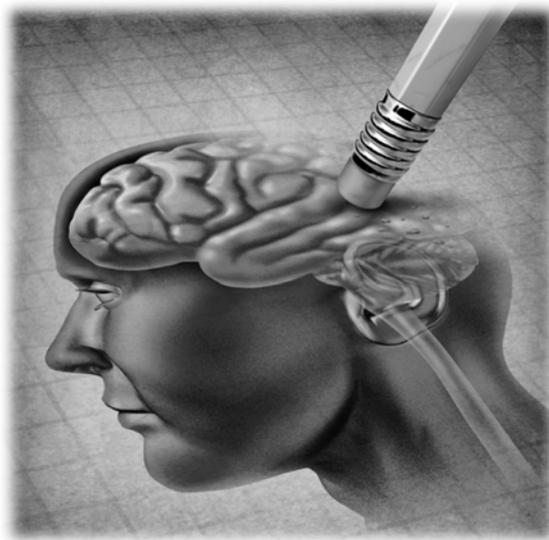


# QUELLE PARTICIPATION QUAND LA MÉMOIRE S'EFFACE ?

*L'approche Snoezelen par l'ergothérapeute auprès  
des personnes atteintes de démence de type Alzheimer*



Mémoire d'initiation à la recherche en vue de l'obtention  
du Diplôme d'État d'Ergothérapeute  
*Sous la direction de Marion GARNIER*

- **Amandine FABBRO** -



# ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

---

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiante réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 50 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiante de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- Un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- Un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiante est aidée dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiante en accord avec le directeur de l'institut.

Je soussignée, **FABBRO Amandine**, étudiante en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informée des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le

Signature :

# NOTE AUX LECTEURS

---

*« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné. »*

# REMERCIEMENTS

---

*« Sois reconnaissant envers tous, tous t'enseignent. »  
Bouddha*

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée de près ou de loin dans l'élaboration de ce mémoire, et plus particulièrement :

- Ma maître de mémoire, Marion Garnier, pour son suivi exemplaire tout au long de ce projet, sa disponibilité, ses conseils avisés et son soutien sans faille.
- Les formateurs de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil, pour leur accompagnement et leurs précieux conseils, surtout Cynthia ENGELS pour sa présence irréprochable.
- Les ergothérapeutes, Julien A. et Vivien H. sans qui cette enquête n'aurait pas été possible, pour le temps qu'ils m'ont accordé et les conseils qu'ils m'ont apportés.
- Elodie T., pour sa disponibilité et ses conseils pertinents.
- Clémentine et Laurène, pour les moments passés ensemble, pour votre soutien, vos encouragements, vos relectures et votre motivation inconditionnelle.
- Andréa, Elodie M. et Anaïs, pour leurs relectures et leur soutien durant cette année.
- Ma famille, pour sa présence et sa bienveillance.

# TABLE DES MATIÈRES

---

INTRODUCTION .....	1
DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	3
CADRE CONCEPTUEL.....	6
<b>1 LA PERSONNE ÂGÉE SOUFFRANT DE DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 La personne âgée .....</b>	<b>6</b>
1.1.1 Définition .....	6
1.1.2 Démographie .....	6
1.1.3 Les maladies survenant à partir de 60 ans .....	6
<b>1.2 La démence.....</b>	<b>7</b>
1.2.1 Définition .....	7
1.2.2 Les chiffres mondiaux.....	7
1.2.3 Les différents types de démence.....	7
<b>1.3 La maladie d'Alzheimer .....</b>	<b>8</b>
1.3.1 Définition .....	8
1.3.2 Les chiffres et les facteurs de risques.....	8
1.3.3 Le diagnostic .....	9
1.3.4 La sémiologie .....	10
1.3.5 Outil d'évaluation des troubles du comportement .....	12
1.3.6 La communication .....	13
1.3.7 L'évolution .....	14
<b>2 L'INTERVENTION DE L'ERGOTHÉRAPEUTE EN .....</b>	<b>16</b>
<b>UNITÉ COGNITIVO-COMPORTEMENTALE.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 L'UCC .....</b>	<b>16</b>
2.1.1 Définition.....	16
2.1.2 Les objectifs de la mise en place d'UCC.....	16
<b>2.2 Le rôle de l'ergothérapeute.....</b>	<b>17</b>
2.2.1 L'ergothérapie .....	17
2.2.2 L'ergothérapie en UCC.....	19
<b>2.3 L'activité toilette.....</b>	<b>20</b>
2.3.1 Définition .....	20
2.3.2 La toilette.....	20
2.3.3 Les outils d'évaluation .....	21
2.3.4 L'importance du maintien de participation .....	22
2.3.5 Le modèle conceptuel .....	22
<b>2.4 Les interventions non médicamenteuses.....</b>	<b>23</b>
<b>3 LE CONCEPT SNOEZELLEN .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Définition.....</b>	<b>24</b>
<b>3.2 L'approche Snoezelen .....</b>	<b>25</b>
3.2.1 Les objectifs de cette approche.....	25
3.2.2 Les lieux de pratique.....	25
3.2.3 La procédure.....	26
3.2.4 La séance et le matériel .....	26
<b>3.3 La stimulation sensorielle auprès de la personne âgée démente .....</b>	<b>27</b>
3.3.1 Les effets sur le comportement.....	27
3.3.2 Les restrictions.....	28

<b>3.4</b>	<b>Le Snoezelen lors de l'activité toilette avec l'ergothérapeute</b> .....	<b>29</b>
3.4.1	L'approche Snoezelen avec le soignant.....	29
3.4.2	La stimulation durant la toilette.....	29
	<b>CADRE DE RECHERCHE</b> .....	<b>32</b>
<b>4</b>	<b>MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE</b> .....	<b>32</b>
<b>4.1</b>	<b>Les objectifs de l'enquête</b> .....	<b>32</b>
<b>4.2</b>	<b>Les choix de la population</b> .....	<b>32</b>
<b>4.3</b>	<b>Les choix des outils d'investigation</b> .....	<b>33</b>
4.3.1	Méthodologie.....	33
4.3.2	L'observation.....	34
4.3.3	La séance Snoezelen.....	37
4.3.4	L'entretien.....	37
<b>5</b>	<b>RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES</b> .....	<b>39</b>
<b>5.1</b>	<b>Les observations</b> .....	<b>39</b>
5.1.1	Madame A. ....	39
5.1.2	Madame B. ....	44
5.1.3	L'analyse croisée des observations.....	49
<b>5.2</b>	<b>L'entretien</b> .....	<b>50</b>
<b>5.3</b>	<b>L'analyse globale de la recherche</b> .....	<b>53</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>55</b>
<b>6.1</b>	<b>L'interprétation des résultats</b> .....	<b>55</b>
<b>6.2</b>	<b>Les limites</b> .....	<b>58</b>
6.2.1	Les limites du cadre théorique.....	58
6.2.2	Les limites de l'expérimentation.....	59
<b>6.3</b>	<b>Les intérêts et les perspectives</b> .....	<b>60</b>
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>62</b>
	<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>64</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>66</b>
	<b>TABLE DES ANNEXES</b> .....	<b>71</b>

# INTRODUCTION

---

La maladie d'Alzheimer touche 900 000 personnes en France (INSERM, 2014). Le nombre de personnes atteintes en 2020 est estimé à 1,3 million. Il s'agit d'un problème majeur de santé publique.

Afin de pallier cet enjeu, le gouvernement a mis en place des plans nationaux notamment le plan Alzheimer 2008-2012 composé de 44 mesures regroupées en 3 axes. Dans l'axe I « *Améliorer la qualité de vie des malades et des aidants* », la mesure n°17 intitulée « *Création d'unités spécialisées au sein des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), pour malades atteints d'Alzheimer* » nous intéresse pour ce sujet. En effet, cette mesure a permis la création d'Unités Cognitivo-Comportementales (UCC) qui permettent de stabiliser les troubles du comportement à l'aide d'un programme personnalisé impliquant plusieurs professionnels de santé dont l'ergothérapeute. L'objectif final étant d'aider ces personnes à retourner dans leur lieu de vie d'origine : à domicile, dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), en maison de retraite ou dans un établissement spécialisé.

La Haute Autorité de Santé (HAS) déclare dans un communiqué de presse de 2016, qu'aucun traitement actuel n'est efficace pour soigner la maladie et que les risques d'apparition d'effets indésirables ne sont pas négligeables. Elle considère que les médications actuelles « *n'ont plus de place dans la stratégie thérapeutique* ». En contrepartie, des méthodes alternatives ou en complément des traitements peuvent être entreprises. La prise en soins des patients s'effectuera donc sur une approche « *non médicamenteuse, globale et pluriprofessionnelle* » (HAS, 2016).

L'évolution de la maladie est le plus souvent progressive, avec l'apparition de troubles cognitifs qui s'aggravent, une perte d'autonomie et de participation survenant dans les Activités de vie quotidienne (AVQ), notamment lors de la toilette. L'intervention d'un ergothérapeute sera indispensable pour préserver l'autonomie et promouvoir la participation (Meyer, 2013).

Face à cette situation, la problématique qui se pose est la suivante :

**De quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation d'une personne atteinte de démence de type Alzheimer lors de l'activité toilette ?**

Ce mémoire de recherche s'appuiera sur le modèle interprofessionnel de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (**Annexe I**) qui s'axe sur une approche bio-psycho-sociale (OMS, 2001).

Après avoir exposé ma démarche méthodologique, j'énoncerai ma problématique et je poserai mon hypothèse de recherche. Je consacrerai ma **première partie** au cadre théorique traitant les différents concepts liés à mon étude. La **seconde partie** portera sur la partie de recherche. Je présenterai les résultats de mon enquête avec une analyse et une discussion, confrontant les résultats de la partie de recherche en regard de la partie théorique, afin de valider ou non mon hypothèse. Je parlerai également des limites et des intérêts que cette initiation à la recherche a pu m'apporter avant de conclure.

# DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

---

L'idée de faire le projet d'initiation à la recherche sur ce thème est venue à la suite de plusieurs cheminements. En effet, dès la première année d'ergothérapie, je me suis intéressée de près à la maladie d'Alzheimer en réalisant un dossier sur ce sujet.

Durant ces recherches, j'ai pu assister à l'avant-première du film *Flore* suivi d'un débat animé par la Présidente de l'association France Alzheimer ainsi que des bénévoles. Ce film évoque le récit de la renaissance inespérée de Flore, artiste peintre, atteinte de la maladie d'Alzheimer depuis quelques années. Après plusieurs passages en institutions, les traitements l'ont rendue aphasique, muette, violente et agressive. Suite à de nombreuses crises de violence, l'équipe soignante suggère un placement dans un établissement avec un cadre plus adapté pour sa sécurité et celle des autres. Son destin va en être tout autre. Son fils et sa fille décident de l'installer dans leur maison familiale en Corse avec un accompagnement de professionnels à domicile. Petit à petit, Flore va se reconnecter avec autrui et avec son environnement. Ce film m'a interpellée par la dimension multisensorielle pratiquée au quotidien. Manifestement, les différents professionnels lui permettent de redécouvrir les sensations que nous pouvons éprouver lorsque que nous sommes en contact avec la nature, en contact peau à peau ou lorsque nous mangeons. En somme, stimuler ses cinq sens au quotidien. Ce documentaire biographique fera sens lors de mon deuxième stage clinique auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Lors de ce stage, j'ai pu comprendre la maladie de manière plus précise, en observant ses répercussions dans les AVQ. J'ai également rencontré les aidants et j'ai saisi leurs difficultés. J'ai pu assimiler l'évolution de la maladie, comprendre le rôle de l'ergothérapeute et ses objectifs avec cette population. J'ai surtout découvert l'accompagnement Snoezelen, autrement dit de la stimulation multisensorielle. Cette démarche consiste à stimuler les cinq sens de la personne, à établir un environnement sécurisant et contenant afin d'entrer en interaction avec l'autre. Ces interactions peuvent être verbales ou non verbales par l'intermédiaire de divers stimulations. J'ai fait le lien avec le film *Flore*, à ce moment-là.

J'ai assisté à de nombreuses séances dans la salle Snoezelen et au-delà d'un simple moment de bien-être, de détente, il s'agissait d'une véritable rencontre avec la personne. Au fil des semaines, des questionnements arrivaient. J'ai appris que la démarche Snoezelen pouvait être mise en œuvre après une formation et que de nombreux professionnels avaient la possibilité d'en bénéficier, à savoir des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes, des psychomotriciens ou encore des éducateurs spécialisés.

La première question que je me suis posée était la suivante : « Que peut apporter l'ergothérapeute dans les séances Snoezelen ? »

Durant ce stage, les ergothérapeutes intervenaient dans UCC. Il s'agit d'une unité fermée, où séjourne sur une durée assez courte, une dizaine de patients atteints de troubles neurocognitifs (tous types de démence) et déambulants. J'ai effectué de nombreuses toilettes évaluatives avec ces personnes. Lorsque je venais pour accomplir l'évaluation de la toilette, ils ne comprenaient pas toujours pourquoi j'étais présente dans leur chambre, car selon eux, ils étaient déjà lavés. Ne les voyant pas tous les jours comme les infirmières, la relation de confiance est plus longue à instaurer et la situation peut engendrer des troubles du comportement. L'acte de toilette en lui-même peut être vécu comme une intrusion dans la sphère intime pour certains. Je me suis alors demandée par quel(s) moyen(s) améliorer cette première rencontre avant de réaliser la toilette évaluative, afin de limiter les troubles du comportement. Comment impliquer davantage la personne dans son activité ? Comment favoriser au mieux son autonomie ? C'est alors que l'idée de lier l'approche Snoezelen à l'évaluation de la toilette s'est présentée à moi.

En effet, si la stimulation multisensorielle permet de détendre la personne, de créer une relation soignant-soigné de confiance, d'éveiller la sensorialité ; que peut-elle apporter lors d'une démarche ergothérapique, telle que l'évaluation de l'autonomie à la toilette ?

J'ai réalisé en septembre 2016 une pré-enquête (**Annexe II**) dans le but d'obtenir des contacts d'ergothérapeutes et des lieux où la démarche Snoezelen est réalisée. J'ai transmis un questionnaire aux élèves de deuxième et troisième année de l'institut de formation en ergothérapie qui avaient côtoyé des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et qui avaient vu la démarche Snoezelen. Sur les huit réponses obtenues, ce sont dans les EHPAD et dans les UCC en majorité que le Snoezelen est présent. Les professionnels qui utilisent cette démarche sont les ergothérapeutes et les psychomotriciens.

J'avais donc quelques contacts pour ma future enquête. J'ai également décidé de faire un entretien exploratoire (**Annexe III**) pour mieux cibler mon sujet, à savoir le choix de la population et le lieu d'intervention. J'ai posé des questions plus précises à deux ergothérapeutes qui travaillent en UCC, sur l'utilisation de l'approche Snoezelen auprès des personnes démentes. Les ergothérapeutes m'ont tous les deux répondu qu'ils pouvaient utiliser cet accompagnement avant une toilette pour améliorer la prise en soins, mais qu'ils ne l'avaient jamais employé dans ces conditions avec une personne atteinte de démence de type Alzheimer. De plus, ils n'utilisent pas cette démarche lorsque la personne atteinte de démence est en crise, pour ne pas que la personne associe « troubles du comportement au Snoezelen ». Autrement dit, il s'agit d'un moyen de prévention, d'une approche multisensorielle, d'une philosophie, d'un état d'esprit (Quentin, Godderidge, & d'Arfeuille, 2016).

Après ces diverses réflexions, je pose cette problématique : **De quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation d'une personne atteinte de démence de type Alzheimer lors de l'activité toilette ?**

Pour répondre à cette problématique, j'é mets l'hypothèse suivante : **La démarche Snoezelen proposée durant la toilette par l'ergothérapeute, permet de limiter les troubles du comportement et donc de favoriser la participation.**

Nous allons maintenant étudier les différents concepts liés à mon sujet.

# CADRE CONCEPTUEL

---

## 1 LA PERSONNE ÂGÉE SOUFFRANT DE DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER

### 1.1 La personne âgée

#### 1.1.1 Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une personne est dite « âgée » à partir de 60 ans (OMS, 2016). Nous pouvons également définir toute « personne âgée » lorsqu'elle est « *vulnérable, à assister, à soigner* » (Moulias, Hervy, & Ollivet, 2005). Les personnes âgées représentent une part importante de la population.

#### 1.1.2 Démographie

Au 1er janvier 2017, d'après l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 25,3 % de la population française, et celles de plus de 75 ans représentent 9,1 %, soit 16% estimées pour 2050. Le vieillissement de la population entraîne des conséquences, dont une principale : l'apparition de maladies.

#### 1.1.3 Les maladies survenant à partir de 60 ans

La pyramide des âges évolue vers le vieillissement de la population et l'espérance de vie ne cesse d'augmenter (INSEE, 2016). Plus de 20 % des personnes âgées de 60 ans et plus souffrent d'un trouble neurologique ou de santé mentale (OMS, 2016). Selon le Docteur Flahault (2014), professeur de santé publique, la cinquième cause de mortalité en France est la maladie d'Alzheimer.

On retrouve parmi les problèmes de santé publique actuels, la démence.

## **1.2 La démence**

### 1.2.1 Définition

Le terme de démence vient du latin *demencia*, de *mens* qui signifie « *privé d'esprit, de raison* » (Le Petit Robert, 2014). L'OMS (2016) définit la démence comme : « *un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive [...] elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement* ». Le terme de démence n'est pas un diagnostic. Bien que la démence touche principalement les personnes âgées, « *elle n'est pas une composante normale du vieillissement* » (OMS, 2016).

### 1.2.2 Les chiffres mondiaux

Selon l'aide-mémoire n°362 d'Avril 2016, l'OMS recense 47,5 millions de personnes touchées de démence dans le monde. Il y a chaque année, 7,7 millions de cas qui s'ajoutent. Entre 5 et 8% des personnes âgées de 60 ans et plus seraient atteintes de démence. Est estimé qu'en 2030, le nombre total de personnes atteintes de démence atteindrait 75,6 millions et 135,5 millions en 2050.

On distingue différentes démences.

### 1.2.3 Les différents types de démence

D'après le rapport « *Maladie d'Alzheimer et autres démences* » de la HAS (2009), les démences les plus fréquentes sont : la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy, la démence associée à la maladie de Parkinson, la dégénérescence lobaire fronto-temporale, la maladie de Creutzfeldt-Jakob et la maladie d'Alzheimer. Cette étude s'axera particulièrement sur cette dernière, car il s'agit de la cause de démence la plus fréquente : 60-70% des cas (OMS, 2016).

## 1.3 La maladie d'Alzheimer

### 1.3.1 Définition

Nous parlons pour la première fois de « maladie d'Alzheimer » en 1910. Découverte par le psychiatre Allemand du même nom, Alois Alzheimer, auprès d'une patiente dénommée Auguste Deter qui présentait les symptômes connus actuellement : perte de mémoire, comportements incohérents, présence d'anxiété... Il observe également au microscope des coupes du cerveau de cette patiente et remarque des éléments justifiant la présence de cette maladie (Poirier & Gauthier, 2011).

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) propose la définition suivante (2000) : « *La maladie d'Alzheimer est une affection neuro-dégénérative du système nerveux central caractérisée par une détérioration durable et progressive des fonctions cognitives\**<sup>1</sup> et des lésions neuro-pathologiques spécifiques. Deux types de lésions caractérisent la maladie d'Alzheimer : les plaques amyloïdes\* et la dégénérescence neurofibrillaire\*. Ces lésions se propagent progressivement dans l'ensemble du cerveau à partir de l'hippocampe : « *structure cérébrale qui constitue le siège de la mémoire à court terme* » et détruisent les neurones petit à petit, altérant les différentes fonctions cognitives (INSERM, 2014).

Cette maladie présente des facteurs de risques.

### 1.3.2 Les chiffres et les facteurs de risques

Comme nous l'avons évoqué précédemment, en France, 900 000 personnes sont touchées par la maladie d'Alzheimer. L'estimation serait de 1,3 million de personnes en 2020. Chaque année, 225 000 nouveaux cas sont diagnostiqués (INSERM, 2014).

---

<sup>1</sup> Les mots suivis d'une « \* » sont définis dans le glossaire p.64

Cette démence apparaît comme une « *pathologie multifactorielle complexe* » (Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2015). L'un des principaux facteurs de risque de la maladie est l'âge. Viennent ensuite les antécédents familiaux, les facteurs environnementaux, puis les facteurs de risques cardiovasculaires (diabète, hypertension) et la sédentarité (INSERM, 2014). Les personnes les plus touchées sont les femmes, elles représentent deux tiers des personnes atteinte par la maladie (Poirier & Gauthier, 2011). En revanche, maintenir une activité professionnelle stimulante et une vie sociale semble repousser l'apparition des premiers symptômes et la pose de diagnostic (INSERM, 2014).

### 1.3.3 Le diagnostic

La dernière classification internationale proposée par l'association américaine de psychiatrie appelée *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) propose une nouvelle nomenclature pour les démences, dont la maladie d'Alzheimer. Pour que la maladie soit diagnostiquée, les critères suivants doivent être rencontrés : un **trouble neurocognitif léger** (un déficit cognitif léger) ou un **trouble neurocognitif majeur** (démence) défini par un déclin de la mémoire et de la capacité d'apprentissage, avec un début insidieux et une progression graduelle d'une altération dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Pour le trouble neurocognitif majeur, au moins deux domaines sont altérés (DSM V, 2013).

Le trouble neurocognitif léger : Dans le trouble neurocognitif léger, l'autonomie de la personne est maintenue à la différence du trouble neurocognitif majeur. Les symptômes n'ont pas de retentissement sur les AVQ. Cependant, ces activités demandent davantage d'efforts.

Le trouble neurocognitif majeur : Il correspond au terme médical de « démence ». Ici, l'autonomie est compromise. Le déclin cognitif est significatif, la personne a besoin d'aide dans les fonctions exécutives (anticipation et planification des comportements, ajustement aux situations).

Regardons de plus près quels sont les signes de la maladie.

#### 1.3.4 La sémiologie

L'entrée dans une démence et notamment celle de type Alzheimer, est souvent insidieuse. Généralement, les premières alarmes sont les **plaintes mnésiques**, mais de nombreux troubles s'additionnent au cours de l'avancée de la maladie, tels que : les **troubles du langage**, les **troubles praxiques**, les **troubles gnosiques**, les **troubles des fonctions exécutives**, la **désorientation temporo- spatiale** et les **troubles psycho-comportementaux** (Micas, 2016). L'ensemble de ces troubles va être détaillé successivement.

##### *1.3.4.1 Les troubles de la mémoire*

Ce sont en général les premiers troubles ressentis par la personne et son entourage (Lesniewska, 2013). Au départ, des petits faits de la vie quotidienne sont oubliés puis ils s'étendent au fur et à mesure de l'avancée de la maladie. Différents types de mémoire sont distingués : la mémoire de travail\*, la mémoire sémantique\*, mémoire épisodique\*, la mémoire procédurale\* et la mémoire perceptive\*. Au cours de la maladie, l'ensemble de ces mémoires va être successivement altéré. Celles qui vont être touchées en premier sont la mémoire de travail qui est la mémoire à court terme. La mémoire épisodique, quant à elle, reste plus longtemps protégée. Quant à la mémoire émotionnelle\*, elle reste en général préservée chez les personnes âgées démentes, rendant leur sensibilité affective encore plus importante (Gineste & Pelissier, 2007).

##### *1.3.4.2 Les troubles du langage*

Le manque du mot « juste » adapté au contexte se fait ressentir, la personne remplace son vocabulaire par des termes comme « chose », « machin », « truc » (Lesniewska, 2013). Ces troubles vont être graduels et tendre vers une communication exclusivement non verbale en fin de maladie (Micas, 2016).

##### *1.3.4.3 Les troubles praxiques*

Il s'agit de « l'incapacité à réaliser une séquence gestuelle, en l'absence de déficit moteur et sensitif » (Lesniewska, 2013).

Elle survient plus tardivement dans la maladie de façon progressive, comme étant une source de difficultés dans les AVQ et tendant vers une dépendance totale (Micas, 2016).

#### *1.3.4.4 Les troubles gnosiques*

Il s'agit de « *la difficulté à identifier des objets ou des personnes, malgré des fonctions sensorielles intactes* » (Lesniewska, 2013).

#### *1.3.4.5 Les troubles des fonctions exécutives*

Ils surviennent dès le début de la maladie. Les fonctions exécutives permettent de réaliser des actions nouvelles au travers de la planification, de la flexibilité mentale, de l'inhibition et de l'autocontrôle (Mahiant, 2013).

#### *1.3.4.6 La désorientation temporo-spatiale*

La personne n'arrive plus à se repérer dans le temps et dans l'espace. Elle peut partir en ville et ne plus retrouver son domicile, et peut se croire en hiver alors que nous sommes en été (Lesniewska, 2013).

#### *1.3.4.7 Les troubles psycho-comportementaux*

Les troubles psychologiques et comportementaux sont une complication importante de la maladie d'Alzheimer et un facteur considérable de la perte d'autonomie dans les AVQ, accentuant le risque de dépendance (ANESM, 2009). Ils ne sont pas issus que d'un « prendre-soin » mal ajusté. D'autres facteurs peuvent en être à l'origine : un environnement non adapté, une souffrance psychologique, une douleur physique, un inconfort corporel, une frustration... Les troubles doivent être évalués attentivement par l'équipe soignante, car ils révèlent la source du problème (Gineste & Pelissier, 2007).

Quatre types de troubles peuvent être distingués : « *les **troubles affectifs, psychotiques, comportementaux** et liés aux **conduites instinctuelles*** » (Lesniewska, 2013).

- **Les troubles affectifs**
  - L'anxiété : réactions aiguës d'angoisse, apparition de phobies
  - La dépression : tristesse, idées noires, pleurs, ralentissement psychomoteur
  - L'apathie : désintérêt social, perte d'initiative et d'activité motrice
  - Perturbations émotionnelle : émoussement, repli sur soi, incontinence émotionnelle
- **Les troubles psychotiques**
  - Les idées délirantes : sentiment de persécution, de jalousie ou de préjugés prétendus
  - Les hallucinations : essentiellement visuelles
  - Les troubles d'identifications
- **Les troubles comportementaux**
  - L'agressivité : verbale, physique ou opposition
  - L'agitation : verbale, vocale ou motrice
  - La désinhibition
  - La déambulation
  - Le refus
- **Troubles liés aux conduites instinctuelles**
  - Les troubles du sommeil
  - Les troubles du comportement alimentaires
  - Les troubles sexuels

Afin de pouvoir évaluer les troubles du comportement, il existe différents outils. Nous allons nous intéresser en particulier à l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) (**Annexe IV**).

### 1.3.5 Outil d'évaluation des troubles du comportement

Selon l'HAS (2009), dans le rapport « *Maladie d'Alzheimer et maladie apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs* », le NPI est l'outil « *le plus utilisé et le plus adapté à la recherche clinique* ». Il permet d'objectiver les troubles du comportement en distinguant les troubles de l'humeur des troubles comportementaux.

Ce questionnaire est complété par l'équipe soignante en l'absence du patient, une fois par semaine. Le NPI regroupe dix domaines comportementaux et deux variables neuro-végétatives. Chaque domaine est évalué selon sa nature, sa fréquence, sa gravité et le retentissement sur les activités professionnelles du soignant. Dans la pratique, le score le plus significatif est le résultat de *la fréquence x la gravité*. Si ce score est supérieur à 2, il est pathologique. Il est également important de regarder les scores de la fréquence et de la gravité séparément car la fréquence indique la récurrence du comportement et la gravité indique à quel point le trouble perturbe le patient. Cet outil sera utilisé dans la partie recherche.

En plus des différents troubles installés au cours de la maladie, la communication de la personne s'effectuera différemment.

#### 1.3.6 La communication

Pour communiquer, il existe deux modes : le mode digital et analogique. Le mode digital est un moyen établi par un groupe culturel suivant des codes et des conventions particulières, telles que le langage ou les mathématiques. Autrement dit, le mode verbale. Il fait appel aux fonctions cognitives\* et au système nerveux central. La communication analogique correspond à la communication non verbale. Soit, tout ce qui est en rapport avec les gestes, les diverses attitudes, ainsi que « *le dessin, la peinture, la sculpture, la danse ou la musique* ». Elle fait appel au sensorimoteur\* (Delamarre, 2014).

Les cellules pyramidales vont commander les mouvements volontaires et la communication digitale. Pour organiser la plupart des actions, notre organisme se tourne d'abord vers la voie pyramidale\*. Dans un deuxième temps, il utilise la voie extrapyramidale\*. Ce qui explique pourquoi nous sommes plus attentifs au langage digital qu'analogique (Delamarre, 2014).

Lorsque nous communiquons, le langage analogique est compréhensible si nous prenons le temps de l'analyser, il ne peut pas se traduire de manière inconsciente. Dans la maladie d'Alzheimer, les codes et les conventions indispensables à la communication digitale vont disparaître progressivement laissant place à la communication non verbale.

Le sensorimoteur va donc prendre le dessus sur le système nerveux central. Le problème sera donc la communication entre la personne démente qui va tendre vers un mode exclusivement analogique et un entourage et des soignants qui utilisent le mode digital (Delamarre, 2014).

En tant que soignant, il est donc indispensable d'être attentif à la communication non verbale, car la personne exprimera à travers ce mode son état interne, en lien avec ses émotions du moment. Une mauvaise compréhension ou analyse de la situation peut alors engendrer des troubles du comportement.

Qu'en est-il de l'évolution de la maladie ?

### 1.3.7 L'évolution

La maladie évolue différemment selon les personnes, mais de manière générale, une fois diagnostiquée, elle s'étend sur plusieurs années (2 à 20 ans) avant d'aboutir au décès (Panchal, 2015).

Elle est composée de trois stades de référence : les stades léger, modéré et sévère (Micas, 2016). En pratique, la classification la plus utilisée pour décrire cette évolution est celle décrite par le Dr Barry Reisberg en 1982. Il s'agit de l'Échelle de Détérioration Globale (EGD ou *Global Deterioration Scale*) (Poirier & Gauthier, 2011). Celle-ci est composée de sept stades :

- Stade 1 : pas de déficit cognitif
- Stade 2 : déficit cognitif très léger
- Stade 3 : déficit cognitif léger
- Stade 4 : déficit cognitif modéré (**démence légère**)
- Stade 5 : déficit cognitif modérément sévère (**démence modérée**)
- Stade 6 : déficit cognitif sévère (**démence sévère**)
- Stade 7 : déficit cognitif très sévère (**démence très sévère à terminale**)

Dans cette étude, le stade 5 sera privilégié, car il s'agit de la période où le besoin d'aide pour les soins personnels se fait ressentir (Poirier & Gauthier, 2011). De plus, la personne n'est plus capable de vivre de façon autonome à domicile, et les tâches quotidiennes simples deviennent difficiles à exécuter (Decatoire, 2013). Ainsi, les professionnels de santé devront accompagner le patient dans le choix des vêtements et dans la réalisation des soins d'hygiène tout en l'impliquant le plus possible. L'intervention d'un ergothérapeute a donc toute sa place.

Comme nous l'avons vu précédemment, lors de l'évolution de la maladie, les troubles du comportement peuvent survenir et l'épuisement de l'aidant se fait ressentir. Pour pallier ces difficultés, le gouvernement a mis en place des solutions, notamment le plan « *Alzheimer et maladie apparentées* » de 2008-2012, mettant en place des UCC pour les personnes atteintes de démence type Alzheimer présentant des troubles du comportement en phase aiguë.

## 2 L'INTERVENTION DE L'ERGOTHÉRAPEUTE EN UNITÉ COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

### 2.1 L'UCC

#### 2.1.1 Définition

Selon la mesure 17 du plan Alzheimer 2008-2012, intitulée : « *Création d'unités spécialisées au sein des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), pour malades atteints d'Alzheimer* », des UCC ont été créées. Une unité est composée de 10 à 12 lits. Dans celle-ci, toutes les personnes atteintes de démence peuvent être présentes, mais celles atteintes de démence de type Alzheimer y sont en majorité, d'où le choix pour cette population. Pour intégrer l'unité, les patients doivent présenter l'ensemble des caractéristiques suivantes : « *mobilité (patient valide), agressivité, troubles du comportement productifs (hyperémotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitation, troubles du sommeil grave)* » (Ministère de la Santé, 2008)<sup>2</sup>.

Regardons les objectifs de ces unités.

#### 2.1.2 Les objectifs de la mise en place d'UCC

Selon le plan Alzheimer 2008-2012, la mise en place d'UCC doit se faire « *dans une architecture adaptée, avec des professionnels dédiés et spécifiques du soin et de l'accompagnement, sur la base d'un bilan médico-psychosocial, ces unités ont ainsi pour objectif de stabiliser les troubles de comportement, grâce à un programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale* ».

---

<sup>2</sup> Circulaire N°DHOS/O2/O1/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012

La prise en charge est axée sur la réévaluation de la prescription de neuroleptiques, mais principalement sur la mise en place d'interventions non médicamenteuses (Saidlitz & Voisin, 2015).

Les différents professionnels pouvant intervenir (dans le meilleur des cas), sont : un médecin, un aide médico psychologique, des kinésithérapeutes, des aides-soignants, des infirmiers, une assistante sociale, un neuropsychologue ou psychologue clinicien, un ergothérapeute, un assistant en soins gériatriques, un psychomotricien et un diététicien (Ministère de la Santé, 2008).

Intéressons-nous de plus près au rôle de l'ergothérapeute.

## **2.2 Le rôle de l'ergothérapeute**

Nous allons voir le rôle de l'ergothérapeute de manière globale, puis auprès de la population gériatrique, en UCC.

### 2.2.1 L'ergothérapie

Selon Djaoui (2015), « *mettre en place un accompagnement thérapeutique sur et par l'activité est le fondement même de l'intervention de l'ergothérapeute* ». L'ergothérapie a pour objectif de « *maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace* » (ANFE, 2016). Elle est « *déterminée par une dynamique spécifique relative aux interactions entre trois notions fondamentales qui sont : l'autonomie, la dépendance et l'activité* » (Détraz et al., 2008).

En prenant en compte les habitudes de vie de la personne et son environnement, l'ergothérapeute va intervenir pour prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap. Cette intervention s'effectue dans « *le cadre d'une relation thérapeutique et par l'intermédiaire d'activités adaptées, d'enseignements et d'apprentissages* » (ANFE, 2016).

En somme, l'ergothérapeute est un professionnel de santé « *qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* » (ANFE, 2016) et a une vision holistique de la personne.

L'ergothérapeute, dans son référentiel d'activités possède un champ de 10 compétences, selon l'arrêté du 5 juillet relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute (Ministère de la Santé et des Sports, 2010). Pour cette étude, la compétence 1 intitulée : « *Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique* » sera sollicitée. En effet, afin de cibler la prise en soins, l'ergothérapeute effectue au départ une évaluation et adapte ensuite son intervention en fonction du diagnostic ergothérapeutique établi.

La démarche d'évaluation en ergothérapie peut s'effectuer selon 3 axes distincts (Margot-Cattin, 2008) :

- L'évaluation pour recueillir de l'information sur les capacités et incapacités de la personne, en les comparant à des normes attendues. Ainsi, le professionnel pourra construire son plan d'intervention en réduisant l'écart mesuré.
- L'évaluation pour recueillir de l'information concernant la vie de la personne : ses désirs, ses besoins, son contexte de vie et son environnement, sa manière de réaliser ses activités quotidiennes.
- L'évaluation pour légitimer et justifier l'intervention de l'ergothérapeute. Des évaluations intermédiaires peuvent être réalisées pour montrer une évolution et obtenir une reconnaissance professionnelle.

Dans ce mémoire, nous nous intéresserons principalement à l'évaluation de l'activité toilette comprenant : le déshabillage, l'hygiène corporelle et l'habillage.

Selon le lieu d'intervention de l'ergothérapeute, son rôle ne sera pas le même. Voyons le rôle de l'ergothérapeute dans une UCC.

### 2.2.2 L'ergothérapie en UCC

Selon le rapport de la HAS « *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge* » (2011), l'ergothérapeute en UCC intervient sur l'activité motrice, sur la cognition, et en effectuant des évaluations de **l'indépendance** et de **l'autonomie**. Cette dernière mission est développée ci-après.

Meyer (2013) définit l'indépendance comme « *le fait d'être capable de réaliser des activités de la vie quotidienne tous les jours de manière satisfaisante* ». Selon Berbigier Eschauzier (2012), les quatre capacités fonctionnelles qui sont impliquées dans l'indépendance sont : la force musculaire, la souplesse, l'équilibre dynamique (agilité) et l'endurance aérobie. Ces habiletés sont nécessaires dans les AVQ. Le vieillissement va avoir des effets sur ces quatre compétences, engendrant des difficultés dans les AVQ et donc perturber le quotidien des personnes âgées atteintes de démence.

Dans la littérature, le terme autonomie a tendance à être confondu avec « indépendance fonctionnelle ». Selon Meyer (2013), en ergothérapie, est qualifié d'autonome « *la personne en mesure d'émettre des jugements et des idées qui lui sont propres* ». L'autonomie fait également référence « *à la liberté de penser, de décider et d'agir* ». La démence une fois installée, provoque la diminution des capacités d'autonomie de la personne. Au fur et à mesure de l'avancée de la maladie, elle ne pourra plus décider seule, ni agir de son plein gré, car ses fonctions mnésiques, d'analyse et cognitives, indispensables pour l'autonomie, vont être altérées (Micas, 2016). Les outils d'évaluation seront développés par la suite (Cf. 2.3.3).

L'évaluation de l'autonomie peut s'effectuer à partir de l'activité toilette par l'ergothérapeute.

## 2.3 L'activité toilette

### 2.3.1 Définition

Comme le souligne Sureau (2008), il est très difficile de définir le terme « activité » que nous entendons en ergothérapie, de par ses multiples définitions, mais également de par son insuffisance en terme de définition consensuelle. En effet, au sens généraliste, l'activité peut être définie de plusieurs manières, en fonction du domaine auquel nous nous intéressons.

L'ergothérapeute est amené à caractériser « l'activité » comme étant « *une capacité à réaliser une performance qui trouve sa source dans les fonctions physiques et mentales de la personne et qu'elle renvoie à sa volonté ou à ses habitudes* » (Meyer, 2013). Il est important de souligner que l'activité est un mécanisme aidant « *à reconstruire l'identité et l'autonomie de la personne active* ». Le résultat de l'activité va en être tout aussi important, d'autant plus si la personne réussit. D'après Margot-Cattin (2009), « *réussir une activité, même la plus simple, prend tout son sens lorsqu'on est privé d'activité par une maladie telle que la démence* ». L'ergothérapeute aura donc un rôle important dans cette préservation de participation à l'activité, comme faire sa toilette, qui est une activité de soins personnels, réalisée au quotidien.

### 2.3.2 La toilette

Les soignants passent 50% de leur temps en relation avec la personne âgée pour la toilette. Il s'agit donc d'un temps à ne pas négliger et à préserver pour le bien-être des patients. Au-delà du simple fait de laver le corps, la toilette permet aux professionnels d'évaluer les capacités physiques et stratégiques de la personne afin d'ajuster le soin et de maintenir une autonomie (Gineste & Pelissier, 2007). Selon ces auteurs, « *la toilette évaluative est l'un des outils les plus utiles pour concrétiser le principe d'ajustement : elle permet de définir, parmi l'ensemble des objectifs [...] quels sont les plus importants en fonction de la situation de la personne* ». Cette mission fait partie du champs de compétence de l'ergothérapeute.

Elle permet également de pouvoir transmettre aux équipes quelles sont les difficultés rencontrées par la personne et quelles aides lui seront nécessaires au quotidien.

Il s'agit d'un moment sensible où les troubles psychologiques et comportementaux peuvent être déclenchés, pouvant mettre en jeu leur participation lors de la toilette (ANESM, 2009).

Pour procéder à son évaluation, l'ergothérapeute, utilise des outils spécifiques.

### 2.3.3 Les outils d'évaluation

L'ergothérapeute peut utiliser l'activité comme un moyen d'évaluation mettant ainsi en évidence les dysfonctionnements de la personne (Sureau, 2008). Il a un rôle dans l'évaluation des fonctions cognitives et dans l'évaluation standardisée de l'autonomie. Pour se faire, il peut utiliser la grille validée de Katz et al. (1963) : *Activities of Daily Living* (ADL) qui évalue six catégories (**Annexe V**) (Benaïm et al., 2005). La cotation est de : 0 - 0,5 -1 par item (soit 0 le score final de dépendance complète et 6 le score d'autonomie). La HAS (2011) recommande l'utilisation de cette grille. Afin d'être encore plus précis dans l'évaluation, nous pouvons nous référer également à une partie du Bilan Modulaire d'Ergothérapie (BME) (**Annexe VI**), avec la partie « module des activités de la vie quotidienne ». Il s'agit d'un outil d'évaluation du processus de production des handicaps chez la personne âgée dépendante. Il ne prend pas en compte les troubles psycho-comportementaux. La cotation est de 1, 2, 3 ou 4 (soit 1 le comportement au plus ébauché et 4 un comportement normal). Ces deux grilles seront utilisées dans la partie expérimentale.

Bien que l'autonomie doit être préservée au maximum, l'ergothérapeute a un rôle dans le maintien de la participation (Meyer, 2013).

#### 2.3.4 L'importance du maintien de participation

La CIF définit la participation comme « *un engagement dans les situations de vie* » (OMS, 2001), qu'il soit d'ordre social, communautaire, familial, de l'ordre des loisirs ou des soins personnels. La participation est devenue un point central du métier d'ergothérapeute, car elle s'est développée comme une finalité de l'ergothérapie. La participation volontaire est un facteur de bien-être, mais elle peut être entravée par des limitations physiques ou cognitives, ainsi, il est dans le rôle de l'ergothérapeute de la promouvoir et de la préserver (Meyer, 2013).

Il est important de noter différents degrés de participation : « *de la soumission aux propositions des thérapeutes à la prise de pouvoir sur son destin en passant par la collaboration avec le système de soins* » (Meyer, 2013). Avec une personne âgée démente, il s'agira principalement de propositions des thérapeutes dans l'objectif de maintenir une certaine indépendance et une autonomie.

Afin d'élaborer une intervention adaptée, l'ergothérapeute s'appuie sur des modèles conceptuels.

#### 2.3.5 Le modèle conceptuel

Un modèle conceptuel est « *une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* » (Morel-Bracq, 2009). Il s'agit donc d'un moyen permettant aux professionnels d'effectuer une démarche adaptée au contexte, à la population et aux désirs du patient. Les modèles conceptuels peuvent être classés en trois catégories : les modèles généraux utilisés dans de multiples situations professionnelles, les modèles appliqués en lien avec certaines pathologies ou situations, et les modèles de pratiques spécifiques.

Le modèle interprofessionnel nommé : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (**Annexe I**) a été choisi pour cette étude. Ce modèle s'axe sur une approche bio-psycho-sociale (OMS, 2001). Il permet d'aborder l'évaluation de la personne dans le domaine des AVQ.

Les deux points centraux de ce modèle sont l'**activité** et la **participation** (OMS, 2001). Au vu de cette étude, le choix de ce modèle s'est donc présenté comme étant le plus intéressant.

Les interventions de l'ergothérapeute dans le domaine de la réadaptation visent à vaincre les limitations d'activité et prévenir une restriction de participation. Pour illustrer le modèle, un schéma a été rattaché à mon contexte (**Annexe I**) (MSSH, 2015).

Bien que l'ergothérapeute ait toute sa place à l'UCC, la prise en soins des patients doit reposer selon une approche globale, pluriprofessionnelle et non médicamenteuse (HAS, 2016).

## **2.4 Les interventions non médicamenteuses**

Selon la HAS (2009) dans l'argumentaire : « *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs* », la prise en soins non médicamenteuse est envisageable en parallèle des traitements médicamenteux. Cependant, aucune efficacité n'est prouvée de par la difficulté méthodologique qu'elle impose. Dans tous les cas, le personnel doit être formé à ces méthodes et ces dernières doivent s'inscrire dans le cadre d'un projet de soins. Les interventions peuvent se porter sur la qualité de vie, sur une prise en charge orthophonique, sur la cognition, sur l'activité motrice et sur le comportement.

Dans cette dernière catégorie, nous pouvons distinguer différentes méthodes pouvant améliorer certains aspects du comportement, telles que : « *la musicothérapie, l'aromathérapie, la stimulation multisensorielle, la rééducation de l'orientation, la reminiscence therapy\*, la thérapie assistée d'animaux, les massages, la thérapie de présence simulée (vidéo familiale) et la luminothérapie* » (HAS, 2009).

Durant l'activité toilette, peuvent ainsi survenir des troubles du comportement compromettant l'évaluation de l'ergothérapeute. Quelle approche l'ergothérapeute peut-il utiliser pour les limiter ?

### 3 LE CONCEPT SNOEZELLEN

Selon la HAS, dans un recommandé de bonnes pratiques de 2009 portant sur la « *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs* », l'approche Snoezelen est citée comme une thérapie non médicamenteuse basée sur la stimulation sensorielle. L'intérêt de cette dernière va se porter dans le « prendre-soin ». L'objectif principal étant de rassurer la personne et d'entrer en relation avec elle en essayant de procurer un soin le plus apaisant possible. Cependant, avec la maladie et les altérations diverses, la communication ne s'établit pas de manière conventionnelle (Gineste & Pelissier, 2007). Nous allons ici, nous appuyer sur la persistance de la mémoire émotionnelle de la personne. Pour ce faire, nous allons utiliser la stimulation multisensorielle, autrement dit la démarche Snoezelen.

#### 3.1 Définition

La stimulation multisensorielle a été développée aux Pays Bas en 1970 par deux Hollandais, un musicothérapeute et un ergothérapeute. Elle a d'abord été utilisée pour les personnes déficientes mentales puis un peu plus tard auprès des personnes démentes, comme une thérapie non médicamenteuse. Le concept « Snoezelen » est un néologisme issu de deux verbes Hollandais « snuffelen » qui signifie « sentir, humer, renifler » autrement dit « partir à la découverte de » et « doezelen » qui signifie « détente, somnolence » (Berbigier Eschauzier, 2012). Les fondateurs, émettent plusieurs définitions de ce concept : *« par Snoezelen, on entend l'offre sélective de stimulations primaires dans une ambiance chaleureuse [...] L'activité Snoezelen est une activité primaire pour les personnes « de Handicap mental profond », activité orientée vers la perception sensorielle par le biais de la lumière, du son, du toucher, de l'odorat, du goût [...] L'approche Snoezelen propose de créer des moments de vie authentique pour des personnes différentes »* (Hulsegge & Verheul, 2004).

Le Snoezelen peut être considéré comme une philosophie, un état d'esprit (Quentin, Godderidge, & d'Arfeuille, 2016).

Cette approche est sans recherche de productivité. Il s'agit véritablement « *d'une démarche d'accompagnement relationnel de la personne* » (Quentin, Godderidge, & d'Arfeuille, 2016). Elle se caractérise par les deux pôles déterminants les attitudes comportementales : le pôle actif et le pôle passif. Dans le premier, la personne agit sur l'environnement ; dans le second, l'environnement a des effets sur la personne (Quentin, Godderidge, & d'Arfeuille, 2016). Dans une situation, la personne réagira de manière active à la stimulation sensorielle, dans l'autre situation la personne se contentera uniquement de recevoir des stimulations, en restant passive. La personne stimulée a donc le choix de pouvoir nous amener dans la situation qu'elle souhaite et de nous communiquer les sollicitations qu'elle préfère, de manière verbale ou non verbale.

## **3.2 L'approche Snoezelen**

### 3.2.1 Les objectifs de cette approche

Selon les fondateurs du concept Snoezelen, il y a trois axes dans cette approche (Hulsegge & Verheul, 2004) :

- « *L'importance du respect de la personne* », **l'axe relationnel**
- « *La priorité aux expériences sensorielles, aux sens* », **l'axe sensoriel**
- « *La recherche de plaisir, de satisfaction, de détente, de sécurité* », **l'axe de détente et de bien être**

Cette approche va permettre aussi de créer une véritable rencontre entre soignant et soigné (Berbigier Eschauzier, 2012). Elle peut s'établir dans différents lieux.

### 3.2.2 Les lieux de pratique

La démarche Snoezelen est réalisée généralement dans les institutions au sein d'une salle dédiée, mais cette démarche ne se cantonne pas uniquement à la salle. En effet, l'objectif est de la transposer dans tous les petits actes de la vie quotidienne (repas, toilette, sorties en pleine nature, etc). Un chariot mobile Snoezelen (**Annexe VII**) peut également être utilisé permettant d'aller en chambre.

Ce chariot va être un concentré des stimulations retrouvées dans la salle (Quentin, Godderidge, & d'Arfeuille, 2016). Il s'agit du moyen choisi pour l'étude, car il permet d'aller directement dans l'environnement connu de la personne et permet de garder un fil conducteur entre la chambre et la salle de bains.

Bien que le Snoezelen se définit difficilement, « *il ne s'invente, ni ne s'improvise pour autant* » (Orain, 2008).

### 3.2.3 La procédure

Le déroulement de la séance n'est pas organisé à l'avance, les choix se font au fur et à mesure des réactions et des envies de la personne. Elle peut être plus calme, plus orientée vers de la relaxation comme plus dynamique et orientée vers de l'extériorisation (chant, danse) (Hulsegge & Verheul, 2004). Cependant, il y a des temps spécifiques à respecter tels que la préparation de la salle dans un premier temps (ou du chariot mobile), puis l'accueil et le consentement de la personne pour la séance. Vient ensuite l'accompagnement qui peut durer autant de temps souhaité par la personne, et enfin le retour progressif à l'environnement habituel amené par le soignant (Quentin, Godderidge, & d'Arfeuille, 2016).

### 3.2.4 La séance et le matériel

Lors d'une séance, la démarche va être centrée sur la stimulation de différents canaux sensoriels que nous pouvons classer en deux catégories : les cinq sens extéroceptifs et les sens intéroceptifs (sens vestibulaire et sens proprioceptif) (Quentin, Godderidge, & d'Arfeuille, 2016).

À travers la stimulation des cinq sens, nous pouvons faire resurgir des souvenirs à la personne. La vue est stimulée par des lumières de couleurs différentes, une colonne à bulles, des projecteurs à effets, des fibres optiques, une boule à facettes. La diffusion d'odeurs, des flacons d'épices, des huiles de massage parfumée stimulent l'odorat. L'ouïe est activée par de la musique, des bruits provenant de différents objets.

Par des massages, les différentes textures des objets, un coussin vibrant, des balles, le canal tactile est sollicité. Pour le goût, nous pouvons faire déguster des aliments que la personne apprécie (Clement & Le Bris, 2007). Dans une séance, il est important de ne pas stimuler tous les sens en même temps, car les canaux récepteurs de chaque sens pourraient être ainsi perturbés. Le meilleur choix est d'opter pour deux à trois sens en simultané (Quentin, Godderidge, & d'Arfeuille, 2016).

Le chariot Snoezelen (**Annexe VII**) comporte généralement une colonne à bulle, un poste de musique, des fibres lumineuses, une boule à facettes, des projecteurs lumineux, des objets composés de différentes matières, des instruments de musiques, des huiles essentielles.

L'accompagnement de chaque population va avoir des spécificités (Quentin, Godderidge, & d'Arfeuille, 2016). Étudions cet accompagnement auprès des personnes âgées atteintes de démence.

### **3.3 La stimulation sensorielle auprès de la personne âgée démente**

#### **3.3.1 Les effets sur le comportement**

Pour les personnes âgées atteintes de démence, en particulier celles qui sont institutionnalisées, cette stimulation permet, entre autres, la gestion du stress et des troubles du comportement (HAS, 2008).

Ce qui différencie la stimulation multisensorielle des autres thérapies c'est l'attention et l'approche non directive qui sont employées, permettant ainsi aux patients de lâcher prise. Elle ne fait pas appel aux capacités cognitives, de ce fait, toutes les personnes peuvent participer, même celles avec une démence très sévère. Les thérapies non médicamenteuses, sont en première ligne pour les patients ayant des capacités de communication limitées (Maseda et al., 2014).

Dans une étude de 2012, il a été démontré que la stimulation multisensorielle avait des effets positifs immédiats sur le comportement et l'humeur des personnes atteintes de démence. Il n'y a cependant aucune donnée sur les effets à long terme. La majorité des articles publiés sur ce thème se focalisait sur les effets au niveau du comportement et de l'humeur (Sanchez et al., 2012). Cependant, d'après une étude réalisée en 2014 sur les effets de la stimulation multisensorielle, sur un échantillon de personnes âgées institutionnalisées avec un diagnostic de démence (essai longitudinal contrôlé), la stimulation multisensorielle montre des effets positifs à long terme, sur les symptômes de ces personnes. Comparée à un groupe d'activités physique et/ou cognitive, la stimulation multisensorielle l'emporte sur l'amélioration des troubles du comportement des patients. Une chose est sûre, la stimulation multisensorielle et les activités ont permis une amélioration de l'évaluation sur les comportements agités et sur les démences (Maseda et al., 2014). De plus, « *l'ensemble des soignants s'accorde pour dire que les expériences mises en place dans les structures d'accueil de personnes démentes, indiquent une diminution sensible des angoisses, des inquiétudes, de l'agressivité et des comportements perturbateurs durant les séances et les temps qui suivent* » (Quentin, Godderidge, & d'Arfeuille, 2016).

### 3.3.2 Les restrictions

Toutefois, cette démarche a quelques restrictions. Par exemple l'utilisation de la salle lors d'une crise aiguë, « *il est important que cette salle reste évocatrice de bien-être* ». Il s'agit donc d'un moyen de prévention aux troubles du comportement et non un moyen pour les dissiper sur le moment (Clement & Le Bris, 2007). L'utilisation est également à proscrire pour les personnes sujettes à l'épilepsie ou à des épisodes hallucinatoires (Quentin, Godderidge, & d'Arfeuille, 2016).

Bien que cette démarche puisse être utilisée par différents professionnels de santé, elle peut être spécifiée à chacun, comme pour l'ergothérapeute durant l'activité toilette.

### **3.4 Le Snoezelen lors de l'activité toilette avec l'ergothérapeute**

#### **3.4.1 L'approche Snoezelen avec le soignant**

L'accompagnement Snoezelen est ouvert à tous les professionnels avec un concept commun, mais avec une pratique, un regard et des compétences différentes (Clement & Le Bris, 2007). En effet, le psychomotricien, l'infirmier, l'aide-soignant, n'auront pas le même objectif derrière cette démarche. Il s'agit d'une approche complémentaire où chaque professionnel apportera sa spécificité. L'ergothérapeute peut porter particulièrement son attention sur le confort, l'installation de la personne et sur son bien-être (Clement & Le Bris, 2007). En premier lieu, il s'agira d'entrer en relation avec le patient pour tendre vers une relation de confiance.

Les observations effectuées lors de la séance peuvent être exploitées par l'ergothérapeute pour une meilleure prise en soins, faire le lien avec les AVQ et les habitudes de vie du patient. Ainsi, il pourra recueillir plus facilement les facteurs personnels de la personne atteinte de démence permettant un suivi personnalisé et un diagnostic ergothérapeutique précis.

L'espace permet également de favoriser une meilleure communication entre le soignant et le soigné, car l'environnement est plus intimiste (Clement & Le Bris, 2007). Ainsi, il sera plus facile d'aborder l'évaluation de la toilette par l'ergothérapeute et d'entrer dans l'intimité de la personne, une fois cette rencontre établie.

#### **3.4.2 La stimulation durant la toilette**

Le moment de la toilette peut être vécu comme une intrusion dans la sphère intime de la personne (Gineste & Pelissier, 2007). La stimulation multisensorielle permettrait donc d'entrer en relation à travers les aspects sensoriels mis en jeu tel que le toucher, la vue, l'odorat et l'ouïe.

Selon une étude réalisée en 2011, sur les effets de la stimulation multisensorielle sur les troubles du comportement chez les personnes âgées à un stade avancé, « *la stimulation sensorielle réalisée avant la toilette dans un climat apaisant diminue les troubles du comportement des personnes âgées démentes durant le soin de toilette. Cet effet persiste au cours de la journée* » (Andreeva et al., 2011). L'étude démontre cependant qu'il n'y a pas eu de corrélation directe entre l'amélioration des troubles du comportement et la fréquence des séances. D'autres variables entrent également en jeu, tels que le comportement verbal et non verbal du soignant, la manière dont la toilette est réalisée ou l'état général de la personne.

La suite de l'écrit, permet d'étudier plus précisément cette dernière partie.

Après vous avoir présenté les différents concepts liés à mon sujet. Il me semble nécessaire de vous rappeler la problématique de ce mémoire :

**De quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation d'une personne atteinte de démence de type Alzheimer lors de l'activité toilette ?**

Ainsi, suite aux différents concepts présentés, je pose mon hypothèse de travail :

**La démarche Snoezelen proposée durant la toilette par l'ergothérapeute, permet de limiter les troubles du comportement et donc de favoriser la participation.**

Je vais maintenant m'intéresser à la partie expérimentale. Cette partie va me permettre de vérifier cette hypothèse.

# CADRE DE RECHERCHE

---

## 4 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

### 4.1 Les objectifs de l'enquête

Afin de pouvoir valider ou réfuter mon hypothèse, je base mon enquête sur deux objectifs :

- Identifier **les effets de l'approche Snoezelen** sur le **comportement lors de la toilette**
- Identifier les **effets du Snoezelen** sur la **participation à la toilette**

J'ai souhaité privilégier des résultats plutôt **qualitatifs** que quantitatifs.

### 4.2 Les choix de la population

Pour mon étude, j'ai choisi deux types de populations : **cinq personnes atteintes de démence de type Alzheimer** et **un ergothérapeute**.

J'ai choisi cinq personnes atteintes de démence de type Alzheimer, car il s'agit de la population qui est au cœur de mon initiation à la recherche. J'ai opté pour le stade 5 en inclusion, car il s'agit du stade où la personne n'est plus capable de vivre de façon autonome. Les tâches quotidiennes simples sont difficiles à exécuter (Decatoire, 2013). J'ai déterminé comme deuxième population, un ergothérapeute, afin de compléter mes résultats.

Ces échantillonnages sont **non-probabilistes** étant donné mes critères très précis. Il s'agit également d'une technique utilisée pour les études qualitatives (Tetreault, 2006).

J'ai souhaité réaliser plusieurs **études de cas au long cours** (Tetreault, 2006), en comparant les résultats (*avec* et *sans* Snoezelen) sur une même personne.

Voici sous forme de tableau, les deux populations sélectionnées, ainsi que les critères correspondants.

	5 personnes atteintes de démence	Un ergothérapeute
Critères d' <u>inclusion</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne atteinte de démence type Alzheimer, stade 5 selon le référentiel de Reisberg</li> <li>• Personne âgée de plus de 65 ans</li> <li>• Personne seule en chambre</li> <li>• Personne présentant des troubles du comportement supérieurs à 2 selon le NPI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergothérapeute qui intervient en unité cognitivo-comportementale (UCC)</li> <li>• Ergothérapeute formé au Snoezelen et qui a déjà utilisé cette démarche</li> </ul>
Critères d' <u>exclusion</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles associés (parkinson, déficits fonctionnels)</li> <li>• Personne avec des antécédents d'épilepsie</li> <li>• Personne présentant une structure psychotique</li> <li>• Personne présentant des hallucinations visuelles ou auditives</li> <li>• Toilette déjà effectuée le jour de l'intervention</li> </ul>	Ergothérapeute n'ayant jamais pratiqué la démarche Snoezelen

*Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion de mon enquête*

Après avoir contacté une dizaine d'UCC par mails, j'ai retenu un lieu qui correspondait à l'ensemble mes critères. J'ai consulté sur place, les dossiers médicaux et j'ai choisi 5 personnes (**Annexe VIII**) qui correspondaient à mes critères.

### **4.3 Les choix des outils d'investigation**

#### 4.3.1 Méthodologie

Avant de vous expliquer quels ont été mes outils d'investigation, je tiens à vous présenter ma démarche méthodologique concernant la partie de recherche.

Il faut bien distinguer les variables dépendantes et indépendantes. La première désigne « *le concept ou l'élément que le chercheur désire comprendre, explorer* » et la seconde se rapporte à la variable qui est manipulée afin d'évaluer l'effet qu'elle procure sur la variable dépendante (Tetreault, 2006).

Dans ma situation, les **variables dépendantes** sont : l'autonomie de la personne, sa participation, et le comportement.

Les **variables indépendantes** sont : le changement de l'environnement (présence du chariot Snoezelen avec ses spécificités : pièce plus sombre, lumières différentes, présence de musique...) et le changement de comportement de l'ergothérapeute.

Afin d'obtenir des résultats en lien avec cette méthodologie, j'ai souhaité utiliser l'observation comme outil principal et l'entretien comme outil secondaire, dans le but de préciser mes observations.

#### 4.3.2 L'observation

##### 4.3.2.1 La démarche

Dans un premier temps, j'ai souhaité me servir de **l'observation désengagée** et **dissimulée**, lors de la toilette *avec* et *sans* Snoezelen (Tetreault, 2006). J'ai opté pour une observation désengagée, car je ne suis pas formée pour la démarche Snoezelen et ceci m'a permis de pouvoir observer plus en détails que si j'étais dans une observation participante. La notion d'intimité qu'implique la toilette a été aussi un choix pour ce type d'observation. L'observation était également dissimulée, c'est-à-dire que je me suis présentée en tant qu'étudiante en ergothérapie et donc en tant qu'observatrice. Cependant, je n'ai pas dévoilé mes objectifs à la personne afin d'éviter toutes sources de facteurs déclencheurs de troubles du comportement. Les deux toilettes se sont succédées sans jour d'intervalle (J1 et J2).

Lors de cette intervention, j'ai employé la grille d'observation.

##### 4.3.2.2 Les grilles d'observations

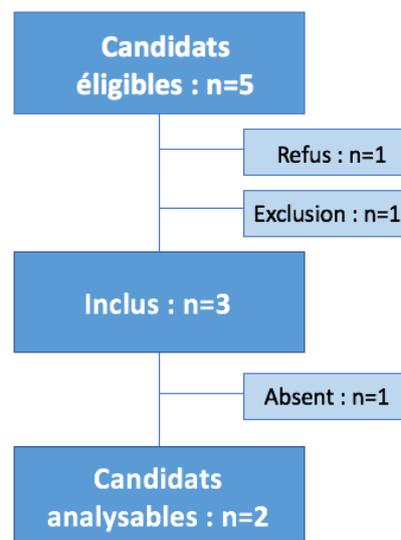
Je me suis appuyée sur plusieurs outils. D'abord, j'ai fait appel à **l'échelle d'autonomie** utilisée dans cet UCC : *Activities of Daily Living (ADL)* (**Annexe V**) qui est un outil validé (Benaim et al., 2005). Cette grille m'a permis de voir si globalement sur l'activité toilette, la personne a eu une meilleure autonomie lors de la toilette avec Snoezelen. En complément, j'ai utilisé une partie du **Bilan Modulaire d'Ergothérapie (BME)** (**Annexe VI**) qui détaille encore plus la partie « Activités de la vie quotidienne ».

Je me suis également servie d'une **grille personnelle (Annexe IX)** réunissant les observations effectuées par rapport au patient (attitude, comportement, langage verbal, non verbal) et les observations par rapport à l'ergothérapeute.

Pour créer ma grille, je suis partie de mes objectifs et j'ai ajouté des éléments plus précis à observer : l'environnement de manière général, le comportement de l'ergothérapeute, les comportements en détails de la personne lors de la toilette afin de pouvoir faire du lien entre les différentes observations.

J'ai complété ma grille d'observation directement lors de la toilette. Tandis que la grille de l'ADL et celle du BME, ont été complétées une fois la toilette terminée. J'ai été contrainte de cumuler plusieurs grilles, car aucune existante ne correspondait exactement à mon étude.

#### 4.3.2.3 Le déroulement des observations



*Figure 1* : Représentation de la méthodologie de recrutement – Diagramme de Flowchart

Comme le justifie ce diagramme, durant ma semaine d'observation, je n'ai pu retenir que deux personnes : Madame A. et Madame B. (candidats analysables) pour l'analyse des observations. En revanche, pour Madame C. (refus) nous n'avons pas pu réaliser de toilette, car celle-ci a refusé notre intervention deux jours de suite.

Concernant Monsieur D. (absent), nous avons réalisé une première toilette, mais le lendemain ce dernier a eu un problème de santé, ne nous permettant pas d'effectuer une toilette avec la démarche Snoezelen. Quant à Monsieur E. (exclusion), sa toilette n'a pas pu être effectuée, car l'équipe soignante s'en était déjà occupée.

Nous allons à présent prendre connaissance des résultats obtenus et en faire l'analyse pour chaque patiente. Mais avant cela, voyons comment se sont déroulées les toilettes et les séances Snoezelen de manière générale.

#### 4.3.2.4 La toilette

La toilette *sans* Snoezelen s'est réalisée de la manière suivante : l'ergothérapeute a préparé en amont le matériel (serviette, protection urinaire...) dont il avait besoin pour la toilette et l'a déposé non loin de la chambre. Ensuite, il est entré dans la chambre de la patiente, lui a demandé comment elle allait, est entré en relation avec elle. Il lui a expliqué qu'il venait pour pratiquer « un brin de toilette » et voir ce dont elle était capable de faire toute seule. Une fois l'accord de la personne obtenu, ils se sont dirigés vers la salle de bains qui se trouve dans la chambre. L'ergothérapeute a préparé une bassine d'eau chaude ; les affaires (savon, brosse à dents, peigne, parfum...) de la personne étaient disposées autour du lavabo ; une chaise attendait la patiente. La toilette s'est effectuée en trois temps :

- Première étape : *le déshabillage*
- Deuxième étape : *les soins d'hygiène*
- Troisième étape : *l'habillage*

Pour la séance avec l'approche Snoezelen, la méthode a été la même. Cependant, avant la première étape, l'ergothérapeute a effectué une séance Snoezelen de 15 minutes avant de démarrer la toilette et a laissé présente les stimulations durant celle-ci.

### 4.3.3 La séance Snoezelen

En ce qui concerne la séance Snoezelen, l'ergothérapeute a suivi plusieurs étapes. D'abord, il a demandé le consentement de la personne avant de présenter le chariot mobile.

Puis, une fois que ce dernier s'est trouvé dans la chambre, il a expliqué à la personne qu'il allait faire l'installation et qu'il expliquerait comment la séance se déroulerait. Il a donc baissé les stores, en demandant l'accord de la personne, installé les projecteurs lumineux, mis en route la musique. Les deux personnes observées (Madame A. et Madame B.) se trouvaient toutes les deux assises. Les séances se sont donc effectuées au fauteuil.

Une fois le matériel installé, l'ergothérapeute a commencé par une approche à travers le massage des mains avec de l'huile d'amande douce. Puis, il a utilisé des balles de massage pour masser les membres supérieurs, le dos et les membres inférieurs, le tout en communiquant avec la personne, en lui posant des questions sur ses ressentis, sur ses souvenirs.

Les séances ont duré quasiment 15 minutes pour les deux patientes. L'ergothérapeute a ensuite invité ces dernières à venir faire leur toilette, tout en gardant l'atmosphère présente dans la salle de bains, avec la musique et les lumières, afin de ne pas rompre cette bulle multisensorielle.

### 4.3.4 L'entretien

#### 4.3.4.1 La démarche

J'ai choisi d'utiliser dans un second temps, l'outil « entretien semi-directif ». Autrement dit, il s'agit d'une « *entrevue avec un guide d'entretien réalisé au préalable, laissant une part de liberté à la personne interrogée* ». Il permet une vérification et un approfondissement de l'étude (Ghiglione & Matalon, 1998).

J'ai construit un guide d'entretien (**Annexe X**) afin d'optimiser au mieux les réponses escomptées (Guittet, 2013). J'ai interrogé l'ergothérapeute qui a réalisé les deux

interventions (toilette *sans* et *avec* Snoezelen). J'ai enregistré et retranscrit (**Annexe XI**) cet entretien pour l'analyser et le mettre en parallèle à mes observations.

Je me suis servie de ce deuxième outil, car les observations seules me semblaient insuffisantes. Ainsi, grâce à l'entretien, j'ai pu compléter mes questionnements et effectuer un travail plus en profondeur. De plus, l'observation et l'entretien sont des outils complémentaires (Quivy & Campenhoudt, 2011).

#### 4.3.4.2 *Le guide d'entretien*

Mon guide d'entretien se compose de plusieurs thèmes :

- Préambule : présentation de la personne interviewée, me permettant d'en savoir plus sur l'ergothérapeute interrogé ;
- Thème 1 : le rôle de l'ergothérapeute dans le Snoezelen, me permettant de savoir comment il considère le Snoezelen et comment il le spécifie à l'ergothérapie ;
- Thème 2 : répercussions de l'accompagnement Snoezelen sur les troubles du comportement et la participation, me permettant d'obtenir des réponses en lien avec mon hypothèse ;
- Thème 3 : répercussions du Snoezelen dans l'activité toilette, me permettant de faire un lien et un retour sur les observations effectuées ;
- Thème 4 : autres informations

Pour réaliser mes questions, je me suis appuyée sur mes objectifs de départ.

Avant la réalisation de cette interview, j'ai effectué un pré-test avec un ergothérapeute du même service que celui interrogé et avec une personne non ergothérapeute afin de vérifier la pertinence de mes questions.

#### 4.3.4.3 *Le déroulement*

L'entretien s'est déroulé le cinquième jour, une fois toutes les expérimentations effectuées afin d'avoir un retour également sur la semaine passée. Il a duré une trentaine de minutes.

## 5 RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES

### 5.1 Les observations

Je présente les résultats de Madame A. et Madame B. séparément. Pour chacune, j'ai recueilli mes résultats bruts sous forme de tableaux et j'ai réalisé une analyse sous chaque tableau.

Pour les deux personnes, il y a deux thèmes : **Snoezelen et participation** et **Snoezelen et comportement**. Dans le thème n°1, se trouvent trois grilles : ma grille personnelle (**Annexe IX**), la grille ADL (**Annexe V**) et la grille BME (**Annexe VI**), évaluant la participation. Dans le thème n°2, se trouve uniquement ma grille personnelle évaluant le comportement.

#### 5.1.1 Madame A.

##### *5.1.1.1 Vignette Clinique*

Madame A., est âgée de **74 ans**. Elle est arrivée à l'UCC pour un séjour de répit après une hospitalisation pour un maintien à domicile difficile et un déséquilibre de diabète, le 7/03. Elle présente une démence de type de Alzheimer. Le 28/03, Madame A. présente une **anxiété** de fréquence 4 et de gravité 1, ainsi qu'un **comportement moteur aberrant** de fréquence 3 et de gravité 1. La fréquence multipliée par la gravité de chacun des items (anxiété et comportement moteur aberrant) étant à chaque fois supérieure à 2, son score **NPI est alors pathologique (Annexe IV)**. Comme antécédents médicaux, nous relevons : un ulcère à la jambe droite, une insuffisance respiratoire sous oxygène. Elle vit à domicile avec son mari.

## THÈME 1 SNOEZELLEN ET PARTICIPATION

### • RÉSULTATS BRUTS - GRILLE PERSONNELLE

Variables	Toilette Sans Snoezelen (J1)	Toilette Avec Snoezelen (J2)
Durée	Toilette : 50 minutes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séance Snoezelen : 15 minutes</li> <li>• Toilette : 45 minutes</li> </ul>
Communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sourire</li> <li>• Communication verbale et discours cohérents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sourire</li> <li>• Communication verbale et discours cohérents</li> </ul>
Participation à la toilette	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interaction avec l'ergothérapeute</li> <li>• Pas d'initiative au départ – intervention de l'ergothérapeute</li> <li>• <b>Ne prend pas le temps pour faire les actions consciencieusement</b></li> <li>• Parties lavées seule avec guidance verbale : le visage, les membres supérieurs, le buste, les aisselles, les cuisses</li> <li>• Désorientation spatiale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interaction avec l'ergothérapeute</li> <li>• <b>Initie le début (visage et buste)</b></li> <li>• <b>Prend plus le temps pour se laver consciencieusement</b></li> <li>• Parties lavées seule avec guidance verbale : le visage, les membres supérieurs, le buste, les aisselles, les <b>parties intimes, le bas du dos</b>, les cuisses et les pieds</li> <li>• <b>Désorientation spatiale moins importante</b></li> </ul>
Hygiène corporelle	<b>Persévérances gestuelles</b> : lave 5 fois de suite son visage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pas de persévérance</b> gestuelle pour le visage</li> <li>• Persévérance au niveau de la poitrine (1 fois)</li> </ul>
Habillage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valide le choix de l'ergothérapeute pour la robe</li> <li>• Enfile sa robe avec l'aide de l'ergothérapeute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valide le choix de l'ergothérapeute pour la robe</li> <li>• Enfile sa robe avec l'aide de l'ergothérapeute</li> </ul>

*Tableau II : Résultats bruts de la grille d'observation – Madame A.*

**ANALYSE - GRILLE PERSONNELLE** : Concernant la durée des deux toilettes, le Snoezelen n'a pas eu d'impact sur Madame A. De même pour la communication qui était sensiblement identique, avec un discours cohérent et compréhensible. Au niveau de la participation, lors de la toilette *avec* Snoezelen, Madame A. s'est montrée plus participante dans le sens où elle a initié le début, s'est moins précipitée dans l'enchaînement des étapes.

En effet, lors de la deuxième toilette, elle était plus consciencieuse dans la manière de se laver, plus impliquée. De plus, sa désorientation spatiale était moins présente lors de la toilette *avec* Snoezelen. Pour l'hygiène corporelle, lors de la première toilette, Madame A. s'est lavée cinq fois à la suite le visage, des persévérances étaient donc notables. À J1, il n'y a pas eu de persévérance au niveau du visage. Cependant, une persévérance au niveau du buste a eu lieu. En somme, ce qui en ressort après la toilette *avec* Snoezelen c'est la diminution des persévérances gestuelles et la prise d'initiatives de Madame A. Pour l'habillage, les deux toilettes ont été similaires. Il n'y aurait donc pas de lien entre le Snoezelen et la participation à l'habillage. Sûrement parce qu'elle ne présente pas de difficulté dans ce domaine.

Passons aux résultats obtenus avec les grilles de l'ADL et du BME.

- **RÉSULTATS BRUTS - GRILLE ADL**

		Toilette <i>sans</i> Snoezelen	Toilette <i>avec</i> Snoezelen
SOINS PERSONNELS	<i>Ne reçoit aucune aide</i>	1	1
	<i>Reçoit de l'aide pour laver certaines parties du corps (dos, ou une jambe)</i>	0,5	0,5
	<i>Reçoit de l'aide pour laver plus d'une partie du corps</i>	0	0
TOTAL soins personnels		<b>0/1</b>	<b>0,5/1</b>
HABILLAGE	<i>Prends les vêtements et s'habille complètement sans aide</i>	1	1
	<i>Prends les habits et s'habille sans aide sauf pour les chaussures</i>	0,5	0,5
	<i>Reçoit de l'aide pour prendre les habits et/ou s'habiller ou reste partiellement ou totalement dévêtue</i>	0	0
	TOTAL habillage	<b>0/1</b>	<b>0/1</b>

Tableau III : Résultats bruts de l'échelle ADL – Madame A.

**ANALYSE - GRILLE ADL** : D'après les résultats, nous constatons qu'il y a une différence concernant les soins personnels. En effet, lors de la toilette *avec* Snoezelen l'ergothérapeute est moins intervenu. Au niveau de l'habillage, il n'y a pas de différence significative entre les deux toilettes.

Regardons la grille du BME qui possède des critères plus précis.

• **RÉSULTATS BRUTS - GRILLE BME**

Légende :		1	2	3	4
X : toilette sans Snoezelen		Comportement au plus ébauché	Comportement inadapté	Comportement possible	Comportement normal
X : toilette avec Snoezelen					
Partie non évaluée					
HYGIENE CORPORELLE	Se laver le visage			X X	
	S'essuyer, se laver son intimité		X	X	
	Se laver le bas du dos		X	X	
	Se laver les pieds		X X		
	Se coiffer				X X
	Se raser, se maquiller				
	Se brosser les dents, se rincer la bouche			X X	
<b>TOTAL J1</b>		<b>X : 16/24</b>			
<b>TOTAL J2</b>		<b>X : 18/24</b>			
HABILLAGE	Passer le vêtement par la tête				X X
	Passer le vêtement par les épaules				
	Passer le vêtement par les pieds		X X		
	Se chausser			X X	
	Se boutonner				
	Utiliser les fermetures (éclair, autres)				
<b>TOTAL J1</b>		<b>X : 9/12</b>			
<b>TOTAL J2</b>		<b>X : 9/12</b>			
<p><u>Cotation :</u>            1 : comportement au plus ébauché.            2 : comportement malhabile ou inadapté, compensation insuffisante → <b>intervention physique de l'ergothérapeute.</b>            3 : comportement possible, mais incorrect, elle arrive à ses fins par des moyens détournés.            4 : comportement normal.</p>					

Tableau IV : Résultats bruts du BME – Madame A.

**ANALYSE - GRILLE BME** : D'après les résultats de cette grille, pour la catégorie « hygiène corporelle », nous remarquons une différence de deux points entre les deux toilettes. En effet, lors de la deuxième toilette, Madame A. a été plus participante pour laver le bas de son dos et sa toilette intime. L'approche Snoezelen aurait donc permis une meilleure confiance en ses capacités et donc une meilleure implication dans ses soins. Concernant les autres items, il n'y a pas de différence. De même pour la catégorie habillage.

Nous allons voir maintenant le deuxième thème.

## THÈME 2 SNOEZELLEN ET COMPORTEMENT

### • RÉSULTATS BRUTS - GRILLE PERSONNELLE

Variables	Toilette Sans Snoezelen (J1)	Toilette Avec Snoezelen (J2)
Comportement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mme. A. signale ne pas se sentir capable dans la réalisation de certaines tâches : laver le bas du dos, s'essuyer <b>(5 fois)</b></li> </ul>	Moins de plaintes <b>(3 fois)</b> et plus détendue que J1
Comportement de l'ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paroles rassurantes</li> <li>• Contact physique sur l'épaule, le dos</li> <li>• Ton calme</li> <li>• <b>Attentif</b></li> <li>• Guidance verbale tout du long</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paroles rassurantes</li> <li>• Contact physique sur l'épaule, le dos</li> <li>• <b>Encore plus attentif et prévenant</b></li> <li>• Guidance verbale tout du long sauf au début</li> </ul>
Environnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lumineux</b></li> <li>• Pas de bruit environnant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tamisé</b></li> <li>• Volets fermés</li> <li>• Pas de bruit environnant</li> <li>• <b>Elle tape du pieds au rythme de la musique, quasiment tout le long de la toilette et balancement du tronc de droite à gauche</b></li> </ul>
Autres remarques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ne se lève pas seule, a peur</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Se lève seule à deux reprises et marche quelques pas, seule</b></li> <li>• <b>Plus participante à la marche</b></li> </ul>

*Tableau V : Résultats bruts de la grille d'observation – Madame A.*

**ANALYSE - GRILLE PERSONNELLE** : Lors de la toilette *avec* Snoezelen, nous constatons que Madame A. a été moins anxieuse. En effet, ses réticences concernant ses difficultés à réaliser certaines tâches ne sont apparues que trois fois contre cinq fois, lors de la toilette *sans* Snoezelen. Elle semblait plus détendue durant la deuxième toilette. La séance de relaxation et de stimulations a donc semblé avoir eu des effets sur son anxiété. D'ailleurs, tout au long de l'activité, la musique paraissait l'apaiser et la reconnecter au moment présent : balancement du tronc, tapotement du pied et fredonnements. De même, l'ergothérapeute s'est montré encore plus à l'écoute des besoins de la personne. L'environnement plus intimiste avec l'ambiance tamisée avait l'air de lui plaire et de la détendre.

À la fin de la deuxième toilette, elle a décidé de se réaliser son transfert assis-debout, seule et a réussi à faire quelques pas sans l'aide de l'ergothérapeute, ce qui n'était pas envisageable lors de J1. Nous pouvons donc dire que son implication sur son transfert assis-debout et la volonté de réaliser quelques pas seule étaient présents.

Intéressons-nous maintenant à Madame B.

### 5.1.2 Madame B.

#### *5.1.2.1 Vignette clinique*

Madame B., est âgée de **84 ans**. Elle est arrivée à l'UCC suite à des troubles du comportement envers les soignants, son entourage, avec agressivité et confusion, le 22/03. Elle présente une démence de type Alzheimer. Le 28/03, Madame B. présente une **agitation** de fréquence 1 et de gravité 3, ainsi qu'une **désinhibition** de fréquence 4 et de gravité 2. La fréquence multipliée par la gravité de chacun des items (agitation et désinhibition) étant à chaque fois supérieur à 2, son score **NPI est alors pathologique (Annexe IV)**. Comme antécédents médicaux, nous relevons : des épisodes dépressifs récurrents et une obésité. Elle vit à son domicile avec son mari.

### 5.1.2.2 Les résultats bruts et les analyses

## **THÈME 1** SNOEZELLEN ET PARTICIPATION

### • RÉSULTATS BRUTS - GRILLE PERSONNELLE

Variables	Toilette Sans Snoezelen (J1)	Toilette Avec Snoezelen (J2)
Durée	Toilette : <b>1h25</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séance Snoezelen : 15 minutes</li> <li>• Toilette : <b>1h10</b></li> </ul>
Communication	Communication verbale compréhensible mais pas toujours cohérente : 3 thèmes récurrents sur toute la durée de la toilette relevant de la désinhibition	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication verbale compréhensible mais pas toujours cohérente : 3 thèmes récurrents sur toute la durée de la toilette relevant de la désinhibition (les mêmes que lors de la première toilette)</li> <li>• <b>Nouveaux sujets de conversation, pose beaucoup de questions sur le chariot Snoezelen</b></li> </ul>
Participation à la toilette	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interaction avec l'ergothérapeute</li> <li>• Pas d'initiative si l'ergothérapeute n'intervient pas</li> <li>• <b>Se sent incapable de laver certaines parties du corps, car elle présente des douleurs au membre supérieur droit (7 fois)</b></li> <li>• Parties lavées seule avec guidance verbale : le visage, les membres supérieurs, le buste, les aisselles, les parties intimes, les membres inférieurs sauf les pieds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interaction avec l'ergothérapeute</li> <li>• Pas d'initiative si l'ergothérapeute n'intervient pas</li> <li>• <b>Moins de plaintes concernant les douleurs à son membre supérieur droit (4 fois)</b></li> <li>• Parties lavées seule avec guidance verbale : le visage, les membres supérieurs, le buste, les aisselles, les parties intimes, les membres inférieurs et <b>les pieds</b></li> </ul>
Hygiène corporelle	Pas de persévérance gestuelle	Pas de persévérance gestuelle
Habillage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle choisit ses vêtements</li> <li>• Aide pour enfiler le pull et la jupe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle choisit ses vêtements</li> <li>• <b>Elle enfle seule le pull</b></li> <li>• Aide pour mettre la jupe</li> </ul>

*Tableau VI : Résultats bruts de la grille d'observation – Madame B.*

**ANALYSE - GRILLE PERSONNELLE :** Concernant la durée il y a un écart de 15 minutes entre les deux toilettes. Le Snoezelen a donc possiblement plus stimulé Madame B. De plus, elle s'est ouverte davantage sur sa vie passée. Elle s'est montrée très curieuse lors de la séance Snoezelen en posant beaucoup de questions sur le chariot Snoezelen.

Les lumières ont beaucoup attiré son attention. La démarche a semblé être un bon moyen pour rentrer en relation avec elle et a offert à Madame B. l'occasion de replonger dans ses souvenirs. Toutefois, au moindre silence, les thèmes de « conversation » récurrents ont refait surface. Ainsi, une fois toutes ses questions posées sur le chariot, la musique, les lumières, etc., son comportement est redevenu identique à celui de la première toilette, à savoir plutôt désinhibé. Il n'y a donc pas eu d'effet sur sa désinhibition. Au niveau de la participation à la toilette durant la toilette avec Snoezelen, Madame B. s'est montrée plus impliquée pour laver son membre supérieur gauche et ses pieds, dans le sens où elle a moins protesté au niveau des douleurs de son membre supérieur droit (quatre fois contre sept, lors de la première toilette).

Regardons plus précisément, les résultats obtenus avec les grilles de l'ADL et du BME.

- **RÉSULTATS BRUTS - GRILLE ADL**

		Toilette sans Snoezelen	Toilette avec Snoezelen
SOINS PERSONNELS	<i>Ne reçoit aucune aide</i>	1	1
	<i>Reçoit de l'aide pour laver certaines parties du corps (dos, ou une jambe)</i>	0,5	0,5
	<i>Reçoit de l'aide pour laver plus d'une partie du corps</i>	0	0
		<b>TOTAL soins personnels</b>	<b>0,5/1</b>
HABILLAGE	<i>Prends les vêtements et s'habille complètement sans aide</i>	1	1
	<i>Prends les habits et s'habille sans aide sauf pour les chaussures</i>	0,5	0,5
	<i>Reçoit de l'aide pour prendre les habits et/ou s'habiller ou reste partiellement ou totalement dévêtue</i>	0	0
		<b>TOTAL habillage</b>	<b>0/1</b>

Tableau VII : Résultats bruts de l'échelle ADL – Madame B.

**ANALYSE - GRILLE ADL** : D'après les résultats, je constate qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux toilettes. Intéressons-nous aux résultats du BME.

• **RÉSULTATS BRUTS - GRILLE BME**

Légende :		1	2	3	4
		Comportement au plus ébauché	Comportement inadapté	Comportement possible	Comportement normal
HYGIENE CORPORELLE	Se laver le visage				X X
	S'essuyer, se laver son intimité		X X		
	Se laver le bas du dos		X X		
	Se laver les pieds	X	X		
	Se coiffer				X X
	Se raser, se maquiller				
	Se brosser les dents, se rincer la bouche			X X	
		<b>TOTAL J1</b>	<b>X : 16/24</b>		
		<b>TOTAL J2</b>	<b>X : 17/24</b>		
HABILLAGE	Passer le vêtement par la tête			X X	
	Passer le vêtement par les épaules				
	Passer le vêtement par les pieds		X X		
	Se chausser		X X		
	Se boutonner				
	Utiliser les fermetures (éclair, autres)				
		<b>TOTAL J1</b>	<b>X : 7/12</b>		
		<b>TOTAL J2</b>	<b>X : 7/12</b>		
<p><b>Cotation :</b>            1 : comportement au plus ébauché.            2 : comportement malhabile ou inadapté, compensation insuffisante → <b>intervention physique de l'ergothérapeute.</b>            3 : comportement possible, mais incorrect, elle arrive à ses fins par des moyens détournés.            4 : comportement normal.</p>					

*Tableau VIII : Résultats bruts du BME – Madame B.*

**ANALYSE - GRILLE BME :** D'après les résultats de la grille du BME, pour la catégorie « hygiène corporelle », je remarque une différence d'un point entre les deux toilettes, ce résultat pourrait paraître non significatif mais Madame B. a essayé de laver ses pieds seule, nous pouvons donc dire que son implication était bien présente. Concernant les autres items, il n'y a pas de distinction. De même pour la catégorie habillage.

Nous allons passer au deuxième thème.

## THÈME 2 SNOEZELLEN ET COMPORTEMENT

### • RÉSULTATS BRUTS - GRILLE PERSONNELLE

Variables	Toilette Sans Snoezelen (J1)	Toilette Avec Snoezelen (J2)
Comportement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coopérative</li> <li>• Dit avoir une baisse de moral ce jour</li> <li>• Peur de se mettre debout</li> <li>• Répète <b>5 fois</b> qu'elle ne va pas pouvoir se laver, car il n'y a pas de bidet</li> <li>• Pas d'agitation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coopérative</li> <li>• Dit avoir une baisse de moral ce jour</li> <li>• Peur de se mettre debout</li> <li>• Répète <b>4 fois</b> qu'elle ne va pas pouvoir se laver, car il n'y a pas de bidet</li> <li>• <b>Chantonne par moment au rythme de la musique</b></li> <li>• Pas d'agitation</li> </ul>
Comportement de l'ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paroles rassurantes</li> <li>• Contact physique sur l'épaule, le dos</li> <li>• Ton calme</li> <li>• <b>Attentif</b></li> <li>• Guidance verbale tout du long</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paroles rassurantes</li> <li>• Contact physique sur l'épaule, le dos</li> <li>• Ton calme</li> <li>• <b>Encore plus attentif et prévenant</b></li> <li>• Guidance verbale tout du long</li> </ul>
Environnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lumineux</li> <li>• Pas de bruits environnants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamisé</li> <li>• Volets fermés</li> <li>• Pas de bruit environnant</li> <li>• Au cours de la toilette, <b>souhaite avoir plus de lumière, l'ergothérapeute a ouvert un peu plus les volets</b></li> <li>• <b>Apprécie énormément la musique</b></li> </ul>

*Tableau IX : Résultats bruts de la grille d'observation – Madame B.*

**ANALYSE - GRILLE PERSONNELLE :** Lors des deux toilettes, lorsque l'ergothérapeute l'a accueillie, Madame B. semblait déprimée. De plus, à J1, Madame B. semblait anxieuse, en effet, l'absence de bidet était selon elle un frein pour effectuer sa toilette. Cette anxiété a été présente lors des deux toilettes et n'est pas significativement différente : cinq plaintes contre quatre la deuxième fois. L'ambiance Snoezelen n'a sensiblement pas eu d'effet sur son anxiété. Concernant l'environnement, Madame B. a souhaité très rapidement que la bulle multisensorielle soit « rompue », en demandant à l'ergothérapeute de faire entrer plus de lumière. Elle n'a sensiblement pas été séduite par l'ambiance tamisée dans la salle de bains. Toutefois, la musique présente tout au long de la toilette était très plaisante pour elle et semblait la mettre en joie. Malgré la stimulation auditive en continue, cela n'a pas permis à Madame B. de réduire son anxiété.

Nous allons comparer les résultats de Madame A. et Madame B.

### 5.1.3 L'analyse croisée des observations

Nous pouvons observer comme similitudes entre les analyses des deux participantes les éléments suivants. À la fin de l'intervention, l'ergothérapeute a demandé aux deux patientes leur avis sur l'intervention Snoezelen et si elles souhaitaient qu'il revienne de nouveau avec le chariot. Dans les deux cas, elles ont approuvé. Elles ont mentionné avoir apprécié les stimulations auditives et tactiles. Au niveau des comportements lors des toilettes, nous pouvons déclarer que pour ces deux personnes, l'approche Snoezelen a eu des effets observables sur chacune d'elle. Cependant, pas de manière homogène.

En effet, nous pouvons remarquer des différences. Pour Madame A., les effets observés ont été plus centrés sur la diminution de son anxiété, et de ses persévérances gestuelles et a favorisé son initiative dans les étapes de réalisation. De plus, l'effet de relaxation que peut procurer le Snoezelen a opéré dès les premières minutes de séance. Au départ, Madame A. présentait une attitude cyphotique. Progressivement, elle a retrouvé une position anatomique de référence. Elle semblait également bien plus connectée au moment présent avec une orientation spatiale meilleure que lors de la toilette *sans* Snoezelen. Son implication lors de J2 était davantage présente. A la différence de Madame B., pour qui l'approche Snoezelen a été plus un moment d'échange et de rencontre. Sur son comportement, il n'y a pas eu d'effet significatif tant au niveau de sa désinhibition que de son anxiété. Cependant, son implication concernant certaines zones du corps était plus marquée lors de la toilette *avec* Snoezelen et ses douleurs présentes à son membre supérieur droit semblaient moindre.

Passons aux résultats et à l'analyse de l'entretien.

## 5.2 L'entretien

Les résultats bruts de l'entretien (**Annexe XI**)<sup>3</sup> sont recueillis sous forme de tableaux, suivis pas des analyses. L'ergothérapeute qui a réalisé les toilettes a été interrogé. Pour présenter et analyser l'interview, les résultats sont séparés en **trois thèmes**. Il s'agit de ceux établis pour le guide d'entretien : le rôle de l'ergothérapeute dans le Snoezelen ; les répercussions de l'accompagnement Snoezelen sur les troubles du comportement et la participation ; les répercussions du Snoezelen dans l'activité toilette.

### THÈME 1 LE RÔLE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE DANS LE SNOEZELLEN

- **RÉSULTATS BRUTS**

Questions posées	Réponses
Quels sont les <b>objectifs de l'accompagnement Snoezelen</b> ?	« on est surtout sur un objectif de <b>gestion des troubles du comportement</b> majoritairement en passant par le biais de la relaxation. [...] dans un but <b>d'entrer en communication</b> avec la personne, par le biais de la stimulation. »
Selon vous, quelle est la <b>plus-value de l'ergothérapeute</b> dans la démarche du Snoezelen ?	« [...] un métier qui nous pousse à nous intéresser à <b>l'histoire de vie de la personne et ses habitudes de vie</b> [...] on peut aller chercher des éléments de vie qui peuvent nous amener à <b>personnaliser nos séances</b> pour créer une ambiance Snoezelen <b>qui parle au patient [...] en lien avec son histoire de vie</b> »
Autre que la démarche Snoezelen, quelle(s) <b>autres méthode(s) utilisez-vous pour limiter et/ou diminuer les troubles du comportement</b> ?	« <b>Tout moyen non médicamenteux</b> pour gérer les troubles sont les bienvenues [...] la <b>démarche Montessori adaptée</b> avec des activités de <b>stimulation cognitive</b> ou toute chose <b>qui n'est pas un moyen médicamenteux</b> [...] »

**ANALYSE** : Pour commencer, selon l'ergothérapeute interrogé, les objectifs du Snoezelen sont ciblés autour de la gestion des troubles du comportement et dans un but d'entrer en communication avec la personne. Nous pouvons supposer que s'agisse des objectifs majeurs pour les personnes atteintes de démence de type Alzheimer.

---

<sup>3</sup> Retranscription complète de l'entretien

La plus-value de l'ergothérapeute dans cette approche serait d'utiliser cet accompagnement pour connaître davantage l'histoire et les habitudes de vie de la personne. Ainsi, en entrant davantage dans l'intimité de la personne, l'ergothérapeute pourrait proposer des stimulations sensorielles ou des activités de stimulation cognitive qui représente un sens pour elle. Enfin, l'ergothérapeute utilise aussi la méthode Montessori adaptée pour limiter les troubles du comportement. Ainsi, il ne se cantonne pas uniquement à la démarche Snoezelen mais cumule les approches pour s'adapter aux besoins des patients.

## **THÈME 2** LES RÉPERCUSSIONS DU SNOEZELLEN SUR LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET LA PARTICIPATION

- **RÉSULTATS BRUTS**

Questions posées	Réponses
Selon vous, quelles sont les <b>stimulations sensorielles</b> lors d'une séance Snoezelen qui peuvent <b>limiter le plus, les troubles du comportement</b> ?	« [...] dans notre création de notre ambiance Snoezelen, <b>il faut qu'on en ait au minimum deux</b> [...] une stimulation <b>auditive et visuelle</b> [...] On est beaucoup aussi sur le <b>tactile</b> où l'on peut proposer des massages, le toucher thérapeutique, des balles à picots, par différentes matières comme la soie, différents tissus. »
Au vu, de votre expérience, qu'observez-vous lors d'une séance au niveau du <b>comportement</b> de la personne ?	« Un <b>apaisement</b> [...] une <b>sensation de lâcher prise</b> de la personne »
Donc au niveau <b>des troubles du comportement</b> remarquez-vous un changement immédiat ?	« <b>Pas forcément</b> . Quand on a <b>une personne qui est angoissée ou qui déambule par exemple, on peut observer un changement</b> à ce niveau-là, sur le temps proposé en séance, après <b>sur quelque chose qui va l'angoisser...ce n'est pas forcément ce qu'on observe de prime abord.</b> »
<b>Après une séance Snoezelen constatez-vous un meilleur investissement sur les activités de la vie quotidienne</b> ?	« <b>C'est pas forcément quelque chose qui a été expérimenté.</b> Comment dire... on a jamais proposé une séance en ce sens, d'avoir un impact direct sur les activités de vie quotidienne. »

**ANALYSE** : Selon l'ergothérapeute, les stimulations auditives et visuelles semblent être les stimuli sensoriels ayant un effet sur les troubles du comportement. Lors d'une séance Snoezelen, au niveau du comportement, l'ergothérapeute observe généralement un relâchement de la personne. Cette approche aurait donc que des retombées positives.

D'après lui, l'approche Snoezelen peut avoir une influence sur les troubles du comportement, mais ces effets ne sont pas forcément perceptibles dans l'immédiat.

Manifestement, si la personne est angoissée par un élément, le Snoezelen peut l'apaiser sur le moment, mais ne permet pas de traiter l'origine de cette angoisse. Ainsi, cette dernière peut reprendre une fois la séance terminée. Cette approche aurait donc des effets plutôt sur le court terme. L'ergothérapeute n'était pas en pouvoir de me répondre quant au meilleur investissement possible dans les AVQ, après une séance Snoezelen étant donné qu'il n'avait jamais expérimenté la question. Cette dernière reste donc ouverte.

### **THÈME 3** LES RÉPERCUSSIONS DU SNOEZELLEN DANS L'ACTIVITÉ TOILETTE. LIEN AVEC L'ÉTUDE OBSERVATIONNELLE

- **RÉSULTATS BRUTS**

Questions posées	Réponses
<p>Selon vous, qu'est-ce qui <b>peut compromettre la participation à la toilette</b> ?</p>	<p>« [...] <b>la vie du service</b> [...] les <b>transmissions</b> [...] un <b>refus</b> de la personne qu'on souhaite voir tout simplement [...] la personne est <b>agitée</b>, parce que l'horaire ne lui convient plus ; parce que la personne <b>décompense</b>. »</p>
<p>Pensez-vous que les <b>troubles du comportement peuvent être un frein à la participation de la toilette</b> ?</p>	<p>« <b>Oui</b> complètement. »</p>
<p>Si <b>on réduit les troubles du comportement</b> avec le Snoezelen, que <b>se passerait-il concernant la participation à la toilette</b> ?</p>	<p>« Les expérimentations qu'on a pu faire cette semaine étaient intéressantes, c'est vrai que ça pourrait être intéressant de <b>pousser l'expérience un peu plus dans le détail</b>. Mais je pense qu'il y aurait <b>un intérêt dans le lien entre les deux</b>. »</p>
<p>Avez-vous remarqué des <b>différences</b> entre la toilette <i>sans</i> Snoezelen et <i>avec</i> Snoezelen ?</p>	<p>« <b>Oui</b> [...] l'<b>apaisement</b> qui était procuré par le biais des séances Snoezelen a eu <b>une répercussion sur l'implication de la personne dans sa toilette, sans forcément parler de récupérations fulgurantes d'un point de vue fonctionnel</b> [...] oui <b>sur la gestion des troubles c'était complètement perceptible</b>. »</p>
<p>Quels ont été les <b>changements de comportement sur votre personne</b> lors de la toilette Snoezelen ?</p>	<p>« le <b>bénéfice</b> de la séance Snoezelen nous touche aussi [...] on amène la chose beaucoup <b>plus calmement</b>, dans notre <b>timbre de voix</b>, dans notre <b>gestuelle</b>, dans notre <b>attitude</b>, au final. On est beaucoup plus <b>posé, relâché</b> et je pense que <b>la personne doit le ressentir aussi</b>. »</p>

**ANALYSE** : D'après l'ergothérapeute, la participation à la toilette peut être compromise par plusieurs facteurs externes comme le service, les transmissions pas toujours efficaces mais aussi par des facteurs internes, liés à la personne comme les complications comportementales ou somatiques. De plus, les troubles du comportement sont un frein à la participation de la personne.

Ainsi, en jouant sur les facteurs problématiques (troubles du comportement, troubles somatiques...) la participation semblerait favorisée. D'où l'intervention du Snoezelen qui permettrait d'apaiser ses facteurs et de tendre vers une implication plus importante. La gestion des troubles était complètement perceptible selon lui. Même si les effets du Snoezelen sur le comportement ne semblent pas durer sur le long terme, ils ont été identifiés le temps de la toilette. Concernant la participation, l'ergothérapeute a remarqué une différence sur l'implication entre les toilettes *avec* et *sans* Snoezelen. De plus, selon lui le lien entre réduction des troubles du comportement et participation serait certainement légitime. Le changement de comportement de l'ergothérapeute était également appréciable par lui-même. L'approche Snoezelen a donc sensiblement eu des effets à la fois sur les patientes et sur l'ergothérapeute.

### **5.3 L'analyse globale de la recherche**

Les observations effectuées et les réponses de l'ergothérapeute concordent, à quelques subtilités près.

Tout d'abord, le but de l'approche Snoezelen utilisée dans cette étude était de limiter les troubles du comportement chez la personne atteinte de démence de type Alzheimer. Il s'agit d'un des objectifs énoncés par l'ergothérapeute concernant cette population. De plus, les résultats concernant les observations tendent à montrer que la stimulation multisensorielle a des effets sur le comportement, comme pour Madame A. au niveau de son anxiété et de ses persévérances gestuelles. Pour Madame B. plus subtilement, des effets ont été observés au niveau de sa relation avec l'ergothérapeute, mais pas au niveau de son anxiété et sa désinhibition.

Pour l'ergothérapeute, la différence entre les deux toilettes (*avec* et *sans* Snoezelen) était complètement perceptible au niveau du comportement. Cependant, il n'a pas précisé la différence entre les deux patientes lors des toilettes *avec* et *sans* Snoezelen, ce qui pouvait être intéressant pour appuyer mes observations. Ensuite, à propos de la participation, les observations ont montré que, l'implication de Madame A. était davantage perçue lors de la toilette Snoezelen et celle de Madame B. était moins perceptible mais appréciable. L'ergothérapeute a répondu avoir vu des effets sur la participation lors de la deuxième toilette de manière générale, il parle même de « *répercussion sur l'implication* ».

Pour terminer, l'ergothérapeute a bien ressenti une différence dans son attitude lors de la toilette *avec* Snoezelen, ce qui était également perceptible en tant qu'observatrice.

## 6 DISCUSSION

Pour rappel, la question de recherche est la suivante : **De quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation d'une personne atteinte de démence de type Alzheimer lors de l'activité toilette ?**

### 6.1 L'interprétation des résultats

Dans un premier temps, l'étude a mis en évidence la pertinence de l'utilisation de la stimulation multisensorielle auprès des personnes atteintes de démence de type Alzheimer. En effet, les deux personnes observées ont été favorables à cette approche dès le départ. Elles ont été approbatives pour que l'ergothérapeute revienne avec le chariot Snoezelen. Elles ont particulièrement été intéressées par la musique et le massage des mains. Comme nous l'allons voir dans le cadre conceptuel, la stimulation multisensorielle est une des recommandations de la HAS (2009)<sup>4</sup> pour les personnes démentes présentant des troubles du comportement. De plus, l'ergothérapeute utilise cette démarche dans sa pratique auprès de cette population, rendant ainsi l'étude pertinente.

Dans un deuxième temps, les résultats ont permis de mettre en lumière des effets sur les troubles du comportement durant l'activité toilette avec l'ergothérapeute. Ce dernier, utilise l'accompagnement Snoezelen pour la gestion des troubles du comportement, en passant par la relaxation. Par le biais de la stimulation, cela lui permet d'entrer en communication avec le patient. Durant les observations, ceci a été soulevé. L'ergothérapeute a déclaré qu'en utilisant le Snoezelen, un apaisement se faisait remarquer. Selon lui, cette approche peut tout à fait avoir une influence sur les troubles du comportement. Néanmoins, il a émis des réserves.

---

<sup>4</sup> « *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs.* »

Nous ne pouvons pas percevoir automatiquement une diminution immédiate des troubles, comme l'a montré les résultats avec Madame B. Toutefois, dans le cadre conceptuel, était précisé que les soignants s'accordaient pour affirmer les bénéfices du Snoezelen sur les troubles du comportement. Les expérimentations de cette étude le montrent, bien que l'échantillon soit faible.

Manifestement, l'approche Snoezelen a semblé réduire l'anxiété de Madame A. Cependant, ces résultats sont à prendre avec beaucoup de réserve étant donné l'absence de données quantitatives sur l'anxiété. Madame B. présentait elle aussi de l'anxiété (non évaluée dans la grille NPI de départ), la toilette avec Snoezelen n'a pas semblé diminuer sur ses inquiétudes. Même si les résultats n'ont pas été homogènes concernant les deux patientes sur le sujet de l'anxiété, des changements ont été avérés. Les persévérances gestuelles de Madame A. ont été nettement diminuées lors de la toilette Snoezelen. Sa désorientation spatiale était aussi atténuée. Quant à Madame B., l'approche Snoezelen a permis un véritable moment d'échange et de rencontre avec l'ergothérapeute mais cette approche n'a pas réussi à atténuer son anxiété et sa désinhibition sur ce temps de toilette. Pour cette personne, plusieurs séances avec l'approche Snoezelen auraient peut-être donné un meilleur résultat.

Selon l'ergothérapeute interrogé, les troubles du comportement sont un frein à la participation. Je m'interroge alors sur le lien de cause à effet, entre la baisse des troubles et l'amélioration de la participation. Pour rappel, la CIF définit la participation comme un engagement dans les situations de vie (OMS, 2001). De manière générale, l'ergothérapeute n'était pas en capacité de me dire si après une séance Snoezelen, les patientes avaient une meilleure participation dans les AVQ. Cependant, après avoir expérimenté les interventions que je lui ai proposées, il a bien remarqué une répercussion sur l'implication des patientes lors de leur toilette. Les résultats obtenus dans les observations appuient les dires de l'ergothérapeute mais avec quelques nuances. En effet, l'implication de Madame A. était davantage présente lors de la toilette avec Snoezelen, de même que sa prise d'initiatives pour réaliser seule son transfert assis-debout et effectuer quelques pas de marche. Cependant, la participation de Madame B. s'est remarquée plus subtilement concernant l'hygiène corporelle de certaines parties. Ses douleurs au membre supérieur droit ont semblé être moins importantes lors de la toilette Snoezelen.

Je me pose alors la question sur l'intérêt d'utiliser cette approche avec des personnes présentant des douleurs. D'après les auteurs du livre : « Snoezelen, un monde de sens », « *certains professionnels indiquent un impact positif [...] sur l'atténuation des plaintes douloureuses.* » (Quentin, Godderidge, & d'Arfeuille, 2016). Cette question mériterait d'être approfondie.

Pour terminer sur la participation, les personnes démentes bénéficiant de Snoezelen, sembleraient avoir « *une meilleure participation dans les actes de la vie quotidienne (maintien de l'autonomie), devenant ainsi plus acteurs* » (Quentin, Godderidge, & d'Arfeuille, 2016). Ces auteurs émettent l'hypothèse que cela pourrait être lié au fait que les soignants abordent la personne à travers la démarche Snoezelen avec « *un autre regard et un autre positionnement* » laissant au patient le temps nécessaire pour agir de son plein gré. Dans sa thèse de doctorat, le Docteur Lehnhart (2001) relate que « *ce lieu de rencontre, d'échanges, de confidences et de respect* » a une action positive sur les troubles dépressifs et l'humeur ainsi qu'un effet émotionnel positif sur le stress de l'équipe soignante. L'ergothérapeute interrogé a ressenti lui-même les effets que lui a procuré cette approche durant les toilettes, tout comme je l'ai ressenti lors de mes observations. Ainsi, le patient reçoit du soignant, une conduite bienveillante et sécurisante, permettant une présence relationnelle sereine.

Selon Orain (2008), « *il ne s'agit pas de faire du Snoezelen un réflexe, une solution facile et encore moins d'y façonner une prise en charge systématique* ». Cependant, lorsque l'ergothérapeute est dans une impasse, ou qu'il présente des difficultés pour entrer en relation avec une personne atteinte de démence de type Alzheimer, pour effectuer ses évaluations autour des AVQ, cette approche peut être bénéfique. Comme l'a montré cette enquête, avec Madame B. l'approche Snoezelen a eu un impact positif sur la relation soignant-soigné. De plus, d'après l'étude « *Snoezelen, ou les effets de la stimulation multisensorielle sur les troubles du comportement chez les personnes âgées démentes à un stade avancé* » abordé dans le cadre théorique, des effets bénéfiques sont démontrés sur les troubles du comportement, notamment sur l'anxiété, quel que soit le nombre de séances Snoezelen réalisées. Ils seraient renforcés par « *des attitudes non verbales positives, telles que le toucher affectif et utile, le regard et les sourires des soignants* ».

Selon cette même étude, le bénéfice aurait un lien avec la communication analogique (non verbale) employée par le soignant lors de la séance Snoezelen (Andreeva et al., 2011). Cette communication étant préservée chez la personne démente, le Snoezelen se montre donc comme une démarche appropriée.

Pour conclure cette discussion, dans le cadre de cette recherche, je valide partiellement mon hypothèse qui est pour rappel : **la démarche Snoezelen proposée durant la toilette par l'ergothérapeute, permet de limiter les troubles du comportement et donc de favoriser la participation.** Assurément, nous avons vu que l'approche Snoezelen permettait de limiter les troubles du comportement dans certaines conditions. Cependant, le manque de données quantitatives sur la question, comme un score NPI avant et après l'expérimentation ne permet pas d'affirmer totalement l'hypothèse ou encore une échelle validée permettant d'évaluer le degré d'anxiété. De même, la participation s'est basée uniquement sur mon observation, qui plus est cette implication n'était pas complètement homogène chez les deux personnes. La présence de plusieurs limites contribue à ce résultat.

## **6.2 Les limites**

### 6.2.1 Les limites du cadre théorique

Le concept Snoezelen est un concept récent et très peu abordé dans le contexte de l'ergothérapie. La littérature existante m'a toutefois permis de pouvoir construire le cadre théorique. Toutefois, il présente des failles au niveau de sa justesse scientifique comme le souligne Baudenne dans la préface de la deuxième édition du livre « *Snoezelen, un autre monde* » (Hulsegge & Verheul, 2004) : « *deux domaines restent à travailler dans cette approche : ses fondements théoriques et l'évaluation de son efficacité. L'approche Snoezelen n'a pas été construite sur des bases scientifiques* ». Par ailleurs, le peu d'études réalisées sur ce concept est un frein à la valeur scientifique de mon initiation à la recherche mais m'a ouvert les portes sur un domaine encore peu développé dans la pratique ergothérapique.

### 6.2.2 Les limites de l'expérimentation

Une des premières limites de mon étude expérimentale se porte sur le **nombre de personnes observées**. En effet, je n'ai pu étudier que deux personnes. À mon grand regret, ce nombre de participants n'est pas représentatif de la population et a rendu mes analyses difficiles.

L'**observation** est aussi une des limites. En essayant d'être la plus objective possible, mes observations ont été malgré tout, subjectives. Ma grille personnelle ne m'a pas permis de pouvoir coter quantitativement certains critères comme la précipitation ou l'anxiété. De même. La grille ADL me semble, avec du recul, ne pas avoir été assez pertinente pour évaluer les divergences entre les toilettes *avec* et *sans* Snoezelen car elle celle-ci était trop générale pour percevoir des différences. De plus, même si je ne l'ai pas perçu, **ma présence**, lors des toilettes a pu perturber les patientes et compromettre les résultats de cette étude.

Comme annoncé au départ, je devais expérimenter mon projet avec cinq patients mais les **aléas du terrain** ne l'ont pas permis. J'aurais souhaité également obtenir un score NPI au début et à la fin de mes expérimentations pour objectiver les effets sur les troubles du comportement mais le contexte institutionnel m'en a empêché. **Une seule pratique d'ergothérapeute** analysée à la toilette et dans l'approche Snoezelen fait partie aussi de mes limites.

Concernant les résultats, des **facteurs intrinsèques** propres aux patientes ont pu entrer en jeu sans que nous nous en rendions compte (troubles du sommeil, angoisse, problèmes somatiques non repérés...) mais aussi propres à l'ergothérapeute.

**L'absence de grille** évaluative élaborée et validée, des effets du Snoezelen sur la personne est aussi une limite. Une telle grille permettrait de faire avancer les études sur cette approche en ayant des repères communs.

Concernant l'entretien, j'aurais souhaité avec le recul, **approfondir et rebondir davantage sur certaines questions**, notamment celles en rapport avec ma problématique.

Malgré ces nombreuses limites, je tire des intérêts à la réalisation de ce mémoire.

### **6.3 Les intérêts et les perspectives**

Ce projet d'initiation à la recherche m'a énormément intéressée. Il a contribué à un enrichissement tant personnel que professionnel. J'ai acquis une certaine rigueur méthodologique et développé mes capacités d'analyse. J'ai découvert le domaine de la recherche, qui m'a beaucoup enthousiasmée malgré des moments de doutes et de remise en question. Grâce à ce travail, j'ai rencontré des professionnels passionnés qui m'ont transmis leur savoir-faire. En expérimentant avec un ergothérapeute de terrain, et en échangeant avec lui sur les pratiques de l'ergothérapie j'ai pu franchir une étape. J'ai acquis davantage de maturité en menant mon étude comme je le souhaitais. La confiance portée par l'ergothérapeute de l'étude expérimentale m'a été d'un grand soutien. Cependant, j'ai dû faire face à la frustration des limites qu'elle a pu engendrer mais j'ai su m'adapter et rebondir aux imprévus, lors de l'expérimentation. L'élaboration d'un tel projet, a renforcé ma capacité à me faire confiance dans les domaines qui sortent de ma zone de confort et m'a motivée pour aller expérimenter sur le terrain afin de développer ma propre pratique.

En tant que future professionnelle, j'aimerais transmettre les connaissances apprises sur le Snoezelen à mes futures collaborateurs et les sensibiliser à cette démarche. Je souhaiterais également échanger avec des professionnels utilisant cette approche dans des domaines différents que celui de « l'UCC avec des personnes démentes » afin d'enrichir ma pratique. À l'avenir, si j'ai l'occasion d'accompagner la même population que celle étudiée dans ce mémoire, j'aurais déjà un regard affuté concernant les troubles du comportement et les spécificités de la maladie.

Nous l'avons constaté, l'approche Snoezelen n'est pas une solution miracle. Investiguer sur les autres alternatives non médicamenteuses dans le but de mieux gérer les troubles du comportement serait un moyen intéressant d'enrichir mon bagage d'ergothérapeute. Ce qui me permettrait d'adapter le mieux possible ma prise en soins en fonction des habitudes de vie de chaque personne en proposant des activités ou des approches qui font sens à la personne. Le métier d'ergothérapeute étant de s'adapter à la personne dans toute sa globalité.

Enfin, grâce à ce travail de recherche, et à l'intérêt qu'il m'a procuré, j'envisage pour la suite d'effectuer un master de recherche, dans le domaine de la rééducation et de la réadaptation. Le métier d'ergothérapeute étant une profession encore très jeune, nous avons besoin d'explorer la richesse que ce métier nous apporte et de découvrir de nouvelles pratiques.

## CONCLUSION

---

Ce mémoire a vu le jour en faisant le constat, lors d'une situation de stage clinique, que la participation à l'évaluation de la toilette par l'ergothérapeute pouvait être perturbée par les troubles du comportement de la personne atteinte de démence de type Alzheimer. Cette maladie engendre de nombreuses complications touchant l'indépendance et l'autonomie de la personne. L'intervention d'un ergothérapeute pour limiter la perte d'autonomie et préserver la participation dans les situations de vie, est donc essentielle.

La gestion des troubles du comportement au moyen de solutions non médicamenteuses est un sujet d'actualité. Les recherches effectuées ont permis de pointer une approche en plein essor : le Snoezelen. À travers celle-ci, basée sur un axe relationnel, sensoriel et de détente, les troubles du comportement liés à l'évolution de la maladie d'Alzheimer peuvent être limités. Il ne s'agit pas là d'un « *remède miracle* » (Orain, 2008), mais les preuves sur les bienfaits de la stimulation sensorielle sont bien présentes. Toutefois, il semble nécessaire de poursuivre les études pour arriver à des résultats significatifs (Maseda, et al., 2014).

Tout au long de cette étude, l'objectif recherché était de mettre en évidence l'influence de l'approche Snoezelen sur les troubles du comportement pour que l'ergothérapeute puisse favoriser la participation lors de l'évaluation de l'activité toilette. L'expérimentation a montré que la démarche Snoezelen semblait agir de façon bénéfique sur l'anxiété, les persévérations et la prise d'initiative chez une patiente et améliorer la qualité d'échange avec l'ergothérapeute, pour une autre patiente. Ces bienfaits ont donc contribué à favoriser la participation à la toilette, en dépit des limites soulevées.

Bien que l'approche Snoezelen soit recommandée pour la gestion des troubles du comportement, la question du temps semble intéressante à soulever. En effet, une « *disjonction de la temporalité et de la rythmicité dans la relation soignant-soigné* » (Quentin, Godderidge, & d'Arfeuille, 2016) peut se faire ressentir dans les établissements de soins. De même pour la mise en place de cette approche qui doit être démystifiée et qui représente un certain coût économique (Quentin, Godderidge, & d'Arfeuille, 2016).

D'autre part, lors de l'étude, les deux patientes étaient unanimes concernant la présence de la musique durant la toilette *avec* Snoezelen. L'ergothérapeute interrogé a mentionné la stimulation auditive comme l'un des moyens efficaces contre les troubles du comportement. Nous pouvons donc nous questionner sur la pertinence de l'utilisation de la stimulation sonore et musicale comme approche, lors d'évaluations d'autonomie délicates. Ainsi, les lieux de soins ne pouvant pas se permettre la mise en place du Snoezelen, auraient une solution alternative.

*« À ce moment où s'arrêtent les mots commence le pouvoir de la musique. »  
Richard Wagner*

# GLOSSAIRE

**Ateliers réminiscence** : « Évocation du passé (**Reminiscence Therapy**) Deux techniques sont pratiquées : **l'évocation du passé**, des souvenirs a été introduite depuis 1961, avec pour principal objectif d'améliorer la communication et la socialisation des patients et de leur procurer du plaisir. Elle peut s'effectuer individuellement ou en groupe, de manière structurée ou associative, spontanément ou sur recommandation, en utilisant des supports (photographies, objets, enregistrements, musique, généalogie..). Cette forme de réminiscence convient parfaitement aux personnes atteintes de démence. Cette technique est appliquée de manière assez variable et souffre de l'absence de recommandations spécifiques. **L'examen rétrospectif de la vie** (life review), correspond à une approche psychanalytique, moins adaptée aux personnes atteintes de démence. La psychothérapie des patients déments est fondée sur la certitude que ces patients conservent une vie psychique, même dans la désorganisation de l'appareil psychique et la régression de la pensée. Cette thérapie est une tentative pour comprendre et gérer activement les souvenirs angoissants. Elle doit être encadrée par des thérapeutes formés et supervisés et ne peut être mise en œuvre qu'avec l'autorisation de la personne concernée et dans un but précis. » (ANAES, 2003)

**Cognitif** : « Le terme cognitif renvoie à l'ensemble des processus psychiques liés à l'esprit. Il englobe une multitude de fonctions orchestrées par le cerveau : le langage, la mémoire, le raisonnement, la coordination des mouvements (praxies), les reconnaissances (gnosies), la perception et l'apprentissage ainsi que les fonctions exécutives regroupant le raisonnement, la planification, le jugement et l'organisation. » (Poirier & Gauthier, 2011)

## Dégénérescence neurofibrillaire, & plaques séniles (= plaques amyloïdes)



Image 2 : cerveau sain et cerveau atteint de la maladie d'Alzheimer

« Ces deux types de lésions sont chacune associée à un composé protéique, lui-même associé à la survenue et la progression de la maladie : le peptide bêta amyloïde pour les plaques amyloïdes, et la protéine tau phosphorylée pour les dégénérescences neurofibrillaires.

La protéine bêta amyloïde, naturellement présente dans le cerveau, s'accumule au fur et à mesure des années sous l'influence de différents facteurs génétiques et environnementaux, jusqu'à former des plaques amyloïdes (aussi appelées "plaques séniles"). Selon l'hypothèse de la "cascade amyloïde", il semblerait que l'accumulation de ce peptide amyloïde induise une toxicité pour les cellules nerveuses, se traduisant par l'augmentation de la phosphorylation d'une protéine de structure des neurones, la protéine tau. Ce phénomène affecterait l'hippocampe, une structure cérébrale qui constitue le siège de la mémoire à court terme.

*La phosphorylation de la protéine tau entraîne une désorganisation de la structure des neurones et une dégénérescence dite "neurofibrillaire" qui entraînera elle-même, à terme, la mort de la cellule nerveuse. La façon dont ces processus pathologiques s'enchainent reste encore à découvrir. Les chercheurs suspectent des phénomènes d'agrégation anormale de ces protéines, qui pourraient ainsi diffuser de cellule en cellule et s'étendre à l'ensemble du cerveau, depuis la région de l'hippocampe jusqu'à l'ensemble du cortex cérébral. » (INSERM, 2014)*

**Mémoire à court terme** : Il s'agit d'une mémoire de 90 secondes. (Decatoire, 2013)

**Mémoire de travail** : Autrement dit, la mémoire à court terme (INSERM, 2014). Il s'agit de la « *mémoire utilisée lorsque nous avons besoin de faire deux choses en même temps, mettre des informations en mémoire provisoirement pour nous en servir ultérieurement* ». (Decatoire, 2013)

**Mémoire épisodique** : « *Elle porte sur les faits ou les évènements qui proviennent de différentes périodes de la vie antérieure ; elle stocke les caractéristiques liées aux évènements pour les retrouver. La mémoire épisodique enregistre tous les éléments biographiques du sujet.* » (Decatoire, 2013)

**Mémoire émotionnelle** : « *La mémoire émotionnelle, ou affective, rassemble l'ensemble des souvenirs (conscients ou non) liés à une émotion forte : joie, colère, surprise, tristesse... Plus son poids émotionnel est important, plus une telle information a de chance de rester inscrite de façon durable dans notre boîte à souvenirs. Cette inscription sollicite une structure du cerveau (l'amygdale) différente de celle impliquée pour les autres souvenirs (l'hippocampe). Dans la maladie d'Alzheimer, la capacité à se remémorer ces informations émotionnellement marquantes reste très longtemps préservée. C'est un atout incontestable, sur lequel s'appuient un grand nombre de méthodes non médicamenteuses de soins, comme la thérapie par réminiscence.* » (De Ladoucette, 2016)

**Mémoire procédurale** : Il s'agit d'une mémoire inconsciente, « *elle assure l'acquisition des savoir-faire, des compétences du sujet et porte sur les gestes habituels* ». (Decatoire, 2013)

**Mémoire sémantique** : Il s'agit de la mémoire des connaissances apprises. (Decatoire, 2013)

**Mémoire sensorielle** : Cette mémoire est fidèle, mais assez brève. Elle traite l'information sensorielle (visuelle, auditive, olfactive, tactile et gustative) et la sensibilité du corps. (Decatoire, 2013)

**Mémoire perceptive** : « *Mémoire liée aux sens.* » (INSERM, 2014)

**Sensorimoteur** : « *Qui concerne les sensations et l'activité motrice.* » (LAROUSSE MEDICAL, 2012)

**Voie extrapyramidale** : « *Ensemble des structures du système nerveux central qui participent au contrôle des postures du corps et des mouvements.* » (LAROUSSE MEDICAL, 2012)

**Voie pyramidale** : « *C'est la voie nerveuse principale, appartenant au système nerveux central (encéphale et moelle épinière).* » (LAROUSSE MEDICAL, 2012)

# BIBLIOGRAPHIE

---

## DICTIONNAIRE

LAROUSSE MEDICAL. (2012).

Le Petit Robert. (2014).

## OUVRAGES

Association, A. P. (2003). *DSM-V, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.

Berbigier Eschauzier, L. (2012). *Snoezelen, la maladie d'Alzheimer & la Communication dynamique non directive*. Ris Orangis : Pétrarque.

Decatoire, N. (2013). *Guide pratique de l'aidant. La maladie d'Alzheimer à domicile*. Paris : Didier Carpentier.

Delamarre, C. (2007). *Démence et projet de vie : accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées*. Paris : Dunod.

Delamarre, C. (2014). *Alzheimer et communication non verbale*. Paris : Dunod.

Fragnière, J.-P. (2009). *Comment réussir un mémoire* (4<sup>e</sup> édition). Paris : Dunod.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1998). *Les enquêtes sociologiques*. Paris : Armand Colin.

Gineste, Y., & Pelissier, J. (2007). *L'humanité*. Paris : Armand Collin.

Guittet, A. (2013). *L'entretien : techniques et pratiques* (8<sup>e</sup> édition). Paris : Armand Colin.

Hulsegge, J., & Verheul, A. (2004). *Snoezelen, un autre monde*. Namur : Erasme.

Lesniewska, H. (2013). *Faire face à la maladie D'Alzheimer*. Paris : Retz.

Mahiant, J.-P. (2013). *Vérification des compétences exécutives en résolution de problème*. Paris : de Boeck-Solal.

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Paris : De Boeck-Solal.

Micas, M. (2016). *Alzheimer : Les espoirs, les défis, les actions*. Paris : Josette Lyon.

Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Marseille : Solal.

Moulias, R., Hervy, M.-P., & Ollivet, C. M. (2005). *Alzheimer et maladie apparentées*. Paris : Masson.

Poirier, J., & Gauthier, S. (2011). *La Maladie d'Alzheimer, Le guide*. Paris : Trécarré.

(Quentin, O., Godderidge, B., & d'Arfeuille, P. (2016). *Snoezelen « un monde de sens »* (2<sup>e</sup> édition). Evry : Pétrarque.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (4<sup>e</sup> édition). Paris : Dunod.

## ARTICLES

Andreeva, V., Dartinet-Chalmey, V., Kloul, A., Fromage, B., & Kadri, N. (2011). « Snoezelen » ou les effets de la stimulation multisensorielle sur les troubles du comportement chez les personnes âgées démentes à un stade avancé. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, 24-29.

Bailly, N., & Pointereau, S. (2011). Effets Snoezelen sur des personnes âgées démentes. *NPG Neurologie – Psychiatrie- Gériatrie*, 268-273.

Benaim, C., Froger, J., Compan, B., & Pélissier, J. (2005). Evaluation de l'autonomie de la personne âgée. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 336-340.

Clement, M., & Le Bris, H. (2007). Snoezelen, un espace propice aux découvertes sensorielles pour la personne handicapée. *ErgOTHérapies*, 7-11.

Détraz, M.-C., Eiberle, F., Moreau, A., Pibarot, I., & Turlan, N. (2008). Définition de l'ergothérapie. Dans J.-M. Caire, *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités* (pp. 127-133). Marseille : De Boeck-Solal.

Djaoui, E. (2015). Rôles sociaux et activité. Dans M.-C. Morel-Bracq, E. Trouvé, E. Offenstein, E. Quevillon, K. Riguet, H. Hernandez, C. Gras, *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (pp. 207-215). Belgique : De Boeck Supérieur SA.

Katz, S., AB, F., Moskowitz, R., Jackson, B., & Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL : a standardized measure of biological and psychological function. *Journal of the American Medical Association*, 914-919.

Margot-Cattin, I. (2008). Les principes d'une démarche d'évaluation et les définitions. Dans J.-M. Caire, *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités* (pp. 162-164). Marseille : De Boeck-Solal.

Margot-Cattin, I. (2009). La place de l'activité dans l'intervention auprès des personnes âgées présentant une démence avancée. Dans E. Trouvé, *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (pp. 125-136). Marseille : Solal.

Maseda, A., Sanchez, A., Marante, P., & al, &. (2014). Effect of multisensory stimulation on a sample of institutionalized elderly people with dementia diagnosis : a controlled longitudinal trial. *American Journal of Alzheimer's*, 463-473.

Orain, S. (2008). Le Snoezelen. *Gérontologie et société*, 157-164.

Reisberg, B., Ferris, S., de Leon, M., & Crook, T. (1983). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 1136-1139.

- Saidlitz, P., & Voisin, T. (2013). Place des unités cognitivo-comportementales (UCC) dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Dans *Traité sur la maladie d'Alzheimer* (pp. 415-420). Paris : Springer.
- Sanchez, A., Millan-Calenti, J.-C., Lorenzo-Lopez, L., & al, &. (2012). Multisensory stimulation for people with dementia : a review of the literature. *American Journal of Alzheimer's*, 7-14.
- Sureau, P. (2008). L'activité comme processus thérapeutique. Dans J.-M. Caire, *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalité* (pp. 188-191). Marseille : De Boeck-Solal.
- Tetreault, S. (2006). Pratiques novatrices en ergothérapie – 19<sup>ème</sup> série. Dans M.-H. Izard, & R. Nespoulous, *Expériences en Ergothérapie* (pp. 75-93). Montpellier : Sauramps médical.

### **RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS**

- ANAES. (2003). *Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*.
- ANESM. (2009). *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*.
- HAS. (2008). *Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*
- HAS. (2009). *Maladie d'Alzheimer et autres démences*.
- HAS. (2009). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*.
- HAS. (2011). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*.
- Ministère de la Santé, d. j. (2008). *Circulaire N°DHOS/O2/O1/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en oeuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012*.
- (2008-2012). *Plan Alzheimer et maladies apparentées*.

### **THÈSE**

- Lehnhart, G. (2001). Evaluation des effets de la stimulation sensorielle par la méthode Snoezelen auprès des personnes âgées atteintes de démence . *Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine*. Nancy.

### **TEXTE LEGISLATIF**

- Ministère de la Santé et des Sports. (2010). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute*. Consulté le 03 20, 2017, sur ANFE : [https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO\\_arrete\\_5\\_juillet\\_2010.pdf](https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf).

## **RESSOURCES EN LIGNE**

- ANFE. (2016, Mars). *Ergothérapie*. Consulté le 03 15, 2017, sur Association Nationale Française des Ergothérapeutes : <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie>
- De Ladoucette, O. (2016). *Maladie d'Alzheimer : comment évolue la mémoire émotionnelle ?* Consulté le 05 18, 2017, sur Aidons les nôtres : <http://www.aidonslesnotres.fr/les-symptomes-et-les-pathologies/article?urlTitle=alzheimer-comment-evolue-la-memoire-emotionnelle>
- Flahault, A. (2014). *De quoi meurt-on aujourd'hui : les dix premières causes de décès en France comparées à il y a 100 ans* . Consulté le 02 18, 2017, sur Atlantico : <http://www.atlantico.fr/decryptage/quoi-meurt-on-aujourd-hui-dix-premieres-causes-deces-en-france-comparees-100-ans-antoine-flahault-1022417.html>
- HAS. (2016). *Médicaments de la maladie d'Alzheimer : un intérêt médical insuffisant pour justifier leur prise en charge par la solidarité nationale*. Consulté le 02 01, 2017, sur Haute Autorité de Santé : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2679466/fr/medicaments-de-la-maladie-d-alzheimer-un-interet-medical-insuffisant-pour-justifier-leur-prise-en-charge-par-la-solidarite-nationale](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2679466/fr/medicaments-de-la-maladie-d-alzheimer-un-interet-medical-insuffisant-pour-justifier-leur-prise-en-charge-par-la-solidarite-nationale)
- INSEE. (2017). *Bilan démographique 2016*. Consulté le 02 18, 2017, sur Institut National de la Statistique et des Études Économiques : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>
- INSERM. (2014). *Alzheimer*. Consulté le 01 10, 2017, sur Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer/>
- INSERM. (2014). *Mémoire*. Consulté le 05 10, 2017, sur Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale : <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/memoire>
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (2015). *La maladie d'Alzheimer*. Consulté le 02 06, 2017, sur Ministère des Affaires sociales et de la Santé : <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-d-alzheimer>
- MSSH. (2015). *La Classification Internationale du Fonctionnement (CIF)*. Consulté le 04 10, 2017, sur Maison des Sciences Sociales du Handicap : <http://mssh.ehesp.fr/international/centre-collaborateur-oms/la-classification-internationale-du-fonctionnement-cif/>
- OMS. (2016). *La démence*. Consulté le 01 10, 2017, sur Organisation mondiale de la Santé : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>
- OMS. (2016). *Santé mentale et vieillissement*. Consulté le 01 10, 2017, sur Organisation mondiale de la Santé : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/>
- Panchal, M. (2015, Septembre). *Comment évolue la maladie d'Alzheimer ? Quelles sont les phases de la maladie ?* Consulté le 10 01, 2017, sur LECMA - Vaincre Alzheimer : <https://www.maladiealzheimer.fr/2015/09/11/phases-de-la-maladie/>

## **FILMS**

Lièvre, J.-A. (Réalisateur). (2014). *Flore* [Film].

Gabel, I. (Réalisateur). (2015). *Snoezelen, un monde en quête de sens* [Film].

## **IMAGES**

Image 1. *Première de couverture*. Récupéré sur INSERM :  
<https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologiepsychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer>

Image 2. In : Poirier, J., & Gauthier, S. (2011). *La Maladie d'Alzheimer, Le guide*. Paris : Tréca

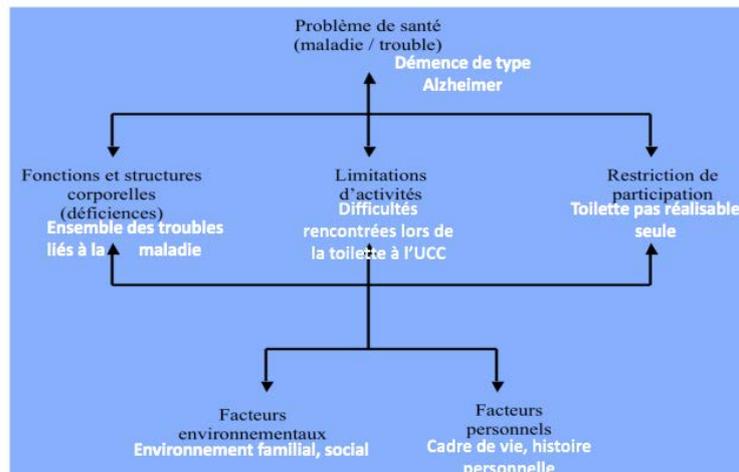
# TABLE DES ANNEXES

---

- **Annexe I** : Schéma de la CIF.....I
- **Annexe II** : Questionnaire de pré-enquête.....II
- **Annexe III** : Questionnaire de l’entretien exploratoire.....III  
et retranscription de l’entretien
- **Annexe IV** : Grille du NPI.....VI
- **Annexe V** : Grille d’évaluation ADL.....VII
- **Annexe VI** : Grille d’évaluation du BME.....VIII
- **Annexe VII** : Image du chariot mobile.....IX
- **Annexe VIII** : Vignettes cliniques.....X
- **Annexe IX** : Grille personnelle.....XI
- **Annexe X** : Guide d’entretien.....XIV
- **Annexe XI** : Retranscription entretien semi-directif.....XVI

## ANNEXE I

### SCHÉMA DE LA CIF



#### Définitions des composantes de la CIF<sup>5</sup> :

- **Activité** désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne.
- **Participation** désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle.
- **Les limitations d'activité** désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution d'activités.
- **Les restrictions de participation** désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.
- **Les facteurs environnementaux** désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.
- **Les fonctions organiques** désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques).
- **Les structures anatomiques** désignent les parties anatomiques du corps, telles que les organes, les membres et leurs composantes.
- **Les déficiences** désignent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels qu'un écart ou une perte importante.

Ce modèle met en avant l'interaction dynamique entre quatre composantes :

- Les fonctions organiques et les structures anatomiques des individus
- Les activités que font les individus et les domaines de la vie auxquels ils participent
- Les facteurs environnementaux qui influencent leur participation
- Les facteurs personnels

---

<sup>5</sup> MSSH. (2015). La Classification Internationale du Fonctionnement (CIF). Consulté le 04 10, 2017, sur Maison des Sciences Sociales du Handicap : <http://mssh.ehesp.fr/international/centre-collaborateur-oms/la-classification-internationale-du-fonctionnement-cif/>

## ANNEXE II

### QUESTIONNAIRE DE PRÉ-ENQUÊTE

Ce questionnaire était destiné aux étudiants de deuxième et troisième année de l'institut de formation en ergothérapie.

Date de création : 25/09/16

Objectif : me renseigner sur les lieux où le Snoezelen est pratiqué avec des patients atteints de la Maladie d'Alzheimer, en vue de ma future enquête.

1. Prénom
2. Dans quel établissement as-tu réalisé ton stage ?
3. Quel est son nom ?
4. Connais-tu l'approche Snoezelen ?
5. Si oui, était-il présent dans cet établissement ?
6. Quels professionnels l'utilisaient ?
7. Qui l'utilisait le plus ?
8. Si l'ergothérapeute l'utilisait, à quelle fréquence ?
  - 1 fois par mois
  - 1 fois par semaine
  - Plusieurs fois par semaine
  - Tous les jours
  - Autre
9. Dans quel but faisait-il ces séances ?
10. Arrivait-il de le faire avant une activité de vie quotidienne ?
11. As-tu participé à des séances ?

## ANNEXE III

### QUESTIONNAIRE DE L'ENTRETIEN EXPLORATOIRE ET RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN

Date de l'entretien : 13/10/16  
Il s'est effectué par téléphone.

**Objectif** : me renseigner sur la pratique du Snoezelen et sur la démence la plus présente en UCC afin de cibler la population la plus pertinente pour mon cadre théorique.

MA = maladie d'Alzheimer

ERGO 1 : dans le service depuis 2 ans  
ERGO 2 : dans le service depuis 3 ans

**J'ai besoin de préciser mon sujet d'initiation à la recherche de fin d'études. Je vais vous poser quelques questions. Il y aura 6 questions et je souhaite vous enregistrer si ça ne vous pose pas de problème.**

1. Parmi les personnes accueillies, quel type de démence est le plus représentée à l'UCC ?
2. De manière générale, qu'apporte une séance Snoezelen ? et qu'apporte une séance Snoezelen auprès d'un patient atteint de la MA ?
3. A quel stade de la MA, le Snoezelen est-il le plus bénéfique, selon vous ?
4. Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer lors d'une toilette avec un patient atteint de la Maladie d'Alzheimer ?
5. Avez-vous déjà utilisé des séances Snoezelen pour améliorer la prise en soins de la toilette ? De manière générale et plus précisément avec une personne atteinte de la MA.
6. Avez-vous d'autres choses à ajouter qui pourraient m'être utiles ?

---

Les ergothérapeutes ont répondu chacun leur tour.

**Parmi les personnes accueillies, quel type de démence est le plus représentée à l'UCC ?**

ERGO 1 : démence de type Alzheimer.

ERGO 2 : démence de type Alzheimer.

**D'accord, très bien. Ensuite, de manière générale, qu'apporte une séance Snoezelen ? et après ça sera pour un patient atteint de la MA ? Selon ce que vous avez pu voir en séance.**

ERGO 1 : affect positif amélioré et diminution des troubles du comportement.

**D'accord, donc ça serait l'effet immédiat ?**

ERGO 1 : l'affect positif oui, les troubles du comportement c'est plus progressif, on va dire.

**Et du coup, spécifiquement avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ? Ça serait pareil ?**

ERGO 1 : en soi, d'après les séances que j'ai pu faire, c'est la même chose.

**Alors, ensuite, de manière générale, qu'apporte une séance Snoezelen ? et après ça sera pour un patient atteint de la MA ? Selon ce que vous avez pu voir en séance.**

ERGO 2 : une gestion des troubles du comportement, et un relationnel, enfin une communication verbale ou non verbale avec le patient en fonction du stade auquel il est .

**Rentrer en contact, en communication, c'est ça ?**

ERGO 2 : communication verbale et non verbale entre le patient et le thérapeute.

**Ok**

ERGO 2 : et après plus spécifiquement, pour des malades de type Alzheimer, c'est la même chose.

**En même temps c'est essentiellement avec ces patients-là que vous le faites.**

ERGO 2 : oui, puis je pense que c'est la démence la plus répandue et puis que ce soit telle ou telle démence, quand il y a un manque de communication, c'est la même chose quoi. Même au niveau des troubles, que ça soit une démence de type fronto-temporale... les objectifs sont les mêmes quoi.

**A quel stade de la MA, le Snoezelen est-il le plus bénéfique, selon vous ?**

ERGO 2 : moi je dirais, stade modéré.

**Pour un stade léger, ça serait utile ?**

ERGO 2 : bah en stage léger, y a pas vraiment de problème de communication, de troubles du comportement, et que du coup l'intérêt peut être moins fort. Bien qu'il puisse y avoir un intérêt quand même. Et puis je pense que les patients en stade léger ne se retrouvent pas en UCC.

**Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer lors d'une toilette avec un patient atteint de la Maladie d'Alzheimer ?**

ERGO 2 : et bien, des troubles du comportement, une certaine... pas agressivité puisque ça rentre dans les troubles du comportement, donc une certaine opposition, et voilà.

**Pensez-vous qu'il peut y avoir de l'anxiété ?**

ERGO 2 : je pense qu'il peut y en avoir, mais je pense que c'est beaucoup de choses qui sont liées. Entre les troubles du comportement, la baisse d'autonomie et les capacités cognitives du patient. Les trois peuvent entraîner l'anxiété. Une toilette peut être perçue comme intrusive ou ce genre de chose et du coup le patient verbalise peut être pas que c'est intrusif, mais nous l'exprime avec les troubles du comportement ou l'opposition. Après tout va dépendre des stades.

**Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer lors d'une toilette avec un patient atteint de la Maladie d'Alzheimer ?**

ERGO 1 : euh, moi je dirais que la plupart du temps c'est une opposition, qui est plus due aux troubles mnésiques je dirais, pour la personne, pour elle, elle pense avoir déjà fait sa toilette du coup elle ne comprend pas pourquoi elle devrait refaire quelque chose qu'elle a déjà faite. Après, ça peut être de l'agressivité, de la violence, de l'impatience, de la précipitation, ça dépend un peu des cas aussi. Ça peut être des refus dus aux troubles mnésiques.

**Avez-vous déjà utilisé des séances Snoezelen pour améliorer la prise en soins de la toilette ? De manière générale et plus précisément avec une personne atteinte de la MA.**

ERGO 1 : oui.

**Pouvez-vous détailler ?**

ERGO 1 : on va dire, une dizaine de fois, principalement dans le cadre de démence parkinsonienne. Pour des patients qui étaient difficilement mobilisables afin de détendre la personne de diminuer la raideur des membres inférieurs et supérieurs et enchaîner ensuite avec la toilette.

**Donc c'était en chambre avec un chariot, c'est ça ?**

ERGO 1 : oui.

**Et du coup avec une personne atteinte de la MA ?**

ERGO 1 : euh, pour moi non.

**Avez-vous d'autres choses à ajouter qui pourraient m'être utiles ?**

ERGO 1 : tu as 80% des personnes porteuses d'une démence de type Alzheimer. Et 20% pour le reste. Voilà.

**Avez-vous déjà utilisé des séances Snoezelen pour améliorer la prise en soin de la toilette ? De manière générale et plus précisément avec une personne atteinte de la MA.**

ERGO 2 : oui. Avec des MA oui je pense.

**En termes de quantité ?**

ERGO 2 : une quinzaine.

**Dans quel but ?**

ERGO 2 : dans le but de détendre la personne afin que la toilette ne soit pas trop intrusive, moins violente. Pour que le patient soit plus détendu, et pour qu'il ait plus de plaisir à faire la toilette.

**J'ai une question, est-ce que c'était à chaque fois avant la toilette ?**

ERGO 1 et 2 : oui, avant.

**Très bien, j'ai terminé, merci pour vos réponses.**

## ANNEXE IV

### GRILLE DU NPI

## INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI/ES

Nom: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date de l'évaluation: \_\_\_\_\_

Fonction de la personne interviewée:

Type de relation avec le patient :

Très proche/ prodigue des soins quotidiens;

proche/ s'occupe souvent du patient;

pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient

*NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité*

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
<b>Score total 10</b>					[ ]	
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
<b>Score total 12</b>					[ ]	

## ANNEXE V

### GRILLE D'ÉVALUATION ADL

#### **Echelle d'autonomie (ADL)**

<b>ECHELLE A.D.L</b>		Nom .....
		Prénom .....
		Date .....
		Score .....
<b>Hygiène Corporelle</b>	Autonome Aide partielle Dépendant	1 ½ 0
<b>Habillage</b>	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage  Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chausser.  Dépendant	1  ½  0
<b>Aller aux toilettes</b>	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite.  Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller.  Ne peut aller aux toilettes seul	1  ½  0
<b>Locomotion</b>	Autonomie  A besoin d'aide (cane, déambulateur, accompagnant)  Grabataire	1  ½  0
<b>Continence</b>	Continent  Incontinence occasionnelle  Incontinent	1  ½  0
<b>Repas</b>	Se sert et mange seul  Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit  Dépendant	1  ½  0

Total =        /6

## ANNEXE VI

### GRILLE D'ÉVALUATION DU BME

B.M.E.                      **MODULE DES ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)**                      Page 4  
**et ACTIVITES INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE (AIVQ)**

Nom :    Prénom :    Date :

#### Caractéristiques quantitatives

ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE (AIVQ)		1	2	3	4
<b>CONTRÔLE DU MATÉRIEL COURANT</b>	Ouvrir, fermer le robinet				
	Gérer l'appareillage ( Dentier, lunettes, autre ) *				
	Gérer l'horloge ( la régler, lire l'heure ) *				
	Gérer les appareils de communication ( Téléphone )				
	Réchauffer de l'eau sur une plaque électrique				

/20

<b>ACTIVITÉS RELATIONNELLES ET SOCIALES</b>	Préparer et servir une boisson chaude				
	Manipuler l'argent ( reconnaître la monnaie, compter ) *				
	Ecrire				
	Lire				
	Communiquer *, discuter *				

/20

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)		1	2	3	4
<b>TRANSFERTS ET AMBULATION</b>	Se lever du lit *, se coucher *				
	S'asseoir *, se lever d'un siège *				
	Se tenir debout				
	Se déplacer				
	Enjamber un obstacle				

/20

<b>HYGIÈNE CORPORELLE</b>	Se laver le visage				
	S'essuyer, se laver son intimité				
	Se laver le bas du dos				
	Se laver les pieds				
	Se coiffer				
	Se raser *, se maquiller ( se soigner le visage ) *				
	Se brosser les dents *, se rincer la bouche *				

/28

<b>HABILLAGE</b>	Passer le vêtement par la tête				
	Passer le vêtement par les épaules				
	Passer le vêtement par les pieds				
	Se chausser				
	Se boutonner				
Utiliser les fermetures ( fermeture éclair, autres ) *					

/24

<b>PRISE DES REPAS</b>	Se servir à boire				
	Utiliser un verre				
	Couper les aliments				
	Se servir de la cuillère				
	Se servir de la fourchette				

/20

**Barrer ( \* )** la mention non évaluée.

**Ajouter** : - "AT" si l'observation tient compte de l'utilisation d'une aide technique.

- "NA" si l'observation concerne une fonction non acquise

## ANNEXE VII

### IMAGE DU CHARIOT MOBILE SNOEZELLEN



*Image 3 : Photo du chariot mobile Snoezelen utilisé dans l'UCC de mon terrain d'enquête*

## ANNEXE VIII

### VIGNETTES CLINIQUES

- Mme A. et Mme. B (Cf. 5.1.1/5.1.2)
- Mme C, est âgée de 81 ans.  
Elle est arrivée à l'UCC pour une altération de son état général, de nombreuses chutes et un maintien à domicile difficile et un syndrome dépressif, le 16/03  
Elle présente une démence de type Alzheimer.  
Elle présente un score NPI, le 03/04 :
  - Dépression : F=3 / G=1Total : 3

Comme antécédents médicaux, nous relevons : une fracture traumatique du col fémoral G ostéosynthésée, une luxation inférieure de la tête humérale avec fracture de la glène.  
Elle vit seule à domicile.

- M. D, est âgé de 89 ans.  
Il est arrivé à l'UCC pour agressivité et opposition aux soins le 30/03.  
Il présente une démence de type Alzheimer.  
Il présente un score NPI, le 04/04 :
  - Agitation : F=2/G=2
  - Comportement moteur aberrant : F=1/ G= 3Total : 7  
Comme antécédents médicaux, nous relevons : une prothèse totale de hanche bilatérale et de l'arthrose.  
Il vit en maison de retraite.
- M. E, est âgé de 85 ans.  
Il est arrivé à l'UCC pour un séjour de répit et anxiété le 21/03.  
Il présente une démence de type Alzheimer.  
Il présente un score NPI, le 03/04 :
  - Idées délirantes : F=4/G=2
  - Anxiété : F=3/ G= 1Total : 11  
Comme antécédents médicaux, nous relevons : une HTA.  
Il est veuf et vit au domicile de sa fille et de son gendre.

## ANNEXE IX

### GRILLE D'OBSERVATION

Toilette <i>sans</i> Snoezelen	Toilette <i>avec</i> Snoezelen
Nom Date Heure début Heure fin	Nom Date Heure début Heure fin Durée séance Snoezelen

OBJECTIFS	SANS SNOEZELLEN PARTIE TOILETTE	AVEC SNOEZELLEN PARTIE TOILETTE	
<b>Observations directes des faits</b>			
<b>Accueil</b>	Réactions de la personne à l'invitation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sourit</li> <li>○ Refus</li> <li>○ Coopérant</li> <li>○ Cherche le contact</li> </ul>	Réactions de la personne à l'invitation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sourit</li> <li>○ Refus</li> <li>○ Coopérant</li> <li>○ Cherche le contact</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation à la toilette</li> <li>• Degré d'autonomie (complément grille ADL)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Demande de l'aide</li> <li>○ Parle seul</li> <li>○ Interactions avec l'ergo</li> <li>○ Initie les étapes</li> <li>○ Parties réalisées :</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Demande de l'aide</li> <li>○ Parle seul</li> <li>○ Interaction avec l'ergo</li> <li>○ Initie les étapes</li> <li>○ Parties réalisées :</li> </ul>	
	Personne seule	Par l'ergo	Personne seule
<b>Troubles du comportement dans l'intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Idées délirantes</li> <li>○ Hallucinations</li> <li>○ Agitation</li> <li>○ Dépression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Idées délirantes</li> <li>○ Hallucinations</li> <li>○ Agitation</li> <li>○ Dépression</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anxiété</li> <li>○ Humeur</li> <li>○ Apathie</li> <li>○ Désinhibition</li> <li>○ Irritabilité</li> <li>○ Comportement moteur aberrant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anxiété</li> <li>○ Humeur</li> <li>○ Apathie</li> <li>○ Désinhibition</li> <li>○ Irritabilité</li> <li>○ Comportement moteur aberrant</li> </ul>
<b>Attitude de l'ergothérapeute lors de la toilette</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Paroles rassurantes</li> <li>○ Contact physique avec la personne</li> <li>○ Diversion</li> <li>○ Ton :</li> <li>○ Vocabulaire</li> <li>○ Gestes</li> <li>○ Contact</li> <li>○ Guidance verbale/ indiçage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Paroles rassurantes</li> <li>○ Contact physique avec la personne</li> <li>○ Diversion</li> <li>○ Ton :</li> <li>○ Vocabulaire</li> <li>○ Gestes</li> <li>○ Contact</li> <li>○ Guidance verbale/ indiçage</li> </ul>
<b>Environnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Luminosité :</li> <li>○ Bruits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Luminosité :</li> <li>○ Bruits</li> </ul>
<b>Remarques Générale</b>		

Détails de la séance Snoezelen

OBJECTIFS	OBSERVATIONS		
<b>Installation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Temps d'acclimatation :</li> <li>○ Position de la personne :</li> <li>○ Réactions aux propositions :</li> <li>○ Matériel utilisé :</li>   <li>○ Choix libre</li> <li>○ Préférences</li> </ul>		
<b>Etapes clés pour adhésion à la démarche</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3.</li> <li>4.</li> <li>5.</li> </ol>		
<b>Attitude du patient</b>	Troubles du comportement	Réactions visage	Réactions du corps
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Refus</li> <li>○ Confiant</li> <li>○ Agressivité</li> <li>○ Idées délirantes</li> <li>○ Hallucinations</li> <li>○ Agitation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sourire</li> <li>○ Grimaces</li> <li>○ Mimiques</li> <li>○ Type de regard :</li>   <li>○ Anxiété</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hypertonie, Hypotonie</li> <li>○ Respiration :</li>   <li>○ Pleurs</li> <li>○ Peur</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dépression</li> <li>○ Anxiété</li> <li>○ Humeur</li> <li>○ Apathie</li> <li>○ Désinhibition</li> <li>○ Irritabilité</li> <li>○ Comportement moteur aberrant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stéréotypies</li> <li>○ Détente</li> <li>○ Fatigue</li> <li>○ Aucune expression</li> <li>○ Joyeux</li> <li>○ Attentif</li> <li>○ Regarde</li> <li>○ Inquiet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cris</li> <li>○ Rougeurs</li> <li>○ Indifférence</li> </ul>
<b>Attitude de l'ergo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gestes</li> <li>○ Postures</li> <li>○ Ton employé</li> <li>○ Vocabulaire</li> <li>○ Contact</li> <li>○ Distance</li> <li>○ Communication non verbale</li> </ul>		
<b>Réaction face au matériel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Observateur</li> <li>○ Acteur</li> <li>○ Opposant</li> <li>○ Souriant</li> <li>○ Etonnement</li> <li>○ Agitation</li> </ul>		
<b>Sens stimulés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ouïe :</li> <li>○ Vue :</li> <li>○ Odorat :</li> <li>○ Auditif :</li> <li>○ Toucher :</li> </ul>		
<b>Matériel utilisé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Colonne à bulles</li> <li>○ Projecteur de ciel lumineux</li> <li>○ Fibres optiques</li> <li>○ Huiles essentielles</li> <li>○ Boules lumineuses</li> <li>○ Musiques → style :</li> </ul>		

## ANNEXE X

### GUIDE D'ENTRETIEN

Date :

Heure début :

Heure fin :

#### Présentation :

Bonjour, je suis actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'institut de formation de Créteil. Dans le cadre de mon initiation à la recherche de fin d'études qui porte sur la participation de la personne âgée atteinte de démence de type Alzheimer lors de la toilette, je souhaite vous interroger. Cet entretien me permettra d'approfondir mes recherches théoriques sur la pratique de la démarche Snoezelen et de compléter mes observations afin de valider ou de réfuter mon hypothèse de recherche.

Dans le but de pouvoir recueillir au mieux toutes vos réponses et rester le plus fidèle à vos dires, je souhaite enregistrer l'entretien. Est-ce que vous acceptez ? Sachez que l'anonymat des noms et des lieux restera conservé. Seule la retranscription sera présentée dans mon écrit.

Je vais vous demander de répondre le plus sincèrement possible. Vous pourrez interrompre l'entretien à tout moment. Si une question ne vous semble pas claire, n'hésitez pas à me le faire savoir. A la fin de cette entrevue, vous pourrez ajouter toute information supplémentaire qui vous semblera pertinente dans le cadre de cette recherche.

Objectifs : Je souhaite connaître l'impact de la pratique Snoezelen auprès de la population : personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer et le rôle de l'ergothérapeute à ce niveau. J'aimerais également apprécier les répercussions du Snoezelen sur les troubles du comportement. Ensuite, je souhaite approfondir la manière dont est abordée la séance avec le patient et enfin faire un retour par rapport à mes observations effectuées lors des trois toilettes réalisées précédemment.

- Préambule : présentation de la personne interviewée
  1. Pouvez-vous vous présenter, me parler de votre parcours professionnel ?
    - Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ?
    - Quels ont été vos lieux d'exercice ?
  2. Depuis quand travaillez-vous auprès de personnes ayant la maladie d'Alzheimer ?
  3. Pouvez-vous me présenter l'UCC ?
    - Quels professionnels interviennent ?
    - Que pouvez-vous dire concernant la dynamique interprofessionnelle ?
  4. En ergothérapie, à l'UCC, quelles interventions effectuez-vous auprès de la personne âgée atteinte de démence de type Alzheimer ?
  
- Thème 1 : le rôle de l'ergothérapeute dans le Snoezelen
  1. Vous pratiquez le Snoezelen, depuis quand êtes-vous formé au Snoezelen ?
    - Pourquoi avez-vous décidé de la faire ?
    - Avez-vous émis des réticences ? si oui, lesquelles ?
  2. Quels sont les objectifs de l'accompagnement Snoezelen ?
  3. En tant qu'ergothérapeute, quel est le moment propice pour effectuer une séance Snoezelen ?
    - Pourquoi ?

4. Pouvez-vous me donner la fréquence d'utilisation de cette démarche dans l'objectif d'une amélioration ?
    - Sur 1 semaine ? ou 1 mois ?
    - Est-ce suffisant selon vous ?
  5. Selon vous, quelle est la plus-value de l'ergothérapeute dans la démarche du Snoezelen ?
    - Qu'est-ce que l'ergothérapeute peut apporter aux patients atteints de démence par rapport aux autres professionnels ?
    - Au niveau de l'équipe, comment se passent les échanges autour du Snoezelen ? Avez-vous des exemples ?
  6. Quelle(s) méthode(s) utilisez-vous pour limiter et/ ou diminuer les troubles du comportement ?
- Thème 2 : les répercussions du Snoezelen sur les troubles du comportement et la participation
    1. Pouvez-vous m'indiquer les étapes clés pour favoriser l'adhésion à la séance que vous avez proposée ?
    2. Selon vous, quelles sont les stimulations sensorielles lors d'une séance Snoezelen qui peuvent limiter le plus, les troubles du comportement ?
      - Que privilégiez-vous comme stimulations ?
      - Quel sens est le plus réceptif ?
      - Quel matériel utilisez-vous ?
    3. Au vue, de votre expérience, qu'observez-vous lors d'une séance au niveau du comportement de la personne ?
      - Au niveau des troubles du comportement remarquez-vous un changement ?
      - Que remarquez-vous après la séance ?
      - Selon vous, combien de temps peuvent durer les effets de la séance ?
      - Remarquez-vous des effets durables ? (Plus d'une journée)
    4. Après une séance Snoezelen constatez-vous un meilleur investissement sur les activités de la vie quotidienne ?
  - Thème 3 : les répercussions du Snoezelen dans l'activité toilette. Lien avec l'étude observationnelle
    1. Selon vous, qu'est-ce qui peut compromettre la participation à la toilette ? (Environnement humain, extérieur...)
    2. Pensez-vous que les troubles du comportement peuvent être un frein à la participation de la toilette ?
      - Si on réduit les troubles du comportement avec l'approche Snoezelen, que pensez-vous concernant la participation à la toilette ?
    3. Qu'avez-vous remarqué comme différences entre la toilette sans Snoezelen et avec Snoezelen ?
      - Avez-vous remarqué un changement de comportement en particulier ?
    4. Quels ont été les changements de comportement sur votre personne lors de la toilette Snoezelen ?
    5. Après les 3 expériences effectuées, quel avis tirez-vous de cette proposition d'intervention ?
    6. Pensez-vous réutiliser le Snoezelen avant et pendant une toilette ?
      - Qu'est-ce que vous pensez refaire ?
      - Qu'est-ce que vous pensez ne pas refaire ?
    7. Quels sont les questionnements qui ont pu émerger ?
  - Thème 4 : autres informations
    1. Qu'est-ce que vous aimeriez aborder que nous n'avons pas vu au cours de l'entretien et qui pourrait mettre utile ?

## ANNEXE XI

### RETRANSCRIPTION ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

#### **Introduction explicative (Cf. trame)**

**Il y a aura 4 thèmes, je vais commencer par des généralités. Pouvez-vous, vous présenter, me parler de votre parcours professionnel ?**

Bonjour, je m'appelle XXX, je suis ergothérapeute dans l'hôpital XXX depuis deux ans et demi. J'ai fait ma formation d'ergothérapeute à l'institut de formation à Berck-sur-mer. C'est donc mon premier poste à l'hôpital où j'interviens au niveau de l'unité cognitivo-comportementale et dans un service de soins de suite et de réadaptation. Et juste avant, enfin depuis quelques mois j'ai arrêté d'intervenir au sein de l'unité de soins palliatifs.

**Très bien. Depuis quand travaillez-vous auprès de personnes ayant la maladie d'Alzheimer ?**

Du coup depuis deux ans et demi.

**Pouvez-vous me présenter l'UCC ?**

Eh bien, l'UCC c'est un service qui accueille des patients déments et déambulant qui viennent pour un motif d'hospitalisation diverse et varié même si on retrouve généralement un maintien à domicile difficile... euh, des troubles du comportements, ce qui explique leur venue pour un ajustement au niveau de leur traitement médicamenteux ou bien pour la gestion de leur agitation ou des troubles du comportement, qu'ils peuvent présenter.

**Pouvez-vous m'indiquer quels sont les différents professionnels qui interviennent ?**

Alors au sein de l'UCC, on retrouve une neuropsychologue, une psychomotricienne, des kinésithérapeutes, un ergothérapeute, le médecin gériatre, l'assistante sociale, les ASH, les infirmières, les aides-soignantes, et les assistants de soins et d'animation. Et je crois que je n'oublie personne.

**Que pouvez-vous dire concernant la dynamique interprofessionnelle ?**

Euh, alors la dynamique interprofessionnelle, elle est bien présente dans le sens que le médecin gériatre cherche vraiment à faire travailler, enfin à ce qu'on travaille main dans la main les différents intervenants du service, en plus de ça, on a tous eu au niveau du service des formations similaires avec Montessori adapté et pour la plupart la formation de l'approche Snoezelen donc c'est vrai que ça nous permet de converger tous vers une même pratique pour le bien-être du patient et oui pour avoir une pratique assez uniforme.

**Donc c'est le médecin qui serait le moteur de cette dynamique ?**

Oui et non. On va dire que c'est un souhait de sa part, et on dialogue beaucoup aussi entre les différents professionnels parce qu'il a beau vouloir coordonner, il est quand même pas toujours présent au niveau du service, donc on travaille tous en équipe à ce niveau-là.

**D'accord. En ergothérapie, à l'UCC, quelles interventions effectuez-vous auprès de la personne âgée atteinte de démence de type Alzheimer ?**

Alors à ce niveau-là, moi j'interviens sur 5 créneaux horaires définis. Euh, soit pour proposer des groupes de stimulation cognitive, soit pour réaliser des bilans d'autonomie au niveau de la toilette et l'habillage, sur deux matinées et sinon des interventions plus ponctuelles, soit sur des temps donnés de relaxation pas forcément au niveau de la salle Snoezelen, mais discuter et échanger.

**D'accord, nous allons passer au premier thème qui est le rôle de l'ergothérapeute dans le Snoezelen. Vous pratiquez le Snoezelen, depuis quand êtes-vous formé au Snoezelen ?**

Je suis formé depuis, euh octobre 2014 et je pratique depuis plus ou moins régulièrement depuis cette période.

**Pourquoi avez-vous décidé de la faire ?**

Parce que c'était une opportunité déjà (*rire*) et c'est un outil qui était déjà intégré au niveau du service et moi j'en avais déjà entendu parlé par le biais de mes expériences de stage et je me suis dit, sans forcément me renseigner sur la littérature, qu'il y avait forcément une plus-value à être formé à cette approche pour le bien-être du patient.

**Avez-vous émis des réticences ? si oui, lesquelles ?**

Ah non du tout.

**Quels sont les objectifs de l'accompagnement Snoezelen ?**

Pour moi, on est surtout sur un objectif de gestion des troubles du comportement majoritairement en passant par le biais de la relaxation. Après, ça peut être euh, dans un but d'entrer en communication avec la personne, par le biais de la stimulation.

**Et selon vous, en tant qu'ergothérapeute, quel est le moment propice pour effectuer une séance Snoezelen ?**

Euh, pour moi il n'y a pas de moment propice pour proposer une séance Snoezelen. Parce que c'est variable d'une personne à l'autre, d'un moment de la journée à un autre pour une même personne, donc euh c'est pour ça aussi qu'on propose un carnet de suivi des séances Snoezelen étant donné qu'on est plusieurs intervenants au niveau du service à pouvoir proposer une séance, ça nous permet aussi d'avoir une idée sur quel moment de la journée est plus approprié pour chaque personne, qu'on accueille au niveau du service.

**Pouvez-vous me donner la fréquence d'utilisation de cette démarche dans l'objectif d'une amélioration ?**

Je dirais une fois par semaine.

**Est-ce suffisant selon vous ?**

Pour moi non, après on est plusieurs à l'utiliser, mais à titre personnel c'est pas suffisant.

**Qu'est-ce qui bloque ?**

C'est le manque de temps même si ce n'est pas une réponse valable, car on peut toujours trouver le temps et se définir des créneaux pour utiliser cette salle. Nos interventions font qu'on ne peut pas toujours se dégager du temps, mais après si on s'y oblige pas dans un sens c'est difficile à assurer.

**Selon vous, quelle est la plus-value de l'ergothérapeute dans la démarche du Snoezelen ?**

Euh... Bah c'est une bonne question. C'est vrai que nous on a une intervention qui est axée sur les activités de la vie quotidienne, et c'est vrai que pour autant ça m'est déjà arrivé d'utiliser l'approche Snoezelen en lien avec les toilettes thérapeutiques, mais c'était plus dans un rôle de relaxation sans que ça soit moi qui propose la toilette évaluative juste après. Une autre plus-value, ça serait qu'on a un métier qui nous pousse à nous intéresser à l'histoire de vie de la personne et ses habitudes de vie et c'est en ça qu'on peut aller chercher des éléments de vie qui peuvent nous amener à personnaliser nos séances pour créer une ambiance Snoezelen qui parle au patient, qui est en lien avec son histoire de vie, et nous amener à d'autres choses.

**Au niveau de l'équipe, comment se passent les échanges autour du Snoezelen ? Avez-vous des exemples ?**

Au niveau de l'équipe, si on ne passe pas directement par de la communication verbale pour échanger sur le ressenti de la personne au cours de la séance, on propose un compte rendu de la séance avec le but de notre séance, les différents éléments qu'on a pu utiliser, le bénéfice de la séance et nos observations qu'on a pu faire sur l'agitation, la relaxation etc. C'est plus ça qui nous permet d'échanger au final sur les séances qu'on a pu proposer aux patients. Ça nous fait une base pour échanger.

**Autre que la démarche Snoezelen, quelle(s) autres méthode(s) utilisez-vous pour limiter et/ ou diminuer les troubles du comportement ?**

Tout moyen non médicamenteux pour gérer les troubles sont les bienvenues sans pour autant passer par l'ambiance Snoezelen. Moi ce qui me vient de suite c'est la démarche Montessori adaptée avec des activités de stimulations cognitives ou toute chose qui n'est pas un moyen médicamenteux, peut amener je pense, à gérer les troubles du comportement.

**Nous allons passer au deuxième thème qui est la répercussion du Snoezelen sur les troubles du comportement et la participation. Pouvez-vous m'indiquer les étapes clés pour favoriser l'adhérence à la séance que vous avez proposée ?**

Alors les étapes clés. Déjà moi, je parlerai du consentement du patient pour effectuer cette séance. L'idée ce n'est pas de lui forcer la main pour lui proposer la séance. On prépare la salle avant et l'idée c'est de lui proposer d'entrer dans cette pièce, dans cette bulle de relaxation, cette bulle d'ambiance et de se laisser guider et porter par lui-même au final. Nous on a un petit peu un rôle d'observateur au niveau de ses réactions et on se laisse guider par les éléments qui attirent son œil et voilà. Donc après avoir obtenu son consentement, on peut l'amener au niveau de la salle. Après on est sur la création d'un effet de sas pour faire une rupture progressive par rapport à l'environnement au niveau du service, les bruits environnants, des stimulations génératrices d'angoisses. C'est pour ne pas qu'au moment où l'on ferme la porte, ça soit trop brusque. Et puis ensuite on se laisse porter par la personne, tout en gardant un œil par rapport à ses réactions, on se place au niveau du rythme du patient, et on peut être sur des séances qui durent autant 5 minutes où la personne va vouloir arrêter autant elles peuvent durer 1h30, que la personne s'endorme, qu'il y est vraiment un effet de ressenti de la séance.

**Selon vous, quelles sont les stimulations sensorielles lors d'une séance Snoezelen qui peuvent limiter le plus, les troubles du comportement ?**

Déjà au niveau des stimulations sensorielles quand on regarde dans notre création de notre ambiance Snoezelen, il faut qu'on en ait au minimum deux. A savoir, une stimulation auditive et visuelle parce qu'on crée une ambiance lumineuse et sonore. Ça c'est le minimum pour proposer une séance. Après au niveau sensoriel, on peut jouer au niveau olfactif avec des huiles essentielles, des diffuseurs d'arômes notamment. On est beaucoup aussi sur le tactile où l'on peut proposer des massages, le toucher thérapeutique, des balles à picots, par différentes matières comme la soie, différents tissus. On parle d'une salle multisensorielle, donc ce n'est pas pour rien. Il y a plusieurs stimulations sensorielles possibles.

**Selon vous, par rapport à ces personnes qui ont des troubles, quel sens est le plus réceptif ?**

Euh, je ne sais pas si on pourrait en faire une généralité, après moi d'un point de vue personnel, je pense que ça serait plus au niveau du visuel et de l'auditif que ça serait plus important.

**Au vu, de votre expérience, qu'observez-vous lors d'une séance au niveau du comportement de la personne ?**

Un apaisement. Comment dire... une sensation de lâcher prise de la personne et... majoritairement ça au final.

**Donc au niveau des troubles du comportement remarquez-vous un changement immédiat ?**

Pas forcément. Quand on a une personne qui est angoissée ou qui déambule par exemple, on peut observer un changement à ce niveau-là, sur le temps proposé en séance, après sur quelque chose qui va l'angoisser...ce n'est pas forcément ce qu'on observe de prime abord.

**Selon vous, combien de temps peuvent durer les effets de la séance ?**

Pour moi c'est variable d'une personne à l'autre. Tellement variable que je ne sais pas si on pourrait quantifier ce temps de bénéfice.

**Remarquez-vous des effets durables ? (Plus d'une journée)**

Mmmh... moi personnellement non.

**Après une séance Snoezelen constatez-vous un meilleur investissement sur les activités de la vie quotidienne ?**

C'est pas forcément quelque chose qui a été expérimenté. Comment dire... on a jamais proposé une séance en ce sens, d'avoir un impact direct sur les activités de vie quotidienne. Donc je ne sais pas.

**On va passer au thème 3, qui est la répercussion du Snoezelen dans l'activité toilette, lien avec l'étude observationnelle que j'ai pu faire cette semaine.**

D'accord.

**Selon vous, qu'est-ce qui peut compromettre la participation à la toilette ? (Environnement humain, extérieur..)**

Euh... qu'est-ce qui peut compromettre la participation à la toilette... Bah, entre guillemets la vie du service, parce que, comme ça a pu être le cas sur la semaine écoulée, y a une certaine personne qu'on aurait souhaité voir en toilette ; où la toilette avait déjà été faite par l'équipe soignante malgré les transmissions qui avaient pu être faites. Euh, ça peut être un refus de la personne qu'on souhaite voir tout simplement, comme ça a pu être le cas aussi cette semaine. Parce que la personne est agitée, parce que l'horaire ne lui convient plus, parce que la personne décompense comme la dernière personne qu'on a vue. Voilà, un peu toutes ces choses-là.

**Pensez-vous que les troubles du comportement peuvent-ils être un frein à la participation de la toilette ?**

Oui complètement.

**Si on réduit les troubles du comportement avec le Snoezelen, que se passerait-il concernant la participation à la toilette ?**

Les expérimentations qu'on a pu faire cette semaine étaient intéressantes, c'est vrai que ça pourrait être intéressant de pousser l'expérience un peu plus dans le détail. Mais je pense qu'il y aurait un intérêt dans le lien entre les deux.

**Avez-vous remarqué des différences entre la toilette sans Snoezelen et avec Snoezelen ?**

Oui parce que l'apaisement qui était procuré par le biais des séances Snoezelen a eu une répercussion sur l'implication de la personne dans sa toilette, sans forcément parler de récupérations fulgurantes d'un point de vue fonctionnel, mais oui sur la gestion des troubles c'était complètement perceptible.

**Quels ont été les changements de comportement sur votre personne lors de la toilette Snoezelen ?**

*(rire)* Eh bien, comment dire... Le bénéfice de la séance Snoezelen nous touche aussi nous parce qu'on a envie de continuer à être dans cette dynamique d'apaisement, de relaxation donc c'est vrai qu'on amène la chose beaucoup plus calmement, dans notre timbre de voix, dans notre gestuelle, dans notre attitude, au final. On est beaucoup plus posé, relâché et je pense que la personne doit le ressentir aussi.

**Après les plusieurs expériences effectuées, quel avis tirez-vous de cette proposition d'intervention ?**

Je pense que c'est une intervention qui était intéressante et qui demanderait à être répétée.

**Pensez-vous réutiliser le Snoezelen avant et pendant une toilette ?**

Euh, bah je pense oui.

**Qu'est-ce que vous pensez refaire ? et qu'est-ce que vous pensez ne pas refaire ?**

Je pense que je proposerais une séance avec l'utilisation avec le chariot mobile, dans tous les cas plus qu'avec la salle pour qu'on ait un enchaînement direct de la séance avec la toilette. Après sur le contenu de la séance en lui-même, euh, si y a des paramètres qui reste à voir. Mais je pense que j'essayerais de voir différemment la création de l'atmosphère dans la chambre. Parce qu'on parlait d'effet de sas et création d'une bulle tout à l'heure... et l'utilisation du chariot mobile rend quand même plus difficile la création de cette bulle parce qu'on est dans la chambre de la personne plus que dans une salle qui est vraiment dédiée à cette séance. Donc ça serait la problématique entre guillemets qui demanderait plus de réflexions en amont.

**Quels sont les questionnements qui ont pu émerger ?**

...Y a pas forcément de questionnements qui sont apparus en moi *(rire)*, mais la curiosité de pousser un peu plus l'expérience dans des cas de figures futures.

**Thème 4 : autres informations**

**Qu'est-ce que vous aimeriez aborder que nous n'avons pas vu au cours de l'entretien et qui pourrait mettre utile ?**

Non, parce que je pense que j'ai déjà dit pas mal de choses *(rire)*.

**Très bien, merci d'avoir répondu à mes questions. L'entretien est terminé. C'est moi qui vous remercie.**

## RESUMÉ

---

### QUELLE PARTICIPATION QUAND LA MÉMOIRE S'EFFACE ?

**Introduction** : Aujourd'hui, la maladie d'Alzheimer touche 900 000 personnes en France et représente la cinquième cause de mortalité à l'échelle nationale. Les traitements médicamenteux ne s'avérant pas à ce jour suffisants, des solutions non médicamenteuses peuvent être apportées afin de réduire les troubles du comportement. L'approche Snoezelen basée sur l'axe relationnel, l'axe sensoriel et l'axe du bien-être est une des alternatives possibles. L'ergothérapeute peut être amené à employer cette démarche avec des personnes atteintes de démence de type Alzheimer. **Objectif** : Le but de cette étude est de montrer dans quelle mesure la démarche Snoezelen utilisée dans la chambre et la salle de bains, durant l'évaluation de la toilette par l'ergothérapeute, permet de constater une baisse des troubles du comportement et de favoriser la participation chez la personne atteinte de démence de type Alzheimer. **Méthode** : Pour mener à bien cette enquête, des observations ont été effectuées auprès de deux patientes atteintes de cette démence (stade 5) lors de la toilette : une observation *avec* et une *sans* Snoezelen, par patiente. Quatre toilettes ont ainsi été analysées. Un entretien semi-directif auprès d'un ergothérapeute a également été réalisé. L'ensemble de l'enquête a été conduit au sein d'une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC). **Résultats** : À l'issue de l'enquête, les résultats semblent montrer des effets sur la baisse des troubles du comportement et sur la participation. Cependant, ils sont à prendre avec beaucoup de réserve. **Conclusion** : Bien que plusieurs limites aient été constatées, l'accompagnement Snoezelen semble, somme toute, limiter les troubles du comportement pour la population étudiée. Cependant, déterminer son influence sur la participation nécessiterait d'effectuer des recherches supplémentaires.

*Mots clés* : Ergothérapie – Démence de type Alzheimer – Troubles du comportement – Participation – Activité toilette – Snoezelen

## ABSTRACT

---

### WHAT POSSIBLE PARTICIPATION WHEN THE MEMORY DISAPPEAR ?

**Introduction**: Nowadays, Alzheimer's disease affects 900 000 persons in France and it is the fifth cause of mortality within the country. As drug therapy has not proven to be effective yet, non-medicinal therapy, in particular the Snoezelen concept which can be performed by an occupational therapist (OT), could be a solution to reduce patients' behavioral disorders. This approach is based on the sensorial axis, the relational axis and the axis of well-being. **Objective**: The aim of this study is to demonstrate that the Snoezelen approach performed in the room and bathroom during the bathing evaluation by the OT helps preventing the onset of behavioral disorders and can encourage a better participation of elderly with Alzheimer's disease. **Method**: For this research project, two patients with Alzheimer's disease (stage 5) have been observed and assessed during their grooming: one case study *with* and one *without* Snoezelen, for each patient. Four grooming activities have therefore been evaluated. Moreover a semi-directive interview of one OT has been conducted. This field study has been done within a cognitive behavioral unit. **Results**: The results show a decline in behavioral disorders and a relative improvement on participation. However, they must be carefully considered. **Conclusion**: Although several limits have emerged, the Snoezelen accompaniment seems to prevent behavioral disorders for this population being studied. However evaluating its real influence on participation would require further research.

*Key words*: Occupational therapy – Alzheimer's disease – Behavioral disorders – Participation – Grooming activity – Snoezelen