

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE  
Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat d'Ergothérapeute  
2017-2020

# Snoezelen au service des enfants autistes



Semestre 6 : UE 6.5 « Evaluation de la pratique professionnelle et  
recherche »

Soutenu par : Lucie DOHIN

Maître de mémoire : Tatiana Bizot



## ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

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

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) 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'étudiant(e) est aidé(e) 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'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e), **DOHIN Lucie** étudiant(e) en 3<sup>ème</sup> 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 informé(e) 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 28/05/2020

Signature :



DOHIN Lucie

## 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

Je tiens à exprimer mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont pu m'accompagner, me soutenir et m'encourager durant ces trois années d'études et dans la réalisation de ce mémoire de fin d'étude. Je remercie donc tous les professeurs ainsi que les différents référents de promotion pour les connaissances qu'ils m'ont apportés et également les remercier pour leurs suivis et leurs soutiens durant ces 3 années.

Je remercie également les professionnels de santé qui m'ont permis de réaliser mes entretiens mais également aux professionnels qui m'ont apporté de nombreuses connaissances et de nombreux éléments indispensables dans l'élaboration de ce projet.

Je remercie tout particulièrement ma maitre de mémoire Tatiana BIZOT, la remercier pour sa patience, pour sa disponibilité et également pour tous les conseils qu'elle m'a apporté afin de réaliser au mieux ce mémoire.

Je désire également remercier mes amis qui m'ont toujours soutenue et encouragé dans les épreuves les plus difficiles. Merci à Cédric, Léa, Mélanie et Nadia pour leurs amitiés sincères, leurs soutiens sans faille et leurs encouragements.

Je remercie Sarah pour sa présence à mes côtés durant les 3 années de formations et pour bien plus longtemps encore. Merci de m'avoir motivée et encouragée dans les moments les plus difficiles.

Pour finir, je tiens à remercier ma famille de me soutenir quotidiennement et de m'accompagner tout au long de mes différents projets.

*« Il n'y a rien qui doive être craint dans la vie ;  
il y a seulement quelque chose à comprendre. »*

Marie Curie

*« L'important n'est pas de vivre comme les autres,  
mais parmi les autres... »*

Daniel Tammet

## Table des sigles

**ADI** : Autism Diagnosis Interview

**ADOS** : Autism Diagnosis Observation Schedule

**ANFE** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

**APA** : American Psychiatric Association

**CAMSP** : Centres d'Action Médico-Sociale Précoce

**CARS** : Childhood Autism Rating Scale

**CIM** : Classification Internationale des Maladies

**COPM** : Canadian Occupational Performance Measure

**DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

**ECSP** : Echelle de Communication Sociale Précoce

**EHPAD** : Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IME** : Institut Médico-Educatif

**INSERM** : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

**MAS** : Maison d'Accueil Spécialisée

**MDH-PPH** : Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PECS** : Picture Exchange Communication System

**SESSAD** : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

**SIFEF** : Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français

**TED** : Troubles Envahissants du Développement

**TSA** : Troubles du Spectre de l'Autisme

## Table des matières

Introduction .....	1
Situation d'appel.....	3
Cadre conceptuel .....	6
I. L'autisme .....	6
A. Définition de l'autisme .....	6
B. Diagnostic de l'autisme .....	12
C. Vie quotidienne d'un enfant autiste .....	16
1. Communication et langage .....	16
2. Comportements stéréotypés, intérêts restreints et jeux .....	17
3. Interactions sociales .....	17
D. Troubles sensoriels .....	18
II. La participation sociale en ergothérapie .....	20
A. Situation de handicap et participation sociale .....	20
B. Diagnostic ergothérapeutique .....	21
C. Développement de la participation sociale d'un enfant autiste par l'ergothérapeute .....	23
III. Influence du concept Snoezelen dans une prise en charge d'un enfant autiste .....	25
A. Le concept Snoezelen .....	25
B. Principes d'un accompagnement ergothérapeutique en Snoezelen .....	26
C. Déroulement d'une séance.....	28
D. Effets de l'approche sur un enfant autiste .....	30
Cadre expérimental.....	32
I. Objectifs .....	32
II. Population .....	33
A. Ergothérapeutes .....	33
B. Personnels soignants .....	34
III. Outil d'investigation.....	35
IV. Présentation des résultats de l'enquête et analyse .....	37

V. Discussion.....	48
Confrontation des résultats de l'enquête avec le cadre conceptuel .....	48
Limites de l'enquête .....	50
Intérêts de l'enquête .....	51
Conclusion.....	52
Bibliographie .....	54
Annexe 1 Pyramid of Learning / Pyramide des apprentissages .....	I
Annexe 2 Photos aménagements salles Snoezelen.....	II
Annexe 3 Pyramide des besoins de Maslow .....	V
Annexe 4 Guide d'entretien .....	VI
Annexe 5 Entretien E1 .....	VII

## Introduction

Aujourd'hui être en bonne santé est, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Un trouble du spectre autistique peut considérablement limiter la capacité de pouvoir effectuer ses activités de la vie quotidienne et de participer à la vie en société. Les troubles du spectre de l'autisme compromettent souvent la réussite scolaire et sociale et réduisent, par la suite, les possibilités d'emploi.

En 1996, l'autisme est reconnu en France comme un handicap. Il fait l'objet, depuis plusieurs années, d'un enjeu de santé publique. Il est défini par l'OMS comme « un trouble envahissant du développement, caractérisé par un développement anormal ou déficient, manifesté avant l'âge de trois ans, avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants :

- Interactions sociales,
- Communication,
- Comportement au caractère restreint et répétitif ».

Le manque d'information sur la situation des personnes autistes et les accompagnements dont ils bénéficient, pénalise l'apport de réponse aux besoins actuels et à l'avenir de ces personnes.

Une naissance sur 100 est touchée par l'autisme en 2018 contre une sur 5 000 dans les années 1970. On estime aujourd'hui, en France, 700 000 personnes autistes dont 100 000 enfants soit 1 personne sur 100. (INSERM, s.d.)

Selon les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), seuls 30% des enfants présentant des troubles autistiques sont scolarisés en maternelle aujourd'hui en France. 1/3 des enfants autistes sont scolarisés 2 jours par semaine au moins en maternelle. (Secrétariat d'Etat chargé de personnes handicapées, 2018)

Seulement 0.5% des personnes autistes travaillent en milieu ordinaire et 11.6% des personnes autistes ont accès à un logement personnel. En effet ces chiffres s'expliquent par le rejet de la société des personnes dites « handicapées ». Malheureusement ce rejet est provoqué par un manque de connaissance de la population. (Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapée, s.d.). Il est également pertinent de rappeler que l'autisme est sous diagnostiqué chez les personnes adultes ce qui explique également ces chiffres.

C'est pourquoi les différents ministères successifs ont mis en place depuis 2005 trois plans « Autisme ». Malgré ces différents plans, les attentes des personnes atteintes de TSA ainsi que leurs entourages proches restent largement insatisfaites (diagnostic, scolarisation, travail, logement, citoyenneté ...). Ce

4ème plan ou Stratégie Nationale sur « l'autisme » (2018-2020) présenté par le premier ministre, va poursuivre et intensifier les axes généraux des plans précédents. La stratégie sera plus centrée sur le diagnostic le plus précoce possible et la scolarisation. (Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, s.d.)

## Situation d'appel

Ma situation d'appel s'est déroulée lors de mon troisième stage en deuxième année de formation en ergothérapie en Institut Médico Educatif (IME). Lors de ce stage j'ai pu suivre une patiente, Mme C, 13 ans, présentant un trouble du spectre autistique. Tout au long de ces 2 mois j'ai pu découvrir de nombreuses pathologies mais Mme C, seule patiente atteinte d'autisme, m'a beaucoup interrogée.

Ma tutrice suivait Mme C depuis son arrivée dans la structure c'est-à-dire 7 ans. La patiente avait une séance d'ergothérapie de 30 minutes chaque semaine. Tout au long de mon stage, nous travaillions, avec Mme C, l'apprentissage de pictogrammes afin d'établir un calendrier pour l'installer dans sa chambre à la suite d'une demande de sa part.

En effet durant toute la période de mon stage, la patiente était en pleine « crise », terme qu'utilisaient les professionnels de la structure. J'ai pu, de nombreuses fois, observer ces « crises » chez Mme C. Elle se faisait du mal, on l'entendait crier dans tout l'établissement, elle répétait toujours les mêmes phrases et réalisait d'autres actions inhabituelles.

Avant d'aller chercher Mme C dans sa chambre afin d'effectuer sa séance d'ergothérapie hebdomadaire, nous sommes allées voir l'équipe soignante qui s'est occupée d'elle dans la matinée. Les transmissions nous ont permises de savoir que la patiente était particulièrement agitée et angoissée. La séance que l'on avait prévue n'était donc pas envisageable mais nous voulions, malgré la situation, accompagner Mme C. Nous lui avons proposé d'effectuer la séance dans la salle Snoezelen. Elle n'a pas verbalisé son souhait ou son refus d'y aller mais elle s'est dirigée seule vers la salle tout en continuant de crier.

Lorsque nous sommes entrées dans la salle, que nous avons fermé les volets, allumé les lumières et la musique la patiente s'est installée près de moi sur le matelas à eau, a mis son pouce dans sa bouche et n'a plus fait aucun bruit ni geste inadapté. Elle semblait soudainement apaisée par cet espace et cet environnement.

Cette situation m'a beaucoup questionné sur les autistes en général, sur les effets du concept Snoezelen auprès de cette population ainsi que le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette population et au sein de cette médiation thérapeutique.

Je me suis donc intéressée au sujet très vaste qu'était l'autisme. L'autisme était un trouble que je connaissais pas du tout. Ma tutrice m'a donc conseillée de regarder une petite vidéo *Mon petit frère de la lune* (Philibert, 2007). Dans cette vidéo le grand frère d'un enfant atteint d'un trouble du spectre autistique nous explique de façon très simple comment agit son frère, pourquoi il agit de manière « différente » et d'autres éléments dont je n'avais pas connaissance concernant les autistes.

Comment fonctionne le cerveau d'une personne autiste ? Pourquoi cette dernière a-t-elle besoin de rituels ? Pourquoi l'enfant autiste n'arrête-t-il pas de bouger ? Pourquoi les autistes bougent-ils constamment les bras, les mains, la tête ? Est-ce « normal » de faire de tels gestes ? Et pleins d'autres questions que peuvent se poser toutes personnes qui se penchent sur le sujet. *L'autisme expliqué aux non-autistes* (Harrisson, St-Charles, & Thuy, 2018) explore de multiples questions et idées reçues sur cette population.

Les témoignages permettent de mieux comprendre et appréhender un sujet. En effet *Je suis à l'Est* (Schovanec, 2018) et *Autisme, ce sont les familles qui en parlent le mieux* (Eméyé & vie", AUTISME, Ce sont les parents qui en parlent le mieux, 2016) nous accompagne dans les différentes étapes de la vie d'un autiste avec les réalités de la vie quotidienne. En revanche l'ouvrage de Mr Schovanec évoque plus précisément le syndrome d'Asperger. Ce trouble ne fera pas l'objet de ce mémoire.

Par la suite je me suis intéressée au concept Snoezelen. Lors des 4<sup>e</sup> assises d'ergothérapie j'ai pu me rendre sur le stand que Mr Martin, formateur Snoezelen certifié CNEFOP dans les secteurs médico-social et sanitaire, membre de l'Association Internationale Québécoise des Intervenants en Approche Snoezelen AQIAS et reconnue par L'International Snoezelen Association and Multi Sensory Environment ISNA-MSE, dirigeait. Lors d'échanges avec lui j'ai pu prendre rendez-vous dans l'un des showroom Snoezelen où j'ai pu y découvrir les différents types de stimulations sensorielles proposées. Son livre *Prendre soin par Snoezelen* (Martin, 2018) explore cet univers et notamment auprès de patients atteints d'un trouble du spectre autistique.

Pour finir je me suis interrogée sur le rôle propre de l'ergothérapeute auprès des enfants autistes mais également dans une prise en charge avec l'approche Snoezelen. Comme l'explique l'article sur *l'ergothérapie au service des enfants et adultes vivant avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA)* (Caron Santha, 2017), l'ergothérapeute « aide la personne à consolider différents aspects de son développement ». Il pourra également accompagner les parents et les proches lors de l'accompagnement d'une personne autiste et les différentes adaptations.

La situation que je viens d'évoquer a été, pour moi, l'une des plus fortes (émotionnellement) et intrigantes que j'ai pu explorer durant mes stages. Ce choix, pour mon mémoire de fin d'études, apparaissait comme une évidence.

Cette situation m'a amené au questionnement suivant : « **En quoi l'ergothérapeute, à travers le concept Snoezelen, a une influence sur la participation sociale d'un enfant atteint d'autisme ?** »

L'hypothèse permet d'émettre une proposition de réponses à la question de départ sous une forme suffisamment synthétique pour être validée à l'aide d'une étude des faits, une enquête (Lièvre, 2016). De ce fait je pense que **l'ergothérapeute favorise l'auto-régulation des troubles sensoriels d'un enfant autiste durant les séances Snoezelen.**

Afin de répondre au mieux à mon questionnement et de valider, ou non mon hypothèse, je définirai, dans un premier temps l'autisme, puis son diagnostic, les différents plans gouvernementaux qui ont été mis en place ainsi que la vie quotidienne d'un enfant autiste. J'aborderai, dans ma deuxième partie, la prise en charge ergothérapique d'un enfant autiste en évoquant le diagnostic que réalise l'ergothérapeute, l'accompagnement qu'il effectue auprès de l'enfant ainsi que la notion de participation sociale. Dans ma troisième et dernière partie, je m'intéresserai au concept Snoezelen et plus particulièrement à l'influence qu'il peut avoir sur un enfant autiste. En effet je définirai le concept, les différents principes d'accompagnement ergothérapique à travers ce concept. Je présenterai également le déroulement d'une séance et les effets de l'approche sur cette population. Après avoir défini ces notions essentielles à la bonne compréhension du sujet, je présenterai mon enquête ainsi que les résultats que j'ai pu obtenir à travers mes différents entretiens. A la suite de cette présentation j'analyserai mes résultats puis je conclurai sur le lien entre la littérature et les résultats qui se dégagent de l'analyse.

# Cadre conceptuel

## I. L'autisme

### A. Définition de l'autisme

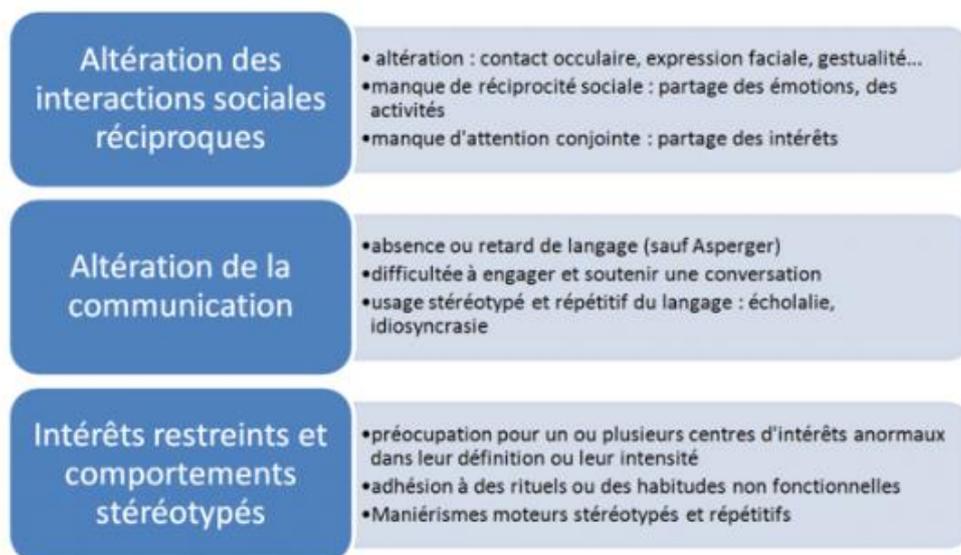
La définition de l'autisme n'a cessé d'évoluer depuis de nombreuses années. En effet le terme « autisme » a été utilisé pour la première fois en 1911 par le psychiatre suisse Eugen Bleuler afin de décrire la symptomatologie schizophrénique chez des patients adultes. Léo Kanner, en 1943, différencie l'autisme de la schizophrénie. Il le définit comme un syndrome centré sur les perturbations des relations affectives avec l'entourage.

Selon le dictionnaire du Larousse, l'autisme se définit par un « trouble du développement neurologique caractérisé par une altération des interactions sociales (repli pathologique sur soi), de la communication (langage) et du comportement ».

L'organisation mondiale de la santé (OMS), elle, définit l'autisme comme « un trouble envahissant du développement (TED), caractérisé par un développement anormal ou déficient, manifesté avant l'âge de trois ans avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants :

- Anomalies de la communication orale et/ou non verbale,
- Anomalies des interactions sociales,
- Centres d'intérêts restreints et stéréotypés. »

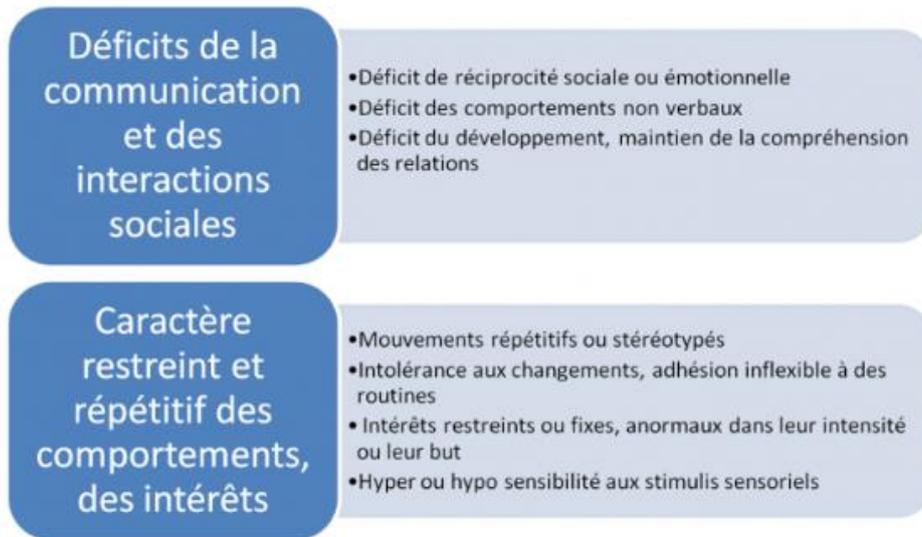
On parle généralement de triade autistique pour définir les trois éléments qui constituent les critères de diagnostic principaux.



*Triade autistique selon la CIM-10. (Le diagnostic, s.d.)*

Dans la Classification Mondiale de la Santé (CIM-10) établie par l'OMS, l'autisme est classé parmi les TED (Troubles Envahissant du développement). « [les TED sont un] groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations. » (Organisation Mondiale de la Santé, 2008).

Dans la version réactualisée du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* cinquième édition (DSM-5) par l'*American Psychiatric Association* (APA), « la triade autistique » est remplacée par le terme de « dyade autistique » et les Troubles Envahissants du Développement (TED) sont remplacés par les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA). En effet les déficits de communication et d'interaction sociale sont regroupés sous une même catégorie. La notion de reconnaissance des spécificités sensorielles comme critère de diagnostic est ajoutée.



*Dyade autistique selon le DSM-5. (Le diagnostic, s.d.)*

Les nouveaux critères de l'autisme sont classés dans les troubles du spectre de l'autisme 299.00 (F84.0) dans le DSM-5 (2013) :

**A.** Déficits persistants dans la communication sociale et l'interaction sociale dans différents contextes, tels qu'ils se manifestent de la manière suivante actuellement ou dans l'histoire de la personne :

1. Déficits dans la réciprocité socio-émotionnelle, avec par exemple une approche sociale anormale, un échec à entretenir une conversation réciproque, une réduction du partage des intérêts, des émotions ou des affects, un échec à initier ou à répondre aux interactions sociales.
2. Déficits dans les comportements de communication non verbale utilisés pour l'interaction sociale, avec par exemple une communication verbale et non verbale pauvrement intégrées, des anomalies dans le contact visuel et le langage corporel, ou des déficits dans la compréhension et l'utilisation des gestes, ou une absence d'expressions faciales et de communication non verbale.
3. Déficits pour développer, maintenir et comprendre les relations avec par exemple des difficultés d'ajustement du comportement pour correspondre à différents contextes sociaux, difficultés à partager des jeux imaginatifs ou à se faire des amis, ou absence d'intérêts pour les pairs.

**B.** Patterns de comportements, intérêts ou activités restreints et répétitifs, tels qu'ils se manifestent dans au moins deux exemples actuellement ou dans l'histoire de la personne :

1. Mouvements moteurs répétitifs, utilisation des objets ou langage stéréotypés.

2. Non résistance au changement, adhésion rigide à des routines, ou à des patterns ritualisés de comportements ou de comportements verbaux et non verbaux.

3. Intérêts hautement restreints et obsédants qui sont anormaux en intensité ou par le thème.

4. Hyper ou hypo réactivité à des informations sensorielles ou intérêts inhabituels dans les aspects sensoriels de l'environnement.

C. Les symptômes doivent être présents dans la période précoce du développement (mais peuvent ne pas se manifester pleinement avant que les demandes sociales n'excèdent les capacités limitées, ou peuvent être masqué plus tard par des stratégies apprises).

D. Les symptômes causent des anomalies significatives dans le fonctionnement social, du travail ou d'autres secteurs importants du fonctionnement.

E. Ces anomalies ne sont pas mieux expliquées par une déficience intellectuelle ou un retard développemental global. La déficience intellectuelle et les troubles du spectre de l'autisme sont souvent associés. Pour faire un diagnostic comorbide de trouble du spectre autistique et de déficience intellectuelle, la communication sociale doit être inférieure à celle qui est attendu pour le niveau général de développement.

Le DSM-5 présente également, sous forme de tableau, les différents niveaux de gravité des troubles du spectre de l'autisme :

<b>Degré de gravité</b>	<b>Communication sociale</b>	<b>Comportements restreints et répétitifs</b>
Niveau 3 "Besoin d'un soutien très important"	De graves déficits dans les compétences en communication sociale verbale et non verbale entraînent de graves troubles du fonctionnement, une initiation très limitée des interactions sociales et une réponse minimale aux ouvertures sociales des autres. Par exemple, une personne avec peu de paroles intelligibles qui initie rarement une interaction et, quand elle le fait, fait des	La rigidité du comportement, l'extrême difficulté à s'adapter au changement ou d'autres comportements restreints / répétitifs interfèrent notablement avec le fonctionnement dans toutes les sphères. Grande détresse / difficulté à changer d'orientation ou d'action.

	approches inhabituelles pour répondre uniquement aux besoins et ne répond qu'à des approches sociales très directes	
Niveau 2 "Besoin d'un soutien substantiel"	Déficits marqués dans les compétences en communication sociale verbale et non verbale ; déficiences sociales apparentes même avec des soutiens en place ; initiation limitée des interactions sociales ; et des réponses réduites ou anormales aux ouvertures sociales des autres. Par exemple, une personne qui parle des phrases simples, dont l'interaction est limitée à des intérêts particuliers étroits, et comment a une communication non verbale étrangement étrange.	L'inflexibilité du comportement, la difficulté à s'adapter au changement ou d'autres comportements restreints / répétitifs apparaissent assez fréquemment pour être évidents pour l'observateur occasionnel et interférer avec le fonctionnement dans une variété de contextes. Détresse et / ou difficulté à changer d'orientation ou d'action.

<p>Niveau 1 "Besoin d'assistance"</p>	<p>Sans soutien en place, les déficits de communication sociale provoquent des déficiences notables. Difficulté à initier des interactions sociales et exemples clairs de réponse atypique ou infructueuse aux ouvertures sociales des autres. Peut sembler avoir diminué l'intérêt pour les interactions sociales. Par exemple, une personne qui est capable de parler en phrases complètes et s'engage dans la communication mais dont la conversation avec les autres échoue, et dont les tentatives de se faire des amis sont étranges et généralement infructueuses.</p>	<p>La rigidité du comportement provoque une interférence significative avec le fonctionnement dans un ou plusieurs contextes. Difficulté à basculer entre les activités. Les problèmes d'organisation et de planification entravent l'inde</p>
---	---	--

Pour la suite de mon mémoire je me baserai sur l'autisme de niveau 3 "Besoin d'un soutien très important". En effet l'intervention de l'ergothérapeute ainsi que l'accompagnement des autistes de niveau 3 me paraît plus complexes, et plus pertinentes. L'autisme est représenté actuellement comme un trouble neurodéveloppemental aux origines multifactorielles, notamment génétiques.

Il est intéressant de souligner que les premières personnes à avoir reçu le diagnostic d'autisme viennent tout juste d'atteindre le troisième âge. (Centre de Ressources Autisme Ile-de-France, s.d.) Cela met en lumière le décalage important entre « l'apparition » de l'autisme ainsi que les différentes études concernant ce trouble, qui sont réalisées depuis le début du XXe siècle, et la pose d'un diagnostic.

## B. Diagnostic de l'autisme

En effet, selon l'Association « Un pas vers la vie » (2016), l'annonce du diagnostic est une étape éprouvante pour les parents mais cette annonce et la mise en mots des difficultés rencontrées par l'enfant et sa famille dans le quotidien permettent une meilleure compréhension et marque le début d'une acceptation de la pathologie. Ce diagnostic va effectivement permettre de débiter une prise en charge adaptée et spécifique à l'enfant.

Le diagnostic associe 3 volets :

### 1. L'établissement d'un diagnostic nosologique

Le diagnostic nosologique permet de donner un nom au trouble. La pose de ce diagnostic, en France, s'appuie sur le repérage d'un certain nombre de signes cliniques. L'établissement du diagnostic s'effectue avec un récit précis sur le développement de l'enfant et une description de ses comportements, ses aptitudes et difficultés ainsi que l'observation direct de l'enfant. Il s'effectue souvent au cours d'un entretien avec les parents, qui permet de retracer la petite enfance et le développement de l'enfant au niveau moteur, social, sensoriel etc.

Certains outils, questionnaires et procédures d'observations standardisées ont été développés comme L'Autism Diagnosis Interview (ADI), L'Autism Diagnosis Observation Schedule (ADOS) et la Childhood Autism Rating Scale (CARS). Ils sont généralement effectués par une équipe pluridisciplinaire et doivent être supervisés par un médecin spécialiste (psychiatre ou neuropédiatre).

### 2. Une évaluation fonctionnelle individualisée

De nombreux domaines doivent être impérativement évalués. En effet un examen psychologique réalisé, généralement par un psychologue, permet de déterminer le profil intellectuel et socio adaptatif du patient. L'échelle de Vineland II et les test PEP-R et l'AAPEP vont également permettre d'évaluer ce profil.

L'examen du langage et de la communication est indispensable. Comme évoqué précédemment ces deux items font parties de la dyade autistique. Cet examen est souvent réalisé par un orthophoniste. L'Echelle de Communication Sociale Précoce (ECSP) et la grille de Wetherby sont les deux principaux tests pratiqués.

En effet selon les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS (Haute Autorité de Santé), un bilan du développement moteur chez un psychomotricien, un kinésithérapeute ou un ergothérapeute va être prescrit dans les cas où des difficultés de fonctionnement dans la motricité globale et/ou fine et des praxies sont observées. (Haute Autorité de Santé, 2018)

### 3. La recherche de pathologies associées.

L'autisme est fréquemment associé à de nombreux troubles, maladies ou anomalies. Un certain nombre d'examen complémentaires est recommandé. (Centre de Ressources Autisme Ile-de-France, s.d.)

En effet, d'après le DSM-5, les caractéristiques essentielles des troubles du spectre de l'autisme sont une déficience persistante de la communication sociale réciproque et de l'interaction sociale (critère A), et des modèles restreints et répétitifs de comportement, d'intérêts ou d'activités (critère B). Ces symptômes sont présents dès l'enfance et limitent ou entravent le fonctionnement quotidien (critères C et D). Le stade auquel la déficience fonctionnelle devient évidente varie en fonction des caractéristiques de l'individu et de son environnement. (American Psychiatric Association, 2013)

Les caractéristiques essentielles du diagnostic sont évidentes dans la période de développement, mais l'intervention, la compensation et les soutiens actuels peuvent masquer les difficultés dans certains contextes au moins. Les manifestations du trouble varient aussi considérablement en fonction de la gravité du trouble, du niveau de développement et de l'âge chronologique, d'où le terme de spectre. Les troubles du spectre de l'autisme englobent les troubles précédemment appelés autisme infantile précoce, autisme infantile, autisme de Kanner, autisme de haut fonctionnement, autisme atypique, trouble envahissant du développement non spécifié, troubles désintégratifs de l'enfance et syndrome d'Asperger. Aujourd'hui, dans le DSM-5, l'autisme Asperger apparaît comme une forme légère du trouble du spectre autistique. (American Psychiatric Association, 2013)

#### a. Critère A, DSM-5

Les déficiences en matière de communication et d'interaction sociale spécifiées dans le critère A sont omniprésentes et durables. Les diagnostics sont plus valables et plus fiables lorsqu'ils sont basés sur plusieurs sources d'information, notamment les observations du clinicien, les antécédents du soignant et, si possible, l'auto-évaluation ainsi que le retour de l'entourage. Les déficits verbaux et non verbaux en matière de communication sociale se manifestent avec prudence et sont interprétés avec prudence, en fonction de l'âge, du niveau intellectuel et des capacités linguistiques de la personne, ainsi que d'autres facteurs tels que l'historique du traitement et le soutien actuel. De nombreux individus présentent des déficits de langage, allant de l'absence totale de parole à des retards de langage, une mauvaise compréhension de la parole, un discours en écho, ou un langage figé et trop littéral. Même lorsque les compétences langagières formelles sont intactes, l'utilisation de l'angoisse pour la communication sociale réciproque est altérée dans les troubles du spectre de l'autisme.

Les déficits de réciprocité socio-émotionnelle sont clairement évidents chez les jeunes enfants atteints de ce trouble, qui peuvent présenter peu ou pas d'initiation à l'interaction sociale et une absence, partielle ou totale, des émotions, ainsi qu'une imitation réduite ou absente du comportement des autres. Ils vont avoir des difficultés à identifier les émotions et les reconnaître chez eux mais également chez

autrui ce qui va renforcer cette inexpressivité. Le langage existant est souvent unilatéral, sans réciprocité sociale, et utilisé pour demander ou étiqueter plutôt que pour commenter, partager des sentiments ou converser.

Les déficits dans les comportements communicatifs non verbaux utilisés pour l'interaction sociale se manifestent par l'absence, la réduction ou l'utilisation atypique du contact visuel (par rapport aux normes culturelles), des gestes, des expressions faciales, de l'orientation du corps ou de l'intonation de la parole. Une des premières caractéristiques des troubles du spectre de l'autisme est la déficience de l'attention conjointe, qui se manifeste par le fait de ne pas montrer, montrer ou apporter des objets pour partager son intérêt avec les autres, ou de ne pas suivre le regard ou le pointage d'une personne. Les individus apprennent difficilement quelques gestes fonctionnels, mais leur répertoire est plus petit que celui des autres et ils échouent souvent à utiliser des gestes expressifs spontanément dans la communication. Chez les enfants qui parlent couramment, la difficulté à coordonner la communication non verbale avec la parole peut donner l'impression d'un "langage corporel" bizarre, boisé ou exagéré lors des interactions. La déficience peut être relativement subtile dans les modes individuels, mais elle se manifeste par une mauvaise intégration du contact visuel, du geste, de la posture corporelle, de la prosodie et de l'expression du visage pour la communication sociale.

Les déficiences dans le développement, l'entretien et la compréhension des relations doivent être jugées en fonction des normes d'âge, de sexe et de culture. Il peut y avoir un intérêt social absent, réduit ou atypique, qui se manifeste par le rejet des autres, la passivité ou des approches inappropriées qui semblent agressives ou perturbatrices. Ces difficultés sont particulièrement évitables chez les jeunes enfants, chez qui il y a souvent un manque de jeu social et d'imagination partagés et, plus tard, une insistance à jouer selon des règles très fixes. Les personnes plus âgées peuvent avoir du mal à comprendre quel comportement est considéré comme approprié dans une situation et pas dans une autre, ou les différentes façons dont le langage peut être utilisé pour communiquer. Il peut y avoir une préférence apparente pour les activités solitaires ou pour les échanges avec des personnes plus jeunes ou plus âgées. Il y a souvent un désir d'établir des amitiés sans avoir une idée complète ou réaliste de ce que l'amitié implique. Les relations avec les frères et sœurs, les collègues de travail et les aidants sont également importantes à prendre en considération (en termes de réciprocité).

#### b. Critère B, DSM-5

Les troubles du spectre de l'autisme sont également définis par des modèles de comportement, d'intérêts ou d'activités restreints et répétitifs (comme spécifié dans le critère B), qui présentent une série de manifestations selon l'âge et les capacités, l'intervention et les soutiens actuels. Les comportements stéréotypés ou répétitifs comprennent des stéréotypes moteurs simples (battements de mains, claquements de doigts), l'utilisation répétitive d'objets (pièces de monnaie, jouets alignés) et le discours répétitif (écholalie, reproduction retardée ou immédiate de mots entendus ; utilisation du "vous" en référence à soi-même ; utilisation stéréotypée de mots, de phrases ou de modèles prosodiques). L'adhésion excessive à des routines et à des schémas de comportement restreints peut se manifester par une résistance au changement (détresse face à des changements apparemment mineurs, tels que l'emballage d'un aliment préféré, l'insistance sur le respect des règles ou la modification de l'emploi du temps initialement prévu ; rigidité de la pensée) ou par des schémas ritualisés de comportement verbal ou non verbal (interrogatoire répétitif, délimitation d'un périmètre). Les intérêts très restreints et figés des personnes atteintes de troubles du spectre de l'autisme ont tendance à être anormaux en intensité ou en focalisation (un enfant en bas âge fortement attaché à une casserole ; un enfant préoccupé par les aspirateurs ; un adulte passant des heures à établir des horaires ou portant un fort intérêt pour les trains). Certaines fascinations et routines sont liées à l'hyperactivité ou à l'hypo réactivité des sens, qui se manifestent par des réactions extrêmes à des sons ou des textures spécifiques, une odeur ou un toucher excessif des objets, une fascination pour les lumières ou les objets qui tournent, et parfois une indifférence apparente à la douleur, à la chaleur ou au froid. Les réactions extrêmes ou les rituels impliquant le goût, l'odeur, la texture ou l'apparence des aliments ou des restrictions alimentaires excessives sont courants et peuvent être une caractéristique du trouble du spectre autistique. Les intérêts particuliers peuvent être une source de plaisir et de motivation et offrir des possibilités d'éducation et d'emploi plus tard dans la vie. Les critères diagnostiques peuvent être remplis lorsque des comportements, des intérêts ou des activités restreints et répétitifs étaient clairement présents pendant l'enfance ou à un moment donné dans le passé, même si les symptômes ne sont pas présents de façon persistante.

## C. Vie quotidienne d'un enfant autiste

### 1. Communication et langage

Chez un enfant non autiste, la compréhension et l'acquisition des mots et de leur sens se développe grâce à un phénomène d'imitation de l'adulte. En revanche ce processus ne s'effectue pas de la même façon chez les enfants autistes, ce qui explique ces troubles de la communication et du langage. (Eméry & Association "Un pas vers la vie", Autisme, ce sont les familles qui en parlent le mieux , 2016).

En effet, comme évoqué dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), les déficits de la communication font partie des critères de l'autisme. Pour l'enfant autiste la communication n'a pas beaucoup de sens, il doit donc découvrir et prendre conscience de son utilité dans la vie quotidienne (Mineau, et al., 2020).

On distingue 2 grandes catégories de troubles du langage :

- Absence totale de langage : autistes non verbaux

Cette absence totale de langage peut s'expliquer par différentes causes. La première est un dysfonctionnement de l'appareil oro-moteur. Elle peut également s'exprimer par une non-coordination de la bouche, la langue et les lèvres. Des méthodes alternatives vont donc être apprises à l'enfant pour qu'il puisse, malgré ces dysfonctionnements, communiquer (langue des signes, makaton, PECS)

- Présence d'un langage : autistes verbaux

Ici l'enfant est en capacité motrice de parler, cependant il va s'exprimer de façon atypique, de façon répétitive sans intonation. Certains enfants vont même s'exprimer uniquement sous la forme d'écholalie en répétant les phrases de leur interlocuteur.

Les parents de l'association décrivent leurs enfants comme des enfants qui « parlent mais ne discutent pas ». En effet ils expriment leurs souhaits et volontés par des gestes, des sons ou des cris mais n'entrent pas en relation avec autrui. (Eméry & Association "Un pas vers la vie", Autisme, ce sont les familles qui en parlent le mieux , 2016). En effet la communication leur sert à répondre à leurs besoins, à leurs désirs, et à leurs intérêts. Il n'y a donc aucun but social dans leur communication. (Mineau, et al., 2020)

Pour tout enfant autiste, la communication non-verbale tels que les mimiques, les émotions, les gestes et les expressions ne sont pas perçus. Le cerveau de l'enfant autiste analyse les stimulations l'une après l'autre, il aura donc besoin de plus de temps pour analyser toutes les informations parvenues à son cerveau. (Bernier, Gascon, & Vieillard, 2019). C'est pourquoi, une discussion n'est possible que lorsque l'interlocuteur en face adapte son discours à l'enfant autiste.

## 2. Comportements stéréotypés, intérêts restreints et jeux

Comme évoqué ci-dessus, les comportements stéréotypés, intérêts restreints et les jeux font partie du diagnostic selon le DSM-5 :

« B. Patterns de comportements, intérêts ou activités restreints et répétitifs, tels qu'ils se manifestent dans au moins deux exemples actuellement ou dans l'histoire de la personne. » (American Psychiatric Association, 2013)

Les enfants autistes jouent comme tous les autres enfants, cependant la nature des activités favorites et les manières de jouer différent. En effet les enfants, de manière générale vont jouer avec toutes sortes de choses et vont apprécier découvrir de nouveaux objets, ce qui n'est pas le cas chez les enfants autistes qui vont jouer avec ce qu'ils connaissent de façon répétitive (Bernier, Gascon, & Vieillard, 2019).

Ces comportements ne pourront pas être supprimés mais le but est de mieux les comprendre et de pouvoir les gérer au quotidien afin que l'enfant puisse s'adapter au mieux à son environnement. (Mineau, et al., 2020)

L'hypersensibilité et l'hyposensibilité évoqués dans le DSM-5 seront développés dans une partie ultérieure de ce mémoire.

## 3. Interactions sociales

Selon Edmond Marc et Dominique Picard (2002), l'interaction sociale se définit comme « une relation interprofessionnelle entre deux individus au moins par laquelle les comportements de ces individus sont soumis à une influence réciproque, chaque individu modifiant son comportement en fonction des réactions à l'autre ». On peut donc observer que le comportement d'autrui aura une influence sur notre comportement afin de rentrer en interaction.

Or, comme exposé précédemment, l'enfant autiste n'exprime pas grand intérêt pour autrui. En effet l'environnement dans lequel il évolue reste le même en raison de son hostilité aux changements. De plus il ne connaît pas les codes pour entrer en relation. Les intérêts et comportements restreints de l'enfant vont être également un frein lors de la « sociabilisation » avec les autres enfants. C'est pour ces différentes raisons que les déficits d'interaction sociale font également parties des critères de l'autisme.

En effet les enfants autistes sont plus orientés vers les formes, les couleurs, les mouvements et les sons de certains objets que vers les personnes et les relations sociales. Les enfants autistes, au cours de leur développement vont avoir besoin d'aide pour « décrypter » leur environnement social et ainsi pouvoir interagir avec celui-ci. La socialisation des enfants autistes est donc difficile à initier et elle se caractérise par de nombreuses difficultés : initier un contact, répondre aux différentes sollicitations des pairs, à jouer avec et en interaction avec autrui, interagir avec l'adulte. (Mineau, et al., 2020)

Ces différentes composantes altérées dans la vie quotidienne d'un enfant autiste font partie intégrante de la pyramide des apprentissages de Williams & Shellenberger (1996) (Annexe 1). Le socle de cette pyramide est constitué des systèmes sensoriels.

## D. Troubles sensoriels

Les systèmes sensoriels sont le socle de cette pyramide des apprentissages. En effet les cinq sens visibles : l'odorat, le goût, l'audition, la vue et le toucher ainsi que deux sens du système sensoriel interne : stimulation vestibulaire et la proprioception sont les fondations afin de permettre l'apprentissage chez les enfants.

Quatre étapes sont essentielles lors du traitement des sensations : (Bastier, 2019)

- La sensation (entrée)
- La perception (organisation)
- L'intégration sensorielle (sortie)
- La modulation sensorielle

Chez les enfants autistes ces systèmes sensoriels sont altérés. En effet les personnes autistes sont en incapacité de « différencier l'information venant du premier plan de celle de l'arrière-plan. ». Les enfants autistes vont percevoir une grande quantité de stimuli mais le filtrage va être altéré, ils ne peuvent pas sélectionner les informations et les traiter correctement. Ces différentes altérations entraînent une surcharge d'informations qui vont devenir envahissantes pour l'enfant. (Martin, 2018)

Deux principaux profils de traitement sensoriel se distinguent : (Bastier, 2019)

- L'hypersensibilité se caractérisant par une « sensibilité extrême d'un ou plusieurs sens ou système sensoriel ; une surcharge de stimuli que le cerveau ne peut filtrer. »
- L'hyposensibilité se caractérisant par une « sensibilité excessivement réduite ; une recherche active de sensations intensifiées due à l'absence ou à l'hypo réactivité face aux stimuli. »

Ces deux profils peuvent être présents simultanément. En effet un enfant peut être particulièrement sensible aux odeurs et pour autant ne pas ressentir le goût des aliments.

Ces difficultés peuvent entraîner des troubles du comportements importants notamment chez les enfants non verbaux et sans moyens de communication alternatifs afin d'exprimer leurs difficultés sensorielles. (Labbé, 2017). Ces comportements peuvent être des « stéréotypies motrices et des autostimulations », des balancements corporels, des cris, des agitations et autres stimulations. Lors d'hypersensibilité ces comportements vont être des comportements de défense et soulageraient les enfants car, en s'auto-stimulant, les enfants vont avoir le contrôle sur ces stimulations. Lors d'hyposensibilité, en revanche,

ces comportements vont permettre des stimulations plus accentuées. Un enfant autiste hypo sensible va être attiré par des objets brillants, des bruits forts, les aliments avec un goût prononcé, etc. (Bastier, 2019)

Si les systèmes sensoriels ne sont pas efficaces, les apprentissages chez l'enfant seront altérés ou inexistantes. Le développement sensori-moteur, le développement perceptivo-moteur ainsi que la cognition et l'intelligence seraient donc, d'après la pyramide des apprentissages exposées précédemment, impactés. (Williams & Schellenberger, 1996)

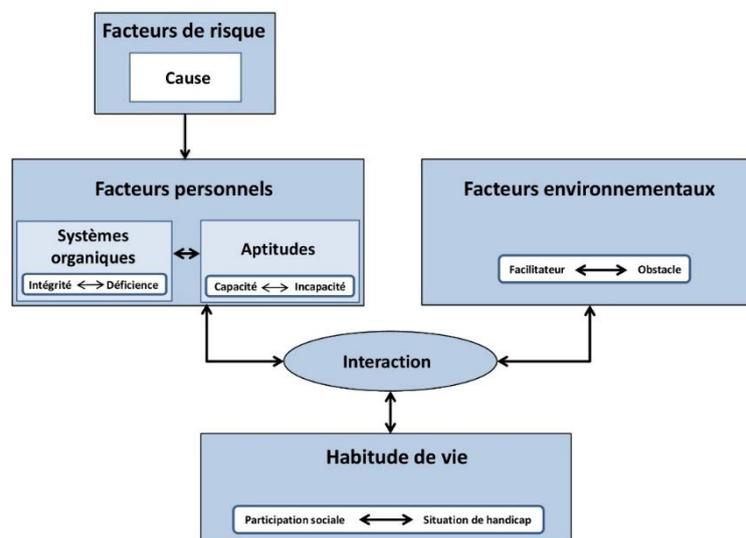
Les comportements qui découlent de cette hypersensibilité et/ou hyposensibilité peuvent donc « provoquer des comportements d'opposition, des attitudes inadaptées socialement et des troubles de la communication ; réduire l'attention lors des apprentissages et lors des activités en général. » (Bastier, 2019). En effet si l'enfant lutte contre ses troubles sensoriels au quotidien, ce dernier sera constamment en train d'essayer de s'autoréguler et ne sera donc pas entièrement disponible pour les apprentissages.

## II. La participation sociale en ergothérapie

### A. Situation de handicap et participation sociale

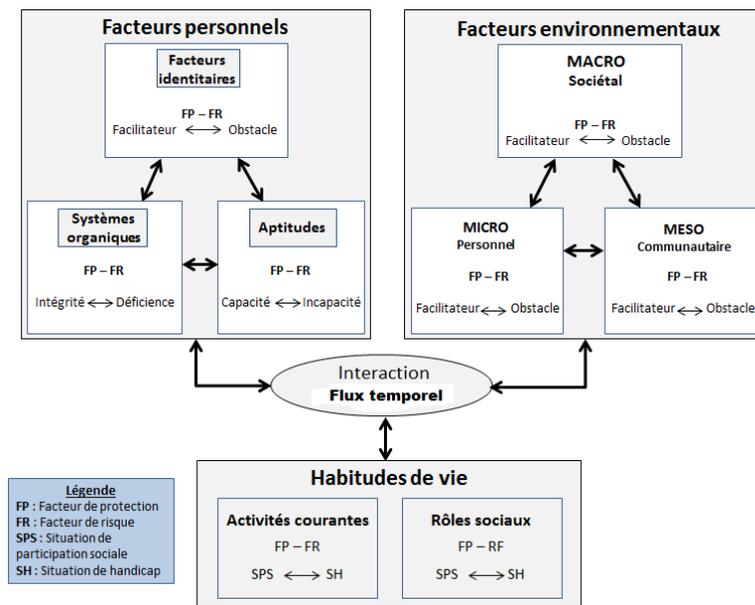
Au fil du temps les termes d'infirmités, d'invalides, d'inadaptés ont laissé place au terme handicap et personnes handicapées. La notion de « situation de handicap » voit le jour en 1998 dans le Modèle de Développement Humain et le Processus de Production du Handicap (MDH-PPH). Elle correspond à la réduction des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et obstacles). » Dans ce modèle une définition de la participation sociale est également proposée : « Une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et obstacles) (Fougeyrollas, La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap, 2010).

Dans le modèle les deux domaines font partie des habitudes de vie. Sa qualité se mesure sur une échelle « allant de la pleine participation sociale à la situation de handicap total. » (Fougeyrollas, Le processus de production du handicap (1998), 2017). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence.



*Le Modèle de Développement Humain et le Processus de Production du Handicap (MDH-PPH)  
(1998)*

Dans la version 2 du MDH-PPH de 2010, Fougeyrollas introduit les facteurs identitaires qui représentent les marqueurs identitaires sociaux. Ces facteurs identitaires englobent : les objectifs de vie, les croyances, les valeurs, les compétences, et d'autres éléments qui permettent d'unir plusieurs personnes dans un groupe. La qualité d'un facteur identitaire s'effectue à l'aide d'une échelle allant du facilitateur optimal à l'obstacle complet en fonction de l'impact sur la qualité de participation sociale. De plus il divise les facteurs environnementaux en 3 catégories : micro-environnement (milieu de vie immédiat de l'individu), méso-environnement (communautaire) et le macro-environnement (sociétal). (Morel-Brack, 2017)



*Le Modèle de Développement Humain et le Processus de Production du Handicap (MDH-PPH 2)  
(2010)*

## B. Diagnostic ergothérapeutique

Le diagnostic est, depuis l'arrêté du 5 juillet 2010, indispensable et obligatoire dans l'exercice de l'ergothérapie en France. En effet, dans l'annexe I de ce texte est précisé que l'ergothérapeute pose un diagnostic ergothérapeutique. On observe donc des groupes de travail se mettre en place pour travailler autour de cette notion de diagnostic notamment lors de l'écriture de l'ouvrage « Guide du diagnostic en ergothérapie » en 2014 par le Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français (SIFEF) et l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).

Dans ce dernier, ils définissent le diagnostic en ergothérapie comme :

Eléments retenus	Référence aux auteurs
Le diagnostic ergothérapeutique est à la fois un processus et un énoncé. Le raisonnement diagnostique est une composante du raisonnement professionnel qui aboutit à la formulation d'un énoncé diagnostique.	Rogers et Holm (1991), Rogers (2004) ; Brousseau (2015)
Il définit et résume les problèmes présents ou potentiels relatifs à l'état occupationnel de la personne/du groupe qui justifient l'intervention de l'ergothérapeute.	Inspiré de Rogers et Holm (1991), Rogers (1983, 2004), Mignet (2015) et de Brousseau (2015)
Le diagnostic ergothérapeutique identifie les facteurs internes et externes explicatifs de cet état occupationnel et met en évidence les ressources sur lesquelles la thérapie pourra s'appuyer.	Rogers (1983 ; 2004), Rogers et Holm (1991), Guillez (2007), Gedda et Guillez (2009), Sève-Ferrieu (2010), Brousseau (2015), Mignet (2015)

*Tableau III. Eléments retenus pour une définition du diagnostic ergothérapeutique. (Dubois, et al., 2017)*

Cette notion de diagnostic est intégrée dans le portfolio des étudiants d'ergothérapie. En effet ce diagnostic est appréhendé de plus en plus tôt, il est intégré dans la première compétence « Evaluer et élaborer un diagnostic ergothérapeutique » (Ministère chargé de la santé, 2014). Le diagnostic s'inscrit dans une démarche qui découle de la démarche d'évaluation et précède l'élaboration et la mise en place du plan d'intervention. (Centre Ressources Francilien Traumatisme Crânien, 2019). Le diagnostic est constitué de deux parties selon le MDH-PPH. La première partie est descriptive, elle rassemble les situations de handicap ainsi que les incapacités de la personne. La deuxième partie est explicative. Elle permet d'identifier les obstacles liés à l'identité personnelle et/ou à l'environnement. Elle expose également les ressources indispensables que détient la personne (Fougeyrollas, 2017).

Les éléments retenus font référence aux occupations, le diagnostic va définir les problèmes occupationnels de la personne en identifiant les activités dans lesquelles les personnes s'engagent afin de tisser leurs relations ainsi que leurs rôles sociaux. Le diagnostic est donc centré sur l'occupation. En effet il va être centré sur « sa participation et son engagement dans ses occupations, à ses performances et habiletés qui lui permettent ou non d'y prendre part, et la perception qu'elle en a » (Dubois, et al., 2017). « Le diagnostic ergothérapeutique est à la fois un processus et un produit. Le raisonnement diagnostique est une composante du raisonnement professionnel qui aboutit à la formulation d'un énoncé diagnostique en s'appuyant sur un jugement professionnel. L'énoncé définit les problèmes présents ou potentiels relatifs à l'état occupationnel de la personne/du groupe de personnes qui justifient l'intervention de l'ergothérapeute. Il identifie les facteurs internes ou externes explicatifs et leurs interactions. Il met en évidence les ressources sur lesquelles l'intervention s'appuiera. Fruit d'une co-construction avec la personne concernée, il est élaboré en référence aux modèles conceptuels et approches théoriques professionnels. Il permet de définir les orientations et stratégies d'intervention de

l'ergothérapeute. Il contribue au dépistage et à l'élaboration diagnostique d'autres professionnels et dispositifs. » (Dubois, et al., 2017). En effet, le diagnostic peut faire émerger un déficit de participation sociale par exemple. Pour que cette participation fasse partie intégrante du plan d'intervention de l'ergothérapeute il faut que ce déficit ait un impact sur la vie quotidienne du patient.

### C. Développement de la participation sociale d'un enfant autiste par l'ergothérapeute

Le métier d'ergothérapeute n'a cessé d'évoluer depuis son apparition. L'ergothérapie est définie, aujourd'hui, comme prenant en compte « l'interaction personne-activité-environnement ». Law – ergothérapeute et une des auteurs du COPM (Canadian Occupational Performance Measure) -- décrit la participation sociale comme la finalité de l'intervention en ergothérapie. Elle évoque également que « la raison d'être » de l'ergothérapeute serait d'améliorer la participation sociale des personnes. (Law, 2002) (Traduction libre). En effet il est « l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. » (Ministère de la santé et des sports, 2010). Aujourd'hui « l'ergothérapie vise l'accès et la participation aux activités humaines dans l'environnement naturel de la personne ». (Charret, 2015). Charret vient également à se demander si la pratique ergothérapique n'a pas évolué du « lit au travail », du « lit à l'autonomie » pour finir sur du « lit à la participation ». (Charret, 2015). Ces idées démontrent bien l'évolution du métier d'ergothérapeute se dirigeant vers une intervention centrée sur la personne et sur sa vie quotidienne.

Comme évoqué précédemment, la qualité de la participation sociale est le résultat de l'interaction entre les caractéristiques de la personne et les caractéristiques de son contexte de vie. Elle dépend donc des choix de la personne et des possibilités offertes et valorisées par le contexte de vie et l'environnement. L'ergothérapeute doit permettre à un individu d'être « un sujet agissant et existant socialement » (Clavreul, 2015). En effet l'auteur révèle que l'accès aux différentes activités sociales permet de participer socialement. « Les ergothérapeutes ont la possibilité et le privilège de faciliter les occupations de toute personne, d'aller bien au-delà de la mission médicale qui consiste à préserver et faciliter la vie » (Poriel, 2016).

En effet selon Josiane Caron Santha (2017) l'ergothérapeute est indispensable car il vise à optimiser l'autonomie de l'individu dans le cadre de ses activités quotidiennes compte tenu de son contexte familial et social.

En effet, le rôle de l'ergothérapeute auprès des enfants ayant un TSA est important. Il permet entre autres d'évaluer les habiletés, les forces et les intérêts particuliers. Il permet également de palier aux difficultés liées aux activités de la vie quotidienne de l'enfant au sein de la collectivité, à la maison et à l'école.



### III. Influence du concept Snoezelen dans une prise en charge d'un enfant autiste

#### A. Le concept Snoezelen

Selon Ad Verheu (2017), l'un des pionniers de cette approche, le mot Snoezelen est d'origine hollandaise qui découle de la contraction de deux verbes :

- *Snuffelen*, qui signifie renifler, flairer, fureter que fouiner. Il introduit la dimension du contact de la personne avec son environnement : un contact physique et un contact plus profond, le vécu, le ressenti. C'est la dimension active de l'approche Snoezelen.
- *Doezelen*, qui veut dire somnoler, se relaxer, s'assoupir. C'est, cette fois ci, la dimension passive de l'approche.

En effet le terme Snoezelen s'articule autour de deux notions : la stimulation sensorielle et celle de la relaxation corporelle.

Selon Fernand Bruneau, consultant et formateur de l'approche Snoezelen au Québec, président de l'Association québécoise des intervenants en approche Snoezelen, « l'environnement Snoezelen est conçu pour être considéré en tant qu'espace organisé (non chaotique) dans lequel le bien-être est ressenti à partir de stimuli multisensoriels contrôlés (selon l'état et les goûts du participant pour éviter l'altération sensorielle par surcharge). L'espace et les stimuli sont aménagés en considérant les besoins et les capacités du (bénéficiaire) pour éviter de le placer en situation d'échec, d'incompréhension, de désorganisation ou de désorientation. (La personne soumise) à cet environnement doit s'y reconnaître en partie pour accorder une valeur qui, à son tour, la motivera à explorer et à ressentir. »

En effet le Snoezelen est « un espace aménagé, éclairé d'une lumière tamisée, bercé d'une musique douce, un espace dont le but est de recréer une ambiance agréable. C'est une méthode unique qui vise à établir les contacts indispensables au bien-être et à l'épanouissement des personnes mentalement handicapées » (Snoezelen France, s.d.). (Annexe 2)

Dans quelques établissements, malheureusement peu nombreux à ce jour, accueillant des enfants autistes, une salle est consacrée au Snoezelen. Le sol, les murs et le plafond sont souvent recouverts de différentes matières et textures afin de permettre l'exploration sensorielles des patients. L'entreprise Pétrarque commercialise les différents éléments consacrés à l'approche Snoezelen. Ces différents outils sont organisés de la manière suivante sous 8 catégories. Je me focaliserai cependant sur les 6 premières car elles sont plus en lien avec la thématique abordée tout au long de ce mémoire :

1. Se coucher : consacré aux différents lits et matelas (lits à eaux, sécurisés, etc)
2. S'asseoir : consacré aux différentes assises (sièges-poires, fauteuils et canapés, fauteuils à eau)
3. Aires de jeu, salle d'apaisement et aménagement : présente les différents éléments décoratifs (piscine à balles, soft play, jeux de construction, tables et armoires)
4. Snoezelen : présente différentes propositions d'aménagements de salle Snoezelen (pack Snoezelen, chariot et valise Snoezelen, colonne à eau, projections, éléments de son et de lumière)
5. Jeu et développement : éléments de jeux (tables et arcs de jeux, plaques d'activités, panneaux muraux, jouets et peluches)
6. Musique : instruments de musiques en extérieur et intérieur

## B. Principes d'un accompagnement ergothérapeutique en Snoezelen

Kayser (2011) définit l'ergothérapeute, lors d'un accompagnement auprès d'enfants, comme « un observateur qui va l'aider à être acteur de sa propre expérience, en facilitant la découverte de ses sens, favorisant l'expression de ses émotions et permettant l'action sur le matériel proposé ».

Yahiaoui décrit 3 grands axes principaux de l'accompagnement en Snoezelen (2018) :

- L'axe de détente et de bien-être ;
- L'axe relationnel ;
- L'axe sensoriel.

Elle décrit également les objectifs ergothérapeutiques du concept :

- Stimuler l'exploration et les expériences sensorielles ;
- Contribuer à un état de détente, de bien-être et de confiance ;
- Développer une prise de conscience du corps dans l'environnement ;
- Favoriser la communication non verbale ;
- Eveiller la relation à l'autre ;
- Gérer les hyper et hypo réactivités sensorielles et émotionnelles ;
- Atténuer les comportements envahissants ;
- Découvrir de nouveaux centres d'intérêts ;
- Potentialiser les capacités motrices et cognitives.

En revanche Hulsegge et Verheul (2004) ne considèrent pas le concept Snoezelen comme « une méthode rééducative et/ou thérapeutique » mais comme une expérience qui se vit, comme une démarche

d'accompagnement à la personne. L'ergothérapeute, comme présenté ci-dessus, accompagne l'enfant autiste à travers ce concept en fixant des objectifs s'inscrivant dans une démarche thérapeutique.

En effet des objectifs assez larges seront définis en amont afin de pouvoir cibler certains en fonction de l'enfant. Ces objectifs sont, bien entendu, à réajuster et réévaluer en fonction de la personne que l'ergothérapeute accompagne lors des séances Snoezelen. De plus il va instaurer une relation thérapeutique de confiance afin de permettre à l'enfant autiste de se sentir en sécurité et qu'il soit disponible durant les séances. En effet selon Maslow (1954), le besoin de sécurité est en 2<sup>ème</sup> place dans la pyramide des besoins (Annexe 3). Ce besoin est complexe, une partie est objective notamment concernant notre sécurité et celle de notre famille et une partie subjective avec les peurs, les craintes, les phobies. L'ergothérapeute va donc identifier les besoins et les envies de l'enfant pour, ensuite, adapter son accompagnement.

Yahiaoui (2018) décrit très bien le rôle de l'ergothérapeute. Elle le définit comme un « facilitateur de la communication, en adaptant les interactions entre lui, l'enfant et les objets sensoriels à disposition ». Lors des séances l'ergothérapeute va être attentif aux différents intérêts que peut porter l'enfant aux objets de la salle afin de les transférer en séance des autres professionnels, dans la vie quotidienne ainsi que dans l'aménagement des lieux de vie de l'enfant. En effet, la transmission d'informations est primordiale afin de réaliser un accompagnement et un projet de soins cohérent. Afin de réaliser un transfert des acquis dans la vie quotidienne il faut, évidemment, retravailler en séance ce qui a été mobilisé et acquis en salle Snoezelen.

## C. Déroulement d'une séance

Ici, un exemple de déroulement de séance va être présenté, elle n'est pas la seule séance que l'on peut réaliser avec le concept Snoezelen.

Le tableau ci-dessous réalisé par Pascal Martin va présenter un modèle de protocole existant de l'approche Snoezelen (2018). Ce psychologue-psychothérapeute pratique depuis une vingtaine d'années l'approche Snoezelen auprès d'un public de tout âge avec une déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés, y compris les personnes atteintes d'un TSA. Pascal Martin est également formateur Snoezelen certifié CNEFOP (Conseil National de l'Emploi, de la Formation et de l'Orientation Professionnelles) dans les secteurs médico-social et sanitaire :

Principe 1	La personne est accompagnée du lieu de son activité à la salle Snoezelen (de même pour le retour) par l'un des accompagnateurs Snoezelen. La personne peut passer par les sanitaires pour des raisons d'hygiène et de bien-être (toilette, change, lavage de mains). Les séances sont individuelles ou en petits groupes. L'accompagnateur peut être assisté par un collègue ne fonction des manipulations à réaliser auprès de la personne (la soulever, mettre un corset ou une attelle, ...).
Principe 2	Une signalétique est placée sur la porte d'entrée à l'extérieur afin d'indiquer qu'une séance est en cours et qu'il faut, par conséquent, respecter le silence en traversant le couloir devant la salle Snoezelen, et ne pas pénétrer dans la salle durant la séance. L'accompagnateur prévoit un temps de préparation de la salle avant la séance : par exemple, le matériel, le chauffage ou la climatisation (5 à 10 minutes environ).
Principe 3	Pour éviter les intrusions intempestives, il paraît utile que la porte soit fermée et que chacun respecte le planning d'occupation de la salle.
Principe 4	Chaque séance se déroule en respectant le rythme, les choix, les envies et les possibilités de la personne accompagnée. L'accompagnateur sollicite et guide dans les explorations sensorielles, sans forcer à exécuter une action à tout prix. Il s'aide du contenu du projet Snoezelen individualisé. Il prend soin de sélectionner le matériel qui convient au bénéficiaire pour l'animation de la séance. L'environnement se prépare en fonction du ou des participant(s).
Principe 5	L'accompagnateur informe le(s) participant(s) de la fin de la séance quelques instants avant, en mettant en place des repères symboliques : <ul style="list-style-type: none"><li>- Baisser progressivement le volume sonore ;</li><li>- Eteindre progressivement les lumières ;</li><li>- Faire apparaître la lumière du jour ou une lumière douce ;</li><li>- Ranger le matériel avec la participation ou non de la personne.</li></ul>

Principe 6	Puis, un échange avec la personne est engagé en fin de séance pour tenter de faire émerger les impressions et le vécu émotionnel. L'accompagnateur remobilise la pensée de la personne sur les activités à venir. Un verre d'eau est proposé pour l'hydrater avant son départ. Une horloge est installée dans la salle pour respecter le temps des séances qui peuvent durer de 20 à 45 minutes. Les séances peuvent être plus courtes ou plus longues en fonction du ou des participant(s).
Principe 7	Après chaque utilisation de la salle, les accompagnateurs nettoient les espaces et les objets utilisés (lingettes et spray dans une armoire). Le matériel exploité est rangé et la salle est aérée. Un nettoyage approfondi est aussi réalisé de façon régulière. Tout le matériel dont dispose cet espace est réservé exclusivement aux activités sensorielles et de confort, et assure la sécurité requise dans ce lieu.
Principe 8	Chaque accompagnateur prévoit un temps après les séances (5 à 10 minutes environ) pour la prise de notes personnelles des observations qui serviront pour le compte rendu de synthèse, dans le cadre de projet individualisé.
Principe 9	En cas de mauvais fonctionnement des appareils, un carnet d'entretien est à disposition afin d'informer par écrit la personne du service compétent. Il est impératif que les réparations soient effectuées dans les meilleurs délais pour la bonne évolution de la prise en charge et pour des raisons d'hygiène et de sécurité.
Principe 10	Le fonctionnement de la salle sensorielle Snoezelen est régi par un planning d'occupation qui est actualisé et affiché à l'entrée. Chaque année, un inventaire est prévu pour actualiser le matériel en prévoir le renouvellement et les achats. Un budget de fonctionnement est aussi demandé.
Principe 11	La clé de la salle est à disposition à l'accueil pour les accompagnateurs Snoezelen. Un double est disponible au secrétariat.
Principe 12	Un référent sur chaque structure est nommé chaque année. Il est garant du fonctionnement global de la salle sensorielle Snoezelen. Il prévoit une à deux réunions de fonctionnement dans le calendrier annuel pour l'ensemble des accompagnateurs. Il semble important que ce référent soit considéré comme un leader dans le domaine et qu'il agisse de manière à permettre la pérennité du projet.
Principe 13	Il est souhaitable d'organiser des réunions d'échanges et d'analyse des pratiques dans le courant de l'année. Les accompagnateurs peuvent ainsi réguler leur pratique avec efficience.

Cette séance type établit par un psychologue-psychothérapeute peut être effectuée également par un ergothérapeute. En effet le déroulement de la séance doit s'adapter aux besoins, aux envies et à l'état physique et psychique de l'enfant. On peut décomposer une séance selon trois temps (Yahiaoui, 2018) :

- Le premier temps est un temps « d'installation ». Lors de celui-ci l'enfant va prendre le temps de s'acclimater avec l'environnement, la lumière va progressivement s'éteindre et les différents appareils de la salle, eux, vont progressivement s'allumer. Ce temps-là est considéré comme un rituel de début de séance qui va permettre à l'enfant de reprendre ses repères et s'installer en douceur.
- Le deuxième temps et le temps de « stimulation sensorielle ». Durant celui-ci l'enfant va rentrer en contact avec l'environnement Snoezelen. Il peut interagir de façon active en manipulant les objets et en échangeant avec l'accompagnateur ou passive en profitant de ce temps pour se relaxer, se détendre et observer ce qui l'entoure.
- Le troisième et dernier temps est un temps dit « de réveil ». Ce dernier temps est également considéré comme un rituel qui permet à l'enfant d'émerger progressivement. Durant celui-ci les appareils seront éteints progressivement et les objets seront rangés.

Les repères et les rituels durant les séances sont indispensables pour l'enfant autistes. En effet ces derniers vont lui permettre d'être rassuré et d'aller explorer des objets et du matériel inconnu. Il est donc pertinent de consacrer des temps dédiés au Snoezelen dans son emploi du temps pour lui permettre de se repérer dans le temps et dans ses différents temps d'activité et de prise en charge.

#### D. Effets de l'approche sur un enfant autiste

Le concept Snoezelen a de réels effets auprès des enfants autistes. En effet, chaque enfant est différent, les bénéfices vont donc varier en fonction de plusieurs paramètres. Cependant de nombreuses études ont montré certains effets que l'on retrouve en grande partie chez ces enfants. Pascal Martin (Etat de la recherche clinique sur l'approche Snoezelen utilisée en milieu résidentiel spécialisé, 2015) a retranscrit 36 résultats d'études concernant l'approche Snoezelen en milieu résidentiel spécialisé. Dans ce tableau, trois études ont été réalisées auprès de patients ayant des troubles du spectre de l'autisme :

- Durant des observations pendant et après les séances des participants, les auteurs ont relevé un effet positif du Snoezelen sur les états affectifs, les relations interpersonnelles, le plaisir et la relaxation chez tous les participants. Les effets positifs sont, cependant, de courtes durées pour certains participants. (Hutchinson & Kewin, 1994)
- Toujours durant des observations de participants, une réduction sensible de comportements inadaptés a été remarquée. Les effets ont été immédiats, 5 minutes après les séances Snoezelen. En revanche les effets n'étaient pas constants. (Fagny, 2000)
- La dernière étude se base aussi sur des observations cliniques mais en réalisant une double cotation en parallèle. Lors de celle-ci une atténuation des troubles du comportement autistiques lors des séances ainsi qu'un effet relaxant ont été relevés. De plus il y a un effet positif sur l'éveil

sensoriel pendant les séances. En revanche, après les séances, ces effets ne sont observables. (Martin, 2003a) (Martin, 2003b)

En effet, les effets observables pendant et juste après la séance sont « un apaisement et une augmentation de la disponibilité, une plus grande ouverture aux nouveautés sensorielles, la découverte de sensations peu ou pas exploitées, la diminution des autostimulations et stéréotypies et une augmentation de l'expression émotionnelle ». (Fagny, 2000)

Yahiaoui (2018) nous apporte également ses observations qu'elle a pu constater lors d'une prise en charge Snoezelen avec un enfant autiste. L'auteur met l'accent sur le fait qu'une diminution des troubles du comportements ainsi qu'une meilleure gestion de ses émotions et une meilleure interaction avec son environnement sont notables. En revanche, pour conserver les effets que l'on peut observer lors de ses séances, il faut que l'équipe pluridisciplinaire ainsi que l'entourage retravaillent tous les éléments acquis lors des séances. La communication et les transmissions entre les différents acteurs est donc primordiale pour réaliser un transfert des acquis au quotidien. En effet la mère de cet enfant a décidé d'aménager en endroit dans la chambre de son fils avec différents objets que l'on peut retrouver dans une salle Snoezelen. A la suite de cet aménagement elle remarque une diminution des troubles du comportements au domicile, relate que son fils accepte plus facilement le contact et qu'il arrive à se calmer plus facilement lorsqu'il se trouve dans cet espace sensoriel après une « crise ». Après plusieurs mois elle a pu observer « une meilleure interaction avec l'environnement (plus observateur et plus curieux), une meilleure interaction avec les autres (il accepte plus facilement le contact physique et la proximité) et une plus grande autonomie (particulièrement les choix). » Ainsi le Snoezelen « peut permettre à l'enfant de favoriser ses liens avec l'environnement et un meilleur contrôle de ses émotions. Par un transfert des acquis de l'enfant dans les différentes activités de sa vie quotidienne, les bienfaits d'un espace Snoezelen aident l'entourage à mieux appréhender les difficultés liées aux particularités sensorielles du jeune. »

## Cadre expérimental

L'enquête est conçue comme une « investigation motivée par le besoin de vérifier une hypothèse ou de découvrir une solution à un problème, et consistant à recenser et à interpréter aussi méthodiquement que possible un ensemble de témoignages susceptibles de répondre à l'objectif visé. » (Galisson & Coste, 1976). Ghiglione et Matalon (2004) la définissaient comme « une interrogation particulière portée sur une situation comprenant des individus et ce, dans un but de généralisation ». Cette interrogation est à but de vérification d'une hypothèse en exploitant les éléments collectés. Pour rappel cette dernière est : « **l'ergothérapeute favorise l'auto-régulation des troubles sensoriels d'un enfant autiste durant les séances Snoezelen** ».

### I. Objectifs

La réalisation de mon enquête me permettrait de répondre à ma problématique et d'affirmer ou de réfuter mon hypothèse. J'ai donc déterminé plusieurs objectifs d'enquête. Dans un premier temps j'aimerais réaliser des entretiens avec des **ergothérapeutes**. Ces différents entretiens me permettraient de :

1. Comprendre les modes d'actions de l'ergothérapeute pour favoriser la participation sociale d'un enfant autiste.

*Critère d'évaluation* : Obtenir une liste exhaustive des différents modes d'actions de l'ergothérapeute.

2. Déterminer les différents objectifs de prise en charge des ergothérapeutes à travers le concept Snoezelen, auprès des enfants autistes.

*Critère d'évaluation* : Obtenir une liste exhaustive d'objectifs de prise en charge du concept Snoezelen auprès de cette population.

Dans un second temps j'effectuerais des entretiens auprès de personnels soignants. En effet concernant le **personnel de la structure** qui accompagne l'enfant TSA au quotidien, les objectifs seraient différents. A travers ces entretiens j'aimerais :

1. Comprendre l'influence des séances Snoezelen sur le quotidien des enfants autistes au sein de la structure.

Critère d'évaluation : Obtenir une comparaison du comportement des enfants autistes participant à des séances Snoezelen ainsi qu'un champ lexical positif sur l'analyse du comportement des enfants après les séances Snoezelen.

Les critères d'évaluation seront exclusivement qualitatifs. En effet lors de ces entretiens je souhaite obtenir une description des expériences et des effets de cet accompagnement. Obtenir des données chiffrées ne me semble pas pertinent pour répondre à mes objectifs. Une liste exhaustive des modes d'actions de l'ergothérapeute ainsi que les objectifs recherchés lors de l'utilisation du concept Snoezelen va découler des entretiens avec les ergothérapeutes.

Lors des entretiens avec le personnel soignant présent au quotidien les critères d'évaluation seront basés sur une analyse de la situation en fonction des observations réalisées par le personnel. En effet l'évaluation de la participation sociale d'un enfant peut être réalisée par simple observation du personnel soignant mais aussi à l'aide d'outils. Pour prendre connaissance des outils utilisés dans la structure, je pourrais orienter mon entretien vers cette thématique.

## II. Population

### A. Ergothérapeutes

J'aimerais, d'une part, cibler les ergothérapeutes Diplômés d'Etat qui exercent depuis au moins 1 an auprès d'enfants autistes. Cette durée minimum d'exercice permettra d'avoir une certaine analyse, une certaine expérience lors de prises en charge de ces patients ainsi qu'un recul sur leurs pratiques professionnelles auprès de cette population. Ces ergothérapeutes devront également utiliser le concept Snoezelen avec les enfants autistes qu'ils accompagnent et devront donc y avoir été formés préalablement.

J'ai donc contacté plusieurs ergothérapeutes qui ont pu rédiger des articles concernant l'utilisation de l'approche Snoezelen avec ma population cible. J'ai également contacté Snoezelen France, afin d'optimiser mes chances de réponses. Un mail a été envoyé à l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes dans l'espoir d'obtenir de nombreux contacts de professionnels exerçant auprès de ma population cible. Contacter de nombreuses structures accueillant des enfants autistes me semble indispensable afin d'élargir le nombre de répondants.

#### Critères d'inclusion :

- Ergothérapeute diplômé d'Etat
- Exerçant depuis au moins 1 an auprès d'enfants autistes

- Prise en charge d'enfants TSA
- Formation et utilisation du concept Snoezelen

## B. Personnels soignants

D'autres part, je m'intéresse aux personnels soignants en contact quotidien avec l'enfant. En effet les infirmières, les aides-soignantes et les éducateurs spécialisés seraient les plus aptes à définir et observer les conséquences du concept Snoezelen dans le quotidien de l'enfant. Je pense que l'équipe de rééducation n'aurait pas assez de contact permanent pour observer les bénéfices dans les activités de vie quotidienne.

Les structures contactées dans le but d'obtenir des contacts d'ergothérapeutes m'amèneront, je l'espère, à obtenir des contacts de professionnels rentrant dans les critères évoqués ci-dessus.

### Critères d'inclusion :

- Personnels soignants
- Travaillant dans une structure où des prises en charge ergothérapique, à travers, le concept Snoezelen, sont réalisées
- Travaillant avec l'enfants depuis au moins 1 an
- Accompagnant l'enfant dans les tâches de la vie quotidienne (repas, loisirs)

### III. Outil d'investigation

Comme évoquer précédemment, j'aimerais réaliser des entretiens semi-directifs. En effet l'entretien est une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations. L'entretien se déroule donc autour d'un thème proposé par le chercheur (Gubrium & Holstein, 2002). Les résultats visés sont qualitatifs. En effet le recueil d'informations effectués par les entretiens ne me permettra pas de dégager des données chiffrées mais d'obtenir des réponses développées et détaillées en s'appuyant sur des exemples concrets. L'entretien permet, principalement, d'approfondir la compréhension d'un thème à travers le discours d'une personne. S'assurer de la bonne compréhension de la démarche de recherche est primordiale afin d'obtenir des informations de qualité et de permettre à la personne d'ajouter des éléments, de modifier ou de retirer ses propos (Tétreault & Guillez, 2014).

Selon Seidman (2006), l'entretien peut se diviser en 3 phases. La première doit surtout être de nature narrative, en effet la population interrogée pourra décrire librement ses expériences autour de la thématique. Lors de la deuxième phase les individus pourront fournir des détails et préciser leurs idées afin d'effectuer leurs retours d'expériences dans une troisième phase. En effet, dans un premier temps, des informations seront demandés aux différents professionnels sur leurs diplômes ainsi que leurs parcours professionnels. Cette première partie serait commune aux deux populations (ergothérapeutes et autres professionnels). Pour la deuxième partie des entretiens avec les ergothérapeutes il s'agirait d'une description et d'une analyse des pratiques auprès des enfants autistes. Pour les autres professionnels cette deuxième partie sera consacrée à la description et l'analyse des comportements des enfants autistes après avoir participé à des séances Snoezelen.

Effectivement, les entretiens réalisés permettraient d'obtenir des informations concernant des pratiques ainsi que les méthodes et moyens utilisés par les ergothérapeutes et de recueillir, auprès du personnel soignant présent au quotidien avec l'enfant, des informations concernant les effets de cette pratique.

Pour réaliser des entretiens la conception d'un guide d'entretien est indispensable. Ce dernier sera confectionné autour de questions préalables. Dans un premier temps des questions générales seront posées (âges, date d'obtention du diplôme, parcours professionnel). Ensuite l'autisme sera évoqué et l'entretien se terminera sur des questions autour de la participation sociale et du concept Snoezelen. (Annexe 4)

J'aimerais tester mes 2 guides d'entretiens auprès de ma maitre de mémoire ainsi que des étudiants en ergothérapie et en école d'infirmière afin de m'assurer de la bonne compréhension et la cohérence des questions par la population cible.

Malheureusement, les conditions sanitaires actuelles ne m'ont pas permis de réaliser mes entretiens auprès du personnel soignant qui est, actuellement, surmené. En effet les 4 professionnels qui avaient

accepté de répondre à mes questions ont dû annuler nos entretiens en vue de leurs surcharges de travail. J'ai donc effectué les 2 entretiens que j'avais initialement prévus auprès des ergothérapeutes. (Annexe 5)

## IV. Présentation des résultats de l'enquête et analyse

Pour rappel, la problématique autour de laquelle est articulé ce mémoire est la suivante : « **En quoi l'ergothérapeute, à travers le concept Snoezelen, a une influence sur la participation sociale d'un enfant atteint d'autisme ?** » De ce fait je pense que **l'ergothérapeute favorise l'auto-régulation des troubles sensoriels d'un enfant autiste durant les séances Snoezelen.**

Dans cette partie nous exposerons, dans un premier temps, les résultats bruts de mes 2 entretiens que nous présenterons sous formes de tableaux. Les éléments énoncés dans ces différents tableaux correspondent aux dires des deux ergothérapeutes interrogées, sans interprétation. A la suite de chaque tableau, une analyse plus détaillée, reprenant chaque question des entretiens, sera effectuée.

Cette présentation des résultats s'effectuera autour de plusieurs grands thèmes qui ont été utilisé lors de la construction du guide d'entretien. Dans un premier temps, nous présenterons les deux ergothérapeutes, puis nous évoquerons le thème de l'autisme et la participation sociale. Le concept Snoezelen sera évoqué ainsi que les conséquences de ce dernier sur le quotidien. Pour finir, l'utilisation du concept par les autres professionnels sera abordée :

**Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population**

	Ergothérapeute 1 (E1)	Ergothérapeute 2 (E2)
Ages	32 ans	41 ans
Dates d'obtention du diplôme	2009 (11 ans)	2001 (19 ans)
Depuis combien de temps ils travaillent	11 ans	18 ans
Parcours professionnel	Psychiatrie → Hôpital → IME/SESSAD/MAS + Libérale	Soins à domicile → Hôpital → EHPAD → IME

Les deux ergothérapeutes interrogées sont des femmes. E2 travaille depuis 18 ans contrairement à E1 qui travaille que depuis 11 ans. Ces 7 ans de différence d'exercice professionnel peuvent amener des diversités de pratique. En effet les deux parcours professionnels sont hétérogènes.

E1 a commencé son exercice dans un service de psychiatrie. Ensuite elle a exercé à l'hôpital puis dans une association où elle a été embauchée pour travailler dans l'IME, le SESSAD et la MAS de la fondation. Elle exerce également, en parallèle, son exercice dans un cabinet libéral.

E2 a débuté sa carrière dans un service de soins à domicile. Elle a ensuite exercé à l'hôpital puis dans un EHPAD. Elle exerce aujourd'hui dans un IME.

On constate que les deux ergothérapeutes ont exercé à l'hôpital mais également dans un service de soins à domicile. Effectivement ces similitudes d'exercices peuvent engendrer des concordances sur les accompagnements des patients dû à des façon de travailler, des connaissances et des techniques d'accompagnements acquis dans ces services.

**Tableau 2 : L'autisme et la participation sociale**

	E1	E2
Années de pratiques avec des enfants autistes	5 ans	11 ans
Particularités et caractéristiques du trouble	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportements restreints/répétitifs (stéréotypies)</li> <li>- Centres d'intérêts restreints</li> <li>- Défaut d'interaction</li> <li>- Troubles sensoriels (troubles alimentaires/troubles sensoriels au sens large)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stéréotypies</li> <li>- Déficit de la communication</li> <li>- Troubles du comportement</li> </ul>
Facteurs influençant la participation sociale des enfants TSA	Défaut d'interaction dû à la pathologie donc pas de facteurs influençant, non acquis : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Codes sociaux</li> <li>- Interactions passives</li> <li>- Expressions des émotions limitées</li> <li>- Non compréhension des sous-entendus et interprétations</li> </ul> « Manque de quelque chose plutôt qu'un facteur influençant »	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non communication avec les autres résidents, communication et relation sociale non spontanée</li> <li>- Pathologies des autres résidents</li> </ul>
Comment l'ergothérapeute favorise la participation sociale d'un enfant autiste	Développer l'autonomie de l'enfant à travers : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les repas (préhensions des couverts et des verres et découpage des aliments)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des codes de communication, de leurs activités préférées et les manières de renforcer des comportements positifs</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habillage et déshabillage en balnéothérapie</li> <li>- Travail des déplacements lors de senties extérieurs et des différents dangers potentiels</li> <li>- Atelier cuisine</li> <li>- Séances ordinateur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'objets pour représenter les différentes activités et interprétation de leur envie de participer à travers leur réaction face à ces objets</li> <li>- Accepter le refus</li> </ul>
--	--	--

E1 et E2 accompagnent des enfants autistes. E2 exercent auprès de cette population depuis 11 ans contrairement à E1 qui exerce que depuis 5 ans. Cette différence de durée de pratique auprès d'enfants autistes peut entraîner des prises en charge différentes et une connaissance plus approfondie de la population de la part de E2 notamment.

En revanche les deux ergothérapeutes sont en concordance lors de l'énonciation des particularités et caractéristiques de l'autisme qu'elles ont pu identifier. En effet E1 et E2 ont évoqué les « stéréotypies ». E1 aborde également les « défaut d'interaction » et E2 précise les « déficits de la communication ». E1 a également cité les centres d'intérêts restreints ainsi que les troubles sensoriels tels que les troubles alimentaires. E2 quant à elle, évoque les troubles du comportement qu'elle peut constater au sein de l'IME. En effet les enfants sont présents au sein de la structure pour ces troubles importants.

Lors de la question concernant les différents facteurs influençant la participation sociale des enfants autistes, les deux ergothérapeutes étaient en accord. Effectivement E1 et E2 ont affirmé qu'il n'y avait pas de facteurs influant la participation sociale mais que celle-ci était altérée à cause de la pathologie. En effet, E1 rappelle le défaut d'interaction des personnes autistes, elle évoque des « non acquis » notamment des codes sociaux, des interactions passives ainsi qu'une expression des émotions limitées et une non-compréhension des sous-entendus. E2 appuie l'hétérogénéité des pathologies au sein de la structure. En effet toutes les pathologie présentes dans l'IME présentent des troubles de la communication et des interactions, ce qui va engendrer ce déficit de participation sociale.

Pour palier a ce déficit de participation sociale, E1 et E2 ont évoqué les différentes solutions qu'elles mettent en place. En revanche les deux ergothérapeutes utilisent deux méthodes distinctes afin de développer la participation sociale des enfants autistes. En effet E1 développe l'autonomie de l'enfant afin de développer sa participation. Son autonomie va être sollicité et développé durant différentes activités de la vie quotidienne où l'ergothérapeute va être présente pour l'accompagner. E1 va être présente lors des repas afin d'être attentive lors de la préhension des couverts et du verre et lors du découpage. De plus, lors de séances en balnéothérapie, E1 est attentive à l'habillage et déshabillage de l'enfant. Lors de sorties extérieures individuelle ou en groupe, la réaction des enfants face à des dangers

potentiels va être étudiée tout comme leurs déplacements dans un environnement nouveau. Des séances informatiques sont également proposées aux enfants afin de les familiariser avec les nouvelles technologies qui sont, à ce jour, indispensable afin de s'intégrer dans la société. E2, quant à elle, identifie les moyens de communication des enfants lors des activités mises en place et lors des activités de vie quotidienne ainsi que des « comportements positifs » afin de les solliciter et de les renforcer. Pour chaque activité prévue, des objets représentatifs sont mis en place afin de permettre à l'enfant d'identifier plus facilement l'activité proposée. L'ergothérapeute va donc être attentive aux réactions de l'enfant face à ces différents objets afin d'interpréter les choses qu'ils apprécient ou, au contraire, qu'ils n'aiment pas. L'acceptation du refus est également primordiale pour E2, en effet l'enfant a le droit de ne pas aimer tel ou tel activité et l'expression de ce refus fait partie intégrante de la participation dans la société.

**Tableau 3 : Concept Snoezelen**

	E1	E2
Formations au Snoezelen ?	Formée dans un premier temps sur le terrain de façon informelle puis formation théorique	Intégrée dans la formation belge mais pas formation officielle. A assisté à une formation destinée aux accompagnants
Pratique du Snoezelen depuis combien de temps ?	5 ans	16 ans
Pourquoi Snoezelen auprès de cette population ?	Travailler tous les sens en même temps, côté relaxation	Environnement rassurant, identification de leurs ressentis, élaboration d'une forme de communication en verbalisant ce que je vois. Favoriser la prise d'initiative, instaurer une relation de confiance. Eviter les situations de frustrations et donc appréhender au mieux les troubles du comportement. « Déchiffrer les comportements sensoriels de nos résidents pour appliquer ça au quotidien ». Diminution des troubles du comportements peut favoriser la participation sociale
Objectifs de Snoezelen auprès d'enfants TSA	Adaptés selon les différentes séances. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfants agités : relaxation</li> <li>- Enfants qui a beaucoup pleuré : travailler les émotions</li> </ul> Découverte sensorielle	Réinstaurer une relation Retrouver des moments où la personne se sent bien Chaque sentiment et chaque émotion à sa place Recueillir des émotions et des ressentis

E1 et E2 sont toutes les deux formées au Snoezelen. En effet E1 a été formée, dans un premier temps « sur le terrain », puis a pu bénéficier d'une formation dite officielle. E2 évoque également une formation sur le concept Snoezelen lors de son cursus universitaire. En effet, en Belgique, l'étude du Snoezelen fait partie intégrante de la formation d'ergothérapie. C'est donc grâce à cette formation durant

ses études que E2 pratique Snoezelen depuis maintenant 16 ans alors que E1 ne l'utilise, pour accompagner les patients, que depuis 5 ans.

Les deux ergothérapeutes n'ont donc pas la même approche et la même exploitation du concept. Effectivement E1 va utiliser ce concept auprès d'enfants autistes afin de travailler tous les sens en même temps, de les stimuler car les troubles sensoriels, chez les enfants autistes, « sont très présents ». Il lui semblait donc indispensable d'accompagner les enfants dans la gestion de ces troubles, qu'elle effectue donc grâce au Snoezelen. Elle évoque également le « côté relaxation » du concept, en effet les enfants qu'elle accompagne ont de gros troubles du comportement. Le Snoezelen va donc être, pour eux, un endroit, un environnement calme, apaisant, rassurant afin de leur permettre « de se poser ». E2 va également exploiter le concept pour cet environnement rassurant. En revanche, lors de séances Snoezelen, elle va observer et verbaliser ce qu'elle observe, les différentes réactions de l'enfant face à certains objets afin d'établir une communication avec eux. Le concept va donc favoriser la prise des initiatives et l'ergothérapeute va donc les transférer lors d'activités de vie quotidienne. La relation de confiance est renforcée à travers les séances Snoezelen et E2 va donc « déchiffrer les comportements sensoriels » des enfants afin d'appréhender au mieux les éléments qui peuvent déclencher les troubles ou, au contraire, favoriser l'apaisement.

Les objectifs du Snoezelen auprès d'enfants autistes vont donc différer. En revanche E1 et E2 insiste sur la notion d'adaptation en fonction de l'enfant, de son comportement, de son attitude, du déroulé des jours précédents. Avec un enfant agité, E1 va orienter ses séances Snoezelen autour de la relaxation, alors qu'avec un enfant qui a pleuré dans les jours précédent, elle va travailler les émotions et leurs expressions. L'ergothérapeute essaye de travailler ces différents aspects tout en favorisant la découverte sensorielle. En effet pour le travail des émotions, par exemple, elle va utiliser un loto des odeurs afin de rassurer l'enfant avec des senteurs qu'il connaît, qu'il côtoie au quotidien. E2 recherche, à travers ce concept, le développement d'une relation de confiance en retrouvant des moments « où la personne se sent bien [...] où chaque sentiment, chaque émotion à sa place et à le droit d'exister ». Elle insiste également sur le fait que la salle Snoezelen n'est pas une solution en elle-même mais elle doit être exploitée à des fins thérapeutiques afin d'apaiser l'enfant et d'instaurer ce sentiment de bien-être.

**Tableau 4 : Déroulement de la séance Snoezelen**

	E1	E2
Seul avec l'enfant durant les séances ?	Oui sauf pour un enfant avec de gros troubles du comportement où sa maman est présente mais n'intervient pas	Nombreuses séances en collaboration avec la psychomotricienne, avec des accompagnants ou d'autres professionnels. Groupes de résidents parfois mais la découverte du Snoezelen se fait en individuel
Fréquence et durées des séances	45 minutes, 1 fois par semaine	Créneau dédié le lundi après-midi de 2 heures : séance de 1 heure pour un groupe fixe, et 1 heure pour des prises en charge ponctuelles individuelles ou en groupe.
Rituels de séances ? Déroulement de la séance	<p>Rituels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'enfant va s'asseoir sur le fauteuil pendant que j'allume tous les éléments interactifs</li> <li>- Musique douce durant 2/3 minutes : moment de relaxation</li> <li>- Eteindre petits à petit tous les éléments interactifs 5 minutes avant la fin de séance tout en gardant un élément de la séance</li> </ul> <p>Déroulement : l'enfant gère la séance, il choisit les éléments qu'il veut explorer</p>	<p>Rituels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonjour</li> <li>- Baisser les stores</li> <li>- Rituel du gong en début et fin de séances</li> <li>- Allumer les différentes lumières et la musique. S'étirer et remonter le store</li> </ul> <p>Déroulement : Les éléments apportés lors de la séance vont différer en fonction des évènements de l'année</p>

Concernant le déroulement des séances Snoezelen, les deux ergothérapeutes procèdent de manière différente. E1 réalise les séances Snoezelen seule avec l'enfant sauf lors de séances dans son cabinet libéral avec un enfant où la présence de la mère est indispensable afin de le rassurer et de l'apaiser. Cependant la mère n'intervient pas lors des séances, elle observe les différents éléments aillant un impact positif pour son enfant dans le but de recréer un espace Snoezelen au domicile. E2, quant à elle, privilégie les séances de groupe. En effet elle réalise des séances de groupe d'enfants, en étroite collaboration avec la psychomotricienne notamment. En revanche elle précise que la première séance, la découverte du Snoezelen s'effectue seule avec l'enfant. Effectivement cette première séance en individuel permet à l'enfant autiste de découvrir ce nouvel environnement, d'explorer librement les différents éléments et de s'approprier la salle.

Ces séances réalisées par E1 sont des séances hebdomadaires de 45 minutes à des créneaux fixes pour l'IME mais également pour les enfants accompagnés en libéral. E2, en revanche dispose de créneaux de 2 heures le lundi après-midi. Ces créneaux sont divisés en deux temps : la première heure est dédiée à un groupe fixe depuis 5 ans, la deuxième heure permet des accompagnements de groupe ou individuel plus ponctuels, en fonction des besoins des patients et des demandes de l'équipe.

Les séances Snoezelen réalisées par les deux ergothérapeutes s'articulent autour de rituels. Les rituels réalisés sont, pour E1 et E2 des rituels de début et fin de séances afin de permettre à l'enfant de se préparer à la séance et de la terminer de façon progressive. En effet les volets vont être fermés et les différents objets interactifs vont être allumés. E2 demande aux enfants de participer à ces rituels dans le but des inciter à prendre des initiatives de développer leur autonomie. Les séances dirigées par E2 vont s'articuler autour des différents évènements de l'année. Elle va donc ramener des objets en lien avec ces différents évènements et laisser les enfants interagir avec ces éléments en les acceptant ou en les refusant. Tout comme E2, E1 va laisser l'enfant décider du déroulement de la séance, il va décider des différents sens qu'il veut explorer et exploiter tout en encadrant, à distance, la séance. L'observation durant les séances Snoezelen est un élément indispensable afin de repérer les éléments, les objets et les situations engendrant des troubles du comportements dans le but de les appréhender plus facilement au quotidien.

**Tableau 5 : Conséquences sur le quotidien**

	E1	E2
Apports au quotidien et transferts des acquis	Dépend de chaque enfant. L'apaisement peut durer entre 1 heure et peut être durant toute la soirée. Impact sur le sommeil et sur les troubles du comportement. Aide pour les parents à mieux comprendre leurs enfants.	En ce qui concerne la relaxation, variation en fonction de chaque résident : uniquement dans la salle ou toute l'après-midi. Difficile d'agir sur le long terme avec des patients non verbaux et troubles du comportements importants car méconnaissance des causes de ces troubles donc difficile d'agir dessus. Pas de transfert d'acquis mais découverte et compréhension des capacités des patients après leurs mises en évidence à travers Snoezelen.

Initialement, l'objectif principal des entretiens avec le personnel soignant était de comprendre l'influence des séances Snoezelen sur le quotidien des enfants autistes au sein de la structure. En effet ces derniers auraient permis d'obtenir une comparaison du comportement des enfants autistes participant à des séances Snoezelen ainsi qu'une analyse de leurs comportements après les séances Snoezelen.

Les deux ergothérapeutes ont pu identifier les bénéfices du concept Snoezelen, les apports au quotidien ainsi que les potentiels transferts des acquis. En effet ces changements dans le quotidien, à la suite d'accompagnement Snoezelen, varient en fonction de chaque enfant.

E1 a pu constater une durée d'apaisement variant de 1 heure à plusieurs heures durant la soirée. En revanche des changements positifs sur le sommeil ainsi que sur les troubles du comportement ont pu être observé par le personnel soignant de la structure mais également par la famille lorsque les enfants retournaient à domicile. Effectivement les parents expriment une meilleure compréhension de leurs enfants et une meilleure appréhension des temps de crises.

E2 évoque également cette variabilité et cette incertitude quant au temps d'apaisement à la suite d'une séance Snoezelen. Les effets sur le long terme sont difficilement identifiables car, chez des enfants autistes non verbaux, l'identification des causes des troubles du comportements sont complexes. E2 insiste sur la découverte et la compréhension des capacités de l'enfant à travers le concept Snoezelen et

non sur un transfert d'acquis. En effet elle « n'utilise pas la salle pour apprendre quelque chose », elle l'utilise afin de développer ses connaissances autour de l'enfant.

**Tableau 6 : Autres professionnels**

	E1	E2
Utilisation par d'autres professionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educateurs</li> <li>- Psychomotricienne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Animateurs</li> <li>- Psychologue</li> <li>- Psychomotricienne</li> <li>- Accompagnants</li> </ul>
Spécialités de chaque professionnels	<p><u>Educateurs</u> : relaxation, temps sieste, temps de pause, temps d'apaisement par temps de crise</p> <p><u>Psychomotricienne</u> : parcours et développement moteur</p>	<p><u>Animateurs et psychologue</u> : groupe de parole, discussion autour de sujets divers</p> <p><u>Psychomotricienne</u> : exploration et développement moteur</p> <p><u>Accompagnants</u> : temps d'isolement, de relaxation et de création de lien/de relation</p>

Dans les structures où travaillent E1 et E2 la salle Snoezelen est utilisée par d'autres professionnels. En effet E1 partage la salle avec les éducateurs ainsi que la psychomotricienne. Les éducateurs utilisent la salle Snoezelen pour des temps de relaxation, pour des temps de sieste mais également des temps d'apaisement lorsque des troubles du comportements se font ressentir. La psychomotricienne, développe à travers le concept Snoezelen, l'aspect moteur. Effectivement elle va établir différents parcours afin que l'enfant puisse découvrir et explorer les différentes parties de son corps afin de développer ses capacités. Dans la structure où exerce E2, la psychomotricienne utilise la salle Snoezelen pour les mêmes objectifs : l'exploration et le développement moteur de l'enfant. Les animateurs, en collaboration avec la psychologue travaillant avec E2, utilisent la salle Snoezelen afin d'effectuer des groupes de parole, des discussions autour de sujets divers dans un environnement qui rassure les enfants et où ils s'y sentent bien. Les accompagnants, vont, comme les éducateurs travaillant avec E1, utiliser la salle Snoezelen à des fins de relaxations, de temps d'apaisement mais également des temps où une relation particulière va se créer lors de séances individuelles avec l'enfant.

## V. Discussion

### Confrontation des résultats de l'enquête avec le cadre conceptuel

Les résultats obtenus lors de l'enquête doivent faire l'objet d'une discussion. En effet certains de ces résultats concordent avec la littérature et d'autres, divergent. C'est pour cela qu'une confrontation entre le cadre théorique et le cadre conceptuel est indispensable.

Dans un premier temps nous pouvons constater que les différentes caractéristiques de l'autisme évoquées par les deux ergothérapeutes correspondent à la définition de l'autisme établi dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Effectivement les comportements et les centres d'intérêts restreints ainsi qu'un défaut de communication et d'interaction font partie intégrante du DSM-5 lors de la définition des troubles du spectre de l'autisme tout comme les stéréotypies et les troubles sensoriels. En revanche les troubles du comportements évoqués par les deux ergothérapeutes lors des entretiens, ne font pas partie de la définition dans le DSM-5. Ces troubles du comportement ne caractérisent pas l'enfant autiste.

Ces 2 entretiens m'ont également permis de dégager les différents accompagnements afin de favoriser la participation sociale de l'enfant autiste. L'ergothérapeute est « l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. » (Ministère de la santé et des sports, 2010). Aujourd'hui « l'ergothérapie vise l'accès et la participation aux activités humaines dans l'environnement naturel de la personne ». (Charret, 2015). Selon Josiane Caron Santha (2017) l'ergothérapeute est indispensable car il vise à optimiser l'autonomie de l'individu dans le cadre de ses activités quotidiennes compte tenu de son contexte familial et social. Les 2 entretiens que j'ai réalisés m'ont donc permis d'obtenir une liste exhaustive des différents modes d'actions de l'ergothérapeute. En effet la littérature ne définit pas des modes d'actions précis de l'ergothérapeute dans le but de favoriser la participation sociale des enfants autistes.

Concernant l'utilisation du concept Snoezelen auprès d'enfant autiste, les différents objectifs de ce concept ont pu être identifiés par les deux ergothérapeutes lors des entretiens réalisés. Effectivement, les effets observables pendant et juste après la séance sont « un apaisement et une augmentation de la disponibilité, une plus grande ouverture aux nouveautés sensorielles, la découverte de sensations peu ou pas exploitées, la diminution des autostimulations et stéréotypies et une augmentation de l'expression émotionnelle » (Fagny, 2000). Yahiaoui (2018) nous apporte également ces observations qu'elle a pu constater lors d'une prise en charge Snoezelen avec un enfant autiste. L'auteur met l'accent sur le fait qu'une diminution des troubles du comportements ainsi qu'une meilleure gestion de ses émotions et une meilleure interaction avec son environnement sont notables. Cependant l'utilisation du concept varie

d'un professionnel à un autre, les objectifs vont donc être similaires mais la manière utilisée afin de les atteindre va différer.

Le déroulement d'une séance va être adaptée à l'enfant, une séance diffère donc en fonction des besoins et des envies de l'enfant, du professionnel et des objectifs mais également du matériel disponible. Les deux entretiens ont permis de révéler la présence de rituels lors des séances Snoezelen en revanche le « corps » de la séance diverge. Le déroulement de la séance doit s'adapter aux besoins, aux envies et à l'état physique et psychique de l'enfant. Les repères et les rituels durant les séances sont indispensables pour l'enfant autiste. En effet ces derniers vont lui permettre d'être rassuré et d'aller explorer des objets et du matériel inconnu. Il est donc pertinent de consacrer des temps dédiés au Snoezelen dans son emploi du temps pour lui permettre de se repérer dans le temps et dans ses différents temps d'activité et de prise en charge. (Yahiaoui, 2018)

Les effets du concept Snoezelen sur les enfants autistes ainsi que les impacts dans la vie quotidienne varient en fonction de chaque enfant et de chaque séance. Effectivement Hutchinson et Kewin (1994) ont identifié des effets positifs sur les états affectifs de l'enfant, sur les relations interpersonnelles ainsi qu'une relaxation présente. En revanche ces effets sont de courtes durées tout comme les observations réalisées par Fanny (2000) où une réduction sensible de comportements inadaptés ont été constatés 5 minutes après la séance Snoezelen. Les effets observables pendant et juste après la séance sont « un apaisement et une augmentation de la disponibilité, une plus grande ouverture aux nouveautés sensorielles, la découverte de sensations peu ou pas exploitées, la diminution des autostimulations et stéréotypies et une augmentation de l'expression émotionnelle ». (Fagny, 2000). Ces effets ont également été constatés par les deux ergothérapeutes interrogées en revanche le temps d'apaisement sur le court et long terme reste encore discutable. En effet Martin, quant à lui, décrit un effet du Snoezelen sur les enfants autistes uniquement durant les séances. (2003a) (2003b)

## Limites de l'enquête

En lien avec la situation sanitaire actuelle, la limite principale de cette enquête est la non-réalisation de la méthodologie d'enquête prévu. En effet mes entretiens, initialement organisés auprès du personnel soignant accompagnant l'enfant autiste au quotidien, ont été annulés en vue de la surcharge de travail qu'avaient les équipes face à ce virus.

De plus, lors de la recherche d'ergothérapeutes exerçant auprès d'enfants autistes et utilisant le concept Snoezelen, j'ai obtenu un nombre restreint de professionnels remplissant tous ces critères. En effet lorsque j'ai contacté les différentes structures accueillant des enfants autistes, ces dernières ne possédaient pas d'espace Snoezelen ou aucun ergothérapeute n'exerçait au sein de la structure. De plus la situation sanitaire a restreint la possibilité de contact de nombreuses structures fermées. Elargir la population cible pour effectuer l'enquête m'aurait peut-être permis d'obtenir un nombre plus conséquent de réponses afin d'obtenir des résultats plus représentatifs.

Le nombre de deux entretiens auprès des ergothérapeutes est également une limite. Effectivement ce faible nombre de retours ne permet pas d'obtenir des résultats représentatifs. Cet échantillon très réduit reflète une réalité de terrain : très peu d'ergothérapeutes accompagnent des enfants autistes en utilisant le concept du Snoezelen. En revanche j'ai pu constater que le nombre d'ergothérapeutes travaillant auprès d'adultes autistes dans les Foyer d'Accueil Médicalisé ou dans les Maisons d'Accueil Spécialisées est plus conséquent.

Ces différents éléments entraînent un non-respect du protocole d'enquête initial. Effectivement les entretiens prévus auprès du personnel soignant ainsi que le nombre restreint d'entretiens auprès des ergothérapeutes ont entraîné une adaptation du protocole d'enquête. L'objectif établi pour les entretiens du personnel soignant ne sera donc pas atteint : « Comprendre l'influence des séances Snoezelen sur le quotidien des enfants autistes au sein de la structure ».

Cette difficulté à trouver des ergothérapeutes accompagnant des enfants autistes en utilisant le concept Snoezelen est en cohérence avec le manque de théorie. En effet la littérature se fait rare au sujet des enfants autistes accompagnés par un ergothérapeute et bénéficiant des nombreux bienfaits de ce concept. A ce jour aucune étude n'a été réalisée concernant les bienfaits de Snoezelen sur les enfants autistes.

## Intérêts de l'enquête

Cette enquête se confronte à certaines limites exposées ci-dessus mais elle possède, fort heureusement, des intérêts et des points forts.

J'ai tout d'abord choisi ce sujet car le concept Snoezelen est un concept qui me questionnait beaucoup. De plus les enfants autistes étaient une population que j'avais accompagné lors d'un stage.

L'élaboration d'un sujet autour de ces deux thèmes me semblait pertinent et cohérent. Les deux entretiens que j'ai pu effectuer autour de ces principales notions, m'ont permis de valider mon hypothèse « **l'ergothérapeute favorise l'auto-régulation des troubles sensoriels d'un enfant autiste durant les séances Snoezelen** » et de remplir les objectifs suivants que j'avais fixé pour ma population d'ergothérapeutes :

- Comprendre les modes d'actions de l'ergothérapeute pour favoriser la participation sociale d'un enfant autiste.
- Déterminer les différents objectifs de prise en charge des ergothérapeutes à travers le concept Snoezelen, auprès des enfants autistes.

En effet j'ai pu obtenir une liste exhaustive des différents modes d'actions de l'ergothérapeute ainsi qu'une liste exhaustive d'objectifs de prise en charge du concept Snoezelen auprès d'enfants autistes. L'enquête que j'ai exécuté était donc appropriée à mes différents objectifs, critères d'évaluation ou pour la validation ou non de mon hypothèse.

En revanche le nombre réduit d'entretiens auprès d'ergothérapeutes et la non-réalisation des entretiens auprès du personnel soignant, ne permet pas de valider, de façon certaine et fiable, mon hypothèse.

Toutes les recherches que j'ai pu réaliser autour de l'autisme, de la participation sociale et autour du Snoezelen pourront m'être bénéfique pour ma future pratique professionnelle. En effet les différentes connaissances que j'ai pu acquérir lors de l'élaboration de ce mémoire me permettront de mieux appréhender l'accompagnement d'enfants autistes et l'exploitation d'un potentiel espace Snoezelen.

Cette initiation à la recherche et la confection d'une enquête et de sa méthodologie m'a permis de découvrir le domaine de la recherche. En effet j'ai pu exploiter différents outils et confectionner une grille d'entretien afin de remplir mes objectifs, de valider mon hypothèse et donc de répondre à ma problématique « **En quoi l'ergothérapeute, à travers le concept Snoezelen, a une influence sur la participation sociale d'un enfant atteint d'autisme ?** »

## Conclusion

Ce mémoire de fin d'études d'initiation à la recherche en ergothérapie m'a permis d'acquérir davantage de connaissances sur l'accompagnement des enfants autistes ainsi que sur le concept Snoezelen. En effet ce mémoire s'articule autour du concept Snoezelen et de ses impacts auprès d'enfants autistes et plus précisément sur leur participation sociale. La question suivante s'est donc imposée : **En quoi l'ergothérapeute, à travers le concept Snoezelen, a une influence sur la participation sociale d'un enfant atteint d'autisme ?**

Afin de répondre à ce questionnement, plusieurs concepts ont été développés dans le cadre théorique. Effectivement cette première partie traite de l'autisme, la participation sociale ainsi que le concept Snoezelen. En effet ce mémoire traite de l'accompagnement ergothérapie auprès d'enfants autistes. Le concept Snoezelen est, ici, un moyen thérapeutique afin de développer la participation sociale de ces enfants. L'hypothèse suivante a donc été émise : **l'ergothérapeute favorise l'auto-régulation des troubles sensoriels d'un enfant autiste durant les séances Snoezelen.**

Afin de vérifier l'hypothèse, une enquête a été réalisé auprès de 2 ergothérapeutes. Des entretiens semi-directif ont donc été accomplis afin de comprendre les modes d'actions de l'ergothérapeute pour favoriser la participation sociale d'un enfant autiste et de déterminer les différents objectifs de prise en charge des ergothérapeutes à travers le concept Snoezelen, auprès des enfants autistes. En effet, les deux ergothérapeutes interrogées ont donc évoqués les deux versants de ce concept : la relaxation et l'exploration sensorielle. Ces deux objectifs permettent de favoriser la participation sociale des enfants autistes.

Par conséquent l'hypothèse est validée. En revanche, les résultats obtenus d'un faible échantillon sont peu représentatifs. La méthodologie initiale concernait deux populations : les ergothérapeutes et le personnel soignant accompagnants les enfants au quotidien. En vue de la situation sanitaire liée au COVID-19, les entretiens prévus avec le personnel soignant ont donc été contraint d'être annulé. Afin d'appuyer les résultats obtenus, il faudrait donc réaliser ces entretiens auprès du personnel soignant afin d'obtenir une comparaison du comportement des enfants autistes participant à des séances Snoezelen ainsi qu'un champ lexical positif sur l'analyse du comportement des enfants après les séances Snoezelen.

Les différentes recherches et la réalisation de ce mémoire m'ont donc permis d'acquérir des connaissances sur cette population et sur le concept Snoezelen. En effet cet apport théorique pourra être bénéfique lors de ma future pratique d'ergothérapeute. De plus, j'ai pu développer des capacités de rédaction et de recherches afin d'obtenir des informations ce qui m'aidera lors de l'exercice de ma pratique.

A la suite de ce travail, des entretiens auprès des familles de ces enfants pourront être réalisés afin d'observer les répercussions du concept Snoezelen au domicile. Les parents peuvent effectivement observer des modifications de comportements de leurs enfants à la suite de l'accompagnement ergothérapeute par le biais du Snoezelen mais également recréer un espace Snoezelen au domicile. De plus un outil d'observation sous la forme d'une grille pourra être confectionner afin de détailler les impacts de ce concept ainsi que les différents comportements de l'enfant, avant, pendant et après un accompagnement Snoezelen réalisé par l'ergothérapeute.

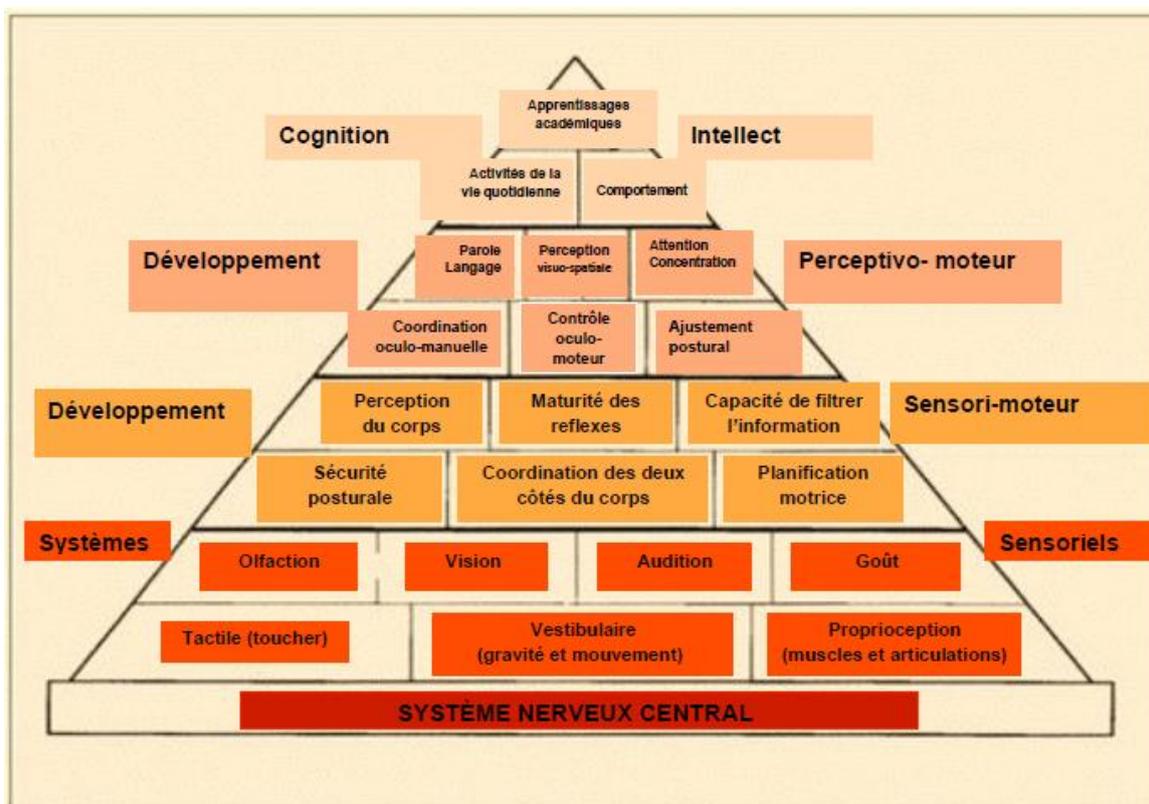
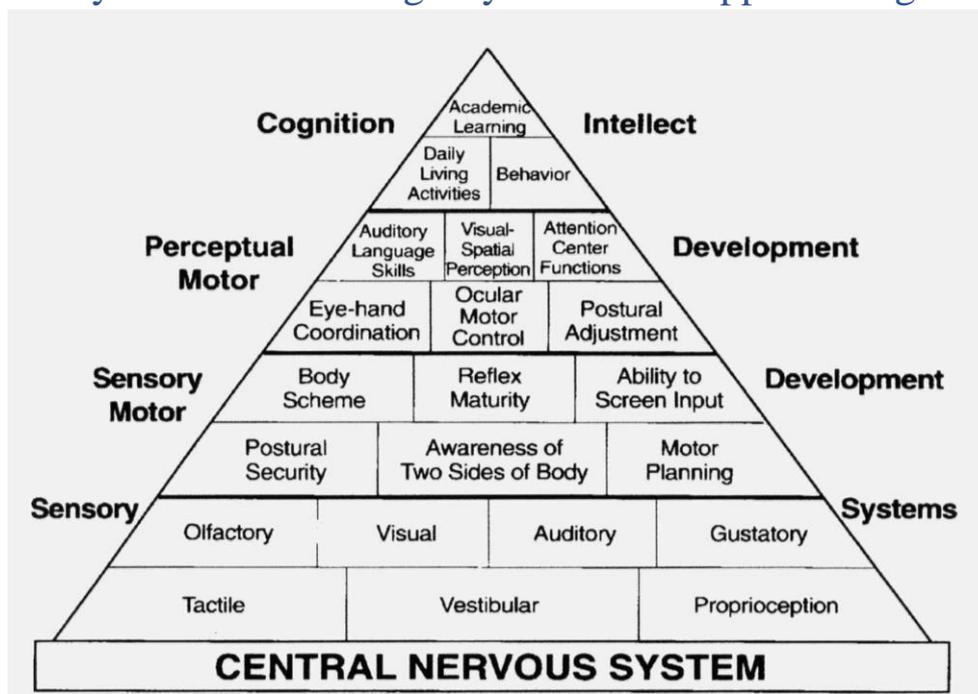
## Bibliographie

- (s.d.). Récupéré sur Centre de Ressources Autisme Ile-de-France: <http://www.craif.org/>
- Ad Verheul. (2017). *Colloque international*. Granby, Québec, Canada.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM 5, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*. (M.-A. Crocq, & J. Guelfi, Trads.)
- Bastier, C. (2019). *Faciliter la communication et le développement sensoriel des personnes avec autisme*.
- Bernier, G., Gascon, L., & Vieillard, B. (2019). *L'enfant autiste décrypté : Et si votre enfant pouvait vous expliquer son fonctionnement ?*.
- Caron Santha, J. (2017, Février 14). *L'ergothérapie au service des enfants et adultes vivant avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA)*. Récupéré sur Spectre de l'autisme: <https://www.spectredelautisme.com/>
- Centre Ressources Francilien Traumatisme Crânien. (2019). *Groupe de travail "ERGOTHERAPIE"*.
- Charret, L. (2015, Juillet). En route pour la professionnalisation. *ergOTHérapies*, 58, pp. 69-75.
- Clavreul, H. (2015, Octobre). Vers une ergothérapie citoyenne et populaire. *ergOTHérapies*, 59, pp. 69-79.
- Cleland, C., & Clark, C. (1966). Sensory deprivation and aberrant behavior among idiots. *American Journal of Mental Deficiency*(71).
- Dubois, B., Thiébaud Samson, S., Trouvé, E., Tossier, M., Poriel, G., Tortora, L., . . . Guesné, J. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*.
- Ebersold, S. (2002). Le champ du handicap, ses enjeux et ses mutations : du désavantage à la participation sociale. *Revue des sciences humaines et sociales*, pp. 149-164.
- Eméyé, E., & Association "Un pas vers la vie". (2016). *Autisme, ce sont les familles qui en parlent le mieux*.
- Eméyé, E., & vie", A. ". (2016). *AUTISME, Ce sont les parents qui en parlent le mieux*.
- Fagny, M. (2000). L'impact de la technique du "Snoezelen" sur les comportements indiquant l'apaisement chez les adultes autistes. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 11, pp. 105-115.
- Fougeyrollas, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*.
- Fougeyrollas, P. (2017). Le modèle de développement humain et le Processus de production du handicap (MDH-PPH 2) (2010). Dans M.-C. Morel-Bracq, *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (pp. 27-34).
- Fougeyrollas, P. (2017). Le processus de production du handicap (1998). Dans M.-C. Morel-Brack, *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (pp. 28-31).
- Fröhlich, A. (1991). *La stimulation basale*.
- Galisson, R., & Coste, D. (1976). *Dictionnaire de didactique des langues*.

- Gubrium, J., & Holstein, J. (2002). *Handbook of Interview Research : Context and Method*.
- Harrison, B., St-Charles, L., & Thuy, K. (2018). *L'autisme expliqué aux non-autistes*.
- Haute Autorité de Santé. (2018). *Synthèse de la recommandation de bonne pratique : Trouble du spectre de l'autisme*.
- Hulsegge, J., & Verheul, A. (2004). *Snoezelen : un autre monde*.
- Hutchinson, R., & Kewin, J. (1994). *Sensations and Disability : Sensory Environments For Leisure, Snoezelen, Education and Therapy*.
- INSERM. (s.d.). *Autisme : Un trouble du neurodéveloppement affectant les relations interpersonnelles*. Consulté le Janvier 23, 2020, sur <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>
- Kayser, V. (2011). *Autisme et approche Montessori*.
- Labbé, A. (2017). *Les particularités sensorielles chez l'enfant et l'adulte vivant avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA)*. Récupéré sur Spectre de l'autisme.com: <https://spectredelautisme.com/particularites-autisme-tsa/particularites-sensorielles/>
- Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, pp. 640-649.
- Le diagnostic*. (s.d.). Récupéré sur Comprendre l'autisme : <https://comprendrelautisme.com/le-diagnostic-de-lautisme/les-criteres/le-dsm-5-dyade-autistique/>
- LegiFrance. (s.d.). *LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*. Consulté le Janvier 23, 2020, sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>
- Lièvre, P. (2016). *Manuel d'initiation à la recherche en travail social*.
- Macron, E. (2020, Février 11). *Elysée*. Récupéré sur Conférence nationale du handicap: <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/02/11/conference-nationale-du-handicap>
- Marc, E., & Picard, D. (2002). *Interaction*.
- Martin, P. (2003a). Effets d'une prise en charge Snoezelen sur les troubles du comportement d'adultes autistes. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 14, pp. 152-161.
- Martin, P. (2003b). Un modèle de soins psychologiques et d'évaluation, inspiré de l'approche Snoezelen pour des adultes atteints d'autisme. *Thèse de doctorat inédite*. Université Paris-Descartes.
- Martin, P. (2015). Etat de la recherche clinique sur l'approche Snoezelen utilisée en milieu résidentiel spécialisé. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 26, pp. 161-180.
- Martin, P. (2018). *Prendre soin par Snoezelen, une autre approche thérapeutique*.
- Maslow. (1954). *Pyramide des besoins*.
- Mineau, S., Duquette, A., Elkouby, K., Jacques, C., Ménard, A., Nérette, P.-A., . . . Thermidor, G. (2020). *L'enfant autiste, stratégies d'intervention psychoéducatives*.

- Ministère chargé de la santé. (2014). *Portfolio de l'étudiant en ergothérapie*.
- Ministère de la santé et des sports. (2010). Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute : Référentiel d'activités.  
Dans *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute* .
- Morel-Brack, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *CIM 10*.
- Philibert, F. (Réalisateur). (2007). *Mon petit frère de la lune* [Film].
- Poriel, G. (2016, Avril). Ergothérapie et participation sociale : quels liens pour quelle pratique ?  
*ergOTHérapies*(61), pp. 5-12.
- Rogé, B. (2015). *Autisme, comprendre et agir* .
- Schovanec, J. (2018). *Je suis à l'Est !*
- Secrétariat d'Etat chargé de personnes handicapées. (2018). *Autisme : changeons la donne !*
- Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapée. (s.d.). *Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement*. Consulté le Janvier 23, 2020, sur  
[https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_autisme\\_2018.pdf](https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf)
- Seidman, I. (2006). *Interviewing as Qualitative Research*.
- Snoezelen France*. (s.d.). Récupéré sur <https://snoezelen-france.fr/snoezelen/presentation-du-concept-snoezelen>
- Tétrault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide de pratique de recherche en réadaptation*.
- Williams, & Schellenberger. (1996). *Pyramid of learning*.
- Yahiaoui, F. (2018, avril). L'espace Snoezelen, de l'éveil sensoriel à l'interaction avec l'enfant autiste non verbal. *ergOTHérapies*(69), pp. 39-45.

## Annexe 1 Pyramid of Learning / Pyramide des apprentissages



(Williams & Schellenberger, 1996)

Annexe 2 Photos aménagements salles Snoezelen



Salle Snoezelen interactive à la MAS de Monflourès à Béziers (34)



Salle Snoezelen interactive à la MAS de Monflourès à Béziers (34)





**Salle Snoezelen interactive à la MAS de Monflourès**  
à Béziers (34)



**Espace multisensoriel Snoezelen pour les enfants de l'IEM du Centre Fonneuve (A.S.E.I.)**  
à Montauban (82)





**Espace multisensoriel Snoezelen pour les enfants de l'IEM du Centre Fonneuve (A.S.E.I.)**  
à Montauban (82)



**Espace Snoezelen du Foyer Charles Houette**  
à Sartrouville (78)



## Annexe 3 Pyramide des besoins de Maslow



(Maslow, 1954)

## Annexe 4 Guide d'entretien

---

### *Guide d'entretien*

---

#### Questions générales

1. Quel âge avez-vous ?
2. Depuis quand êtes-vous diplômés ?
3. Depuis combien de temps travaillez-vous ?
4. Quel est votre parcours professionnel ?

#### Questions autour de l'autisme et de la participation sociale

5. Depuis combien de temps travaillez-vous auprès d'enfants autistes ?
6. Quels sont les particularités et les caractéristiques de ce trouble ?
7. Quels sont les facteurs influençant la participation sociale des enfants TSA ?
8. Comment favorisez-vous la participation sociale d'un enfant autiste ?

#### Questions autour de Snoezelen

9. Etes-vous formés au Snoezelen ?
10. Depuis combien de temps réalisez-vous des séances Snoezelen ?
11. Pourquoi avez-vous choisi le Snoezelen pour travailler auprès des enfants TSA ? Pourquoi ce concept vous paraît-il adapté auprès de cette population ?
12. Quels sont les différents objectifs de ce concept auprès d'enfants autistes ?
13. Etes-vous seuls avec l'enfant lors des séances ?
14. A quelle fréquence y emmenez-vous les enfants et pour quelle durée environ ?
15. Les séances se déroulent-elles à des créneaux fixes ?
16. Il y a-t-il des rituels pendant les séances ? S'agit-il de séances dirigées ou est-ce l'enfant qui décide du déroulement de la séance ?
17. Quels sont les apports de ces séances Snoezelen au quotidien ? Il y a-t-il un transfert des acquis dans le quotidien ? Quelle est la durée de l'apaisement ?
18. D'autres professionnels utilisent-ils la salle Snoezelen ? Si oui quelles sont, selon vous, les différences entre leur approche et la vôtre ?
19. Chaque professionnel identifie-t-il les spécialités des autres professions au sein du même médiateur ?

## Annexe 5 Entretien E1

### **1. *Quel âge avez-vous ?***

Bientôt 32, non j'ai déjà 32, bientôt 33 ans.

### **2. *Depuis quand êtes-vous diplômés ?***

Je suis diplômée depuis 2009, donc ça va faire 11 ans.

### **3. *Depuis combien de temps travaillez-vous ? Après l'obtention de votre diplôme avez-vous travaillé directement ?***

Oui oui j'ai travaillé direct.

### **4. *Quel est votre parcours professionnel ?***

Alors moi j'ai commencé en psychiatrie, dans un hôpital à Paris 20<sup>ème</sup> pendant 6 ans. Après j'ai fait 2 ans dans un hôpital dans le 94, j'ai enchainé pendant 3ans/3 ans et demi dans un IME. Officiellement j'étais embauché mais j'ai également travaillé sur le SESSAD et aussi sur la MAS, j'étais la seule ergothérapeute de tout l'établissement avec un public exclusivement autistes. Au bout de 3/4 mois j'ai commencé à avoir des petits temps sur la MAS et sur le SESSAD alors que j'étais embauché uniquement sur l'IME. Et depuis janvier 2018 je suis en libérale donc ça fait un peu plus de 2 ans. Si je ne me suis pas trompée dans les dates ça doit correspondre à 11 ans.

### **5. *Depuis combien de temps travaillez-vous auprès d'enfants autistes ?***

Je travaille avec les autistes depuis 2015 donc 4 ans et demi / 5ans, depuis l'IME.

### **6. *Quels sont les particularités et les caractéristiques de ce trouble ?***

Alors les particularités j'en vois 4. Je dirais les 3 officielles c'est-à-dire les comportements restreints, répétitifs tout ce qui est stéréotypies etc., les centres d'intérêts restreints et le défaut d'interaction que ce soit au niveau du langage et langage au niveau du corps. Je rajouterai également les troubles sensoriels qui incluent les troubles alimentaires, oui les troubles sensoriels au sens large.

### **7. *Vous parlez d'interaction sociale, pour vous quels sont donc les facteurs influençant la participation sociale des enfants TSA ?***

Je trouve la question un peu étrange, parce que justement ils ont un défaut d'interaction donc ce n'est pas quelque chose qui influence. Au contraire c'est quelque chose qui n'a pas acquis. Dans un premier temps les codes sociaux, ils ne disent pas bonjour spontanément ni merci, ils ne vont pas forcément te parler tout de suite ou venir vers toi. Ils vont attendre, ils sont assez passifs au niveau de l'interaction. Ils ne vont pas demander de l'aide, ils ne vont pas te demander comment tu vas spontanément, te dire

bonjour etc. Dans l'autre sens c'est pareil, quand tu leur demande comment ils vont, c'est pareil, il faut aller creuser. Ils ne vont pas te dire ce qu'ils ressentent facilement, ce qu'ils ont fait. Moi j'ai beaucoup de parents qui me disent « on ne sait pas ce qu'il fait à l'école parce que quand on lui pose la question, il ne répond pas ». Ils vont se mettre dans un coin, on va voir qu'ils ne sont pas bien mais on ne va pas savoir pourquoi, les enfants vont avoir du mal à le dire. Pour moi c'est plus un manque de quelque chose qu'un facteur qui influence. J'ai oublié de te préciser que dans l'IME où j'ai travaillé c'étaient des patients avec déficiences sévères, déficiences intellectuelles sévères donc il y en avait très peu qui parlaient. J'ai récupéré une partie de ces patients là quand je suis passée en libérale donc j'ai plus de la moitié qui ont également des déficiences sévères. Pour ceux qui parlent ils sont très premier degré. Justement quand je leur demande s'il mange tout seul lorsqu'ils ont des troubles alimentaires, ils vont me répondre « non il y a mon papa et ma maman » alors que je leur pose la question pour savoir s'ils sont autonomes au repas. Quand je leur ai expliqué que par rapport au virus j'allais devoir fermer le cabinet ils m'ont demandé si j'avais perdu ma clé. Ils ne comprennent pas toujours les interprétations et les sous-entendus. C'est quelque chose d'assez caractéristique dans les échanges. Même quand ils parlent la conversation peut vite devenir étrange.

#### ***8. Comment favorisez-vous la participation sociale d'un enfant autiste ?***

Je favorise principalement leurs autonomies et leurs indépendances dans les activités de la vie quotidienne. Je participe à la prise des repas avec les patients les moins autonomes. Je les accompagne notamment sur la préhension des couverts et des pailles. Je mets en place parfois des pailles quand c'est trop compliqué. Je les sollicite également lors du découpage de leurs aliments.

Je favorise également la participation sociale lors des séances de balnéothérapie pour accompagner les enfants durant l'habillage et le déshabillage. Quand il y a des sorties organisées à l'extérieur je travaille sur les déplacements, marcher avec le talon à plat, surveiller les dangers comme les passages piétons ou les feux. Je veille également à ce qu'ils restent à côté des éducateurs ou de moi-même. Je peux également proposer des ateliers cuisines en collaboration avec les animateurs pour favoriser la participation des enfants dans les activités de vie quotidienne. Quelques séances sur l'ordinateur peuvent être proposées.

#### ***9. Etes-vous formés au Snoezelen ?***

Au début j'ai été formée sur le terrain. Après on a eu une formatrice, Hélène LEBRIS qui est venue sur site pour nous faire 3 jours de formation plus théorique, formelle, plus officielle. Du coup sur l'IME la salle Snoezelen existait déjà depuis un petit moment mais ce sont les éducateurs qui l'utilisaient qui ont été formés à l'ouverture de l'institution du coup la nouvelle équipe n'était pas forcément formée. Ils ont fait une « mise à jour » de formation, mise à jour pour les anciens qui étaient là depuis 15 ans et nouvelle formation pour la nouvelle équipe.

### ***10. Depuis combien de temps réalisez-vous des séances Snoezelen ?***

Toujours depuis l'IME. Ça existait déjà sur l'IME et moi je l'ai mis en place sur la MAS et le SESSAD.

### ***11. Pourquoi avez-vous choisi le Snoezelen pour travailler auprès des enfants TSA ? Pourquoi ce concept vous paraît-il adapté auprès de cette population ?***

Pour plusieurs choses. Je trouve que les troubles sensoriels chez les autistes sont très très présents. L'avantage du Snoezelen va être que l'on travaille tous les sens en même temps. J'aime bien l'idée de travailler l'olfactif, le visuel et le proprioceptif en même temps contrairement à l'intégration sensorielles où on va travailler qu'un seul sens. J'aime bien également le côté relaxation parce que souvent on retrouve des troubles du comportements et j'aime bien le fait de se poser, de réussir à se détendre un peu. Ce sont des enfants qui restent souvent très angoissés et qu'ils aient un moment où ils peuvent se poser, souffler un peu, se détendre je trouve ça super intéressant.

### ***12. Quels sont les différents objectifs de ce concept auprès d'enfants autistes ?***

C'est plus ou moins adapté au moment de la journée et du jour. Si j'ai un enfant qui va arriver en étant agité je vais privilégier le côté relaxation, je vais privilégier le côté « tu te poses, tu ne dis rien, tu ne penses à rien, tu regardes juste les lumières, tu sens les odeurs ». Souvent je vais poser la question aux parents « comment il va aujourd'hui » et qu'ils me répondent qu'il pleure beaucoup, qu'il est énervé, il jette tout, etc je vais privilégier le côté relaxation. On va se poser sur le pouffe, sur le fauteuil et puis je vais leur dire « tu ne dis rien, tu ne dis rien, tu penses à toi, tu respires bien ». Quand j'ai un enfant qui a beaucoup pleuré, quand les parents ont un peu de mal à comprendre ce qu'il se passe, je vais plus cibler sur le côté émotions. J'utilise des petits poissons, un est en colère, un est triste, un qui pleure, un qui est content, un qui a des petits cœurs, un qui a peur. Je vais donc les prendre un parent, donc si on prend celui de la colère je vais lui demander de me raconter quelque chose qui l'a mis en colère comme le poisson, ou quelque chose qui l'a fait pleurer comme le poisson etc. C'est quelque chose que je fais souvent d'une séance à l'autre. On va aussi travailler les émotions avec les odeurs. Si je lui fais sentir la fraise, je lui demande à quoi lui fait penser la fraise et ils vont me répondre « au chewing-gum, au yaourt » des choses comme ça. Les odeurs je peu également le proposer comme un loto pour leur faire deviner, on sera plus sûr de la découverte sensorielle vraiment pur, idem pour les textures. J'ai un loto que j'ai fabriqué où l'enfant va toucher et il va deviner les différentes matières, où on sera aussi sûr de la découverte sensorielle pure. Essentiellement ça va être ces objectifs-là. Je tourne avec ces ¾ exercices.

### ***13. Etes-vous seuls avec l'enfant lors des séances ?***

Oui. Il y a juste un enfant de 5 ans avec des troubles très très importants, il ne parle pas, il peut taper, il peut tirer les cheveux, il peut mordre, etc. S'il ne voit pas sa mère il est dans un état juste pas possible,

donc la maman est là mais par contre elle est au niveau du bureau et elle n'interagit quasiment pas. Elle est présente pour le rassurer, de temps en temps il va aller lui faire un bisou. La maman a essayé de faire un espace Snoezelen dans la chambre de son fils et des fois elle me dit « Ah c'est pas mal votre truc là ». Des fois on va parler un petit peu des différents éléments mais en général elle est présente mais elle va regarder son téléphone, elle va regarder un peu ce que l'on fait mais elle ne va pas plus participer que ça.

***14. A quelle fréquence y emmenez-vous les enfants et pour quelle durée environ ?***

Pour ma part c'est des séances de 45 min une fois par semaine.

***15. Donc les séances sont fixes, les créneaux aussi ?***

Oui, c'est le problème en libéral c'est que les séances et les créneaux sont fixes. A l'IME, les séances étaient plus au moins fixes aussi. Le planning était assez chargé, alors que la MAS c'était beaucoup plus libre. On pouvait venir me voir en me demandant de prendre tel ou tel patient pour faire du Snoezelen et en fonction de mes disponibilités je les prenais avec moi sur des temps informels. En libéral je n'ai pas le choix, j'enchaîne les séances à chaque fois.

***Voyez-vous les enfants pour des séances programmées Snoezelen ou est-ce en fonction de l'attitude et du comportement de l'enfant au jour le jour ?***

C'est souvent pour du Snoezelen. J'adapte après ma séance sur un versant plus relaxation, plus interactions, plus émotions etc mais ça reste, de base, une séances Snoezelen. Ça peut m'arriver, quelquefois, avec un enfant avec un trouble alimentaire important de faire des séances dédiées à ça au lieu de faire du Snoezelen pendant 3/4 séances. Mais en générale j'ai déjà en tête que l'enfant va se poser sur le pouffe, que je vais mettre les lumières, la musique etc.

***16. Il y a-t-il des rituels pendant les séances ? S'agit-il de séances dirigées ou est-ce l'enfant qui décide du déroulement de la séance ?***

Un peu des deux. Le rituel va être d'aller s'asseoir sur le pouffe pendant que moi j'allume tout, j'allume les lumières, la musique, je ramène la caisse avec les odeurs, la caisse tactile, toutes les caisses. Quand je mets la première musique de relaxation, qui dure entre 2 et 3 minutes, l'enfant ne va rien faire, on se pose, on ne parle pas en étant en mode détente pure et dure. Après c'est l'enfant qui gère, est ce qu'il veut toucher la caisse tactile, est ce qu'il veut explorer les odeurs, est ce qu'il veut allumer d'autres lumières, est ce qu'il veut que j'éteigne la musique, etc. On fini de la même manière, 5 minutes, je l'informe de la fin de la séance, que l'on va faire « le temps à rien faire » et je leur demande ce qu'il veut laisser pendant ce temps. Souvent ils veulent que je laisse la musique et les lumières qui tournent et je vais ranger, pendant ce temps-là, les différentes caisses que l'on a utilisées. J'ai au moins le début et la fin de chaque séance que l'on peut qualifier de rituels oui. Ça permet de

structure un petit peu la séance et de la terminer en douceur. Ça leur permet de gérer aussi le temps qu'ils ont souvent du mal à appréhender.

***17. Quels sont les apports de ces séances Snoezelen au quotidien ? Il y a-t-il un transfert des acquis dans le quotidien ? Quelle est la durée de l'apaisement ?***

Ça dépend vraiment des enfants. Je vois la grande sœur du petit dont je t'ai parlé toute à l'heure où sa maman assiste aux séances, et je vais lui demander comment ça a été à la maison avec son frère et les réponses sont très variables. Elle peut me répondre que tout s'est bien passé durant la soirée et des fois au bout d'une heure il était de nouveau super excité. J'ai d'autres retours de familles où les enfants sont un petit peu plus calme depuis qu'ils ont les séances Snoezelen, qu'ils arrivent plus à se poser le soir, ils dorment mieux. J'ai beaucoup de retour au niveau du sommeil, qu'ils dorment mieux. J'ai quelques parents qui me disent que quand ils pleurent ils arrivent plus facilement à exprimer pourquoi.

***Il y a-t-il un impact du coup au niveau de la communication (verbale ou non verbale) ?***

Oui oui. J'ai des enfants qui sont beaucoup plus « câlins », au départ on ne peut pas trop les approcher et à la fin je peux m'asseoir à côté d'eux, on peut se faire un bisou en partant. Les parents m'évoquent aussi cet impact au quotidien, ils peuvent faire plus de câlins, de bisous, des choses comme ça. J'en ai quelques un qui arrivent à mieux se faire comprendre dans le sens où ils vont aller prendre un objet et l'amener à papa et maman pour faire comprendre les choses. En séances Snoezelen, ils ont l'habitude de prendre les objets et de me les donner et ils vont le refaire à la maison. Ils vont donc mettre en place un système de communication par objet. Disons que le Snoezelen va démarrer ce système de communication et les parents doivent être impliqués pour reprendre à la maison.

***18. Quand vous étiez à l'IME ou à la MAS, d'autres professionnels utilisaient-ils la salle Snoezelen ? Si oui quelles sont, selon vous, les différences entre leur approche et la vôtre ?***

Il y avait les éducateurs dans un premier temps. Ils étaient beaucoup plus dans la relaxation que dans le sensoriel. J'ai beaucoup de collègue pour qui c'était un temps de pause pour eux aussi clairement, limite un temps sieste. On me disait que les enfants s'endormaient en séances Snoezelen alors que logiquement ils ne sont pas censés s'endormir étant donné qu'ils sont censés interagir avec les objets de la salle. C'est beaucoup plus un temps sieste, un temps de pause, qu'un temps sensoriel de ce que j'ai vu. Ça m'embêtait un petit peu parce qu'ils emmenaient les patients en Snoezelen quand ils avaient des troubles du comportements du coup c'était un temps d'apaisement alors que Snoezelen est un temps d'apaisement mais pas qu'en temps de crise, ils ont aussi besoin d'un temps calme sans qu'ils soient en temps de crise. Si ça se passe comme ça il faut leurs proposer des temps calmes où ils ne sont pas en crise, que la salle Snoezelen ne soit pas un lieu d'isolement. A l'IME c'était beaucoup utilisé comme salle d'isolement et de relaxation et pas comme un espace sensoriel. Mon approche est plus sur le côté sensoriel. La psychomotricienne réalisait quelques séances de Snoezelen

et elle était aussi dans cette approche sensorielle avec l'accent sur le côté vestibulaire, sur les objets qui balancent, marcher sur des plaques tactiles. Elle était plus sur un parcours moteur alors que j'étais plus sur les sens de la maison, sur les odeurs de la maison, le tactile des vêtements. La psychomotricienne avait l'espace plus vestibulaire, proprioceptif, parcours moteur et moi je l'utilisais plus pour une acceptation des odeurs, une acceptation des goûts, une acceptation du bruit et les éducateurs c'est plus le côté relaxation presque pure, si tu ne mettais pas de musique c'était pareil, histoire que les enfants se posent.

***19. Chaque professionnel identifie-t-il les spécialités des autres professions au sein du même médiateur ?***

Avec la psychomotricienne oui parce qu'on travaillait en partenariat. Avec les éducateurs ça dépend de chacun, il y a des éducateurs qui identifiaient bien les différences et d'autres c'était un temps de pause pour eux aussi et il pensait que tout le monde faisait pareil. A la MAS, il avait du mal à voir la différence, il pensait réellement que c'était un temps de pause, il me demandait même en sortant de la salle si j'avais bien dormi.

***Toute à l'heure vous m'évoquiez le fait que les professionnels pouvaient vous interpeler concernant un patient qui n'était pas très bien pour que vous réalisiez des séances Snoezelen ponctuels. Concrètement pourquoi ils vous demandaient d'intervenir auprès de ces patients-là ?***

Alors moi c'était beaucoup pour le bruit, quand il ne supportait pas les bruits ou pour un trouble alimentaire, quand il recrache tout à table etc. Quand c'était un enfant qui bougeait partout, qui était agité, qui courait c'était la psychomotricienne que l'on appelait. On nous appelait sur le versant vie quotidienne, un enfant qui ne voulait pas s'habiller, qui ne voulait pas mettre un pull parce qu'il ne supportait pas la couture c'est moi qui intervenais.

***Si je reprends l'exemple du pull, est ce que vous repreniez l'objet « compliqué », ici le pull, et vous retravaillez avec en salle Snoezelen ?***

Je prenais le pull vraiment sur la fin. Je partais sur un versant sensoriel au début, c'est-à-dire que je partais avec d'autres matières pour après, petit à petit, arriver sur le pull en question. Pour les odeurs, c'est pareil, si un enfant n'acceptait pas telle ou telle odeur, je partais sur le loto des odeurs pour, qu'à la fin, on arrive sur l'odeur qui ne supportait pas au départ. Pareil pour les bruits, souvent ils ne supportent pas le bruit du TIC TAC, donc je partais sur les bruits des vagues, le bruit de la guitare etc pour arriver sur le TIC TAC. Après c'est le concept d'intégration sensoriel qui prend le relais.

Le côté intégration sensoriel je le fais un petit peu aussi en libéral. Si j'ai une maman qui m'informe que l'enfant n'a pas supporté d'aller au centre commercial parce qu'il y avait beaucoup de bruit, je vais effectivement partir ce versant. Les deux sont assez liés.

***J'allais justement vous demander quelles distinctions faites-vous entre l'intégration sensorielle et le concept Snoezelen ?***

Le Snoezelen est multi sensoriel et c'est l'enfant qui décide. L'intégration sensoriel c'est un seul sens et c'est plus moi qui vais diriger. Si un enfant vient pour du bruit c'est moi qui vais décider que l'on va écouter tel ou tel bruit, tel ou tel son. Il ne faut pas être trop directif non plus mais c'est quand même moi qui vais décider de l'activité. Pour les odeurs c'est pareil, je vais prendre tous les bacs olfactifs et je vais lui demander par quoi il veut commencer mais c'est moi qui vais décider que l'on travaille les odeurs.

Après discussion autour de l'obtention de tout le matériel ainsi que les financements, une question est émergée :

***Le concept Snoezelen possède et commercialise son propre matériel. Peut-on parler de Snoezelen malgré une pratique avec un matériel « détourné » ?***

Oui. Les puristes diront non parce qu'ils veulent vendre leur matériel qui coutent super cher. Mais, pour moi, tant que c'est de la relaxation, du multi sensoriels et que tous les objectifs vont dans ce sens-là, n'importe quel matériel convient. Dans ce que je fais je me retrouve dans une pratique Snoezelen même si c'est du matériel que j'ai fait moi-même. Une colonne à bulle reste une colonne à bulle, un bac sensoriel reste un bac sensoriel, le loto des odeurs reste le loto des odeurs. Ce qu'il faut garder dans l'idée c'est d'avoir toutes les stimulations, si tu n'as que des guirlandes et de la musique tu n'es pas dans le concept Snoezelen. A partir du moment où tu peux proposer les 5 sens : l'auditif, le visuel, le tactile, le gustatif et l'olfactif avec minimum 2/3 objets c'est, pour moi, du Snoezelen. Le bonus c'est quand tu peux proposer du vestibulaire et du proprioceptif mais c'est plus si tu veux finir sur l'intégration sensorielle.

***Pour ce côté vestibulaire et proprioceptif, le psychomotricien ne serait-il pas le plus apte 0 le travailler ?***

Oui et non. A l'IME c'est la psychomotricienne qui le faisait parce qu'on avait de la chance d'en avoir une mais après au cabinet je le fais. Quand on est formé à l'intégration sensorielle, le proprioceptif et le vestibulaire est typique des ergothérapeutes. L'intégration sensorielle est réservée aux ergothérapeutes, les formations certifiantes sont réservées aux ergothérapeutes. Tu peux avoir des psychomotriciens qui vont être formés mais ça ne sera pas des formations certifiantes, c'est-à-dire ce ne sera pas les 3 modules. Les psychomotriciens n'existent qu'en France et en Suisse, le certificat est pour les Occupational Therapist, donc pour le coup il est que pour nous. Aux Etats-Unis et au Canada les psychomotriciens et les ergothérapeutes c'est la même chose, c'est le même métier, les deux

métiers sont regroupés en un seul. Je me sens donc légitime de travailler le vestibulaire et le proprioceptif en séance Snoezelen. Dans la pyramide des sens primaires tu as :

1. En bas : le tactile, le proprioceptif et le vestibulaire
2. Au milieu : le visuel et l'auditif
3. En haut : l'olfactif et le gustatif ensemble

C'est vraiment un sens très basique, très primaire à travailler.

*Merci beaucoup pour cet entretien et d'avoir pris le temps de me répondre.*