, K., Cooley, N., Dunbrack, J., & Frager, G. (2010). Tipping the iceberg? The state of arts and health in Canada. *Arts & Health*, 2(2), 109-124. doi: 10.1080/17533015.2010.481291
- Culture pour tous. (n.d.) Art et santé. Dans *Médiation culturelle : le portail web de Culture pour tous sur la médiation culturelle*. Récupéré du site de l'auteur : <http://mediationculturelle.culturepourtous.ca/secteursdepratique/art-et-sante/>.
- De las Heras, C. G. (2011). Promotion of Occupational Participation: Integration of the Model of Human Occupation in Practice. *The Israeli Journal of Occupational Therapy*, 20 (3).
- Evans, D. (2002). The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 8-18. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02052.x
- Fondation de l'art pour la guérison. (n.d.) *Fondation de l'art pour la guérison*. Récupéré du site de l'auteur : <http://www.artforhealingfoundation.org/accueil.html>.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.
- Freeman, L., Caserta, M., Lund, D., Rossa, S., Dowdy, A., & Partenheimer, A. (2006). Music thanatology: prescriptive harp music as palliative care for the dying patient. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 23(2), 100-104.
- Ganzini, L., Rakoski, A., Cohn, S., & Mularski, R. A. (2013). Family members' views on the benefits of harp music vigils for terminally-ill or dying loved ones. *Palliat Support Care*, 1-4. doi: 10.1017/s1478951513000564
- Gouvernement du Québec. (2010). *Politique en soins palliatifs de fin de vie*. Récupéré de <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/mourir-dans-la-dignite/documents/politique-en-soins-palliatifs-de-fin-de-vie.pdf>.
- Gouvernement du Québec. (2012). *Agenda 21 de la culture du Québec*. Récupéré de <http://www.agenda21c.gouv.qc.ca/agenda21-de-la-culture-du-quebec/>.
- Jacques, N. D., & Hasselkus, B. R. (2004). The nature of occupation surrounding dying and death. *OTJR: Occupation, Participation & Health*, 24(2), 44-53.
- Lala, A.P. & Kinsella, E.A. (2011). A Phenomenological Inquiry into the Embodied Nature of Occupation at End of Life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(4). 246-254.

Laliberte Rudman, D., Cook, J. & Polatajko, H. (1997). The potentiel of occupation : A qualitative exploration of senior's perspectives. *American Journal of Occupational Therapy*, 51 (8). 640-650.

Lussier, P. (2012). *Concerts de chevet avec le guitariste Matthieu Léveillé*. Récupéré du site du Messager Verdun : <http://www.messagerverdun.com/Societe/Sante/2012-12-18/article-3143195/Concerts-de-chevet-avec-le-guitariste-Matthieu-Leveille/1>.

Martin, V. (2013). *La musique adoucit la fin de vie*. Récupéré du site de l'Université du Québec à Montréal : <http://www.uqam.ca/entrevues/entrevue.php?id=1287>.

Mazer, S., & Smith, D. (1993). Design technology: beyond silence--music as environmental design. *Journal of healthcare design : proceedings from the ... Symposium on Healthcare Design. Symposium on Healthcare Design*, 5.

Ministère de la Culture et des Communications. (2014). *Agenda 21 de la culture du Québec*. Récupéré de <http://www.agenda21c.gouv.qc.ca/agenda21-de-la-culture-du-quebec/>.

Ministère de la Culture et des Communications & Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). (2012). *Introduire l'art et la culture en milieu de soins et de services sociaux*. Récupéré de: http://www.agenda21c.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2013/04/ArtCulture-121207_web.pdf

Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine (MCC). 2011. *Recueils statistiques : Les pratiques culturelles au Québec en 2009 en région et dans les municipalités*. Récupéré du site de l'auteur : http://www.mcc.gouv.qc.ca/index.php?id=3355&tx_lesecrets_pi1%5Btheme%5D=4&tx_lesecrets_pi1%5Bposted%5D=1&tx_lesecrets_pi1%5Bcrit%5D=614&cHash=23f9cd315c4b0ccc3c73d1eec4372b7.

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2010). *Politique en soins palliatifs de fin de vie*. Récupéré du site de l'auteur : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-828-02.pdf>.

Mogos, M. F., Angard, N., Goldstein, L., & Beckstead, J. W. (2013). The effects of live therapeutic music on patient's affect and perceptions of care: A randomized field study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19(4), 188-192. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2013.07.003>

Music-thanatology Association International. (2008). *What is Music-Thanatology?* Récupéré du site de l'auteur : http://www.mtais.org/index.php/what_is.

Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). (1982, juillet-août). *Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles*. Communication présentée à la Conférence mondiale sur les politiques culturelles, Mexico City, Mexique. Récupéré de http://portal.unesco.org/culture/fr/files/12762/11295422481mexico_fr.pdf/mexico_fr.pdf.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2014). *Soins palliatifs*. Récupéré du site de l'auteur de : <http://www.who.int/cancer/palliative/fr/>.

Pailliez, C. (2014). *Un musicien joue dans les soins palliatifs*. Récupéré du site du Journal de Québec : <http://www.journaldequebec.com/2014/06/07/un-musicien-joue-dans-les-soins-palliatifs>.

Preti, C., & Welch, G. F. (2012). The incidental impact of music on hospital staff: An Italian case study. *Arts & Health*, 4(2), 135-147. doi: 10.1080/17533015.2012.665371.

Société pour les arts en milieux de santé. (n.d.) *La Société pour les arts en milieux de santé*. Récupéré du site de l'auteur : <http://www.samsante.org/fr/la-soci%C3%A9t%C3%A9-pour-les-arts-en-milieux-de-sant%C3%A9>.

Staricoff, R. L. (2006). Arts in health: the value of evaluation. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(3), 116-120.

Staricoff, R. L. (2004). *Arts in health: a review of the medical literature*. Londres, Angleterre : Arts Council England.

Stuckey, H. L., & Nobel, J. (2010). The Connection Between Art, Healing, and Public Health: A Review of Current Literature. *American Journal of Public Health*, 100(2), 254-263.

Townsend, E., Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation: Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Trentham, B. (2007). Récits de vie, occupations, participation sociale et vieillissement. *Actualités ergothérapeutiques*, 9(5), 23-26.

Yvon, A.-M. (2013). *Matthieu Léveillé, le musicien de l'Hôpital*. Récupéré du site de Radio Canada International : <http://www.rcinet.ca/fr/2013/12/31/matthieu-leveille-le-musicien-de-lhopital/>.

Van Mechelen, W., Aertgeerts, B., De Ceulaer, K., Thoonsen, B., Vermandere, M., Warmenhoven, F., . . . De Lepeleire, J. (2013). Defining the palliative care patient: a systematic review. *Palliative Medicine*, 27(3), 197-208. doi: 10.1177/0269216311435268

Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective of health*. Thorofare, NJ: SLACK.

ANNEXE A
LETTRE D'AUTORISATION POUR L'UTILISATION DU MODÈLE



Canadian Association of Occupational Therapists
Association canadienne des ergothérapeutes

CAOT Publications ACE

Demande d'autorisation d'utiliser du matériel protégé par
le droit d'auteur

6 août 2014

Frédérique Lemaire
4185, rue Laurent-Létourneau
Trois-Rivières, QC
G8Y 5W4

Madame,

Selon votre requête, vous souhaitez obtenir l'autorisation de reproduire le diagramme du MCRO-P afin de l'utiliser dans le cadre de votre essai intitulé « Prestations musicales dans l'environnement hospitalier : une perspective ergothérapique » à l'Université de Trois-Rivières.

Figure 1.3 A – Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P), dans Polatajko H., Townsend E., Craik J.(2007). Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation. Ottawa, On, CAOT Publication ACE, p. 23.

L'autorisation d'utiliser la figure citée ci-dessus vous est accordée pour une seule fois, à la condition que la source soit citée. Veuillez vous assurer que la référence complète de la source accompagne la figure, pour indiquer que l'utilisation de la figure a été autorisée par CAOT Publications ACE. Vous avez également l'autorisation de publier votre thèse sur le site web de l'Université, à la condition qu'il s'agisse d'un site web protégé par un mot de passe. Cette autorisation ne comprend pas de droit d'utilisation pour tout autre usage que ce qui est précisé plus haut, comme de futures éditions ou tout autre publication électronique.

Merci.

Cordialement,

Stéphanie Rochon
Administratrice aux publications de l'ACE

ANNEXE B
GRILLE D'OBSERVATIONS SELON LE MCREO

Participant :	
E n v i r o n n e m e n t	Personnes présentes (guitariste, proches et visiteurs, membres du personnel, autres patients, autres) et position relativement à la personne
	Environnement physique (lieu de prestation, bruits, va et vient, porte ouverte ou fermée, luminosité, autres)
	Interactions (teneur, avec qui, durée)
	Réactions des personnes présentes (affect, commentaires, expression non verbale)
P e r s o n n e	Qui fait le choix des chansons?
	Expression non-verbale et/ou verbale
O c c u p a t i o n	Durée de la prestation
	Titres des chansons et/ou type de musique (classique, populaire, autres)

ANNEXE C

SCHÉMA D'ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE

Les questions ne seront pas nécessairement toutes posées et ce, afin de respecter la durée prévue de l'entrevue, qui est de 10 à 15 minutes.

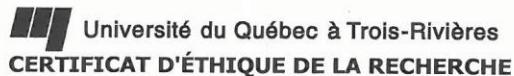
1. Comment avez-vous trouvé l'expérience de cette prestation musicale dans l'environnement hospitalier?
2. Qu'est-ce que cette activité vous apporte ou vous a apporté personnellement (plan émotionnel, cognitif, physique, environnemental)?
3. Que croyez-vous que cette activité peut apporter dans l'environnement hospitalier en général aux personnes qui y sont exposées?
4. Quelle place la musique a-t-elle occupée dans votre passé (écoute de musique, jouer d'un instrument, préférences musicales)? Vous êtes-vous toujours engagé dans des activités musicales?
5. Quelle place la musique occupe-t-elle dans votre présent (écoute de musique, jouer d'un instrument, préférences musicales)? Les activités musicales occupent-elles une place significative dans votre vie?
6. Auriez-vous des suggestions d'améliorations possibles afin d'optimiser l'expérience de telles prestations musicales?
7. Avez-vous des commentaires à faire en lien avec votre expérience, l'activité ou l'entrevue?

Questions s'adressant exclusivement aux patients

8. Comment passez-vous vos journées ici?
9. Quelles sont les activités que vous préférez dans vos journées à l'Hôpital? Celles qui vous font le plus de bien?

10. Comment la présence de cette musique vous influence-t-elle ou influence-t-elle vos activités quotidiennes à l'Hôpital?
11. Est-ce que cette activité influence l'ensemble de votre journée?
12. Est-ce que cela vous aide dans vos activités plus difficiles? Si oui, de quelle façon?

ANNEXE D
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQTR



RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : Performance musicale dans l'environnement hospitalier auprès de la clientèle en soins palliatifs : une perspective ergothérapique

Chercheurs : Frédérique Lemaire
Département d'ergothérapie

Organismes : Aucun financement

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 31 janvier 2014

Date de fin : 31 janvier 2015

COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat de la recherche et de la création ou un substitut suggéré par le doyen de la recherche et de la création.

SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.

Hélène-Marie Thérien

Présidente du comité

Marie-Eve St-Germain

Secrétaire du comité

Date d'émission : 31 janvier 2014

N° du certificat : CER-14-198-07.06
DECRR

ANNEXE E
**APPROBATION D'ÉTHIQUE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DU
SUD-OUEST DE VERDUN**

Centre de santé et de services sociaux
du Sud-Ouest-Verdun



- Centre administratif
6165, rue Laurier
Montréal (Québec) H1E 3X6
Tél.: 514 762-2777
- Hôpital de Verdun
4000, boulevard LaSalle
Verdun (Québec) H1G 2A3
Tél.: 514 762-1000
- CLSC de Saint-Henri
3833, rue Notre-Dame Ouest
Montréal (Québec) H1C 1P8
Tél.: 514 833-7541
- CLSC de Verdun
406, rue de l'Église
Verdun (Québec) H1G 2M4
Tél.: 514 766-0548
- CLSC de Ville-Émard—
Côte-Saint-Paul
6161, rue Laurentide
Montréal (Québec) H1E 3X8
Tél.: 514 766-0548
- Centre d'hébergement
Chêneau
1335, rue Chêneau
Verdun (Québec) H1B 2N6
Tél.: 514 766-4513
- Centre d'hébergement
de Saint-Henri
5205, rue Notre-Dame Ouest
Montréal (Québec) H1C 3L2
Tél.: 514 831-0451
- Centre d'hébergement
des Seigneurs
1800, rue Saint-Louis-est Ouest
Montréal (Québec) H1J 2B5
Tél.: 514 835-4681
- Centre d'hébergement
du Marais-de-Verdun
5500, boulevard LaSalle
Verdun (Québec) H1G 1T9
Tél.: 514 769-4801
- Centre d'hébergement
Leoti-Mill
2120, rue Augustin-Colin
Montréal (Québec) H1K 3G3
Tél.: 514 831-3263
- Centre d'hébergement
Réal-Morin
3500, rue Wellington
Verdun (Québec) H1G 1T8
Tél.: 514 761-5874
- Centre d'hébergement
Yves-Bronet
6250, avenue Normand
Montréal (Québec) H4E 4G4
Tél.: 514 763-8600

Le 26 juin 2014

Madame Frédérique Lemaire
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

Objet : Approbation finale par le CER du Sud-ouest de Verdun.
Projet d'étude intitulé : Performance musicale dans l'environnement hospitalier auprès de la clientèle en soins palliatifs : une perspective ergothérapique.
Chercheur principal : Madame Frédérique Lemaire
Superviseure : Madame Ginette Aubin, professeur en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Madame,

Il me fait plaisir de vous informer que le comité d'éthique de la recherche du CER du Sud-ouest de Verdun a approuvé le 22 mai 2014 en comité plénier et après l'examen des documents présentés et des modifications satisfaisantes et précises apportées à ces derniers, l'approbation finale du projet d'étude mentionné plus haut.

La décision a été rendue alors que le quorum était atteint. De plus nous vous soulignons qu'aucune personne n'était en conflit d'intérêt.

Veuillez agréer, Madame Lemaire, l'expression de notre considération distinguée.

Présidente du Comité d'Éthique de la Recherche CSSS-SOV



ANNEXE F

LETTER D'ENDOSSEMENT DE LA DÉCISION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DU SUD-OUEST DE VERDUN PAR LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

Centre de santé et de services sociaux
du Sud-Ouest-Verdun

ENVOYÉ PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Montréal, le 2 juillet 2014

- Centre administratif
6161, rue Laurendeau
Montréal (Québec) H4E 3X6
Tél. : 514 762-2777
- Hôpital du Verdun
4000, boulevard LaSalle
Verdun (Québec) H4G 2A3
Tél. : 514 362-1000
- CLSC de Saint-Henri
3833, rue Notre-Dame Ouest
Montréal (Québec) H1C 1P8
Tél. : 514 933-7541
- CLSC de Verdun
400, rue de l'Église
Verdun (Québec) H4G 2M4
Tél. : 514 766-0546
- CLSC de Ville-Émard—
Côte-Saint-Paul
6161, rue Laurendeau
Montréal (Québec) H4E 3X6
Tél. : 514 766-0546
- Centre d'hébergement
Champlain
1325, rue Crawford
Verdun (Québec) H4H 2N6
Tél. : 514 766-8513
- Centre d'hébergement
de Saint-Henri
5205, rue Notre-Dame Ouest
Montréal (Québec) H4C 3L2
Tél. : 514 931-0851
- Centre d'hébergement
des Seigneurs
1800, rue Saint-Jacques Ouest
Montréal (Québec) H3J 2R5
Tél. : 514 935-4681
- Centre d'hébergement
du Manoir-de-Verdun
5500, boulevard LaSalle
Verdun (Québec) H4H 1N9
Tél. : 514 769-8801
- Centre d'hébergement
Louis-Riel
2120, rue Augustin-Cantin
Montréal (Québec) H3K 3G3
Tél. : 514 931-2263
- Centre d'hébergement
Réal-Morel
3500, rue Wellington
Verdun (Québec) H4G 1T3
Tél. : 514 761-5874
- Centre d'hébergement
Yvan-Brunet
6250, avenue Newman
Montréal (Québec) H4E 4K4
Tél. : 514 765-8000

Madame Frédérique Lemaire
Étudiante à la maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec
Trois-Rivières

OBJET : N/D : CSSS-1415-099
Projet : Performance musicale dans l'environnement hospitalier auprès de la clientèle en soins palliatifs : une perspective ergothérapique
Chercheur principal : Madame Frédérique Lemaire
Superviseure : Madame Ginette Aubin, professeur en ergothérapie

Madame Lemaire,

La présente est pour vous informer que notre établissement endosse la décision de notre comité d'éthique de la recherche du CSSS du Sud-Ouest—Verdun lors de sa rencontre plénière du 26 juin 2014.

Nous sommes heureux de vous informer que vous pouvez débuter le projet de recherche tel que mentionné dans la lettre de la présidente du comité d'éthique de la recherche, madame Michelle Charest, en date du 26 juin 2014.

Je vous prie de recevoir, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La directrice générale,



Sonia Bélanger

p. j.



Membre du
Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Un message rendu par le CSSS

APPLIES
Université de Montréal

Certifié
BOMA
Québec

ANNEXE G
LETTER D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX
USAGERS

Centre de santé et de services sociaux
du Sud-Ouest–Verdun



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX USAGERS

Titre de l'étude : Performance musicale dans l'environnement hospitalier auprès de la clientèle en soins palliatifs : une perspective ergothérapique

Nom du chercheur : Frédérique Lemaire, étudiante à la maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières (frederique.lemaire@uqtr.ca)

Supervisée par Ginette Aubin, professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières(ginette.aubin@uqtr.ca) Tél. : 1-800-365-0922 poste 3744

Nom du commanditaire : Université du Québec à Trois-Rivières

Le formulaire de consentement qui vous a été remis n'est qu'un élément de la méthode de prise de décision éclairée qui a pour but de vous donner une idée générale de la nature de la recherche et de ce qu'entraîne votre participation.

N'hésitez jamais à demander plus de détails ou de renseignements. Veuillez prendre le temps de lire soigneusement ce qui suit et de bien comprendre toutes les informations.

1. Nature et objectif de l'étude

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les effets d'une prestation musicale dans un milieu hospitalier sur les personnes hospitalisées en soins palliatifs, leurs proches ou visiteurs

ainsi que les membres du personnel, serait grandement appréciée. L'objectif de ce projet de recherche est de documenter la façon dont la musique dans l'environnement hospitalier influence le quotidien des différentes personnes exposées. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision. Environ cinq à sept usagers seront recrutés au Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest– Verdun, ainsi que deux visiteurs (minimalement un) et deux membres du personnel.

2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Votre participation à ce projet de recherche consiste en deux étapes. D'abord, il s'agit d'être un spectateur d'une prestation musicale par le guitariste M. Matthieu Léveillé. Cette session musicale aura lieu dans l'endroit qui vous accommodera le mieux, par exemple à votre chevet, avec votre accord et selon vos préférences. Lors de cette prestation, l'étudiante responsable de la recherche sera présente et prendra des notes afin de recueillir le plus d'informations possibles sur le déroulement de cette séance. Par la suite, la participation à une brève entrevue sur votre expérience et votre perception de cette activité d'une durée de 10 à 15 minutes avec l'étudiante responsable de la recherche vous sera demandée. Cette rencontre sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone et des notes seront prises dans le but de conserver toutes les informations obtenues. L'enregistrement ainsi que les données obtenues ne seront accessibles qu'à la responsable de la recherche ainsi qu'à sa superviseure.

3. Risques, effets secondaires et désagréments

Cette activité pourrait entraîner de la fatigue en lien avec l'énergie requise pour l'écoute de musique et l'entrevue. Afin de pallier en partie à cet inconvénient, les entrevues seront brèves. Également, il se pourrait qu'une charge émotive soit associée à certaines réponses aux questions. Des intervenants en soins palliatifs seront disponibles en cas de besoin pour vous accompagner. Ultimement, un inconvénient minime lié à la participation à cette recherche est le temps nécessaire à consacrer pour la collecte des données, soit 10 à 15 minutes pour la passation de l'entrevue.

4. Bénéfices potentiels ou escomptés

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de la prestation musicale en milieu hospitalier dans un contexte de soins palliatifs dans une perspective ergothérapique est le seul bénéfice direct prévu à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

5. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi, et vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun ainsi que par des représentants de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Tous ces organismes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Certaines informations (nom, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, numéro de l'étude, durée de participation à l'étude) devront être transmises au Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest– Verdun aux seules fins de la constitution d'un répertoire servant à assurer la protection des sujets de recherche et à permettre au Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun d'assumer ses responsabilités au chapitre de la gestion et de la vérification, ce qui exclut toute utilisation à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche. Les renseignements fournis pour ce répertoire seront détruits au plus tard 12 mois suivant la fin du projet.

6. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un(e) de ses assistant(e)s. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite ou sur vos relations avec votre médecin et les autres intervenants.

7. Informations nouvelles

Tout au long de la recherche, vous disposerez d'informations nouvelles et à jour par le biais de la responsable principale de la recherche ainsi que ses collaborateurs.

8. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps Frédérique Lemaire par courriel au frederique.lemaire@uqtr.ca ou Ginette Aubin au no. 1-800-365-0922 #3744 (du lundi au vendredi, entre 8h30 et 17h) ou à l'adresse courriel : ginette.aubin@uqtr.ca.

Si vous voulez poser des questions sur vos droits en tant que participant à cette étude, vous pouvez contacter le président ou la présidente du Comité scientifique et d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun.

Si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, Madame Élisabeth Pusztaï au 514-765-7331.

Centre de santé et de services sociaux
du Sud-Ouest–Verdun

CONSENTEMENT AUX USAGERS

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer.

Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs, commanditaires ou établissements de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles.

Vous êtes libres de vous retirer en tout temps de l'étude sans compromettre la prestation des soins nécessaires à votre état de santé.

Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale, vous devez connaître tous les tenants et les aboutissants au cours du déroulement de la recherche.

La nature de l'étude, les procédés qui seront utilisés, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses satisfaisantes.

Je reconnaiss qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude.

Je reconnaiss avoir reçu une copie de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom du participant

Signature

Date

Nom du chercheur

Signature

Date

Nom du témoin

Signature

Date

ANNEXE H
**LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX
PROCHES**

Centre de santé et de services sociaux
du Sud-Ouest–Verdun



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX PROCHES

Titre de l'étude : Performance musicale dans l'environnement hospitalier auprès de la clientèle en soins palliatifs : une perspective ergothérapique

Nom du chercheur : Frédérique Lemaire, étudiante à la maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières (frederique.lemaire@uqtr.ca)

Supervisée par Ginette Aubin, professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières(ginette.aubin@uqtr.ca) Tél. : 1-800-365-0922 poste 3744

Nom du commanditaire : Université du Québec à Trois-Rivières

Le formulaire de consentement qui vous a été remis n'est qu'un élément de la méthode de prise de décision éclairée qui a pour but de vous donner une idée générale de la nature de la recherche et de ce qu'entraîne votre participation.

N'hésitez jamais à demander plus de détails ou de renseignements. Veuillez prendre le temps de lire soigneusement ce qui suit et de bien comprendre toutes les informations.

6. Nature et objectif de l'étude

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les effets d'une prestation musicale dans un milieu hospitalier sur les personnes hospitalisées en soins palliatifs, leurs proches ou visiteurs

ainsi que les membres du personnel, serait grandement appréciée. L'objectif de ce projet de recherche est de documenter la façon dont la musique dans l'environnement hospitalier influence le quotidien des différentes personnes exposées. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision. Environ cinq à sept usagers seront recrutés au Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest– Verdun, ainsi que deux visiteurs (minimalelement un) et deux membres du personnel.

7. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Votre participation à ce projet de recherche consiste en deux étapes. D'abord, il s'agit d'être un spectateur d'une prestation musicale par le guitariste M. Matthieu Léveillé. Cette session musicale aura lieu à l'endroit identifié par la personne hospitalisée en soins palliatifs selon ses préférences, par exemple, au chevet de celle-ci. Lors de cette prestation, l'étudiante responsable de la recherche sera présente et prendra des notes afin de recueillir le plus d'informations possibles sur le déroulement de cette séance. Par la suite, votre participation à une brève entrevue sur votre expérience et votre perception de cette activité d'une durée de 10 à 15 minutes avec l'étudiante responsable de la recherche vous sera demandée. Cette rencontre sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone et des notes seront prises dans le but de conserver toutes les informations obtenues. L'enregistrement ainsi que les données obtenues ne seront accessibles qu'à la responsable de la recherche ainsi qu'à sa superviseure.

8. Risques, effets secondaires et désagréments

Il se pourrait qu'une charge émotive soit associée à certaines réponses aux questions. Des intervenants en soins palliatifs seront disponibles en cas de besoin pour vous accompagner. Ultimement, un inconvénient minime lié à la participation à cette recherche est le temps nécessaire à consacrer pour la collecte des données, soit 10 à 15 minutes pour la passation de l'entrevue.

9. Bénéfices potentiels ou escomptés

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de la prestation musicale en milieu hospitalier dans un contexte de soins palliatifs dans une perspective ergothérapique est le seul bénéfice direct prévu à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

10. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi, et vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun ainsi que par des représentants de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Tous ces organismes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Certaines informations (nom, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, numéro de l'étude, durée de participation à l'étude) devront être transmises au Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest– Verdun aux seules fins de la constitution d'un répertoire servant à assurer la protection des sujets de recherche et à permettre au Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun d'assumer ses responsabilités au chapitre de la gestion et de la vérification, ce qui exclut toute utilisation à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche. Les renseignements fournis pour ce répertoire seront détruits au plus tard 12 mois suivant la fin du projet.

6. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un(e) de ses assistant(e)s. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

7. Informations nouvelles

Tout au long de la recherche, vous disposerez d'informations nouvelles et à jour par le biais de la responsable principale de la recherche ainsi que ses collaborateurs.

8. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps Frédérique Lemaire par courriel au frederique.lemaire@uqtr.ca ou Ginette Aubin au no. 1-800-365-0922 #3744 (du lundi au vendredi, entre 8h30 et 17h) ou à l'adresse courriel : ginette.aubin@uqtr.ca.

Si vous voulez poser des questions sur vos droits en tant que participant à cette étude, vous pouvez contacter le président ou la présidente du Comité scientifique et d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun.

Si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun, Madame Élisabeth Pusztai au 514-765-7331.

CONSENTEMENT AUX PROCHES

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer.

Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs, commanditaires ou établissements de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles.

Vous êtes libres de vous retirer en tout temps de l'étude sans compromettre la prestation des soins nécessaires à votre état de santé.

Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale, vous devez connaître tous les tenants et les aboutissants au cours du déroulement de la recherche.

La nature de l'étude, les procédés qui seront utilisés, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses satisfaisantes.

Je reconnaiss qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude.

Je reconnaiss avoir reçu une copie de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom du participant

Signature

Date

Nom du chercheur

Signature

Date

Nom du témoin

Signature

Date

ANNEXE I
LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX
MEMBRES DU PERSONNEL

Centre de santé et de services sociaux
du Sud-Ouest–Verdun



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX MEMBRES DU PERSONNEL

Titre de l'étude : Performance musicale dans l'environnement hospitalier auprès de la clientèle en soins palliatifs : une perspective ergothérapique

Nom du chercheur : Frédérique Lemaire, étudiante à la maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières (frederique.lemaire@uqtr.ca)

Supervisée par Ginette Aubin, professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières(ginette.aubin@uqtr.ca) Tél. : 1-800-365-0922 poste 3744

Nom du commanditaire : Université du Québec à Trois-Rivières

Le formulaire de consentement qui vous a été remis n'est qu'un élément de la méthode de prise de décision éclairée qui a pour but de vous donner une idée générale de la nature de la recherche et de ce qu'entraîne votre participation.

N'hésitez jamais à demander plus de détails ou de renseignements. Veuillez prendre le temps de lire soigneusement ce qui suit et de bien comprendre toutes les informations.

11. Nature et objectif de l'étude

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les effets d'une prestation musicale dans un milieu hospitalier sur les personnes hospitalisées en soins palliatifs, leurs proches ou visiteurs

ainsi que les membres du personnel, serait grandement appréciée. L'objectif de ce projet de recherche est de documenter la façon dont la musique dans l'environnement hospitalier influence le quotidien des différentes personnes exposées. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision. Environ cinq à sept usagers seront recrutés au Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest– Verdun, ainsi que deux visiteurs (minimalelement un) et deux membres du personnel.

12. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Votre participation à ce projet de recherche consiste en deux étapes. D'abord, il s'agit d'avoir déjà assisté à une prestation musicale par le guitariste M. Matthieu Léveillé dans un contexte de soins palliatifs. Par la suite, votre participation à une brève entrevue sur votre expérience et votre perception de cette activité d'une durée de 10 à 15 minutes avec l'étudiante responsable de la recherche vous sera demandée. Cette rencontre sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone et des notes seront prises dans le but de conserver toutes les informations obtenues. L'enregistrement ainsi que les données obtenues ne seront accessibles qu'à la responsable de la recherche ainsi qu'à sa superviseure.

13. Risques, effets secondaires et désagréments

Un inconvénient minime lié à la participation à cette recherche est le temps nécessaire à consacrer pour la collecte des données, soit 10 à 15 minutes pour la passation de l'entrevue.

14. Bénéfices potentiels ou escomptés

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de la prestation musicale en milieu hospitalier dans un contexte de soins palliatifs dans une perspective ergothérapique est le seul bénéfice direct prévu à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

15. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi, et vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun ainsi que par des représentants de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Tous ces organismes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Certaines informations (nom, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, numéro de l'étude, durée de participation à l'étude) devront être transmises au Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest– Verdun aux seules fins de la constitution d'un répertoire servant à assurer la protection des sujets de recherche et à permettre au Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun d'assumer ses responsabilités au chapitre de la gestion et de la vérification, ce qui exclut toute utilisation à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche. Les renseignements fournis pour ce répertoire seront détruits au plus tard 12 mois suivant la fin du projet.

6. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un^e de ses assistant^es. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite ou sur vos relations avec votre médecin et les autres intervenants.

7. Informations nouvelles

Tout au long de la recherche, vous disposerez d'informations nouvelles et à jour par le biais de la responsable principale de la recherche ainsi que ses collaborateurs.

8. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps Frédérique Lemaire par courriel au frederique.lemaire@uqtr.ca ou Ginette Aubin au no. 1-800-365-0922 #3744 (du lundi au vendredi, entre 8h30 et 17h) ou à l'adresse courriel : ginette.aubin@uqtr.ca.

Si vous voulez poser des questions sur vos droits en tant que participant à cette étude, vous pouvez contacter le président ou la présidente du Comité scientifique et d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun.

Si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun, Madame Élisabeth Pusztaï au 514-765-7331.

Centre de santé et de services sociaux
du Sud-Ouest–Verdun

CONSENTEMENT AUX MEMBRES DU PERSONNEL

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer.

Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs, commanditaires ou établissements de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles.

Vous êtes libres de vous retirer en tout temps de l'étude sans compromettre la prestation des soins nécessaires à votre état de santé.

Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale, vous devez connaître tous les tenants et les aboutissants au cours du déroulement de la recherche.

La nature de l'étude, les procédés qui seront utilisés, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses satisfaisantes.

Je reconnaiss qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude.

Je reconnaiss avoir reçu une copie de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom du participant

Signature

Date

Nom du chercheur

Signature

Date

Nom du témoin

Signature

Date