



Présentation d'une approche multi-sensorielle en milieu géronologique : Le Snoezelen.

Présenté par Florence AMAT

*Diplôme universitaire de psychogérontologie
Clinique et pathologique*

Première année

Université Victor Segalen, Bordeaux2

Novembre 2009

SOMMAIRE

Introduction	1
I. Les thérapies multi-sensorielles	2
A. Définition.....	2
B. Intérêt de la stimulation sensorielle chez les personnes âgées	3
II. Les sens chez la population âgée.....	5
A. Définition.....	4
i. Sens.....	4
ii. Sensations	5
iii. La stimulation	6
B. Lien entre les sens et les émotions	6
i. Physiologie de la sensorialité extéroceptive.....	6
ii. Approche philosophique et psychanalytique de la sensorialité.....	7
iii. En conclusion : quand le physique et le psychique ne font qu'un.....	8
C. La perception sensorielle chez la personne âgée	8
i. Le vieillissement sensoriel	8
ii. Un corps vieux peu investi : problématique de l'image de soi chez la personne âgée	9
iii. Sensorialité, mémoire émotionnelle et pathologie démentielle.....	10
III. Le concept snoezelen	11
A. Définition.....	11
i. Le concept snoezelen.....	11
ii. Historique	12
iii. Description d'un espace snoezelen (cf annexe 1).....	13
B. Les intérêts et avantages du snoezelen	13
i. Effets sur les conditions physiques et psychologiques.....	14
ii. Liens avec l'entourage soignant	15
C. Difficultés rencontrées et inconvénients de cette prise en soin	16
i. Aprioris envers la méthode snoezelen.....	16
ii. Problématique méthodologique sur les études effectuées	16
iii. Problématique institutionnelle ou ce qui peut freiner la mise en place de cette méthode	17
D. Perspective de travail et synthèse	18
Conclusion.....	19
Bibliographie	
Annexes	

INTRODUCTION :

Face au vieillissement de la population, le milieu de la gérontologie se trouve confronté à de nombreuses difficultés notamment dans la prise en soin des personnes atteintes de troubles psychopathologiques et neuropsychologiques.

Nos maisons de retraites sont de plus en plus habitees par des personnes ayant des déficits à un stade avancé pouvant mettre en échec les prises en soin proposées.

Les maladies neuro-dégénératives telle la démence de type Alzheimer relèvent d'un réel enjeu de santé publique. Ces pathologies ont un impact sur la qualité de vie des personnes atteintes mais également sur l'entourage familial et professionnel. Ces derniers, souvent démunis, sont victimes d'épuisement et d'incompréhension.

De plus en plus de méthodes d'intervention se développent. Sujet d'actualité et de préoccupations, beaucoup de recherches se sont penchées sur la question. Il s'est alors développé de nombreux outils pour faciliter, ou tout au moins optimiser, le travail auprès de cette population. De multiples approches psychosociales ont vu le jour (la validation, l'art-thérapie, réminiscence, la thérapie multi-sensorielle...). Il est souvent complexe de saisir chacune d'entre elle et il s'agit là de faire un choix pour garantir au mieux la qualité de vie de la personne et répondre à ses attentes souvent non exprimées directement. De ce fait, des études ont tenté de vérifier et/ou de comparer l'efficacité de ces méthodes. L'A.N.A.E.S (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2003) a effectué une méta-analyse des différentes prises en charge non médicamenteuses actuellement utilisées pour la maladie d'Alzheimer. La revue de littérature a montré qu'aucune des approches actuellement utilisées n'a réellement fait la preuve d'une efficacité scientifique. Pourtant il existe de multiples modalités de traitements disponibles recommandées par des experts qui soulignent le caractère multidisciplinaire de la prise en soin de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. L' tude E.T.N.A 3 (Dartigues, J.F., 2008) travaille sur l'Evaluation des Thérapeutiques Non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer.

Ce présent dossier a pour but de mettre en avant une de ces méthodes non médicamenteuses utilisées en psychogérontologie. Nous allons nous intéresser à une thérapie multi-sensorielle : le snoezelen.

Après avoir expliqué ce en quoi consiste la thérapie multi-sensorielle, nous allons dans un second temps développer la question des sens chez la personne âgée, puis nous aborderons le concept Snoezelen notamment en traitant les difficultés rencontrées et les points forts de cette méthode. Enfin, nous conclurons.

I. Les thérapies multi-sensorielles :

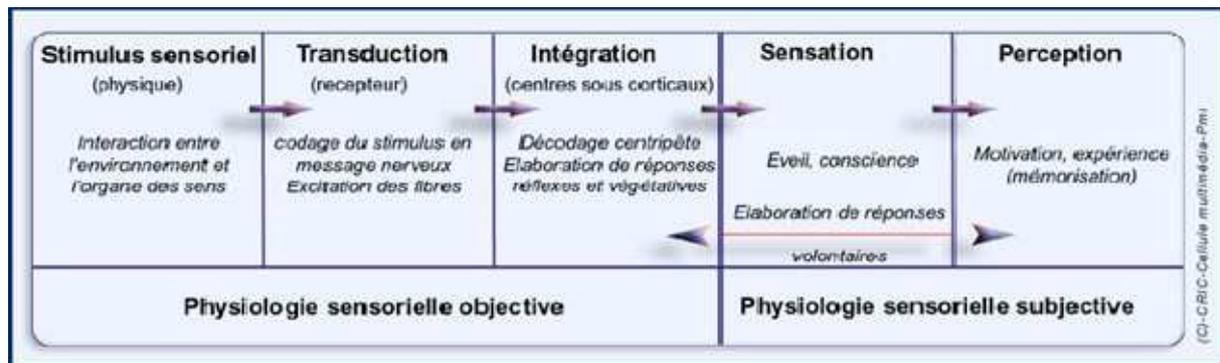
A. Définition :

Les thérapies multi-sensorielles se basent sur la stimulation sensorielle. Elles existent depuis très longtemps. Les agents qui stimulent les sens ont été utilisés dans de nombreuses civilisations. Les égyptiens utilisaient des substances aromatiques et on pense qu'ils ont initié l'utilisation thérapeutique de l'aromathérapie. Bunt (1995) écrit que le pouvoir de la musique, d'apaiser les maladies et les souffrances, a été reconnu depuis des siècles. Le toucher et le massage ont été utilisés dans plusieurs cultures comme « les celtes, les gothiques, les égyptiens, les romains, les grecques et l'orient, ceci depuis cinq millénaires » (cité par Burns et al, 2001). La thérapie multi-sensorielle s'occupe de restaurer la communication avec la personne, de lui trouver un moyen d'expression à travers nos cinq sens en stimulant la vue, l'ouïe, le goût, le toucher et l'odorat de manière intégrative ou pas.

Le but de cette méthode est de maintenir ou d'augmenter le contact avec la population atteinte de déficiences et augmenter leur bien être par la stimulation positive de leur cinq sens. (Verkaik et al, 2005).

On rattache ces thérapies à la théorie de l'intégration sensorielle qui repose sur trois postulats : (1) L'apprentissage est dépendant des capacités à prendre l'information sensorielle, la transformer, l'intégrer et l'organiser. (2) Un déficit dans le processus et l'information sensoriels concourt à résulter à un déficit de planification et de production des comportements. (3) Les capacités du système nerveux transforment et intègrent l'information sensorielle pouvant être accroit par des expériences sensorielles diverses (Botts et al, 2008). Les sens sont l'essence même de la construction de l'information et donc de sa restitution qu'elles soient intellectuelles ou comportementales. « Il est nécessaire d'encourager la transformation de l'intégration sensorielle comme un pré-requis pour le développement des hauts processus cognitifs. A travers la plasticité, le cerveau est capable de réorganisations neuronales sur la base de nouvelles expériences » (Botts et al, 2008).

Le schéma ci – dessous, issue du cours de Mr Puiol (2005) à la faculté de médecine de Montpellier, illustre nos propos.



B. Intérêt de la stimulation sensorielle chez les personnes âgées :

Dans les institutions gériatriques, nous retrouvons une diversité de pathologies ayant des étiologies diverses et, de surcroît, des prises en soin devant y être adaptées.

De plus en plus de personnes âgées (avec une démence ou sans) développent des symptômes psychiatriques ou des perturbations comportementales comme l'agitation, l'agressivité, la dépression, les hallucinations, les problèmes de sommeil, des illusions ou encore de la déambulation. Nous pouvons les citer collectivement par les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD).

Ils effraient les patients, leur soignant et leur entourage, constitue alors un problème de gestion pour les professionnels en gérontologie.

La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées sont des pathologies de la communication et de la relation. Ce sont souvent ces personnes âgées, qui au-delà du traitement pharmacologique, demande une attention toute autre et dont les approches non médicamenteuses dans la gestion comportementale sont recommandées en première ligne (Burns et al, 2002).

Bouisson, J. nous explique que la personne âgée est souvent victime d'un bouleversement du milieu de vie antérieur, consécutif à des causes internes et externes, qui constituerait le facteur déclenchant du syndrome de vulnérabilité.

Il précise que « (...) la principale conséquence en est toujours une réduction importante des stimuli sensoriels et/ou affectifs et, par la suite, un appauvrissement sévère (ou une privation) des échanges avec le milieu d'origine. » (2008, p. 19). Il ajoute à cela que suite aux « privations sensorielles, solitude et manque de l'affection des siens (...), la situation devient plus extrême, c'est la principale cause du syndrome de vulnérabilité, soit la désafférentation. »

(2008, p. 41). Ceci nous amène à mettre en évidence l'importance de ne pas enfermer la personne âgée dans les stéréotypes sociaux de pertes, laissant ces personnes à leur propre destin.

Comme nous l'avons souligné précédemment, c'est à l'aide de nos sens que nous captions des milliers de stimuli qui déclenchent en nous toutes sortes de réactions, à la fois émotionnelle et corporelle. Malheureusement, nous n'accordons que peu d'importance à nos sens. Pourtant, ils sont le siège de beaucoup de souvenirs.

L'intérêt de la stimulation sensorielle auprès de la personne âgée est multiple. Premièrement, il serait de redonner au corps de la personne âgée sa place. Il serait également le maintien des capacités restantes des sens, outils indispensables de la communication. Il serait également un vecteur de souvenirs, puisque nos sens ont une mémoire. Jadis, nous avons appris à correspondre avec le monde au travers de nos impressions et sensations. Tout cela permet à la personne de reprendre confiance mais aussi de redevenir actrice dans son environnement. Le travail de stimulation sensorielle peut aussi être lié à la mémoire puisque plus les perceptions sensorielles sont mises à contributions, plus il y a de chance de faire émerger des souvenirs. D'ailleurs, nous pouvons entendre parler de mémoire propre à chacun dans les apprentissages : mémoire auditive, cinesthésique ou encore la mémoire visuelle. Ces mémoires vont faciliter l'ancrage mnésique et le traitement de l'information.

« Les principaux objectifs visés par les approches multi-sensorielles et émotionnelles sont de restaurer la communication et obtenir des modifications positives sur les signes et symptômes comportementaux de la démence, partager et rentrer en expérience du sujet, identifier et utiliser les sens préférés, favoriser la récupérations des souvenirs autobiographiques et revaloriser l'estime de soi » (Protat, S., 2005, p. 259). Cette liste n'est, bien-sûr, pas exhaustive.

Des méthodes de stimulations sensorielles ont donc vu le jour. La clé des sens en est une. Perron, M. précise dans son œuvre que « la clé des sens est une méthode de mobilisation psychique qui sollicite le potentiel sensoriel des personnes âgées afin que celles-ci puissent réactiver leur mémoire ancienne, ouvrir les « tiroirs » où sont rangés, enregistrés des connaissances, des émotions, des instants vécus,... » (1996, p.61). Il nous semble important de préciser ici que le but n'est pas la performance intellectuelle qui peut générer de l'anxiété rencontrée lors des ateliers de stimulation cognitive. Cette méthode va rechercher la libération des souvenirs enfouis.

Le concept Snoezelen, que nous aborderons plus loin, est issu des mêmes fondements.

II. Les sens chez la population âgée.

A. Définitions :

i. Sens :

Selon le Grand Dictionnaire de Psychologie (1999), désormais GDP, les sens seraient « chacune des fonctions psychophysiologiques par lesquelles un organisme humain ou animal reçoit des informations sur certains éléments du milieu extérieur de nature physique (vue, audition, sensibilité à la pesanteur, toucher) ou chimique (goût, odorat) » (1999, p. 835).

Les sens sont donc les instruments de la perception, c'est-à-dire le lien qui relie l'organisme au monde extérieur et qui lui permet de reconnaître, grâce à l'interprétation donnée par la pensée et la connaissance, les informations qui pourraient lui être utiles parmi l'ensemble de celles lui parvenant.

ii. Sensations :

La sensation serait « un évènement psychique élémentaire résultant du traitement de l'information dans le système nerveux central à la suite d'une stimulation d'un organe des sens » (GDP, 1999, p. 836).

Le terme, dans son usage actuel, présente des ambiguïtés, en particulier sur la distinction entre sensation et perception.

La sensation correspond à des manifestations de traitements d'informations déterminées par l'activation de modalités sensorielles spécialisées. Comme expérience, elle fait référence à une des qualités de l'information sensorielle (une couleur, une douleur, une saveur) et conforte l'hypothèse que ces informations sont appréhendables isolément par l'organisme.

Les sensations font donc référence à la base des informations extraites des stimulations et sont codées à des niveaux de traitements précoces.

Deux types d'origines de la sensation existent : extéroceptive c'est-à-dire que leurs informations proviennent de l'environnement de l'organisme : ce sont les systèmes auditifs, gustatif, olfactif, tactile, vestibulaire et visuel et intéroceptive ou affective, tels le plaisir ou la douleur indiquant seulement la façon dont le sujet se rapporte à tel état de son corps.

La définition de la sensation ne doit pas être dissociable de la réalité psychique du sujet qui la traite. Ainsi la sensation peut être définie d'un point de vue plus psychologique par « la conscience qu'un sujet prend d'un état corporel. » (Pratique de la philosophie, 1994, p. 326).

iii. La stimulation :

La stimulation est la mise en jeu d'une structure nerveuse à l'aide d'une modification de son environnement externe ou interne. C'est en stimulant nos récepteurs sensoriels que va naître une sensation, sensation qui va être intimement liée à un vécu. Il en va donc aussi de l'action qui va produire la sensation.

B. Lien entre les sens et les émotions :

i. Physiologie de la sensorialité extéroceptive :

Nous ne pouvons pas négliger les réalités somatiques auxquelles l'individu est soumis. Nous allons tenter d'expliquer de manière générale quels sont les tenants et aboutissants somatiques de la sensorialité. Tout être vivant a besoin de connaître son environnement pour s'y adapter. Pour se faire, il doit décoder chacune des informations reçues au niveau des récepteurs spécifiques que sont les cinq organes des sens : l'œil, l'oreille, la bouche et le nez, le toucher/peau.

Il y a donc tout d'abord un corps qui ressent son environnement. Ces sensations, stimuli électriques, vont être transmis au cerveau et traités. Ce qui va faire naître chez nous une perception plus ou moins positive c'est à dire selon le vécu et l'impact affectif de ces stimuli.

Les émotions prennent une place importante dans la vieillesse. Une étude sur le stress et le coping chez les personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer (Souza-Tolarico et al cité par Puig, S., 2009) a montré que la stratégie de faire face qui prédomine est celle axée sur l'émotion lorsque les performances cognitives sont faibles. Elles choisissent la stratégie d'évacuation et de contrôle de ces émotions plutôt que les stratégies centrées que le problème. Ces informations peuvent nous aider à planifier les soins de soutien appropriés pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

ii. Approche philosophique et psychanalytique de la sensorialité :

Le philosophe Nietzsche a enseigné la pensée du corps. Il a tenté de se défaire de la dichotomie séparant le corps de l'esprit que nous retrouvons chez Descartes. Merleau-Ponty (1945) explique que « (...) la véritable existence du corps n'est pas celle d'un être objectif, c'est le corps que j'ai, totalité indivise qui caractérise mon être au monde comme visée incarnée. Le corps est sujet. ».

Le corps occupe une place fondamentale dans tous les domaines du développement de l'être humain. Il peut être abordé en tant qu'outil d'interaction et de communication avec autrui, support de l'identité, à l'origine du narcissisme...

C'est pourquoi, il nous paraît intéressant de préciser l'impact des sens dans le développement psychique, en nous appuyant sur les théories développées par Anzieu, D. (1994). Il nous parle de la construction du moi par étayage sur la peau, c'est-à-dire qu'à la naissance, et probablement in utero à partir du fonctionnement des sens, tous les êtres humains ont besoin d'une base de survie. Le premier étayage du nourrisson est le corps de sa mère. Durant les neuf mois de gestation, tout est fourni, nutriments et oxygène. Dès la naissance, tout change, le contenant s'éloigne, se modifie et il devient nécessaire de se procurer nutriment et oxygène en faisant des efforts. Durant les premières semaines de la vie aérienne, c'est toujours, le corps de la mère, les interactions qu'elle a avec son bébé qui vont étayer l'enfant. Ces interactions vont se faire de deux manières, par les peaux respectives et par l'enveloppe sonore. Bien entendu l'enfant grandi, ses structures psychiques se mettent en place, le Moi s'installe et pour se construire il s'appuie sur ce qu'il connaît, sur ce qu'il a déjà éprouvé; les sensations de la peau, celle de l'enfant et celle de la mère. Ainsi, il est démontré que les sensations tactiles permettent l'établissement des frontières et des limites du moi. Le soi se constituerait aussi par « introjection de l'univers sonore ». En effet, c'est par la réception des bruits des respirations reçus de son propre corps, permettant la conscience de soi, et par ceux du monde environnant indiquant les dimensions de l'espace et du temps que l'on peut dire que les sensations auditives préparent le soi à se structurer.

Guillerault, G. (1989), dans « Le corps psychique », dira que « ces images auditives, olfactives, tactiles, visuelles, ...de perceptions diverses se coordonnent en une sorte de présence à soi-même subtil du pré-sujet, qui alors s'exprime par sa masse charnelle devenue symbolique de son désir ».

iii. En conclusion : quand le physique et le psychique ne font qu'un :

Même si la sensation ne se réduit pas à la science, il faut reconnaître qu'elle trouve en elle son origine irréductible.

La sensation est réellement un phénomène physiologique mais c'est la perception de cette sensation qui sera fondée par l'histoire et le vécu de la personne. C'est ce qu'affectivement la personne ressentira qui fera que la sensation physique sera plus ou moins bien perçue et vécue.

Bernard, M. (1995) précisera que notre expérience corporelle est investie par l'imaginaire de la dynamique de nos affects : elle est « fantasmatisée » c'est-à-dire convertie en fantasme ; elle devient ainsi un « réel plein d'irréalité ».

C. La perception sensorielle chez la personne âgée

i. Le vieillissement sensoriel :

Le processus de vieillissement qui se déroule tout au long de la vie aboutit progressivement à une diminution notable des capacités sensorielles.

En ce qui concerne l'odorat, Fontaine, R. (1999) note qu'après 80 ans, 80% des sujets présentent des déficits notables. Ces déficits sont généralement liés à une perte cellulaire au niveau de la muqueuse nasale dont la capacité de régénération diminuerait avec l'âge. Cette tendance peut aller jusqu'à une destruction totale des cellules de la muqueuse entraînant une anosmie c'est à dire une perte totale de l'odorat. D'autre part, certains troubles pathologiques de la vieillesse entraînent des déficiences olfactives plus ou moins sévères. On peut mentionner la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, ou encore la dépression.

Pour la gustation et le toucher, peu d'études ont été menées, il existe pourtant un consensus chez les chercheurs pour reconnaître que les seuils de ces sensibilités sont stables jusqu'à soixante ans puis augmentent progressivement avec une importante différence selon les individus, leur style de vie, les troubles pathologiques et les traitements médicamenteux. Comme pour l'olfaction, ses défaillances sont à mettre en relation avec des dégénérescences cellulaires ou avec des pathologies de la vieillesse ayant une incidence sur l'appréciation ou la reconnaissance de certains stimuli.

La vision est particulièrement touchée par le processus de vieillissement. Les effets de l'âge apparaissent dès quarante ans avec des difficultés de distinction des objets à distance

(presbytie) et se poursuivent jusqu'à la fin en entraînant des difficultés de plus en plus importantes et diverses : augmentation des seuils, hypersensibilité à l'éblouissement, difficultés dans la discrimination des couleurs, etc...

Toutes ces modifications sont liées à des dégénérescences cellulaires des différents intervenants des processus de la vision.

Concrètement, la personne vit une baisse de l'élasticité des paupières, une baisse de la constructibilité musculaire de l'œil, un nettoyage du cristallin moins performant donc un épaissement de la cataracte ou encore la personne peut développer une dégénérescence maculaire (Antoun, M., gériatre, cours du Diplôme Universitaire de psychogérontologie clinique et pathologique, 2009, Bordeaux).

L'audition est très sensible aux effets du vieillissement. Comme pour les autres sens, l'augmentation des seuils est liée à une dégénérescence cellulaire de l'appareil auditif et par des difficultés d'audition telle que la presbycousie c'est-à-dire une difficulté à percevoir des sons purs. Les conditions de vie et professionnelles entrent également en considération.

Concrètement, la personne âgée se voit produire davantage de cérumen, les tympons s'épaississent et les osselets ont de l'arthrose (Antoun, M., 2009).

ii. Un corps vieux peu investi : problématique de l'image de soi chez la personne âgée :

Lebreton, D. (1995), dans son livre « Anthropologie du corps et modernité », aborde cette question où il compare la vieillesse à un « continent gris cernant une population lunaire, égarée dans la modernité ». Le corps de la personne âgée et ses défaillances sont dérangeants car ils rappellent la fragilité de la condition humaine. Ils rappellent cette réalité universelle qui est la réduction progressive de notre champs d'action, qui nous mène vers ce corps « immobile et quasi-inutile qui exige pour la satisfaction des besoins les plus élémentaires, l'aide du soignant ».

Pour Messy, J. (1992), le Moi vieillit car il est le lieu où les dynamiques de la perte et de l'acquisition s'inscrivent. Le registre de la perte fournit les éléments caractéristiques de l'avancée en âge.

Le rapport que le sujet entretient avec son corps évolue tout au long de la vie subissant des aléas de la croissance puis de la décroissance et enfin de la décrépitude.

« L'autonomie de la personne dans sa vie quotidienne est intimement liée au traitement des informations saisies dans son environnement par ses sens : la vision, l'ouïe, l'odorat, le

goût et le toucher (...). Le cerveau de l'être humain se construit puis s'adapte sans cesse en utilisant sa perception de l'environnement physique et humain, à partir des sensations transmises par les organes des sens. De ce fait, les pertes sensorielles nuisent au fonctionnement optimum du cerveau et il convient d'y remédier précocement. Les soins dans l'avancée en âge doivent prêter attention à ce qui nous a permis d'être ce que nous sommes : nos cinq sens.» (Papidoc, site internet).

Un corps sans sens, est-ce un corps sans vie ? Cette question nous ramène au livre « le scaphandre et le papillon » de Baudy, J.D., (1998) qui témoigne d'une personne victime d'un locked-in syndrome, littéralement « bloqué dans », enfermé dans son corps. Ses sens ne fonctionnent plus et il est alors coupé du monde environnant. Cette histoire prouve que nos sens sont les portes qui nous permettent de sortir de nous-mêmes. Sans eux, notre survie y est vivement compromise.

Le « snoezelen » est une pratique basée autour des sens comme moyen de réinstaurer la communication. Il se développe de plus en plus dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Nous avons eu l'occasion de participer à des séances dans le cadre d'un stage. Cette découverte nous a interrogés et c'est pour cette raison que nous allons nous pencher plus amplement sur ce concept « Snoezelen ».

iii. Sensorialité, mémoire émotionnelle et pathologie démentielle :

Les sensations font naître les émotions. C'est parce que nous ressentons des choses agréables ou désagréables que nous allons forger notre vécu. L'émotion est donc fondamentalement liée à ce que nous ressentons chaque jour.

Ce constat va prendre sens lors des pathologies démentielles. Face aux multiples pertes (cognitives, physiologiques, sociales...), la mémoire émotionnelle sera, elle, préservée.

Dans la prise en soin des personnes atteintes de démence, nous nous devons de nous appuyer sur ce qui est préservé afin d'éviter la mise en échec et de pouvoir optimiser au mieux l'autonomie de la personne.

Ratinier, D. (psychologue, cours du Diplôme Universitaire de psychogérontologie clinique et pathologique, 2009, Bordeaux) explique que la réaction émotionnelle n'est pas stoppée car l'analyse faite par le cortex n'est plus assez rapide pour l'atténuer (codes sociaux) donc les personnes réagissent dans l'émotion. Par conséquent, le travail sur la mémoire des émotions est la base de la communication avec les personnes atteintes de pathologies démentielles. Par exemple, nous pouvons accentuer nos expressions pour faciliter la

compréhension. Les troubles psycho-comportementaux sont souvent des réactions émotionnelles fortes face à un environnement hostile à la personne.

Cette dimension donne tout son sens à la prise en soin non médicamenteuse visant à améliorer la qualité de vie et le bien-être en créant ou évoquant des sensations agréables pour la personne.

III. Le concept Snoezelen :

A. Définition :

i. Le concept snoezelen :

Le mot « Snoezelen » résulte de la contraction de deux verbes. Le premier verbe, doezelen, fait référence à la douceur. Ca représente l'attention chaleureuse qu'on peut avoir envers quelqu'un, comment nous allons sécuriser cette personne. Doezelen, c'est câliner, c'est créer un environnement de détente. « DE », étymologiquement, veut dire « hors de » soit « hors de la tension ». Dans le deuxième verbe, snuffelen, nous pouvons entendre sniffer, sentir, c'est l'exploitation sensorielle soit fureter, explorer, d'une manière non cognitive.

Nous parlons de « concept Snoezelen » car au-delà de la salle snoezelen, de plus en plus connue, il y a l'attitude. Marc Thiry explique, lors de sa conférence « attitude snoezelen, un autre regard...un espace, une méthode, une philosophie » (27 avril 2009 à Bordeaux), que le Snoezelen est avant tout une attitude, un savoir être : « snoezelen c'est vivre à travers la sensorialité du corps avec des personnes, aussi démunies soient-elles, une attitude interrelationnelle favorisant la détente, le bien-être, la sécurisation au service de la réalisation de l'être et non du faire ». La démarche snoezelen implique la création et notamment la création corporelle dans la communication non verbale. Elle combine l'approche centrée sur la personne avec l'approche humaniste.

Le snoezelen est une approche multi-sensorielle qui consiste à proposer un temps « d'activités » dans un environnement qui présente des sollicitations sensorielles générant du plaisir et de la détente. Ces sollicitations se veulent douces, diversifiées, où les sens peuvent être stimulés séparément ou simultanément.

Il a pour but de fournir des expériences sensorielles plaisantes à travers la stimulation des sens primaires sans le besoin d'activités intellectuelles dans une atmosphère rassurante et

relaxante (Burns et al, 2001 ; Baillon et al, 2004). Cet objectif suppose donc la liberté du choix et le respect du rythme de la personne.

Cependant, le bien être que suscite snoezelen peut ne pas être vu comme un but mais comme un moyen c'est-à-dire un moyen pour pouvoir justement accepter son corps et être en relation avec les autres. (Thiry, 2009).

Snoezelen c'est donc vivre une relation privilégiée, de communication sur le mode sensoriel dans un espace qui se veut sécurisant et qui va favoriser le bien être des utilisateurs. Les séances snoezelen ne doivent donc pas être vues comme une tentative d'apprendre quelques compétences spécifiques ou comme une simple base pour promouvoir le repos et la tranquillité.

Il s'agirait alors d'une philosophie soit un art de vivre qui est partagé par de plus en plus de personnes. Ceci se constate par l'apparition de nombreuses écoles, dont une en Belgique créée par Marc Thiry. Il s'agit d'une formation dans l'enseignement supérieur qui fait partie d'un post gradient en pratique relationnelle d'un volume horaire de cent cinquante heures pour l'approche snoezelen. Cette formation va donc apprendre comment s'est construite cette approche, sur quoi elle repose et à quoi peut servir le matériel proposé.

ii. Historique :

Le concept snoezelen vient de Hollande. Deux psychologues hollandais en ont été les initiateurs : Jan Hulsegge et Ad Verheul. Les premières expériences datent de 1974 auprès d'enfants ou de jeunes adultes polyhandicapés chez qui une psychothérapie était pratiquée mais dont certains ne participaient à rien d'autres, ni aux sorties, ni aux ateliers. L'hypothèse de base des hollandais est que nos potentialités ne peuvent émerger que dans un climat de sécurité, par sa conception, par les matériels qu'il contient, par la qualité de l'accompagnement qui est aussi un facteur important.

La thérapie snoezelen est basée sur des recherches datant des années 60 venant de résultats de travaux sur la privation des sens qui a lieu chez les personnes institutionnalisées (Minner et al, 2004). Les recherches se sont développées de plus en plus à travers l'Europe puis l'Australie et le Canada. Elles se sont aussi, petit à petit, intéressées à la population âgée.

Des professionnels de santé en Irlande ont adapté l'intégration de stimuli sensoriels multiples pour les effets thérapeutiques dans une approche appelée « sumus ». Leur but était d'activer le potentiel de communication dans la population atteinte de démence via une collection d'activités spécifiquement structurée pour stimuler tous les sens (Burns et al, 2001).

iii. Description d'un espace snoezelen (cf annexe 1)

Les espaces snoezelen sont très différents les uns par rapport aux autres. Du matériel spécifique existe. Nous pouvons retrouver des colonnes à bulles, des tapis fluorescents, des cadres tactiles, des fauteuils agréables et colorés, de la fibre optique (en rideau par exemple), des objets agréables au toucher (balle en mousse, en plastiques, des gans,...), des lampes à bulles, des rétroprojecteurs qui, grâce à des disques avec des fluides colorés, émettent une image et des formes au mur, des diffuseurs d'arômes et beaucoup d'autres types de matériels.

Une séance snoezelen se passe avec un patient et un accompagnateur formé à l'approche snoezelen. Durant ce temps, l'accompagnateur est à l'écoute du sujet, essaie de rentrer en communication selon le rythme de la personne en lui proposant divers stimuli.

Il existe des institutions qui prévoient des salles qu'à cet effet, mais le snoezelen ne se réduit pas qu'à cela, et certaine institution s'improvise une salle. Marc Thiry nous a présentés, durant la conférence, un établissement où les professionnels concevaient leur salle snoezelen à chaque séance. Pour cela ils installaient leur matériel à chaque fois, tels que des matelas en mousses, des rideaux, des draps, des guirlandes colorées, des peluches, des lampes, un coin blanc, etc. L'action de snoezelen ne se fait donc pas obligatoirement au sein d'un espace conçu spécialement pour. Etant un état esprit, une philosophie de la prise en soin de la personne en tant que telle, le simple fait d'emmener une personne faire une balade sensorielle dans le jardin est « snoezelen », le fait de lui faire prendre un bain avec des huiles essentielles et un peu de musique est « snoezelen ».

A travers tout cela, le snoezelen apparaît donc à la fois comme un lieu, une activité et une philosophie soit une façon de penser l'autre différent comme sujet.

B. Les intérêts et avantages du snoezelen :

Un consensus général de la littérature démontrant des résultats positifs de l'exposition à l'environnement snoezelen est prépondérant (Burns et al, 2001).

i. Effets sur les conditions physiques et psychologiques :

Les interventions non pharmacologiques viennent compléter les approches médicamenteuses qui peuvent être insuffisantes dans les prises en soin des personnes atteintes de démence. Les neuroleptiques et psychotropes peuvent avoir des effets secondaires lourds pouvant accélérer le déclin cognitif et diminuer la qualité de vie (Burns et al., 2002).

Schofield et al. (2000) montrent une baisse significative de l'anxiété au sein du groupe expérimental (snoezelen) par rapport au groupe contrôle (salle de repos donnant sur un jardin). Mais aucune baisse n'a été observée en termes de qualité de vie et de dépression dans son étude.

L'environnement multi-sensoriel réduirait l'apathie dans la population en phase tardive de démence (Verkaik et al., 2005).

De Minner et al. (2004) expliquent que beaucoup d'études reportent des effets positifs sur l'humeur et le comportement du sujet confronté à un espace snoezelen. Ils citent les travaux de Baker sur la mise en évidence de l'augmentation du débit verbal chez les sujets participant à des séances snoezelen. Ils parlent plus, se rappellent davantage de souvenirs et utilisent plus de longues phrases que le groupe contrôle. Ils citent également les travaux de Pinkey et al qui reportent que la musique de relaxation et le snoezelen ont des effets positifs sur le comportement des sujets. Ils spécifient toutefois que le snoezelen produit une stimulation plus globale sur la concentration. Ils observent également que les patients, après utilisation du snoezelen, ont une diminution de la douleur et un meilleur sommeil. Concernant la douleur, Schofield précise que le snoezelen suscite des changements positifs pour les patients atteints de douleur chronique.

Van Weert et al. (2004) vont démontrer les effets du snoezelen sur le comportement d'apathie des résidents, sur la dépression, les comportements de rébellion et sur l'agressivité.

Bédard & Landreville (2003) conclue de leur expérience qu'une stimulation multi-sensorielle associée à un contact social diminue l'agitation verbale chez les personnes atteintes de démence.

Les bénéfices du snoezelen apparaissent donc être connectés avec la stimulation des sens, un environnement relaxant, un sens du contrôle et une restauration de la relation de soin.

ii. Liens avec l'entourage soignant :

De nombreuses études voient dans le snoezelen une approche qui concerne autant le soignant que le soigné.

Wylie croit que le snoezelen permet aux soignants de gagner l'entrée dans le monde interne des résidents âgés (cité par Burns et al, 2001). Haggan a évalué un entraînement pour les soignants utilisant le snoezelen. L'évaluation démontre un haut niveau de fréquence des interactions patient – soignant et une baisse du taux de rejet (cité par Burns & Cox, 2001). Pinky et Baker ont décrit un développement de la relation thérapeutique et de la qualité du moment passé au sein de ces espaces (cité par Burns & Cox, 2001).

Van Weert et al. (2004) ont montré dans leur étude que l'implantation du snoezelen (sur vingt-quatre heures) dans les soins de la démence a eu un effet positif sur le comportement centré sur la personne des aides soignants durant les soins du matin (étudiés car considérés comme les plus difficiles). Les soignants entraînés au snoezelen montrent une augmentation statistiquement significative sur le nombre total de prononciations verbales, la durée des regards, le contact tactile affectif ainsi que la fréquence des sourires. Dans cette étude, les auteurs mettent aussi en avant que la qualité de la relation entre aide soignant et patient souffrant de démence est de près reliée au fonctionnement du patient et à sa symptomatologie comportementale. Malgré tout, étant donné que les comportements négatifs des soignants peuvent contribuer à augmenter les symptômes comportementaux des patients déments, le snoezelen semble convenir pour permettre aux soignants de se former à l'approche centrée sur la personne, ayant ainsi, en retour, comme conséquence d'améliorer leur mode relationnel.

Baillon et al. (2004) expliquent que le snoezelen est une opportunité idéale pour le personnel de se focaliser sur l'expérience et les besoins sensoriels des patients dans le soin et la relation.

En somme, la stimulation des sens dans un environnement enrichi est un outil thérapeutique acceptable. Snoezelen est une alternative attractive car il place le résident dans un environnement de libre-échet avec aucun rôle et leur donne le contrôle sur les interactions dans l'environnement. Il peut alors créer une vraie relation soignant – soigné (De Minner et al, 2004). Le snoezelen peut être une activité positive pour les personnes démentes qui offre un choix de plus dans une intervention qui se veut appropriée aux sujets, là où d'autres sont insuffisantes.

C. Difficultés rencontrées et inconvénients de cette prise en soin :

i. Aprioris envers la méthode snoezelen :

Cunningham et al. notent que Hulsegge et Verheul résistent aux procédures formelles d'évaluation apparemment vue comme contre-productif et un possible forcing de l'environnement dans un plus thérapeutique, plus objectif et une approche plus orientée vers la productivité.

Mc Carthy et Ainsley ont dit que l'environnement snoezelen peut être vu comme antithétique pour le principe de normalisation et de valorisation du rôle social. Ils ajoutent que cet environnement empêche aux personnes d'accéder à une variété de loisirs et limite la possibilité de nouvelles compétences.

Mount et Cavet sont hésitants au sujet des bénéfices/avantages émis par l'environnement snoezelen et soulignent qu'il est souvent facile d'obtenir des financements pour « des équipements spéciaux, nouveaux et tangibles que pour un ratio adéquat de personnel et de formation ».

Il a été aussi observé qu'une population sans aucune altération de la conscience n'adhère pas à ce type de prise en soin. De la même façon, des personnes trop sensibles aux stimulations environnementales semblent être encore plus agitées suite à des séances snoezelen. Par conséquent, la sélection des personnes pour ce type de prise en soin est essentielle pour de bons résultats.

ii. Problématique méthodologique sur les études effectuées :

La littérature nous montre qu'il y a très peu d'études avec des résultats concluants. La vérification de l'efficacité des méthodes psychosociales est difficile. Il y a des problèmes en ce qui concernent la rigueur scientifique, l'hétérogénéité de la population, les mesures utilisées, la durée d'implantation du soin spécifique (Verkaik et al., 2005).

Beaucoup d'études se basent sur un échantillon mince limitant ainsi les conclusions. Les méthodes de recueil des données sont toujours hasardeuses, subjectives, basées sur l'observation des soignants et non protocolaires.

Souvent la plupart des études n'octroient qu'un petit nombre de sessions probablement insuffisant pour y voir un effet concluant.

iii. Problématique institutionnelle ou ce qui peut freiner la mise en place de cette méthode.

La mise en place d'une salle snoezelen n'est pas une évidence au niveau institutionnelle. Cet investissement comporte de nombreux obstacles et de nombreux prérogatives.

Tout d'abord l'investissement économique est assez conséquent. Il faut prévoir une salle spécifique à cet effet et le matériel est assez onéreux. Bien sûr, il y a des possibilités d'en concevoir une avec un plus petit budget dans le sens où snoezelen est avant tout un état d'esprit, une philosophie, une méthode pour être au mieux avec l'autre. Lancioni explique que la difficulté de mettre en place une salle snoezelen dans un petit centre peut ne pas empêcher nécessairement de créer des sessions de stimulations sensorielles pour les résidents de ces centres.

Lorsque la salle est mise en place, il s'agit alors de former l'équipe. L'utilisation de la salle, du matériel, des séances fait parti de la formation au-delà du savoir être. Cette formation est essentielle pour permettre aux membres de l'équipe intéressés de s'épanouir le mieux avec le participant dans la salle snoezelen. De plus, la formation snoezelen s'étend au-delà de la salle, mais aussi dans le soin quotidien à tout moment et endroit avec un résident. Le biais actuel de cette formation, c'est qu'elle est souvent donnée à quelque membre de l'équipe créant ainsi une scission dans le personnel. De plus, les membres formés peuvent quitter l'établissement.

Il y a aussi le problème des plannings c'est-à-dire que le personnel doit pouvoir avoir un emploi du temps qui leur permet de faire des séances snoezelen. Il existe actuellement plusieurs formations au Snoezelen, notamment l'école Snoezelen en Belgique fondée par Marc Thiry. L'ordre de Malte en France propose aussi ce type de formation. Il en existe également au Canada.

Il peut être difficile d'effectuer un suivi au long terme avec les résidents. Il n'existe pas encore d'outils d'évaluation spécifiques aux séances snoezelen pouvant permettre d'alimenter le projet de soin de manière plus objective dans le cadre des séances snoezelen. Malgré tout, l'année dernière, une étudiante en master 1 de psychologie à Bordeaux², Sabrina Puig a tenté d'en mettre une en place (annexe 2).

Des travaux s'effectuent aussi actuellement au Québec à l'université de Montréal et à l'institut universitaire de gériatrie de Montréal par un étudiant post-doctorant, Protat, S., avec qui nous correspondons. Son projet de post-doctorat porte sur le fait de rendre le snoezelen

plus efficace et mieux adapté aux besoins des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer à un stade avancé.

D. Perspectives de travail et synthèse :

De nombreux auteurs proposent des pistes de travail pour optimiser les prises en soin Snoezelen. La plupart considère cette méthode intéressante malgré les difficultés pour l'exploiter et la mettre à l'épreuve.

Peaking ne désapprouve pas le snoezelen mais croit que nous devons inclure d'autres occupations multisensorielles comme la cuisine, le jardinage, l'arrosage des fleurs, la gestion d'un animal dans le soin aux personnes âgées (cité par Burns et al., 2001) qui sont plus écologiques, plus proche du quotidien de la personne.

Lancioni énonce des recommandations comme celle d'envisager une salle snoezelen conventionnelle. Il lui semble aussi nécessaire de sélectionner les stimuli préférés des sujets afin que les participants trouvent encore plus de plaisir et ainsi minimiser les problèmes comportementaux lors des séances. Augmenter les effets positifs du snoezelen pendant les sessions pourrait être la clef de l'optimisation des impacts bénéfiques des effets post-sessions selon l'auteur.

Hope conclue donc de ces études qu'il est nécessaire de développer des buts et un plan de soin pour les résidents qui utilisent la salle snoezelen. De futures recherches devraient développer un guide pour légitimer l'activité et optimiser son utilisation (cité par De Minner, 2004).

En somme, parce que les traitements pharmacologiques ont des limites dans le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, des traitements alternatifs ont eu un intérêt grandissant. Malheureusement, ces interventions manquent de mises en évidence de leur efficacité.

Il apparaît que l'utilisation du snoezelen ou autre environnement multi-sensoriel va continuer à augmenter, particulièrement dans le soin pour personnes âgées. Il est important que les soignants saisissent l'opportunité de créer des programmes de recherches pour contrôler ce qui arrive aux résidents (Burns et al., 2001).

Conclusion :

Les soins des résidents atteints d'une démence est un des défis les plus difficile à surmonter sur le long terme (De Minner et al., 2004). De nombreuses interventions ont vu le jour pour justement pallier à ces obstacles de prise en soin.

Le but principal est d'améliorer la qualité de vie de ces sujets. De part les symptômes envahissant des pathologies démentielles, les alternatives sont essentielles pour alléger le quotidien des malades comme pour leur entourage.

Le snoezelen, à travers sa pratique et sa philosophie, vient comme une bulle d'air dans un univers gérontologique parfois surpassé.

Grâce à son approche humaniste et son approche centrée sur la personne, snoezelen apporte plus qu'un outil de soin thérapeutique. Snoezelen concerne autant le sujet que le soignant. Parce qu'il permet de découvrir la personne malade dans un contexte « libre », une rencontre peut se faire entre les deux partenaires. Ce sont ces multiples intérêts qui font de cette pratique un concept intéressant et attractif. De plus, l'entourage se trouvant souvent démunis, snoezelen permet de garder espoir. Malgré tout, cette pratique, cette philosophie se confronte au monde scientifique qui essaie de la mettre à l'œuvre afin d'éviter les dérives et de montrer ce que cela apporte vraiment à la personne. Les études se poursuivent.

Au sein de l'établissement où nous serons en stage existe une salle snoezelen. Nous avons donc pour projet de mémoire, dans le cadre de notre deuxième année de diplôme universitaire, d'effectuer un travail autour de cette prise en soin et notamment montrer ses effets sur le comportement des personnes atteintes de démence à un stade avancé, dans l'immédiateté au vue des résultats de la littérature.

Snoezelen est avant tout une aventure humaine riche d'enseignement qui va nous permettre d'alimenter notre future pratique de psychogérontologue.

BIBLIOGRAPHIE

A.N.A.E.S, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Mai 2003, prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés, service d'évaluation technologique, St Denis La Plaine.

Anzieu, D. (1994). *Le moi-peau*. Paris. Editions Dunod

Baillon, S., Van Diepen, E., Prettyman, R., Redman, J., Rooke, N. & Campbell, R. (2004). A comparison of the effects of snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behavior of patients with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 19, 1047 – 1052

Bauby, JD. (1998). *Le scaphandre et le papillon*. Paris. Editions Pocket.

Bédard, A. & Landreville, P. (2003). Etude préliminaire d'une intervention non-pharmacologique pour réduire l'agitation verbale chez les personnes atteintes de démence. *La revue canadienne du vieillissement*, 24 (4), 319 – 328.

Bernard, M. (1995). *Le corps*. Paris. Editions Seuil

Bloch, H., Chemama, R. & Depret, E. (1999). *Le grand dictionnaire de la psychologie*. Paris. Edition Larousse.

Botts, B.H., Hershfeldt, P.A. & Christensen-Sandford, R.J. (2008). Snoezelen ® : empirical review of product representation. *Focus on autism and other developmental disabilities*, 23 (3), 138 – 147.

Bouisson, J. (2008). *Le syndrome de vulnérabilité*. Paris. Editions Tec & Doc.

Burns, I., Cox, H. & Plant, H. (2001). Leisure or therapeutics? Snoezelen and the care of older persons with dementia. *International journal of nursing practice*, 6 (3), 118 – 126.

Burns, A., Byrne, J., Ballard, C. & Holmes, C. (2002). Sensory stimulation in dementia: an effective option for managing behavioural problems. *British medical journal*, 325, 1312-1313.

Clément, E. et al. (1994). *Pratique de la philosophie de A à Z*. Paris. Editions Hatier.

De Minner, D., Hoffstetter, P., Casey, L. & Jones, D. (2004). Snoezelen activity : the good shepherd nursing home experience. *Journal of nursing care quality*, 19 (4), 343 – 348.

Fontaine, R. (1999). *Manuel de psychologie du vieillissement*. Paris. Editions Dunod

Guillerault, G. (1989). *Le corps psychique : essai sur l'image du corps selon Françoise Dolto*. Paris. Editions universitaires.

Lancioni, G.E., Cuvo, A.J. & O'Reilly, M.F. (2002). Snoezelen : an overview of research with people with developmental disabilities and dementia. *Disability and rehabilitation*, 24 (4), 175 – 184.

Lebreton, D. (1995). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris. Editions Presses universitaires de France.

Merleau-ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris. Editions Gallimard.

Messy, J. (1992). *La personne âgée n'existe pas*. Paris. Edition Rivages

Perron, M. (1996). *Communiquer avec des adultes âgés : la clé des sens*. Lyon. Editions Chronique sociale.

Protat, S., Combet, P. & Michel, BF. (2005). Communication, accueil de jour et démence sévère : effets de la stimulation sensorielle. In Michel, BF., Verdureau, P. & Combet, P. (eds). *Communication et démence*. Marseille. Editions Solal, 255-264.

Puig, S. (2009). *Snoezelen et maladie d'Alzheimer : étude des effets de séances Snoezelen sur le bien-être des personnes âgées institutionnalisées*. Mémoire de Master 1 spécialité psychologie clinique option santé non publié, Université Victor Segalen, Bordeaux 2, France.

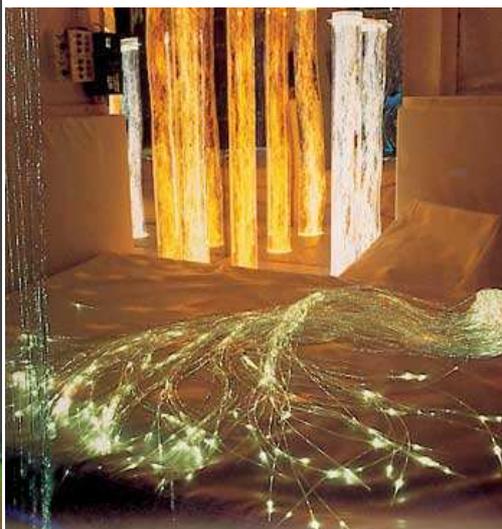
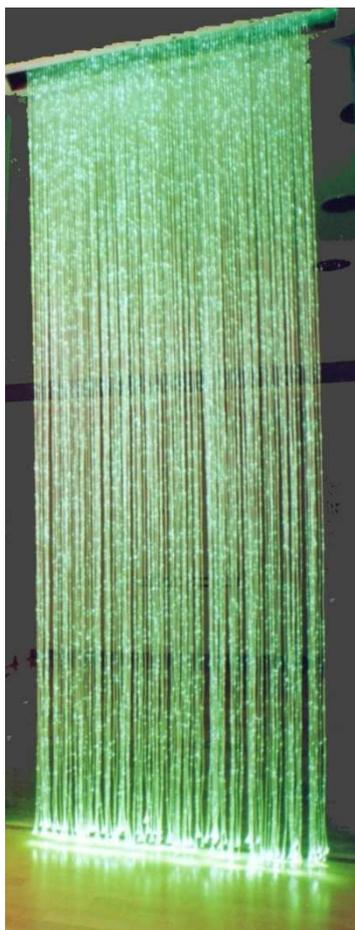
Schofield, P. & Bryn, D. (2000). Sensory stimulation (snoezelen) versus relaxation : a potential strategy for the management of chronic pain. *Disability and rehabilitation*, 22 (15), 675 – 682.

Van Weert, J.C.M., Janssen, B.M., Van Dulmen, A.M., Spreeuwenberg, P.M.M., Bensing, J.M. & Ribbe, M.W. (2004). Nursing assistants' behaviours during morning care : effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. *Issues and innovations in nursing practice*, 656 – 668.

Verkaik, R., Van Weert, J.C.M. & Francke, A.L. (2005). The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia : a systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 20, 301 – 314.

ANNEXES

Annexe 1 : exemple de matériels utilisés en espace snoezelen



Nous pouvons voir ci-dessus un rideau de fibres optiques, des colonnes à bulles, des disques de couleurs utilisés avec un rétroprojecteur pour émettre des couleurs fluides sur le mur et un plafond étoilé.

Ce matériel est indicatif et nous pouvons retrouver d'autres type de configuration d'espaces snoezelen.

Nom / Prénom :
Date / Accompagnant :

FICHE D'OBSERVATION EN ESPACE SNOEZELLEN

Attitude/ comportement à l'entrée dans l'espace :

Reconnaissance des lieux

Indifférence

Refus

Attitude dans l'espace

Installation du résidant Oui Non

Position spontanée du résidant

Communication par le corps

Apaisement/ Détente

Mouvements Crispation

Propositions sensorielles

Massage

Musique

Choix de l'encadrant

Choix de l'encadrant

Demande du résidant

Demande du résidant

Autre

Réaction tactile

Refus Acceptation Indifférence

Réaction visuelle

Curiosité Fixation du regard

Exploration Indifférence Autre

Réaction auditive

Agitation Curiosité

Attention Indifférence Autre

Interaction avec l'encadrant

Recherche le contact échanges

Indifférence Refus

