

UNE REVUE DE LA RECHERCHE CLINIQUE INTERNATIONALE SUR L'APPROCHE SNOEZELLEN EN SANTÉ MENTALE

Pascal Martin et Jean-Louis Adrien

Cet article met en perspective 21 études récentes qui se sont réalisées en Europe et aux États-Unis sur l'approche Snoezelen. Au total, 275 sujets (enfants, adolescents et adultes, des deux sexes) atteints de troubles mentaux, au retard mental associé, ont bénéficié de ce soin. Dans toutes les recherches, la méthode employée a été d'installer un espace Snoezelen. Certaines ont renforcé leurs observations cliniques par l'utilisation d'échelles d'évaluation et de statistiques déductives. Les résultats d'une étude à l'autre sont variés, mais pour la plupart d'entre elles, il est noté qu'une régulation sensorielle grâce à l'environnement Snoezelen est constatée. Et il semble qu'une relation entre les stimulations sensorielles et la réduction des comportements stéréotypés et des comportements inadaptés soit établie.

INTRODUCTION

La démarche Snoezelen basée sur des stimulations sensorielles simples est utilisée dans de nombreuses institutions médico-sociales à travers le monde. En règle générale, les salles Snoezelen fournissent diverses ressources techniques et instrumentales qui offrent maintes occasions de stimulations dans un espace relativement spacieux. Les stimulations ainsi provoquées sont censées soulager des états de tension et de pression, et développer une sensation de plaisir pour les bénéficiaires. L'intérêt porté par les professionnels soignants pour la démarche Snoezelen a augmenté considérablement ces dernières années. Ils estiment en effet que les prises en charge Snoezelen correspondent à des actions salutaires qui enrichissent la dimension humaine dans les

institutions. De leur côté, nombre de chercheurs mettent en avant dans leurs études que les environnements Snoezelen favorisent la relaxation, l'apaisement psychique, tout en procurant aux individus un état de bien-être. Ce type d'aménagement paraît donc convenir pour contribuer à améliorer le comportement et la qualité de vie globale de ces personnes.

DÉFINITION, HISTOIRE ET ÉVOLUTION DE L'APPROCHE SNOEZELLEN

Le mot Snoezelen est un néologisme d'origine hollandaise, il résulte de la contraction de deux verbes : « snuffelen », qui signifie renifler, flairer, fureter, fouiner, et « doezelen », qui veut dire somnoler, se relaxer. Le terme Snoezelen exprime donc une double notion : celles de la stimulation sensorielle et de la relaxation corporelle. En fait, le sens originel du verbe « snuffelen » a été détourné, il faut le comprendre comme l'expression « partir à la découverte de quelque chose » et « doezelen » comme « profiter d'un état de bien-être ».

Pascal Martin, docteur en psychologie qualifié aux fonctions de Maître de Conférences et Jean-Louis Adrien, professeur en psychopathologie de l'Institut de Psychologie Laboratoire de psychologie clinique et psychopathologie, Université René Descartes-Paris 5, 71, avenue Edouard Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt. courriel : p.martin10@wanadoo.fr

Cette démarche empirique a vu le jour aux Pays-Bas dans les années 1970. Ce sont deux psychologues Jan Hulsegge et Ad Verheul (1989) du Centre De Hartenberg, à Ede, qui en sont les initiateurs. Cette approche non directive proposait aux personnes déficientes un lieu de confort, de détente et de relaxation, tout en leur donnant la possibilité d'y effectuer librement des expériences sensorielles simples qui correspondaient aux cinq sens : la vue, le toucher, l'ouïe, l'odorat et le goût. Snoezelen a été réfléchi à l'origine pour des personnes polyhandicapées. Cette approche s'est peu à peu développée et a traversé les frontières. Le concept de « Snoezelen » s'est bien installé en Grande-Bretagne. Concernant son implantation en France, elle date du début des années 1990.

En réalité, les stimulations sensorielles sont depuis longtemps exploitées pour améliorer les déficiences profondes. Au XVIII^e siècle, Jean Itard s'est occupé de l'enfant, Victor (Itard, 1983). Maria Montessori a développé, au début du XX^e siècle, les jardins d'enfants, à l'intérieur desquels elle laissait librement s'exprimer l'intelligence de jeunes par des apprentissages sensoriels (Montessori, 1909). Plus récemment, Cleland et Clark (1966) ont proposé une méthode qui vise à stimuler les sens. Cette méthode peut se confondre au Snoezelen, elle est appelée par ses auteurs « cafétéria sensorielle ». Puis, Fröhlich (Fröhlich, 1991; Fröhlich, Renard Quix, Martin, Detraux & Cornaz, 1995) a défini le concept de « stimulation basale ». Par ses apports, ce dernier a fortement contribué à théoriser la pratique des stimulations sensorielles.

Description de l'environnement Snoezelen

Sur un plan matériel, Snoezelen est habituellement, mais pas exclusivement, organisé dans une salle spécialement aménagée d'une superficie d'environ 30 à 50 m². En général, le sol, les murs et le plafond sont recouverts de différentes matières pour favoriser les explorations tactiles et visuelles (moquettes, tissus, drapés...). Diverses plates-formes peuvent structurer l'espace, comme un matelas d'eau ou des colonnes à bulles. On y trouve aussi des fibres optiques lumineuses, des projecteurs

de lumière à effets multiples, des matelas en mousse, des panneaux tactiles aux textures diverses (lisses, molles, douces, dures, rugueuses, piquantes...), de la musique (avec l'aide, par exemple, d'instruments sonores et d'une chaîne Hi-Fi), des diffuseurs d'arômes, des boîtes à odeur, des aliments pour faciliter les explorations gustatives (salés, sucrés, amers, acidulés, épicés...). Le développement des différentes applications pratiques de Snoezelen est largement présenté par Pagliano (1999).

Recherches cliniques

Avec le temps, et en dépit des résistances actives à l'évaluation formelle (parce qu'elles pourraient corrompre la philosophie même de Snoezelen; Hagggar, 1994), les études européennes ont fleuri, comme au Royaume-Uni, en Allemagne, en Hollande et en Belgique (Hogg, Cavet, Lambe & Smeddle, 2001). Mais en France, un seul chercheur s'intéresse à ce domaine (Martin, 2003 a et b, 2004 a et b. – Voir le tableau 1).

Plusieurs études ont été menées en utilisant l'approche Snoezelen pour en connaître la potentielle valeur thérapeutique avec des enfants, des adolescents et des adultes déficients intellectuels avec ou sans troubles associés. L'analyse du contenu de ces études montre que les objectifs et les résultats de ces recherches sont parfois très différents les uns des autres, mais chaque recherche souligne l'intérêt de cette approche auprès de cette population.

Les sujets

Le nombre de sujets étudiés est variable d'une étude à l'autre. Le nombre de sujets oscille entre (n = 1), pour l'étude de Withers et Ensum (1995), et (n = 52), pour l'étude de Matson, Bamburg et Smalls (2004). La majorité des études s'intéresse aux troubles du comportement des sujets, comme les auto-agressions, les hétéro-agressions et les comportements stéréotypés. Il s'agit de sujets des deux sexes de différentes tranches d'âge : enfance, adolescence et âge adulte. La population choisie dans ces différentes études souffre de déficience intellectuelle moyenne, sévère ou profonde, avec des

Tableau 1

**Synthèse de 21 recherches cliniques sur l'approche Snoezelen,
d'après une population de 275 sujets**

Auteurs	Caractéristiques des sujets	N	Méthode	Statistique	Principaux résultats
Ashby <i>et al.</i> (1995)	Sujets aux comportements inadaptés, avec une déficience intellectuelle moyenne et profonde. De 23 à 62 ans. Moyenne d'âge = 38.6	8	Observation clinique des sujets.	X	Amélioration de la concentration et des comportements adaptatifs pour 6 sujets. Effet de détente observé.
De Bunsen (1994)	Enfants aux comportements inadaptés avec une déficience intellectuelle moyenne et profonde.	6	Observation clinique des sujets et passation d'un questionnaire.	X	Réduction des comportements inadaptés et effet relaxant pour les enfants. Valorisation du travail des professionnels.
Fagny (2000)	Autistes avec une déficience intellectuelle moyenne et profonde.	9	Observation clinique des sujets.	X	Réduction sensible des comportements inadaptés avec des écarts individuels marqués. Effet immédiat 5 minutes après les séances Snoezelen. Effet non constant.
Germeau (1998)	Personnel éducatif qui travaille avec des adultes autistes profonds.	10	Observation du personnel éducatif et passation de questionnaires.	X	Les représentations divergent entre ceux qui pratiquent le Snoezelen et les autres. Les regards des professionnels ne sont pas conformes aux pratiques réellement observées.

Tableau 1 (suite)

**Synthèse de 21 recherches cliniques sur l'approche Snoezelen,
d'après une population de 275 sujets**

Auteurs	Caractéristiques des sujets	N	Méthode	Statistique	Principaux résultats
Glenn <i>et al.</i> (1996)	Sujets aux comportements inadaptés avec une déficience intellectuelle moyenne et profonde.	5	Observation clinique des sujets.	X	L'attention est plus soutenue lors de tâches de manipulation d'objets comme les tubes scintillants ou vibrants, les balles en mousse de couleur, les ballons sonores. Des réponses affectives sont observées. Les parents sont enthousiastes.
Hutchinson & Haggar (1994) Ainsi que Haggar & Hutchinson (1991)	Sujets aux comportements inadaptés avec une déficience intellectuelle moyenne et profonde, et des troubles autistiques.	15	Observation clinique des sujets et entretien avec le personnel.	Descriptive	Effet positif de Snoezelen sur les états affectifs, les relations interpersonnelles et l'état relaxant, chez tous les sujets de l'étude. La nature de l'approche est non-directive. Effet positif dans la durée pour certains sujets.
Kenyon & Hong (1998)	Sujets aux comportements inadaptés avec une déficience intellectuelle moyenne ou profonde, ou une déficience sensorielle.	17	Entretien avec le personnel soignant.	Descriptive	87 % d'amélioration dans les comportements inadaptés. 66 % d'effet positif sur le plan des sensations de « plaisir ».
Kürsten (1994)	11 enfants normaux et 2 enfants déficients intellectuels. De 3 à 9 ans.	13	Pré-test et post-test.	Non utilisée	Pour la majorité des sujets (9 d'entre eux), la fréquence du pouls se réduit (effet non significatif). La majorité des sujets (9 /13) améliorent leur performance en coordination et en concentration lors d'un exercice psychomoteur après Snoezelen.

Tableau 1 (suite)

**Synthèse de 21 recherches cliniques sur l'approche Snoezelen,
d'après une population de 275 sujets**

Auteurs	Caractéristiques des sujets	N	Méthode	Statistique	Principaux résultats
Lindsay et al. (1997)	Déficience intellectuelle moyenne ou profonde. De 23 à 62 ans. Moyenne d'âge = 38.6	8	Mesures répétées dans quatre situations sensorielles différentes.	Déductive Sous forme de graphique	Amélioration de la concentration et des comportements adaptatifs. Pas d'effet significatif sur la notion de « plaisir » et la relaxation.
Long & Haig (1992)	Déficience intellectuelle moyenne ou profonde. Âge adulte.	4	Observation clinique des sujets.	Descriptive	Peu concluant sur le comportement affectif. Peu concluant sur l'interactivité. Toutefois, la mesure du plaisir est quantitativement plus élevée que la mesure du mécontentement.
Martin (2003)	Troubles autistiques et déficience mentale. De 24 à 39 ans. Moyenne d'âge = 29.25	4	Observation clinique en double cotation. Grille d'évaluation spécifique.	Graphiques descriptifs	Atténuation des troubles du comportement autistiques lors des séances. Effet relaxant. Effet sur l'éveil sensoriel. Effets positifs pendant les séances, mais peu significatifs après les séances.
Martin et al. (1998)	Déficience intellectuelle moyenne et profonde. De 22 à 61 ans. Moyenne d'âge = 38	27	Observation clinique et grilles d'évaluation.	Déductive Procédure expérimentale rigoureuse et complète	Aucune amélioration sur les performances fonctionnelles. Pas d'amélioration sur les comportements perturbés. Environnement confortable, les sujets sont dans un état de confiance. Aucune généralisation.

Tableau 1 (suite)

**Synthèse de 21 recherches cliniques sur l'approche Snoezelen,
d'après une population de 275 sujets**

Auteurs	Caractéristiques des sujets	N	Méthode	Statistique	Principaux résultats
Matson et al. (2004)	Retard mental sévère et profond. 36 hommes et 16 femmes de 24 à 73 ans.	52	Observation clinique et grille d'évaluation.	Déductive ANOVA	Effets statistiquement significatifs sur l'éveil sensoriel. Certaines sources de stimulation visuelle sont très significatives.
Meijs-Roos (1990)	Déficience intellectuelle profonde. De 8 à 40 ans.	6	Observation clinique des sujets.	Déductive	Aucun effet sur les états affectifs. Aucun effet sur les stéréotypies. Aucune généralisation.
Shapiro et al. (1997)	Déficience intellectuelle moyenne et sévère. De 5 à 10 ans.	20	Observation clinique en aveugle.	Déductive	Réduction des comportements inadaptés. Effet relaxant et effet de « normalisation » de Snoezelen sur le rythme cardiaque.
Singh et al. (2004)	Trois groupes mixtes de 15 sujets au retard mental sévère et profond, et avec des troubles du comportement. De 22 à 57 ans. Moyenne d'âge = 41,83	45	Observation clinique des groupes de sujets. Avec grille d'évaluation. Personnel formé pour l'intercotation.	Déductive ANOVA	Effet statistiquement significatif pendant les séances pour l'atténuation des comportements hétéroagressifs. Effet positif pour les comportements auto-agressifs, mais pas significative s. Effets positifs, mais pas statistiquement significatifs, en dehors des séances.

Tableau 1 (suite)

**Synthèse de 21 recherches cliniques sur l'approche Snoezelen,
d'après une population de 275 sujets**

Auteurs	Caractéristiques des sujets	N	Méthode	Statistique	Principaux résultats
Terry & Hong (1998)	Personnel soignant.	4	Entrevues et observation des soignants.	Qualitative	Les soignants confirment la valeur thérapeutique et l'effet relaxant de Snoezelen. L'environnement est immuable, donc sûr pour les sujets.
Thompson & Martin (1994)	Déficience intellectuelle moyenne. De 26 à 32 ans. Moyenne d'âge = 28.7	6	Observation clinique des sujets.	Descriptive	Le choix de l'équipement et de l'aménagement de la salle Snoezelen est aussi en fonction des demandes venant des sujets. Utilisation de certains éléments de l'environnement. Réponses affectives.
Van Lankveld (1992)	<u>3 groupes :</u> Niveau élevé, niveau bas ambulatoire et niveau bas non ambulatoire. De 30 à 54 ans. Moyenne d'âge = 40.1	15	Comparaison des groupes.	Déductive	Aucune différence significative entre les groupes. Aucun effet de Snoezelen sur l'activité sensorielle. Aucun effet de Snoezelen sur l'activité physique. Réduction notable des gestes et contacts à l'intérieur de la salle Snoezelen. Comportement plus calme et apaisé. État de bien-être lors de l'atelier musical.
Withers & Ensun (1995)	Enfant atteint de déficience intellectuelle.	1	Observation clinique du sujet.	X	L'effet de Snoezelen sur les comportements inadaptés est peu concluant.

pathologies associées, comme le syndrome autistique (Fagny, 2000; Germeau, 1998; Hutchinson & Haggar, 1994; Haggar & Hutchinson., 1991; Martin, 2003 a et b, et 2004) ou des troubles mentaux (ex. : schizophrénie et autres troubles psychotiques) (Singh, Lancioni, Winton, Molina, Sage, Brown & Groeneweg, 2004).

Cinq études ont été réalisées avec des enfants (Shapiro, Parush, Green & Roth, 1997; Withers & Ensum, 1995; Meijs-Roos, 1990; DeBunsen, 1994; Kürsten, 1994). Les profils psychologiques des sujets sont divers, mais ils correspondent à la population cible pour bénéficier d'une prise en charge dans un cadre Snoezelen.

Les hypothèses

Pour beaucoup de ces études, il s'agit de mettre en avant l'hypothèse d'une régulation sensorielle grâce à l'environnement Snoezelen. Nombre de chercheurs émettent aussi l'hypothèse que les environnements Snoezelen favorisent l'apaisement psychique, tout en procurant aux individus ayant un retard mental un état de bien-être. D'autres formulent l'hypothèse d'effets relaxants qui peuvent être générés par cette prise en charge. En somme, les auteurs avancent que ce type d'aménagement contribue à améliorer le comportement et la qualité de vie globale de ces personnes.

Méthodes et résultats

Dans toutes les recherches, la méthode employée a été d'installer un espace Snoezelen de taille variable (environ de 30 à 50 m²). L'équipement et l'arrangement étaient adaptés aux objectifs poursuivis par chacune des études. Par exemple, Thompson et Martin (1994) ne se sont servis que de certains éléments spécifiques à Snoezelen, sans exposer les sujets à l'ensemble de l'aménagement que propose ce type d'environnement. D'autres ont cherché à comparer l'environnement Snoezelen à d'autres lieux et à d'autres pratiques institutionnelles. Long et Haig (1992) ont fait un comparatif avec l'occupation des sujets lors de moments de temps libre en institution. Lindsay, Pitcaithly, Geelen, Buntin, Broxholme et Ashby (1997) ont comparé le moment

Snoezelen avec des moments de massage, de relaxation, et avec d'autres formes de thérapies actives, sans pour autant obtenir d'effets significatifs. Withers et Ensum (1995) ont choisi de s'intéresser au confort de Snoezelen par rapport à celui d'une maison en comparant le comportement d'un seul sujet, mais les résultats sont peu significatifs. Meijs-Roos (1990) a étudié les effets des stimulations auditives dans Snoezelen, comparé à un atelier musical de forme classique sur les troubles du comportement; ici encore, les résultats sont peu significatifs. L'auteur ne rapporte pas, en l'occurrence, de résultats très satisfaisants sur l'amélioration de certains comportements comme les stéréotypies. C'est aussi ce que mentionnent Martin, Gaffan et Williams (1998), les données des différentes analyses statistiques de leur étude ne montrent aucun effet global de l'environnement Snoezelen.

En revanche, Shapiro, Parush, Green et Roth (1997) ont mis en parallèle l'environnement Snoezelen et une salle de jeu ordinaire pour enfants. Leurs résultats sont plus probants. Il semble que l'environnement Snoezelen apporte des stimulations sensorielles adaptées qui auraient un certain impact sur le système nerveux central des sujets mis en situation. En effet, les comportements stéréotypés et d'autres types de comportements, liés à la population étudiée, semblent diminuer dans l'environnement Snoezelen. Autrement dit, la fréquence et la durée de comportements plus adaptés augmentent à l'intérieur du Snoezelen. Dans cette étude, la fréquence cardiaque des sujets a été enregistrée pour connaître les effets relaxants du lieu. Il s'avère que dans l'environnement Snoezelen, le changement de fréquence cardiaque semble avoir une fonction de normalisation. Effectivement, la fréquence diminue chez les enfants pour qui le rythme était au départ élevé, et elle augmente chez les enfants pour qui le rythme cardiaque était plutôt bas. Les diverses observations de cette étude soulignent plusieurs intérêts qu'offre un tel environnement. D'une part, on observe une combinaison harmonieuse des stimuli pour chaque sens étudié. D'autre part, il est remarqué une qualité constante des stimuli, leur prévisibilité et leur durabilité. Puis, les auteurs soulignent la nature fortement protectrice de cet environnement. Des mesures physiologiques ont aussi été relevées

dans l'étude de Kürsten (1994), elles appartiennent à onze enfants normaux et deux enfants atteints d'incapacités intellectuelles. Les principaux objectifs étaient d'évaluer l'impact de Snoezelen sur la relaxation, la coordination motrice et la concentration des enfants qui étaient âgés de 3 à 9 ans. La fréquence du pouls a été prise pour s'assurer de l'état de relaxation physiologique des sujets soumis à cet environnement. Il s'avère que le taux a été réduit pour neuf d'entre eux, bien que cette mesure ne soit pas significative statistiquement. Concernant les deux enfants ayant des incapacités intellectuelles, la fréquence cardiaque a diminué pour l'un, mais a augmenté pour l'autre. Concernant la relaxation mentale, celle-ci a été évaluée en utilisant un exercice psychomoteur de coordination et de concentration après la séance. L'auteur indique que sur cette tâche donnée, l'amélioration est évidente pour sept d'entre eux, mais là encore, ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs. Kürsten (1994) conclut néanmoins que Snoezelen a contribué à favoriser la motivation et l'amélioration de la coordination et de la concentration chez ces enfants.

Pour sa part, Van Lankveld (1992) a utilisé une gamme très complète de catégories d'items destinés à affiner l'observation clinique. Il fournit avec beaucoup de détails les positions et le mouvement de la tête, le positionnement et le mouvement du corps, les gestes, le contact, le bruit, la locomotion et les expressions faciales de chaque sujet. Cette dernière catégorie inclut, par exemple, les sourires, les rires et les bouderies. Il constate une impression globale d'un comportement plus calme pour chacun des sujets observés. Il interprète ce phénomène comme le résultat d'un environnement qui ne propose pas une activité forcée et contraignante, et qui prédisposerait les sujets à adopter des comportements plus apaisants. C'est ce que montrent également Fagny (2000) et Martin (2003 a) auprès de sujets autistes d'âge adulte. Singh *et al.* (2004) indiquent aussi un effet statistiquement significatif de l'environnement Snoezelen sur certains troubles du comportement (autoagressions) avec des adultes atteints de déficience intellectuelle grave et sévère, associée à des troubles mentaux, en comparant Snoezelen à des lieux de vie et d'apprentissage professionnel. Autrement, l'enregistrement vidéo est un support peu

utilisé, excepté dans l'étude de Meijs-Roos (1990), qui a filmé les sujets dans la salle Snoezelen du début jusqu'à la fin des séances. Terry et Hong (1998) ont observé les attitudes des accompagnants lors des séances Snoezelen, et ils ont procédé à des interviews. D'autres études soulignent que des entretiens ont aussi eu lieu avec le personnel encadrant. Cependant, seul Germeau (1998) présente un questionnaire bien développé à l'attention des professionnels concernés. Une majorité des études entreprises rendent compte des attitudes positives des professionnels utilisant le support Snoezelen. Les professionnels se sont aperçus qu'ils ciblaient mieux les besoins des usagers et qu'ils enrichissaient, par la même occasion, leurs relations avec eux, mais aussi entre professionnels. De plus, les personnels éducatifs reconnaissent que leur travail paraît être valorisé, ils affirment être très satisfaits et enthousiastes (De Bunsen, 1994). De leur côté, des mères de résidants ont été interrogées sur leurs impressions envers cet environnement multi-sensoriel. Glenn, Cunnigham et Shorrocks (1996) notent que la représentation qu'elles s'en font est très positive. Certaines commentent qu'elles se sont forgé de nouveaux espoirs à l'attention de leur enfant.

D'autres études, plus critiques (Martin *et al.*, 1998 ; Terry & Hong, 1998), ne reconnaissent pas l'effet de l'environnement Snoezelen sur l'enrichissement de liens interrelationnels entre résidants et accompagnants. Les raisons invoquées du succès de cette pratique sont que Snoezelen propose un environnement immuable et confortable, sans effet parasitaire. Pour ces auteurs, l'environnement est sûr, ce qui met les personnes dans un état de confiance.

À l'inverse, Mount et Cavet (1995) expriment que l'avantage de Snoezelen réside exclusivement dans l'établissement de liens interactifs et relationnels plutôt que dans ses aspects multi-sensoriels.

De leur côté, Haggart et d'Hutchinson (1991) stipulent la nature non-directive de Snoezelen. Ils apportent des résultats satisfaisants dans les domaines de la relaxation, du plaisir et de la facilitation des rapports interpersonnels. Hutchinson et Haggart (1994) préconisent Snoezelen comme une activité de loisirs et de détente qui offre à ses

participants un certain plaisir, des stimulations positives et un effet relaxant.

D'autres auteurs (Ashby, Broxholme, Pitcaithly & Lindsay, 1995; Lindsay *et al.*, 1997; Martin *et al.*, 1998) ont montré l'intérêt des séances Snoezelen dans l'amélioration des comportements adaptatifs et dans la concentration des sujets. Glenn *et al.* (1996) indiquent que les sujets sont plus attentifs lorsqu'ils manipulent des tubes scintillants, des tubes vibrants, des balles en mousse de couleur et des ballons sonores, même si les effets observés ne sont pas constants.

Discussion

À travers l'analyse du contenu de ces études se dégage l'idée d'établir une relation entre les stimulations sensorielles douces et la réduction de comportements stéréotypés et de comportements inadaptés. Cependant, le souci principal de certaines études portant sur Snoezelen est d'ordre méthodologique. La communication de données cliniques qualitatives est certes présente pour chaque sujet observé, mais la fiabilité des évaluations rend difficile l'interprétation des résultats ainsi que les conclusions à tirer de certaines de ces études (De Bunsen, 1994; Kenyon & Hong, 1998; Long et Haig, 1992; Hutchinson & Haggard, 1994). Il semble qu'un outil d'évaluation clinique permettant d'observer de manière plus fine et homogène les modifications de comportements sensoriels induits par cette prise en charge soit pertinent. C'est tout l'intérêt de la grille d'observation clinique des explorations sensorielles et des troubles du comportement qui a été construite dans le cadre d'une étude longitudinale auprès de sujets autistes (Martin, 2003 a et b). La mesure de l'évolution des comportements d'approche et d'exploration sensorielle, et des troubles du comportement (angoisses, stéréotypies, troubles relationnels, troubles de la communication, adaptation à l'environnement), est possible qualitativement et quantitativement, car elle est fondée sur une échelle de graduation d'intensité (de 1 : peu de troubles, à 5 : problèmes majeurs). L'intérêt clinique de cet instrument de mesure n'est pas de constater des compétences exceptionnelles autocentrées des sujets observés, mais de pouvoir observer une certaine

ouverture de leur part et de constater précisément les interactions réciproques, mêmes élémentaires. Il reste maintenant à valider l'outil sur un échantillon plus important qui permettrait, entre autre, la mise en évidence d'une relation entre l'évolution sensorielle et l'évolution communicative et sociale de ces personnes dans ce lieu spécifique qu'est Snoezelen.

Il est nécessaire de repréciser que la majorité de ces recherches affiche des résultats relativement positifs et satisfaisants concernant des populations jeunes et adultes ayant des capacités intellectuelles déficientes, avec ou sans troubles associés. Cependant, chacune d'entre elles possède des hypothèses et des méthodes expérimentales propres, ce qui se ressent dans l'interprétation qu'en fait chaque auteur. Il est par conséquent assez difficile d'apporter des éléments critiques et contradictoires ou d'essayer de trouver une homogénéité d'ensemble. Chacune de ces expériences propose son propre protocole expérimental.

Dans toutes ces études, le nombre de participants pour chaque séance Snoezelen a été volontairement limité afin de conserver une qualité dans la prise en charge et pour favoriser au mieux l'observation clinique des chercheurs. Le postulat étant qu'un nombre trop important d'utilisateurs dans un espace délimité induit des réactions plutôt négatives et provoque un climat d'insécurité.

D'après tous ces résultats, il apparaît que des études plus approfondies sur de plus longues périodes d'observation avec des publics au même profil pathologique doivent être menées, de façon homogène, notamment en France. Même si les résultats globaux paraissent dans l'ensemble satisfaisants, Snoezelen est loin d'être une panacée. Hogg *et al.* (2001) apportent une réflexion pertinente lorsqu'ils annoncent que les espaces Snoezelen doivent être pensés en fonction des personnalités et du potentiel de chacun, et qu'il n'est pas nécessaire de les confronter à l'ensemble de l'équipement mis à leur disposition. Une autre idée mise en avant est la prise en compte des demandes du bénéficiaire au fur et à mesure de ses avancées dans cet environnement Snoezelen.

Par ailleurs, aucune étude ne montre à travers ses résultats que les effets de Snoezelen sont maintenus dans le temps. Fagny (2000) précise une période d'apaisement de cinq minutes après l'activité, mais pas au-delà; Martin (2003 a et b) souligne une légère atténuation de certains comportements, juste après les séances. Il résulte que si l'expérience multisensorielle agit sur le système nerveux central, ses effets paraissent se limiter à la situation spécifique. Une hypothèse pourrait être formulée, celle que Snoezelen peut apporter des effets sur de plus longues périodes, à condition d'aménager d'autres environnements de ce type dans l'espace institutionnel. Il serait intéressant dans une recherche future de comparer deux mêmes types d'unité de vie comportant, dans l'une, une salle Snoezelen unique, et dans l'autre, un équipement réparti dans l'ensemble de la structure (comme la salle de restauration, les chambres, les couloirs, les salles d'eau), ce qui contribuerait fortement à générer une atmosphère générale de bien-être et d'épanouissement.

CONCLUSION

Ainsi, ces différentes recherches montrent l'intérêt de cette approche basée sur des stimulations sensorielles douces. Les accompagnateurs sont à la recherche d'un support qui les aide à développer à la fois l'éveil sensoriel et des interactions sociales de qualité. L'approche Snoezelen paraît donc être indiquée pour aller dans ce sens. Cette technique de prise en charge peut être également pensée comme complémentaire à d'autres pratiques et d'autres méthodes déjà instituées, à condition que la procédure de la prise en charge soit clairement réfléchie.

C'est pourquoi les recherches cliniques en psychologie sont essentielles pour apporter des

données objectives et une analyse plus fine des effets de l'environnement Snoezelen sur certaines populations. Elles servent à comprendre et à améliorer cette approche. C'est notamment l'exemple des recherches de Matson *et al.* (2004) et de Martin (2004), qui se sont intéressés à l'efficacité des stimuli sensoriels de Snoezelen sur des individus ayant un retard mental sévère et profond. Ces études montrent que Snoezelen est un support efficace et fiable pour maintenir l'éveil sensoriel de cette population. En effet, les données de l'étude de Matson *et al.* sont encourageantes parce qu'elles sont statistiquement significatives, sur un échantillon de 54 sujets. Par exemple, les stimuli visuels de Snoezelen semblent provoquer de nombreuses réactions positives de la part des sujets observés. Martin (2004) souligne qu'avec des accompagnateurs formés à la démarche Snoezelen et un environnement sensoriel suffisamment structuré et stimulant, on obtient alors de la part des sujets des explorations sensorielles riches et diversifiées.

Les résultats globaux de ces vingt et une études sont riches sur un plan clinique, car ils permettent d'affirmer l'intérêt de proposer à cette population des programmes réguliers d'activités sensorielles qui sont à planifier dans le cadre de leur vie quotidienne. De plus, Snoezelen propose un équipement de stimulation qui paraît approprié à toutes les tranches d'âge de cette population. Snoezelen sert aussi à cerner davantage les sources de stimulations sensorielles pour lesquelles chaque sujet répond positivement à leur contact. La voix de la recherche clinique est donc à poursuivre dans ce domaine, car elle contribue à améliorer et à guider les pratiques de soin auprès de ces personnes extrêmement dépendantes.

A REVIEW OF INTERNATIONAL CLINICAL RESEARCH ON THE SNOEZELAN APPROACH IN MENTAL HEALTH

This article puts in prospect 21 recent studies carried out in Europe and in the United States on the Snoezelen approach. On the whole, 275 subjects (children, teenagers and adults, both with sexes)

mental disorders, associated to backwardness have benefited of this care. In all research, we choose to use a Snoezelen space. Some method reinforced their clinical observations by the use of evaluation scale and deductive statistics. The results from one study to another are varied : For most of them, we notice a sensory regulation thanks to the Snoezelen environment. And, it seems that a relation between sensory stimulations and the decrease of stereotyped and unsuited behaviors is established.

BIBLIOGRAPHIE

- ASHBY, M., BROXHOLME, S., PITCAITHLY, D. & LINDSAY, W. R. (1995) Snoezelen : Its Effects On Concentration and Responsiveness In People With Profound Multiple Handicaps. *British Journal of Occupational Therapy* 58, 303-307.
- CLELAND, C.C. & CLARK, C. M. (1966) Sensory Deprivation And Aberrant Behavior Among Idiots. *American Journal Of Mental Deficiency* 71.
- DE BUNSEN, A. (1994) A Study In the Implication of the Snoezelen Resources At Limington House School. In : Hutchinson, R. et Kewin, J. (Eds), *Sensations & Disability : Sensory Environments For Leisure, Snoezelen, Education & Therapy*. ROMPA, Chesterfield, pp. 138-162.
- FAGNY, M. (2000) L'impact de la technique du « Snoezelen » sur les comportements indiquant l'apaisement chez les adultes autistes. *Revue francophone de la déficience intellectuelle* 11 (2), 105-115.
- FRÖHLICH, A. (1991) *La stimulation basale*. S.Z.H./S.P.C., Lucerne.
- FRÖHLICH, A., RENARD QUIX, E., MARTIN, J. P., DETRAUX, J. J. & CORNAZ, J. (1995) Cinquième session. In : CTNERHI, *Le polyhandicap*. Éditions du Centre technique national d'études et de recherches des handicaps et des inadaptations, Paris, pp.119-146.
- GERMEAU, I. (1998) *Une approche particulière dans la relation personne autiste/éducateur en milieu institutionnel : Le Snoezelen*. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Liège.
- GLENN, S., CUNNINGHAM, C. & SHORROCK, A. (1996) Social Interactions In Multi-sensory Environments. In : Bozic, N et Murdoch, H. (Eds), *Learning Through Interaction*. David Fulton, London, pp. 66-82.
- HAGGAR, L. E. (1994) A Short Training Package For Care Staff Using Snoezelen Environments With Profoundly and Multiply Disabled Clients. In : Hutchinson, R. et Kewin, J. (Eds), *Sensations & Disability : Sensory Environments For Leisure, Snoezelen, Education & Therapy*. ROMPA, Chesterfield.
- HAGGAR, L. E. & HUTCHINSON, R. B. (1991) Snoezelen : An Approach To the Provision of a Leisure Resource For people With Profound and Multiple Handicaps. *Mental Handicaps* 19, 51-55.
- HOGG, J., CAVET, J., LAMBE, L. & SMEDDLE, M. (2001) The Use Of Snoezelen as Multisensory Stimulation With People With Intellectual Disabilities : a Review of the Research. *Research In Developmental Disabilities* 22 (5), 353-372.
- HULSEGG, V. & VERHEUL, A. (1989) *Snoezelen, un autre monde*. Éditions Erasme, Namur, (2^e édition, 2004).
- HUTCHINSON, R. & HAGGAR, L. (1994) The Development and Evaluation of a Snoezelen Leisure Resource For People With Severe Multiple Disability. In : Hutchinson, R. et Kewin, J. (Eds), *Sensations & Disability : Sensory Environments For Leisure, Snoezelen, Education & Therapy*. ROMPA, Chesterfield, pp. 18-55.
- ITARD, J. (1983) *Mémoire et rapport sur Victor de l'Aveyron*. Dans : Malson, L., Les enfants sauvages. Christian Bourgois Éditeur, Paris, 1990.
- KENYON, J. & HONG, C. S. (1998) An Explorative Study of the Function of a Multisensory Environments.

- British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 5, 619-623.
- KÜRSTEN, K. (1994). *Einsatzmöglichkeiten Alternativer Unterrichtsformen am Beispiel des Snoezelens in Der Grundschule*. In : Hutchinson, R. et Kewin, J. (Eds), *Sensations & Disability: Sensory Environments For Leisure, Snoezelen, Education & Therapy*. ROMPA, Chesterfield, pp. 267-283.
- LINDSAY, W. R., PITCAITHLY, Y. D., GEELEN, N., BUNTIN, L., BROXHOLME, S. & ASHBY, M. (1997). A Comparison of the Effects of Four Therapy Procedures On Concentration and Responsiveness In People With Profound Learning Disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 41 (3), 201-207.
- LONG, A. P. & HAIG, L. (1992) How Do Clients Benefit From Snoezelen? An Exploratory Study *British Journal of Occupational Therapy* 55, 103-106.
- MARTIN, N. T., GAFFAN, E. A. & WILLIAMS, T. (1998) Behavioural Effects Of Long Term Multi-sensory Stimulation. *British Journal of Clinical Psychology* 37 (1), 69-82.
- MARTIN, P. (2004a). *Quels sont les effets de la démarche Snoezelen sur les personnes autistes*. Le lien social 727, 12-13.
- MARTIN, P. (2004b). Un environnement Snoezelen pour des adultes atteints d'autisme associé à un retard mental. *Revue québécoise de psychologie*. (à paraître fin 2005)
- MARTIN, P. (2003a) Effets d'une prise en charge Snoezelen sur les troubles du comportement d'adultes autistes. *Revue francophone de la déficience intellectuelle* 14 (2), 152-161.
- MARTIN, P. (2003b). *Un modèle de soins psychologiques et d'évaluation, inspiré de l'approche Snoezelen pour des adultes atteints d'autisme*. Thèse de doctorat en psychologie clinique et psychopathologie, Institut de psychologie, Université René-Descartes, Paris 5.
- MATSON, J. L., BAMBURG, J. W. & SMALLS, Y. (2004) An Analysis of Snoezelen Equipment to Reinforce Persons With Severe or Profound Mental Retardation. *Research in Developmental Disabilities* 25, 89-95.
- MEIJS-ROOS, K. (1990) Effect van « Snoezelen » op het gedrag en kennelijk welbevinden van diepzwakzinnigen. *Nederlands Tijdschrift voor Zwakzinnigenzorg* 7, 144-150.
- MONTESSORI, M. (1909) *Il metodo della pedagogia scientifica applicato all'autoeducazione infantile nella Casa dei Bambini*. Lapi, Citta di Castella. [Traduction française, 1952. *Pédagogie scientifique, la découverte de l'enfant*. Desclée de Brouwer, Paris].
- MOUNT, H. & CAVET, J. (1995) Multi-sensory Environments : An Exploration of Their Potential For Young People With Profound and Multiple Learning Difficulties. *British Journal of Special Education*, 22, 52-55.
- PAGLIANO, P. (1999) *Multisensory environments*. Rompa, Chesterfield, UK.
- SHAPIRO, M., PARUSH, S., GREEN, M. & ROTH, D. (1997) The Efficacy of the « Snoezelen » In the Management of Children With Mental Retardation Who Exhibit Maladaptive Behaviours. *The British Journal of Developmental Disabilities* 85 (43,2).
- SINGH, N. N., LANCIONI, G. E., WINTON, A. S., MOLINA, E. J., SAGE, M. & BROWN, S. & GROENEWEG, J. (2004) Effects of Snoezelen Room, Activities of Daily Living Skills Training and Vocational Skills Training on Aggression and Self-injury By Adults With Mental Retardation and Mental Illness. *Research in Developmental Disabilities* 25 (3), 285-293.
- TERRY, P. A. & HONG, C. S. (1998) People With Learning Disabilities and Multisensory Environments. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 5, 630-633.
- THOMPSON, S. B. N. & MARTIN, S. (1994) Making Sense of Multisensory Rooms For People With Learning Disabilities. *British Journal of Occupational Therapy* 57, 341-344.
- VAN LANKVELD, J. J. D. M. (1992) Gedragsveranderingen Bij Zwakzinnigen Tijdens Snoezelen. *Nederlands Tijdschrift voor Zwakzinnigenzorg* 1, 34-48.
- WITHERS, P. S. & ENSUM, I. (1995). Successful Treatment of Severe Self Injury Incorporating the Use of DRO, a Snoezelen Room and Orientation Cues. *British Journal of Learning Disabilities* 23, 164-167.