



**« Revalorisation sensorielle et bien-être à
la résidence MBV-LES REFLETS
D'ARGENT »**

**LA MUTUELLE DU BIEN VIEILLIR
EHPAD LES REFLETS D'ARGENT**

**2 rue des Hirondelles
Ilot Cazôt
34 250 Palavas Les Flots**

**04 67 17 64 00 / 04 67 17 64 01
reflets@mutuelle-mbv.fr**

RAPPORT FINAL :

Numéro du projet : SQVA09 - 0032

Intitulé du projet : Revalorisation sensorielle et bien-être à la résidence MBV-LES REFLETS D'ARGENT

Thème : Qualité de vie et autonomie.

DONNEES RELATIVES A L'ORGANISME PORTEUR DU PROJET

Représentant de l'organisme : M. Pierre MONTAGNE pour La Mutuelle MBV.

Responsable du Projet : Mme Pascale BOUVIER pour l'EHPAD Les Reflets d'Argent.

Adresse : 2 rue des Hirondelles. 34 250 Palavas Les Flots

Tél : 04 67 17 64 00

E-mail : reflets@mutuelle-mbv.fr

Site Web de l'organisme : www.mutuelle-mbv.fr

DONNEES RELATIVES AU PROJET

Localisation du projet : EHPAD MBV – Les Reflets d'Argent.

Date de début du projet : Octobre 2009

Date de fin du projet: Novembre 2010

Durée du projet : 12 mois pour la création et la mise en service du dispositif SNOEZELEN et l'évaluation.

Budget total du projet: 25 984 €

Contribution Paul Bennetot : 12 900 €

Partenaires financiers : Fondation Paul Bennetot et Mutuelle MBV.

SOMMAIRE

- I- Résumé du projet
- II- Déroulement du projet
- III- Vie du projet au sein de l'EHPAD et du Groupe MBV : le concept VITA CLEMENTIA
- IV- Evaluation des effets d'un accompagnement SNOEZELEN en EHPAD.
- V- Conclusion et perspectives
- VI- Annexes

I- Résumé du projet:

Notre EHPAD « Les reflets d'Argent » réalise en 2010 son projet « SNOEZELEN » intitulé « Revalorisation sensorielle et bien-être » grâce au soutien de la Fondation Paul Bennetot qui en a reconnu le caractère innovant - lors de son Appel à projet « Qualité de Vie et Autonomie 2009 ».

Nous vous rappelons ici l'origine et les objectifs de ce dispositif SNOEZELEN.

Constat est fait que la population accueillie au sein de nos résidences est de plus en plus dépendante. On assiste à une recrudescence de pathologies de type Alzheimer qui se traduisent par des troubles de la mémoire, des difficultés à communiquer verbalement, une anxiété pouvant conduire à de l'agressivité, au repli sur soi... On estime que 35 millions de personnes dans le monde souffrent de démence de type Alzheimer et que 60 à 80% des résidents d'EHPAD présentent ce type de troubles source « Alzheimer's Disease International ».

S'adapter aux besoins des ces personnes est une nécessité. Le concept **SNOEZELEN** né aux Pays Bas tente de répondre à cet enjeu. Initialement conçu pour des personnes handicapées mentales, il se développe depuis quelques années pour les seniors dans différents pays (Allemagne, Belgique, France, Pays Bas...). Il s'agit de l'aménagement d'un **espace** dédié à la **stimulation des cinq sens** de la personne âgée désorientée afin de la placer dans une situation de bien être propice à la communication.

Le néologisme SNOEZELEN découle de deux mots néerlandais :

- « snuffelen » qui signifie flairer, renifler et présente une dimension active,
- « doezelen » qui peut se traduire par adoucir et renvoie à une idée de calme, de douceur.

Dans la dualité du mot SNOEZELEN se trouve toute la force du concept, associant intimement bien être et exploration sensorielle. Il s'agit de décrire une sensation indéfinissable de langueur. Or pour parvenir à cet état, la personne âgée doit être plongée dans une ambiance chaleureuse, rassurante et apaisante

Ce concept philosophique s'inscrit pleinement dans la démarche éthique de notre mutuelle : placer la personne âgée vivant en EHPAD au cœur d'un prendre soin sans la réduire au seul objet de soin, en la considérant dans sa globalité c'est-à-dire à travers son histoire de vie, les

liens affectifs et familiaux présents et disparus, ainsi que l'ensemble de ses possibilités lui permettant encore d'interagir dans son environnement.

Il est un fait que le vieillissement altère progressivement tous les aspects de la santé. La santé physique est atteinte par la sénescence physiologique, qui touchent tous les tissus, les organes notamment les systèmes sensoriels (ouïe, vue), le système locomoteur, le système immunologique (baisse de la résistance contre les affections). La santé mentale est menacée par une baisse des capacités intellectuelles, des tendances dépressives, et le risque de démence, que l'on ne peut ni prévoir ni éviter. La santé sociale qui dépend dans une large mesure de la façon dont la société accepte et considère la personne âgée. L'effort des autres est-il aujourd'hui suffisant ?

L'esprit de la personne comme celui de tout être est dominé par le besoin d'être considéré, apprécié, de se sentir utile, digne de vivre, sentiment qui aide à faire face aux angoisses existentielles. Le rôle social de la personne âgée dépend de l'attitude de la société. A côté des conditions de vie il faut, pour redonner de la dignité aux personnes âgées, mettre en exergue les services qu'elles peuvent rendre à leur famille et à la société, leur faire prendre conscience de leur utilité. Toute activité valorise la personne âgée à ses propres yeux et à celui des autres ; c'est l'indice d'une capacité à se projeter dans l'avenir, un moyen de vieillir dans de meilleures conditions, en ce prouvant à soi-même ce dont on est encore capable. Comment trouver d'autres activités capables de les guider dans la recherche du sens ? De concilier bien-être et modernité ?

L'espace SNOEZELEN se fait l'emblème d'une approche gériatrique où la personne âgée retrouve prérogative et intention : elle y situe le centre, l'envie, le pôle de décision. Il permet de proposer un accompagnement adapté et de qualité aux personnes âgées quelque soit son niveau de dépendance puisqu'il s'agit avant tout d'un moment de rencontre, de communication verbale ou non verbale, de connaissance de soi, et de détente...

Dès lors il convient de distinguer différents modes d'utilisation de cet espace selon les possibilités et les compétences des personnes. Selon notre psychologue l'espace doit répondre à plusieurs problématiques :

- La relaxation : le lieu crée une atmosphère de détente, de sécurité et de stimulation douce (éveil auditif : musique douce, bruits naturels de la mer ou de la nature)
- La stimulation : Les jeux moteurs sont favorisée et les mouvements encouragés. (découverte olfactive et tactile)

- La communication et l'interactivité : L'espace favorise l'entrée en relation, il devient l'outil de communication (son et lumière, mouvement et posture).

Le Dr LEHNART et son équipe du CHU de Metz-Thionville ont été les premiers à étudier les effets de la stimulation sensorielle SNOEZELEN sur les troubles du comportement (ce travail a fait l'objet d'une thèse de Médecine soutenue en juin 2001 par le Dr LEHNART consacrée aux effets de la méthode SNOEZELEN sur les personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer et autres démences).

Les troubles du comportement, en particulier ceux associés à la démence révèlent des attitudes paradoxales telles que la violence, les errances, l'apathie ou la modification de la personnalité et de l'affectivité. Lorsque ces troubles apparaissent une évaluation doit être réalisée pour repérer d'éventuels facteurs déclencheurs.

Par définition un trouble du comportement est un comportement inadapté à la norme attendue. Cela implique un écart entre l'expression verbale et le non verbal de la personne souffrante, inspiré de son caractère initial, par ses modes de communication singulier et par la réminiscence éventuelle d'évènements liés à son histoire de vie. Ces éléments qui s'entrechoquent avec des règles de vie sociale peuvent trouver un autre sens d'expression dans un environnement où seul les sens sont interrogés et sollicités. Où dans un tel lieu, la personne peut se détendre et ressentir de nouvelles émotions, exprimer sa créativité et se sentir exister.

Ce projet expérimental a pour double vocation de :

- faire évoluer la démarche d'accompagnement des professionnels au sein de l'EHPAD et développer de nouvelles réponses en matière de prise en charge en cohérence avec les valeurs et méthode du groupe MBV.
- de mesurer les effets et l'impact du dispositif SNOEZELEN auprès des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer et les répercussions sur les professionnels ayant utilisé ce dispositif. Une évaluation sur les effets constatés d'un accompagnement SNOEZELEN pendant une période de 5 semaines sur un groupe cible de résidents (12 femmes) et sur leur équipe soignante décrit les résultats et apport de ce dispositif.

II- Déroulement du projet :

Le projet a été réalisé dans les conditions initialement prévues lors de la conception et dépôt du projet au sein de la Fondation Paul Bennetot début 2009. Les travaux et aménagement de l'espace SNOEZELEN ont eu lieu au cours du mois d'octobre 2009.

Ainsi, dans une première partie du projet, le dispositif SNOEZELEN, appelé au sein de notre mutuelle « Espace SENN SAO », a été installé par la société T.F.H qui nous a fourni tous les éléments de mobilier destinés à l'aménagement de la salle (cf photos). Forte de plus de quinze ans d'expérience, cette société est devenue le spécialiste de la conception et de l'installation clé en main d'espaces multi-sensoriels sur mesure. Elle s'est inscrite dans notre projet d'aménagement en proposant divers techniques et matériaux.

Concrètement, la salle SNOEZELEN est une salle blanche, composée d'un mélange de lumière, de sons, de bruits et d'odeurs conçue pour que chaque sens puisse être sollicité. Les dimensions de la pièce sont suffisantes pour rendre cet espace chaleureux sans être étouffante (malgré l'absence de fenêtre). Le matériel à manipuler est attrayant, solides et d'utilisation simple.

Quelques exemples :

- Le projecteur Solar est un appareil permettant de projeter sur le mur des décors colorés en mouvement.
- Les fibres optiques changent de couleurs. Elles peuvent être manipulées sans risque par la personne âgée qui peut faire à son goût un bouquet lumineux (presque fluorescente), un bracelet, une tresse, nous y avons associé une moquette de couleur.
- Une colonne à bulle : grand tube illuminé par la base posé sur un canapé pour faciliter le placement et l'assise de la personne.
- Un matelas à eau idéal pour épouser les formes et laisser la personne se relaxer.
- La salle de découverte encourage le mouvement à partir de différentes positions du corps et favorise les jeux moteurs. Le sens olfactif y est stimulé au moyen de diffuseurs d'huiles essentielles, notamment.

La seconde partie du projet concerne la formation du personnel de l'établissement à l'utilisation de ce dispositif.

Notre choix se portera certainement sur l'organisme spécialisé dont les devis figurent dans notre projet initial à savoir « SNOEZELEN, L'Atelier » à Saint Julien Les Metz (57).

Nous avons choisi de décaler la formation afin de disposer, sur le site, du dispositif SNOEZELEN. Ainsi, les personnels concernés, pourront recevoir la formation sur leur lieu de travail, avec l'outil qu'ils seront amenés à utiliser par la suite.

Bien que de nombreux paramédicaux soient amenés à intervenir dans le cadre d'un concept SNOEZELEN, cet espace n'est ni une thérapie, ni une rééducation mais une approche philosophique dans la prise en charge individualisée de la personne en état de dépendance qui se veut au service de « l'être » et non du faire, exister tout simplement sans stress, sans exigences de la part de quiconque. Car « ne rien faire » est une possibilité. Détente et stimulation alternent à un rythme déterminé par la personne âgée.

La salle SNOEZELEN déplace en ce sens les acteurs de soins de leurs fonctions habituelles en leur permettant de partager un moment privilégié avec des résidents dès lors réinvestis dans la maîtrise d'une temporalité et par la même dans leur capacité à exprimer desirs et personnalité.

Mais avant tout chose, l'espace SNOEZELEN est un outil pour une démarche d'approche de la personne. Cette démarche demande une réflexion et une prise de conscience de la part de l'accompagnant.

La formation à un tel outil est indispensable pour assurer le meilleur accompagnement possible et exploiter au mieux les techniques de stimulations sensorielles adaptées au besoin des personnes. Car il ne suffit pas de placer les personnes dans la salle pour en observer les effets.

Le programme de formation s'est déroulé sur une période de cinq jours : les 21 et 22 janvier, puis les 3, 4 et 5 février 2010. Créé en avril 2008, l'atelier réunit 3 formateurs possédant chacun une longue pratique et une réflexion approfondie du concept SNOEZELEN.

1 / Réflexion autour de la mise en place d'un projet SNOEZELEN :

Cette information d'une journée s'adresse aux administrateurs d'associations, directeurs d'établissements et personnels référents. Cette intervention a été menée dans l'établissement par Gilles LEHNHART (présentation du concept, analyse des moyens humains et matériels existants et élaboration du projet au sein de la résidence).

2 / Module de formation théorique et pratique :

« SNOEZELEN, les (r)éveils sensoriels » : aider à se sentir, se construire, créer et communiquer

Ce stage a permis aux participants de se familiariser avec l'espace dit de « stimulation multi sensorielle » ainsi qu'avec ses référentiels théoriques, d'acquérir les expériences psychosensorielles pour et par soi-même, afin de pouvoir mieux y accompagner le sujet et de réaliser une activité structurée et structurante dans le cadre institutionnel. Les aspects théoriques ont été développés par Gilles LEHNHART sur une durée de deux jours. Les mises en situation pratique au sein de l'espace SNOEZELEN ont été assurées par Annie JACQUEMOT pendant trois journées consécutives. La formation s'est déroulée dans l'établissement, dans notre salle « SENN SAO ».

Une fois la formation dispensée, les personnels ont pu accompagner régulièrement les résidents dans l'espace SENN SAO. Un document de suivi de séance est rédigé après chaque intervention afin de garder une trace du passage de chaque résident et permettre une évaluation de l'impact de cette prise en charge sur le comportement.

Les animateurs ont également mis en place des séances hebdomadaires de relaxation, de lecture et de détente pour tous les résidents (atteints de démence ou pas) souhaitant bénéficier de cet espace. Ces initiatives permettent d'ouvrir largement l'espace SENN SAO et de faire prendre un caractère habituel à l'utilisation de la salle. Les familles ont également été conviées à l'inauguration et peuvent, à leur convenance l'utiliser avec leurs parents. Ainsi, tous les intervenants sont invités à fréquenter ce lieu, il ne concerne plus uniquement l'accompagnement de personnes désorientées mais entre dans le projet de vie et d'animation en général.

Cette approche de l'accompagnement, fondée sur l'individualisation de l'accueil et sur le bien être adapté aux besoins de chaque résident accueilli constitue le fondement du projet institutionnel de la Mutuelle MBV. Il est développé dans tous nos EHPAD sous l'appellation VITA CLEMENTIA.

III- Vie du projet au sein de l'EHPAD et du Groupe MBV : Le concept VITA CLEMENTIA

Ainsi, MBV développe dans chacun de ses établissements, un concept global original et de haut niveau tant en matière d'hébergement que de prestation, qui s'accompagne d'un nouveau style de vie en établissement, le concept VITA CLEMENTIA. Ce concept s'appuie sur une recherche constante pour une liberté au quotidien, sur une volonté d'augmenter les plaisirs et le bien-être, et sur une politique de prévention en vue de retarder la dépendance.

Ce programme constitue une nouvelle approche d'accompagnement de la personne âgée durant son séjour au sein de nos établissements de retraite. Il a été lancé en Décembre 2008 dès l'ouverture de l'établissement « Tour de Vigenna » à Senillé (86).

Il s'inspire du « Carpe Diem », mais contrairement à celui-ci, restreint à une seule petite unité de vie, généralement de personnes âgées désorientées, le programme VITA CLEMENTIA est ouvert dans les résidences MBV à tous les résidents de l'établissement.

Dans une organisation classique, l'intervention du personnel est organisée selon un planning mis au point à partir du recueil des souhaits de la personne accueillie en matière d'horaire de lever et d'horaire de coucher. Une fois le planning défini sur cette base, la personne âgée sera levée tous les jours à la même heure, sa toilette effectuée tous les jours à la même heure et elle sera couchée tous les jours à la même heure. Dans une telle organisation, les changements d'horaire sont toujours possibles, mais ne peuvent pas être pris en compte immédiatement, ni évoluer d'un jour sur l'autre, puisqu'ils remettent en cause l'organisation du planning des soignants. Le réaménagement du planning se fait donc avec un certain délai.

Dans l'approche VITA CLEMENTIA, le résident n'est pas réveillé par le personnel, sauf s'il l'a expressément demandé. De fait, les résidents se lèvent naturellement selon leurs habitudes ou selon leur état de forme/fatigue. Une fois réveillés, ils sont pris en charge par le personnel au fur et à mesure de leur lever et en fonction de leur souhait d'être préparé avant la prise du petit-déjeuner ou après celui-ci. Chaque matin, leur avis est donc pris en compte, l'organisation étant souple et adaptable.

De même, ils peuvent choisir chaque jour s'ils vont prendre leur petit-déjeuner en chambre ou en commun dans l'unité de vie.

De la même façon, le soir, les résidents sont installés pour la nuit en fonction de leur demande. Selon l'horaire, ils seront donc accompagnés dans cette préparation, par l'équipe de jour ou par l'équipe de nuit. Ainsi, ce sont les équipes qui s'adaptent aux résidents et non l'inverse. Ils peuvent choisir de passer la soirée à jouer aux cartes au salon, choisir de « s'endormir » devant la télé, comme à la maison, avant d'être accompagnés au coucher ou choisir d'être accompagné plus tôt dans leur chambre pour y regarder la télévision en toute intimité, lire, ou écouter de la musique,...

Ce programme constitue une véritable révolution culturelle avant d'être un changement organisationnel. Cette révolution touche à la fois le personnel, plus habitué à une organisation hospitalo-militaire, mais aussi les familles, qui ont tendance à vouloir décider à la place de leurs parents âgés ce qui est le mieux pour eux. La Direction de l'établissement

doit donc faire un véritable travail auprès du personnel et des familles pour expliquer la démarche et faire adhérer l'ensemble à ce concept.

Il s'agit là d'une approche à fort potentiel philosophique, psychologique et économique.

C'est dans ce cadre que notre projet d'espace SNOEZELEN va dorénavant s'intégrer. En effet, le concept VITA CLEMENTIA nous amène à pratiquer un accompagnement individualisé pour chaque personne accueillie dans nos EHPAD, nous proposons un rythme de vie mais également des activités variées en fonction des besoins mais surtout des souhaits des résidents.

Notre salle SENN SAO s'intègre dans un dispositif personnalisé global (aussi appelé DIP) imaginé par le groupe MBV, celui-ci est reproduit dans tous nos établissements (en fonction des contraintes architecturales et de la date d'ouverture), il contient plusieurs éléments clés tels que :

- L'espace multi sensoriel SENN SAO
(Accompagnement SNOEZELEN décrit précédemment).

- L'espace Aqu@lia

Il s'agit d'un espace de balnéothérapie adapté aux personnes âgées et aux personnes en perte d'autonomie. C'est un lieu propice à la relaxation et à la détente équipé d'une baignoire à hauteur variable intégrée dans une pièce à l'ambiance intimiste et chaleureuse.

- Le Jardin JADE

Ce jardin thérapeutique, d'inspiration japonaise, comprend un parcours de motricité et d'équilibre, un chemin de promenade, des lieux de repos, des aires sensorielles (plantes aromatiques, textures et matériaux différents au sol).

Ce jardin est conçu pour être accessible à tous les résidents qu'ils soient autonomes ou en fauteuil roulant.

- Le logiciel de stimulation cognitive ACTIVITAL

C'est un programme informatique de stimulation des fonctions supérieures (mémoire, raisonnement, attention) adapté aux capacités des personnes âgées. L'utilisation d'un écran et d'un vidéoprojecteur le rendent plus accessible. Il comprend des exercices utilisant des dessins simplifiés, des jeux de lettres et de mots, en gros caractères.

Les ateliers sont encadrés par les animateurs ou par la psychologue.

Une stimulation plus ludique est aussi proposée régulièrement par l'équipe d'animation qui met en place des ateliers de jeu sur console « Wii » ou encore des séances d'initiation à l'utilisation d'Internet. La résidence étant équipée d'un ordinateur connecté réservé aux résidents et aux familles.

La mise en application du concept VITA CLEMENTIA ainsi que les activités proposées dans le cadre du dispositif personnalisé d'accompagnement (DIP) composent l'environnement des EHPAD du Groupe MBV et donc celui de la résidence Les Reflets d'Argent. Le dispositif SNOEZELEN mené grâce à la participation de la fondation Paul BENETOT s'est parfaitement inscrit dans la dynamique d'innovation et de recherche d'un accompagnement optimal des personnes âgées en perte d'autonomie.

IV- Evaluation d'un accompagnement SNOEZELEN en EHPAD.

Les premiers mois d'utilisation de notre espace SENN SAO ont été encadrés par une étudiante en MASTER de Psychologie à l'Université Montpellier III, Melle Adèle HARTLEY. Elle a mené une étude sur les effets constatés d'un accompagnement SNOEZELEN sur des résidents atteints de démences à différents stades.

Pour résumé ce travail dont le mémoire d'étude vous est proposé dans son intégralité en annexe.

Des symptômes psycho-comportementaux de la démence (SPCD) tels que l'agitation, l'anxiété et la dépression sont souvent présent précocement dans la démence et augmente en fréquence et en sévérité avec son évolution. Ces symptômes sont difficiles à gérer pour la personne démente mais aussi pour l'équipe soignante responsable de leur soin.

Les prises en charge médicamenteuses ont une efficacité limitée et des alternatives non médicamenteuses ont une place important.

La stimulation multi-sensorielle ou SNOEZELEN est une approche de plus en plus répandu dans les EHPAD en France.

Cette étude évalue les effets de 5 séances de SNOEZELEN pendant une période de 5 semaines sur un groupe de 12 femmes résidant en EHPAD et sur leur équipe soignante. L'équipe soignante a évalué les troubles psychologiques et comportementaux selon le NPI (Neuropsychiatric Inventory) avant et après le protocole ainsi que leur propre retentissement par rapport à leur charge de travail.

Les résultats ont montré une réduction des troubles psycho-comportementaux chez les résidents et une réduction de la charge de travail ressenti par les soignants suite aux séances de SNOEZELEN.

V- CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Notre Mutuelle a choisi de développer une approche innovante des personnes âgées dépendante. La fondation Paul Bennetot a contribué à la réalisation d'un projet important qui est la réalisation d'un espace SENN SAO fondé sur l'approche SNOEZELEN et l'intégration de cet espace dans le D.I.P, dispositif personnalisé d'accompagnement, mis en œuvre à la résidence retraite MBV-Les Reflets d'Argent.

Par ailleurs, à compter de l'année 2011, la mutuelle MBV va déployer largement dans tous ses établissements son projet d'accompagnement individualisé à travers le concept VITA CLEMENTIA. Une communication interne et externe est prévue afin d'aider les collaborateurs et les partenaires à mieux comprendre l'importance d'une nouvelle approche individualisée en EHPAD.

L'accompagnement SNOEZELEN, très liée au concept décrit ci dessus est particulièrement adapté aux personnes âgées atteintes de pathologies de type Alzheimer, dont les possibilités d'expression et de communication sont restreintes. Nous souhaitons utiliser ce lieu comme un outil de thérapie non médicamenteuse pour les résidents souffrant de démence mais pas seulement car l'approche globale du vieillissement veut que le bien être et la détente soient accessibles à tous au-delà des considérations purement médicales.

Notre projet, intégré dans un projet institutionnel fort, veut améliorer le bien être des personnes âgées et leur permettre de vivre mieux dans une structure collective respectueuse de chaque individualité.

Annexes

Mémoire d'études rédigé par Melle Adèle Hartley.

Master 1 de Psychologie

MEMOIRE DE RECHERCHE M1 DE PSYCHOLOGIE SPECIALITE « PSYCHOPATHOLOGIE ET NEUROPSYCHOLOGIE »

Stimulation sensorielle et démente : une étude sur les effets psycho-
comportementaux de SNOEZELEN sur des résidentes démentes en
EHPAD

Soutenu et présenté par

Adèle Hartley

**Sous la direction de : Pr. Marie-Christine GELY-Nargeot
Référent : Morgan Perardel**

Année universitaire 2009-2010

REMERCIEMENTS

Nous remercions Morgan Perardel, Nadège Simon, Martine Ceccheti ainsi que tous les membres de l'équipe de Sudalia et Les Reflets d'Argent pour leur disponibilité et leur participation à cette étude.

Nous remercions le groupe MBV pour son accueil.

SOMMAIRE

I- POSITION DU PROBLEME ET OBJECTIF	1
II- PARTIE THEORIQUE : ETAT DE LA QUESTION	3
A- Les syndromes démentiels	
B- Les symptômes psycho-comportementaux	
C- Le concept SNOEZELEN	
III- PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	13
IV- MATERIEL ET METHODE	14
A- Matériel	
1. Description de la population	
2. Outils d'évaluation	
3. Matériel SNOEZELEN	
B- Méthode	
1. Procédure	
2. Méthodes statistiques	
V- RESULTATS	19
A- Analyses quantitatives	
B- Analyses qualitatives	
VI- DISCUSSION	26
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXES	

I- POSITION DU PROBLEME ET OBJECTIF

Selon un rapport de « Alzheimer's Disease International » (une fédération internationale de 71 organisations de la maladie d'Alzheimer), on estime à 35 millions le nombre de personnes dans le monde avec une démence en 2010. Le rapport prédit aussi un doublement du nombre de cas de démences tous les vingt ans. En France une récente étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) publié en 2009, a montré que « 60 à 80% des personnes résidants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées(EHPAD) présentent des symptômes caractéristiques de la maladie d'Alzheimer. »

La démence dont la forme la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer. Elle est souvent accompagnée de symptômes psychologiques et comportementaux qui peuvent être très problématique et pour les personnes atteintes de démence et pour leur entourage et les aidants. L'Association Psychogériatrique Internationale emploie les termes de « symptômes psychologiques et comportementaux de la démence » (SPCD) définis comme les signes et les symptômes évocateurs de troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur et des comportements. Les SPCD sont souvent regroupés dans des catégories d'agression, agitation psychomoteur, psychose, apathie et dépression et sont présent chez jusqu'à 90% des personnes ayant la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. Ces SPCD évoluent avec la maladie et sont particulièrement présents dans le stade sévère et chez les résidents en EHPAD (Finkel, 1998).

Bien que les prises en charge médicamenteuses de la démence aient une valeur bien reconnues, elles ont une efficacité limitée et des effets secondaires non négligeables. En conséquence de quoi, la plupart des directives soulignent l'importance des prises en charges non médicamenteuses telle que la musicothérapie, l'art-thérapie, la stimulation cognitive et la stimulation multi-sensorielle.

La stimulation multi-sensorielle par l'approche *SNOEZELEN* offre aux patients un endroit de bien-être destiné à stimuler les cinq sens sans chercher à engager des capacités cognitives souvent très diminuées avec la démence.

L'approche *SNOEZELEN* a été conçue initialement dans les années 70 pour les adultes souffrant de handicaps psychomoteurs et plus récemment a été proposée dans de nombreuses maisons de retraite. L'usage de la stimulation sensorielle comme prise en charge non médicamenteuse repose sur des études qui montrent l'effet délétère de la privation sensorielle et son lien avec les troubles de comportement (Loew & Silverstone, 1971). Cependant, des études antérieures n'ont pas démontré de façon concluante l'efficacité thérapeutique de l'approche *SNOEZELEN*.

Très peu d'études ont été réalisées dans ce domaine en France. Dans cette étude, nous proposons d'explorer les effets de la stimulation sensorielle par l'approche *SNOEZELEN* sur les troubles du comportement chez les personnes âgées atteintes de démence et résidant en EHPAD ainsi que les effets indirects sur l'équipe soignante.

II- PARTIE THEORIQUE : ETAT DE LA QUESTION

A- LES SYNDROMES DEMENTIELS

Le mot démence trouve ses origines dans le mot latin 'demens' qui veut dire sans esprit. La définition a évolué à travers les siècles de l'extinction de l'imagination et du jugement (dictionnaire Physique de Blancard en 1726) à 'la perte des capacités cognitives' au XIXème siècle. La définition continue d'être révisée.

Aujourd'hui les deux principales définitions de la démence sont celle du CIM-10 (1994) de l'Organisation Mondiale de la santé, et celle du DSMIV-TR(2000) de l'APA (American Psychiatric Association).

Le CIM-10 définit la démence comme « une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours. Cette altération doit être apparue depuis au moins six mois et être associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : le langage, le calcul, le jugement, la pensée abstraite, les praxies, les gnosies, ou modification de la personnalité. »

Le DSMIV-TR la définit «comme un syndrome insidieux et progressif se caractérisant par des déficits multiples, à la tête desquels figurent nécessairement les troubles de la mémoire. Les troubles de la mémoire doivent s'accompagner d'au moins un autre type de déficit (langage, praxie, gnosie ou fonction exécutive). Ces déficits cognitifs doivent constituer un déclin par comparaison aux capacités antérieures et ils doivent compromettre les activités professionnelles ou sociales de la personne. Enfin, ils ne doivent pas être liés à un delirium ou à une affection psychiatrique.»

Il y a une croissance du nombre de cas de démence avec l'âge – 0.5% à 60-64ans, plus de 10% entre 80 et 84 ans et à partir de 85ans une femme sur quatre et un homme sur cinq sont touchés.(www.plan-alzheimer.gouv.fr). Avec le vieillissement de la population dans les pays industrialisés, la démence est un vrai problème de santé publique.

Diagnostic :

Les premiers critères diagnostiques étaient proposés en 1984 par McKann et al dans le NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communication Disorders and Stroke-Alzheimer and Related Disorders Association). Les critères du NINCDS-ADRDA continue d'être un point de références aujourd'hui mais leur efficacité dans la différenciation entre la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence par exemple la démence fronto-temporale a été mis en question (Varma et al. 1998).

Le diagnostic place beaucoup d'importance sur la détection précoce d'une possible démence. Pour l'instant, bien qu'il y ait eu des avancées concernant des marqueurs biologiques pour diagnostiquer la maladie d'Alzheimer, le diagnostic est premièrement un diagnostic clinique avec l'aide de tests psychométrique tels que le Mini Mental State de Folstein.

Etiologie :

Les formes de démence les plus fréquentes sont la maladie d'Alzheimer, la démence à corps de Lewy, les démences vasculaires, la démence fronto-temporale/maladie de Pick, la démence associée à la maladie de Parkinson et la maladie de Huntington.

B- Symptômes psycho-comportementaux de la démence

Les symptômes psycho-comportementaux de la démence constituent des manifestations majeures et fréquentes des troubles démentiels. Leur prévalence augmente souvent avec la progression de la maladie et ils ont des conséquences sur le fonctionnement et la souffrance des patients et de leurs aidants.

Selon Kunik et al(2002) il n'y a pas de différence notable dans les troubles du comportement entre les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de démence vasculaire, de démence consécutive à l'alcoolisme ou de démence d'origine multiple. Dans des démences dégénératives cependant, la fréquence des troubles du comportement semble être corrélée à l'évolution de la démence

Agitation et agressivité :

Ces comportements peuvent s'exprimer sous la forme d'un caractère buté et intolérant. Une attitude opposante aux soins (toilette, habillage) ou une irritabilité. Le patient peut manifester une agressivité verbale ou physique et peut se mettre en colère en criant, donnant des coups de pied aux objets, les jeter ou essayer de blesser ou frapper les autres.

Ces comportements sont très fréquents et souvent déclenchés par l'incompréhension du monde extérieur. Ils sont une cause de l'exclusion socio-familiale et une des principales raisons de prescription de tranquillisants ou même de contention physique.

Anxiété :

L'anxiété est liée de façon significative aux manifestations dépressives. Elle peut être la conséquence d'autres troubles plus ou moins spécifiques et peut entraîner des troubles du comportement. L'anxiété chez les personnes démentes est souvent liée à autrui ; par exemple, une angoisse d'abandon conduisant à l'agrippement ou la recherche d'un conjoint ou d'un membre de la famille.

Elle peut provoquer plus généralement la déambulation et des fugues.

La conscience de ses troubles cognitifs peut provoquer chez l'individu beaucoup d'anxiété, par exemple par la crainte d'un échec, ou en réponse à une agnosie accompagnée d'un sentiment d'étrangeté et d'incompréhension.

Des idées délirantes et des hallucinations et leur nature terrifiante peuvent très probablement et légitimement créer de l'anxiété.

Elle peut se manifester sous forme de crise de panique est demeure très courante dans les démences.

Dépression et la dysphorie :

La dépression peut accompagner la démence très tôt en raison d'une prise de conscience du déclin. Il peut aussi s'agir d'un syndrome dépressif réactionnel à un deuil, la séparation de la famille ou un placement en institution.

De nombreux travaux ont avancé des liens entre démence et dépression, notamment que la dépression tardive serait un possible signe précoce de la démence (Jorm 2000), ou la difficulté à les distinguer (certains symptômes étant communs aux deux). Ainsi, le désintérêt et le désintéressement progressif, la réduction de l'activité, le ralentissement psychomoteur, et même des déficits cognitifs de l'attention et de la mémoire, l'apathie.

La dépression a souvent un facteur déclenchant et s'installe plus rapidement que la démence. En général, dans la dépression, les symptômes sont plus présents le matin et dans une démence, ils ont tendance à s'aggraver le soir.

Cependant, la dépression est souvent un des troubles associé à la démence et il peut être de marquer une séparation nette entre les deux.

La dépression est fréquente dans la maladie d'Alzheimer et peut être présente dès le début avec les plaintes mnésiques. La dépression est aussi fréquente dans la maladie de Parkinson et dans les démences vasculaires.

La détresse du patient peut être directement exprimée par des idées noires, du pessimisme concernant son avenir, des idées suicidaires... ou peut se manifester par d'autres troubles psychologiques comme l'anxiété ou l'irritabilité, ou encore par des troubles du comportement tels que la perte de l'appétit, des troubles du sommeil, l'apathie...

Idées délirantes et hallucinations :

Les idées délirantes et les hallucinations ont une grande prévalence dans les syndromes démentiels par exemple dans la maladie d'Alzheimer, la démence à corps de Lewy ou la maladie de Parkinson. Elles sont moins fréquentes dans les démences fronto-temporales.

« Les idées délirantes sont souvent définies comme un ensemble de fausses croyances, inébranlables, basées sur une inférence incorrecte de la réalité extérieure. » (Fischer, 2004)

Dans le cas de la démence, la difficulté peut être pour le clinicien de différencier des symptômes d'autres manifestations touchant la mémoire, telles que la fabulation ou la désorientation.

Selon une étude de Cummings, les idées délirantes de persécution sont plus courantes chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, alors que d'autres types d'idées délirantes comme la mégalomanie ont tendance à accompagner d'autres syndromes cérébraux organiques.

Les idées délirantes liées au vol sont fréquentes chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et présentes assez précocement dans l'évolution de la maladie, souvent dans la première année (Huang et al, 1997).

D'autres idées délirantes fréquentes chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer sont liées aux fantômes, à l'infidélité conjugale, à l'abandon.

Quant aux hallucinations, elles sont souvent peu élaborées et précoces et prévalent dans la démence à corps de Lewy et la démence Parkinson mais aussi présentes dans la maladie d'Alzheimer, les démences vasculaires, et rarement (jusqu'à 2% des cas) dans la maladie de Huntington. Elles peuvent être de nature visuelle (voir des personnes ou des lumières), auditive (voix ou bruits, musique), somasthésiques (impression de sentir du liquide sur la peau, sensation de brûlure), olfactives ou tactiles. Elles sont définies par Ey comme « des perceptions sans objet à percevoir ». (Ey, 1973)

L'euphorie et la désinhibition :

L'euphorie et la désinhibition sont caractéristiques des démences frontales et en particulier de la maladie de Pick.

Le patient peut manifester une exaltation de l'humeur en ayant l'air trop heureux sans raison, en riant pour rien, avec un sens de l'humour puéril. Le rire peut ne pas sembler correspondre à une modification de l'état affectif sous-jacent.

Le patient désinhibé a tendance à agir impulsivement. Il peut avoir un comportement social inapproprié et sans gêne dans son discours ou dans son « contact » physique (toucher des inconnus, parler ouvertement de sujets intimes). La désinhibition peut être d'ordre sexuel.

Apathie, indifférence :

L'apathie se manifeste très fréquemment chez les personnes atteintes de démence. Contrairement à la dépression, il n'y a pas de tristesse, de sentiment de dévalorisation ou des pensées de mort récurrentes. Selon une étude utilisant le NPI, il n'y a pas de corrélation entre l'apathie et la dépression. (Levy et al, 1998)

Troubles du comportement moteur :

Le comportement moteur aberrant se manifeste par des répétitions gestuelles ou verbales (habillage, déshabillage ou activité de rangement). Ils peuvent être liés à un déficit cognitif sévère induisant des comportements automatisés et sont souvent liés à l'anxiété. Ces troubles nécessitent souvent une surveillance importante en raison des dangers potentiels. Ils peuvent augmenter considérablement la charge de travail de l'équipe soignante.

Troubles de l'appétit :

Les pertes d'appétit dans la démence peuvent être liées aux troubles psychologiques, à la dépression, à l'apathie, aux idées délirantes dans le cas des délires de persécution liés à la crainte d'être empoisonné. Dans le cas de la démence, la boulimie au stade précoce est assez fréquente. Ces troubles peuvent avoir des conséquences importantes sur la santé physique du patient, et dans le cas de malnutrition, entraîner des infections dues à la faiblesse.

Les troubles du sommeil :

Les démences sont souvent accompagnées de troubles du sommeil. Le patient peut vouloir se lever la nuit et commencer à faire des activités associées à la journée. Il peut être en décalage et vouloir dormir durant la journée. La présence d'autres troubles du comportement souvent associés avec le soir comme l'anxiété, peut entraîner des difficultés à s'endormir, et le phénomène « du coucher du soleil ».

C- LE CONCEPT SNOEZELEN

Historique

Développé dans les années 70 par deux éducateurs spécialisés hollandais (A Verhuel et J Hulsege), le terme *SNOEZELEN* est la contraction des mots *snuffelen* (renifler, sentir) et *doezelen* (sommoler, se détendre). Le concept correspond à une prise en charge des personnes dans un espace de stimulation multi sensorielle. Les salles *SNOEZELEN* se présentent comme des endroits sécurisés de détente ou de découverte à travers les cinq sens.

Tous les sens peuvent être sollicités séparément ou simultanément : la vue, le toucher, l'odorat, le goût et l'ouïe. Généralement, les salles sont équipées de lumières variées stimulantes et douces, de la musique relaxante, de diffuseurs d'odeurs à base d'huiles essentielles, d'objets et de surfaces aux formes et textures différentes, et, pour la stimulation gustative, on y trouve des bonbons ou des gâteaux sucrés ou salés. L'aménagement sophistiqué dispose de matelas à eau chaude, de projecteurs, de colonnes à bulles lumineuses, de fibres optiques...

A l'origine, le concept était développé pour des adultes polyhandicapés, mais dès les années 80 son utilisation a été élargie au traitement d'enfants handicapés, d'enfants autistes et plus récemment en gériatrie. Ainsi l'aménagement d'espaces *SNOEZELEN* s'au sein de maisons de retraite et d'unités de long séjour en Hollande, en Belgique, en Grande Bretagne, aux Etats Unis et depuis 1998, en France.

La prudence de la France reposait sur une crainte liée aux effets possibles sur l'épilepsie et sur la sexualité, ainsi qu'un usage du dispositif sans légitimation théorique (F Blondel, 2003). Néanmoins, en 1992 l'approche a été reconnue par des spécialistes de l'Assistance Publique des hôpitaux de Paris dans la prise en charge des personnes polyhandicapées, et la création de nouvelles salles a suivi. Le champ d'application s'est élargi et aujourd'hui, on peut trouver des salles *SNOEZELEN* à la disposition des personnes en fin de vie, malades atteintes de VIH, personnes en phase d'éveil de coma et personnes âgées atteintes de démence.

L'accompagnant selon le modèle hollandais peut être n'importe quel membre de l'équipe professionnelle, et, en 1992 les formations en *SNOEZELEN* sont devenues disponibles. Dans l'approche *SNOEZELEN*, le mode d'accompagnement fait un tout avec l'environnement multi-sensoriel pour donner au patient autant de rassurance que possible afin de lui permettre de découvrir et interagir en toute sécurité. Le rôle de l'accompagnant avec les personnes âgées atteintes de démence est centré sur une forme de communication non-verbale.

La Stimulation Sensorielle

La plupart des activités proposées aux personnes âgées en institution est orientée autour de « tâches » à accomplir et peut être exigeante au niveau des capacités cognitives (en déclin chez les personnes atteinte de démence). En conséquence, des capacités moins détériorées sont souvent oubliées telles que celles liées à la sensorialité.

La salle *SNOEZELEN* a été conçue pour créer un environnement qui ne met pas la personne en situation d'échec, et qui propose des *stimuli* n'exigeant ni reconnaissance, ni traitement cognitif du niveau supérieur (Baker, 1998). C'est dans cette perspective, que cette approche se différencie de celles déjà existantes, telles que la musicothérapie (impliquant souvent des souvenirs musicaux liés à une autre époque dans la vie de l'individu qui peuvent provoquer la tristesse autant que joie). De même, avec la thérapie par la reminiscence, et bien que cela n'implique pas d'activité centrée sur la tâche, la personne est présentée avec des événements de son passé. Dans ce cadre l'individu est amené à faire travailler sa mémoire et se trouve mis en face de ses déficits. Ces formes de thérapie ont néanmoins eu

beaucoup de succès mais l'approche *SNOEZELEN* propose une alternative qui implique beaucoup moins de fonctions cognitives. Avec l'évolution de la démence, il devient de plus en plus difficile de trouver des activités appropriées et il est important que la stimulation corresponde au niveau cognitif du patient.

Privation Sensorielle

En 1967, Bower décrivait que la perte progressive de neurones dans des syndromes démentiels, et la perte ou détérioration des sens liés à l'avancé en âge, pourrait rendre des stimuli normaux déroutants. La recherche a souligné le manque fréquent de stimulation pour des personnes en établissement dans des stades plus avancés de la démence. La présence d'une stimulation qui n'est pas adaptée comme par exemple des bruits incompréhensibles, des portes qui claquent ou les cris d'autres patients peuvent augmenter l'anxiété chez la personne (Norberg et al, 1986). Le grand nombre d'études fait dans les années 60 sur la privation sensorielle a montré que pour des sujets sains, des environnements monotones sont stressants et ont tendance à augmenter l'anxiété et réduire les capacités de concentration (Zuckerman, 1984).

En 1971, Loew & Silverstone ont établi un lien entre privation sensorielle et troubles psychologiques et de comportement, en particulier une augmentation d'apathie, chez la population démente.

Les effets sur les troubles du comportement

Une quantité de recherches a montré les effets négatifs, tels que l'anxiété et l'apathie, dû à un manque de stimulation sensorielle ou du à une stimulation sensorielle mal adapté. Les deux (anxiété et apathie) se rencontrent souvent le cas dans les environnements où les personnes démentes résident et qui ne sont pas spécialement adaptés à leurs besoins et la réduction de leurs capacités cognitives et sensorielles.

Les conséquences du manque de stimulation sensorielle peuvent fournir une théorie pour défendre l'usage de l'approche *SNOEZELEN* (Baker et al, 2001) et expliquer son effet possible sur des symptômes psycho-comportementaux de la démence.

Sélection des études sur la stimulation multi-sensorielle et les démences

Depuis des années 60 jusqu'à aujourd'hui, plusieurs études dans plusieurs pays ont été faites traitant des effets de la stimulation multi-sensorielle sur les personnes atteintes de démence. Les résultats ont souvent été contradictoires et les chercheurs ont cité à plusieurs reprises des difficultés méthodologiques telles que le manque de méthodes d'évaluation pour des personnes avec une démence sévère, le fait que les professionnels qui évaluent le comportement des participants sont en général au courant de l'étude et donc sujet à des biais. Ils ont aussi constaté qu'il est très difficile de séparer l'effet du rapport humain entre l'accompagnant et le patient de l'effet de la salle *SNOEZELEN*.

Bower et al(1967) ont montré qu'un environnement riche en stimulation sensorielle avait un effet bénéfique sur les troubles cognitifs et comportementaux d'un groupe de 25 patients atteints de démence.

Robichaud et al (1993) ont comparé des patients déments qui ont assisté à des séances de stimulation sensorielle pendant 10 semaines avec un groupe contrôle. Ils n'ont trouvé aucune différence significative sur le comportement des deux groupes.

Barker et al (1997) ont comparé la méthode *SNOEZELEN* avec d'autres formes de prises en charges non médicamenteuses comme les activités manuelles ou la musique de relaxation. Ils ont trouvé plus de réduction des troubles du comportement chez les patients ayant participé aux séances *SNOEZELEN*.

Holtkamp et al (1997) ont trouvé que des patients qui bénéficiaient de séances *SNOEZELEN* présentaient moins de troubles du comportement que ceux qui participaient à d'autres activités.

Hope (1998) a montré un effet positif sur le comportement des patients ayant suivi des séances de stimulation multi-sensorielle.

Lancioni et al (2002) ont recensé 17 études sur les effets du *SNOEZELEN* sur des groupes de personnes avec des troubles d'apprentissage ou des syndromes démentiels, et ils ont conclu que dans la plupart des cas, les effets positifs ne duraient qu'entre 5 et 10 minutes après chaque séance

Baker et al (2001,2002) ont comparé des effets de la stimulation multi-sensorielle avec d'autres groupes d'activités sur 136 patients en Grande Bretagne, Hollande et Suède. Ils n'ont trouvé aucune différence significative d'humeur, de comportement ou de la cognition des patients ayant participé à chaque activité, que ce soit à court ou long terme.

Van Weert et al (2005) ont fait un bilan des études sur l'efficacité de 13 méthodes psychosociales destinées à réduire la dépression, l'agressivité et l'apathie chez les personnes démentes. Ils ont trouvé des résultats qui suggèrent que des séances de *SNOEZELEN* réduisent l'apathie chez les personnes dépendantes dans des stades les plus avancés de la démence. Ils concluent que d'autres études sont nécessaires.

Effet sur l'équipe soignante

Un autre aspect considéré dans quelques études, est l'effet indirect de l'approche *SNOEZELEN* sur l'équipe soignante : la possibilité que les effets positifs sur les troubles psycho-comportementaux des patients peuvent entraîner un effet positif sur l'équipe soignante.

Norberg, Melin & Asplund (1986) ont proposé que la stimulation sensorielle mal adaptée peut provoquer chez des patients de moins en moins d'interaction avec leur environnement et un repli sur soi qui peut rendre la communication très difficile pour l'équipe soignante.

Concernant les effets positifs, Moffat et al (1993) ont observé une réduction des incidences de 'burnout' (épuisement professionnel) chez des soignants s'occupant de patients déments impliqués dans un programme de stimulation multi-sensorielle.

Lenhart et al (2001) ont décelé une réduction du stress vécu par une équipe soignante s'occupant de patients déments ayant assisté régulièrement aux séances de *SNOEZELEN*.



III- PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Cette étude a pour but d'évaluer les effets de la stimulation multi-sensorielle (*SNOEZELEN*) sur des personnes atteintes de démence et résidant en EHPAD. Après une période de séances régulières, les effets sur les participants et sur l'équipe soignante ont été étudiés.

HYPOTHESES

1. La stimulation sensorielle réduit des troubles psycho-comportementaux chez les personnes atteintes de démence.
 - a) Il y aura une réduction des troubles du comportement chez des patients atteints de démence après une séance de *SNOEZELEN* par semaine pendant 5 semaines.
 - b) Il y aura une réduction de perturbations sur les occupations professionnelle et sur le plan émotionnel de l'équipe soignante prenant en charge des patients.

IV- MATERIEL ET METHODE

A- MATERIEL

1. Description de la population

Cette étude porte sur 12 résidents. Il s'agit exclusivement de femmes, âgées de 73 à 97ans. Leur niveau socioculturel se situe entre 9 et 12 et leur niveau GIR (voir Annexes) va de 1 à 3.

Tous les participants manifestaient des signes de démence de types divers (selon les critères du DSMIV, NINCDS-ADRDA, CMI-10)

Nous avons sélectionné des résidents avec un déficit allant de léger à sévère, ainsi classifié par les scores au MMSE de 0 à 24 (Tombaugh & McIntyre)

Les participants ont été recrutés dans les EHPAD du groupe MBV à Palavas et à St Jean de Védas dans le Languedoc Roussillon.

Considérant que le déroulement du protocole n'impliquait aucune activité qui n'était pas déjà incorporé dans les activités de l'EHPAD, un consentement pour l'étude a été donné par la directrice de l'établissement et chaque participant a donné un consentement verbal.

2. Outils d'évaluation

- Le Mini Mental State Examination (MMS de Folstein) permet une évaluation des capacités cognitives du patient : Une série de questions courtes cible l'orientation spatio-temporelle, la mémoire, le langage et des praxies. Un point est donné pour chaque réponse correcte et le maximum en nombre de points est 30.
- L'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) de Cummings et al, Version pour Equipe Soignante (validé en français en 1998 par Robert et al). Le but du NPI est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Cette évaluation est réalisée pour chaque patient par le/les

membres de l'équipe soignante le plus impliqué(s) dans la prise en charge de chaque patient. 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES : idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, dépression/dysphorie, anxiété, exaltation d'humeur/euphorie, apathie/indifférence, désinhibition, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant, troubles de sommeil et troubles d'appétit. Pour chaque item, le soignant doit indiquer si un de ces comportements est présent, et si oui une liste de sous-questions s'ensuit pour préciser le genre, la fréquence et la gravité du comportement. Le score retenu pour chaque item correspond à la « fréquence x sévérité ». Les variables neurovégétatives peuvent être omises si le soignant ne s'occupe pas du patient au moment des repas ou durant la nuit, et n'a donc pas de connaissances suffisantes pour répondre.

3. Matériel SNOEZELEN

L'espace *SNOEZELEN* de l'évaluation est une salle d'environ 20 mètres carrés situé au rez-de-chaussée de chaque EHPAD.

Stimulation visuelle

-*Un Solar* : permettant de projeter des images en mouvement sur les murs, le sol et le plafond de la salle. Les thèmes sont variés et interchangeableables : on voit par exemple un décor floral, un fond marin, de scènes de la forêt ou bien des fluides colorés.

-*Fibres optiques* : les fibres peuvent être manipulées sans risque et sont placées à proximité d'un canapé (pour rester accessibles). La lumière parcourant les fibres change régulièrement de couleur.

-*Colonne à bulles* : d'environ 180cm de hauteur, il s'agit d'un grand tube de plexiglas contenant de l'eau avec des bulles d'air qui montent pendant qu'une lumière située sous la colonne change graduellement de couleur. Une manette avec 4 grands boutons de couleurs différentes permet au résident de changer la couleur de la colonne soi-même en appuyant sur les boutons.

-*Lumière noire* : dans un coin de la salle, une lumière noire illumine des dessins fluorescents sur le tapis et des 'spaghettis' – tubes de plastique malléables colorés situés devant un miroir et réagissent aussi à la lumière noire.

-*Plafond lumineux* : il s'agit de petites étoiles changeant doucement de couleur sur le plafond.

Stimulation tactile

-Un canapé et des coussins de tissus différents, ainsi que des peluches, des plumes, des balles de tennis, des bocaux de riz ou de lentilles, du coton.

-Panneaux tactiles sur les murs avec des surfaces en relief.

-Un matelas à eau chauffant procurant un effet de flottaison

Stimulation auditive

-Musiques de variété, toujours sans paroles.

-Musiques du monde, musiques de relaxation telles que chants d'oiseaux ou bruits des vagues.

-Musiques classiques sélectionnées par une stagiaire en musicothérapie.

Stimulation olfactive

- Un brûle-parfum diffusant une sélection d'arômes choisi d'après les goûts du résident – lavande, orange douce, pin...
- Des bocaux contenant diverses herbes et épices posés sur une table.

Stimulation gustative

Pendant la séance une sélection de bonbons, gâteaux et biscuits salés est proposée aux résidents.

B- METHODE

1. Procédure

Tous les sujets ont été évalués individuellement d'après leur score au MMS au début du protocole. Le NPI-ES a été rempli pour chaque participant avant et après le protocole par le/les membre(s) de l'équipe soignante le plus impliqué(s) dans la prise en charge du patient. Les soignants n'avaient pas tous des connaissances concernant les troubles de sommeil et de l'appétit des résidents donc ces items ne sont pas compris dans l'étude.

Déroulement des séances

Les séances *SNOEZELEN* se sont déroulées une fois par semaine pendant cinq semaines et ont duré en moyenne une demi-heure par séance selon les envies du résident, mais n'ont jamais dépassé une heure.

Quatre accompagnants (une étudiante en neuropsychologie, une neuropsychologue et deux ergothérapeutes) ont participé à la mise en place du protocole en prenant en charge quelques résidents. Tous les accompagnants avaient assisté à une formation *SNOEZELEN*. Chaque patient était toujours accompagné par le même accompagnant pendant la durée du protocole afin des réduire des variables expérimentales.

Les séances se passaient toujours à deux – un accompagnant et un résident. Cela a permis à l'accompagnant d'être à l'écoute du participant et de l'aider à découvrir la salle avec une assistance. Cela assure aussi la sécurité du résident et lui permet de pouvoir se laisser aller dans cet environnement sans la présence d'autres résidents.

L'accompagnant allait chercher le résident au même moment chaque semaine pour l'accompagner à la salle *SNOEZELEN*. Cependant, si le résident ne souhaitait pas s'y rendre à ce moment-là, la séance a été reportée à un autre moment de la semaine.

Pendant chaque séance, l'accompagnant avait une fiche à remplir sur le matériel utilisé, les verbalisations du résident et les remarques sur son comportement.

Après la séance, l'accompagnant restait encore un moment avec le résident.

2. Méthodes statistiques

Les données ont été saisies sous Excel et le traitement statistique a été réalisé avec le logiciel Analyze-it.

Nous avons analysé les cotations NPI-ES pour le groupe avant et après le déroulement du protocole – les cotations globales ainsi que les cotations de retentissement par l'équipe soignante.

Les statistiques descriptives fournissent les moyennes et les écarts types par rapport à l'âge des participants, les scores au MMS et les scores au NPI-ES.

Pour les statistiques analytiques, en raison de la petite taille de l'échantillon et la comparaison de groupes appariés (le même groupe avant et après le protocole), le test non-paramétrique le Wilcoxon a été utilisé.

Pour analyser la possibilité d'une corrélation entre les troubles psycho-comportementaux des résidents et le ressenti au niveau de la charge de travail des soignants, le test de Spearman a été employé.

Pour comparer le groupe de participants avec un groupe qui n'a pas désiré continuer les séances *SNOEZELEN*, le test U de Mann-Whitney pour les non appariés a été utilisé. Ce test a aussi été choisi en raison de la taille petite de l'échantillon et la différence de taille des deux groupes.

V- RESULTATS

A- Analyses quantitatives

Tableau 1 : Description de la population

Numero	Nom	Etiologie	Age	Sexe	Socio Culturel	GIR	MMS
1	DPA	Démence	97	F	10	2	12
2	HMA	Alzheimer	83	F	13	2	5
3	SPE	Alzheimer	84	F	13	2	0
4	AGR	Démence	87	F	12	2	16
5	MBO	Vasculaire	91	F	9	2	11
6	JKN	Alzheimer	80	F	9	2	9
7	GAR	Démence	82	F	9	3	21
8	LCA	Mixte	96	F	13	1	0
9	MVE	Mixte	73	F	12	3	12
10	OVA	Alzheimer	92	F	9	2	0
11	DRI	Démence	86	F	9	3	15
12	ODA	Parkinsons	89	F	12	3	20

GIR - Les groupes iso-ressources, déterminant des besoins en soins de base, sont calculés à partir de huit variables d'activités corporelles et mentales (voir Annexes)

Tableau 2 : Synthèse

Age moyen	86,7(73-97)	(e-t 6,879)
Proportion femmes	100%	
Démence	100%	
MMS moyen	9,7	(e-t 7,307)
NPI initial moyen	17,3	
NPI final moyen	16,2	
Retentissement initial moyen	8,4	
Retentissement final moyen	5,9	

Tableau 3 : Scores Globaux pour chaque participant

Participants		Score NPI		Retentissement	
N°	Nom	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2
1	DPA	15	6	6	5
2	HMA	8	52	7	15
3	SPE	53	40	17	13
4	AGR	5	0	5	0
5	MBO	8	2	8	1
6	JKN	27	5	12	3
7	GAR	27	12	10	3
8	LCA	21	8	7	4
9	MVE	20	12	10	7
10	OVA	20	20	10	6
11	DRI	0	0	0	0
12	ODA	10	6	9	3

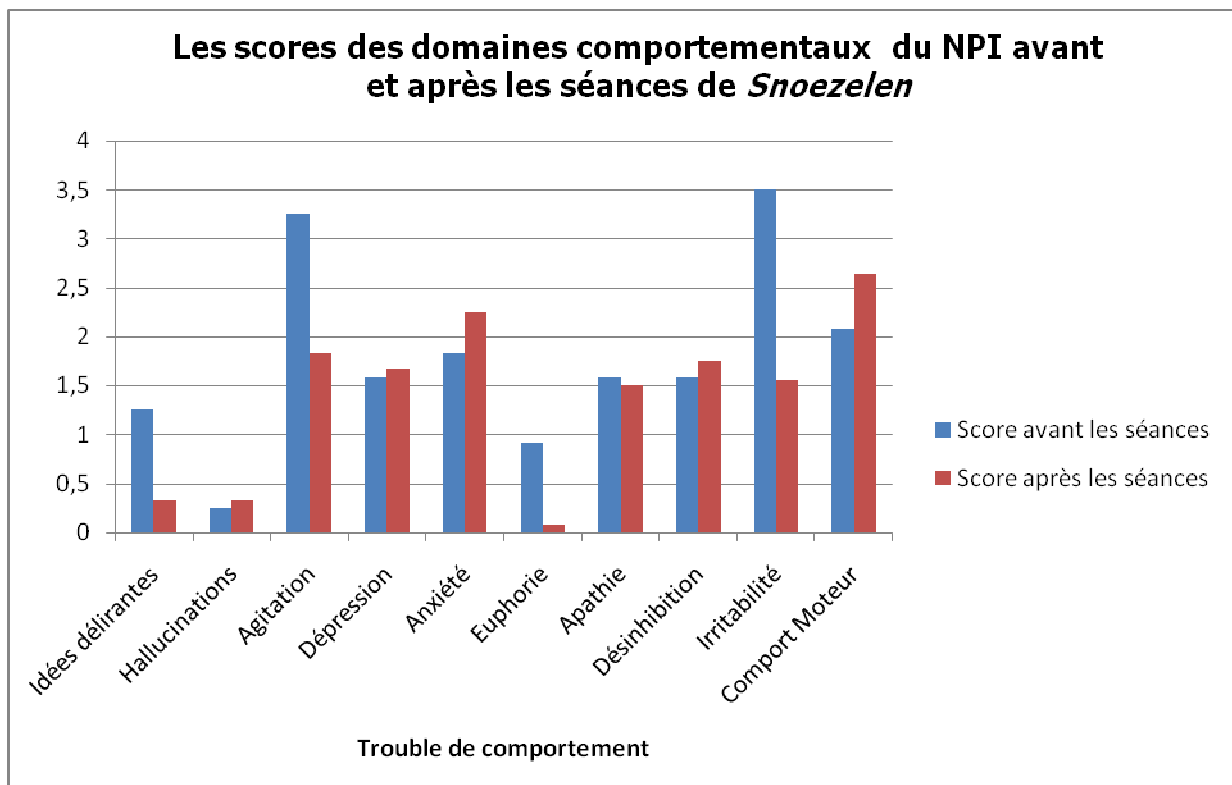
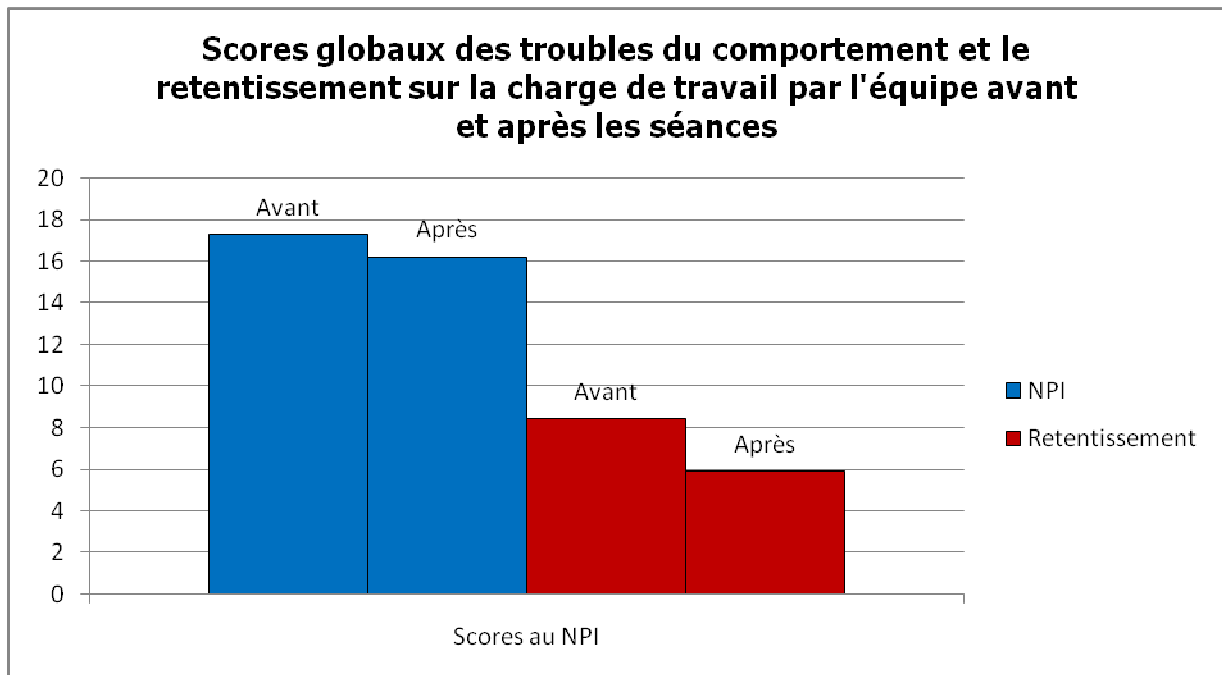
Score NPI=le score global coté pour chaque participant

Retentissement=le score concernant la charge de travail ressenti par le membre de l'équipe

Temps 1=avant le protocole

Temps 2=après le protocole

B- Analyses Qualitatives



Evolution du NPI (score global des troubles du comportement)

	Temps 1	Temps 2	Evolution	Significance
NPI Global	17,3	16,2	-1,1	p<0,05

*Le traitement statistique a été fait avec le test de Wilcoxon
Il y a eu une réduction significative des troubles de comportement après le protocole(Temps 2)

Evolution du 'Retentissement' par l'équipe soignante (score global)

	Temps 1	Temps 2	Evolution	Significance
Retentissement	8,4	5,9	-2,5	p<0,05

*Le traitement statistique a été fait avec le test de Wilcoxon
Il y a eu une réduction significative du retentissement de la charge du travail chez l'équipe soignante après le protocole

Evolution de chaque domaine psycho-comportementaux du NPI

Tous traitement statistique a été fait avec le test de Wilcoxon

	Temps 1	Temps 2	Evolution	Significance
Idées délirantes	1,25	0,333	-1,079	NS

Il n'y a pas eu de réduction significative des idées délirantes

	Temps 1	Temps 2	Evolution	Significance
Hallucinations	0,25	0,333	0,08	NS

Il n'y a pas eu de réduction significative

	Temps 1	Temps 2	Evolution	Significance
Agitation/ Agressivité	3,25	1,83	-1,42	p<0,05

Il y a eu une réduction significative de l'agitation/agressivité après le protocole (Temps 2)

	Temps 1	Temps 2	Evolution	Significance
Dépression/ Dysphorie	1,583	1,667	0,084	NS

Il n'y a pas eu de réduction significative

	Temps 1	Temps 2	Evolution	Significance
Anxiété	1,83	2,25	0,42	NS

Il n'y a pas eu de réduction significative

	Temps 1	Temps 2	Evolution	Significance
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	0,92	0,08	-0,84	NS

Il n'y a pas eu de réduction significative

	Temps 1	Temps 2	Evolution	Significane
Apathie/ Indifférence	1,583	1,5	-0,083	NS

Il n'y a pas eu de réduction significative

	Temps 1	Temps 2	Evolution	Significane
Désinhibition	1,583	1,75	0,167	NS

Il n'y a pas eu de réduction significative

	Temps 1	Temps 2	Evolution	Significane
Irritabilité/ Instabilité de l'humeur	3,5	1,55	-1,95	p<0,05

Il y a eu une réduction significative de l'irritabilité /instabilité de l'humeur après le protocole (Temps 2)

	Temps 1	Temps 2	Evolution	Significane
Comport Moteur aberrant	2,08	2,64	0,56	NS

Il n'y a pas eu de réduction significative

Interprétation des résultats

L'hypothèse 1.a a été validée. Les résultats ont montré une réduction significative des troubles psycho-comportementaux après 5 séances de SNOEZELEN (p<0.05)

L'hypothèse 1.b a été validée. Les résultats ont montré une réduction significative du retentissement de la charge du travail chez l'équipe soignante après le protocole (p<0.05)

Parmi les 10 domaines comportementaux évalués dans le NPI-ES, l'agitation et l'irritabilité étaient les seuls à diminuer de façon significative après les 5 séances de SNOEZELEN.

VI- DISCUSSION

Les résultats ont montré les effets significatifs et bénéfiques des cinq séances de *SNOEZELEN*. La manifestation des troubles psycho-comportementaux a été réduite chez les résidents ayant assisté aux séances évaluées par le/les membre(s) de l'équipe soignante les plus impliqués.

Dans cette étude, contrairement aux résultats de Van Weert et al (2005) qui ont montré l'effet positif des séances *SNOEZELEN* sur l'apathie, nous n'avons trouvé aucun effet concernant l'apathie. Par contre il y a eu une réduction significative dans les domaines de l'agitation/agressivité et l'irritabilité/instabilité de l'humeur après les cinq semaines. Il s'agit de deux domaines comportementaux qui étaient éminemment plus présents que d'autres au début des séances.

Parallèlement, l'augmentation considérable de l'anxiété et du comportement moteur aberrant (ainsi que la dépression, les hallucinations et la désinhibition de façon négligeable) sont difficile à interpréter. Cependant ces deux troubles psycho-comportementaux sont plus liés à la relation à l'autre que d'autres domaines telles que les hallucinations ou l'apathie. On peut postuler que la stimulation multi-sensorielle peut avoir un effet positif sur des aspects des relations interpersonnelles, telles que la communication ou la tolérance, et donc dans le rapport résident-soignant. L'irritabilité et l'agressivité chez les patients atteints de démence se manifestent souvent spécifiquement au moment de la toilette (Wells et al, 2000), et fréquemment sous la forme d'un comportement peu coopératif, colérique ou impatient. Similairement Baker et al (2001) ont trouvé une amélioration pour le critère de « perturbation sociale » sur l'échelle d'évaluation du comportement le BRS (Behaviour Rating Scale) chez les personnes démentes après 8 séances de *SNOEZELEN*.

La corrélation positive entre les troubles psycho-comportementaux chez les résidents et la perturbation sur le plan émotionnel ou par rapport à la charge de travail ressentie par l'équipe soignante, pourrait être un élément qui en faveur de la position de Moffat et al (1993), pour qui l'implantation de la stimulation multi-sensorielle dans un établissement pour personnes démentes participe à une réduction de l'épuisement professionnel de l'équipe soignante. Lors d'une étude menée par Van Weert et al (2004), il a été décidé de généraliser l'application de la stimulation multi-sensorielle dans des maisons de retraites et de l'intégrer en dehors de la salle *SNOEZELEN* dans une prise en charge plus globale, notamment pendant les toilettes le matin. L'étude a montré non seulement une amélioration concernant les troubles du comportement des patients, mais aussi une inflation d'attitude positive ressentie par les soignants par rapport à leur travail. Van Weert et al ont montré que l'application des principes de la stimulation sensorielle pendant les soins encourageait l'équipe à adopter un comportement plus « centré sur la personne », améliorant leur rapport avec les résidents.

Bien que le concept SNOEZELEN propose un environnement qui n'encourage pas la cognition, nous avons trouvé que beaucoup de remarques faites pendant les séances étaient en rapport avec la cognition et non avec le score au MMS de la personne. Par exemple des participants avec des scores en dessus de 10 demandaient comment marchaient les fibres optiques, s'il y avait de l'eau dans la colonne à bulles, qui payait pour tout ça etc...

Nous avons constaté que tous les participants sauf un comprenaient avec beaucoup de difficulté l'idée de se déplacer sans qu'il y ait une activité spécifique en arrivant.

En lien avec cette réaction, il serait intéressant de considérer que cette approche n'a pas été conçue pour les personnes âgées, et de la replacer dans le contexte d'une population située majoritairement entre 80 et 90ans et ayant vécu pendant la deuxième guerre mondiale.

Au regard des réactions et commentaires de nombreux résidents, l'idée de détente, de profiter d'être assis ou allongé en regardant les lumières changer de couleurs par exemple, entre difficilement dans leurs système de valeurs établies sur le travail, la production, l'activité en général, dans la France d'après-guerre. La plupart des personnes de cet âge n'a pas vécu avec les idées généralement admises aujourd'hui de l'importance accordée à la détente, en un mot au temps pour soi.

Parmi les 12 participants, un seul a manifesté davantage de troubles du comportement après les cinq séances, et deux participants n'ont montré aucun changement dans leurs scores au NPI. Cependant ces résultats peuvent être expliqués par beaucoup d'autres facteurs que les séances SNOEZELEN. Par exemple, le résident (HMA) chez qui les troubles du comportement ont considérablement augmenté en fréquence et en sévérité dans les domaines de la dépression, de l'anxiété, de l'apathie et la de désinhibition, venait d'être placé au début du protocole dans « l'espace protégé » (une partie de l'EHPAD fermé du reste de l'établissement et spécifiquement réservé aux résidents touchés à des stades sévères de la maladie d'Alzheimer). Ses troubles à ce moment-là pourraient être expliqués par sa période d'adaptation à un nouvel environnement.

De même, les changements observés d'une amélioration des troubles du comportement pourraient être expliqués par des facteurs externes au protocole. Par exemple, l'arrivée d'un nouvel animateur dans l'EHPAD augmentait les chances que les résidents participent à davantage d'activités qu'auparavant. On peut aussi gager que le temps passé seul avec l'accompagnant fois par semaine ait eu un effet bénéfique pour le résident, et ce quelle que soit l'activité.

Problèmes Méthodologiques

Les accompagnants ont enregistré les observations et préférences des participants pendant les séances, et ces informations ont été utilisées pour mieux adapter chaque séance aux envies du résident. Cependant, compte tenu du caractère extrêmement subjectif de ce genre d'évaluation, nous avons décidé de ne pas prendre en compte ces observations et interprétations des humeurs des participants dans cette étude.

Une tentative a été menée pour présenter aux participants une échelle Likert avant et après chaque séance pour exprimer leur humeur, mais en pratique tous les patients n'ont pas su répondre.

Il a été assez difficile d'incorporer les séances de façon régulière à la vie des résidents au centre de l'EHPAD. Il est à noter que la grande majorité des participants n'avait pas toujours envie de se rendre à la salle *SNOEZELEN*, et ce, ni à cause des autres activités proposées, ni à cause des visites de la famille, ou encore de celles du médecin. Chaque semaine, de nombreuses séances ont été reportées « à plus tard » dans la semaine, en attendant le « bon moment », moment où le résident avait envie de se rendre à la salle. La prise en charge de l'approche *SNOEZELEN* exige une certaine flexibilité.

Le rôle d'être un accompagnant peu connu par les résidents et d'essayer de les amener dans une salle a été difficile. Des membres de l'équipe, bien connus des résidents, ont accompagné les résidents dans certains cas jusqu'à la salle afin de les rassurer. Il semble que le rôle de l'accompagnant n'est pas du tout négligeable, et qu'il est essentiel qu'il existe un bon rapport avec celui-ci afin de permettre au résident d'être à l'aise et de profiter pleinement des séances.

Concernant les réserves liées aux possibles effets sur la sexualité cités par Blondel dans son étude, une participante a été exclue de l'étude après deux séances parce qu'il semblait que les séances dans la salle lui faisaient revivre des épisodes d'attouchements sexuels de son enfance.

Un groupe de résidents qui n'ont pas voulu retourner à la salle après une séance ont exprimé une variété de raisons pour justifier leur décision : Une personne a trouvé la salle étouffante et se sentait claustrophobe, une autre a dit après une séance qu'elle « l'avait déjà vu » et que, la connaissant, elle ne voyait de raison d'y retourner. Une autre personne est devenue très angoissée parce qu'elle n'arrivait pas à comprendre la raison pour laquelle elle a été amenée dans cette salle si on ne lui demandait pas de « faire quelque chose ».

Au vu du nombre importants de résidents qui n'ont pas voulu continuer les séances *SNOEZELEN*, il serait intéressant d'explorer cet aspect à plus grande échelle. Dans cette étude nous avons constaté que le groupe souhaitant mettre un terme aux séances avait un fonctionnement cognitif significativement supérieur (selon les scores au MMS) au groupe de participants qui ont choisi d'assister à toutes les séances. Cela pourrait nous informer quant à la catégorie de personnes pour qui le *SNOEZELEN* semble le plus adapté. Cette information pourrait être utile pour essayer d'assurer le niveau de stimulation le plus approprié au stade d'évolution de la démence. Beaucoup d'études l'ont démontré, il est très important que le niveau de stimulation corresponde aux besoins du patient afin de réduire les troubles psycho-comportementaux.

BIBLIOGRAPHIE

- Baker,R.,Bell,S.,Thomas,P.,Assey, J.,Wareing,L.,(2001) A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation(MSS) for people with dementia, *British Journal of Clinical Psychology*,40, pp81-96
- Baker,R.,Bell,S.,Thomas,P.,Assey, J.,Wareing,L.,(2002), Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of advanced Nursing*, 43(5), 465-477
- Blondel (2003) Un mode spécifique d'accompagnement des personnes polyhandicapées enfants et adultes en institution :La pratique du SNOEZELEN, Université Denis-Diderot-Paris 7
- Bower,H.M.(1967) Sensory stimulation and the treatment of senile dementia. *Medical Journal of Australia*, 1, 1113-1119.
- Finkel SI. The signs of the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Clinician* 1998; 16 (1) :p33-42
- Fischer,C(2004), Les Idées Délirantes dans la Maladie d'Alzheimer : une revue de la littérature, *La Revue Canadienne de la maladie d'alzheimer*.
- Holtkamp,C.C.M., Kragt, K., van Dongen, M.C.J.M.,(1997) Effecten van SNOEZELEN op het gedrag van demente ouderen. *Geriatricie* 28, 124-128
- Hope,K. (1997) Using multi-sensory environments for older people with dementia. *Journal of Advanced Nursing* 25, 780-785
- Hwang, JP., Yang, CH., Tsai, SJ.,Liu, KM (1997) *Delusions of Theft in Dementia of the Alzheimer Type: A Preliminary Report* .*Alzheimer Disease & Associated Disorders* Volume 11 - Issue 2
- Kunik ME, Huffman JC, Bharani N, Hillman SL, Molinari VA, Orengo CA. Behavioral disturbances in geropsychiatric inpatients across dementia types. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000 Spring;13(1):49-52 dans *Symptômes psycho-comportementaux au cours des démences chez la personne âgée*
- Lancioni, G.E., Cuvo,A.J. & O'Reilly, M.F. (2002) SNOEZELEN : an overview of research with people with learning disabilities and dementia. *Disability and Rehabilitation* 24, 175-184
- Loew, C.A., & Silverstone,B.M (1971). A programme of intensified stimulation and response facilitation for the senile aged. *Gerontologist*, 11, 341-347
- Moffat N, Barker P, Pinkney L, Garside M, Freeman C (1993) *SNOEZELEN: An Experience for People with Dementia*. Rompa, Chesterfield
- Morgan L. Levy, M.D., Jeffrey L. Cummings, M.D., Lynn A. Fairbanks, Ph.D., Donna Masterman, M.D., Bruce L. Miller, M.D., Anne H. Craig, M.D., Jane S. Paulsen, Ph.D. and Irene Litvan, M.D.(1998) Apathy Is Not Depression , *Neuropsychiatry Clin Neurosci* 10:314-319
- Norberg,A., Melin,E., & Asplund,K. (1986): Reactions to music, touch and object presentation in the final stage of dementia. An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 23, 315-323
- Robichaud. L,Herbert.R, Desrosiers. J (1993) Efficacy of sensory integration program on behaviours of inpatients with dementia. *The American Journal of Occupational Therapy*, vol.48,4,pp 355-360.
- Van Weert, MA^{*}, Alexandra M. van Dulmen, PhD^{*}, Peter M. M. Spreeuwenberg, MA^{*}, Miel W. Ribbe, MD, PhD[†], and Jozien M. Bensing, PhD⁽²⁰⁰⁴⁾ Behavioral and Mood Effects of SNOEZELEN Integrated into 24-Hour Dementia Care, Netherlands Institute for Health Services Research, Utrecht, the Netherlands

Verkaik R, van Weert JCM, Francke AL. (2005) The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviours of people with dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; **20**:301–14

Wells, DK., Dawson, P., Sidani, S., Craig, D., Pringle, D (2002). Effects of an abilities-focused program of morning care on residents who have dementia and on care-givers. *American Geriatric Society* 48, 442-449

Zuckerman, M., (1964). Perceptual isolation as a stress situation. *Archives of general psychiatry*, 11, 255-76