
COLLECTION
PARTICIPATIVE

SÉRIE SCIENTIFIQUE

**État de la recherche clinique
sur l'approche sensorielle de type Snoezelen**
auprès de diverses populations :
proposition d'un cadre de référence en recherche

Rédaction

Carmen Lemelin, chercheure et enseignante en psychologie,
Centre collégial d'expertise en gérontologie (CCEG|CCTT)
du Cégep de Drummondville

Rosalie Lacasse, auxiliaire de recherche universitaire,
Centre collégial d'expertise en gérontologie (CCEG|CCTT)
du Cégep de Drummondville

Mise en page et révision linguistique

Anick Durocher, secrétaire administrative, Centre
collégial d'expertise en gérontologie (CCEG|CCTT)
du Cégep de Drummondville

Réalisation du projet

Carmen Lemelin, chercheure et enseignante en psychologie,
Centre collégial d'expertise en gérontologie (CCEG|CCTT)
du Cégep de Drummondville

Rosalie Lacasse, auxiliaire de recherche universitaire,
Centre collégial d'expertise en gérontologie (CCEG|CCTT)
du Cégep de Drummondville

Nathalie Mercier, directrice,
Centre collégial d'expertise en gérontologie (CCEG|CCTT)
du Cégep de Drummondville

Financement

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada
Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada.

CRSH  **SSHRC**

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada
Social Sciences and Humanities Research Council of Canada



Conseil de recherches en sciences
naturelles et en génie du Canada

Natural Sciences and Engineering
Research Council of Canada

Canada

À qui s'adresse ce cadre de recherche

Ce cadre de recherche s'adresse aux chercheurs s'intéressant à l'approche sensorielle afin d'en vérifier son efficacité ou d'en comprendre la signification pour les utilisateurs, les accompagnateurs ou leur entourage. Le chapitre 3 permettra aux chercheurs d'établir une méthodologie lui permettant de rencontrer leurs objectifs de recherche.

Table des matières

À qui s'adresse ce cadre de recherche	4
Table des matières.....	5
INTRODUCTION.....	7
Chapitre1 LES INTERVENTIONS EN APPROCHE SENSORIELLE DE TYPE SNOEZELEN	9
1.1 Description de l'environnement sensoriel.....	9
1.2 Clientèles visées pour son utilisation	9
1.3 Objectifs poursuivis en intervention	10
1.4 Principes des interventions en approche sensorielle	10
1.5 Déroulement d'une séance	11
Chapitre 2 REVUE SYSTÉMATIQUE DES ÉTUDES UTILISANT L'APPROCHE SENSORIELLE DE TYPE SNOEZELEN	15
2.1 Objectifs de la revue systématique	15
2.2 Méthodologie de la recension des études.....	15
2.3 Collectes de données	16
2.4 Études sélectionnées.....	17
2.5 Hiérarchisation des études sélectionnées.....	18
2.6 Résultats recensés	20
2.7 Discussion.....	21
Chapitre 3 ÉLABORATION D'UN CADRE DE RÉFÉRENCE EN RECHERCHE POUR ÉTABLIR L'EFFICACITÉ DE L'APPROCHE SENSORIELLE DE TYPE SNOEZELEN	23
3.1 Étapes préalables à l'élaboration d'un projet de recherche en approche sensorielle.....	23
Salle blanche	23
Intervenants pour réaliser les séances	24
3.2 Étapes de réalisation d'un projet de recherche en approche sensorielle de type Snoezelen.....	25
Méthodologie	25
Objectifs de la recherche	25
Utilisation d'une méthode quantitative.....	26

Échantillon.....	26
Procédure et collecte de données.....	28
Analyses et interprétation des données collectées	33
Utilisation d'une méthode qualitative	33
Échantillon.....	34
Procédure et collecte de données.....	34
Analyse et interprétation des données	34
CONCLUSION	37
LISTE DE RÉFÉRENCES	41
ANNEXES	49
HIÉRARCHISATION DES ÉTUDES RETENUES POUR LE CADRE DE RÉFÉRENCES EN ACCOMPAGNEMENT SENSORIEL DE TYPE SNOEZELEN	51

INTRODUCTION

L'approche sensorielle a été évoquée une première fois dans les écrits sous le vocable de « Cafétéria sensorielle » par les deux psychologues Cleland et Clark (1966). Ces deux professionnels travaillaient auprès d'une clientèle handicapée et déficiente. Ils ont eu l'idée de faire expérimenter différentes sensations par le biais des sens à ces personnes et ils ont publié un article sur leur expérience. Jan Hulsegge et Ad Verheul ont pris connaissance de cet article et ils ont mis en application les stimulations sensorielles de cinq sens décrites auprès des personnes ayant des handicaps lourds dans leur centre. Ils ont bonifié l'approche et celle-ci a été adoptée par plusieurs pays d'Europe avant que son utilisation se répande un peu partout dans le monde (Martin, 2018). L'approche sensorielle de type Snoezelen venait de voir le jour.

Le mot Snoezelen est un terme néerlandais donné par Niels Snoek et Klaas Schenk, deux stagiaires, participant à un projet au centre de Haarendael afin de référer à la cafétéria sensorielle. (Martin, 2018; Salman, 2017). Ce terme vient de la contraction de deux verbes soit « Doezen » et « Snuffelen ». Le verbe « Doezen » signifie lézarder, apaiser, détendre et somnoler. Il correspond ainsi à la dimension passive et réceptive de l'approche permettant le contact avec soi, avec son bien-être intérieur et avec l'influence de son environnement. Le verbe « Snuffelen », pour sa part, se rapporte à la dimension active et dynamique de l'approche. Il veut dire renifler, sentir, stimuler, explorer et dynamiser. Cette dimension permet l'interaction de la personne avec son environnement par le contact physique et le contact profond (senti, vécu) (Martin, 2018). Donc, l'approche sensorielle de type Snoezelen consiste à proposer des activités sensorielles stimulant les sept sens (vision, audition, olfaction, toucher, goût, proprioception et vestibulaire) dans un environnement adapté (ex., salle blanche) afin de procurer du bien-être à la personne.

La relation avec l'intervenant est un élément important de la thérapie sensorielle puisqu'il devra créer un climat relationnel de confiance et de sécurité afin de favoriser l'exploration par la personne (Salman, 2017). Généralement, cette thérapie sensorielle se pratique dans une salle blanche, mais d'autres environnements peuvent se prêter à cette approche comme la salle noire, la salle d'aventure ou d'activités, la salle d'eau thérapeutique, les salles ou panneaux tactiles, les chariots ou les bacs sensoriels.

En 1992, *Snoezelen*® devient une marque de commerce enregistrée par Flaghouse Inc. en Amérique du Nord. Cette compagnie distribue et commercialise des équipements utilisés dans les salles sensorielles (Hotz, Castelblanco, Lara, Weiss, Duncan & Kuluz, 2006). Le terme *Snoezelen* correspond aujourd'hui à une marque déposée, c'est pourquoi nous utilisons maintenant « salle sensorielle », « salle blanche » ou « salle multisensorielle » pour nommer l'environnement où s'effectue les séances (Baillon, Van Diepen, et Prettyman, 2002).

Bref, l'approche sensorielle de type Snoezelen représente une alternative thérapeutique intéressante à employer auprès de plusieurs populations afin de permettre à ces personnes d'expérimenter des moments de bien-être par le biais de la stimulation de leurs sens.

Dans ce rapport, une présentation de l'approche sensorielle en salle blanche sera faite, une revue systématique des études portant sur l'accompagnement en salle blanche sera présentée et un cadre de référence pour les études en approche sensorielle sera proposé.

Chapitre1 | LES INTERVENTIONS EN APPROCHE SENSORIELLE DE TYPE SNOEZELEN

Dans cette section du rapport, une description de l'approche sensorielle de type Snoezelen sera faite. Il sera aussi question des populations visées pour son utilisation, des objectifs poursuivis par l'approche lors des interventions et du déroulement des séances.

1.1 Description de l'environnement sensoriel

La salle blanche représente une pièce aménagée généralement de façon permanente, d'une superficie d'environ 15 à 50 m², se situant dans un endroit calme de l'édifice et présentant un plafond permettant l'accrochage (ex. : possibilité de suspendre un hamac). Les murs seront peints en blancs et la pièce sera alimentée en électricité. Des systèmes de chauffage et de climatisation permettront de régler la température afin qu'elle soit toujours confortable. Si des fenêtres s'y trouvent, elles seront occultées. La pièce doit avoir un recouvrement de sol confortable et adapté à la clientèle lui étant destinée. La pièce sera habituellement équipée de mobilier pour s'asseoir ou s'étendre (ex., lit, hamac, fauteuil, matelas d'eau), d'un projecteur d'images mobiles, d'un tube à bulles, de fils de fibre optique, d'une boule miroir, de panneaux à effet lumineux, d'éléments pouvant produire de la musique (ex., instruments, enregistrements), de couvertures ou de coussins de poids divers, de différents objets tactiles et d'un diffuseur d'huiles essentielles (Martin et Adrien, 2005 ;

Martin, 2018 ; Quentin, Godderidge et D'Arfeuille, 2016 ; Salman, 2017).

Il est aussi possible d'utiliser un aménagement sensoriel déplaçable, le chariot sensoriel, pour des populations moins mobiles. Il s'agit de petits meubles transportables qui contiennent généralement un tube à bulles, des fils de fibre optique, un petit projecteur d'image ou un projecteur de ciel étoilé, un diffuseur d'huiles essentielles, une radio ou un MP3 et divers objets sensoriels (Quentin et al, 2016 ; Martin, 2018).

1.2 Clientèles visées pour son utilisation

L'approche sensorielle est aujourd'hui utilisée auprès de plusieurs clientèles entre autres les personnes ayant une déficience intellectuelle, des retards de développement ou des handicaps multiples, des personnes souffrant de troubles neurocognitifs (maladie d'Alzheimer), des personnes victimes de traumatismes cérébrales, des personnes ayant reçu un diagnostic de troubles neurologiques (TSA (trouble du spectre de l'autisme) ; TAC (trouble d'acquisition de la coordination), etc.),

des personnes présentant des problèmes de santé mentale (ex., état de stress post-traumatique, dépression, anxiété), des personnes aux prises avec des douleurs chroniques, des personnes aux soins palliatifs, des personnes présentant des problématiques comportementales (ex., agression, agitation, opposition) et des personnes qui accouchent (Baillon et al., 2002 ; Baker, Holloway, Holtkamp, Larsson, Hartman, Pearce, Scherman, Johansson, Thomas, Wareing et Owens, 2003; Hotz et al., 2006, Manesh, Kalati et Honeissi, 2015; Shapiro, Parush, Green & Roth, 1997 ; Staal, Pinkney, & Roane, 2003).

1.3 Objectifs poursuivis en intervention

Plusieurs types d'objectifs peuvent être poursuivis par l'intervenant qui utilise l'approche sensorielle auprès d'une clientèle. Il peut vouloir réduire l'utilisation de la médication chez la personne à qui il propose la thérapie sensorielle (ex., diminuer les médicaments contre la douleur ou encore la médication contre les problèmes de comportement (agitation)) et faciliter la relation intervenant-usager (Boyle, Bell et Pollock, 2003). Certains intervenants souhaitent procurer un état de détente, de bien-être ou de relaxation (ex., en soins palliatifs, TDAH, gestion de la douleur) (Manesh et al., 2015) alors que d'autres ont plutôt des intentions thérapeutiques spécifiques (ex., diminuer des comportements inadéquats, favoriser la

communication, réduire l'anxiété) (Cox, Burns et Savage, 2004).

1.4 Principes des interventions en approche sensorielle

Les interventions en approche sensorielle de type Snoezelen sont guidées par plusieurs principes qui seront énumérés et décrits dans cette section. Ces principes doivent guider en tout temps les interventions en salle blanche.

Présentation des stimulations

sensorielles : Présentation de matériels sensoriels ou fabrication d'une ambiance se référant au vécu personnel de la personne et à ses préférences sensorielles. Cette présentation lui permet d'obtenir un état de bien-être, d'explorer, de réduire les tensions, de communiquer et de créer (Martin, 2018; Quentin et al, 2016; Salman, 2017).

Climat : L'intervenant doit s'assurer que les séances se passent dans un climat affectif, positif, chaleureux, plaisant, confortable et sécurisant pour la personne (Martin, 2018; Quentin et al., 2016).

Accompagnement : L'intervenant doit accompagner la personne sans directivité, en le laissant libre de choisir et en respectant son rythme (Martin, 2018; Salman, 2017).

Interventions : Les intervenants feront des interventions empreintes d'imitation (adaptation des postures), de synchronie sensorielle (utilisation du

même registre sensoriel que la personne), de synchronie affective ou de coprésence (voix empathique, regard calme droit dans les yeux, le toucher s'il le fait) et d'utilisation de stéréotypies (imitation de comportements, jeux sensoriels, propositions sensorielles) (Martin, 2018; Salman, 2017).

Attitudes des intervenants :

L'intervenant doit être disponible psychologiquement, souhaiter s'impliquer dans la rencontre et être capable de s'adapter à la personne pour qu'elle accepte qu'il entre dans sa bulle. Il doit faire preuve de patience, de calme, d'écoute, d'empathie, de créativité, et d'imagination (Martin, 2018; Quentin et al., 2016; Salman, 2017).

Durée : La durée des séances doit être adaptée à la clientèle. Elles sont généralement d'une durée moyenne de 30 minutes, mais peuvent varier de 15 minutes à 1 heure (Salman, 2017).

Répétition : Pour procurer le bien-être optimum, il est important de prévoir plusieurs séances avec la personne. La salle blanche est un environnement unique. Les personnes sont souvent fascinées par celle-ci en y entrant. Au fur et à mesure des séances, la personne peut exploiter toutes les richesses que lui propose cet univers.

1.5 Déroulement d'une séance

Dans cette section, il sera question du déroulement des séances. Les séances en salle blanche se déroulent en trois temps : la mise en condition ou la préparation, la séance proprement dite et le retour au quotidien. Chacune sera décrite plus longuement. La description du déroulement des séances s'inspire des ouvrages de Martin (2018) et de Salman (2017).

Avant d'amener une personne en salle blanche, il est important de prendre des informations à propos de son histoire de vie et de ses préférences sensorielles.

Temps 1 | La mise en condition ou préparation

Souvent, cette étape se fait à l'aide de questionnaires à la personne elle-même ou à son entourage si elle n'est plus en mesure d'y répondre.

D'abord, il est important de préparer la salle avant d'amener la personne. Il faut s'assurer du bon fonctionnement des équipements de la salle blanche (ex., tube à bulles, boule miroir, projecteur, diffuseur) et ajuster la température afin qu'elle soit confortable pour elle. L'intervenant doit choisir les stimuli d'accueil. Il est recommandé de présenter environ trois stimuli se référant à trois sens différents (ex., de la musique douce, une image projetée et une odeur diffusée). Il doit également s'assurer que tous les objets sensoriels pertinents pour la personne se trouvent

dans la pièce et il doit choisir leur emplacement. Il ne reste qu'à mettre une indication qu'une séance est en cours sur la porte de la salle blanche.

Ensuite, il est important de se préparer mentalement à vivre cette séance avec la personne. Il faut être en mesure de se connecter à soi, de laisser de côté ses préoccupations personnelles pour se concentrer sur le moment présent et sur sa relation avec la personne. Il faut être disposé à se montrer accueillant, chaleureux, empathique et disponible.

Finalement, il faut préparer la personne à vivre cette séance en salle blanche. Si la personne est en établissement, il est important de prévenir le personnel que cette personne sera dans la salle blanche pour éviter des inquiétudes. L'intervenant doit se rendre dans le milieu de la personne et l'accompagner jusqu'à la salle blanche. Un arrêt est recommandé à la salle de bain afin que la personne aille à la toilette et se lave les mains. Arrivée à la salle blanche, on ouvre la porte et on laisse la personne entrer à son rythme. Il est possible de l'aider à s'installer si cela s'avère nécessaire. On referme ensuite la porte de la salle blanche.

Temps 2 | La séance proprement dite

La séance dure en moyenne 30 minutes (entre 15 minutes et 60 minutes). L'intervenant et la personne peuvent échanger. L'intervenant peut faire des propositions d'objets sensoriels en demeurant à l'écoute de leur réceptivité par la personne. Lors de propositions de stimulations sensorielles, l'intervenant

peut jouer avec les contrastes ou la discrimination, l'exploitation de plusieurs sens, l'expression des ressentis ou des souvenirs, le conte, des histoires ou des chansons.

Il est possible aussi de favoriser la détente et le bien-être par le contact ou les touchers, par de l'enveloppement (ex., couverture chaude), par des massages avec des médiateurs (ex., balles, vibro) et par des jeux psychomoteurs (ex., plateau au mur que l'on touche). L'intervenant doit s'assurer d'un juste équilibre entre la détente et la stimulation selon les besoins de la personne accompagnée. Il est essentiel

Afin que la fin de la séance se vive en douceur, il est fortement suggéré de mettre en place un rituel annonçant le retour au quotidien environ une dizaine de minutes avant

de mettre une horloge dans la salle afin de pouvoir gérer efficacement le temps de la séance.

Temps 3 | Retour au quotidien

Il est important de préparer la fin de la séance avec la personne accompagnée. (ex., baisser le volume de la musique, éteindre le tube à bulle, lever à demi le couvre-fenêtre, ranger une partie du matériel). Il est possible d'offrir un verre d'eau à la personne lorsque la séance est terminée et d'échanger avec elle sur la séance qu'elle vient de vivre. L'intervenant va reconduire la personne à son activité quotidienne.

À la suite de la séance, il est important d'effectuer un ménage dans la salle blanche. L'intervenant doit désinfecter les objets / matériels utilisés, replacer les objets utilisés au bon endroit, éteindre tout le matériel et aérer la salle.

Finalement, l'intervenant doit remplir le dossier de l'utilisateur. Il doit annoter sa fiche d'observation de la séance, remplir le journal des séances, planifier la prochaine séance et réserver la salle blanche.

Chapitre 2 | REVUE SYSTÉMATIQUE DES ÉTUDES UTILISANT L'APPROCHE SENSORIELLE DE TYPE SNOEZELLEN

Cette section du rapport présente une revue systématique des études portant sur l'évaluation des effets de l'accompagnement et l'efficacité de l'approche sensorielle en salle blanche (de type Snoezelen) auprès des diverses populations où elle a été utilisée. Cette revue a été effectuée en utilisant la méthode de recensions de la Cochrane Review, méthode largement utilisée dans le domaine de la santé et des services sociaux (The Cochrane collaboration, 2016, 2019). Les objectifs de la revue systématique seront présentés, la méthodologie pour recenser les études sera détaillée, une hiérarchisation des études sera faite et les résultats seront analysés.

2.1 Objectifs de la revue systématique

Afin d'évaluer les effets de l'accompagnement en approche sensorielle en salle blanche (de type Snoezelen) sur les personnes accompagnées et de mesurer l'efficacité de cette approche, les objectifs spécifiques suivants sont poursuivis :

- Déterminer les objectifs poursuivis lors des accompagnements en approche sensorielle.
- Vérifier comment les effets de l'accompagnement sont mesurés dans les différentes études.
- Recenser les résultats auxquels arrivent les différentes études sur l'accompagnement en approche sensorielle.
- Identifier les avantages et les limites relevés dans les différentes études concernant l'accompagnement en approche sensorielle.

2.2 Méthodologie de la recension des études

Une recension des écrits a été effectuée dans les banques de données en utilisant l'outil Découverte qui regroupe les bases suivantes (ABI/INFORM, American Psychological Association (PsyARTICLES, PsyBooks), Cairn, Cambridge journals, CBCA Education, Cognition, Directory of Open Access Journals, Dissertations & Theses, ebrary, Emerald, ERIC, Érudit, IEEE Publishing, Institute of Physics, JSTOR, Linguistics & Language Behavior Abstracts (LLBA), Medline, PubMed, Modern Language Association, Oxford Journals, Periodicals Archive Online, PILOTS, Project Gutenberg, Proquest, PsycINFO, Revues.org, Sage publications, ScienceDirect, Scopus, Social Services Abstracts, Sociological Abstracts, SpringerLink Journal, Taylor & Francis Journals, Web of science, Wiley) et dans les moteurs de recherche Scholar Google, JURN puis Isidore en octobre 2019.

La recension a été faite d'abord à l'aide de mots-clés. Ensuite, des articles cités dans des écrits auparavant trouvés ont été recherchés dans les banques.

Les mots-clés employés lors de la consultation des banques de données et dans les moteurs de recherche sélectionnés sont :

Approche sensorielle : Snoezelen, approche sensorielle, sensory approach, sensory therapy, sensory therapies, multisensory environments, snoezelen activity, snoezelen room, sensory stimulation

Évaluation : évaluation, implantation, implentation, effects, benefits, interventions, best practices, efficacy

Des restrictions ont été apportées au niveau de la langue. Seuls les écrits en langue anglaise ou française ont été retenus.

2.3 Collectes de données

La recension a généré 125 articles au total, 16 revues systématiques sur le sujet et 110 articles rapportant les résultats d'une étude.

Selon les critères d'inclusion et d'exclusion retenus pour répondre aux objectifs de cette étude, 59 articles rapportant une étude se sont qualifiés pour notre recension en plus des 15 revues systématiques. Certaines études étaient en double puisque certaines études faisaient l'objet d'article en plus de se retrouver dans une ou plusieurs revues systématiques. En effet, 43 d'entre elles ne se retrouvent pas citées dans les 16 recensions systématiques trouvées. Au niveau des revues systématiques existantes,

31 articles se doublaient à une ou plusieurs reprises.

Critères d'inclusion des écrits recensés :

- Utilisation de l'une des méthodes de recherche scientifique pour collecter des données à la suite des séances d'approche sensorielle de type Snoezelen.
- Déroulement de la séance dans une salle blanche.
- Utilisation du matériel associé à la pratique de l'approche sensorielle.
- Aucune restriction sur l'année de publication des études.
- Aucune restriction à propos des clientèles utilisatrices des séances.

Critères d'exclusion des écrits recensés

- Utilisation du matériel sensoriel dans un autre contexte que des séances dans une salle blanche.
- Commentaires expérientiels d'une application de l'approche sensorielle dans un milieu.
- Vulgarisation à propos des étapes d'utilisation de la salle blanche ou des étapes de déroulement.

Les études qui ont été retranchées l'ont été pour les raisons suivantes : 17 études contenaient un récit d'une

application dans un milieu de vie sans qu'une prise de données n'ait été collectée; 12 études présentaient essentiellement une vulgarisation de l'utilisation de l'approche sensorielle dans une salle blanche sans égard à la prise de données; 16 études utilisaient le matériel sensoriel dans un autre contexte que la salle blanche (ex., dans le milieu scolaire, dans un cabinet de dentiste).

2.4 Études sélectionnées

Les études sélectionnées comprennent 15 méta-analyses et 59 études. Une présentation des participants, des objectifs poursuivis par l'étude, de l'utilisation de la salle blanche, de la hiérarchisation des études, des résultats recensés et analysée sera proposée.

Participants des études

Les échantillons des études retenues (15 méta-analyses et 59 études) sont de tailles très diversifiées allant de 1 participant à 125 participants. La majorité des études avait des adultes ou des aînés comme participants et ces derniers vivaient pour la plupart en établissement. Les problématiques présentées par les participants sont nombreuses : trouble neurodéveloppementaux (ex., autisme, syndrome de Rett, Down ou Noonan, syndrome d'alcoolisation fœtale), problématique de santé mentale (ex., état de stress post-traumatique), troubles alimentaires, problématique de comportements, handicaps, déficience intellectuelle, traumatisme cérébral,

gestion de la douleur et troubles neurocognitifs (ex., maladie d'Alzheimer, démence vasculaire).

Objectifs des études

Les études qui ont été retenues poursuivent trois types d'objectifs. Le premier est de tenter de réduire la médication donnée aux participants (ex., réduire la médication administrée pour contrôler les problèmes de comportement, pour réduire la douleur et pour réguler les émotions), le second est de procurer un état de bien-être aux participants (ex., induire un état de détente, de relaxation ou de diminution du stress) et le troisième est de produire un changement chez les participants (visée thérapeutique) (ex., augmenter leur autonomie, améliorer leur gestion émotionnelle, améliorer leurs comportements, favoriser la communication et les liens affectifs).

Utilisation de la salle blanche

Même si les interventions ont toutes eu lieu dans une salle blanche, une grande variation existe à propos de l'aménagement de celle-ci. Certaines études ont proposé aux participants une salle blanche conforme à la marque Snoezelen, d'autres ont utilisé une salle avec un aménagement maison alors que certains ont transformé une pièce en salle blanche (ex., salle d'accouchement).

Concernant le type d'intervention, presque la totalité des études a fait des interventions individuelles dans la salle.

Seulement deux études ont choisi d'intervenir avec des familles dans la salle blanche (Nasser, Cahana, Kandel, Kessel et Merrick, 2004; Sach et Nasser, 2009), une a retenu un protocole nécessitant un auto-traitement sensoriel (Pfeiffer et Kinnealy, 2003) et une a impliqué la dyade proche aidant-aidé (Riley-Doucet, 2009).

Concernant l'utilisation du matériel, les études l'utilisent de façon différente. Certains se sont montrés très rigides, imposant à tous les participants du matériel sensoriel identique. D'autres ont permis aux intervenants de choisir parmi un nombre déterminé de matériel pour leurs participants. Certains ont choisi la spontanéité en mettant beaucoup de matériels à la disposition du participant, sans aucune contrainte.

Concernant les étapes à suivre lors des séances, certaines études seulement ont respecté les étapes préalables à la séance proprement dite et ont choisi de collecter des informations sur l'histoire de vie et sur les préférences sensorielles des participants avant leur première séance en salle blanche.

Il est rarement fait mention des procédures d'hygiène de la salle pendant la période d'expérimentation dans l'ensemble des études consultées.

Presque aucune étude ne fait mention d'une procédure d'accueil dans la salle ou d'une procédure de fin de séance permettant un retour à la vie quotidienne.

Les protocoles d'intervention étaient très différents d'une étude à l'autre au niveau du nombre de séances effectuées, de l'espacement entre les séances, du choix des intervenants animant les séances, de la formation ou de l'expérience des intervenants à l'approche sensorielle, de l'évaluation prétest- ou post-test des séances et de la constitution des groupes de l'étude. Certaines d'entre elles proposaient des comparatifs avec des groupes témoins ou d'autres groupes expérimentaux. Certaines études comportaient plusieurs groupes expérimentaux comparatifs entre des participants utilisant la salle blanche et d'autres utilisant les jardins sensoriels ou encore des activités d'animation. Certains utilisaient les mêmes participants pour plusieurs conditions expérimentales (ex., séance en salle blanche, dans le salon, dans le jardin sensoriel, dans des activités d'animation).

2.5 Hiérarchisation des études sélectionnées

La hiérarchisation des études a été effectuée à partir du modèle de hiérarchie des évidences du Oxford Center for Evidence-Based-Medicine (2011). Ce modèle a été retenu, car l'objectif de recherche est d'évaluer l'efficacité de l'approche sensorielle auprès des diverses clientèles où elle est utilisée et d'en comprendre les effets désirables ou indésirables pour ces dernières. Le modèle du Oxford Center for Evidence-Based-Medicine (2011) est reconnu pour bien évaluer la validité scientifique des études s'intéressant au

diagnostic, au pronostic, à la validation d'une thérapie ou aux effets de celle-ci dans les domaines médical ou psychosocial (Howick, Chalmers, Glasziou, Greenhalgh, Heneghan, Liberati, Moschetti, Phillips and Thornton, 2011^{a,b}; OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011).

La hiérarchisation proposée repose sur le fait que la méthodologie utilisée dans une recherche assure un contrôle des biais de recherche. Certaines méthodes utilisées permettent de parvenir à des résultats plus fiables d'un point de vue scientifique. En relevant la méthodologie d'une étude, il est donc possible de déterminer une valeur relative aux résultats rapportés et d'appuyer le jugement porté sur des évidences empiriques plus solides (Howick et al., 2011^{a,b}; OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011).

Le modèle permet de classifier les études recensées selon cinq niveaux correspondant à différentes méthodologies de recherche.

Le niveau un correspond aux évidences les plus fortes et regroupe les études faisant une étude récente et locale sur un échantillon aléatoire ou encore une revue systématique de divers types (ex., Cochrane, essais contrôlés randomisés, études transversales menées à l'aveugle, étude de cohortes, essai de taille).

Le niveau 2 rassemble les études transversales menées en aveugle, les études longitudinales de cohortes, les essais contrôlés randomisés et les études d'observation avec effet majeur.

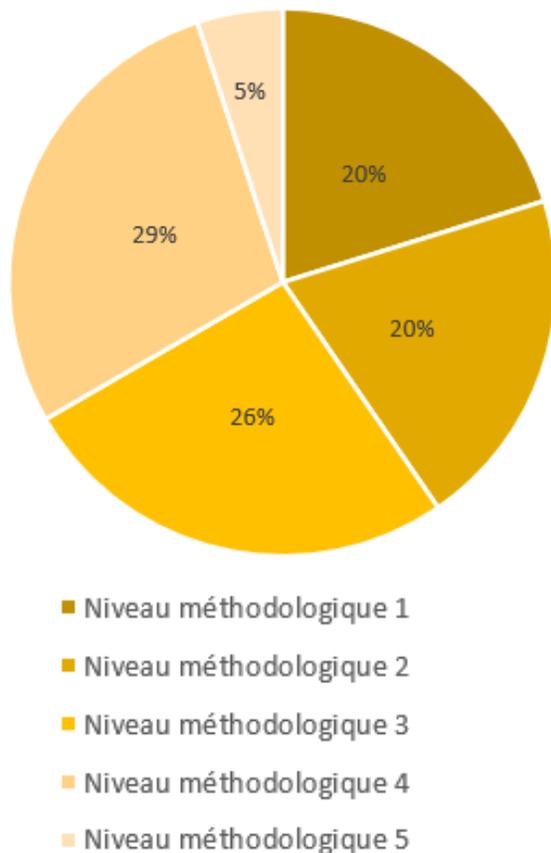
Dans ce niveau, les études proposent des conditions témoins et l'affectation des participants aux groupes se fait aléatoirement.

Le niveau 3, pour sa part, cible les études locales sur des échantillons non aléatoires, des études transversales sans standard de référence, des séries de cas à recrutement non consécutif et des études de cohortes non randomisées ou sans groupe contrôle.

Quant au niveau 4, il s'adresse aux études de cas témoins, aux études de cohortes non standard, aux séries de cas et aux études contrôlées dont la collecte de données du groupe contrôle a précédé celle du groupe étudié.

Finalement, les études faisant appel à des raisonnements déductifs ou à des impressions cliniques, des études descriptives, des descriptions d'avis de participants ou des études présentant une méthodologie douteuse se trouvent dans le niveau 5 (OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011). Le Tableau 1 suivant présente les niveaux atteints par chacune des études retenues.

Tableau 1 Niveau méthodologique atteint par les études recensées selon OCEBM



Ce tableau met en lumière le fait qu'environ 60 % des études retenues ont atteint un niveau de 3 ou plus, ce qui reflète un manque de validité scientifique pour la majorité d'entre-elles.

2.6 Résultats recensés

La majorité des résultats recensés (62,3 %) portaient sur un objectif thérapeutique, c'est-à-dire qu'elles avaient pour but de provoquer un changement au niveau du comportement chez les usagers.

Que ce soit au niveau des comportements perturbateurs, d'autostimulations, d'hétéroagressions, stéréotypés, d'agitations, les études retenues démontrent l'efficacité de la méthode multisensorielle pour diminuer la quantité et/ou l'intensité de ceux-ci. On constate également une augmentation des comportements d'engagements et une amélioration des interactions sociales, ce qui facilite les relations familiales des utilisateurs ainsi que les relations entre l'aidé et l'aidant.

Près du quart (23,2 %) des études avaient comme objectif d'évaluer l'efficacité de la méthode pour produire un état de relaxation ou de réduction de la douleur. L'avantage de la méthode multisensorielle pour procurer un état de relaxation est indéniable. Plusieurs études mentionnent la diminution du sentiment d'anxiété et du stress. Les utilisateurs en ressortent plus calmes, détendus, optimistes, ce qui va en faveur d'un meilleur état de bien-être général. Au niveau de la gestion de la douleur, les résultats recensés démontrent l'efficacité de la méthode multisensorielle en situation d'accouchement. Effectivement, les femmes ayant reçu des séances multisensorielles durant l'accouchement

ont ressenti un effet analgésique et on constate également une diminution du temps lors de la première étape du travail.

Seulement 14,5 % des résultats recensés étudiaient la possibilité de réduire la médication des usagers et des effets positifs sur le travail du personnel. Pareillement, pour ce type d'objectif, la méthode multisensorielle s'est vue utile pour réduire la quantité de médicaments proscrites aux utilisateurs. Par contre, la plupart des études se sont intéressées à l'impact positif de la méthode multisensorielle sur la qualité de vie des intervenants. En effet, celle-ci semble améliorer les interactions entre le personnel et les utilisateurs et faciliter la désescalade des comportements perturbateurs, ce qui permet un état d'apaisement. Cette méthode est donc un avantage pour le personnel qui utilise la salle de façon régulière avec les patients.

2.7 Discussion

Il est possible de constater que la méthode multisensorielle apporte de nombreux avantages thérapeutiques et relationnels aux utilisateurs ainsi qu'aux proches de ceux-ci. Ses effets positifs se fait sentir à travers un large éventail de la population : des enfants aux aînés, des personnes atteintes de démences diverses au personnel aidant. La méthode multisensorielle semble également être une approche thérapeutique non-médicamenteuse efficace pour régler plusieurs troubles

différents, ou simplement améliorer les relations.

Bien que les résultats semblent être extrêmement favorables, il ne faudrait pas minimiser la faiblesse méthodologique des études recensées. La majorité de celles-ci présentent des problèmes de rigueur.

Comme mentionné plus haut, plus de 60% des études recensées avaient un niveau Oxford inférieur à 2, ce qui évoque le manque de contrôle des biais possibles. De plus, plusieurs recherches avaient un nombre de participants insuffisant pour l'envergure de leurs objectifs scientifiques, ce qui les a menés à des résultats non significatifs. Cette réalité nous empêche de tirer des conclusions certaines quant à l'efficacité de l'approche multisensorielle malgré la tendance positive des résultats actuels.

Cette hétérogénéité des méthodologies utilisées soulève le besoin de se doter d'un cadre de référence plus rigoureux pour les prochaines études.

Chapitre 3 | ÉLABORATION D'UN CADRE DE RÉFÉRENCE EN RECHERCHE POUR ÉTABLIR L'EFFICACITÉ DE L'APPROCHE SENSORIELLE DE TYPE SNOEZELEN

L'hétérogénéité des études effectuées et le nombre d'erreurs méthodologiques relevées lors de cette recension montrent la nécessité de se pencher sur l'établissement d'un cadre de recherche commun servant de référence pour les études ultérieures. (Chung et Lai, 2004; Klage, 2011). En effet, un petit nombre d'études actuellement proposent un protocole bien ficelé et les méta-analyses produites jusqu'à maintenant sur le sujet ne sont pas éclairantes à cause de la disparité des protocoles utilisés.

Dans ce chapitre, nous avons tenté de relever le défi de proposer un premier cadre de recherche servant de référence aux prochaines études sur l'approche sensorielle de type Snoezelen. Les étapes préalables à l'élaboration d'un tel projet seront discutées. Les étapes de réalisation de la recherche seront détaillées selon le cadre de recherche proposé. Un cadre idéal sera également présenté.

3.1 Étapes préalables à l'élaboration d'un projet de recherche en approche sensorielle

Avant d'élaborer un projet de recherche visant à vérifier l'efficacité de l'approche sensorielle de type Snoezelen, il est important de s'assurer que certaines conditions préalables sont remplies. Le chercheur doit se poser des questions à propos de la salle blanche qui sera utilisée, de la procédure en place lors des séances, du personnel qui fera les séances, des outils disponibles pour connaître la personne accompagnée et des possibilités d'obtenir un échantillon correspondant aux objectifs de la recherche.

Salle blanche

La salle blanche est le lieu où se déroulera l'ensemble des séances prévues dans la méthodologie de la recherche. Il est important pour le chercheur de choisir une salle qui correspondra aux besoins de la clientèle retenue ou encore une salle qui pourra être facilement adaptée pour la clientèle choisie. Par exemple, si des personnes se déplacent en déambulateur ou en fauteuil roulant, il est important d'avoir un recouvrement de sol lui permettant facilement de se déplacer dans la salle.

Dans le même sens, une salle comprenant un hamac est adaptée aux enfants qui peuvent y monter ou y descendre facilement, mais est peu utile pour des aînés qui auront de grandes difficultés à s'extirper du hamac. Une

chaise berçante est de loin préférable avec cette population. Si la salle est mal adaptée, les participants risquent de refuser de se rendre à des séances ou les bénéfices qu'ils en retireront seront faibles.

Le chercheur doit s'assurer de la disponibilité de la salle blanche tout au long du projet de recherche. Une salle trop occupée pourrait réduire les plages horaires possibles pour des séances et faire en sorte que le protocole établi ne soit pas en mesure d'être respecté.

Intervenants pour réaliser les séances

Le chercheur doit déterminer qui réalisera les séances avec les participants. L'utilisation de thérapeutes qualifiés en approche Snoezelen est préférable afin d'éviter les biais que peut introduire l'inexpérience d'un thérapeute. En effet, les thérapeutes non-expérimentés ne peuvent pas bien faire valoir l'approche et cela pourra avoir des conséquences sur les résultats de l'étude.

Si le chercheur fait appel à des membres du personnel d'un partenaire du milieu avec qui il souhaite collaborer pour ce projet de recherche, il est primordial qu'il s'assure que les membres du personnel qui s'impliqueront dans les séances soient dégagées d'un certain nombre d'heures de leur emploi afin de leur permettre d'effectuer les séances comme le protocole de recherche le prévoyait au départ. Cela évitera que les intervenants

invoquent le manque de temps pour justifier le non-respect du protocole ou le saut de séances. Il serait aussi intéressant de vérifier l'intérêt et l'engagement que ces intervenants éprouvent envers le projet de recherche pour éviter la démotivation et le manque de priorisation du protocole affectant du même coup les résultats de la recherche.

Il est important pour qu'un lien de confiance s'établisse entre l'intervenant et la personne accompagnée que les séances soient toujours réalisées par le même thérapeute. L'utilisation du même thérapeute évite également d'introduire un biais dans la recherche et assure que les changements observés sont en lien avec les interventions faites et non par les changements de thérapeute. Il faut donc que le chercheur s'assure de leur disponibilité pour toute la période de la recherche et qu'il en recrute suffisamment pour ne pas les surcharger.

Si plusieurs thérapeutes sont requis pour l'étude, il faut également s'assurer que ces derniers possèdent une expérience s'équivalent afin d'éviter d'introduire un biais dans la recherche. Pour se faire, on peut déterminer des variables sur lesquelles reposeront les critères de décisions pour le choix des thérapeutes. Il faudra également s'assurer que les thérapeutes reçoivent les mêmes consignes d'encadrement des séances (mêmes étapes, mêmes objets, mêmes évaluations, mêmes outils, mêmes suivis) afin d'éviter que les différences introduisent des biais dans la recherche.

3.2 Étapes de réalisation d'un projet de recherche en approche sensorielle de type Snoezelen

Methodologie

La majorité des études en approche sensorielle ont choisi d'utiliser une méthode quantitative pour réaliser leur recherche. Les méthodes quantitatives se prêtent bien à la vérification de l'efficacité d'un traitement ou d'une approche auprès d'une population. Elle permet aussi d'établir des faits, de les décrire, de mettre en évidence des associations entre des variables à l'étude, de prévoir des relations entre la tenue de séances et les effets qu'elle procure.

Toutefois, les méthodes quantitatives exigent que les participants soient sélectionnés à partir de critères précis et le nombre de personnes doit être calculé à partir de règles méthodologiques. Le protocole de recherche doit être rigoureux et chacune des étapes doit être respectée afin de s'assurer de la validité des résultats obtenus. Elle exige aussi d'avoir des outils possédant de bonnes caractéristiques métrologiques.

Dans le cas contraire, les analyses statistiques utilisées ne seront pas en mesure de donner des résultats valides et fiables.

Jusqu'à maintenant, les méthodes qualitatives ont été peu utilisées pour tenter de mieux comprendre les impacts

de l'approche sensorielle de type Snoezelen. Pourtant, ces méthodes pourraient s'avérer intéressantes pour donner un sens ou pour interpréter l'expérience vécue par les participants dans la salle blanche en s'attardant aux significations qu'ils donnent à ce vécu. Elle pourrait aussi permettre d'observer, de décrire ou d'interpréter le comportement des participants avant, pendant ou suite à la séance en salle blanche afin de documenter les conséquences de celle-ci sur la personne (sentiments, perception, cognition, relation ou comportement) ou sur son entourage.

Objectifs de la recherche

Les études recensées poursuivent trois objectifs distincts: 1) utiliser l'approche sensorielle de type Snoezelen afin de réduire la médication des usagers et rendre le travail du personnel plus valorisant; 2) procurer un effet de bien-être à l'usager soit en lui permettant d'atteindre un état de relaxation ou de réduction de la douleur; 3) provoquer un changement thérapeutique chez l'usager. L'objectif poursuivi influencera la méthodologie choisie afin d'atteindre celui-ci. Peu importe l'objectif retenu, il est possible pour le chercheur d'utiliser une méthodologie qualitative ou quantitative.

Bref, le chercheur doit donc s'assurer de choisir une méthode allant avec les objectifs poursuivis et avec les possibilités que le milieu lui permet.

UTILISATION D'UNE MÉTHODE QUANTITATIVE

Le chercheur qui choisit d'utiliser une méthode quantitative souhaite très souvent confirmer des hypothèses en lien avec l'efficacité de l'approche sensorielle de type Snoezelen auprès d'une population ciblée dans son projet de recherche. Ce dernier devra s'assurer d'être en mesure de réaliser une étude permettant des analyses statistiques valides afin d'établir l'efficacité de l'approche sensorielle. Il sera important que le chercheur s'assure de respecter les prérequis de cette méthode tant au niveau de l'échantillon, de la procédure, de la collecte de données que de l'analyse de celles-ci.

ÉCHANTILLON

*Plusieurs études recensées
présentes des problèmes importants
avec la taille ou la composition de
leur échantillon*

(Lotan et Gold, 2009; Scanlan et Novack, 2015). Les méthodes quantitatives nécessitent de grands échantillons pour être en mesure d'utiliser des analyses statistiques permettant de confirmer les hypothèses de recherche. Plusieurs facteurs déterminent la taille d'un échantillon notamment la grandeur de la population, son homogénéité, l'intervalle de confiance visée, la marge d'erreur acceptée, le type d'analyse que le

chercheur compte faire. Souvent, un minimum de 35 participants est nécessaire. Plus le protocole de recherche présente de variables à analyser, plus ce nombre se verra augmenter. Il est important que le chercheur s'assure qu'il aura accès à suffisamment de participants pour lui permettre d'utiliser les analyses statistiques prévues et pour généraliser ses résultats.

L'échantillon doit être le reflet de la population étudiée. Le chercheur doit s'assurer que l'échantillon soit représentatif de la population. Plus la population est homogène, moins l'échantillon doit être grand afin de représenter toute la population.

Il pourrait être judicieux d'établir des critères restrictifs de la population à l'étude afin de s'assurer d'une homogénéité plus grande de l'échantillon et de diminuer le risque d'obtention de données aberrantes (ex., les personnes qui souffrent d'Alzheimer seulement. On élimine toutes les personnes qui sont atteintes d'un autre trouble neurocognitif; présentant des difficultés comportementales, cognitives ou sociales similaires; chez les enfants, limiter l'âge pour éviter que leur développement soit différent) (Lotan et Gold, 2009). Il semble préférable de faire plusieurs recherches avec des échantillons possédant des critères plus restrictifs que de tenter de faire une recherche avec un échantillon trop englobant et hétérogène (ex., faire plusieurs recherches sur la maladie d'Alzheimer avec des participants à des stades différents). Il est donc primordial

que le chercheur prévoit des outils efficaces permettant de discriminer et d'évaluer les participants afin d'établir leur similarité sur les critères retenus.

Plusieurs approches en méthodes quantitatives préconisent l'utilisation de groupe témoin ou contrôle (ex., essai contrôlé randomisé) afin d'assurer un point de comparaison et contrôler certains biais (ex., passage du temps) (Scanlan et Novack, 2015). Cela vient alors augmenter la taille de l'échantillon qui sera requis pour réaliser la recherche. Il faut alors que le chercheur le planifie.

Certains chercheurs trouvent intéressant dans un protocole de recherche de comparer l'efficacité de l'approche sensorielle à d'autres approches non médicamenteuses (ex., jardins sensoriels, arthérapie, activités d'animation ou activités de détente ou de loisir). Dans ces situations, il est préférable d'utiliser un protocole de recherche prévoyant des conditions expérimentales qui seront testées par les mêmes participants plutôt qu'une étude faisant usage de plusieurs groupes expérimentaux constitués de participants différents. Cela évitera l'introduction des biais liés aux participants et réduira la taille de l'échantillon nécessaire à la réalisation de cette étude. Par contre, il allonge le temps de la recherche et exige une implication plus grande de la part des participants. Si le chercheur choisit de constituer plusieurs groupes expérimentaux, il doit s'assurer que les participants des deux groupes seront comparables sur les variables les plus

importantes afin de ne pas biaiser les résultats.

Le chercheur doit garder en tête que plus le protocole prévu pour la recherche est long, plus il augmente ses chances qu'il y ait un retrait de certains participants de l'étude. Il faut s'assurer que leur retrait ne mette pas en péril les résultats de la recherche à cause que la taille de l'échantillon serait devenue trop petite.

La plupart des études ont utilisé un échantillon de convenance composée de personne s'étant portée volontaire pour participer à l'étude. Quand il est possible, il est préférable d'utiliser un échantillon aléatoire. Cela est possible lorsque l'étude se déroule dans un centre par exemple. Il s'agit de sélectionner toutes les personnes qui répondent aux critères de notre population à l'étude et de tirer au hasard les personnes à qui il sera proposé de participer à l'étude. Ainsi, le risque d'introduction de biais en lien avec l'échantillon se trouve réduit.

Il arrive également que pour obtenir la taille nécessaire pour l'échantillon, le chercheur doive procéder au recrutement de participants dans plusieurs lieux. Il faut alors qu'il s'assure que les lieux retenus ont un fonctionnement similaire, accueillent des personnes se ressemblant sur les critères de la recherche, que les thérapeutes auront des qualifications semblables. Cela augmente la complexité de la procédure puisque la moindre variante d'un lieu à l'autre pourrait introduire des biais dans la recherche. Cela demande donc une

supervision plus grande de la part de l'équipe de recherche. Il est recommandé qu'un assistant de recherche vérifie à un intervalle court et régulier le déroulement de la recherche dans chacun des lieux. L'avantage de collecter des données dans plusieurs lieux est que si la recherche est bien menée, les résultats seront davantage généralisables.

Il est important de collecter des informations sociodémographiques (âge, sexe, niveau intellectuel, etc.) et cliniques (difficultés présentées, diagnostics reçus, médication prise, hébergé en institution, etc.) à propos des participants de l'étude. Plusieurs études publiées ont négligé cet aspect pourtant important d'une étude.

PROCÉDURE ET COLLECTE DE DONNÉES

Bilan sensoriel et histoire de vie.

Plusieurs études consultées ayant utilisé une méthodologie quantitative ont établi une procédure de collecte de données dans la salle blanche qui ne tient pas compte des pratiques cliniques recommandées de cette approche. Par exemple, la majorité des intervenants en approche sensorielle de type Snoezelen font la passation d'un bilan sensoriel et d'un outil faisant l'histoire de vie des usagers préalablement aux séances.

Ces outils évaluatifs permettent de déterminer le profil sensoriel des usagers (ex., hypersensoriel ou hyposensoriel), de choisir des objets significatifs pour la personne au niveau des sept sens en prévision des séances dans la salle blanche, de déterminer les

moments signifiants de sa vie pour créer des réminiscences à l'aide d'objets ou de mise en situation en salle blanche.

Or, très peu de protocoles de recherche ont utilisé le bilan sensoriel et l'histoire de vie avec les participants.

Cela peut expliquer le désintérêt de certains participants pour les séances en salle blanche ou leur refus de poursuivre leur participation. Le chercheur devrait inclure des outils permettant de faire un portrait de la sensorialité et de l'histoire de vie de ses participants dans son protocole afin d'éviter la surexcitation ou la sous-stimulation sensorielle ou encore d'exposer le participant à des souvenirs traumatiques ou désagréables qui pourraient se conclure par le désengagement des participants.

Utilisation du matériel sensoriel et configuration de la salle.

Il est suggéré de prévoir un protocole souple permettant de personnaliser l'environnement sensoriel pour chaque participant tout en encadrant la pratique des séances pour éviter l'introduction de biais de recherche.

Une première option serait de proposer un certain nombre de choix d'objets pour chacun des sept sens à partir duquel il serait possible de personnaliser la séance pour chacun des participants.

Une seconde option serait de déterminer à l'avance comment les objets pourront être utilisés. Par exemple, pour stimuler l'odorat, il pourrait être déterminé que l'emploi du diffuseur d'huiles essentielles sera utilisé, mais l'intervenant sera libre de choisir l'huile essentielle de son choix. Pour le sens du toucher, il pourrait être obligatoire d'inclure un objet à manipuler avec les mains (ex., une balle, un toutou, etc.). Ainsi, l'intervenant sera en mesure de préparer la salle blanche en fonction des besoins du participant, tout en respectant le cadre établi par le protocole de recherche et en évitant que les trop grandes disparités entre les participants.

Il est important que tout au long du protocole, la salle blanche soit configurée de la même façon au début des séances afin d'éviter les biais de recherche dus à la configuration de l'environnement et de créer une familiarité pour le participant.

De plus, les séances devraient avoir une durée similaire pour tous les participants, ce qui n'était pas le cas pour certaines études consultées. Le non-respect de la durée établie introduit également des biais dans les résultats de la recherche. Il est suggéré que le chercheur établisse un intervalle de durée relativement courte à respecter (ex., de 25-35 minutes).

Étapes des séances. Au niveau de l'intervention, les séances en salle blanche sont généralement divisées en trois temps : mise en condition /

préparation, séance proprement dite et retour au quotidien. Toutes ces étapes sont nécessaires afin d'assurer une transition douce aux usagers entre leur quotidien et la salle blanche.

Or, la plupart des protocoles de recherche ne contenaient pas les trois étapes habituelles des séances soit la mise en condition / préparation, la séance proprement dite et le retour au quotidien.

Cela crée un biais dans la recherche puisque le non-respect des étapes par les chercheurs provoque un décalage entre l'utilisation habituelle de la salle blanche lors d'intervention et le protocole de recherche.

Le manque de transition à l'entrée et à la sortie de la salle blanche amène un décalage entre l'environnement quotidien et celui de la salle blanche (ex., contraste entre la lumière et la pénombre; le bruit et le calme) pouvant amener des problèmes d'adaptation par les participants (ex., problème de comportement, surcharge sensorielle, etc.). Des stratégies comme la description de la salle lorsque l'intervenant se dirige vers la salle avec le participant (ex., pénombre, petite pièce, objets lumineux, objets qui émettent des sons, etc.) ou encore éteindre des objets sensoriels en fin de séance peuvent contribuer à marquer les transitions et peuvent être inscrites au protocole de recherche. Cela a été problématique dans certaines études notamment une ayant un échantillon

d'enfants (Breslin, Guerna, Ganz et Ervin, 2020). Il est donc primordial que le chercheur respecte dans son protocole de recherche les étapes habituelles d'intervention s'il veut prétendre vérifier l'efficacité de l'approche sensorielle.

État psychologique des participants.

Les intervenants en approche sensorielle ne recommandent pas d'utiliser la salle blanche avec un usager présentant une désorganisation ou des problèmes comportementaux alors que devrait se tenir sa séance en salle blanche (Martin, 2018; Salman, 2017). Dans les instants précédents la séance, la personne doit être calme et en mesure d'apprécier son expérience dans la salle blanche.

Il devient donc important de prévoir des outils ou des lignes directrices dans le protocole de recherche pour évaluer l'état psychologique des usagers avant leur entrée dans la salle afin d'éviter des conduites inappropriées ou dangereuses dans les séances ou encore de renforcer un mauvais comportement (salle blanche peut être perçue comme une récompense).

Étant donné que les populations à l'étude avec cette approche sont souvent vulnérables, il est important de prévoir une stratégie de sortie de salle en cas de conduites agressives dans la salle blanche pour éviter du bris de matériel ou des blessures pour les personnes. Très peu de protocoles de recherche présentaient une étape

d'évaluation avant de diriger un participant dans la salle blanche.

Impact de la médication. Dans le même ordre d'idée, il serait important que le protocole prévoie des prises d'informations sur la médication prise par le participant tant celle qui est consommée de façon régulière que celle donnée de façon ponctuelle. Il est important de considérer l'effet de la médication qui peut venir jouer sur les réactions de l'utilisateur dans la salle blanche ou sur les effets post-rencontre.

Il pourrait être intéressant d'avoir une médication le plus fixe possible pour chacun des participants pour le temps du protocole. Il est suggéré que le chercheur discute avec le médecin traitant pour établir cette partie de son protocole.

Consignation des informations provenant des séances. Le protocole du chercheur devrait contenir des renseignements destinés aux intervenants et aux observateurs sur les informations à consigner suite aux séances.

Lors de l'utilisation de méthodes quantitatives, il est possible de fournir une grille à cocher portant sur les aspects importants à observer lors des séances afin de répondre aux objectifs de la recherche et de progression de l'utilisateur dans les séances subséquentes (ex., comportements de l'utilisateur, communication verbale ou non-verbale qui a eu lieu, déroulement

de la séance, objets utilisés ou préférés, etc.) (Scanlan et Novack, 2015).

Il est fortement suggéré de procéder à l'enregistrement des séances lorsque cela s'avère possible. Cela permettra de coter avec interjuge les vidéos afin de confirmer des résultats, d'évaluer l'usager, de vérifier si le protocole a été respecté, d'aider l'intervenant à planifier les séances ultérieures. De plus, l'enregistrement est moins invasif qu'un observateur dans la salle. Il n'est pas recommandé de se fier uniquement aux observations de l'intervenant puisqu'il peut être difficile pour lui de se concentrer à la fois sur sa relation thérapeutique avec le participant et sur les éléments de sa grille d'observation.

En tout temps, il est important de prévoir une façon de consigner des informations lors des séances que ce soit par l'enregistrement, l'observation en salle miroir ou la présence d'un observateur qualifié non participant.

Bref, il est important que le protocole de recherche précise bien à l'intervenant les évaluations à faire avant, pendant et après les séances, les étapes à suivre avant, pendant et après les séances, les conditions à respecter dans la planification des séances (configuration de la salle à l'entrée, les outils qu'il peut utiliser pour chacun des sens, la durée des séances, les techniques de manipulation ou d'intervention relationnelle possibles, l'encadrement possible, etc.), les conditions d'admission des participants en salle et

les informations à consignées suite aux séances.

Utilisation de devis expérimentaux ou quasi-expérimentaux. L'objectif d'établir l'efficacité de l'approche sensorielle implique l'utilisation d'approches standardisées rigoureuses comme la méthode expérimentale afin d'obtenir davantage de contrôle sur les variables pouvant interférer entre les variables à l'étude et ainsi produire des résultats plus fiables. Il est possible de penser entre autres à l'essai contrôlé randomisé qui se prête bien à cet objectif (Corbière et Larivière, 2014). De plus, lorsque des objectifs thérapeutiques sont visés, il est intéressant de prendre plusieurs mesures avant de débiter le protocole pour établir un meilleur portrait du participant. Le chercheur obtiendra un meilleur comparatif entre le prétest et le post-test. Le chercheur devrait également utiliser un protocole permettant d'évaluer à l'aveugle quand il recourt à un groupe contrôle ou à plusieurs groupes expérimentaux. Cela évite que les évaluateurs créent des biais dans leur évaluation en sous ou sur évaluant des changements (Scanlan et Novack, 2015).

La majorité des études souhaitent vérifier la présence de changements chez les participants à court terme. Plusieurs études ont tenté de tester les effets à plus long terme de cette approche, mais avec peu de succès jusqu'à maintenant. Un chercheur qui aurait cet objectif devrait augmenter la durée de sa recherche afin de mesurer

au-delà des deux mois actuels que la majorité des études ont utilisé. Il faudrait prévoir des protocoles sur plusieurs mois ou années avec un protocole prévoyant au moins une séance par semaine pour être en mesure de démontrer un effet à long terme.

Le chercheur doit s'assurer d'utiliser les bons outils de collectes de données, le bon nombre de répétitions des mesures et d'évaluer à partir des bonnes cibles afin de répondre aux objectifs de vérification de l'efficacité de l'approche sensorielle.

Validité et fidélité des outils. La majorité des études utilisant les méthodes quantitatives ont utilisé des questionnaires pour vérifier l'efficacité de l'approche sensorielle sur les variables retenues pour leur recherche. Le questionnaire est d'ailleurs un outil tout indiqué pour mesurer et évaluer des changements sur les variables retenues.

Toutefois, le chercheur doit s'assurer que les outils de mesure retenus (ex., questionnaire) sont fiables et validés auprès de la population de l'échantillon afin de s'assurer de résultats concluants. Le chercheur doit donc s'enquérir des qualités métrologiques des outils d'évaluation qu'il compte utiliser (validité et fidélité) pour mesurer les variables à l'étude.

Étant donné que les outils seront administrés la plupart du temps avant, pendant et après les séances dans la salle blanche, le chercheur doit également se questionner sur les

possibles effets d'apprentissage si l'outil est administré au participant lui-même dans l'éventualité où il n'y a pas de version B de l'outil. Il faut considérer également le nombre de prises de mesures ou de collectes de données durant le protocole, plus le nombre est grand, plus la capacité des modèles statistiques à prédire les effets des séances à plus long terme augmente aussi (augmentation de la puissance statistique).

Sollicitation de l'entourage. Il est également possible de collecter des données sur les changements observés chez les proches ou chez le personnel entourant les participants. Il peut même être indiqué de fournir des grilles d'observations aux membres de l'entourage du participant pour qu'ils puissent mesurer les changements observés.

Dans le cas où le chercheur utilise la méthode expérimentale, ce dernier doit se questionner sur les variables de contrôle qui peuvent venir interférer entre ses variables indépendantes et celles dépendantes. Ainsi, il pourra prévoir des mécanismes pour les contrôler. Nommons entre autres connaître et contrôler l'effet d'une médication prise par le participant (ex., sur sa concentration, somnolence, etc.), avoir un portrait le plus complet possible des pathologies présentes chez le participant au niveau de sa santé physique et mentale; avoir le portrait le plus complet des déficiences motrices ou cognitives gênant la fonctionnalité du participant dans son quotidien,

connaître la force et endurance du participant, sa familiarité avec la tâche proposée, ses stratégies initiales de gestion de douleur ou de comportement difficile, connaître la personnalité du participant, étudier l'effet de la relation avec l'accompagnant dans la salle (sa sécurité, son encadrement, sa proximité, les contacts physiques, etc.) ou l'effet de la relation avec lui, etc. Cela peut aller dans certaines études jusqu'à inclure des mesures physiologiques lorsque cela est nécessaire.

Analyses et interprétation des données collectées

Le chercheur dans cette étape doit s'assurer de choisir les bonnes analyses statistiques afin de répondre à ses hypothèses de recherche et d'utiliser toutes les données collectées lors de l'étape précédente. L'utilisation d'une grille d'analyse pour dégager les résultats peut être aidante à cette étape. Certaines études ont appliqué un protocole de recherche prévoyant plusieurs collectes de données, mais les chercheurs ont négligé de les analyser par la suite (Berg, 2010). Pourtant, il aurait été pertinent d'avoir recours à des analyses de mesures répétées afin d'utiliser l'ensemble des données collectées et non seulement ceux du début et de la fin.

Le chercheur doit donc s'assurer d'une correspondance entre la collecte de données et les analyses. Le chercheur qui a choisi d'utiliser des grilles d'observation pour codifier des changements d'un enregistrement d'une

séance par exemple doit s'assurer d'obtenir une fidélité interjuge entre au moins deux chercheurs afin de s'assurer de la fiabilité des données.

Utilisation d'une méthode qualitative

Le chercheur qui envisage l'utilisation d'une méthode qualitative poursuit le but de comprendre comment l'approche sensorielle agit sur une population déterminée ou comment elle répond à un besoin de celle-ci. Le chercheur s'intéressera également aux facteurs favorisant les bienfaits de l'approche sensorielle chez cette population, mais également à ceux représentant des obstacles. Complémentaires aux méthodes quantitatives, les méthodes qualitatives permettent donc d'approfondir le vécu des participants au niveau de leurs émotions, de leurs cognitions, de leurs perceptions, de leurs choix comportementaux et de leurs relations, de même que la signification qu'ils donnent à ce vécu. Le chercheur devra s'assurer de trouver des participants représentant bien la diversité de cette population afin d'avoir une compréhension approfondie des possibilités de bienfaits que peut offrir cette approche sensorielle.

Peu d'études utilisant un devis qualitatif ont été menées jusqu'à présent afin de mieux comprendre les effets de l'approche sensorielle (Scanlan et Novack, 2015).

ÉCHANTILLON

La taille de l'échantillon requis pour les méthodes qualitatives est plus restreinte que celle demandée pour les méthodes quantitatives. Toutefois, le chercheur doit s'assurer de la représentativité de la population à travers l'échantillon choisie. La taille de l'échantillon sera souvent évaluée approximativement au départ et sera fixée en cours de recherche lorsque la saturation des données arrivera, c'est-à-dire que les données collectées deviennent redondantes (Lotan et Gold, 2009; Scanlan et Nvack, 2015). Il est important de collecter des informations sociodémographiques (âge, sexe, niveau intellectuel, etc.) et cliniques (difficultés présentées, diagnostics reçus, médication prise, hébergé en institution, etc.) à propos des participants de l'étude. Plusieurs études publiées ont négligé cet aspect pourtant important d'une étude.

PROCÉDURE ET COLLECTE DE DONNÉES

Les éléments de la procédure mentionnés dans les méthodes quantitatives portant sur l'emploi d'un bilan sensoriel et d'un questionnaire d'histoire de vie, l'utilisation du matériel sensoriel et configuration de la salle blanche de même que les étapes des séances demeurent les mêmes pour les méthodes qualitatives. Toutefois, les outils de collectes divergeront influençant la procédure.

Les chercheurs utilisant les méthodes qualitatives utilisent souvent les techniques d'entrevue ou d'observation. Au niveau de l'utilisation des entrevues,

le chercheur peut prévoir à divers moments de la séquence de séances (ex., au début, au milieu et à la fin) une entrevue semi-structurée à l'aide d'un schéma avec le participant, des membres de son entourage et du personnel de soin (si la personne est en établissement) afin de noter les effets et les changements chez le participant depuis qu'il a des séances en salle blanche (dans la salle et à l'extérieur de la salle). Il sera également possible de questionner les facteurs favorisant ou faisant obstacle aux effets de cette approche. Au niveau de l'observation, les séances peuvent être enregistrées, un verbatim peut être fait de ces dernières pour analyse. Il est aussi possible d'utiliser une grille d'observation où le chercheur consigne des données à partir du visionnement.

Le chercheur peut aussi être observateur non participant dans la salle blanche afin de collecter des informations à partir d'une grille. Les méthodes qualitatives permettent plusieurs niveaux d'analyse et plusieurs angles d'observation comme d'ajouter des grilles observation ou verbatim de séances avec notation des comportements et des comportements non verbaux.

ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES

L'analyse des données collectées permet de mieux comprendre comment se vit l'expérience de l'utilisateur de la salle blanche, d'identifier les facteurs faisant obstacle ou favorisant les bienfaits de

l'approche sensorielle, d'identifier les changements survenus à différents niveaux (ex., émotions, comportements, perceptions, etc.) et d'en recueillir leur signification. L'analyse se fera à partir des verbatims des séances ou des entrevues réalisées. Les grilles d'observation pourront aussi être analysées. Les méthodes qualitatives permettent de nuancer les données. Par

exemple, il est possible qu'un comportement inadéquat ne se soit pas disparu, mais il se pourrait s'être atténué, avoir diminué en fréquence ou en intensité, avoir disparu de certains contextes, mais pas de d'autres. Bref, l'analyse qualitative permet une analyse plus fine que les analyses quantitatives.

Tableau 2 | Cadre d'un projet de recherche en approche sensorielle idéale

Préalable à la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'une salle blanche adaptée à la population choisie. • Disponibilité d'intervenants en approche sensorielle qualifiés et en nombre suffisant.
Objectifs	<ol style="list-style-type: none"> 1) Réduction de l'utilisation de médicament et valorisation du personnel 2) Augmentation du bien-être 3) Changements souhaités (Thérapeutique)
Échantillon	<p>Compatible avec la méthode choisie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Méthodes quantitatives : une taille d'échantillon suffisante pour réaliser les analyses statistiques retenues et généraliser les résultats. • Méthodes qualitatives : possibilité de recruter des participants représentant bien le spectre de la population à couvrir.
Procédure	<ol style="list-style-type: none"> 1) Passation bilan sensoriel et histoire de vie 2) Respect des étapes des séances 3) Utilisation du matériel sensoriel et configuration de la salle 4) Préalable aux séances : médication, état psychologique 5) Consignation des informations des séances
Collecte de données	<ol style="list-style-type: none"> 1) Devis mixte séquentiel explicatif pourrait être une méthode permettant vraiment de mieux comprendre et d'évaluer l'efficacité de l'approche sensorielle (Corbière et Larivière, 2014, p.631-632). Ce serait la méthode à préconiser; <ul style="list-style-type: none"> • Collecte de données quantitatives avec la méthode expérimentale, avec plusieurs prétest et post-test, incluant un groupe témoin, avec des évaluateurs à l'aveugle. • Collecte qualitative : à l'aide d'entrevues semi-structurées, documenter les données aberrantes, documenter la fréquence, l'intensité, les facteurs de changements, etc. 2) Devis méthode quantitative : Utilisation de la méthode d'essai contrôlé randomisé afin de pouvoir valider l'efficacité des interventions. Prévoir des questionnaires ou tests permettant d'établir clairement l'état des participants avant le début de la recherche afin de pouvoir le comparer avec son état à la fin. Le chercheur doit également prévoir le contrôle des variables pouvant interférer entre les variables dépendantes et indépendantes. 3) Devis méthode qualitative : Il est recommandé de combiner l'observation à l'aide d'une grille avec les entrevues semi-structurées. L'observation permet de constater des modifications comportementales, cognitives, émotionnelles ou relationnelles et les entrevues permettront d'expliquer la signification pour le participant ou son entourage.
Analyse de données	<p>Quantitative : Analyse de mesures répétées avec un logiciel comme SPSS</p> <p>Qualitative : Verbatims des entrevues analysés avec un logiciel comme NVivo ou codification des grilles d'observation.</p>
Transfert de connaissance	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir un plan de transfert des découvertes sensorielles faites dans les séances vers le quotidien (maison, école, etc.) afin que l'utilisateur puisse optimiser les bienfaits des séances. • Prévoir un plan de communication aux intervenants autour de l'utilisateur (famille, enseignant, intervenant, proche aidant, etc.) afin qu'ils deviennent des agents facilitateurs du transfert. • Utiliser les découvertes pour mieux répondre aux besoins dans le quotidien.

CONCLUSION

L'approche sensorielle de type Snoezelen a été élaborée au départ pour répondre à des besoins de stimulations de populations vulnérables avec qui il est difficile de communiquer. Depuis, elle a été utilisée auprès de plusieurs populations allant des enfants aux aînés vivant différentes difficultés ou vulnérabilités. Même si aucun titre professionnel particulier n'est prescrit pour la pratiquer, cela ne signifie nullement qu'aucune bonne pratique n'a été établie à son sujet. De bonnes pratiques ont détaillé l'aménagement de la salle, les évaluations nécessaires à faire avant d'amener une personne dans la salle blanche et les étapes à réaliser lors des séances. Plusieurs études ont tenté jusqu'à maintenant d'établir l'efficacité de cette approche dans le but de réduire la prise médicamenteuse des personnes, la création de bien-être ou la gestion de la douleur et le changement des personnes sur des aspects ciblés (visée thérapeutique).

Malheureusement, peu d'études ont réussi à démontrer jusqu'à maintenant l'efficacité de cette approche à cause de l'hétérogénéité des protocoles de recherche employés et des nombreuses erreurs méthodologiques commises. La hiérarchisation des études sur le sujet a permis de faire une recension des études existantes, de relever les points forts et les faiblesses de ces dernières. Ainsi, il a été possible de proposer un cadre de référence en recherche pour vérifier l'efficacité de l'approche sensorielle dans les études ultérieures. Plusieurs études déjà effectuées seront à refaire afin d'en arriver à des résultats valides. Il est aussi possible d'explorer de nouvelles avenues. Question d'inspirer les chercheurs, une liste des avenues de recherche possible est proposée ci-dessous.

Liste des avenues de recherche peu ou pas explorées en approche sensorielle

- Évaluer et documenter la relation thérapeutique entre l'utilisateur utilisant la salle blanche et le personnel de soin de l'établissement où réside l'utilisateur en matière de qualité des soins effectués par le personnel, de comportements de l'utilisateur envers le personnel, de valorisation de son rôle de personnel de soin, de son sentiment d'auto-efficacité, de l'épuisement professionnel, etc. Peu d'études ont documenté l'impact de l'utilisation de l'approche sensorielle auprès des utilisateurs sur le bien-être du personnel de soin.
- La plupart des recherches en approche sensorielle de type Snoezelen ont été effectuées auprès de populations en établissement. Pourtant, certaines populations vivant à domicile, ayant une mobilité réduite ou habitant dans des établissements n'ayant pas de salle blanche pourraient bénéficier de l'approche sensorielle. Il pourrait être intéressant de faire des études sur l'approche sensorielle faite à l'aide de chariots ou de bacs sensoriels pour vérifier leurs impacts. Jusqu'à maintenant, peu d'études sur le sujet sont disponibles.
- La majorité des études en approche sensorielle de type Snoezelen utilise des populations vulnérables comme des personnes lourdement handicapées, atteintes de troubles neurocognitifs ou de troubles neuro-développementaux. Peu d'études utilisent des populations en soins palliatifs, souffrant de douleur, atteintes de problèmes de santé mentale par exemple. Plusieurs populations n'ont pas été évaluées jusqu'à présent.
- Peu de projets de recherches longitudinales sur une longue période de temps ont été réalisés. Il pourrait être intéressant que des chercheurs s'associent à un établissement qui souhaite implanter dans une unité de soins une salle blanche et former du personnel dédié aux séances afin d'évaluer le programme sur une longue période.
- Il pourrait aussi être possible d'évaluer un programme déjà établi et de le tester sur plusieurs dimensions sur une longue période de temps.
- Bâtir un protocole de recherche où on valide les effets du degré d'exposition à l'approche sensorielle afin d'établir après combien de séances un effet sur différentes variables se fait sentir.

- Les protocoles de recherche ont testé l'efficacité de l'approche sensorielle majoritairement dans le cadre de séances individuelles. Il serait intéressant d'évaluer l'efficacité de l'approche lors de séances en dyade (ex., un couple) ou en groupe naturel (ex., famille) ou composé (ex., quelques résidents). Cela permettrait d'évaluer l'impact potentiel des séances sur l'opportunité d'améliorer les interactions et les liens affectifs (ex., améliorer l'attachement, la communication, la complicité).
- Étant donné l'attribution de vertu relaxante à l'approche sensorielle de type Snoezelen, il pourrait être intéressant de vérifier l'efficacité de celle-ci avec des populations éprouvées par le stress comme des personnes souffrant d'état de stress post-traumatique, de troubles anxieux, d'anxiété de performance, d'épuisement parental ou professionnel, etc.
- Certaines études ont testé les effets de l'approche sensorielle en la comparant à d'autres activités relaxantes (ex., jardins sensoriels) ou récréatives. Peu d'études ont été faites jusqu'à présent.
- Jusqu'à présent, les études se sont concentrées à comparer des approches différentes pour une population donnée. Il serait intéressant de plutôt utiliser l'approche multisensorielle et faire varier les caractéristiques des sujets à l'étude. On pourrait alors être capable de déterminer pour quelle population la méthode multisensorielle utilisée à l'étude apporte les changements les plus significatifs.
- La stimulation des sens dans l'approche multisensorielle permet de reconnecter la personne à son corps. Il serait donc pertinent de voir les effets d'une telle approche sur des troubles où les pensées sont plus problématiques, comme la dépression, l'anxiété de performance ou autres. La reconnexion à leurs différents sens pourrait leur permettre de quitter pendant un instant leurs pensées envahissantes.

LISTE DE RÉFÉRENCES

Anderson, K., Bird, M., Macpherson, S., et Davis, T. (2011). Findings from a Pilot Investigation of the Effectiveness of a Snoezelen Room in Residential Care: Should We Be Engaging with Our Residents More? *Geriatric nursing*, 32 (3), 166-177. DOI 10.1016/j.gerinurse.2010.12.011

Ashby, M., Lindsay, W. R., Pitcaithly, D., Broxholme, S., & Geelen, N. (1995). Snoezelen: Its effects on concentration and responsiveness in people with profound multiple handicaps. *The British Journal of Occupational Therapy*, 58(7), 303–307. <https://doi.org/10.1177/030802269505800711>

Baillon, S., Van Diepen, E., & Prettyman, R. (2002). Multisensory therapy in psychiatric care. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 444-450.

Baker, R., Dowling, Z., Wareing, L. A., Dawson, J., & Assey, J. (1997). Snoezelen: Its long-term and short-term effects on older people with dementia. *The British Journal of Occupational Therapy*, 60(5), 213–218. <https://doi.org/10.1177/030802269706000507>

Baker, R., Bell, S., Baker, E., Gibson, S., Holloway, J., Pearce, R., Dowling, Z., Thomas, P., Assey, J., & Wareing, L.-A. (2001). A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 81–96. <https://doi.org/10.1348/014466501163508>

Baker, R., Holloway, J., Holtkamp, C.C.M, Larsson, A., Hartman, L.C., Pearce, R., Scherman, B., Johansson, S., Thomas, P.W., Wareing, L.A., Owens, M. (2003). Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Issues and Innovation in Nursing Practice*; 43(5):465–477.

Ball, J., Haight, B. K., (2005). Creating a multisensory environment for dementia. *Journal of Gerontological Nursing*. 4-10.

Berg et al. (2010). Snoezelen, structured reminiscence therapy and 10-minutes activation in long term care residents with dementia (WISDE): study protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 10(5). <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/5>

Bergstrom, V., O'Brien-Langer, A., et Marsh, R. (2019). Supporting children with fetal alcohol spectrum disorder: Potential applications of a Snoezelen multisensory room, *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 12(1), 98-114. DOI: 10.1080/19411243.2018.1496869

Berkheimer, S. D. et Malmstrom T. K. (2017). Snoezelen Therapy as an Intervention to Reduce Agitation in Nursing Home Patients With Dementia: A Pilot Study. *Letters to the Editor / JAMDA* 18. 1080-1081. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2017.09.009>

Botts, B.H., Hershfeldt, P.A., Christensen-Sandfort, R.J. (2008). Snoezelen®: Empirical Review of Product Representation. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 23(3):138-147. doi:[10.1177/1088357608318949](https://doi.org/10.1177/1088357608318949)

Bolhack, S., Viggiano, B., Grant, S., Ortiz, P., et Olitzky, L. (2011). Positive effects of Snoezelen therapy to improve behaviors in the skilled nursing facility, *Journal of post-acute and long term care medicine (JAMDA)*, 12 (3),

Breslin, L., Guerra, N., Ganz, L., & Ervin, D. (2020). Clinical utility of multisensory environments for people with intellectual and developmental disabilities: A scoping review. *American Journal of Occupational Therapy*, 74, 7401205060. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.037267>.

Carter, M., & Stephenson, J. (2012). The use of multi-sensory environments in schools servicing children with severe disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24(1), 95–109. <https://doi.org/10.1007/s10882-011-9257-x>

Chan, S.W., Thompson, D.R., et Chau, P.C. (2005). Effects of Multisensory Therapy on Behaviour of Adult Clients with Developmental Disabilities. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 7(9):309-353.

Chapeau, N. & Carchon, I. (2016). Pertinence d'accompagner des adultes avec troubles du spectre autistique et déficience intellectuelle profonde en Snoezelen®. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 27, 44–62. <https://doi.org/10.7202/1039014ar>

Chevalier, M. (2006). Conception et application de l'environnement Snoezelen par les intervenants de la région Abitibi-Témiscamingue. Mémoire de recherche inédit, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Chung, J. C., Lai, C. K., Chung, P. M., & French, H. P. (2002). Snoezelen for dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4), CD003152. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003152>

Collier, L., & Jakob, A. (2017). The Multisensory Environment (MSE) in Dementia Care: Examining Its Role and Quality From a User Perspective. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 10(5), 39–51. <https://doi.org/10.1177/1937586716683508>

Cox, H., Burn, I., Savage, S. (2004). Multisensory environments for leisure: promoting well being in nursing home residents with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(2):37–45.

Cuvo, A. J., May, M. E., & Post, T. M. (2001). Effects of living room, Snoezelen room, and outdoor activities on stereotypic behavior and engagement by adults with profound mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 22(3), 183–204. [https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(01\)00067-1](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(01)00067-1)

Dion, A., Nadeau-Cossette, A., Dionne, E., et Drapeau, S. (2010). L'intervention en environnement multisensoriel (EMS) auprès de jeunes en difficulté. Éclairage scientifique, Centre jeunesse de Québec, Institut universitaire, 40 p. Repéré à https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/MissionUniversitaire/ETMISSS/intervention_environnement_multisensoriel.pdf

Fagny M. (2000). L'impact de la technique du `snoezelen' sur les comportements indiquant l'apaisement chez des adultes autistes. *Revue Francophone de la science intellectuelle*;11, 105-111.

Fava, L., & Strauss, K. (2010). Multi-sensory rooms: Comparing effects of the Snoezelen and the Stimulus Preference environment on the behavior of adults with profound mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 31(1), 160–171. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.08.006>

Gómez, C., Poza, J., Gutiérrez, M.T., Prada, E., Mendoza, N., Hornero, R. (2016). Characterization of EEG patterns in brain-injured subjects and controls after a Snoezelen(®) intervention. *Computer Methods Programs Biomedical*. 136, 1-9. doi: 10.1016/j.cmpb.2016.08.008. Epub 2016 Aug 16. PMID: 27686698.

Haeghele, J.A. et Porretta, D. L. (2014). Snoezelen Multisensory Environment: An Overview of Research and Practical Implications, *Palestra*, 28 (4), 29-32

Hauck, Y., Rivers, C., & Doherty, K. (2008). Women's experiences of using a Snoezelen room during labour in Western Australia. *Midwifery*, 24(4), 460–470. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.03.007>

Hill, L., Trusler, K., Furniss, F., & Lancioni, G. (2012). Effects of multisensory environments on stereotyped behaviours assessed as maintained by automatic reinforcement. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(6), 509–521. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2012.00697.x>

Hogg, J., Cavet, J., Lambe, L., & Smeddle, M. (2001). The use of "Snoezelen" as multisensory stimulation with people with intellectual disabilities: A review of the research. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 353-372.

Hotz, G.A., Castelblanco, A., Lara, I.M., Weiss, A.D., Duncan, R., et Kuluz, J.W. (2006). Snoezelen: A controlled multi-sensory stimulation therapy for children recovering from severe brain injury. *Brain Injury*, 20 (8), 879-888.

Houghton, S., Douglas, G., Brigg, J., Langsford, S., Powell, L., West, J., et al. (1998). An empirical evaluation of an interactive multi-sensory environment for children with disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 23, 267-279.

Howick, J., Chalmers, I., Glasziou, P., Greenhalgh, T., Heneghan, C., Liberati, A., Moschetti, I., Phillips, B. and Thornton, H. (2011^a). *The 2011 Oxford CEBM Levels of Evidence (Introductory Document)*. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Repéré à <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebmllevels-of-evidence>, consulté le 12 décembre 2019.

Howick, J., Chalmers, I., Glasziou, P., Greenhalgh, T., Heneghan, C., Liberati, A., Moschetti, I., Phillips, B. and Thornton, H. (2011^b). *The 2011 Oxford CEBM Levels of Evidence (Background Document)*. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Repéré à <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebmllevels-of-evidence>, consulté le 12 décembre 2019.

Javelot, H., Antoine-Bernard, E., Garat, J., Javelot, T., Weiner, L., & Mervelay, V. (2012). Snoezelen et zoothérapie chez les patients déments [Snoezelen and animal-assisted therapy in dementia patients]. *Soins. Gerontologie*, (94), 11–14.

Kaplan, H., Clopton, M., Kaplan, M., Messbauer, L., & McPherson, K. (2006). Snoezelen multi-sensory environments: Task engagement and generalization. *Research in Developmental Disabilities*, 27(4), 443–455. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2005.05.007>

Klages, K., Zecevic, A., Orange, J. B., & Hobson S. (2011). Potential of Snoezelen room multisensory stimulation to improve balance in individuals with dementia: A feasibility randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 25(7), 607-616.

Knight, M., Adkison, L., & Kovach, J. S. (2010). A comparison of multisensory and traditional interventions on inpatient psychiatry and geriatric neuropsychiatry units. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 48(1), 24-31.

Koller, D., McPherson, A. C., Lockwood, I., Blain-Moraes, S., & Nolan, J. (2018). The impact of Snoezelen in pediatric complex continuing care: A pilot study. *Journal of pediatric rehabilitation medicine*, 11(1), 31–41. <https://doi.org/10.3233/PRM-150373>

Kwok, H. W. M., To, Y. F., & Sung, H. F. (2003). The application of a multisensory Snoezelen room for people with learning disabilities —Hong Kong experience. *Hong Kong Medical Journal*, 9, 122–126.

Lancioni, G. E., Cuvo, A. J., & O'Reilly, M. F. (2002). Snoezelen: An overview of research with people with developmental disabilities and dementia. *Disability and Rehabilitation*, 24,175–184.

Lang, R., O'Reilly, M., Healy, O., Rispoli, M., Lydon, H., Streusand, W., Davis, T., Kang, S., Sigafos, J., Lancioni, G., Didden, R., Giesbers, S. (2012). Sensory integration therapy for autism spectrum disorder: a systematic review. *Research in autism spectrum disorder*, 6, 1004-1018.

Lehnhart, G. (2001). Évaluation des effets de la stimulation sensorielle par la méthode Snoezelen auprès des personnes âgées atteintes de démence. *Sciences du Vivant*, thèse inédite, Université Henri Poincaré, Nancy.

Lerer, H., Aidinoff, E., Gur-Pollack, R., Elkayam, K., et Catz, A. (2018). Evaluating changes in stimuli response in the Snoezelen room on minimally responsive patients. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 61, e67.

Long, A.P., Haig, L. (1992). How do clients benefit from Snoezelen? An exploratory study. *British Journal of Occupational Therapy*, 55:103–6.

Lotan, M., & Gold, C. (2009). Meta-analysis of the effectiveness of individual intervention in the controlled multisensory environment (Snoezelen) for individuals with intellectual disability. *Journal of intellectual & developmental disability*, 34(3), 207–215. <https://doi.org/10.1080/13668250903080106>

Manesh Jamshidi, M., Kalati, M., & Hosseini, F. (2015). Snoezelen Room and Childbirth Outcome: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Red Crescent medical journal*, 17(5), e18373. [https://doi.org/10.5812/ircmj.17\(5\)2015.18373](https://doi.org/10.5812/ircmj.17(5)2015.18373)

Martin, P. (2018). *Prendre soin par Snoezelen. Une autre approche thérapeutique*. Pétrarque : France, 140 p.

Martin, P., & Adrien, J. (2005). Une revue de la recherche clinique internationale sur l'approche snoezelen en santé mentale. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 1 et 2 (16), 97-109.

Maseda, A., Sánchez, A., Marante, M. P., González-Abraldes, I., de Labra, C., & Millán-Calenti, J. C. (2014). Multisensory stimulation on mood, behavior, and biomedical parameters in people with dementia: is it more effective than conventional one-to-one stimulation?. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 29(7), 637–647. <https://doi.org/10.1177/1533317514532823>

Matson J.L., Bamberg J.W., Smalls Y. (2004). An analysis of Snoezelen equipment to reinforce persons with severe or profound mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 25(1): 89-95.

McKee S.A., Harris G.T., Rice M.E., Silk L. (2007). Effects of a Snoezelen room on the behavior of three autistic clients. *Research in Developmental Disabilities*, 28(3): 304-316.

Milev, R.V., Kellar, T., McLean, M., et al. (2008). Multisensory stimulation for elderly with dementia: a 24-week single-blind randomized controlled pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disorders and Others Dementia*, 23(4), 372-376.

Nasser, K., Cahana, C., Kandel, I., Kessel, S. et Merrick, J. (2004). Snoezelen: Children with intellectual disability and working with the whole family. *The scientific world journal*, 4, 500-506.

Novakovic, N., Milovancevic, M. P., Dejanovic, S. D., & Aleksic, B. (2019). Effects of Snoezelen-Multisensory environment on CARS scale in adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Research in developmental disabilities*, 89, 51–58.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.03.007>

OCEBM Levels of Evidence Working Group (2011). “*The Oxford Levels of Evidence 2*”. *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*. Repéré à <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebmllevels-of-evidence>, consulté le 12 décembre 2019.

Pfeiffer, B. et Kinnealey, M. (2003). Treatment of sensory defensiveness in adults. *Occupational therapy international*, 10 (13), 175-184.

Pinkney L. (1997). A comparison of the Snoezelen environment and a music relaxation group on the mood and behaviour of patients with senile dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 60(5):209–18.

Poza, J., Gómez, C., Gutiérrez, M. T., Mendoza, N., & Hornero, R. (2013). Effects of a multi-sensory environment on brain-injured patients: assessment of spectral patterns. *Medical engineering & physics*, 35(3), 365–375.

Quentin, O., Godderidge, B., et D'Arfeuille, P. (2016). *Snoezelen, un monde de sens*. Pétrarque :France, 209 p.

Reddon, J. R., Hoang, T., Sehgal, S., & Marjanovic, Z. (2004). Immediate effects of snoezelen® treatment on adult psychiatric patients and community controls. *Current Psychology*, 23(3), 225-237.

Riley-Doucet, C.K. (2009). Use of multisensory environments in the home for people with dementia. *Journal of Gerontology Nursing*, 35(5):42-52.

Robbins, R. et Norton, E.S. (2011). The effects of Snoezelen intervention. *Long term living*, 60 (10), 50-53.

Sachs, D., & Nasser, K. (2009). Facilitating family occupations: family member perceptions of a specialized environment for children with mental retardation. *American journal of occupational therapy*, 63(4), 453-62.

Sacks, A.L. (2005). *Effects of Snoezelen behavior therapy on increasing independence in activities of daily living of elders with dementia on a short term geriatric psychiatric unit*. Thèse inédite université Fairleigh Dickinson.

Salman, S. (2017). *Snoezelen. Une thérapie par les sens*. Pétrarque : France, 207 p.

Sanchez, A., Millan-Calenti, J. C., Lorenzo-Lopez, L., & Maseda, A. (2013). Multisensory Stimulation for People With Dementia : A Review of the Literature. *American Journal Alzheimer's Disease and other Dementias*, 18(1), 7-14.

Scanlan, J.N. et Novack, T. (2015). Sensory approaches in mental health: A scoping review. *Australian occupational therapy*, 62 (5), 277-285.

Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S., Molina, E. J., Sage, M., Brown, S., et al. (2004). Effects of Snoezelen room, activities of daily living skills training, and vocational skills training on aggression and self-injury by adults with mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 285–293.

Smith, S., & Jones, J. (2014). Use of a sensory room on an intensive care unit. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 52(5), 22-30. doi: 10.3928/02793695-20131126-06

Smith, T., Mruzek, D.W., & Mozingo, D. (2005). Sensory integrative therapy. In J.W. Jacobson, R.M. Foxx, & J.A. Mulick (Eds.), *Controversial therapies for developmental disabilities: Fad, fashion and science in professional practice* (pp.331–350). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Staal JA, Sacks A, Matheis R, Collier L, Calia T, Hanif H, Kofman ES. (2007). The effects of Snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit. *Journal of Psychiatry Medecine*, 37(4) 357-370.

The Cochrane Collaboration (2016). *Cochrane Reviews: What are systematic reviews?* Vidéo repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=egJIW4vkb1Y> HYPERLINK "https://www.youtube.com/watch?v=egJIW4vkb1Y&t=58s"& HYPERLINK "https://www.youtube.com/watch?v=egJIW4vkb1Y&t=58s"t=58s, consulté le 12 décembre 2019.

The Cochrane Collaboration (2019). *Systematic review and meta analysis*. Vidéo repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=NijldKW32H4> consulté le 12 décembre 2019.

Theis, T., Lampert, A.-S., & Baratta, A. (2012). Snoezelen en unité pour malades difficiles : à propos d'une étude pilote. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 170(9), 663-666.

Toro, B. (2019) Memory and standing balance after multisensory stimulation in a Snoezelen room in people with moderate learning disabilities. *British journal of learning disabilities*, 47 (4), 270-278.

Tse, M.M., Au, E.Y. et Wong, A.W. (2011) Total pain concept: Multisensory stimulation, exercise therapy and coping skill training for community-dwelling older persons with chronic pain. *Journal pain manager*, 4 (4), 403-411.

Van Diepen, E., Baillon, S., Redman, J., Rooke, N., Spencer, D.A., Prettyman, R. (2002) A pilot study of the physiological and behavioural effects of Snoezelen in dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 65(2):61-5.

Van Weert, J.C., van Dulmen, A.M., Spreeuwenberg, P.M.M., Ribbe, M.W., Bensing, J.M. (2005). Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nursing-patient communication during morning care. *Patient Education and Conselling*, 58:316-326.

Van Weert, J.C.M., van Dulmen, A.M., Spreeuwenberg, P.M.M., Ribbe, M.W., Bensing, J.M. (2005). Behavioural and mood effects of Snoezelen integrated into 24-hour dementia care. *JAGS*, 53(1):24-33.

Viklund, C. et Svensson, P. (2014). Developing interactive interfaces for people with developmental disabilities to be used in Snoezelen environments. *Assistive Technology Research Series*, 35, 99-108, DOI: 10.3233/978-1-61499-403-9-99.

Volkan-Yazici, M., Yazici, G., et Varol, F. (2017). The observational results of a combinaison of Snoezelen therapy and sensory integration therapy in two subjects with autism. *Journal of neurological sciences*, 381, 838.

ANNEXES

HIÉRARCHISATION DES ÉTUDES RETENUES POUR LE CADRE DE RÉFÉRENCES EN ACCOMPAGNEMENT SENSORIEL DE TYPE SNOEZELLEN

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
Anderson et al. (2011)	Personnes atteintes de démence Âge : 81 à 94 ans (m=89 ans)	12	Les 12 participants ont été assignés au hasard aux 12 membres du personnel, qui devaient tenir une session multisensorielle individuelle de 20 minutes chaque semaine avec leur résident désigné pendant 6 semaines. Pour chaque dyade, 3 séances devaient se dérouler dans la salle Snoezelen, 3 dans le jardin. Elles étaient programmées à une heure convenue, désignée par le membre du personnel afin que les observateurs de recherche puissent prendre des dispositions pour y assister.	Au fil du temps, les membres du personnel ont manqué un nombre croissant de séances parce qu'ils auraient oublié, n'avaient pas le temps ou avaient des engagements concurrents. Pour les séances en salle Snoezelen, lorsqu'il y avait suffisamment d'observations disponibles pour entreprendre une analyse, la proportion de comportements perturbés / désengagés a chuté de 28,12% dans la période précédant les séances à 10,19% après la séance. Bien que cet effet n'ait pas atteint une signification statistique (P 5 .09), la tendance est à noter étant donné la petite taille de l'échantillon et la faible puissance qui en résulte pour trouver des effets.	3
Ashby et al. (1995)	Handicap multiple et déficience intellectuelle Âge : 23 à 62 ans	8	Les sujets ont participé à 20 séances de thérapie consécutives dans une salle de Snoezelen à l'écart du service. Les séances de traitement ont eu lieu trois fois par semaine et chaque session a duré 20 minutes. Au cours de ces séances, les sujets ont expérimenté diverses formes de stimulation par capteur, y compris une stimulation visuelle, tactile, auditive et olfactive.	Augmentation de la concentration chez plusieurs participants. Les participants qui ont montré la plus grande augmentation de concentration sont également ceux qui ont le mieux répondu à l'environnement.	3

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
			<p><u>Évaluation de la concentration:</u> Immédiatement après chaque séance de thérapie, le sujet a été engagé dans une tâche simple pendant 5 minutes. Trois chercheurs ont été échangés au hasard entre les sessions pour contrer tout effet spécifique du thérapeute. Les trois thérapeutes ont donc très bien connu chaque sujet. Les thérapeutes ont eu plusieurs séances initiales avec les sujets afin qu'ils puissent se connaître et se sentir plus à l'aise en présence l'un de l'autre.</p>		
Baillon et al. (2002)	Difficulté d'apprentissage/ démence/ gestion de la douleur			<p><u>Bénéfice rapporté chez les personnes avec des difficulté d'apprentissage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Changement positif dans le comportement. • Augmentation de la concentration. • Augmentation de la conscience de soi. • Meilleure interaction sociale et meilleure communication. • Augmentation de l'exploration et la manipulation des stimuli. • Augmentation des comportements adaptés. • Diminution des comportements d'autostimulations stéréotypés. • Augmentation du moral des intervenants. 	5

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
				<u>Bénéfice rapporté chez les gens atteints de démence :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la joie, du bonheur et de la relaxation. • Diminution de la tristesse et la peur. • Augmentation de l'attention portée à l'environnement. • Augmentation des communications appropriées. • Diminution des comportements perturbateurs. 	
Baker et al. (1997)	Personnes âgées atteintes de démence ou d'Alzheimer 65 ans et plus	31 (16 hommes et 15 femmes).	L'étude était un essai contrôlé randomisé comparant les effets de huit sessions Snoezelen standardisées à ceux d'une condition de contrôle crédible de huit sessions d'activité standardisées. Les séances d'activité ont été choisies comme condition de contrôle parce qu'elles étaient fréquemment utilisées avec des patients atteints de démence et avaient une validité apparente avec le personnel.	Diminution significative des comportements perturbateurs sur le long terme. Parlent plus spontanément, se rappellent de plus de souvenirs et prononcent des phrases plus "normales".	2
Baker et al. (2003)	Personnes âgées atteintes de démence ou d'Alzheimer Âge moyen du groupe Snoezelen=81 Âge moyen du groupe activité=83	136	L'effet d'une condition expérimentales de huit séances de type Snoezelen standardisées a été comparé à une condition contrôle crédible de huit séances d'activité chez des patients atteints de démence modérée à sévère en utilisant un plan d'essai contrôlé randomisé. Les séances d'activité ont été choisies comme contrôle, car elles étaient fréquemment utilisées avec des patients atteints de démence.	La technique Snoezelen ne serait pas plus efficace qu'une activité en ce qui a trait au changement d'humeur, de comportement ou des pensées des patients atteint de démence sur le long ou le court terme.	2

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
			<p>Deux types d'évaluations ont été utilisés: des évaluations à court terme pour étudier les effets immédiats des séances avant, pendant et après chaque séance et des évaluations à long terme pour étudier tout effet reporté sur le comportement, l'humeur et la cognition du patient dans le service et / ou à la maison et l'endurance des effets éventuels 1 mois après les séances.</p>		
Ball et Haight (2005)	Personne atteinte de démence			<p>Augmentation de la qualité de vie.</p> <p>Permet aux intervenants et au membre de la famille de communiquer avec la personne atteinte de démence sur un autre niveau.</p>	5
Berg et al. (2010)	Personnes atteintes de démence (m=55ans)	90	<p>Dans 20 maisons d'hébergement de soins de Saxe et en Saxe-Anhalt (Allemagne), un essai randomisé en grappe a été effectué pour tester 3 approches non-médicamenteuses pour contrer l'apathie soit un groupe de thérapie par réminiscence, un groupe de 10 minutes d'activation et un groupe en approche sensorielle Snoezelen (conditions expérimentales). Un groupe contrôle utilisait un échange communicationnel non-structurée avec les participants. Le but est de déterminer si les interventions sont efficaces pour réduire l'apathie chez les résidents de soins de longue durée atteints de démence. Les évaluations seront effectuées au départ, 3, 6 et 12 mois après le début des interventions.</p>	<p>Démontre l'efficacité des interventions non-pharmaceutique auprès d'une clientèle atteinte de démence.</p>	2

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
Bergstrom et al. (2019)	Intervenants aillant travailler avec une clientèle de personne atteinte du syndrome d'alcoolisation foétale.	7	<p>Les chercheurs ont mené des entrevues individuelles semi-structurées enregistrées audio avec les intervenants. Chaque entrevue a été programmée comme pour une durée d'une heure. Toutefois, pendant les séances, les conversations se sont épuisées après environ 20 à 30 minutes. Après avoir demandé aux intervenants s'ils avaient déjà utilisé la salle Snoezelen, les chercheurs ont tenté de connaître leur point de vue sur la façon dont le Snoezelen peut être utilisé. Les intervenants ont été invités à fournir des exemples de leurs expériences d'utilisation des environnements multisensoriels Snoezelen avec des clients. Les verbatims des entrevues ont été transcrits et ils ont été analysés.</p>	<p>Augmentation des capacités d'autorégulation.</p> <p>Augmentation des interactions positives entre parents et enfants.</p> <p>Augmentation de l'éducation des parents.</p>	4
Berkheimer et Maimstrom (2017)	Personnes souffrant de démence Âge : entre 80 et 95 ans	8	<p>Il s'agissait d'une étude prospective croisée comparant l'efficacité d'un programme Snoezelen à un programme d'exercice pour réduire l'agitation chez les patients atteints de démence en maison de retraite. Les participants ont subi 6 semaines d'interventions, comprenant 3 semaines de thérapie Snoezelen et 3 semaines d'exercice. Tous les patients ont participé aux 2 interventions / programmes: thérapie Snoezelen et exercice. Chaque intervention a duré 3 semaines et consistait en trois séances de 30 minutes par semaine.</p>	<p>Diminution de l'anxiété dans les deux conditions (Snoezelen et Activité).</p> <p>Pas de différence statistiquement significative.</p>	3

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
Bolhack et al. (2011)	Résidents d'une maison de soin		<p>Les chercheurs ont créé un projet d'amélioration de la qualité pour surveiller les effets de la thérapie Snoezelen sur les résidents d'un établissement de soins infirmiers qualifié.</p> <p>La thérapie peut être demandée directement par un résident ou par le personnel pour tout résident qui, selon eux, pourrait bénéficier du service.</p> <p>Les interventions thérapeutiques sont assurées par du personnel formé à l'utilisation de l'équipement sensoriel qui comprend les éléments tactiles, visuels, auditifs, olfactifs et gustatifs.</p>	<p>L'utilisation de la thérapie Snoezelen a eu des effets positifs sur les comportements dans ce centre de soins infirmiers qualifiés et explique probablement la diminution de l'utilisation des médicaments psychotropes.</p> <p>Les chercheurs ont également utilisé les données pour renforcer avec le personnel des résultats positifs de la thérapie sensorielle pour augmenter encore l'utilisation de la salle.</p>	4
Boyle et al. (2003)	Des personnes atteintes de démences et qui prennent des médicaments	66	<p>Trois groupes ont été formés afin de vérifier l'effet de l'approche sur la prise médicamenteuse de psychotropes. Deux groupes expérimentaux ont été formés : le groupe Snoezelen "élevé" a participé à au moins 3 séances individuelles de thérapie sensorielle par semaine (au cours des 4 semaines précédentes) et le groupe Snoezelen "faible" a participé pour sa part à 1 ou 2 thérapie par semaine. Un groupe témoin a été formé et les participants de ce groupe ne recevaient aucune thérapie sensorielle.</p> <p>Les informations sur les séances Snoezelen, les diagnostics et les médicaments ont été obtenues à partir des dossiers des maisons de soins infirmiers.</p>	<p>Une analyse de comparaison de moyenne a permis d'établir une différence significative entre le groupe Snoezelen fort et les deux autres groupes sur la prise médicamenteuse moins présente dans le groupe Snoezelen.</p>	3

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
Carter et Stephenson (2011)	Direction d'écoles comportant des environnements Snoezelen	19	Une enquête a été menée auprès des directions d'écoles spéciales accueillant des enfants gravement handicapés en Nouvelle-Galles du Sud, Australie et ayant une salle blanche à propos de 3 aspects : 1) document et manuel d'utilisation de la salle de même que des équipements que l'école possède; 2) sur la formation et l'assistance fournies au personnel pour être capable d'utiliser la salle; 3) sur les situations ou opportunités d'utilisation de la salle établie dans leur école.	Analyses descriptives sur les motifs d'utilisation de la salle blanche et sur les procédures, sur les avantages et les inconvénients à cette utilisation de même que sur l'assistance ou la formation du personnel.	5
Chapeau et Carchon (2016)	Personnes adultes atteintes du trouble du spectre de l'autisme (TSA) et présentant une déficience intellectuelle associée. Âge : de 26-41 ans.	4	Les participants ont été suivi pendant deux ans. Ils ont été évalués avant le début du protocole en salle blanche et à la fin. Une évaluation de contrôle est effectuée entre les deux évaluations. Les participants reçoivent une séance hebdomadaire et sont évalués sur 5 dimensions au cours des séances : observation des 5 types d'exploration (tactile, vibratoire, vestibulaire, auditif, visuel) et de 3 capacités spécifiques (détente, conscience de soi à travers un miroir, déplacements).	<p>Meilleur investissement dans les activités proposées tant dans les activités exploratoires (différences significatives pour le tactile et l'auditif seulement) que dans les capacités spécifiques.</p> <p>Augmentation des autonomies pour les 8 critères (différences significatives pour tous)</p> <p>Diminution des autostimulations pour tous les participants entre le début et la fin du protocole.</p>	4
Chevalier (2006)	Intervenants qui ont accompagné une personne dans un environnement Snoezelen	33	Les objectifs de cette étude étaient 1) d'explorer les conceptions des intervenants à propos de l'approche sensorielle de type Snoezelen, 2) d'identifier leurs pratiques et les problèmes rencontrés, 3) d'établir les constances et les différences. Un questionnaire a été envoyé aux intervenants.	<p>Des analyses descriptives ont été faites pour obtenir les résultats.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Les intervenants ont une conception adéquate de l'approche sensorielle de type snoezelen. 2) Du matériel n'est pas toujours utilisé et les intervenants mentionnent avoir besoin de formation au niveau des 	5

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
				<p>stimulations sensorielles et de l'expérimentation de clientèles plus variées.</p> <p>3) Les deux environnements sont différents.</p> <p>Les résultats obtenus ne permettent pas de définir précisément pourquoi on élabore des environnements Snoezelen.</p> <p>Les résultats obtenus précédemment sur le type de clientèle qui utilise de tels environnements semblent indiquer que tous les types de clientèle seraient en mesure de bénéficier de tels environnements.</p> <p>Les résultats démontrent que la clientèle qui utilise les environnements Snoezelen est majoritairement constituée de personnes ayant une déficience intellectuelle.</p>	
Collier et Jakob (2017)	Maisons de soin avec expérience d'une salle blanche Avec une population de personne atteinte de démence	16 maisons 32 membres du personnel	Analyse qualitative-méthode ethnologique : Observation. Entrevue semi-structuré avec des intervenants des maisons de soin retenu. Observation de l'équipement, des procédures des séances et des comptes rendus des interventions en salle blanche.	<p>Les observations ont montré que l'équipement permet de stimuler la vision et le toucher en priorité.</p> <p>L'analyse thématique a montré que : 1) les intervenants ne savent pas toujours quoi faire dans l'environnement, semble intéressant pour les personnes au stade avancé de la maladie; 3) semble réduire l'anxiété; 4) présent une bonne configuration de l'espace; 5) difficile pour le personnel de prendre le temps de faire des séances, conflit d'horaire.</p>	4

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
Cox et al. (2004) 2 expériences	Résidents atteints de démence ¹ Proches aidants et visiteurs ² .	24 ¹ 6-6 ²	<p>Devis quasi-expérimental 3 conditions expérimentales (salle blanche Snoezelen, jardin sensoriel, activités de salon). Chaque participant expérimente les 3 conditions pendant 3 sessions de 16 minutes</p> <p>Analyse qualitative utilisant des entrevues semi-structurées auprès de visiteurs et de proches aidants.² Entrevues enregistrées et verbatims transcrits.</p>	<p>Étude quantitative non significative entre les différentes conditions expérimentales. Toutefois, des différences sont présentes entre le avant et après les séances d'une même condition : pour le salon, des différences ressortent au niveau du contentement, du plaisir, de l'intérêt, de l'anxiété et de la peur. Pour le jardin, des différences existent au niveau du contentement et du plaisir. Pour la salle blanche, une différence est obtenue au niveau de la tristesse et du plaisir.</p> <p>Au niveau de l'analyse qualitative, les visiteurs et les proches aidants constatent que le jardin et la salle blanche procurent du bien-être. Le jardin anime et engage les résidents alors que la salle blanche relaxe et calme.</p>	3
Cuvo et al. (2001)	Adultes avec une déficience intellectuelle sévère. 2 expériences	4 ¹ 3 ²	<p>Devis quasi-expérimental présentant 2 conditions expérimentales (Snoezelen, salon) que tous les participants de l'étude essaient.</p> <p>Devis quasi-expérimental 3 conditions expérimentales (Snoezelen, salon, activité extérieure) que les participants expérimentent de façon consécutive.</p>	<p>Augmentation de l'engagement pour tous les participant.</p> <p>Diminution "des stéréotypies".</p> <p>Le jardin a obtenu les meilleurs résultats, suivi de l'approche sensorielle de type Snoezelen et finalement des activités du salon.</p>	3
Fagny (200)	Adultes atteints du spectre de l'autisme.	9	<p>Devis pré-expérimental (avant/durant/après).</p> <p>Observation systématique avec la technique du « time sampling » d'une minute pendant une durée totale de 15 minutes et grille d'observation (répertoire</p>	<p>Diminution des stéréotypies, de l'anxiété et de l'agression pendant la séance en salle blanche. La salle blanche crée donc de l'apaisement.</p>	4

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
			éthologique) conçue pour évaluer la fréquence des comportements d'anxiété, d'insécurité ou d'inconfort (visage, voix, motricité, interaction et agression).		
Fava et Strauss (2010)	Adultes avec déficience intellectuelle. Âge : entre 30 et 48 ans.	27	Deux conditions expérimentales sont proposées : salle blanche et salle de préférence sensorielle. Un groupe témoin fera des activités dans le salon. Trois clientèles seront soumises aux conditions de l'étude : 1) Trouble de l'autisme avec de bonnes habiletés motrices et de faible capacité langagière (9); 2) Déficience intellectuelle profonde avec de bonnes habiletés motrices et de bonne habileté langagière (9); 3) Déficience intellectuelle sévère, faible capacité motrice et faible capacité langagière (9). Chaque participant expérimentera une seule condition.	Diminution des comportements agressifs uniquement chez les personnes autistes dans la condition de la salle blanche Snoezelen. Diminution des stéréotypies chez les autistes et chez les déficients intellectuels profonds avec de bonnes habiletés motrices et de bonne habileté langagière dans la condition de la salle blanche après le traitement.	3
Gomez et al. (2016)	3 groupes de 18 1 ^{er} groupe : Traumatisme cérébral. 15 hommes / 3 femmes avec une moyenne d'âge d'environ 38 ans. 2 ^{ème} groupe: Paralysie cérébrale. 11 hommes / 7 femmes avec une moyenne d'âge d'environ 44 ans.	54	Devis quasi-expérimental. Le protocole comprend une évaluation des mesures de EEG avant et après une session structurée de 18 minutes dans une salle blanche Snoezelen (tube à bulles, fibre optique, balle miroir et sons de la nature, projection de la pluie qui tombe et son de la nature).	Diminution de la fréquence moyenne, de la fréquence alpha individuelle, de l'échantillon d'entropie et de Lempel-Ziv complexité. Plus de changement dans les zones occipital et pariétal du cerveau, surtout dans le groupe contrôle (Probablement dû au déficit cognitif chez les lésions cérébrales traumatiques et paralysie cérébrale). Approche Snoezelen a un effet sur le système nerveux central. Diminution de l'activité oscillatoire.	3

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
	3 ^e groupe: Contrôle. 9 hommes/ 9 femmes avec une moyenne d'âge d'environ 37 ans.			Diminution de la complexité et l'irrégularité des EEG. Probablement relié au haut niveau de relaxation des participants.	
Hauck et al. (2008)	Femmes qui utilisent une chambre Snoezelen durant l'accouchement.	16	Devis qualitative exploratoire phénoménologique avec utilisation d'entrevues semi-dirigée.	Les femmes mentionnent qu'elles réutiliseraient la salle Snoezelen lors d'un futur accouchement et le recommanderait à d'autres femmes. Six thèmes clef sont ressortis des entrevues faites avec les femmes : distraction, relaxation, confort, sentiment de contrôle de l'environnement, choix d'une thérapie complémentaire et le sentiment de sécurité dans un environnement non clinique	4
Hill et al. (2012)	A : fille 14 ans avec un diagnostic d'autisme (TSA), une déficience intellectuelle (DI) sévère et une forte tendance aux comportements de stéréotypie. B : garçon de 18 ans TSA, une DI sévère et une forte tendance aux comportements de stéréotypie.	2	Les participants expérimenteront les 4 conditions expérimentales suivantes : <u>Plan à 4 conditions :</u> <ol style="list-style-type: none"> 1) Environnement multisensoriel avec faible niveau de l'attention du "soignant". 2) Environnement multisensoriel avec haut niveau de l'attention du "soignant". 3) Salon avec faible niveau de l'attention du "soignant". 4) Salon avec haut niveau de l'attention du "soignant". Observation.	Diminution des comportements de stéréotypie chez les deux participants dans les conditions des environnements multisensoriels indépendamment du niveau d'attention du "soignant". Augmentation des comportements d'engagements lorsque le niveau de l'attention du "soignant" est élevé, peu importe l'environnement.	3

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
Hotz et al. (2006)	Traumatisme cérébral sévère Âge : 1 à 16 ans (m=9,87 ans) 11 garçons et 4 filles	15	Devis quasi expérimental. Les participants ont expérimenté 10 séances de 30 minutes en salle blanche avec une séquence d'introduction des stimuli sensoriels très structurés. Des mesures physiologiques, cognitives et comportementales sont prises avant et après la séance. Observation et tenus de notes évolutives.	Diminution significative du rythme cardiaque et effet de relaxation. Diminution du tonus musculaire chez la plupart des enfants souffrant de spasticité. Diminution du degré d'agitation variable d'un sujet à l'autre (effet observé, mais score non-significatif). Effet de régulation du comportement.	3
Houghton et al. (1998)	Déficience intellectuelle sévère et/ou autisme et/ou déficience auditive /visuelle. Âge : 5-18 ans	17	Devis pré-expérimental. Évaluation pré et post séances, séance de 30 à 40 minutes filmées. Grilles d'observation utilisé lors des visionnements des enregistrements des séances. Analyse de variance à mesures répétées utilisées.	Acquisition de nouvelles habiletés (ex., initier un contact visuel, suivre un objet) et augmentation du nombre d'habiletés suivant les séances, dès la première séance. Effet de généralisation des habiletés (observés dans analyses statistiques).	4
Kaplan et al. (2006)	Adultes atteints du spectre de l'autisme, déficience intellectuelle et troubles comportementaux sévéres. Femme : 31 ans Hommes : 52 et 47 ans.	3	Étude ayant eu lieu dans un centre de jour. Utilisation du protocole expérimental ABA (A= thérapie occupationnelle dans la salle blanche; B= thérapie occupationnelle ailleurs que dans la salle blanche) avec 3 participants. L'observation à l'aide d'une grille codifiant son engagement dans la tâche et sa communication non-verbale et verbale a été utilisée.	Augmentation de l'engagement dans les tâches immédiatement après les séances. Diminution des troubles de comportements durant les jours qui suivent le traitement.	2

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
			<p>Expérience 1 : explore l'engagement durant une tâche immédiatement après une séance en salle blanche.</p> <p>Expérience 2 : explore les changements au niveau des troubles comportements durant les jours qui suivent le traitement</p>		
Klage et al. (2011)	<p>Résidents (âge moyen de 86 ans), dans un foyer de soins de longue durée ayant reçu un diagnostic de démence, ont été affectés au hasard aux groupes d'intervention (expérimental) et de contrôle.</p> <p>Dix-neuf participants ont terminé l'étude.</p>	19	<p>Cette étude randomisée et contrôlée en deux groupes comprenait une période de six semaines avant l'intervention, une période d'intervention de six semaines et une période de six semaines après l'intervention.</p> <p>9 participants au groupe d'intervention (groupe expérimental) ont suivi des séances de 30 minutes en salle Snoezelen deux fois par semaine pendant six semaines. Les séances étaient guidées par les préférences des participants en matière de stimulation. Les interactions avec les sensations tactiles, visuelles et proprioceptives ont été encouragées.</p> <p>10 participants du groupe témoin ont reçu un nombre égal de visites de bénévoles.</p>	<p>Les analyses MANOVA en split-plot n'ont révélé aucun effet significatif des séances en salle Snoezelen non structurées sur l'équilibre des participants.</p> <p>Il n'y avait aucun effet multivarié du temps. L'appartenance à un groupe n'a pas modifié la fréquence des chutes.</p> <p>Cependant, les observations des interactions des participants avec des éléments de la salle Snoezelen, tels que les mouvements de la tête et des yeux induits par l'imagerie, les sensations vibrantes et les activités de coups de pied, ont capturé des événements qui peuvent être utilisés pour créer des stimulations multisensorielles spécifiques améliorant l'équilibre.</p> <p>Bien que l'hypothèse nulle n'ait pas été rejetée, une étude plus approfondie du potentiel d'influencer l'équilibre chez les personnes atteintes de démence grâce à l'intervention de Snoezelen dans les foyers de soins de longue durée est justifiée.</p>	2

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
Smith et al. (2005)	Troubles développementaux /déficience intellectuelle sévère à profonde Âge :8-19 ans	7	Comparer les effets de l'ergothérapie, à l'aide d'une approche d'intégration sensorielle (IS) et d'une intervention de contrôle des activités de simulation, sur la fréquence des comportements d'auto-stimulation. Des séquences vidéo quotidiennes de 15 minutes des sujets ont été enregistrées avant, immédiatement après, et 1 heure après l'IS ou les interventions de contrôle par formation pendant les semaines alternées pendant 4 semaines. Chaque segment vidéo de 15 minutes a été évalué par les investigateurs pour déterminer la fréquence des comportements d'auto-stimulation.	Les résultats indiquent que les comportements auto-stimulants (CAS) ont été réduits de 11% une heure après l'intervention SI par rapport à l'intervention de l'activité de table ($p=0,02$). Aucun changement immédiatement après l'IS ou les interventions sur table. Les évaluations quotidiennes de la fréquence du CAS par les enseignants en classe à l'aide d'une échelle de 5 points ont été significativement ($r=0,32$, $p<0,001$). Ces résultats suggèrent que l'approche sensorielle est efficace pour réduire les comportements auto-stimulants, qui interfèrent avec la capacité de participer à des activités plus fonctionnelles.	3
Knight et al. (2010)	Patients en gériatrie (âge : 53-92) Patients en psychiatrie (âge : 18-61)	60	Devis quasi-expérimental. Mesure pré et post intervention de l'infirmière. Comparaison d'un groupe d'intervention traditionnelle (Temps seul ou calme, Supervision accrue, Temps individuel du personnel, Stimulation, Restrictions d'espace, Retrait de la stimulation, Horaires des salles) à un groupe d'intervention sensoriel (Arômes, Bonbons (c.-à-d. Goûts aigre-doux), Lunettes colorées, Kaléidoscopes, Lampes à lave, Enregistrements musicaux, des chaises berçantes ou coulissantes, Bougies parfumées, Enregistrements sonores (par exemple, vagues, plage, pluie, tambours). Stimulation tactile (p. ex., Presser des balles, du sable table, surfaces tactiles), Images de mur, Couvertures lestées).	Il y avait une différence significative dans les scores pré- et post-BPRS pour les groupes d'intervention traditionnelle et sensorielle ($p=0,000$); les deux types d'interventions étaient efficaces dans la gestion des symptômes psychiatriques, mais aucune n'était plus efficace. Échelle d'évaluation psychiatrique abrégée (BPRS).	3

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
Koller et al. (2018)	<p>Patients provenant d'un hôpital de rééducation pédiatrique. Les patients présentes des lésions cérébrales traumatiques, troubles chromosomiques et état de mal épileptique réfractaire.</p> <p>Âge: 5-18 ans.</p>	5	<p>Les participants ont été exposés aux deux protocoles (AB et BA) à des jours différents sur une période de deux semaines.</p> <p>A=Intervention Snoezelen et B=intervention avec télévision.</p>	<p>Différence entre les interventions TV et Snoezelen par rapport à la ligne de base: Aucune différence significative n'est apparue pour les participants 1, 3 et 5. Le participant 2 a présenté une réduction significative ($p < 0,01$) du pouls du volume sanguin pendant Snoezelen par rapport aux niveaux de base, tandis que le participant 4 a présenté une réduction significative ($p < 0,05$) de la température cutanée pendant Snoezelen par rapport aux niveaux de référence.</p> <p>Différence après les interventions TV et Snoezelen: Seul le participant 2 présentait une différence significative ($p < 0,05$) dans l'excitation autonome post intervention: il présentait une réduction de la température corporelle après Snoezelen par rapport au niveau de base.</p>	2
Kwok et al. (2003)	<p>Adultes ayant des troubles d'apprentissage en milieu psychiatrique à Hong Kong:</p> <p>65 (67,7%) patients hospitalisés et 31 patients externes (32,3%).</p> <p>Âge: 84 (87,5%) patients étaient âgés de moins de 45 ans et 43 (44,8%) avaient entre 26 et 35 ans.</p>	96	<p>Devis Pré-expérimental : Avant-après avec groupe unique.</p> <p>Un questionnaire donné aux professionnels de la santé (les psychiatres, les infirmières, les psychologues cliniciens et les ergothérapeutes) sur l'efficacité de Snoezelen (aucun effet, effet moyen, effet marqué).</p>	<p>Les effets les plus importants du Snoezelen rapportés par les soignants ont été trouvés dans les loisirs (62,5%), la relaxation (55,2%), l'amélioration des rapports (51,0%) et la réduction des comportements d'automutilation (58,1%).</p> <p>Cette étude montre que l'effet sur les comportements d'automutilation est bien plus important que sur l'agression envers les autres.</p>	4

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
Lehnhart et al. (2018)	<p>Patients âgés déments hospitalisés en unité de long séjour.</p> <p>Âge > 50 ans, quel que soit le sexe.</p> <p>Groupe témoin : composé de 32 patients, dont 22 femmes, âgés de 65 à 96 ans.</p> <p>Groupe Snoezelen : composé de 33 patients, dont 22 femmes, âgés de 60 à 96 ans.</p>	65	<p>Devis quasi-expérimental.</p> <p>Deux groupes ont été constitués, selon un recrutement pseudo-aléatoire (séries temporelles), en fonction du pool de patients déments présents dans l'établissement sur la période de recrutement et selon la disponibilité des accompagnants pour leur prise en charge dans l'espace SNOEZELLEN (maximum de deux patients par semaine et par accompagnant pendant la durée du protocole, ce qui correspond environ à une moyenne de huit patients bénéficiant du protocole sur la même période de dix semaines). Les participants ont eu droit à 1 heure de séance pendant 10 semaines. Une évaluation a été faite avec un questionnaire avant le début des séances, à la fin des séances et trois mois plus tard.</p>	<p>Passé le cap du premier contact, après écoute, observation et adaptation de l'environnement à la sensibilité et aux envies des patients, les réactions ont été bonnes et les effets jugés plutôt positifs.</p> <p>Dans tous les cas on a pu noter un intérêt des patients pour l'environnement qui les entourait, manifesté de bien des façons, que ce soit par la parole, les regards et l'observation attentive, l'occupation spatiale de la salle, la manipulation des divers objets ainsi que l'émergence du plaisir, exprimé de vive voix ou par des rires, des sourires, des mimiques d'émerveillement.</p> <p>Les séances ont donc eu un effet stimulant sur la plupart des personnes, mais aussi des effets calmants.</p> <p>Groupe Snoezelen entre le bilan initial et le deuxième bilan, seuls ceux de l'échelle de dépression s'améliorent de façon significative ($p < 0,014$). Seuls les scores de l'échelle de dépression diffèrent encore significativement ($p < 0,04$) trois mois après l'arrêt du protocole, quoique légèrement moins bons qu'au deuxième bilan.</p> <p>8 ont vu leur traitement diminuer (réduction des doses, suppression d'une classe thérapeutique ou arrêt de toute médication),</p>	3

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
				<p>8 ont vu leur traitement diminuer (réduction des doses, suppression d'une classe thérapeutique ou arrêt de toute médication),</p> <p>1 a vu son traitement augmenter (augmentation des doses ou rajout d'une classe thérapeutique),</p> <p>4 ont changé de molécule(s) au sein d'une même classe thérapeutique,</p> <p>4 ont conservé le même traitement (même(s) molécule(s), même(s) posologie(s)).</p>	
Lerer (2018)	Patients dans un état végétatif (VS) et des patients peu réactifs.	50	<p>Devis pré-expérimental.</p> <p>Une séance avec 50 VS et des patients à réponse minimale a été réalisée dans la salle Snoezelen de l'hôpital de rééducation Loewenstein où ils ont été exposés à divers stimuli impliquant les 5 sens (support de bulles, musique, sucette, parfum, fibres).</p> <p>La ligne de base TCS et LCS a été enregistrée au début et à la fin de la session.</p> <p>Données collectées à l'aide de l'échelle communicative Loewenstein (LCS) et du Doppler transcrânien (TCS) et de la mesure de la fréquence cardiaque.</p>	<p>Les résultats de la LCS montrent une différence significative (test t) entre les patients traumatiques et non traumatiques dans la mesure de base ($P < 0,05$) et la mesure pendant la séance ($P < 0,05$).</p> <p>Une différence significative (Anova) a été trouvée entre les bulles TCS et LCS delta ($P < 0,05$) et la ligne de base TCS et LCS delta ($P < 0,05$), mais pas les autres stimuli testés.</p> <p>Des corrélations positives ont été trouvées dans les différents stimuli entre le TCS et la mesure de la fréquence cardiaque.</p>	4

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
Long et Haig (1992)	<p>Aînés en résidences.</p> <p>Le niveau de dépendance d'Anne est élevé.</p> <p>Mark peut gérer lui-même la plupart des compétences d'autoassistance, à l'exception du bain et de l'utilisation de l'argent. Il n'a pas de parole et fait preuve d'un comportement obsessionnel.</p> <p>Paul est confiné à un fauteuil roulant. Il se nourrit et se lave le visage et les mains avec de l'aide, mais est incapable de gérer des tâches telles que se baigner et se déplacer.</p> <p>Teresa a un petit discours. Elle peut se débrouiller avec de l'aide pour se nourrir, se laver le visage et les mains et s'habiller.</p>	4	<p>Devis pré-expérimental.</p> <p>Étude de cas sur 4 sujets.</p> <p>Observation des 4 sujets sur les critères suivants : (interaction, activité, comportement stéréotypé, agitation, automutilation, calme, plaisir, acceptation du personnel)</p>	<p>Il a été indiqué par cette étude exploratoire que les personnes extrêmement handicapées réagissaient positivement au nouvel environnement qui leur était offert.</p> <p>Les séances Snoezelen ont apparemment atteint les objectifs de l'unité de fournir une atmosphère stimulante d'intérêt et un environnement relaxant qui était plus sûr et sans retenue et où les clients pouvaient se sentir libres de s'amuser.</p> <p>Les résultats de cette étude ont encouragé le personnel dans ses efforts.</p>	4

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
Manesh et al. (2015)	<p>Femmes enceintes.</p> <p>Les femmes admises dans les unités de travail au premier stade du travail et avaient une dilatation du col de 4 cm.</p>	100	<p>L'étude s'est déroulée sous la forme d'une étude contrôlée randomisée, sans mise en aveugle.</p> <p>Ils ont été répartis au hasard en 2 groupes. Le groupe expérimental s'est rendu dans la salle Snoezelen lorsque la dilatation du col de l'utérus était de 4 cm, tandis que le groupe témoin s'est rendu dans la salle d'accouchement physiologique avec la même dilatation du col de l'utérus.</p> <p>Le groupe expérimental est entré dans la salle Snoezelen où ils pouvaient marcher, s'asseoir ou s'allonger en fonction de leurs souhaits. Un aquarium avec des poissons a été placé devant eux à une distance de 1,5 m des mères et le projecteur avec une lumière verte a alternativement changé les images. Les formes lumineuses scintillaient sur le mur. L'essence de lavande a été déposée dans un plat d'eau et une bougie a brûlé et évaporée dans l'atmosphère. Il y avait de la musique légère avec une pluie sonore. Les mères peuvent marcher, boire des liquides sucrés et manger des aliments mous.</p> <p>Le groupe témoin a reçu tous ces services, à l'exception de la conception de la salle. Il n'est pas possible de rendre aveugle à la fois la sage-femme et les sujets de l'intervention</p>	<p>Il y avait une différence significative dans la réduction de la douleur après avoir été dans une chambre Snoezelen. Il prend en charge les effets analgésiques de la salle multisensorielle, utilisée comme intervention de sage-femme pour soulager la douleur lors de la grossesse.</p> <p>Les résultats ont indiqué que la durée de la première étape du travail dans le groupe d'intervention était inférieure à celle du groupe témoin et ont observé une différence significative.</p>	2
Maseda et al. (2014)	Aînés atteints de démence.	30	Les chercheurs ont mené une étude longitudinale contrôlée dans laquelle les participants ont été stratifiés en fonction de leur statut cognitif et fonctionnel sur les	Immédiatement après les séances, les patients parlaient plus spontanément, étaient mieux liés aux autres, étaient plus attentifs à leur environnement, plus actifs	2

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
			<p>activités de la vie quotidienne (AVQ) et ont ensuite été répartis au hasard dans 1 des 3 groupes (MSSE(Snoezelen), activité et contrôle).</p> <p>Les patients atteints de démence ont participé à 2 séances d'intervention individualisées hebdomadaires pendant 16 semaines, où l'humeur et le comportement avant, pendant et après les séances, ainsi que les paramètres biomédicaux immédiatement avant et après, ont été enregistrés.</p>	<p>alertes, moins ennuyés / inactifs et plus détendus / satisfaits.</p> <p>Les deux groupes ont présenté des diminutions de la fréquence cardiaque et des augmentations des valeurs de saturation en oxygène (SpO2) avant et après les séances.</p> <p>Les séances dans une salle Snoezelen se sont avérées aussi efficaces que les séances d'activités, soulignant l'importance de l'interaction individuelle avec le thérapeute.</p>	
<p>Matson et al. (2004)</p>	<p>7 participants ont manifesté une déficience intellectuelle (DI) sévère, tandis que 45 avaient une DI profonde.</p> <p>7 des 52 clients utilisés avaient un diagnostic d'hémiplégie partielle et 11 avaient un diagnostic de quadriplégie spastique.</p> <p>Il y avait 36 hommes et 16 femmes dans l'étude.</p> <p>Âge : 24 à 73 ans.</p>	<p>52</p>	<p>Chaque client de l'étude a reçu des stimuli sur 6 séances (1 séance quotidienne pendant 6 jours).</p> <p>Chaque session consistait en 6 essais avec chacun des six stimuli de Snoezelen présentés dans un ordre contrebalancé.</p> <p>Cette méthode a donné à chaque sujet 36 présentations à chaque stimulus de Snoezelen.</p>	<p>Les stimuli Snoezelen présentés semblent suggérer la supériorité des stimuli visuels en général, et de la boule à facettes avec la lumière stroboscopique projetée en particulier.</p> <p>L'ordre de classement des stimuli les moins préférés aux plus préférés comprend le tableau tactile, la radio, la boule à facettes, la lampe tornade, le projecteur et la boule à facettes avec lumière, et semble soutenir une recherche plus large sur l'apport sensoriel en général, suggérant que le matériau présenté visuellement est le plus fortifiant.</p>	<p>4</p>

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
McKee et al. (2007)	<p>Patients adultes hospitalisés présentant des comportements perturbateurs et prosociaux de de sexe masculin et atteint du spectre de l'autisme.</p> <p>Les trois ont été sélectionnés parce qu'ils présentaient les plus hauts niveaux d'agression et de comportement destructeur de tous les clients du service.</p> <p>Abe avait 31 ans, vivait dans le service depuis 9 ans et avait un diagnostic d'autisme et de retard mental modéré.</p> <p>Ben avait 32 ans, vivait dans le service depuis 7 ans et avait un diagnostic d'autisme et de retard mental modéré.</p>	3	<p>Dans une conception d'inversion ABAB, des comportements perturbateurs et prosociaux spécifiques ont été enregistrés pour chaque client tout au long des quatre périodes de 28 jours de l'étude.</p> <p>Chaque participant a ensuite eu accès à la salle Snoezelen pendant 28 jours. L'accès à la salle a ensuite été supprimé pendant 28 jours, et finalement le participant a de nouveau eu accès à la salle pendant 28 jours.</p> <p>Au cours de chacune de ces périodes, le nombre de comportements cibles agressifs et prosociaux a été enregistré pour chaque client.</p> <p>En ce qui concerne les comportements prosociaux, les membres du personnel devaient approcher chaque participant une fois par heure, entre 9 h et 16 h, dans un effort pour obtenir les comportements cibles.</p> <p>Pendant les phases Snoezelen, les participants se sont vus offrir un accès exclusif à la salle pour un maximum de 45 minutes chaque jour de la semaine.</p>	<p>Les résultats ont indiqué que les trois clients avaient des réponses différentes à la salle, mais aucun client n'a montré une diminution des comportements perturbateurs dans l'état de Snoezelen par rapport à la ligne de base, et un client a montré un schéma clair de comportement perturbateur accru pendant les périodes Snoezelen.</p> <p>Les clients avaient une légère tendance à adopter des comportements plus prosociaux pendant leur séjour à Snoezelen.</p> <p>Ces résultats n'appuient pas l'affirmation selon laquelle les salles Snoezelen sont des interventions efficaces contre les comportements agressifs dans cette population de clients.</p>	2

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
	Carl avait 28 ans, vivait dans le service depuis 8 ans et avait un diagnostic d'autisme et de retard mental modéré.				
Milev et al. (2008)	<p>21 patients âgés atteints de démence résidant dans un établissement de soins de longue durée.</p> <p>Au cours de l'étude, il y a eu 2 décès et 1 abandon. Donc les données des 18 patients restants ont été analysées.</p>	18	Dans cette étude pilote randomisée et à simple insu de 24 semaines, les auteurs ont examiné l'effet des séances multisensorielles pendant 12 semaines en 1 ou 3 séances par semaine avec un groupe témoin.	<p>Les principales conclusions de cette étude pilote ont montré que les patients qui recevaient 1 et 3 traitements Snoezelen par semaine avaient un score moyen à l'échelle d'observation quotidienne systématiquement plus faible (c'est-à-dire qu'ils se sont améliorés), sans grande fluctuation par rapport au groupe témoin. Même 12 semaines après l'arrêt des séances multisensorielles, cet effet était toujours d'actualité.</p> <p>De plus, cette étude fournit des preuves provenant de membres de la famille en aveugle que, après les séances multisensorielles, il y avait une tendance à des scores l'échelle d'impression d'amélioration globale clinique inférieure (c'est-à-dire que les patients s'améliorent) pour les patients ayant reçu un traitement que pour les témoins.</p>	2
Nasser (2004)	Les enfants ayant une déficience intellectuelle et leur famille.	47 familles	<p>Évaluation du client avant, pendant et après le traitement dans la salle Snoezelen.</p> <p>Le client a le choix de l'environnement de la pièce qu'il souhaite, mais le thérapeute est là pour activer le client afin que le temps passé dans la pièce soit du temps</p>	Les parents se sont dit satisfaits des séances; ils ont aimé voir leur enfant souriant, actif et heureux et avoir l'opportunité d'interagir avec l'enfant et les frères et sœurs dans une atmosphère détendue et quelque peu magique. Les parents ont également rapporté que les frères et sœurs parlaient de la salle	4

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
			<p>actif.</p> <p>Le temps passé dans la salle Snoezelen est généralement limité à 30 minutes et la plupart des traitements sont aujourd'hui effectués sur une base individuelle.</p> <p>Absence de données concrètes pour étayer une hypothèse, mais seulement les résultats descriptifs des observations, rapports de cas et entretiens avec les parents et les frères et sœurs faits par les chercheurs.</p>	<p>blanche à la maison, demandaient à visiter plus souvent et étaient très excités les jours où ils savaient qu'ils allaient visiter le centre. Les frères et sœurs étaient toujours très excités et déçus à la fin des sessions. Ils ont dit que la salle blanche était amusante et ont demandé quand ils pourraient revenir.</p> <p>L'enfant handicapé pourrait vivre plus d'intimité avec les parents et les frères et sœurs, plus de contact corporel et de manipulation.</p> <p>Au niveau des professionnels, les chercheurs ont réalisé que la salle facilitait une interaction plus détendue avec les parents, qui révélaient souvent des discussions émotionnelles intimes sur les expériences antérieures - leur peur, leur chagrin et leur tristesse d'avoir un enfant handicapé - ce qui ouvrait de nouvelles opportunités thérapeutiques, conversations et soutien.</p>	
Novakovic et al. (2019)	<p>40 sujets atteints du trouble du spectre de l'autisme associé à des difficultés intellectuelles des deux sexes.</p> <p>Âge : 15 à 35 ans.</p>	40	<p>Devis expérimental (randomisé). Les sujets ont été répartis au hasard en deux groupes: un témoin (sans traitement) et un expérimental (avec traitement en salle blanche). Le groupe expérimental recevra trois séances par semaine pendant trois mois.</p> <p>Les évaluations ont été notées par CARS (Childhood Autism Rating Scale) avant et après le traitement de trois mois.</p>	<p>Dans le groupe expérimental, il y avait une différence statistiquement significative du score total CARS avant et après le traitement ($p < 0,0005$).</p> <p>En comparant les résultats des deux groupes expérimentaux et témoins, une différence statistiquement significative a été trouvée sur le score total CARS ($p < 0,0005$).</p> <p>Les résultats de la présente étude indiquent que les séances continues dans</p>	2

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
				la salle de Snoezelen ont eu des effets sur la réduction de la gravité des TSA et des comportements répétitifs et stéréotypés sur l'échelle CARS.	
Pfeiffer et Kinnealey (2003)	<p>Adultes présentant un trouble de modulation ou d'intégration sensorielle</p> <p>Âge : 26 à 46 ans.</p> <p>14 femmes et 1 homme.</p> <p>Les sujets ont été examinés avec le questionnaire de sensorialité adulte (ASQ; Kinnealey et al., 1995) pour déterminer la présence d'un trouble d'intégration ou de modulation sensorielle. Les sujets qui ont obtenu neuf points ou plus à l'ASQ ont été interviewés à l'aide de l'entrevue pour établir la sensorialité pour adultes (ADULTE-SI).</p>	15	<p>Devis quasi-expérimental. Les sujets ont été prétestés et retestés un mois plus tard après l'intervention.</p> <p>Les sujets ont mis en œuvre un programme d'auto-traitement pendant un mois, après quoi ils ont été retestés.</p>	<p>Les résultats soutiennent l'hypothèse selon laquelle il existe une relation significative entre le trouble d'intégration ou de modulation sensorielle et l'anxiété.</p> <p>Le trouble d'intégration ou de modulation sensorielle et l'anxiété ont diminué après l'auto-traitement pour le trouble d'intégration ou de modulation sensorielle. Cela fournit un soutien pour une intervention visant à réduire à la fois la défensive sensorielle et les impacts socio-émotionnels secondaires tels que l'anxiété.</p>	4

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
Pinkney (1997)	Aînés atteints d'Alzheimer.	3	<p>Une conception expérimentale à cas unique a été choisie afin d'examiner les besoins individuels plutôt que de faire des observations généralisées.</p> <p>Une conception ABC permettait un traitement personnalisé et également un résultat de traitement positif pour le patient (Wilson, 1987),</p> <p>A étant la référence enregistrée, B étant la fréquentation de l'environnement multisensoriel de la salle Snoezelen et C la présence à la musique groupe de relaxation.</p> <p>Aucun contrôle effectué par le chercheur.</p>	<p>Mouvements du visage: Pour tous les sujets, les réponses de la période de référence ont montré des niveaux élevés de mouvements du visage, qui ont été considérablement réduits pendant la relaxation musicale et Snoezelen.</p> <p>Mouvement corporel: Encore une fois, une baisse significative a été enregistrée entre la ligne de base et le début des groupes de traitement. On pourrait dire que l'environnement Snoezelen provoque plus d'exploration et de mouvement corporel par la nature de son équipement, par rapport à la relaxation musicale.</p> <p>Chants: Aucun chant n'a été enregistré pendant la période de référence, ce qui était peut-être dû au manque d'indices musicaux.</p> <p>Interactions: Tous les sujets ont interagi librement pendant la période de référence, ce qui était indicatif de leur comportement normal. Une fois engagés dans le Snoezelen et le groupe de musique, tous les sujets ont enregistré une réduction de l'interaction.</p> <p>Regards: Tous les sujets ont maintenu un niveau élevé de regard dans les sessions de base et Snoezelen. Pendant la relaxation musicale, la stimulation visuelle était au minimum; donc les scores à la recherche ont chuté. Cependant, l'environnement Snoezelen était riche en stimulation visuelle et les scores à travers les sujets sont restés élevés.</p>	4

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
Poza et al. (2013)	<p>18 personnes souffrant de lésions cérébrales 18 témoins en bonne santé.</p> <p>18 lésions : 11 hommes et 7 femmes. Âge : 29–46 ans.</p> <p>18 volontaires : 9 hommes et 9 femmes. Âge = 30–48 ans.</p>	36	<p>Quasi-expérimentale (groupe contrôle, mais pas aléatoire)</p> <p>La conception expérimentale comprenait une session de stimulation multisensorielle réalisée dans une salle Snoezelen®, précédée et suivie d'une condition de repos calme de 5 minutes.</p> <p>L'activité EEG spontanée a été analysée en calculant la puissance relative dans les bandes de fréquences EEG conventionnelles.</p>	<p>Un ralentissement de l'activité oscillatoire de l'EEG peut refléter l'état de relaxation induit par la stimulation multisensorielle : Les résultats suggèrent que la stimulation multisensorielle induit une augmentation significative ($p < 0,05$, test du signe de Wilcoxon) de la puissance relative pour les bandes basses fréquences (c'est-à-dire les bandes thêta et alpha) et une diminution significative ($p < 0,05$, test du signe de Wilcoxon) pour les rythmes rapides (c'est-à-dire les bandes beta1, beta2 et gamma). De plus, des différences statistiquement significatives ($p < 0,05$, Mann – Whitney Utest) entre les deux groupes ont été trouvées dans la puissance relative de la bande thêta</p>	3
Reddon et al. (2004)	<p>50 patients psychiatriques (25 hommes, 25 femmes)</p> <p>50 employés hospitaliers (25 hommes, 25 femmes).</p>	50	<p>Quasi-expérimental (groupe contrôle, mais pas aléatoire)</p> <p>Les réponses physiologiques avant et après le traitement (réponse de conductance galvanique de la peau, fréquence cardiaque et pourcentage d'oxygène dans le sang) ont été comparées et les participants ont été évalués après le traitement pour les avantages psychologiques perçus avec un questionnaire en neuf points.</p>	<p>Les résultats indiquent que la participation à une seule séance de Snoezelen de 20 minutes a eu des effets physiologiques significatifs et positifs sur les groupes de patients et de personnel.</p> <p>De plus, les participants post-traitement des deux groupes n'ont perçu aucun changement sur la dimension réservée-sortante mais se sont sentis plus somnolents, passifs, détendus, joyeux, concentrés, optimistes, calmes et confortables.</p> <p>Par conséquent, la condition Snoezelen amène des bénéfices physiologiques et psychologiques. Les effets du traitement étaient apparents à la fois pour les patients et les témoins.</p>	3

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
Riley- Doucet (2009)	<p>10 Personnes atteintes de démence. Âge : 74-94 ans. 7 femmes 3 hommes</p> <p>10 Aidants naturels. Âge : 35-87 ans. 8 femmes 2 hommes 3 époux, 5 filles, 2 belles-filles</p>	20	<p>Un modèle de recherche qualitative a été utilisé, qui comprenait des interviews semi-structurées et des listes de contrôle d'observation autoévaluées des soignants.</p> <p>Les effets positifs et négatifs de l'utilisation des séances multisensorielles à domicile sur les comportements de la personne atteinte de démence, le fardeau des soignants et les relations interpersonnelles familiales ont mesuré à l'aide de questionnaire.</p>	<p>Dans l'ensemble, on a découvert que les séances multisensorielles favorisaient un environnement relaxant et calme à la maison, ce qui aidait la personne atteinte de démence à mieux s'occuper de son environnement immédiat et à améliorer les interactions familiales.</p> <p>Bien que la majorité des aidants naturels aient déclaré qu'ils appréciaient la MSE, ils ont reconnu leur déception à l'égard des séances multisensorielles, car elle n'offrait pas plus de répit aux aidants naturels.</p>	4
Robbins et Norton (2011)	<p>Patients ayant un diagnostic de troubles de la mémoire ou de comportement agité ou qui semblait se retirer de l'interaction sociale.</p>		<p>Pré-test / post-test. Les résidents ont reçu des interventions Snoezelen au moins une par semaine pendant 13 semaines.</p>	<p>Scores d'agitation: diminution</p> <p>Cohen-Mansfield Agitation, ou scores CMA I: diminution</p> <p>Échelle de comportement adaptatif fonctionnel de l'adulte ou scores AFABS: augmentation</p> <p>Scores de dépression: diminution</p> <p>Démontre des preuves de gains à long terme sur une période de 3 mois (13 semaines) d'intervention régulière de Snoezelen.</p>	4
Sachs et Nasser (2009)	<p>Toutes les familles (10) avaient des enfants atteints de déficience intellectuelle sévère ou profonde vivant dans un établissement résidentiel de</p>	10 familles	<p>Une méthode qualitative naturaliste basée sur une approche phénoménologique a été utilisée.</p> <p>Des entrevues semi-structurées de 90 minutes ont été réalisées et enregistrées auprès des parents. Les entrevues ont été transcrites.</p>	<p>2 thèmes est ressortis des entrevues avec les parents : 1) la salle blanche est un autre monde (détachement de la réalité, se plonge dans un monde de tranquillité, de relaxation et d'intimité; contraste entre la réalité et le monde extérieur, loin des jugements; un temps d'arrêt pour être ensemble loin des jugement)</p> <p>2) être ensemble comme une famille</p>	4

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
	<p>longue durée pour enfants souffrant de déficience intellectuelle à Haïfa, en Israël.</p> <p>L'échantillon comprenait 6 familles juives et 4 arabes.</p> <p>9 des familles étaient des familles biparentales et 1 était une famille monoparentale.</p>			(participation de tous les enfants de la famille, tous sur le même niveau malgré la présence de l'handicap, encourage les familles à se rassembler et réaffirme les relations de ses membres)	
Sack (2005)	Aînés atteints de démence résidant dans une unité psychiatrique gériatrique pour patients hospitalisés.	24	<p>Groupe contrôle et groupe thérapie comportementale Snoezelen.</p> <p>6 séances de 30 minutes de thérapie comportementale Snoezelen ou d'activité structurée tout en recevant des soins psychiatriques standard.</p>	Le groupe thérapie comportementale Snoezelen avait des niveaux d'agitation réduits significativement plus élevés et le groupe thérapie comportementale Snoezelen avait des niveaux d'indépendance significativement plus élevés dans les activités de vie quotidienne que le groupe témoin.	3
Singh et al. (2004)	<p>Adultes ayant un comportement agressif et d'automutilation dans trois groupes de 15 personnes.</p> <p>Le premier groupe comprenait 10 hommes et 5 femmes âgés de 23 à 54 ans.</p>	45	<p>En utilisant une conception contrebalancée à mesures répétées, chaque groupe de participants a été mis en rotation dans trois conditions expérimentales: la formation aux activités de la vie quotidienne (AVQ), Snoezelen et la formation aux compétences professionnelles.</p> <p>Toutes les autres activités de traitement et de formation spécifiées dans le plan centré sur la personne de chaque individu se sont poursuivies pendant la période d'observation de 10 semaines.</p>	<p>L'agressivité et l'automutilation étaient les plus faibles lorsque les personnes se trouvaient dans une salle Snoezelen, suivies d'une formation professionnelle et d'une formation aux activités de vie quotidienne.</p> <p>Les niveaux dans la salle Snoezelen étaient significativement plus bas que dans les deux autres conditions d'agression, mais uniquement dans l'entraînement aux compétences aux activités de vie quotidienne pour l'automutilation.</p>	2

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
	<p>Le deuxième groupe comprenait 11 hommes et 4 femmes âgés de 30 à 57 ans.</p> <p>Le troisième groupe comprenait 10 hommes et 5 femmes âgés de 22 à 57 ans.</p> <p>Tous les participants avaient un retard mental sévère ou profond et des troubles de l'Axe I (par exemple, trouble psychotique, schizo-affectif, anxieux ou de l'humeur). De plus, tous les participants prenaient des médicaments psychotropes pour leur trouble psychiatrique et des interventions comportementales dérivées de la fonction pour leur agressivité ou auto-blessure.</p>			<p>La différence des niveaux avant et après Snoezelen était statistiquement significative avec l'automutilation, mais pas avec l'agression.</p>	

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
Smith et Jones (2014)	<p>7 patients étaient des hommes et tous avaient été isolés et avaient également utilisé la salle sensorielle de l'USIP.</p> <p>Les 10 membres du personnel comprenaient 9 hommes et 1 femme; 8 étaient des infirmières autorisées en psychiatrie et 2 étaient des infirmières auxiliaires.</p>	10 membres du personnel et 7 patients	<p>Un plan de recherche explicatif en méthode mixte séquentielle (Creswell et Plano Clark, 2011) a été utilisé pour répondre aux objectifs de la recherche.</p> <p>Les taux d'isolement ont été recueillis 3 mois avant l'introduction de la salle sensorielle et 3 mois après l'introduction.</p> <p>Cela a été suivi d'entretiens semi-structurés avec le personnel et les patients.</p>	<p>Contrairement à nos attentes, les taux d'isolement n'ont pas diminué dans les 3 premiers mois suivants l'introduction de la salle sensorielle sur l'USIP. Augmentation des moments d'isolement dans une salle après les séances. Cela s'est produit chez une minorité de patient. Le temps nécessaire à l'isolement s'est réduit après les séances.</p> <p>Un décalage a été révélé entre les incidents réels d'isolement des dossiers d'isolement et les taux d'isolement perçus par le personnel lors des entrevues.</p> <p>Surtout, le personnel et les patients ont signalé que la salle sensorielle avait un effet positif sur l'environnement de l'USIP. Ils pensaient que la salle sensorielle offrait un espace pour aider à l'apaisement et à la désescalade, un endroit pour se détendre, socialiser / augmenter la communication et profiter de la musique et de l'équipement sensoriel.</p>	4
Staal et al. (2007)	24 participants atteints de démence modérée à sévère avec trouble du comportement dans une unité de psychiatrie gériatrique de soins de courte durée.	24	<p>Une étude randomisée, contrôlée, en simple aveugle, entre groupes.</p> <p>Tous les participants ont reçu une thérapie pharmacologique, une ergothérapie, un environnement hospitalier structuré et ont été randomisés pour recevoir une thérapie comportementale multisensorielle (TMS) ou une séance d'activité structurée.</p> <p>Conception: Une conception mixte a évalué l'efficacité du MSBT (snoezelen) sur les activités de la vie quotidienne.</p>	Ces données suggèrent que l'utilisation de la thérapie comportementale multisensorielle avec des soins psychiatriques standards en milieu hospitalier peut réduire l'apathie et l'agitation et améliorer en outre les activités de la vie quotidienne chez les personnes hospitalisées atteintes de démence modérée à sévère plus que les soins standard seuls.	2

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
			La variable entre les groupes était le type d'intervention (MSBT vs activité structurée) et la variable répétée au sein du groupe était des mesures de l'amélioration des activités de vie quotidienne au fil du temps.		
Theis (2012)	Monsieur X. a été réadmis en UMD en avril 2009 pour troubles du comportement de type hétéro-agressif. Le patient est suivi dans un contexte de retard mental et de syndrome hyperkinétique. Il présente une agitation psychomotrice importante, une désinhibition sexuelle et une logorrhée.	1	Étude de cas Monsieur X a bénéficié de neuf séances dans l'espace Snoezelen, étalées sur trois mois.	Impact positif du Snoezelen sur les interactions sociales.	4
Toro (2019)	36 participants, 7 femmes, 29 hommes. Âge : 25 à 72 ans. Les résidents présentaient un large éventail de pathologies conduisant à des troubles cognitifs, notamment:	36	Une conception intra-sujet à mesures répétées a été utilisée pour évaluer les participants dans trois conditions: a) salle Snoezelen, b) période de contrôle et c) regarder la télévision. Les mesures des résultats étaient des tests de mémoire de portée numérique et des tests de balance de Romberg. Des ANOVA à mesures répétées unidirectionnelles et des tests d'échantillons appariés ont été réalisés sur les données.	Les participants ont obtenu de meilleurs résultats avec les tâches de mémoire et les compétences d'équilibrage après avoir assisté à une stimulation multisensorielle dans une salle Snoezelen. Cela peut être dû à une amélioration de la pleine conscience, qui est corrélée à des améliorations de la concentration, de la capacité d'apprentissage et des capacités motrices causées par des changements neurophysiologiques du cerveau.	3

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
	<p>épilepsie, syndrome de Down, syndrome de Noonan, schizophrénie, troubles psychiatriques (paranoïa, psychose, trouble de la personnalité, trouble bipolaire), microcéphalie, paralysie cérébrale athétoïde, autres (intoxication au CO, traumatisme crânien et alcoolisme) et aucun diagnostic.</p>		<p>Des tests de portée numérique et de référence de Romberg ont été réalisés deux semaines avant la période expérimentale.</p> <p>Par la suite, 19 participants ont commencé leur activité avec la condition de la salle Snoezelen et 16 participants avec la condition de la télévision.</p>		
Tse et al. (2011)	<p>Au total, 82 personnes âgées ont été recrutées.</p> <p>Les critères d'inclusion étaient l'âge de 55 ans ou plus, la capacité de communiquer en cantonais, l'orientation vers le temps et le lieu et la souffrance de douleurs chroniques non malignes au cours des six mois précédents.</p>	82	<p>Groupe d'étude: Deux centres communautaires pour personnes âgées (n = 82) ont été approchés et randomisés en tant que groupe MSET (n = 43) et groupe MSCT (n = 39). C'était une conception de test pré-post quasi expérimentale.</p> <p>Le MSET et le MSCT se composaient de 6 sessions de 1,5 heure chacune. Les données démographiques et toutes les stratégies non médicamenteuses utilisées par les participants ont été recueillies.</p> <p>L'intensité de la douleur, la mobilité physique et le bien-être psychologique ont également été évalués.</p>	<p>L'intensité de la douleur des personnes âgées dans les deux groupes était significativement réduite après les interventions.</p> <p>Il a été rapporté que les deux groupes utilisaient davantage de thérapies non médicamenteuses pour soulager la douleur après l'intervention.</p> <p>La présente étude a révélé que les niveaux de bonheur des groupes MSET et MSCT étaient significativement augmentés après l'intervention.</p> <p>Constat que les personnes âgées recevant la MSCT avaient amélioré leur niveau d'anxiété.</p>	2

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
			<p><u>MSET</u> : Thérapie par l'exercice de stimulation multisensorielle.</p> <p><u>MSCT</u> : Thérapie d'adaptation par stimulation multisensorielle.</p>	Les personnes âgées recevant le MSET ont constaté des améliorations de leur mobilité physique après l'intervention.	
Van Diepen et al. (2002)	Adultes atteints de démence et ayant un comportement agité significatif.	10	<p>Étude pilote contrôlée randomisée.</p> <p>10 patients atteints de démence ont été randomisés pour recevoir un traitement de 4 semaines par Snoezelen ou par réminiscence.</p> <p>Les effets thérapeutiques ont été évalués à l'aide de l'instrument de cartographie du comportement d'agitation (ABMI) et de l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI) et par enregistrement de la fréquence cardiaque.</p>	<p>Les évaluations ABMI suggéraient que Snoezelen aurait pu réduire le comportement agité pendant et immédiatement après la séance, mais que cet effet était de courte durée.</p> <p>Les scores CMAI ont indiqué un comportement agité réduit pendant la période d'intervention.</p> <p>Les données de fréquence cardiaque ont montré à la fois des diminutions et des augmentations au cours des séances pour différents participants.</p> <p>Les deux interventions peuvent avoir des effets utiles à court terme et, tandis que pour certains patients, les séances sont principalement relaxantes, pour d'autres, elles peuvent avoir un effet plus stimulant.</p>	2
Viklund et Svensson (2014)	<p>5 adultes sélectionnés par le personnel.</p> <p>La sélection a été faite en fonction des capacités, des handicaps et de l'intérêt de l'individu.</p>	5	<p><u>Ils testent un objet interactif pour une salle Snoezelen...</u></p> <p>Les données des observations, par ex. les réactions au cours de l'activité peuvent ensuite être analysées plus en détail après la séance. L'enregistrement vidéo et les notes de l'observateur ont été utilisés dans ce projet pour recueillir des informations.</p> <p>Le bodystorming en tant que performance incarnée a été utilisé dans ce projet. Cela a été utilisé lors du développement de l'interface interactive.</p>	<p>Le vent n'a jamais été implémenté dans un équipement Snoezelen interactif auparavant.</p> <p>Cela crée un moment de surprise, ce qui rend les utilisateurs curieux de continuer à explorer.</p>	4

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
			<p>Le retour d'information que l'utilisateur reçoit est sous forme de vent, de son et de lumière, et crée une stimulation multisensorielle localisée à une zone. Selon la façon dont l'utilisateur interagit avec lui, il a différents comportements pour répondre à l'action spécifique. Il est important que l'utilisateur reçoive une réponse immédiate à son action, pour comprendre que c'est lui qui la réalise.</p>		
Volkan (2017)	Enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)	2	<p>Deux patients atteints de TSA ont été inclus dans un programme combiné de la thérapie d'intégration sensorielle (SIT) et de la thérapie Snoezelen (ST) 1 jour par semaine dans un centre de rééducation et ont reçu un « régime sensoriel » à domicile consistant en un brossage du corps entier et diverses applications de stimuli sensoriels chaque jour.</p> <p>Les programmes SIT et ST duraient environ 30 minutes chacun et se sont poursuivis pendant six mois.</p> <p>Les enfants ont été évalués par observation directe et également en interrogeant les patients.</p>	<p>Dans les évaluations de base, les deux enfants n'avaient aucun langage, très peu d'attention et de participation à des activités, aucun contact visuel et un évitement sensoriel sérieux.</p> <p>Après 6 mois de thérapie, les deux enfants avaient commencé à prononcer 3-4 mots de phrases, n'étaient pas gênés par le toucher et les entrées sensorielles, pouvaient établir un contact visuel pendant plus de 10 secondes et avaient une attention prolongée dans diverses activités.</p> <p>Une combinaison de SIT et ST ont montré des résultats positifs spectaculaires dans de nombreux aspects du comportement anormal chez deux sujets atteints de TSA.</p>	4
Van Weert et al. (2005)	125 patients atteints de démence modérée à sévère et de dépendance aux soins ont été inclus dans le prétest et 128 dans le post-	125	<p>Une conception pré- et post-test quasi-expérimentale a été utilisée.</p> <p>Les sujets expérimentaux ont reçu un programme de Snoezelen individuel de 24 heures, basé sur la prise d'antécédents familiaux et le dépistage des préférences de stimulus.</p>	<p>Les résidents recevant des soins Snoezelen ont démontré un effet de traitement significatif en ce qui concerne leur niveau de comportement apathique, la perte de décorum, le comportement rebelle, le comportement agressif et la dépression.</p>	3

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
	test; 61 étaient des finissants (inclus à la fois avant et après le test).		<p>Le groupe témoin a reçu les soins habituels en maison de retraite.</p> <p>Les six services expérimentaux ont mis en œuvre Snoezelen dans les soins de 24 heures. Les soins habituels se sont poursuivis dans les six salles de contrôle.</p> <p>La période de mise en œuvre a duré 18 mois par salle entre janvier 2001 et février 2003. Les mesures ont été effectuées au départ et après 18 mois.</p>	<p>Lors des soins matinaux, les sujets expérimentaux ont montré des changements significatifs de bien-être (humeur, bonheur, plaisir, tristesse) et de comportement adaptatif (réponse à la parole, relation avec le soignant, phrases de longueur normale).</p> <p>Les soins Snoezelen semblent particulièrement avoir un effet positif sur les comportements dérangeants et retirés.</p> <p>Les résultats suggèrent qu'un programme de Snoezelen intégré de 24 heures a un effet généralisant sur l'humeur et le comportement des résidents atteints de démence.</p>	
Van Weert et al. (2005) ²	Travailleurs dans une maison de soins infirmiers pour personnes atteintes de démence.	120	<p>Une conception pré et post-test quasi-expérimentale a été utilisée, comparant six services de psychogériatrie qui ont mis en œuvre le Snoezelen dans les soins de 24 heures à six services de contrôle qui ont continué à donner des soins habituels.</p> <p>Les six services d'intervention ont reçu un programme de formation interne de 4 jours. L'intervention comprenait en outre des activités de mise en œuvre dans le quartier (par exemple, sélection des préférences de relance, groupe de travail), trois réunions de suivi internes et deux assemblées générales.</p> <p>Des mesures de la charge de travail, des problèmes perçus, des réactions au stress, de la satisfaction au travail et de l'épuisement professionnel ont été effectuées au départ et après 18 mois.</p>	<p>Un effet de traitement significatif en faveur du groupe expérimental a été trouvé pour la pression du temps, les problèmes perçus, les réactions de stress et l'épuisement émotionnel.</p> <p>Les CNA du groupe expérimental ont également amélioré leur score global de satisfaction au travail. En particulier, ils étaient plus satisfaits de la qualité des soins et de leurs contacts avec les résidents.</p> <p>La mise en œuvre de Snoezelen a amélioré la qualité de la vie professionnelle des soignants atteints de démence.</p>	3

MÉTA ANALYSE					
Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
Botts et al. (2008)	Études portant sur des patients atteints de troubles du développement moyennement sévères, retard mental profond, déficiences développementales sévères à profondes, retard mental modéré à sévère, déficiences développementales sévères à profondes.	5	<p>Recension – Revue systématique</p> <p>Les chercheurs ont fait une recension des écrits afin de répondre aux questions suivantes concernant la population scolaire : 1) Est-ce que l'approche sensorielle de type Snoezelen a un effet sur les comportements d'auto-stimulation, d'auto et d'hétéroagression; 2) Est-ce que les impacts ressentis dans la salle sont généralisables à d'autres environnements? 3) Est-ce que cette approche a un effet relaxant et réduisant le stress?</p> <p>5 articles ont été retenus pour l'analyse.</p>	<p>Les résultats concernant la réduction des comportements d'autostimulation, des comportements stéréotypés et de l'agressivité (trouvés par Shapiro et al., 1997) et le report à l'activité suivante (trouvé par Singh et al., 2004) pourrait indiquer l'utilisation de Snoezelen® comme une alternative créative et relaxante aux salles de pause ou comme un précurseur à des activités moins préférées, mais nécessaires.</p> <p>Seulement 5 études ont été retenus sur les 20 du départ selon les normes National Research Council (2002) and the American Psychological Association (2000) (présence d'erreurs méthodologiques trop importantes).</p> <p>Résultats inconsistants pour établir l'efficacité de cette approche pour réduire comportements d'auto-stimulation, d'auto et d'hétéroagression. Pas de preuves suffisantes pour documenter l'effet de la réduction du stress ou de la relaxation.</p> <p>Les conclusions fondées sur l'analyse de cinq articles sont faibles. La force de l'analyse était limitée par le fait qu'aucun projet de recherche correspondant aux critères originaux de cette revue ne portait sur l'utilisation de Snoezelen® dans les écoles de jour.</p>	1

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
Breslin et al. (2020)	Études portant sur des patients atteints de déficience intellectuelle et développementale (DID).	13	Recension – Hiérarchisation des études	<p>Les résultats soutiennent le potentiel des méthodes multisensorielles en tant qu'outil que les praticiens de l'ergothérapie peuvent utiliser pour soutenir leurs clients atteints de DID qui ont des sensibilités sensorielles en milieu clinique.</p> <p>Cet article met également en évidence une approche multidisciplinaire selon laquelle les professionnels de la santé et les ergothérapeutes pourraient travailler ensemble de manière non traditionnelle pour soutenir cette population.</p>	1
Chung et Lai (2009)	Études portant sur les aînés atteints de démence et leur aide-soignant.	3	Recension – hiérarchisation et revue systémique.	<p>L'étude de Kragt 1997, rapportée dans la version précédente, a été exclue, car le programme Snoezelen ne comportait que trois séances, ce qui était jugé trop bref pour une intervention thérapeutique.</p> <p>Deux nouveaux essais ont été examinés. Les méta-analyses n'ont pas pu être effectuées en raison du nombre limité d'essais et des différentes méthodes d'étude des essais disponibles.</p> <p>Dans l'ensemble, il n'y a aucune preuve montrant l'efficacité de Snoezelen pour la démence. Il est nécessaire de disposer de données de recherche plus fiables et plus solides pour informer et justifier l'utilisation de Snoezelen dans les soins de la démence.</p>	1
Dion et al. (2010)	Études portant sur les enfants et adolescents en difficulté.	9	Recension – Revue systématique et hiérarchisation	Les résultats obtenus avec d'autres populations laissent entrevoir des bienfaits fort intéressants, notamment en ce qui a trait à la réduction de l'anxiété et à la régulation de certains comportements problématiques.	1

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
				<p>Aussi, les possibilités d'utilisation d'une telle salle apparaissent variées dans un contexte de protection de la jeunesse : activités Snoezelen, moments de répit à l'écart du groupe, rencontres hebdomadaires, visites supervisées, périodes de relaxation (ex. avant ou après un passage au tribunal, dans la routine du coucher), activités spéciales (ex. jeux de rôle), etc.</p>	
Haegele (2014)	Études portant sur les personnes atteintes d'une déficience.		Recension – Revue systématique	<p>Le Snoezelen MSE est spécialement conçu pour fournir une stimulation sensorielle aux personnes handicapées et autres conditions limitantes.</p> <p>Lors de l'utilisation de l'environnement, les praticiens doivent garder à l'esprit la philosophie non orientée vers le sol de l'approche Snoezelen. En outre, les enseignants et les cliniciens peuvent envisager de réduire les coûts en utilisant une combinaison d'articles sensoriels disponibles dans le commerce et faits maison ou achetés localement.</p> <p>Enfin, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour considérer le Snoezelen MSE comme une « meilleure » pratique.</p>	1
Hogg et al. (2001)	Études portant sur les patients atteints d'une déficience intellectuelle.	7	Recension – Revue systématique	Il est clair qu'une grande partie de la littérature sur Snoezelen examinée démontre un large éventail de résultats positifs pour les personnes ayant une déficience intellectuelle.	1

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
				<p>Parmi les études les mieux conçues, des résultats positifs et négatifs ont été rapportés.</p> <p>Néanmoins, il est clair que les conceptions « lâches » semblent généralement conduire à des résultats très positifs et peuvent refléter dans une certaine mesure des attentes et un engagement positif.</p>	
Javelot et al. (2012)	Études portant sur les personnes âgées avec démence.		Recension – Revue systématique	<p>L'évaluation des stratégies non médicamenteuses est jusqu'à présent limitée par un trop grand nombre d'études mal construites ou de faible poids.</p> <p>Cette problématique ne doit cependant pas occulter le bénéfice individuel observé par le développement de ces thérapies dans nos institutions.</p>	1
Lancioni et al. (2002)	Études portant sur les patients atteints de troubles du développement et démence.	21	Recension – Revue systématique	<p>Parmi ces études: 14 ont rapporté des effets positifs intrasession; quatre effets post-session positifs; et deux effets positifs à long terme.</p>	1
Lang et al. (2012)	Études portant sur les personnes avec trouble de l'autisme.	25	Recension – Hiérarchisation	<p>Dans l'ensemble, 3 des études examinées ont suggéré que la thérapie d'intégration sensorielle était efficace, 8 études ont trouvé des résultats mitigés et 14 études n'ont rapporté aucun avantage lié à la thérapie d'intégration sensorielle.</p> <p>Bon nombre des études examinées, y compris les 3 études rapportant des résultats positifs, présentaient de graves lacunes méthodologiques.</p>	1
Lotan et Gold (2009)	Études portant sur les personnes atteintes	28	Recension - Hiérarchisation	<p>Les faiblesses des méthodologies de recherche examinées, l'hétérogénéité entre les conceptions de recherche, le</p>	1

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
	de déficience intellectuelle.			petit nombre de projets de recherche disponibles et le petit nombre de participants à chaque projet de recherche, empêchent une confirmation de cette méthode comme une intervention thérapeutique valide pour le moment.	
Martin et Adrien (2005)	Études portant sur les personnes atteintes de déficience intellectuelle.	21	Recension - Hiérarchisation	<p>À travers l'analyse du contenu de ces études se dégage l'idée d'établir une relation entre les stimulations sensorielles douces et la réduction de comportements stéréotypés et de comportements inadaptés.</p> <p>Cependant, le souci principal de certaines études portant sur Snoezelen est d'ordre méthodologique.</p> <p>La communication de données cliniques qualitatives est certes présente pour chaque sujet observé, mais la fiabilité des évaluations rend difficile l'interprétation des résultats ainsi que les conclusions à tirer de certaines de ces études (De Bunsen, 1994; Kenyon & Hong, 1998; Long et Haig, 1992; Hutchinson & Haggart, 1994).</p>	1
Martin (2015)	Études portant sur les personnes dépendantes en institution.	36	Recension - Hiérarchisation	<p>Les résultats d'une étude à l'autre sont variés, mais pour la plupart d'entre elles, il est noté qu'une régulation émotionnelle est constatée.</p> <p>Et, il semble qu'une relation entre les stimulations sensorielles et la réduction de troubles du comportement soit établie.</p> <p>Dans tous les cas, Snoezelen semble favoriser la relaxation, la détente, l'apaisement psychique, tout en procurant aux individus un état de bien-être.</p>	1

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
Sanchez et al. (2013)	Études portant sur les personnes atteintes de démence.	16	Recension - Hiérarchisation	<p>Les salles de stimulations multisensorielles semblent fournir des preuves d'effets positifs immédiats sur le comportement et l'humeur des personnes atteintes de démence.</p> <p>Cependant, il n'y a pas de données concluantes sur leur efficacité à long terme ou sur la généralisation des résultats à d'autres environnements. Les preuves des effets de l'environnement de stimulations multisensorielles sur l'état cognitif, la communication et l'interaction sociale et l'état fonctionnel sont encore limitées.</p>	1
Scanlan et Novak (2015)	Études portant sur les personnes souffrant d'une maladie mentale.	13	Recension – Revue systématique	<p>La capacité de tirer des conclusions claires de la littérature actuellement publiée est limitée par des problèmes de qualité et de rigueur des études rapportées et par le risque de biais.</p> <p>Malgré ces limites, les preuves disponibles semblent suggérer que l'adoption d'approches sensorielles des soins est efficace pour soutenir une détresse réduite et des troubles du comportement chez les consommateurs.</p> <p>Les preuves d'une association entre l'introduction d'approches sensorielles isolées d'autres stratégies et la réduction de l'isolement et de la contention ne sont pas concluantes.</p>	1

Auteurs Année	Caractéristiques des sujets	N	Méthodologie	Principaux résultats	Code Oxford
Staal et al.	Études portant sur les personnes âgées avec démence	9	Recension – Revue systématique	Le concept d'intégration de méthodes comportementales modifiées et de procédures d'évaluation des préférences de stimulus a été proposé pour examen d'adoption pour l'évaluation multisensorielle dans la pratique clinique et la recherche gériatriques de la thérapie Snoezelen.	1