

EFFETS D'UNE PRISE EN CHARGE SNOEZELLEN SUR LES TROUBLES DU COMPORTEMENT D'ADULTES AUTISTES

Pascal Martin

Cet article présente une partie des résultats d'une recherche clinique longitudinale (Martin, 2003) qui a été menée dans le cadre d'une thèse de doctorat de 3^e cycle, sous la direction du professeur Jean-Louis Adrien, de l'Institut de Psychologie de l'Université René Descartes, Paris 5. L'intérêt majeur de cet article est de proposer un modèle de prise en charge et de soins psychologiques évaluables auprès d'adultes autistes en institution, inspiré de l'approche Snoezelen, qui conduirait à atténuer sensiblement certains troubles du comportement autistique. Cette étude s'est déroulée sur trois années, dans un établissement public pour adultes qui dépend de la fonction publique hospitalière : La Maison d'Accueil Spécialisée de l'Oudon à Segré dans le département du Maine-et-Loire, France.

INTRODUCTION

Les personnes autistes sont reconnues pour leur angoisse excessive et leurs fréquents comportements inadaptés (stéréotypies, auto- et hétéro-agressivité). Il est certain qu'un grand nombre de techniques et de méthodes d'intervention existent déjà dans les domaines éducatif et thérapeutique en faveur de ces personnes. Elles sont surtout employées dans le secteur de l'enfance et de l'adolescence, et pas assez dans le secteur adulte. En outre, les références théoriques qui se rattachent à ces différents modes d'intervention peuvent appartenir à différents modèles, comme l'approche neuropsychobiologique, l'approche cognitivo-comportementale ou le courant psychodynamique.

De notre côté, nous avons choisi de nous inspirer d'un tout autre modèle que nous avons jugé pertinent par rapport à des sujets autistes d'âge adulte, et qui continuent à manifester des troubles du comportement, sans que ceux-ci exigent une intervention psychiatrique.

Il s'agit de l'approche Snoezelen. Le mot Snoezelen est en réalité 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, en réalité, une notion d'équilibre entre la stimulation sensorielle et la relaxation corporelle (sans oublier l'aspect relationnel qu'il revêt). 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 psychopathologie et Psychologue clinicien, Laboratoire de Psychologie Clinique et Psychopathologie, Université René Descartes-Paris 5, 71, avenue Edouard Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt et Maison d'accueil spécialisée de l'Oudon, Rue du Rocher, 49500 Segré, France.

Cette démarche a vu le jour aux Pays-Bas dans les années 1970. Ce sont deux psychologues Jan Hulsegge & Ad Verheul (1989) du Centre De Hartenberg à Ede qui en sont les initiateurs. 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, nous pensons notamment à Jean Itard (1983) au XVIII^e siècle avec l'enfant, Victor. Nous pouvons citer Maria Montessori qui a développé les jardins d'enfants, à l'intérieur desquels elle laissait librement s'exprimer l'intelligence de jeunes par des apprentissages sensoriels.

Plus récemment, Cleland & Clarck (1966) ont proposé une méthode qui vise à stimuler les sens. Cette méthode peut se confondre au Snoezelen, elle est appelée par ses auteurs « *caféteria sensorielle* ».

Puis, Fröhlich (Fröhlich, Renard Quix, Martin, Detraux & Cornaz, 199 ; Fröhlich, 1991) a défini le concept de « *stimulation basale* ». Par ses apports, ce dernier a fortement contribué à théoriser la pratique des stimulations sensorielles.

Avec le temps, les études ont fleuri dans les pays comme le Royaume-Uni, l'Allemagne, la Hollande et la Belgique. Hogg, Cavet, Lambe & Smeddle (2001) ont fait un état de la recherche actuelle sur l'utilisation de Snoezelen comme moyen de stimulations sensorielles pour des personnes atteintes d'incapacités intellectuelles et d'autisme. Ils précisent que des études se sont intéressées à l'utilisation d'environnements « *Snoezelen* » avec des enfants et des adultes handicapés mentaux (Kewin, 1994; Messbauer, 1999; Hutchinson & Hagger, 1994). Dans ces études, les résultats sont globaux, il y est indiqué que chaque sujet a bénéficié positivement des apports de Snoezelen.

Cependant, deux recherches ont concerné des sujets atteints d'autisme (Germeau, 1998; Faguy, 2000).

Toutefois, les objectifs de ces deux études sont sensiblement différents.

En ce qui nous concerne, nous avons voulu savoir si le fait de prodiguer des soins psychologiques dans un environnement d'inspiration Snoezelen, pouvait atténuer certains troubles du comportement dont souffrent les personnes autistes, en exploitant notamment comme support de base des stimuli sensoriels.

HYPOTHÈSE

Une salle sensorielle spécifiquement aménagée avec une disposition structurée des éléments qui sont facilement repérables, crée une dimension immuable à l'environnement. Ce lieu qui ne change pas dégage un climat serein qui sécurise les sujets autistes. Cette impression de « *contenance* » s'enrichit par les accompagnants, en raison de leur disponibilité et de leur comportement prévisible. Avec ce dispositif mis en place, on s'attend alors à ce que les troubles du comportement autistique, comme les stéréotypies et les agressions s'atténuent pendant les séances et quelques temps après, à condition que les ateliers soient suivis de façon régulière.

Nous avons évalué ce phénomène grâce à une grille d'observation que nous avons élaborée à cet effet.

MÉTHODE

Les sujets

Les quatre sujets de notre recherche sont accueillis dans la Maison d'Accueil Spécialisée de l'Oudon qui est implantée sur la commune de Segré (49). Les critères du DSM IV (1994), nous ont permis très distinctement d'évaluer leur état autistique, en l'occurrence l'altération qualitative des interactions sociales, l'altération qualitative de la communication, le caractère restreint et stéréotypé des comportements. Puis, d'après les dossiers administratifs et le témoignage de leur famille, le retard ou le caractère anormal du fonctionnement a débuté avant l'âge de trois ans.

De plus, l'échelle d'Evaluation des Comportements Autistiques-Révisée (ECA-R, Lelord & Barthélémy, 1989) a révélé chez ces personnes différents symptômes autistiques correspondant à des troubles du comportement, comme la recherche de l'isolement, l'intolérance au changement, des signes d'anxiété, des troubles de l'humeur, des auto- et hétéro-agressions importantes – le tableau 1 présente les caractéristiques de l'échantillon.

Procédure expérimentale

Le protocole expérimental de la recherche s'est

centré sur l'observation clinique. Nous avons au préalable affiné nos observations lors d'une période d'observation exploratoire de plusieurs semaines pour obtenir une grille d'évaluation que nous nommons : « Évaluation des troubles du comportement ». Cette grille bénéficie de cinq critères et chaque critère bénéficie de cinq degrés spécifiques. Il s'agit d'observer si les sujets autistes ont des comportements différents durant les séances sensorielles et en dehors – le tableau 2 présente le contenu détaillé de la grille.

Tableau 1

Les caractéristiques de l'échantillon

SUJETS	1	2	3	4	N=4
SEXES	F	M	M	M	1F/3M
AGE	25	29	39	24	X=29.25

Tableau 2

Évaluation des troubles du comportement

CRITERES	DÉGRES
<p>Critère 1 (C1) :</p> <p>Manifestations d'anxiété ou d'anxiété</p>	<p>Degré 1 : Accepte la situation dès le départ et ne marque aucune manifestation d'anxiété ou d'anxiété apparente; Comportement épanoui, serein, apaisé.</p> <p>Degré 2 : Intolérant au départ, mais finit progressivement par accepter la situation et les changements.</p> <p>Degré 3 : Indifférent, neutre, ne laisse rien passer.</p>

Tableau 2 (suite)

Évaluation des troubles du comportement

CRITÈRES	DEGRÉS
Critère 1 (C1) : Manifestations d'angoisse ou d'anxiété	Degré 4 : Pleurs, tremble, manifeste de l'inquiétude, besoin d'être réassuré, d'être en confiance. Degré 5 : Cris, agressions envers les objets, agressions verbales, auto-agressivité et ou hétéro-agressivité physique.
Critère 2 (C2) : Stéréotypies et ou rituels	Degré 1 : Aucun stéréotype et ou rituel à observer. Degré 2 : Peut se défaire de ses stéréotypies et ou de ses rituels seul(e) et à la demande de l'accompagnant. Degré 3 : Comportements stéréotypés et ou ritualisés observés dans certaines activités d'explorations par intermittence. Degré 4 : S'adonne à des stéréotypies de façon fréquente : se balance, tourne sur lui-même, à des battements d'ailes, agite ses mains devant ses yeux. Degré 5 : Pas de possibilité de maîtrise; Stéréotypes et ou rituels permanents.
Critère 3 (C3) : Troubles dans les relations avec l'accompagnant, les autres résidents	Degré 1 : Provoque des interactions, a des demandes et le fait savoir par des gestes, des mimiques, des sons, des mots, des phrases. Degré 2 : La relation s'interrompt avec l'accompagnant de sa propre initiative. De temps à autre, il revient vers l'accompagnant ou les autres résidents. Degré 3 : Maintient la relation privilégiée avec l'accompagnant, apprécie le contact de ou des autres résidents, des signes affectifs sont apparents. Degré 4 : Fuit, s'écarte, se met en retrait, préfère s'isoler, reste peu à côté de l'autre. Degré 5 : Relation inexistante.

Tableau 2 (suite)

Évaluation des troubles du comportement

CRITÈRES	DEGRÉS
<p>Critère 4 (C4) :</p> <p>Troubles dans les émotions, les expressions et la communication</p>	<p>Degré 1 : Le comportement émotionnel est en harmonie avec les situations vécues. Rit, sourit, manifeste son contentement ou son mécontentement, est capable de fournir des expressions riches et diversifiées. Se donne les moyens de communiquer pour se faire comprendre.</p> <p>Degré 2 : Certaines émotions sont maîtrisées. Certains comportements expressifs sont significatifs. Pas d'initiatives pour communiquer, mais s'intéresse à la communication des autres, aux actions, aux contacts.</p> <p>Degré 3 : Variété dans les émotions, passage d'un sourire à un rire voire à des éclats de rire, mais parfois sans maîtrise. Des moyens d'expression sont exploités à travers des sons, des gestes, des postures. La communication peut s'établir à condition que l'accompagnant fasse la démarche. Comprend ce qu'on lui demande.</p> <p>Degré 4 : Des comportements émotionnels existent, mais ils ne sont pas forcément en lien avec la réalité : (Ex. : Cris persistants, gémissements, lamentations). Les expressions observées sont dysharmonieuses (Ex. : Jeter les objets avec violence). Les moyens de communiquer sont difficiles à percevoir.</p> <p>Degré 5 : Pas ou peu d'émotions dévoilées. Les expressions sont pauvres, voire inexistantes. Sur le plan de la communication, aucun signe communicatif.</p>
<p>Critère 5 (C5) :</p> <p>Troubles dans les réactions à l'environnement</p>	<p>Degré 1 : Est à l'aise et épanoui, participe même au changement de l'environnement.</p> <p>Degré 2 : Certain intérêt pour une partie de l'environnement, s'approprie un espace particulier sans pour autant le modifier.</p>

Tableau 2 (suite)

Évaluation des troubles du comportement

CRITÈRES	DEGRÉS
Critère 5 (C5) : Troubles dans les réactions à l'environnement	Degré 3 : Évolue peu à peu et réagit de façon positive. Degré 4 : Se fige, se fixe à un endroit comme tétanisé, les effets de l'environnement sont ressentis comme indésirables. Degré 5 : Ne reste pas; veut fuir l'endroit immédiatement.

Les observateurs cochaient dans les cases correspondantes le degré de comportement observé pour chaque critère de référence.

Déroulement des différents temps d'observation

Afin de vérifier l'hypothèse, il était nécessaire de placer différents temps d'observation pendant et en dehors des séances sensorielles. Les cinq critères de la dimension ont été ainsi évalués sur des moments différents avec la technique « *Time Sampling* », c'est-à-dire que les comportements ont été observés à des intervalles de temps d'une minute pendant une durée totale de quinze minutes. Nous avons choisi trois temps d'observation différents :

1. Le premier temps d'observation se déroulait pendant les séances, vingt minutes après leur début (une séance durait en moyenne 1 heure 15 minutes, l'un des examinateurs se situait dans une salle annexe dotée d'une glace sans tain). Nous l'avons nommé « Temps 1 : Pendant les séances ».
2. Le deuxième temps d'observation s'est effectué dans les heures qui suivaient les séances sensorielles. Nous l'avons appelé « Temps 2 : Heures qui suivent ». À ce moment les sujets se

situaient sur leur unité de vie, en temps libre. Ils étaient donc avec les autres résidents qui composaient le groupe de vie et avec les éducateurs qui les encadraient.

3. Enfin, le troisième temps d'observation se situait un jour dans la semaine, de façon aléatoire, mais les sujets se trouvaient toujours en temps libre sur leur unité de vie respective. Ce troisième temps d'observation a été nommé « Temps 3 : Dans la semaine ».

Pour remplir les exigences de cette dimension, chacun des sujets a toujours été observé en aveugle par deux examinateurs sur une période de quatre mois. Nous précisons que pour ne pas perturber le rythme naturel de l'unité de vie, les observateurs ont été invités à partager une fois dans la semaine un déjeuner afin que l'ensemble du groupe se familiarise à leur présence.

Description des lieux d'observation

La salle sensorielle

Elle était d'une superficie de 50 mètres carrés. La salle a été aménagée avec du matériel d'une société spécialisée dans les conceptions d'environnement

Snoezelen. Cinq ateliers sensoriels ont été installés pour la vue, le toucher, l'ouïe, l'odorat et le goût. Les professionnels qui encadraient ont reçu une formation spécifique.

L'unité de vie

C'était la résidence principale des sujets de notre expérience, ils y passaient la plupart de leur temps libre. Ce lieu de vie était composé de salles communes (réfectoire, salon, sanitaire) et de leur chambre individuelle.

Fiabilité inter-cotateurs

Les résultats des cotations réalisées par les deux cotateurs qui observaient, de façon indépendante, mais dans le même temps les quatre adultes de l'expérience ont été traités par une étude de fidélité. Le coefficient de corrélation est de [0.94] ce qui confirme la fiabilité inter-cotateurs. Le score obtenu à la corrélation a aussi permis de reconnaître la cohérence de construction du référentiel.

RÉSULTATS PAR SUJETS

Les résultats des évaluations des troubles comportementaux que nous avons obtenus pour nos quatre sujets de l'expérience confirment notre hypothèse. Nous présentons ici deux graphiques (Figures 1 et 2) qui reprennent la moyenne de nos quatre sujets, afin de mieux visualiser les effets thérapeutiques des soins. Nous pensons expliquer en partie nos résultats par le protocole rigoureux du dispositif qui s'est toujours maintenu sous les mêmes conditions, la régularité des séances et la présence des accompagnants qui n'ont jamais changé depuis vingt mois.

Nous remarquons à travers la Figure 1 une nette atténuation de certains troubles du comportement spécifiques à l'autisme. En effet, les sujets de l'expérience ont manifesté beaucoup moins de comportements d'angoisse ou d'anxiété (C1) durant les séances sensorielles. Les sujets se sentaient à leur aise, ils se repéraient facilement pour s'installer confortablement et sans crainte. Nous avons assisté à peu de tentatives de fuite de leur part. Parfois, au

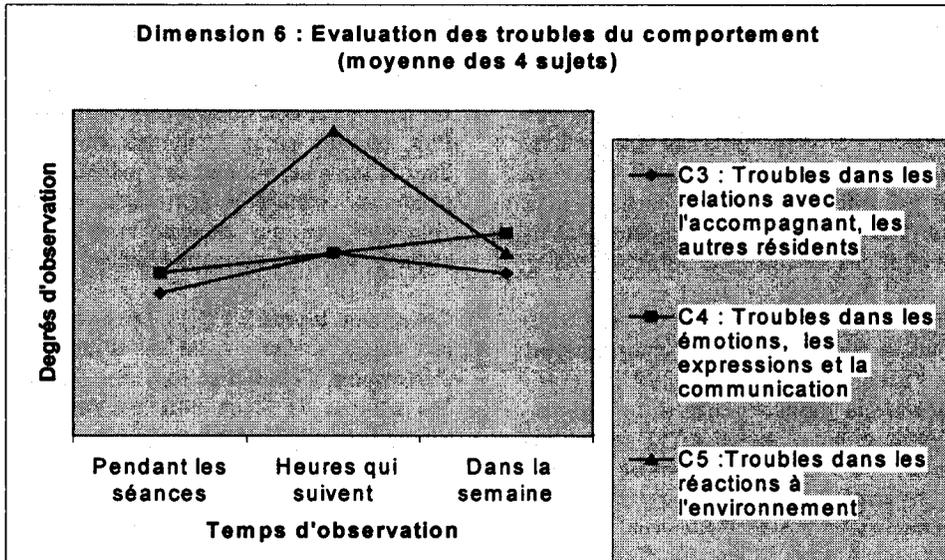
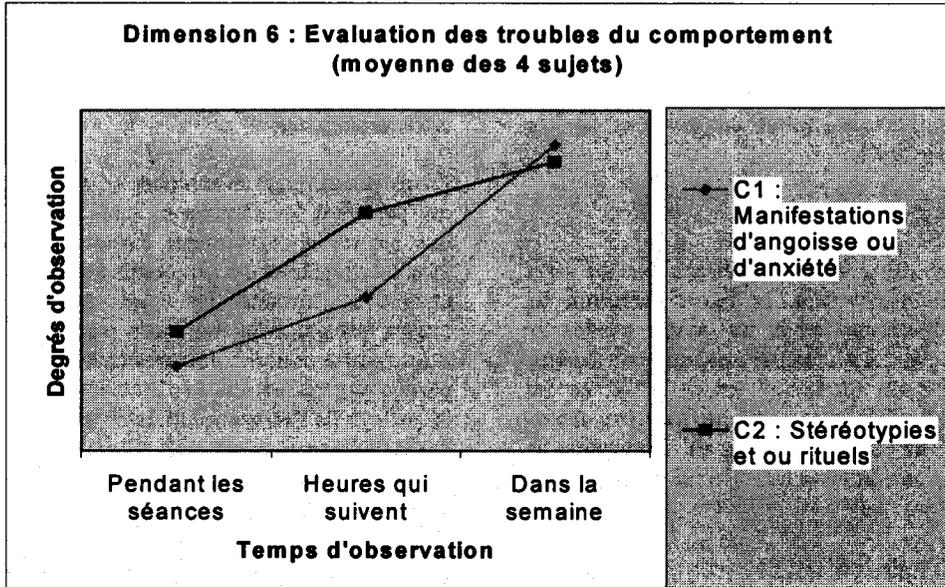
commencement des séances un des sujets en particulier se dirigeait vers la porte en manifestant un comportement plaintif, il exprimait le besoin de se rendre à l'infirmerie. Notre rôle était alors de le rediriger vers le centre de la pièce pour lui proposer de l'écouter calmement. Puis, peu à peu le sujet en question se tranquillisait et acceptait la situation en participant concrètement aux ateliers et en adoptant un tout autre comportement que nous pouvions qualifier de doux et serein, en harmonie avec les situations vécues.

En revanche, nous avons observé durant les heures qui suivaient les séances et aussi dans la semaine que les sujets exprimaient beaucoup plus de mal être. Ils adoptaient des comportements auto-agressifs comme se dépiauter les doigts ou s'arracher les ongles des doigts et des pieds jusqu'à saigner. Un sujet nous a donné à voir des tentatives répétées et parfois réussies de sorties d'établissement en sautant le grillage de l'institution. Les objets de sa chambre et ses vêtements personnels se retrouvaient respectivement cassés et déchirés. Cette personne émettait aussi des gémissements plaintifs, se frappait la tête avec ses mains ou contre les murs, elle se mordait, se griffait, se pinçait, s'arrachait les cheveux, frappait du poing, se laissait tomber à terre avec violence. Des phénomènes d'hétéro-agressivités comme pousser légèrement ou bousculer avec force les autres résidents et parfois les accompagnants ont été constatés. Les accompagnants intervenaient systématiquement pour leur venir en aide dans l'espoir de surmonter cet état de grande souffrance psychique. Puis, certains autres comportements ont été relevés dans la semaine, comme de l'indifférence totale aux personnes connues et des évitements aux contacts physiques, ce qui pouvait révéler une certaine angoisse vis-à-vis du rapprochement d'autrui.

Concernant le critère 2 (C2), nous avons observé que les sujets étaient capables d'interrompre leurs stéréotypies. Celles-ci se sont manifestées en dehors des séances de façon plus prononcée comme de l'hypertonie, des battements d'ailes, des roulements de tête, l'agitation des doigts devant les yeux, le maintien du buste penché en avant. Les sujets pouvaient aussi se balancer sur le sol ou debout et tourner sur eux-mêmes, sautiller, émettre des

Figures 1 et 2

Moyenne des évaluations des troubles du comportement des quatre sujets



bruits avec leur bouche ou leur gorge, grincer des dents, ou se frotter les lèvres. Nous avons aussi remarqué des mouvements faciaux bizarres, des grimaces. Puis, ils empruntaient souvent les mêmes trajectoires pour se déplacer sur leur unité de vie.

Au niveau du critère 3 (C3 de la Figure 2), les sujets ont toujours manifesté leurs demandes en se rapprochant de nous et en nous prenant la main. Même si nous savions qu'ils pouvaient nous exploiter pour satisfaire leur besoin du moment, nous nous laissions faire et nous essayions de comprendre ce qu'ils voulaient, ce qui les obligeait à communiquer. Nous avons aussi observé des signes affectifs entre eux. Certains acceptaient en effet de recevoir des baisers sur la joue ou sur les cheveux venant de la part de certains autres. Nous avons retrouvé ces mêmes comportements en dehors des séances, mais indépendamment des crises d'angoisse où leur comportement relationnel se transformait littéralement. Sinon, il était plus facile pour nous d'établir un contact visuel lors des séances qu'en dehors. Les sujets paraissaient aussi plus attentifs aux autres pendant les séances. De plus, ils interagissaient davantage pendant les séances lorsqu'on s'adressait à eux.

Quant au critère 4 (C4), nous avons remarqué que les sujets exprimaient des émotions en harmonie avec les situations vécues lors des séances. Ils souriaient, riaient et de la joie éclairait leur visage. Nous avons retrouvé ces mêmes émotions en dehors des séances, excepté lors des moments d'angoisse. Nous pensons que les séances sensorielles leur ont permis de libérer à plusieurs reprises de profondes émotions, notamment lorsqu'ils écoutaient leurs morceaux de musique préférés. Ils dévoilaient un visage extrêmement expressif avec une forte sensibilité à certaines paroles et instruments.

Enfin, les sujets se sont tous appropriés un espace particulier dans l'environnement sensoriel (C5). Ils se posaient confortablement. Aucun n'a cherché à dégrader l'environnement, ils respectaient le lieu. Mais, nous avons observé une évolution « en pic » de ce même critère 5 (C5) juste après la sortie de la salle sensorielle. Nous avons essayé d'y remédier en préparant davantage les sujets à mieux vivre cette

étape pour qu'elle ne soit pas vécue comme une rupture brutale. Nous avons tenté pour cela de ritualiser les entrées et sorties des séances sensorielles en utilisant des gestes conventionnels pour leur dire « bonjour » et « au revoir ». Mais aussi, nous nous sommes efforcés à ce que chacun se déchausse à l'entrée de la salle avant les séances. Puis, en fin de séance chacun était prévenu, quelques minutes avant, que nous allions ouvrir le store pour obtenir de la lumière extérieure, et progressivement le volume sonore de la musique baissait, les lumières des colonnes à bulles et des autres appareils s'éteignaient. Nous leur précisions alors ce qui allait se passer pour eux. Puis, nous leur refixions rendez-vous pour la semaine suivante. Systématiquement l'un de nous les accompagnait sur leur unité de vie. C'est ainsi que nous obtenions de meilleures réactions de leur part.

DISCUSSION

Nous avons pu constater à travers les analyses descriptives qu'un tel environnement produisait des effets soignants. Nous avons effectivement observé une franche atténuation de certains troubles du comportement, ce qui confirme notre hypothèse préalable. Cet environnement a sans aucun doute permis aux sujets de s'y installer confortablement et en toute confiance. La présence des accompagnements a fortement contribué au climat serein.

De leur côté, Cunningham, Hutchinson & Kewin (1991) indiquent que l'endroit n'invite pas uniquement au simple repos des personnes, mais suscite chez elles un sentiment de restauration et de rafraîchissement avant que celles-ci ne s'engagent dans des activités stimulantes exemptes de pression. Ils précisent que ces activités sont appréciées pour leur propre intérêt.

En ce qui nous concerne, nous n'avons pas cherché à dénaturer les origines d'une telle démarche comme Hulsegge & Verheul (1989) ont pu la développer. Mais, il paraît nécessaire de pouvoir évaluer l'impact d'une telle prise en charge sur l'individu au comportement autistique. Il s'avère en effet important de cerner les raisons des évolutions positives de

certains troubles du comportement. Nous pensons que la structuration du lieu et les accompagnants ont joué un rôle fondamental dans l'amélioration des comportements. Même si nous ne commandions pas les sujets, certaines directives étaient toutefois données pour les suivre, afin de leur faciliter les explorations sensorielles dans cet espace facilement identifiable. Ceci n'était pas forcément le cas sur d'autres temps libres (sur leur unité de vie par exemple). Les résidents pouvaient parfois trop librement évoluer dans des environnements qui ne les stimulaient pas, même si l'entourage professionnel ne manquait pas de bonnes intentions.

C'est pourquoi nous pensons que l'apport d'une gamme d'activités sensorielles aussi riche et diversifiée que possible dans un environnement comme celui-ci, a permis aux sujets autistes de l'expérience, de ressentir et d'exprimer certaines émotions fortes que nous croyons nécessaires à chaque être humain. Cet environnement leur a donné aussi la possibilité d'assouvir un besoin primaire de stimulation, même si certaines de leurs incapacités ont fait qu'ils répondaient d'une manière souvent inappropriée. Nous n'avons pas cherché à ce qu'ils consomment à tout prix et de façon exagérée des stimulations multisensorielles. Notre but était de créer et de proposer de multiples situations de découvertes sensorielles.

D'autre part, le fait d'installer une ambiance chaleureuse et conviviale, et la disponibilité dont nous avons fait preuve, ont pleinement favorisé le partage d'expériences entre accompagnants et résidents. En effet, il nous paraissait important de nous conduire parfois comme un simple utilisateur de la salle sensorielle et de son équipement. Nous participions aux ateliers et nous montrions l'exemple, en nous asseyant ou en nous allongeant sur les matelas à eau pour que les usagers puissent nous imiter. Nous ne recherchions pas dans ces moments-là à atteindre des objectifs thérapeutiques à tout prix. Nous adoptons un comportement ludique auprès d'eux, ce qui a fortement enrichi nos échanges et interactions sociales, et abaissé par voie de conséquence les scènes d'agressions.

À travers cette forme de relation dyadique libre et ludique, et par nos sollicitations verbales et non

verbales, nous leur évitions ainsi un grand nombre de comportements stéréotypés et des activités autonomes centrées sur eux. Nous pouvions plus facilement établir le contact et rentrer en communication avec eux, pour les diriger ensuite vers des explorations sensorielles simples. Nous confirmons donc la nécessité pour l'accompagnant d'adopter un comportement social imitatif, ludique et adapté aux personnes autistes même d'âge adulte, afin d'obtenir en retour quelques compétences imitatives et sociales. Lacaze & Rogé (1999) ont par ailleurs mis en évidence une approche comportementale relationnelle facilitant l'expression de compétences sociales et coopératives d'enfants autistes, en position dyadique. Ces auteurs spécifiaient, entre autres, un lien possible entre le style comportemental des adultes et leur niveau d'intégration psychologique.

Nous pensons aussi que si les sujets de l'expérience ont fourni en moindre quantité des mécanismes compensatoires comme les stéréotypies (Nadel & Pezé, 1992), c'est parce que le rythme dans cet environnement était volontairement plus lent. Les situations ont du être décodées et pleinement vécues.

Par ailleurs, le fait de limiter le nombre de participants nous a semblé indispensable afin de conserver une qualité à la fois pour la prise en charge, pour les interactions sociales et pour l'observation. Un nombre trop important d'utilisateurs aurait certainement provoqué des réactions de crainte et d'insécurité.

Enfin, d'après nos résultats il apparaît que des études plus approfondies sur de plus longues périodes d'observation avec des publics au même profil autistique doivent être menées, car elles font défaut aujourd'hui en France et en Europe, alors que l'équipement est bien présent dans de nombreux établissements publics ou privés à caractère médico-social. De plus, nous avons vu dans nos résultats que les effets de séances sensorielles sont légèrement maintenus dans le temps. De son côté, Fagny (2000) mentionne une période de cinq minutes après l'activité mais pas au-delà. En somme, si les stimulations sensorielles agissent sur le système nerveux central ses effets paraissent se limiter à la situation spécifique. Nous pouvons alors formuler une nouvelle hypothèse qui serait de dire que les

environnements sensoriels peuvent offrir des effets sur de plus longues périodes, à condition d'aménager d'autres endroits institutionnels. Il serait pertinent dans une recherche à venir de comparer deux mêmes types d'établissements, doté pour l'un d'une seule

salle sensorielle, et pour l'autre d'un équipement réparti dans l'ensemble de l'institution (comme la salle de restauration, les chambres, les couloirs, les salles d'eau), afin d'observer les effets produits sur le comportement des personnes autistes.

EFFECTS OF SNOEZELLEN ON THE BEHAVIORAL PROBLEMS OF ADULTS WITH AUTISM

This article presents part of the results of a longitudinal clinic research (Martin, 2003) which was undertaken within the framework of a thesis of doctorate of 3rd cycle, under the direction of professor Jean-Louis Adrien, the Institute of Psychology of the University Rene Descartes, Paris 5. The major interest of this article is to propose a model of assumption of responsibility and appraisable psychological care near adults autists in institution, inspired of the Snoezelen approach, which would result in attenuating some appreciably behavioral problem autistic. This study proceeded over three years, in a publicly-owned establishment for adults who depends on the hospital public office: The House of Reception Specialized in Oudon with Segré in the department of the Maine-and-Loire, France.

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM IV*, 4th ed. Washington D.C. : American Psychiatric Association.
- CLELAND, C. C. & CLARK, C. M. (1966) Sensory deprivation and aberrant behavior among idiots. *American Journal of Mental Deficiency*, 71.
- CUNNINGHAM, C. C., HUCHINSON, R. & KEVIN, J. (1991) Recreation for people with profound and severe learning difficulties : the Whittington Hall Snoezelen project. In : R., Hutchinson (Ed.), *The Whittington Hall Snoezelen Project : a report from inception to the end of the first twelve months*. Chesterfield : North Derbyshire Health Authority.
- 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*. Lucerne : S.Z.H./S.P.C.
- GERMEAU, I. (1998) *Une approche particulière dans la relation personne autiste/éducateur en milieu institutionnel : Le Snoezelen*. Liège : Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, Université de Liège.
- 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.
- HULSEGGE, V. & VERHEUL, A. (1989) (traduction et adaptation par Elisabeth Renard). *Snoezelen, un autre monde*. Namur : Editions Erasme.
- HUTCHINSON, R. & HAGGER, L. (1994) The development and evaluation of a Snoezelen leisure resource for people with severe multiple disability. In : R. Hutchinson et J. Kewin (Eds), *Sensations & Disability : Sensory Environments for Leisure, Snoezelen, Education & Therapy*, pp. 18-55. Chesterfield : ROMPA.
- ITARD, J. (1983) Mémoire et rapport sur Victor de l'Aveyron. In : L. Malson, *Les enfants sauvages*. Paris : Christian Bourgois Editeur, 1990.

- KANNER, L. (1943) Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, 2, 217-250.
- KEWIN, J. (1994) Snoezelen : the reason and the method. In : R. Hutchinson et J. Kewin (Eds), *Sensations & Disability: Sensory Environments for Leisure, Snoezelen, Education & Therapy*, pp. 6-17. Chesterfield : ROMPA.
- LACAZE, M. & ROGÉ, B. (1999) Les relations dyadiques entre adultes dépendants et indépendants du champ et enfants avec autisme en situation sociale libre. *Le Bulletin scientifique de l'Arapi*, 4, 31-36.
- LELORD, G. & BARTHELEMY, C. (1989) *Echelle d'évaluation des comportements autistiques (ECA)*. Issy les moulineaux : Editions d'Applications Psychotechniques.
- MARTIN, P. (2003) Un modèle de soins psychologiques et d'évaluation, inspiré de l'approche Snoezelen pour des adultes atteints d'autisme. Thèse de Doctorat de 3^e cycle en Psychologie Clinique et Psychopathologie, Institut de Psychologie, Université René Descartes, Paris 5.
- MESSBAUER, L. (1999) *Adults with mental health problems and challenging behaviors*. Paper presented at the Third World Snoezelen Congress, Toronto.
- NADEL, J. & PEZE, A. (1992) Communication productive et communication en écho : un an d'évolution chez un enfant autiste. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 40, 553-558.