

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.SC.)

PAR
LAURENCE GAGNÉ

PERSPECTIVE ERGOTHÉRAPIQUE SUR L'UTILISATION DE LA SALLE
SNOEZELLEN EN MILIEU SCOLAIRE

DÉCEMBRE 2016

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

À ma directrice de recherche, madame Noémi Cantin, professeure au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour son soutien tout au long de ce processus. Son ouverture d'esprit, sa générosité ainsi que son expérience comme clinicienne et chercheuse ont été d'une grande aide.

À madame Nancy Baril, également professeure au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son intérêt envers mon projet et ses conseils.

À mes collègues de séminaire, pour leurs nombreux conseils durant la rédaction et la préparation de la présentation finale.

À ma famille, mon amoureux et mes amis, puisque sans leur support et leur compréhension durant les quatre dernières années, je ne serais pas en train de réaliser le plus grand projet de ma vie.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	II
RÉSUMÉ.....	VI
INTRODUCTION	1
1.1. Méthode	1
2. PROBLÉMATIQUE	2
2.1. État de la situation actuelle	2
2.2. Interrogation clinique	3
2.3. Revue de la littérature	4
2.3.1. Méthode	4
2.3.2. La salle Snoezelen en milieu scolaire	5
2.3.3. La salle Snoezelen dans divers milieux chez la clientèle à l'enfance	6
2.3.4. La salle Snoezelen chez la clientèle âgée	9
2.4. Pertinence de la recherche	10
3. ASSISES THÉORIQUES : LA SALLE SNOEZELLEN	11
3.1. Méthode	11
3.2. Définition	11
3.3. Historique.....	11
3.4. Arguments théoriques	13
3.4.1. Idées de base	14
3.4.1.1. La bonne ambiance	14
3.4.1.2. L'opportunité de faire des choix	14
3.4.1.3. L'opportunité de gérer l'environnement.....	14
3.4.1.4. La gestion du temps	14
3.4.1.5. La répétition	14
3.4.1.6. Une sélection de stimuli à offrir	15
3.4.1.7. La propre attitude fondamentale	15
3.4.1.8. La bonne supervision	15
3.5. Application	16
3.5.1. Exemples de moments d'expérience Snoezelen selon les auteurs.....	16
3.5.1.1. Faire ressentir	16
3.5.1.2. Faire entendre	16
3.5.1.3. Laisser regarder	17
3.5.1.4. Permettre de goûter et sentir.....	17
3.5.2. Dimensions de la salle Snoezelen	17
3.5.3. Éléments à considérer	17
3.5.3.1. Taille des groupes de visiteurs	18
3.5.3.2. L'équipe	18
3.5.3.3. L'horaire.....	18

3.5.3.4. La sécurité.....	19
3.5.3.5. L'entretien	19
3.5.3.6. L'utilisation d'un contrôle à distance.....	19
4. ASSISES THÉORIQUES : L'ERGOTHÉRAPIE	20
4.1. Méthode	20
4.2. Définition	20
4.3. Historique.....	20
4.4. Arguments théoriques	24
4.4.1. Assertions de base	24
4.4.1.1. L'occupation est un besoin fondamental de l'être humain	25
4.4.1.2. L'occupation a le potentiel d'être thérapeutique	25
4.4.1.3. L'engagement dans l'occupation influence la santé et le bien-être	26
4.4.1.4. L'engagement dans l'occupation permet de gérer le temps et structure la vie.....	26
4.4.1.5. L'engagement dans l'occupation donne un sens à la vie	27
4.4.1.6. Les occupations sont idiosyncrasiques	27
4.5. Application	27
4.5.1. Six fondements de l'habilitation	28
4.5.1.1. Choix, risque et imputabilité	28
4.5.1.2. La participation du client	28
4.5.1.3. Projection de possibilités	29
4.5.1.4. Le changement	29
4.5.1.5. Justice : la diversité et l'équité.....	29
4.5.1.6. Partage du pouvoir	30
4.5.2. Valeurs	30
5. ANALYSE CRITIQUE	32
5.1. Méthode	32
5.2. Perspective ergothérapique sur l'utilisation de la salle Snoezelen en milieu scolaire	32
6. CONCLUSION.....	41
7. RÉFÉRENCES	42

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
APA	American Psychiatric Association
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centres locaux de services communautaires
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EHDAA	Élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage
MCREO	Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
OMS	Organisation mondiale de la Santé
TCC	Traumatisme craniocérébral

RÉSUMÉ

Problématique : La salle Snoezelen, créée originalement dans les années 70 afin d'offrir aux personnes ayant un handicap intellectuel un endroit qui priorise le contact interpersonnel et le bien-être, se retrouve encore aujourd'hui dans plusieurs écoles spécialisées. Les ergothérapeutes en milieux scolaires sont souvent interpellés pour répondre à des questionnements quant à son utilisation. Toutefois, malgré la popularité de cette salle, il existe peu de résultats scientifiques rigoureux sur lesquels peuvent s'appuyer les ergothérapeutes (Carter et Stephenson, 2012). **Objectif :** L'objectif de cette étude est d'offrir une perspective ergothérapique sur l'utilisation de la salle Snoezelen en milieu scolaire. **Méthode :** L'approche utilisée pour répondre à cet objectif comporte tout d'abord une revue compréhensive de la littérature. Celle-ci n'étant pas suffisante pour cibler et comprendre l'utilisation de la salle Snoezelen, une alternative est explorée, soit le retour à la source primaire. Grâce à cette source, l'historique et les assises théoriques de la salle Snoezelen sont présentés. L'historique et les assises théoriques de la profession sont résumés à leur tour. Finalement, une analyse critique est élaborée, ancrée dans les assertions de base de l'ergothérapie présentées dans les neuvièmes lignes directrices canadiennes (Townsend et Polatajko, 2013). **Analyse critique :** Une réflexion quant à l'évolution des droits humains, en parallèle avec l'évolution de la profession, des années 70 à aujourd'hui met en lumière la situation et les besoins des personnes ayant un handicap intellectuel. Aujourd'hui, les opportunités d'engagement dans les occupations significatives sont globales et visent principalement l'autonomie et la qualité de vie, par exemple par les accès à différents milieux de vie et à l'éducation pour tous jusqu'à 21 ans (Ministère de l'Éducation du loisir et du Sport du Québec, 2011). Alors que tant d'autres occupations sont disponibles dans les milieux scolaires, à moindre coût, l'utilisation judicieuse de la salle Snoezelen peut être considérée une forme d'engagement occupationnel. **Conclusion :** Lorsque les données probantes ne suffisent pas à répondre aux interrogations cliniques, des alternatives peuvent être utilisées, se détachant du processus scientifique régulier, mais pouvant offrir une réflexion profonde et justifiée.

Mots-clés : Snoezelen, salle Snoezelen, milieu scolaire, handicap intellectuel

ABSTRACT

Background: The Snoezelen room, originally created in the 1970s to offer people with intellectual disabilities a place that prioritizes interpersonal contact and well-being, is still found today in several specialized schools. Occupational therapists are often challenged when asked to provide recommendations on its use. However, despite the popularity of this room, few rigorous scientific results are available to support occupational therapists' clinical reasoning (Carter & Stephenson, 2012). **Objective:** The objective of this study is to provide an occupational-therapy perspective on the use of the Snoezelen room within a school environment. **Method:** Given the paucity of information available in the literature, a multi-step approach with an iterative data analysis was used to reach this objective. First, a comprehensive review of the literature was performed, followed by an analysis of the theoretical framework of the approach. This analysis was then contrasted with the theoretical foundations of the occupational therapy profession (Townsend & Polatajko, 2013) and, finally, a critical analysis of the use of the Snoezelen room within the school environment, anchored in the basic assertions of occupational therapy, was completed. **Critical analysis:** A reflection on the evolution of human rights over the last 50 years, paralleled with the evolution of the profession, highlights the tremendous shift of opinions in regards with the place of individuals with intellectual disabilities in our society. Today, there are many opportunities for engagement in meaningful occupations and a greater focus on autonomy and quality of life. While a Snoezelen room offers an environment where occupational engagement can be fostered, it is important to recognize that many other occupations are available within the school environment, at a much lower cost. **Conclusion:** When evidence is insufficient to answer clinical questions, alternatives must be sought to structure one's quest to support clinical reasoning, sometimes departing from the regular scientific process, but offering an opportunity for an in-depth critical analysis and reflection.

Key words : *Snoezelen, Snoezelen room, intellectual disability, specialized school*

INTRODUCTION

Les ergothérapeutes œuvrant en collaboration avec les milieux scolaires sont souvent interpellés pour répondre à des questionnements par rapport à l'utilisation de la salle Snoezelen¹ (Carter et Stephenson, 2012). La salle Snoezelen est un endroit qui priorise le contact interpersonnel, la relaxation et le bien-être, à travers une expérience sensorielle libre et unique pour chaque visiteur (Haegele et Porretta, 2014). Par contre, les ergothérapeutes se sentent démunis et mitigés par rapport à cet environnement, ceci étant l'élément de base à l'origine de cet essai. Le coût de certains équipements nécessaires pour les interventions peut être assez élevé, allant rapidement jusqu'à des milliers de dollars. Les auteurs proposent une certaine vigilance quant à l'utilisation de la salle Snoezelen, étant donné que sa popularité a résisté à l'effort de recherche (Lancioni, Cuvo, et O'Reilly, 2002). Cette recherche se distingue parce qu'elle s'inscrit dans les nouveaux écrits qui « inviteront les lecteurs à réfléchir aux sources historiques, aux connaissances actuelles et aux directions futures d'un sujet, de même qu'aux façons dont ces aspects influencent collectivement le domaine de l'ergothérapie » (Polgar, 2016, p.134).

1.1. Méthode

Au niveau de la méthode utilisée, la structure scientifique régulière n'est pas respectée, bien que la majorité des éléments s'y trouve, étant donné qu'elle ne suffit pas pour explorer l'élément de base à l'origine de cet essai. « Les auteurs seront plutôt libres d'écrire de manière plus créative, d'explorer et de lier des idées entre elles et de définir une structure pour le manuscrit qui conviendra à la façon dont ils auront élaboré l'article et abordé le sujet » (Polgar, 2016, p.134). C'est pourquoi chaque section comporte un paragraphe intitulé méthode, expliquant et justifiant les différentes étapes du processus méthodologique choisi. En bref, suite à l'interrogation clinique, une revue compréhensive de la littérature est présentée. Celle-ci n'étant pas suffisante pour répondre aux questionnements et enjeux quant à l'utilisation de la salle Snoezelen en milieu scolaire, une alternative est explorée, soit l'exploration des assises théoriques de la salle Snoezelen et de l'ergothérapie, afin de les comparer dans une analyse critique.

¹ La salle Snoezelen est parfois appelée la salle multisensorielle par certains auteurs.

2. PROBLÉMATIQUE

2.1. État de la situation actuelle

L'éducation offre aux jeunes des occasions d'apprentissage multiples, notamment au niveau intellectuel, personnel, social et affectif. Au Québec, l'éducation est une valeur inestimable et toute personne y a droit. En effet, la loi sur l'instruction publique stipule que :

1. Toute personne a droit au service de l'éducation préscolaire et aux services d'enseignement primaire et secondaire prévus par la présente loi et le régime pédagogique établi par le gouvernement en vertu de l'article 447, à compter du premier jour du calendrier scolaire de l'année scolaire où elle a atteint l'âge d'admissibilité jusqu'au dernier jour du calendrier scolaire de l'année scolaire où elle atteint l'âge de 18 ans, ou 21 ans dans le cas d'une personne handicapée au sens de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. (Gouvernement du Québec, 2016)

Puisque le réseau scolaire québécois se soucie de l'éducation et des besoins des élèves en difficultés, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS²) prône un milieu scolaire devant s'appuyer sur une approche individualisée pour l'organisation des services, favorisant ainsi une réponse adaptée à chaque élève en fonction de ses besoins et ses capacités (MELS, 2006). Afin de répondre à cette mission, le MELS attribue certains devoirs aux écoles. D'ailleurs, il précise que l'équipe-école doit identifier les besoins et prévoir les mesures nécessaires, afin de favoriser une éducation optimale pour tous les enfants, dont les élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA) (MELS, 2006).

Les EHDAA représentent, selon les données du MELS, en 2010, près de 20% de tous les élèves du réseau scolaire québécois (Kalubi et coll., 2015). Le MELS (2006), explique les caractéristiques générales des EHDAA. En effet, il s'agit des élèves qui présentent des facteurs de vulnérabilité pouvant affecter les apprentissages et les comportements ainsi que pouvant compromettre sa réussite scolaire ou sa socialisation. Plus spécifiquement, les élèves ayant un handicap sont ceux qui présentent un diagnostic de déficience motrice légère ou organique, langagière, intellectuelle moyenne à sévère, physique grave, visuelle, auditive; de trouble sévère

² Le MELS est maintenant nommé le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur.

du développement, de trouble du spectre de l'autisme; ou de troubles relevant de la psychopathologie. Les élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage, quant à eux, sont des élèves qui, malgré les mesures mises en place par les enseignants et intervenants durant une période appropriée, ne permettent pas le développement des compétences nécessaires pour atteindre les objectifs ou exigences minimales. Les caractéristiques de ces élèves sont très variées, mais le point commun est au niveau des risques dans leurs relations interpersonnelles et dans la compréhension confuse de leur environnement (Kalubi et coll., 2015). Pour l'année scolaire 2005-2006, les EHDAA représentent 15,97% des élèves qui fréquentent les écoles primaires et secondaires du Québec, dont 13,19 % sont des élèves en difficultés, 0,45% sont des élèves ayant des troubles graves du comportement et 2,33 % sont des élèves handicapés (Kalubi et coll., 2015).

Le directeur de l'école doit donc avoir une gestion participative et inviter tous les intervenants à travailler ensemble à la recherche de solutions pour favoriser la réussite des élèves ayant des difficultés (MELS, 2006). Considérant l'ampleur du défi rencontré par les écoles, une variété de moyens est utilisée pour soutenir le fonctionnement en adaptation scolaire. L'utilisation de la salle Snoezelen en fait partie depuis plusieurs années. Le nombre exact d'installations est inconnu à ce jour, mais un distributeur de produits canadien en a rapporté plus de 700 en Amérique du Nord (Carter et Stephenson, 2012). D'ailleurs, plusieurs écoles spécialisées au Québec en ont une. Les ergothérapeutes québécois œuvrant en collaboration avec le milieu scolaire peuvent être appelés à répondre aux questions concernant la pertinence ou la méthode d'utilisation de ces salles. Par contre, les ergothérapeutes ne se sentent pas suffisamment outillés pour le faire, en raison du manque de données appuyant le raisonnement clinique.

2.2. Interrogation clinique

Plusieurs questions sont en suspens pour les ergothérapeutes qui tentent d'utiliser leur raisonnement clinique afin de conseiller le milieu scolaire quant à l'utilisation de la salle Snoezelen, ceci créant un malaise. Cette situation mène à la question de recherche suivante : quelle est la perspective ergothérapique sur l'utilisation de la salle Snoezelen en milieu scolaire à l'enfance?

2.3. Revue de la littérature

La pratique fondée sur les faits scientifiques est basée sur les données probantes et permet à l'ergothérapeute de transmettre les connaissances nécessaires sur différents facteurs liés aux clients, à l'environnement et à l'occupation en lien avec l'habilitation de l'occupation (Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), 2007). La revue de la littérature est primordiale afin de soutenir le raisonnement professionnel des ergothérapeutes. En lien avec ce principe, la première étape de la revue de la littérature dans le contexte particulier de cette recherche est de répertorier toutes les données probantes existantes à ce jour sur l'utilisation de la salle Snoezelen en milieu scolaire à l'enfance et de les résumer brièvement.

2.3.1. Méthode

La méthode utilisée pour structurer la revue de la littérature est compréhensive, c'est-à-dire qu'elle s'est ajustée au contexte spécifique, afin d'établir un portrait représentatif de la littérature et de comprendre en profondeur les enjeux vécus en lien avec l'utilisation de la salle Snoezelen. Concernant la salle Snoezelen en milieu scolaire, les mots-clés utilisés sont Snoezelen AND School et ceux-ci sont entrés dans les bases de données suivantes : EBSCO host (34 résultats), PUBMED (15 résultats) et Cochrane Library (0 résultat). Étant donné les résultats limités, le critère de sélection est un article qui traite de la salle Snoezelen en milieu scolaire, sans considérer le niveau d'évidence ou la date de publication de celui-ci. Suite à la lecture des titres et des résumés, un seul article est sélectionné. Afin d'obtenir davantage de résultats, la recherche est élargie et le mot-clé utilisé est Snoezelen. Celui-ci est entré à son tour dans les bases de données suivantes EBSCO host (148 résultats), PUBMED (90 résultats) et Cochrane Library (2 résultats). Le critère de sélection est un article qui traite de la salle Snoezelen avec la clientèle à l'enfance, dans des milieux variés et encore une fois sans prendre en compte le niveau d'évidence ou la date de publication de celui-ci. Suite à la lecture des titres et des résumés, cinq articles sont sélectionnés.

Plusieurs articles répertoriés dans les bases de données portaient sur l'utilisation de la salle Snoezelen avec la clientèle âgée souffrant de démence ou en santé mentale. Ces articles ne sont pas retenus étant donné qu'ils n'ajoutent aucun élément supplémentaire pouvant être pertinent dans le cadre de cette recherche. Par contre, le dernier article résumé est retenu étant

donné qu'il concerne des personnes ayant une démence, mais aussi les celles ayant un trouble développemental, possède un bon niveau d'évidence et ajoute des éléments considérables et bien justifiés par les auteurs.

2.3.2. La salle Snoezelen en milieu scolaire

Carter et Stephenson (2012) ont fait une étude quasi expérimentale, afin de décrire pourquoi et comment des écoles spécialisées utilisent la salle Snoezelen en Australie selon la perception du personnel l'utilisant. Un questionnaire a été distribué par la poste à l'ensemble des 50 écoles spécialisées de la région offrant des services aux enfants ayant un handicap intellectuel sévère³. Un total de 36 écoles sur 50 ont retourné le questionnaire (72%). Sur ces 36 écoles, 17 ont rapporté ne pas avoir de salle Snoezelen. Pour les 19 restantes, plus de 60% utilisent les salles Snoezelen en raison des bénéfices décrits par les autres enseignants et écoles, des éléments philosophiques et des conseils des thérapeutes. Les objectifs de l'utilisation des salles sont très variés d'une école à l'autre, mais les plus nommés sont d'offrir une expérience agréable et de permettre aux étudiants anxieux une période de relaxation. En ce qui a trait à l'installation des salles, quatre sources d'informations sont couramment utilisées par les écoles, dont les autres écoles ayant une salle Snoezelen, les enseignants, les fournisseurs d'équipements (vendeurs et catalogues) ainsi que les ergothérapeutes. Toutefois, la littérature est peu considérée. Les politiques et procédures décrites portent majoritairement sur l'utilisation mécanique de l'équipement et non sur l'utilisation de la salle. Les effets bénéfiques observés par les utilisateurs sont, entre autres, la stimulation sensorielle, l'opportunité de relaxer et la réduction de l'anxiété. Quant aux problèmes ou désavantages, la préoccupation la plus citée est le coût de l'entretien de l'équipement, suivi de près par les problèmes de sécurité, le fait de garder la salle rangée et la difficulté à superviser les étudiants plus actifs. En lien avec les résultats obtenus, les auteurs mettent en doute la compatibilité entre certains buts éducatifs des écoles et la philosophie fondamentale de Snoezelen, décrite comme une approche non dirigée et récréationnelle. Ils soulignent le besoin de définir comment l'utiliser selon cette philosophie et de construire des

³ Certains auteurs utilisent les termes suivant : personnes ayant une déficience intellectuelle ou personnes ayant un retard mental. Or, le terme sélectionné et utilisé tout au long de cette recherche est celui-ci : personnes ayant un handicap intellectuel. Ce terme respecte la terminologie du dernier manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM-5, où le diagnostic s'agit de « handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) » (American Psychiatric Association (APA), 2015).

guides de pratique pour l'utilisation avec des visées thérapeutiques. Finalement, les auteurs concluent que malgré la confusion, l'absence de base théorique et le bas niveau d'évidence des études existantes dans la littérature, la stimulation sensorielle semble bénéfique et enracinée dans les croyances des écoles répondantes. (Carter et Stephenson, 2012)

2.3.3. La salle Snoezelen dans divers milieux chez la clientèle à l'enfance

Lotan et Gold (2009) ont fait une méta-analyse, afin d'évaluer la littérature en ce qui concerne les effets de la salle Snoezelen comme une intervention thérapeutique, pour les personnes ayant un handicap intellectuel. Sur les 28 articles identifiés initialement, seulement 13 décrivent l'intervention individuelle dans l'environnement contrôlé multisensoriel avec la clientèle visée et ont été inclus dans l'étude. Les résultats apportent un soutien initial pour assumer que le Snoezelen a une valeur thérapeutique. Les auteurs mentionnent toutefois qu'actuellement, il y a un manque de recherche suffisamment rigoureuse pour permettre de statuer que cette hypothèse est véridique. En effet, la totalité des études incluses dans la méta-analyse possède une structure méthodologique faible. En lien avec les résultats obtenus, un besoin est souligné par les auteurs pour les prochaines études, soit d'avoir des groupes de participants plus nombreux et des mesures de résultats significatifs. La philosophie de Snoezelen devrait être explorée et discutée davantage, afin de cibler quels sont les effets recherchés (physiques, psychologiques ou comportementaux) sur la clientèle. Finalement, les auteurs concluent que même si les salles Snoezelen peuvent être utilisées à des fins thérapeutiques, ils ne rejettent pas l'utilisation de la salle visant uniquement la relaxation et des expériences sensorielles positives. (Lotan et Gold, 2009)

Sachs et Nasser (2009) ont fait une étude qualitative descriptive phénoménologique, afin de découvrir et comprendre le sens des occupations familiales dans l'environnement Snoezelen pour les parents et les autres membres de la famille des enfants vivant en institution. Les auteurs précisent que 60% des enfants avec un handicap intellectuel vivant en institutions ont un diagnostic de niveau sévère ou profond. Cette étude met en lumière une approche novatrice : un contexte/environnement encourageant l'occupation familiale en institutions lors des visites. Dix familles ayant un enfant entre 4 et 17 ans ayant un handicap intellectuel sévère et vivant à long terme dans une résidence à Haïfa en Israël sont interviewées. Deux thèmes principaux sont

ressortis de l'analyse des données. Le premier thème est : la salle Snoezelen comme un autre monde. À leur entrée dans la salle Snoezelen, la grande majorité des familles expriment un sentiment de détachement de la réalité et une transition à un autre monde de relaxation, de tranquillité et d'intimité. Le deuxième thème est : être ensemble comme une famille. Pour toutes les familles, le fait d'être ensemble est exprimé comme le but principal de l'expérience recherchée dans la salle Snoezelen. Trois éléments majeurs caractérisent cette expérience : la participation de l'enfant avec un handicap à l'unité familiale; le plaisir entre frères et soeurs; et la proximité des frères et soeurs avec le frère ou la sœur ayant un handicap. En lien avec les résultats obtenus, les auteurs soulignent l'importance d'ajuster l'environnement aux désirs et préférences des participants. Finalement, les auteurs concluent que malgré le mouvement de désinstitutionnalisation, plusieurs enfants avec un handicap sévère vivent encore en institution et la salle Snoezelen peut devenir un espace familial intime et adapté lors des visites. (Sachs et Nasser, 2009)

Hotz et coll. (2006) ont fait une étude de cas, afin de décrire les effets de l'utilisation de la salle Snoezelen comme modalité thérapeutique sur les changements physiologiques, cognitifs et comportementaux des enfants ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) sévère. Un total de 15 enfants ont reçu des sessions de 30 minutes à raison de trois fois par semaine en individuel dans la Snoezelen par un physiothérapeute. Le nombre de sessions reçu dépend de la durée du séjour à l'unité de réadaptation pédiatrique, mais les données étaient enregistrées lors des 10 premières sessions. Les mesures physiologiques (la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la saturation en oxygène et le tonus musculaire), cognitives et comportementales ont été mesurées avant et après chaque session par un assistant de recherche. Un protocole d'utilisation a été utilisé pour uniformiser l'expérience vécue par l'enfant. Les résultats obtenus quant à la fréquence cardiaque, le tonus musculaire et le niveau d'agitation chez les participants après chaque session, mais les résultats sont non significatifs statistiquement. Une amélioration significative est obtenue pour les mesures cognitives et comportementales. Pour la pression artérielle, aucune différence n'est observée. En lien avec les résultats obtenus, l'utilisation de la salle Snoezelen apporte un effet positif sur le fonctionnement physiologique, comportemental et cognitif chez des enfants ayant subi un TCC sévère. Les auteurs précisent qu'il est nécessaire de poursuivre la recherche à ce sujet à l'aide d'études plus rigoureuses méthodologiquement, considérant les

limites de cette présente étude, soit au niveau de la validité interne, étant donné qu'il est difficile de savoir si les résultats sont influencés par d'autres traitements reçus et au niveau de la validité de construit, puisque le nombre d'outils de mesures sensibles et applicables dans le contexte de l'étude est limité. Finalement, les auteurs concluent que l'utilisation de la salle Snoezelen avec les enfants ayant subi un TCC sévère peut avoir des effets bénéfiques, mais que d'autres études doivent être faites. (Hotz et coll., 2006)

Lotan et Shapiro (2005) ont fait une revue narrative, afin de suggérer des activités adaptées s'inscrivant dans un environnement multisensoriel contrôlé (Snoezelen) avec les enfants présentant les premiers symptômes du syndrome de Rett. Les auteurs se basent sur des experts dans le domaine et les données probantes existantes. Or, jusqu'à maintenant, aucun article n'existe appuyant l'efficacité de la salle Snoezelen pour ce syndrome précis. Les suggestions d'activités sont faites en fonction de l'évolution des symptômes et ont comme principaux objectifs les suivants : la relaxation, l'amélioration des habiletés des mains, la prévention de problèmes orthopédiques potentiels, la réduction de la peur du mouvement, la pratique d'activités de mouvement et l'organisation sensorielle. Afin de répondre à ces objectifs, les auteurs explorent le potentiel des salles multisensorielles, dont la salle Snoezelen. Les auteurs soulignent que le thérapeute peut maximiser les effets obtenus en faisant une évaluation initiale, des objectifs mesurables et un suivi sur l'utilisation de la salle ainsi qu'en organisant l'environnement correctement, en lien avec les besoins de l'enfant. Les auteurs suggèrent que des visites régulières dans un endroit calme comme la salle Snoezelen peuvent être une solution partielle dans la gestion des difficultés présentes et futures des enfants ayant le Syndrome de Rett. Finalement, les auteurs concluent qu'il est important de garder les capacités de l'enfant en tête dans la planification de l'utilisation de la salle. (Lotan et Shapiro, 2005)

Haegele et Porretta (2014) ont fait une revue narrative sur Snoezelen, afin de décrire cet environnement multisensoriel, discuter des recherches existantes dans le contexte des pratiques basées sur les données probantes et faire des recommandations pour la recherche et la pratique. Tout d'abord, les auteurs de cet article se basent sur un écrit des auteurs de Snoezelen pour la décrire en profondeur. La salle Snoezelen se distingue des autres environnements similaires par la philosophie visée et l'approche non directionnelle, ceci étant expliqué comme étant un

environnement pleinement ouvert à son utilisateur, sans but thérapeutique prédéterminé (Hulsegge et Verheul, 1987). Ensuite, bien que l'utilisation de la salle Snoezelen est populaire dans les établissements d'enseignement et de soins de santé, il s'avère qu'il y a un manque d'études empiriques. De celles existantes, leur méthodologie qualitative est faible, basée principalement sur la perception des familles ou du personnel des écoles. Les auteurs recommandent aux enseignants ou aux cliniciens ayant des objectifs précis une certaine prudence quant à l'utilisation de la salle Snoezelen en lien avec le manque de données rigoureuses et la nature non directionnelle de cet environnement. Pour la création d'une salle, considérant les coûts élevés de l'équipement chez le fournisseur, les auteurs proposent aux professionnels d'acheter que les équipements spécialisés comme les tubes à bulles ou les fibres optiques et de créer le reste à des coûts réduits. En lien avec les résultats obtenus, les auteurs proposent aux cliniciens de garder en tête la philosophie initiale de la création de ces salles. Finalement, ces derniers concluent que pour considérer Snoezelen dans les meilleures pratiques, plusieurs autres études devront être faites. (Haegele et Porretta, 2014)

2.3.4. La salle Snoezelen chez la clientèle âgée

Lancioni, Cuvo et O'Reilly (2002) ont fait une revue systématique, afin d'établir un portrait des résultats existants dans la littérature concernant l'utilisation de la salle Snoezelen avec les personnes ayant un trouble développemental et une démence, puis discuter des éléments méthodologiques de ces études, des éléments pratiques et des solutions pour les prochaines études. Sur les 21 études identifiées, 14 concernaient les personnes ayant un trouble développemental. La majorité des études retenues ont rapporté des effets positifs à l'utilisation de la salle Snoezelen. Toutefois, les conditions méthodologiques de ces études, telles que la nature principalement qualitative des données, ont considérablement limité la valeur des conclusions obtenues. Trois points sont proposés par les auteurs en ce qui concerne les éléments pratiques. Premièrement, l'idée d'une salle Snoezelen conventionnelle devrait être envisagée comme une option viable et pratique dans les gros centres où plusieurs personnes peuvent l'utiliser. Deuxièmement, les difficultés économiques et le manque d'espace dans les petits centres ne doivent pas empêcher la planification de session de stimulations sensorielles pour ces clients. Troisièmement, la littérature suggère qu'une salle Snoezelen trop riche en stimulations sensorielles n'apporte pas les meilleurs résultats. Pour les études futures, les auteurs mentionnent

qu'un effort de recherche doit être fait afin d'apporter des évidences additionnelles et claires quant à la méthode et au moment où la salle Snoezelen permet des effets bénéfiques. Plusieurs solutions sont proposées, tel qu'évaluer les effets de la pharmacothérapie combinée à l'utilisation de la salle, évaluer si les effets se maintiennent dans le temps à la sortie de la salle et comparer des données d'engagement et émotionnelles obtenues pendant les sessions Snoezelen avec celles pendant les sessions conventionnelles récréationnelle/occupationnelle, avec le même personnel. En lien avec les résultats obtenus, les auteurs proposent une certaine vigilance quant à l'utilisation de la salle Snoezelen étant donné que sa popularité a résisté à la recherche. Finalement, les auteurs concluent que la possibilité de rendre l'utilisation de la salle Snoezelen satisfaisante avec les personnes ayant des besoins particuliers dépend d'un bon nombre d'initiatives, telles que la poursuite de la recherche et la création de programmes de stimulation sensorielle spécifiques à la salle Snoezelen. (Lancioni et coll., 2002)

2.4. Pertinence de la recherche

Le petit nombre de données probantes existantes, la faible rigueur méthodologique de celles-ci et le manque d'informations sur les bases théoriques limitent la profondeur de la réflexion des professionnels. En effet, malgré l'intérêt mondial et les pratiques actuelles basées sur les données probantes, il y a très peu de résultats scientifiques rigoureux soutenant l'utilisation de la salle Snoezelen. Une des raisons mentionnées dans certains articles, étant à la base de cette problématique, est la suivante : avant même d'évaluer l'efficacité ou la pertinence d'une intervention, il faut d'abord la comprendre dans tous ces aspects, de sa philosophie à sa méthode d'utilisation (Carter et Stephenson, 2012). Or, certaines parties de processus ne semblent pas avoir été faites par les chercheurs. Des confusions théoriques bloquent alors le processus scientifique régulier. Cette étude est, à notre connaissance, la première à inviter les ergothérapeutes à se questionner sur l'utilisation de la salle Snoezelen en milieu scolaire à l'enfance grâce à des arguments propres à la profession, basés, entre autres, sur des fondements théoriques.

3. ASSISES THÉORIQUES : LA SALLE SNOEZELLEN

3.1. Méthode

Après consultation des données probantes, plusieurs confusions sont toujours présentes quant à l'utilisation de cette modalité en milieu scolaire. Étant donné que les données probantes ne sont pas suffisantes pour cibler et comprendre l'utilisation de la salle Snoezelen, une alternative est explorée, soit le retour à la source primaire. Le livre *Snoezelen : Another World* est utilisé comme outil de référence (Hulsegge et Verheul, 1987) et les assises théoriques sont résumées en quatre parties, soit la définition, l'historique, les arguments théoriques et l'application. Ce livre offre une description de Snoezelen telle que conçue au départ et vise à répondre aux questions techniques sur la conception, le choix et l'utilisation de l'équipement et aux questions théoriques sur la philosophie, les objectifs et les bases théoriques. Les auteurs présentent le livre comme un guide pratique pour les personnes qui visent à s'engager dans le monde de la salle Snoezelen et ses pratiques. Ils précisent toutefois que ceci n'implique pas nécessairement que toutes les opinions ou méthodes doivent obligatoirement être imitées. Le but visé par les auteurs est ultimement de partager leurs perceptions et leurs idées ayant inspiré la création de la salle Snoezelen. Les auteurs invitent toute personne impliquée directement ou indirectement avec Snoezelen à adopter une attitude critique par rapport à ce qui est écrit dans le livre.

3.2. Définition

Le terme Snoezelen provient de la contraction de deux mots hollandais *snuffelen* et *doezelen*, soit l'équivalent en français de renifler et somnoler. *Snuffelen* signifie renifler, explorer, partir à la découverte (actif) et *doezelen* signifie somnoler, être calme (passif). Ces deux mots visent à rappeler un sentiment vague et indéfinissable lié à un état somnolence. La salle Snoezelen est un endroit qui priorise le contact interpersonnel, la relaxation et le bien-être, à travers une expérience sensorielle libre et unique pour chaque visiteur.

3.3. Historique

Au niveau historique, à la fin du 19^e siècle dans les Pays-Bas, les premières institutions pour personnes ayant un handicap intellectuel sont créées. Le handicap intellectuel est perçu

comme un défaut congénital et la thérapie reçue priorise principalement les soins infirmiers au lit. Pourtant, la majorité de cette clientèle n'est pas handicapée physiquement. Le nombre d'agressions envers le personnel est en hausse. L'ennui et l'apathie se font ressentir. Les parents, les équipes et les intervenants sont confrontés à cette question : comment pouvons-nous occuper les résidents ayant un handicap sévère? On se demande si offrir de bons soins médicaux est réellement suffisant. Avec l'arrivée des éducateurs, psychologues et autres professionnels de la santé, une conscience se forge quant à cette problématique.

Au 20^e siècle, la situation s'est grandement améliorée, ceci venant aussi avec l'évolution des connaissances et des valeurs dans le domaine de la santé. Les patients ayant un handicap intellectuel sont maintenant gardés occupés dans diverses activités demandant un effort physique important. Le but principal est de changer les comportements perturbateurs chez ceux-ci. De plus en plus, on constate le potentiel de ces personnes. En effet, plusieurs démontrent qu'elles sont capables de fonctionner dans un « vrai » travail. Par la valorisation et l'implication au quotidien, les personnes ayant un handicap intellectuel gagnent du respect de la population. Pendant plusieurs années, la vision prévalue a été que les personnes ayant un handicap doivent être éduquées, dans un cadre de socialisation ou de normalisation, avec peu de considération pour leur individualité. Par contre, les auteurs soulignent qu'il est temps de passer à une autre étape, soit de ne pas se concentrer sur ce que ces personnes ne peuvent pas faire, mais sur leurs possibilités. Le changement vient lorsque les conditions idéales sont créées. Cette évolution s'est traduite dans la terminologie également, dans les politiques en matière d'inclusion et dans les services offerts tant dans le milieu de l'éducation qu'en santé. Les personnes ayant des besoins particuliers ont longtemps été considérées comme pitoyables, pour la simple raison que le monde extérieur leur décelait plusieurs défauts/différences. Le terme intégration arrive à ce moment, ce qui implique nécessairement une mise en action. La personne ayant un handicap intellectuel doit trouver sa place dans la société. Pour ce faire, la société, quant à elle, doit éliminer les barrières préalablement construites.

L'idée des salles Snoezelen est élaborée à un centre à Piusoord à Tilburg, en Hollande. Ce centre accueillait des personnes ayant un handicap intellectuel. Lors d'une conférence sur le jeu au *Dutch Society for the Study of Mental Retardation*, Piusoord est le

premier à introduire la salle Snoezelen au grand public. À partir de cet instant, Snoezelen est devenu un mot familier dans les Pays-Bas et l'intérêt dans la population grandit. En 1978, Piuoord contacte deux de ses collègues, les auteurs du livre, travaillant à l'institution *De Hartenberg*, pour discuter de cet engouement. Ils décident d'ailleurs de poursuivre le développement de la soi-disant « tente d'activités », où on y fait tout type d'activités et dans laquelle les sens des participants sont stimulés de façon sélective et bien balancée. C'est l'étape expérimentale de la salle Snoezelen. En effet, c'est à ce centre que les auteurs développent la salle Snoezelen pendant une foire d'été, le moment de l'année où le programme régulier des résidents est complètement abandonné. Un programme alternatif est offert pour dix jours incluant un cirque, une fanfare, des excursions et une tente de jeux vidéo. La salle Snoezelen est offerte comme une activité spécifique pour les résidents ayant un handicap intellectuel grave ou profond⁴. Plusieurs parents accompagnant leurs enfants constatent rapidement les réactions aux divers stimuli. En 1979 et en 1980, deux articles sont écrits à propos de l'expérience Snoezelen. Ces articles présentent le matériel et l'expérience des résidents, parents et équipes. L'excitation est unanime à propos de ce phénomène. Plusieurs salles sont créées, alors que les auteurs n'ont pas encore terminé leur travail de création. Finalement, c'est en février 1984 que la première salle Snoezelen permanente est finalisée.

Certaines institutions rejettent rapidement la salle Snoezelen, principalement en raison de l'investissement financier requis pour l'achat du matériel et les besoins de personnels. Pourtant, les auteurs se défendent en précisant qu'avant tout, l'élément clé est le contact interpersonnel. Ceci ne peut jamais être substitué par de l'équipement et a toujours besoin d'être le point de départ de Snoezelen.

3.4. Arguments théoriques

Les auteurs précisent certaines idées de base devant être présentes afin d'optimiser l'utilisation de la salle Snoezelen.

⁴ Le dernier manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux définit différents niveaux de sévérité pour le diagnostic de « handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) », soit léger, moyen, grave ou profond. Tel que mentionné, la clientèle ciblée lors de la création de la salle Snoezelen est les personnes ayant un handicap intellectuel grave ou profond. Or, afin d'alléger le texte, le terme utilisé sera uniquement : personnes ayant un handicap intellectuel sévère. (APA, 2015)

3.4.1. Idées de base

3.4.1.1. La bonne ambiance

Dans les années avant l'écriture du livre, le personnel travaillant avec les personnes ayant un handicap intellectuel est de plus en plus conscient du fait que cette clientèle est sensible à l'environnement ambiant. Pour les auteurs, les principaux créateurs de l'ambiance sont les lumières et les sons. Parler à voix basse, mettre les lumières tamisées et un fond de musique douce sont des éléments pouvant contribuer à celle-ci. Afin de donner une touche finale, des meubles confortables sont utilisés pour s'asseoir et se coucher.

3.4.1.2. L'opportunité de faire des choix

Les auteurs constatent que quotidiennement, les résidents sont occupés d'une activité à l'autre avec des intervenants ayant plusieurs objectifs précis. Malgré les bonnes intentions et les considérations pour les désirs de la personne ayant un handicap, la réflexion et les décisions sont majoritairement prises à leur place. Peu importe où Snoezelen est mis en place et les aspects qu'il comprend, le choix de l'activité ne doit pas dépendre de l'accompagnateur, mais du visiteur.

3.4.1.3. L'opportunité de gérer l'environnement

Ce facteur est en lien avec le précédent. Le visiteur doit avoir le temps nécessaire pour expérimenter son propre environnement et la possibilité d'appivoiser les différents stimuli. L'accompagnateur doit respecter le rythme du visiteur.

3.4.1.4. La gestion du temps

L'accompagnateur doit essayer de créer une transition à l'entrée/sortie de la salle Snoezelen et d'agir adéquatement pour que ce soit évident pour le résident qu'il y a un retour à la routine usuelle. Une activité ne doit pas être arrêtée abruptement. La durée de temps de la visite est totalement dépendante de la réaction du visiteur. Les signaux non verbaux sont des indicateurs à interpréter et facilitent les ajustements.

3.4.1.5. La répétition

Une personne ayant un handicap intellectuel a besoin de plus de temps pour percevoir les stimuli, pour les comprendre et les gérer. Pour cette raison, il est difficile d'établir à quelles

fréquence, durée et manière l'expérience dans la salle Snoezelen doit être offerte. Les réactions des visiteurs sont des indices à considérer.

3.4.1.6. Une sélection de stimuli à offrir

Les auteurs expliquent que le monde des personnes ayant un handicap intellectuel en institution est souvent trop riche en stimulations sensorielles et devient rapidement chaotique. Il y a constamment un mélange de sons environnants (par exemple : la radio, les gens qui parlent, les portes qui se ferment ou les chariots de nourriture qui roulent). Les résidents peuvent rarement influencer l'environnement ambiant. L'expérience dans la salle Snoezelen nécessite et permet une sélection de stimuli à offrir, facilitée par la présence de l'accompagnateur.

3.4.1.7. La propre attitude fondamentale

Il est possible d'apprendre toute sorte d'habiletés professionnelles de relation d'aide, mais le contact avec les gens, spécialement avec les personnes ayant un handicap intellectuel, est quelque chose qui nécessite un talent intérieur. Il faut aimer travailler avec cette clientèle et en être passionné profondément. Les sentiments et les réactions de l'intervenant sont décisifs dans l'approche qui sera exprimée envers les résidents. Par exemple, le plaisir, la chaleur et l'affection déterminent la patience accordée lors du contact avec la personne ayant un handicap intellectuel. C'est principalement grâce à l'expérience que l'approche personnalisée se forme. Les auteurs soulignent que chaque personne doit trouver sa propre attitude fondamentale envers les personnes ayant un handicap intellectuel sévère ou profond.

3.4.1.8. La bonne supervision

Il faut créer les conditions favorables permettant aux résidents de maximiser leur expérience de la salle Snoezelen. Ceci signifie qu'il faut respecter leurs choix et leurs rythmes et leur donner le temps nécessaire pour vivre une expérience personnelle. Les auteurs expliquent qu'il faut faire sentir au visiteur qu'il ne vit pas seul cette expérience. Lorsque Snoezelen est utilisé, il ne faut pas trop intervenir et ne pas corriger la personne en fonction de ce que l'on juge être normal. Il faut faire sentir que l'on entre dans le même monde en abandonnant les standards sociaux et en offrant une présence physique rassurante. Le visiteur et l'accompagnateur doivent se sentir en confiance l'un envers l'autre. Les arrangements doivent dégager la paix et le calme,

invitant à agir et relaxer. Intervenir trop empêche l'expérience optimale de la salle Snoezelen et se rapproche de la routine quotidienne, ce qui n'est pas visé. Le visiteur doit sentir qu'il n'y a aucun but ou objectif à atteindre. Autrement, la résultante serait possiblement des tensions, alors que le but principal des auteurs est la relaxation.

3.5. Application

Les auteurs précisent que l'utilisation de la salle Snoezelen est trop souvent vue comme une activité isolée, comme aller à l'école ou dans un centre d'activités. L'expérience vécue dans la salle Snoezelen doit être perçue comme quelque chose de spécial, mais de commun. Les auteurs précisent qu'il n'est pas nécessaire de séparer l'expérience Snoezelen du quotidien. Le plus important est le contact interpersonnel à travers une expérience sensorielle relaxante. En effet, il est possible d'utiliser des éléments de l'expérience Snoezelen, à travers les activités de la vie quotidienne, par exemple : laisser la personne sentir son dîner, donner un câlin supplémentaire, mettre de la musique douce lors de l'habillage et faire des bulles. En lien avec cet élément, les auteurs invitent les lecteurs à user d'un regard critique sur l'équipement qu'il dispose initialement dans son milieu. En effet, lorsque le budget est limité, il y a plusieurs possibilités avec des matériaux et activités simples et à moindre coût. Ces moments peuvent être créés sans trop de temps de préparation.

3.5.1. Exemples de moments d'expérience Snoezelen selon les auteurs

3.5.1.1. Faire ressentir

L'aspect tactile joue un rôle important dans les vies des personnes ayant un handicap intellectuel. Il est possible de caresser la personne; de lui faire toucher des animaux ou le matériel accessible dans l'environnement; de jouer avec de l'argile, de la peinture, de l'eau; de lui faire ressentir les vibrations des haut-parleurs ou la chaleur/le froid de la température extérieure; ou encore de la balancer dans un parc.

3.5.1.2. Faire entendre

Les sons rappellent certains états d'esprit ou des émotions. Il est possible d'ajuster plusieurs éléments à ce niveau au quotidien, tels que le son de la voix (parler, chuchoter, chanter, bourdonner), les sons de la nature (oiseaux qui chantent, les feuilles dans le vent), les sons des

équipements électroniques (radio, télévision, caméra) et les sons des instruments de musique. La tonalité, le volume et la durée sont donc déterminés en fonction de l'effet désiré et de la réaction de la personne.

3.5.1.3. Laisser regarder

Laisser le résident regarder son environnement de différente manière (de différents points de vue) en positionnant son fauteuil roulant stratégiquement, tout en évitant de s'imaginer que parce que la personne avec un handicap intellectuel sévère ou profond ne s'exprime pas verbalement pour exprimer ses besoins, celle-ci veut être mise de côté.

3.5.1.4. Permettre de goûter et sentir

Faire sentir ce qui est disponible dans l'environnement immédiat comme les fleurs, les épices, la nourriture ou encore les vêtements avant de les enfiler. Faire goûter en utilisant plusieurs variétés de goût (salé, sucré, acide, amer) comme des radis, des cornichons ou des gâteaux.

3.5.2. Dimensions de la salle Snoezelen

Il existe deux dimensions de salle Snoezelen, soit la salle mini-Snoezelen et la maxi-Snoezelen. Dans les deux cas, le but est le même : offrir une sélection de stimuli dans un environnement attrayant avec une considération pour les choix et le rythme des visiteurs. Les auteurs utilisent la métaphore suivante pour les comparer: « La mini-snoezelen peut être comparée à se baigner dans un bain et la maxi-snoezelen dans la mer. Se baigner dans un bain peut être agréable, mais la mer dispose d'un nombre infini d'expériences à offrir» [traduction libre] (Hulsegge et Verheul, 1987, p.40). Le choix de la salle dépend de la disponibilité de l'espace et les ressources financières, mais chacune comporte des avantages et des inconvénients.

3.5.3. Éléments à considérer

Les auteurs expliquent des éléments à considérer lors de l'installation dans les résidences ou institutions, afin de prendre des décisions réfléchies.

3.5.3.1. Taille des groupes de visiteurs

Afin de maximiser l'utilisation des éléments se trouvant à l'intérieur de la salle Snoezelen, il est nécessaire de prévoir des espaces de repos. La grosseur du groupe de visiteurs dépend fortement de leurs comportements, de la grandeur de la salle, de l'accessibilité du matériel, de la distance de la salle jusqu'au milieu de vie et de la possibilité d'avoir des espaces séparés dans la salle. Étant donné que l'accompagnateur doit avoir une participation active avec le visiteur, le nombre de visiteurs peut aussi être influencé par la disponibilité des membres de l'équipe. En général, il est préférable d'utiliser la salle Snoezelen en individuel ou avec des petits groupes de maximum 3 ou 4 visiteurs. L'accompagnateur doit apprendre à voir comment et avec qui le visiteur se sent le mieux.

3.5.3.2. L'équipe

Les auteurs précisent à plusieurs reprises que l'élément essentiel est la présence physique de l'accompagnateur. Ceci signifie qu'il serait possible d'avoir besoin de davantage de personnel lorsque la salle est utilisée. Dans un cas où les ressources sont limitées, les parents et proches peuvent apporter une aide considérable.

3.5.3.3. L'horaire

L'utilisation de la salle dépend de plusieurs facteurs et les auteurs spécifient qu'il serait irréaliste de proposer des recommandations concernant l'horaire étant donné qu'ils ne connaissent pas l'ensemble des milieux et leurs particularités. Par contre, ils soulignent que la visite d'une salle Snoezelen doit être faite spontanément. Le fait de contrôler son utilisation avec un horaire strict va fortement empêcher la spontanéité. Selon la vision des auteurs, établir des heures précises devrait seulement être fait si les essais avec la personne démontrent que c'est nécessaire. La fréquence des visites et le nombre de visiteurs sont variés aussi en fonction des autres activités et de la disponibilité du personnel. Pour cette raison, il est important d'établir à partir de combien de visiteurs la salle est complète et le respecter en tout temps, afin de prioriser l'expérience personnelle.

3.5.3.4. La sécurité

Les principaux conseils des auteurs au niveau des mesures de sécurité sont sur les précautions à prendre pour les risques d'incendie en lien avec la variété des matériaux et équipements électriques utilisés ainsi que pour les risques de chute ou de court circuit en lien avec les prises et les fils électriques. De plus, une attention particulière doit être portée sur la ventilation pour maintenir une température ambiante adéquate et confortable.

3.5.3.5. L'entretien

Si des matériaux et équipements de qualité sont choisis, l'entretien n'est pas un problème. Le type d'équipement choisi et la fréquence d'utilisation de la salle Snoezelen influencent certainement cet aspect. La majorité des lumières et projecteurs sont créés pour être utilisés en continu, alors ils peuvent être utilisés longtemps. Une condition importante à respecter pour prolonger le temps d'utilisation des surfaces molles est d'enlever les souliers. Un nettoyage régulier et fréquent est un prérequis à l'utilisation de la salle, principalement en raison des particularités des personnes ayant un handicap intellectuel sévère ou profond (ils peuvent parfois mettre des objets à leur bouche). L'entretien est un facteur décisif dans le choix d'équipement.

3.5.3.6. L'utilisation d'un contrôle à distance

Dans la salle Snoezelen, l'équipement est régulièrement ouvert et fermé. Se déplacer d'un endroit à l'autre peut être dérangent pour les visiteurs. C'est pour cette raison qu'il est pertinent, si possible, d'utiliser un contrôle à distance. Le principal avantage est qu'il permet à l'accompagnateur de se concentrer sur l'expérience vécue. À partir de n'importe quelle partie de la salle, il est possible d'ouvrir ou fermer n'importe quel effet.

4. ASSISES THÉORIQUES : L'ERGOTHÉRAPIE

4.1. Méthode

Pour explorer la salle Snoezelen avec une perspective ergothérapique, les assises théoriques de la salle Snoezelen ont été explorées. Celles de l'ergothérapie le sont aussi selon la même structure en quatre parties, soit la définition, l'historique, les arguments théoriques et l'application.

4.2. Définition

Voici une définition actuelle et complète de la profession :

L'ergothérapie est l'art et la science de l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation; habiliter les personnes à effectuer les occupations qui favorisent leur santé ainsi que leur bien-être; et habiliter les membres de la société, de telle sorte que celle-ci soit juste et inclusive afin que tous puissent s'engager - selon leur plein potentiel dans les activités de la vie quotidienne. (Polatajko et coll., 2013, p.31-32)

Le terme occupation utilisé dans cette définition signifie toute activité ou tâche dans laquelle une personne s'engage au quotidien, comme travailler, se divertir, manger et prendre soin de soi (Polatajko et coll., 2013). Les termes habilitation et habiliter s'expliquent par le fait que l'ergothérapeute utilise un ensemble de compétences afin de faciliter, guider, coacher, éduquer, mobiliser, écouter, réfléchir, encourager ou collaborer avec la personne ou les groupes pour leur permettre de s'engager pleinement dans les occupations de la vie courante (Townsend et coll., 2013). Pour ce faire, l'ergothérapeute considère différents éléments propres à son client, comme ses besoins, ses désirs, son potentiel, ses ressources et sa situation de vie actuelle⁵.

4.3. Historique

Ce bref historique présente les éléments qui ont contribué à la définition actuelle de l'ergothérapie et l'évolution des concepts qui s'y retrouvent. L'ergothérapie est une profession relativement jeune dans le domaine de la santé et des services sociaux au Canada, qui se

⁵ Cette définition explique que : l'ergothérapeute habilite la personne à l'engagement dans des occupations. Or, dans le but d'alléger le texte, tout comme certains auteurs le font, les termes utilisés sont : l'ergothérapeute habilite à l'occupation ou encore l'ergothérapeute habilite la personne à l'occupation.

développe initialement au début du 20^e siècle (Ferland et Dutil, 2013) . Cette époque est marquée par l'ère du traitement moral. Cette nouvelle mentalité permet des changements considérables notamment pour les personnes ayant un handicap intellectuel. Pendant des siècles, les attitudes à l'égard de ces personnes sont extrêmes et contradictoires, caractérisées majoritairement par le rejet (Chapireau, Constant et Durand, 1997). Concrètement, l'ère du traitement moral apporte un changement de paradigme important qui influence les soins offerts aux patients confinés dans les institutions (ou anciennement appelées asiles), reconnaissant le besoin de les occuper (Reed, Hocking et Smythe, 2013). C'est la fin des contraintes physiques et des soins reçus uniquement aux lits. Les professionnels ont maintenant recours aux activités avec ces patients.

L'ergothérapie s'implique tout d'abord lors de la Première Guerre mondiale (1914-1918) dans les hôpitaux militaires (ACE, 2010). Les combattants reviennent de la guerre avec d'importants traumatismes physiques et psychologiques. Le gouvernement du Canada crée des programmes visant la réadaptation des militaires, afin qu'ils puissent retrouver rapidement leur ancien emploi et une vie autonome (ACE, 2010). En 1920, lorsque le point culminant du travail dans les hôpitaux militaires est passé, les ergothérapeutes trouvent alors des emplois dans des hôpitaux généraux et des sanatoriums pour les patients atteints de tuberculose, développant et favorisant ainsi l'expansion de l'ergothérapie au Canada (ACE, 2010). La première école d'ergothérapie au Canada est implantée à Toronto en 1926. En premier lieu, « la visée initiale de l'ergothérapie était de fournir des occasions d'engagement occupationnel, c'est-à-dire le travail, pour occuper les patients durant leur convalescence » (Polatajko et coll., 2013, p.18). Les ergothérapeutes devaient donc occuper l'esprit des personnes privées temporairement d'une vie saine (Howland, 1933). C'était la première fois qu'offrait la possibilité aux patients de vivre une journée équilibrée dans un milieu institutionnel (Polatajko, 2001). L'occupation semble être la solution pour remédier à l'insatisfaction humaine et aux troubles de santé mentale, grâce aux tâches quotidiennes qui permettent d'occuper l'esprit et favorisent la santé (Howland, 1933). Lors de la Deuxième Guerre mondiale (1939-1945), l'ergothérapie est encore reconnue comme indispensable à la réadaptation des soldats blessés (Reed et coll., 2013).

Ensuite, alors que la valeur thérapeutique des activités et occupations est constatée, les différents précurseurs de l'ergothérapie avaient, en deuxième lieu, une perspective

principalement thérapeutique de l'occupation. Beaucoup d'énergie était investie afin de prouver l'efficacité de la profession et ainsi à se créer une place dans le système de santé dominé principalement par le modèle biomédical (Reed et coll., 2013). Polatajko (2001) explique que même si le concept d'occupation était exploré à ses débuts, il a pratiquement disparu de la littérature après les années 1930 et les discussions tournaient autour de l'utilisation thérapeutique de l'activité, par le travail et l'artisanat. La définition de l'ergothérapie mettant l'accent sur l'activité est restée jusqu'aux années 1990 :

L'ergothérapie est basée sur le principe voulant que l'activité volontaire est une fonction normale de tout organe et de toute structure; ainsi, lorsqu'une maladie ou une lésion a pour conséquence un déclin de l'activité, l'amélioration ou la récupération peuvent être grandement favorisées d'une part, par l'exercice physique du membre atteint, d'autre part en occupant l'esprit du patient par des occupations récréatives telles que l'art, la musique, l'artisanat ou le divertissement [traduction libre]. (Howland, 1944, p.19)

C'est pourquoi dans les années 1950 et 1960, la formation reçue était basée sur des techniques artisanales de cuivre repoussé, de macramé, de linogravure, de vannerie, de broderie, de couture, de menuiserie, de céramique, de tissage, d'imprimerie, de peinture, de fabrication de marionnettes ainsi que sur des cours théoriques d'anatomie, de physiologie, d'histologie, de chimie, de physique et de pathologie (Ferland et Dutil, 2013). Ayant une perspective biomédicale, l'activité est perçue comme quelque chose de mécanique, qui s'observe concrètement et se mesure, par exemple, à l'aide de la force musculaire, la flexibilité articulaire, l'endurance, la répétition des comportements, etc. (Reed et coll., 2013). Au fil des années, la formation des ergothérapeutes évolue et on enseigne comment analyser le potentiel thérapeutique d'une activité. Certains modèles théoriques américains font leur apparition. On ne vise plus à faire de l'ergothérapie grâce à certaines habiletés, mais bien devenir des ergothérapeutes avec un raisonnement clinique unique.

Au Québec, au Canada et partout ailleurs dans le monde, les années 1970 sont reconnues comme une période de transition qui amène des changements idéologiques importants. La haine et la peur vécue dans les deux premières guerres mondiales font maintenant partie du passé. Les événements comme la guerre du Vietnam; où les États-Unis s'engagent militairement contre les

idéologies communistes, ainsi que Woodstock; un festival de musique et un rassemblement symbolique de la culture hippie influencent les pensées et valeurs des citoyens du monde entier. L'égalité et la liberté pour tous dominant et plusieurs mouvements sociaux se créent. Dans le domaine de la santé, ces changements sociétaux ont eu plusieurs résultantes, dont la Charte d'Ottawa, par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Son objectif principal est la santé pour tous (OMS, 1986). On redéfinit le concept de la santé avec une visée plus holistique de la personne. En effet, comme la Charte d'Ottawa l'explique, afin d'atteindre un état complet bien-être physique, mental et social, la personne, ou le groupe doit pouvoir cibler et réaliser ses buts, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter (OMS, 1986).

La profession subit les effets de ces changements sociaux et s'y adapte avec opportunisme. Un nouveau rôle, celui d'*advocacy* est alors mis de l'avant (Tate, 1974). En effet, grâce à leurs connaissances et expériences professionnelles, les ergothérapeutes parlent à la défense des personnes ayant un handicap, pour modifier l'attitude de la société face aux différences et promouvoir la qualité de vie, la dignité et l'autonomie pour tous. Tranquillement, ceci favorise l'accès universel aux établissements publics et la création de services gouvernementaux d'entretien ménager et de transport adapté, par exemple. De plus, la pratique de l'ergothérapeute tend à s'étendre vers différents milieux tels que les centres locaux de services communautaires (CLSC), les entreprises privées, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Encore, ces éléments ont permis aux ergothérapeutes de viser des objectifs plus complets avec leurs clients. Le but ultime du client n'est plus seulement de survivre grâce à la participation dans un travail, mais bien de mener une vie saine, grâce à des occupations qui sont significatives. Pour Polatajko (2001), c'est une transition de l'utilisation thérapeutique de l'activité à la promotion de l'occupation. Les auteurs se questionnent à savoir si l'effet thérapeutique est réellement l'objectif visé en ergothérapie et si l'on considère les services comme une thérapie en soi... Comme Baptiste (2011, p.4) le témoigne : « [...] cette dissonance est devenue plus évidente, car elle résidait dans la mise en correspondance forcée entre l'ergothérapie et le modèle médical. » Les origines occupationnelles de la profession refont alors surface. Elles donnent un sens à plusieurs questions posées et diminuent les malaises ressentis chez les ergothérapeutes concernant le but de leur profession. En effet, les ergothérapeutes, en comprenant davantage les concepts d'occupation humaine et l'habilitation, peuvent promouvoir l'occupation de chaque

personne en leur permettant de s'engager dans une vie saine et satisfaisante, donc vont bien au-delà du concept de la mission médicale.

À la fin des années 1980, avec l'explosion des technologies et l'évolution de la recherche universitaire, les ergothérapeutes sentent que la profession est mise au défi étant donné que les fondements théoriques ne sont pas identifiés clairement de manière scientifique. Ce sont plusieurs chercheurs américains, notamment Elizabeth June Yerxa, qui s'impliquent activement en démontrant le besoin de prendre les connaissances existantes et de les baser sur des recherches rigoureuses (Yerxa, 1967). « Les travaux de recherche de l'époque s'intéressaient à la production de faits scientifiques mettant en relief les façons dont les ergothérapeutes transformaient la vie des gens avec qui ils travaillaient » (Baptiste, 2011, p.4). La fin des années 1980 permet l'avancement des théories sur l'occupation, le rendement occupationnel et l'habilitation à l'occupation.

4.4. Arguments théoriques

Le livre *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (Townsend, & Polatajko, 2013) est utilisé comme outil de référence pour les dernières sections des assises théoriques de l'ergothérapie (soit : 4.4.1 Assertions de base et 4.5 Application). Ce livre, écrit en collaboration avec l'ACE sous forme de lignes directrices, offre une vision moderne des concepts, modèles, schèmes de référence et processus de pratique en ergothérapie.

4.4.1. Assertions de base

« Les assertions de base sont nécessaires pour guider l'art et la science d'une profession » (Polatajko et coll., 2013, p.23). Par définition, les assertions sont des énoncés qui sont jugés comme vrais. Elles changent au moment où suffisamment de données probantes prouvent qu'elles ne sont plus valides ou actuelles. Un exemple d'assertion ayant été prouvé autrement est que la terre plate. Même si certains y croient encore, une grande accumulation de preuves suggère que la terre est ronde, plus spécifiquement de forme sphérique. L'ergothérapie possède plusieurs assertions de base sur l'occupation humaine. À l'origine de la profession, deux assertions de base sont utilisées comme guide et sont émises par Dunton (1919) :

4.4.1.1. *L'occupation est un besoin fondamental de l'être humain*

Au même titre que manger et se nourrir, l'occupation est un besoin fondamental de l'être humain (Dunton, 1919). L'occupation est nécessaire à la survie, à la santé et au mieux-être (Wilcock, 2006). En d'autres termes, pour l'être humain, l'engagement dans l'occupation, est une source vitale de joie et de bonheur au quotidien (Yerxa, 1998). D'ailleurs, A.H. Maslow, célèbre psychologue américain, dans son écrit s'intitulant *A Theory Of Human Motivation* propose une théorie positive de la motivation humaine qui satisfait les demandes théoriques ainsi que les faits connus et expérimentés à ce sujet antérieurement à cette époque (Maslow, 1943). La théorie se présente sous forme de pyramide et lorsque les besoins sous-jacents sont comblés, des nouveaux émergent. De la base jusqu'au sommet de cette pyramide se trouve les besoins physiologiques (l'homéostasie du corps), les besoins de sécurité (stabilité et prévisibilité de l'environnement), les besoins d'appartenance (amour, affection et appartenance dans des relations avec les autres), les besoins d'estime (respect de soi et estime de soi) et finalement, le besoin d'accomplissement de soi (désir d'accomplissement personnel). Le besoin d'accomplissement de soi, nommé par cet auteur, est répondu par ce que l'homme fait concrètement pour maximiser son potentiel personnel, ce qui appuie l'assertion de base stipulant que l'occupation est un besoin fondamental de l'homme. Pour maximiser sa santé et son bien-être, l'homme doit avoir la possibilité de s'engager dans des occupations significatives. En effet, il illustre qu' « un musicien doit faire de la musique, un artiste doit peindre, un poète doit écrire, si il veut être complètement heureux. Ce qu'un homme peut être, il doit l'être » [traduction libre] (Maslow, 1943, p.382). Ce besoin varie énormément d'une personne à l'autre, c'est-à-dire que pour une personne, il peut s'exprimer par le désir d'être une mère idéale pour son enfant, pour une autre, d'être un athlète performant ou encore pour une autre, d'inventer de nouveaux objets (Maslow, 1943). De cette assertion, tout élément qui empêche la possibilité d'une personne de s'engager dans une occupation peut avoir un effet sur sa santé et son bien-être.

4.4.1.2. *L'occupation a le potentiel d'être thérapeutique*

Dunton (1919) mentionne que les esprits, les corps et les âmes malades peuvent être guéris par l'occupation. Cette assertion est présente dans la littérature tout au long de l'histoire de l'ergothérapie et elle prédomine encore aujourd'hui (Polatajko et coll., 2013). D'ailleurs, une revue critique des études portant sur la relation entre l'occupation, la santé et le bien-être

confirme qu'il existe bel et bien une forte relation entre ces trois concepts, mesurée à l'aide de mesures physiologiques et fonctionnelles (Law, Steinwender et Leclair, 1998). Plus spécifiquement, les résultats de la revue de 23 articles indiquent que l'occupation a une influence importante sur la santé et le bien-être.

À travers le temps, de ces deux premières assertions, quatre autres en découlent :

4.4.1.3. *L'engagement dans l'occupation influence la santé et le bien-être*

La Charte d'Ottawa appuie cette assertion, par sa définition positive de la santé. En effet, la définition de la santé n'est plus expliquée comme un but de la vie. Cet état de santé et de bien-être est accessible pour tout individu ayant la possibilité de s'engager dans des occupations, entre autres en identifiant et en réalisant ses ambitions; en satisfaisant ses besoins; ainsi qu'en s'adaptant à son milieu (OMS, 1986; Yerxa, 1998). Certaines conditions et ressources sont nommées comme indispensables à la santé notamment : « se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable » (OMS, 1986, p.2). Ce qu'une personne fait concrètement pour s'engager dans des occupations influence son propre potentiel d'état de santé et de bien-être. D'ailleurs, Wilcock (1998) propose une réflexion allant dans la même direction que l'OMS. Trois concepts liés entre eux par l'occupation affectent la santé et le bien-être, soit *doing*, soit s'engager dans des occupations et activités; *being*, soit être, respecter sa nature et son essence; ainsi que *becoming*, soit devenir, qui dépend autant de ce qu'on fait et ce qu'on est profondément (Wilcock, 1998). « Avec cette trilogie en tête je crois que notre profession peut atteindre son potentiel de permettre aux personnes à chaque étape de leur vie, à travers le globe, d'atteindre la santé à travers l'occupation» [traduction libre] (Wilcock, 1998, p.255).

4.4.1.4. *L'engagement dans l'occupation permet de gérer le temps et structure la vie*

C'est par leur engagement dans des occupations que les personnes donnent un rythme à leurs journées et qu'elles organisent leur temps (Rebeiro, 1998). Les occupations témoignent de la personnalité de chaque individu dans ce monde, c'est-à-dire qu'elles indiquent comment ils

organisent leur vie, forment des liens avec les autres, réagissent à leur environnement, se réalisent et expriment leur identité (Polatajko et coll., 2013).

4.4.1.5. L'engagement dans l'occupation donne un sens à la vie

L'engagement dans des occupations est une source de joie et de bonheur quotidienne (Yerxa, 1998) et contribue ainsi au sens que les gens attribuent à leur vie (Rebeiro, 1998). En plus de donner un sens à la vie, l'occupation significative permet une identité significative (Unruh, 2004). En effet, le lien entre le sens et l'identité sont liés étroitement étant donné la nature occupationnelle de l'homme expliquée dans la première assertion. Unruh (2004) s'intéresse d'ailleurs à la question posée lors des nouvelles rencontres avec ambivalence, soit : Alors... Qu'est-ce que tu fais dans la vie? Malgré la tendance à limiter l'identité occupationnelle au travail et au statut social, cette question ne semble pas simplement être une norme pour briser la glace, mais bien une manière de s'intéresser à la personne sur ce qui est significatif pour elle (Unruh, 2004).

4.4.1.6. Les occupations sont idiosyncrasiques

« Bien que tous les humains aient besoin de l'occupation, les occupations spécifiques d'une personne en particulier sont idiosyncrasiques aux yeux de cette personne, tout comme le sont ses expériences quant aux occupations » (Polatajko et coll., 2013, p.25). La notion de sens étant propre à chaque individu rend l'occupation comme inexistante ou invisible lorsqu'elle n'est pas exécutée (Polatajko et coll., 2013) . Par exemple, la simple occupation de manger peut être modifiée en fonction de la personne, de l'aliment, du moment, de l'endroit, de comment ou de pourquoi.

4.5. Application

Ces assertions s'expriment concrètement dans la pratique de l'ergothérapie au quotidien par les six fondements de l'habilitation (Townsend et coll., 2013). Ce sont les concepts qui, mis en relation, permettent une habilitation du client à s'engager dans des occupations, ciblée sur la pratique centrée sur le client. D'ailleurs, la pratique centrée sur le client est étroitement liée à l'habilitation, les deux concepts visant une relation thérapeutique basée sur la justice, le respect, la diversité et le partage. « En ergothérapie, la pratique centrée sur le client circonscrit la

définition de l'habilitation; réciproquement, l'habilitation délimite la définition de la pratique centrée sur le client » (Townsend et coll., 2013, p.117). La dernière assertion est étroitement liée à la pratique centrée sur le client en ergothérapie. En effet, considérant l'assertion que les occupations sont idiosyncrasiques, l'ergothérapeute qui habilite efficacement son client à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation, comprend l'occupation selon la perspective unique de son client, priorise le partage de pouvoir dans la prise de décision et vérifie les priorités concernant la santé et le bien-être, la qualité de vie et le désir de participer dans la société (Townsend, 2003). L'habilitation à l'occupation ainsi que la pratique centrée sur le client sont liées par les six fondements de l'habilitation.

4.5.1. Six fondements de l'habilitation

4.5.1.1. Choix, risque et imputabilité

« Les ergothérapeutes sont fortement encouragés à collaborer avec les clients dans tous les processus les concernant et à prendre ouvertement des dispositions quant aux choix, aux facteurs de risque et à la responsabilité du client » (Townsend et coll., 2013, p.119). Parfois, il est donc possible que le client ne fasse pas les choix qui sont recommandés par les professionnels de la santé. L'ergothérapeute qui habilite à l'occupation fait nécessairement preuve d'ouverture et de respect éthique envers son client, reconnaissant la responsabilité de celui-ci par rapport à ses actes ainsi que son autonomie dans ses choix. D'ailleurs, Yerxa (1967) mentionne le choix comme un des quatre éléments clés qui rendent unique la profession. L'habilitation à l'occupation supporte un rôle actif, supportant les choix de son client nécessitant davantage de connaissances, d'habiletés ou de confiance, plutôt qu'un rôle autoritaire où le client doit faire uniquement ce qu'il est bon pour lui.

4.5.1.2. La participation du client

« La participation utilise l'agir d'un individu et sa réflexion lorsqu'il s'agit pour cette personne de s'engager dans des occupations individuelles ou collectives » (Townsend et coll., 2013, p.119). L'ergothérapeute qui habilite à l'occupation prend en considération tous les facteurs d'influence, soutenant ou limitant la participation de son client, dont les intérêts, les besoins, les attentes, les motivations, les ressources, les espoirs et la projection de possibilités (Townsend et coll., 2013).

4.5.1.3. *Projection de possibilités*

« Avec le soutien des ergothérapeutes, la projection de possibilités peut donner l'énergie pour imaginer une vie qui n'était pas nécessairement anticipée par les clients et à laquelle ils ne s'attendaient pas » (Townsend et coll., 2013, p.120). L'ergothérapeute qui habilite à l'occupation favorise l'exploration d'une multitude de solutions à l'aide de son regard externe, des ses valeurs, de ses savoirs et de ses expériences professionnelles. Concrètement, la projection de possibilités vise à trouver ou créer des occasions d'engagement aux occupations de la vie quotidienne, peu importe la nouvelle situation de vie du client. « Inspirer la confiance, l'espoir, le respect, la réceptivité et la résilience avec un optimisme tenace et inlassable est donc à la base de l'habilitation » (Townsend et coll., 2013, p.121).

4.5.1.4. *Le changement*

« L'invitation aux clients est, en fait, qu'ils participent pleinement en effectuant les changements qu'ils ont non seulement besoin de faire, mais également qu'ils rêvent d'accomplir pour atteindre leurs buts en matière de santé, de bien-être et de justice » (Townsend et coll., 2013, p.122). L'ergothérapeute qui habilite son client à l'occupation utilise différentes orientations du changement, soit le développement à l'aide de transitions occupationnelles de la vie; le maintien de l'engagement occupationnel; la restauration du potentiel et du rendement occupationnel; ou encore la prévention des pertes, privations ou aliénations occupationnelles (Townsend et coll., 2013).

4.5.1.5. *Justice : la diversité et l'équité*

« Les ergothérapeutes habilite à plusieurs types de population aux transitions et aux mieux-être occupationnels, et habilite ceux qui sont défavorisés sur le plan occupationnel à la découverte de leur potentiel occupationnel » (Townsend et coll., 2013, p.123). Un ergothérapeute qui habilite à l'occupation fait preuve d'ouverture et amène le client à comprendre que la normalité ou l'autonomie ne sont pas nécessairement l'objectif de l'habilitation. La santé et le bien-être sont réalisables de différentes manières lorsque les occupations significatives sont présentes dans la vie de tous les jours et sont déterminées en fonction des désirs du client.

À d'autres moments, nous pouvons encourager les clients à agir autrement et à se démarquer avec fierté afin de démontrer qu'il n'est pas nécessaire de faire les choses « normalement » ou avec autonomie pour avoir de la valeur et pour être membres à part entière de la société. (Townsend et coll., 2013, p.125)

Une étude s'intéressant à la nature de l'engagement dans les occupations des personnes sans-abri vivant un trouble de santé mentale à Toronto met en lumière cette réflexion. En effet, les résultats de cette étude qualitative font ressortir quatre thèmes : les occupations pour le plaisir; les occupations comme moyen de survie ou représentant un risque; les occupations pour passer les temps; et les occupations comme moyen d'autogestion (Illman, Spence, O'Campo et Kirsh, 2013). Malgré certains points en communs, chacun des 60 participants de cette étude a démontré une expérience unique de la vie sans domicile fixe, du trouble de santé mentale et de la vie occupationnelle. Le but fondamental de cette étude repose sur la diversité et l'équité. En permettant aux ergothérapeutes de comprendre le sens des occupations pour cette clientèle marginale, il est plus facile d'habiliter à l'occupation et d'éviter le piège de la norme sociale.

4.5.1.6. Partage du pouvoir

« Théoriquement, les ergothérapeutes invitent les clients à exercer leur pouvoir pour exprimer ce qu'ils désirent, ce dont ils ont besoin ou ce qui est attendu d'eux afin de participer aux occupations significatives de leur choix » (Townsend et coll., 2013, p.127). Un ergothérapeute qui habilite à l'occupation actualise le partage du pouvoir à travers l'ensemble du processus décisionnel du client. En d'autres mots, c'est un partage mutuel d'expertises, le client étant l'expert de sa propre situation et l'ergothérapeute étant l'expert de l'habilitation à l'occupation. « Un partage du pouvoir collaboratif et réussi nécessite de l'intérêt, de la reconnaissance, de l'empathie, de l'altruisme, de la confiance et de la communication créative sincères » (Townsend et coll., 2013, p.127).

4.5.2. Valeurs

En plus des six fondements à l'habilitation, ces assertions s'expriment par la présence de valeurs étant propres à la profession. D'ailleurs, une étude qualitative exploratoire de méthode mixte s'intéresse à la perception des ergothérapeutes québécoises par rapport aux valeurs de la profession, afin de clarifier et renforcer l'identité professionnelle (Drolet et Désormeaux-Moreau,

2014). Les valeurs nommées comme très importantes pour 70% et plus des participants sont les suivantes : le professionnalisme, le respect, l'approche centrée sur le client, la dignité, l'autonomie fonctionnelle, la collaboration, la signifiante occupationnelle, l'engagement occupationnel, l'autonomie décisionnelle et l'approche globale. Ces valeurs correspondent à celles nommées dans d'autres études concernant des ergothérapeutes des États-Unis, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2014).

5. ANALYSE CRITIQUE

5.1. Méthode

La structure de cette recherche s'est formée graduellement, tout au long de la rédaction, s'adaptant au sujet et à son contexte particulier, afin de répondre adéquatement à la question de recherche : quelle est la perspective ergothérapique de l'utilisation de la salle Snoezelen en milieu scolaire à l'enfance? Telle qu'expliquée en introduction, cette structure de recherche n'est pas commune, mais elle vise à répondre à un besoin actuel, nommé par plusieurs auteurs, étant d'approfondir les connaissances concernant la manière dont les ergothérapeutes exercent leur art et la critiquer (Polatajko, Njelesani et Davis, 2015). « Il existe un manque dans la littérature relative à l'habilitation, particulièrement quant au processus par lequel nous habilitons nos clients à l'occupation. Il est impératif d'être engagés dans la recherche qui explicitera l'habilitation à partir d'une perspective occupationnelle » (Polatajko et coll., 2015, p. 210-211). Pour explorer la salle Snoezelen avec une perspective ergothérapique, plusieurs éléments devaient être introduits dans les sections précédentes, dont une revue compréhensive de la littérature, le contexte historique, les assises théoriques de la salle Snoezelen (basés sur les idées et les valeurs des auteurs) et de l'ergothérapie (basés sur l'habilitation à l'occupation centrée sur le client). Ceux-ci sont mis en relation dans cette section. Une analyse critique est élaborée, ancrée dans les assertions de base de l'ergothérapie présentées dans les neuvièmes lignes directrices canadiennes (Townsend et Polatajko, 2013). Cette analyse est le résultat d'une longue réflexion et le dénouement de cette recherche. Celle-ci vise à offrir une perspective ergothérapique de l'utilisation de la salle Snoezelen en milieu scolaire à l'enfance, aidant ainsi les ergothérapeutes impliqués à prendre des décisions justes et éclairées, basées sur un raisonnement professionnel.

5.2. Perspective ergothérapique sur l'utilisation de la salle Snoezelen en milieu scolaire

Le contexte historique est le premier élément à considérer, divisé en trois périodes majeures et liées, soit : la vie en institutions, la normalisation ainsi que la défense de l'égalité et de la liberté. Aujourd'hui, la société considère les personnes ayant un handicap intellectuel comme des personnes à part entière ayant des droits et libertés, ainsi que des besoins spécifiques. Cette perspective déclarant que les personnes ayant un handicap intellectuel ont des besoins

concorde avec les fondements de l'ergothérapie. La création de la salle Snoezelen, à la fin des années 70, s'insère dans le mouvement de changement qui a permis cette réalité en 2016.

Au 19^e siècle, les personnes ayant un handicap intellectuel sévère sont confinées dans les institutions anciennement appelées les asiles ou les hospices. Ce sont les endroits « [...] où l'on plaçait les malades susceptibles d'être dangereux pour la société et pour eux-mêmes ou qui présentaient des comportements tellement anormaux qu'ils devenaient indésirables dans le monde » (Perreault, 2015, p.54). Étant donné les idées et croyances profondément ancrées dans la société, on ne les considère pas. La différence est perçue comme un défaut, car elle génère de l'incompréhension et voir même de la peur, simplement par un manque de connaissances (Reed et coll., 2013). Pour toutes ces raisons, très peu de possibilités d'engagement dans des occupations sont offertes à cette époque et peu d'attention leur est consacrée. L'ennui, l'apathie, les comportements perturbateurs envers le personnel soignant dans les institutions témoignent d'une profonde insatisfaction de la part des patients. Le personnel œuvrant dans les institutions, témoin de cette situation, tente de trouver des activités pouvant occuper l'esprit de ces personnes et diminuer leur rage de vivre (Hulsegge et Verheul, 1987).

L'ère du traitement moral est un moment tournant, car la valeur de l'occupation est enfin reconnue chez tout être humain et ses effets positifs sont rapidement constatés chez la clientèle (Reed et coll., 2013). En effet, cette nouvelle mentalité permet un constat sur la possibilité à l'engagement dans les occupations comme manger, s'habiller, se laver ou travailler, à différents niveaux, selon les habiletés de chaque personne. L'engagement est toutefois limité à des activités physiques ou de base puisque la visée principale est d'occuper l'esprit pour éviter les effets négatifs du handicap (Reed et coll., 2013). Cette deuxième période vise donc principalement la normalisation (Perreault, 2015).

Quelques décennies plus tard, les ravages des deux guerres mondiales apportent des conclusions décevantes sur le comportement humain. La population mondiale se concentre dorénavant sur l'égalité et la liberté pour tous et s'engage à la défense des droits de l'homme, notamment par de grands événements comme la guerre du Vietnam et le mouvement hippie. Plus précisément, au Québec, la Charte des droits et libertés est adoptée en 1975 et précise que :

Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap. (Gouvernement du Québec, 2016)

De plus, le développement des technologies et de la recherche universitaire occasionnent une explosion grandiose des connaissances permettant une meilleure compréhension de plusieurs problématiques humaines, comme le handicap. Suivant cette évolution idéologique sociétale, le concept de la santé se modifie à son tour, ayant une visée plus accessible à tous (OMS, 1986). De plus en plus, on considère les personnes ayant un handicap intellectuel comme des personnes à part entière.

À la fin des années 70, la création de la salle Snoezelen se voit donc révolutionnaire, car elle est adaptée aux besoins et aux constats de l'époque concernant les personnes ayant un handicap intellectuel. Cette création s'insère aux balbutiements de cette troisième période, encore actuelle, qui prône davantage l'égalité et la liberté de tout être humain et qui ajoute une considération pour l'individualité, sans se limiter au concept de normalité. Les créateurs de la salle Snoezelen invitent donc les intervenants à avoir un regard différent sur les personnes ayant un handicap intellectuel. Ils mentionnent l'importance de l'attitude respectueuse de l'accompagnateur envers le visiteur, sous-entendant que dans certains cas, les attitudes ont été négatives et tendues dans le passé. Considérant le contexte difficile vécu dans les institutions autant pour les intervenants qui devaient côtoyer des patients ayant des comportements agressifs que pour les patients dont les besoins occupationnels n'étaient pas comblés, il est évident que des attitudes de peur et d'agressivité dominaient, de part et d'autre. Un changement proposé est au niveau de l'unicité de la personne. Les créateurs de la salle Snoezelen ne parlent pas de normalité telle que visée pendant la période du traitement moral, mais l'ouverture de la population au monde des personnes ayant un handicap intellectuel. Les normes sociales sont oubliées pour permettre à la personne de trouver sa place. C'est pourquoi il est important que l'accompagnateur donne l'opportunité à la personne de faire des choix dans la sélection des stimulus selon ses intérêts et son rythme et doit éviter de bannir certains comportements. Selon la définition des

créateurs, l'expérience vécue dans la salle Snoezelen priorise le contact interpersonnel à travers une expérience sensorielle libre et unique pour chaque visiteur. Les auteurs répètent à plusieurs reprises l'importance du contact interpersonnel. Ces rappels témoignent du fait que ces personnes ont été extrêmement isolées dans le passé et en ont souffert. C'est d'ailleurs pourquoi les auteurs parlent de l'expérience Snoezelen, qui peut aussi être vécue à l'extérieur de la salle, au quotidien. Par exemple, les différentes propositions telles que de positionner le fauteuil roulant du patient face au corridor, de faire sentir le repas avant de le manger, d'ajuster le son de la radio ou toucher les textures des vêtements avant de les enfiler sont des éléments de base qui démontrent que l'on veut considérer les personnes ayant un handicap intellectuel comme des personnes à part entière.

Quant à l'ergothérapie, il devient évident que malgré le fait que c'est une jeune profession, celle-ci se crée rapidement une place dans le domaine de la santé. En effet, elle a toujours su être au-devant des différents mouvements sociaux. C'est pourquoi à la fin des années 70, l'ergothérapeute a défendu les idées et croyances de cette troisième période avec enthousiasme. D'autant plus que pour l'ergothérapeute, le fait que la personne est un être occupationnel et que l'occupation a le potentiel d'être thérapeutique sont les deux premières assertions de base de la profession émise par Dunton (1919). Ces assertions sont défendues depuis la création de la profession, pendant l'ère du traitement moral au début des années 1900 (Reed et coll., 2013). C'est donc une autre occasion pour défendre ses idées et ainsi promouvoir la santé et le bien-être des clientèles vulnérables par des occupations significatives. Le fait de créer une salle spécifique pour cette clientèle se voit pertinent, considérant que les possibilités d'engagement dans des occupations sont limitées au quotidien.

En s'intéressant au contexte historique entourant la création de la salle Snoezelen, un élément se distingue de tous les concepts explorés : la personne. En effet, la personne ayant un handicap intellectuel sévère n'a pas changé. Ses particularités et ses besoins sont les mêmes qu'au 19^e siècle. Par contre, l'histoire a façonné la perspective que l'individu possède de cette personne en situation de handicap, influençant ainsi les valeurs, la culture et les choix sociétaux. C'est donc l'environnement autour de la clientèle qui s'est transformé... D'ailleurs, le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) est expliqué par Polatajko et coll. (2013) dans les neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie comme une

représentation tridimensionnelle qui cible le rendement et l'engagement occupationnels à l'aide de la personne, de l'occupation et de l'environnement. « Le modèle décrit la personne intégrée à l'environnement afin d'indiquer que chaque individu vit à l'intérieur d'un contexte environnemental unique - culturel, institutionnel, physique et social - qui offre des possibilités occupationnelles » (Polatajko et coll., 2013, p.26). C'est donc se modifiant que l'environnement unique (culturel, institutionnel, physique et social) permet d'offrir davantage de possibilités occupationnelles aux personnes ayant un handicap intellectuel.

Tel qu'illustré dans le MCREO, l'ergothérapeute comprend l'engagement occupationnel comme l'interaction entre la personne, son environnement et l'occupation. Si l'environnement change autour d'une personne, son engagement occupationnel se modifie donc à son tour. En effet, presque 40 ans après la création de la première salle Snoezelen, en 2016, les opportunités pour les personnes ayant un handicap intellectuel se sont encore modifiées grâce aux valeurs et à la culture de la population. En plus de reconnaître les personnes ayant un handicap intellectuel comme des personnes avec des besoins, leur unicité est reconnue à part entière. Ceci signifie que l'engagement dans les occupations significatives est plus global et vise dorénavant l'autonomie et la qualité de vie, par exemple par les loisirs ou l'accès à l'éducation pour tous. Au Québec, suite au dépôt du rapport Parent et la création du ministère de l'Éducation au début des années 60, l'éducation est accessible et obligatoire pour tous les enfants et adolescents, incluant ceux avec des besoins spécifiques, et ce, jusqu'à l'âge de 21 ans au Québec (MELS, 2011). Lors de la création de la salle Snoezelen, cette clientèle vivait encore principalement en institutions alors qu'aujourd'hui, les milieux de vie possibles sont variés. Les milieux de vie sont désormais déterminés en fonction de plusieurs éléments comme les besoins et les ressources, passant des institutions à des centres intermédiaires ou encore au domicile familial.

Ainsi, alors que les salles Snoezelen offraient une réponse novatrice aux mouvements sociaux des années 70, il est à se demander si aujourd'hui, alors que la personne ayant un handicap intellectuel est bel et bien considérée comme une personne ayant des besoins occupationnels, des droits et des libertés, son utilisation demeure pertinente et nécessaire en milieu scolaire. Plus particulièrement, selon la perspective ergothérapeutique, l'expérience vécue

grâce à la salle Snoezelen peut-elle être considérée comme une forme d'engagement occupationnel?

En mettant en parallèle la philosophie des auteurs de la salle Snoezelen et la perspective ergothérapique, il est possible d'affirmer, à l'aide des assertions en ergothérapie, que l'expérience vécue dans la salle Snoezelen peut être considérée comme une forme d'engagement occupationnel ayant le potentiel de gérer le temps et structurer la vie ainsi que de donner un sens à la vie, en plus d'être idiosyncrasiques.

En effet, en ergothérapie une occupation est toute activité ou tâche dans lesquelles une personne s'engage au quotidien comme travailler, se divertir, manger et prendre soin de soi (Polatajko et coll., 2013). Selon la définition des auteurs de la salle Snoezelen, celle-ci est un endroit où la personne s'engage dans une expérience sensorielle libre et unique qui priorise le contact interpersonnel, la relaxation et le bien-être (Hulsegge et Verheul, 1987). La création d'une salle Snoezelen en institution pour les personnes ayant un handicap intellectuel, telle qu'était son objectif initial, peut être comparée à la création d'une pièce d'art plastique ou d'un jardin extérieur pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Le but est le même, soit de créer un environnement adapté aux besoins spécifiques d'une clientèle offrant des possibilités d'engagement dans une occupation signifiante, donc de favoriser la santé et le bien-être de ceux-ci. Il faut reconnaître que les personnes ayant un handicap intellectuel sévère ont des possibilités d'engagement occupationnel limitées et demeurent une clientèle vulnérable en lien avec les capacités intellectuelles et parfois les fonctions neuromotrices limitées. En effet, cette clientèle peut maintenant s'engager davantage, mais elle est dépendante pour les activités fondamentales de la vie quotidienne comme s'habiller, manger, aller aux toilettes, se déplacer, se laver, etc. (Maes, Lambrechts, Hostyn et Petry, 2007).

Il faut aussi distinguer la salle Snoezelen soit l'espace physique aménagé versus l'expérience Snoezelen soit ce qui est vécu par la personne. L'utilisation de la salle Snoezelen devient une occupation uniquement au moment où la personne s'engage dans un environnement qui lui permet de faire des choix, de vivre une expérience unique et d'exercer un contrôle sur sa vie. Par exemple, si l'on revient aux assertions de base de l'ergothérapie. Une de celles-ci

explique que l'engagement dans l'occupation permet de gérer le temps et structure la vie (Polatajko et coll., 2013). Or, les créateurs de la salle insistent sur l'importance du temps dans les facteurs à considérer lors de l'utilisation de la salle Snoezelen. En effet, la durée de temps de la visite et le nombre de répétitions au quotidien doivent être choisis en fonction des besoins du visiteur. Un horaire précis viendrait à l'encontre de cet élément. Le plus important est de donner le temps nécessaire pour vivre une expérience positive, permettant la relaxation et le bien-être.

De plus, une autre assertion de l'ergothérapie stipule que l'engagement dans l'occupation donne un sens à la vie (Polatajko et coll., 2013). C'était en effet l'objectif des créateurs de la salle Snoezelen, soit d'offrir à la personne ayant un handicap intellectuel une occupation signifiante adaptée permettant de donner un sens à la vie, ce qui a parfois été négligé pendant l'ère du traitement moral. Évidemment, dans ce contexte, les créateurs précisent que le facteur de la bonne supervision explique que l'accompagnateur doit porter une attention particulière pour maximiser l'expérience vécue par le visiteur. L'accompagnateur ne doit pas juger le visiteur sur des standards sociaux, au risque de perdre l'essence de cet environnement et de se rapprocher de la routine quotidienne. Celui-ci est invité à intervenir uniquement pour offrir une présence physique rassurante, positive et calme, sans objectif thérapeutique.

Si l'expérience vécue grâce à la salle Snoezelen est considérée comme une forme d'engagement occupationnel, il est important de reconnaître une dernière assertion de l'ergothérapie, soit que les occupations sont idiosyncrasiques (Polatajko et coll., 2013). Afin de rendre cette occupation propre à chaque visiteur, plusieurs facteurs sont mentionnés par les auteurs, notamment l'opportunité de faire des choix, de gérer l'environnement, de sélectionner les stimulus désirés. Le contrôle donné au visiteur lui permettra de vivre l'expérience à sa façon. L'attitude, les sentiments et les réactions de l'accompagnateur envers le visiteur auront une grande influence sur ce qui sera vécu comme expérience. Le rôle de l'accompagnateur est primordial étant donné que c'est par l'expérience vécue que l'approche personnalisée se forme. C'est pourquoi il est préférable d'utiliser la salle en individuel ou avec des petits groupes de maximum trois ou quatre visiteurs. En lien avec le dernier argument, les auteurs mentionnent qu'il faut aller plus loin que ce qui a été visé pendant l'ère du traitement moral, soit d'occuper la

personne. Il faut permettre un réel engagement dans l'occupation au lieu de simplement « occuper » la personne.

Aujourd'hui, une préoccupation particulière est accordée pour le bien-être mental, physique et social des personnes ayant un handicap, en lien avec les opportunités de fonctionner dans leur communauté, malgré les limitations (MELS, 2011). L'école est un milieu de vie déterminant pour permettre aux élèves d'acquérir les outils nécessaires pour y arriver. C'est pourquoi les visées actuelles du Programme éducatif destiné aux élèves ayant une déficience intellectuelle profonde (MELS, 2011) privilégient les valeurs de l'autonomie de l'élève, la qualité de vie de l'élève ainsi que la valorisation de l'élève comme apprenant. Les objectifs éducatifs sont adaptés à leur situation particulière. Le cadre éducatif cible donc l'autonomie et une communauté inclusive. En lien avec cet élément, l'utilisation de la salle Snoezelen est justifiable pour un enseignant qui utilise la salle comme occupation visant la relaxation et le bien-être et qui permet, par la suite, à l'élève d'être disposé à s'engager dans d'autres occupations quotidiennes. Le milieu scolaire est très exigeant physiquement et mentalement, particulièrement pour des personnes ayant un handicap intellectuel. Le bruit, la présence de plusieurs autres élèves avec des besoins différents, l'horaire chargé et le personnel limité sont des éléments qui peuvent rendre le quotidien en milieu scolaire difficile. L'utilisation judicieuse de la salle Snoezelen, considérant tous les éléments mentionnés par les auteurs, est une option envisageable en fonction des besoins des enseignants et des élèves.

Encore une fois, comme ergothérapeute, c'est l'engagement occupationnel qui est recherché. La question devant être posée est la suivante : est-ce que la salle Snoezelen en soi est essentielle au même titre que pour faire de l'équitation un cheval est essentiel? Est-il possible, en milieu scolaire, de recréer l'expérience vécue dans une salle Snoezelen autrement? Pour vivre une expérience Snoezelen, un ergothérapeute dirait que d'autres occupations sont disponibles et ne nécessitent pas nécessairement les coûts, le personnel et l'organisation préalable à l'utilisation de la salle Snoezelen. Ultimement, l'expérience vécue dans une salle Snoezelen comprend le contact interpersonnel, la relaxation et le bien-être. Cette expérience peut-elle être vécue en allant prendre une marche à l'extérieur avec un accompagnateur? Une séance de relaxation en classe avec les lumières fermées et une musique douce?

De plus, suivant le programme éducatif du MELS, est-ce que le fait de retirer la personne de son environnement scolaire concorde réellement les objectifs actuels de communauté inclusive? En effet, il faut se recentrer sur les besoins des personnes ayant un handicap intellectuel en milieu scolaire, soit de développer trois éléments, avec une approche spécialisée : l'autonomie, la qualité de vie de l'élève ainsi que la valorisation de l'élève comme apprenant. C'est dans sa classe que l'élève apprend et développe ses habiletés... « En effet, comme milieu de vie, l'école joue un rôle important dans l'atteinte de cette finalité qu'est la participation sociale » (MELS, 2011). L'autonomie pour cette clientèle ayant plusieurs limitations passe par la réduction de la dépendance à l'égard des autres et par l'épanouissement dans le milieu de vie. À long terme, à 21 ans, après l'école, la personne ayant un handicap intellectuel n'aura possiblement plus de possibilités d'accès à la salle Snoezelen, donc l'utilisation de la salle Snoezelen ne développe pas l'autonomie ou la préparation à la vie adulte.

Tous ces éléments permettent d'affirmer que si une salle Snoezelen est disponible en milieu scolaire, il est possible de maximiser son utilisation et certains éléments doivent être considérés pour favoriser la relaxation et le bien-être de l'élève, mais que la salle Snoezelen n'est pas nécessaire, principalement lorsque le budget ou l'espace pour sa création est manquant.

6. CONCLUSION

Cette recherche visant à offrir une perspective ergothérapique sur l'utilisation de la salle Snoezelen en milieu scolaire se base principalement sur une revue compréhensive de la littérature, des éléments du contexte historique, les assises théoriques de la salle Snoezelen (basés sur les idées et les valeurs des auteurs) et de l'ergothérapie (basés sur l'habilitation à l'occupation centrée sur le client). Certes, l'histoire a façonné la perspective que l'individu possède de cette personne en situation de handicap, influençant ainsi les valeurs, la culture et les choix sociétaux. C'est donc en changeant que l'environnement unique - culturel, institutionnel, physique et social a permis davantage de possibilités occupationnelles pour les personnes ayant un handicap intellectuel sévère. En plus de reconnaître leurs besoins, leur unicité est reconnue à part entière. Ceci signifie que, en 2016, l'engagement dans les occupations significatives est global et vise l'autonomie et la qualité de vie, par exemple par les différents milieux de vie ou l'accès à l'éducation pour tous. Considérant les limitations ou la vulnérabilité cette clientèle en lien avec les capacités intellectuelles et physiques particulières, l'expérience vécue par une utilisation judicieuse de la salle Snoezelen peut être considérée une forme d'engagement occupationnel. Selon la définition des créateurs de la salle Snoezelen, celle-ci est un endroit où la personne s'engage dans une expérience sensorielle libre et unique qui priorise le contact interpersonnel, la relaxation et le bien-être (Hulsegge et Verheul, 1987). Par contre, l'ergothérapeute préciserait que la salle Snoezelen n'est pas la seule occupation permettant cette forme d'engagement, alors que tant d'autres occupations sont disponibles en milieu scolaire, et ce à moindre coût... Une citation des créateurs de la salle Snoezelen résume bien le message visé par cette recherche : « Nous espérons que la salle Snoezelen est perçue comme une activité sous forme de repos, visant à trouver l'équilibre entre l'activation et la relaxation. [...] Encore une fois, nous n'espérons pas permettre le développement ou une thérapie quelconque comme fonction centrale de Snoezelen » [traduction libre] (Hulsegge et Verheul, 1987, p.121).

Finalement, cette recherche est un exemple que lorsque les données probantes ne suffisent pas pour répondre aux interrogations cliniques des ergothérapeutes, des alternatives peuvent être explorées, se détachant du processus scientifique régulier, mais pouvant offrir une réflexion profonde et justifiée.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition. éd.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2007). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada (2007) ergothérapeutes*. Ottawa: Association canadienne des ergothérapeutes.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2010). *L'ergothérapie Un patrimoine canadien Passé*. Repéré à : http://www.otlegacy.ca/past_fr.html
- Baptiste, Sue. (2011). *L'ergothérapie : fondements, changements et perspectives d'avenir*. Actualités ergothérapeutiques. 13(1). 3-5. Repéré à : <http://www.caot.ca/otnow/jan11/avenir.pdf>
- Carter, M., & Stephenson, J. (2012). The Use of Multi-Sensory Environments in Schools Servicing Children with Severe Disabilities. *Journal of Developmental & Physical Disabilities*, 24(1), 95-109. doi:10.1007/s10882-011-9257-x
- Chapireau, F., Constant, J., & Durand, B. (1997). *Le handicap mental chez l'enfant : une synthèse neuve pour comprendre, agir, décider*. Paris: Éditions sociales françaises.
- Drolet, M.-J., & Désormeaux-Moreau, M. (2014). *Les valeurs des ergothérapeutes : résultats quantitatifs d'une étude exploratoire*. *BioéthiqueOnline*, 3, 21.
- Dunton, W. R. J. (1919). *Reconstruction therapy*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Ferland, F., & Dutil, É. (2013). *Histoire de l'ergothérapie au Québec histoire d'une profession*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Gouvernement du Québec. (2016). *Loi sur l'instruction publique* (chapitre 1-13.3) Repéré à : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I_13_3/I13_3.html
- Gouvernement du Québec. (2016). *Charte des droits et libertés de la personne*. Repéré à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-12>
- Haegle, J. A., & Porretta, D. L. (2014). SNOEZELLEN MULTISENSORY ENVIRONMENT. *Palaestra*, 28(4), 29-32.
- Hotz, G. A., Castelblanco, A., Lara, I. M., Weiss, A. D., Duncan, R., & Kuluz, J. W. (2006). Snoezelen: A controlled multi-sensory stimulation therapy for children recovering from severe brain injury. *Brain Injury*, 20(8), 879-888. doi:10.1080/02699050600832635
- Howland, G. W. (1933). Editorial. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 1(1), 4-5. doi:10.1177/000841743300100101

- Howland, G. W. (1944). Occupational Therapy Across Canada. *Canadian Geographical Journal*, 28 (1), 32-40.
- Hulsegge, J., & Verheul, A. (1987). SNOEZELEN : ANOTHER WORLD. *Chesterfield, UK: Rompa.*
- Illman, S. C., Spence, S., O'Campo, P. J., & Kirsh, B. H. (2013). Exploring the occupations of homeless adults living with mental illnesses in Toronto / Explorer les occupations d'adultes sans-abri atteints de maladies mentales vivant à Toronto. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(4), 215-223. doi:10.1177/0008417413506555
- Kalubi, J.-C., Couture, M., Guillemette, S., Leroux, J.-L., Larivée, S. J., & Chatenoud. (2015). *Portrait de la situation des EHDAA au Québec (2000-2013) : une analyse multidimensionnelle des caractéristiques, besoins, réseaux de soutien et pistes d'innovation.* Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses Full Text.
- 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(4), 175-184. doi:10.1080/09638280110074911
- Law, M., Steinwender, S., & Leclair, L. (1998). Occupation, health and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 81.
- 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. doi:10.1080/13668250903080106
- Lotan, M., & Shapiro, M. (2005). Management of young children with Rett disorder in the controlled multi-sensory (Snoezelen) environment. *Brain and Development*, 27, Supplement 1, S88-S94. doi:10.1016/j.braindev.2005.03.021
- Maes, B., Lambrechts, G., Hostyn, I., & Petry, K. (2007). Qualityenhancing interventions for people with profound intellectual and multiple disabilities A review of the empirical research literature. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 2007, Vol.32(3), p.163-178, 32(3), 163-178. doi:10.1080/13668250701549427
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. doi:10.1037/h0054346
- Ministère de l'éducation du loisir et du sport du Québec (MELS). (2006). *L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA).* Québec: Ministère de l'éducation, du loisir et du sport.

- Ministère de l'éducation du loisir et du sport du Québec (MELS). (2011). *Programme éducatif destiné aux élèves ayant une déficience intellectuelle profonde programme de formation de l'école québécoise*. Québec: Ministère de l'éducation, du loisir et du sport.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Repéré à : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Perreault, I. (2015). *La folie, c'est de n'avoir pas d'autres normes que soi-même: la psychiatrie au cours de l'après-guerre au Québec*. *Santé Mentale au Québec*, 40(2), 51.
- Polatajko, H. J. (2001). The evolution of our occupational perspective: the journey from diversion through therapeutic use to enablement. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 203.
- Polatajko, H.J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E. A. Townsend & H.J. Polatajko (Eds.), *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e ed., version française N. Cantin). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H. J., Njelesani, J. E., & Davis, J. A. (2015). *Expliciter notre compétence première et fondamentale: Un appel à une recherche mondiale sur l'habilitation à l'occupation*. *La Revue canadienne d'ergothérapie*, 82(4), 210-211. doi:10.1177/0008417415603716a
- Polgar, J. M. (2016). *Faire valoir notre expertise: l'état actuel de l'art et de la science*. *La Revue canadienne d'ergothérapie*, 83(3), 133-134. doi:10.1177/0008417416648942a
- Rebeiro, K. L. (1998). Occupation-as-means to mental health: a review of the literature, and a call for research. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(12).
- Reed, K., Hocking, C., & Smythe, L. (2013). The meaning of occupation: Historical and contemporary connections between health and occupation. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 60(1), 38-44 37p.
- 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), 453-462. doi:10.5014/ajot.63.4.453
- Tate, S. W. (1974). The scope for occupational therapists in the community in the future. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 41(2), 7.
- Townsend, E. (2003). Reflections on power and justice in enabling occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70(2), 74.
- Townsend, E.A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z. Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D., & Brown, J. (2013). Habiliter : la compétence primordiale en ergothérapie. Dans E. A.

- Townsend & H.J. Polatajko (Eds.), *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e ed., version française N. Cantin). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.
- Townsend, E.A., & Polatajko, H.J. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e ed., version française N. Cantin). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.
- Unruh, A. M. (2004). Reflections on: "So... What Do You Do?" Occupation and the Construction of Identity. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 290-295. doi:10.1177/000841740407100508
- Wilcock, A. A. (1998). Reflections on doing, being and becoming/Reflexion sur agir, être et devenir. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, 248+.
- Wilcock, A. A. (2006). An occupational perspective of health (2nd ed. éd.). *Thorofare, NJ: SLACK*.
- Yerxa, E. J. (1967). 1966 Eleanor Clarke Slagle lecture. Authentic occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 21(1), 1-9.
- Yerxa, E. J. (1998). Health and the Human Spirit for Occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(6), 412-418. doi:10.5014/ajot.52.6.412