

**UTILISATION ET UTILITÉ CLINIQUE D'UNE INTERVENTION
MULTISENSORIELLE DE TYPE SNOEZELLEN AVEC
DES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR DÛ À LA
MALADIE D'ALZHEIMER**

Chantal Lafleur, M.A.

Thèse soumise à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
dans le cadre des exigences du programme de
Doctorat en psychologie clinique

Faculté des Sciences Sociales

Université d'Ottawa

Dédicace

J'aimerais dédier cet ouvrage à mes enfants, Justin et Daphnée, les amours de ma vie, ainsi qu'à mes parents, André et Pierrette Lafleur, pour leurs encouragements à entreprendre et poursuivre ce retour aux études, afin de réaliser mon rêve de devenir psychologue clinicienne.

Remerciements

J'aimerais remercier tout particulièrement mon superviseur de thèse, Dr. Philippe Cappeliez, pour son soutien, ses conseils judicieux et son engagement tout au long du processus de ce projet. Je suis aussi très reconnaissante de la participation de tous les membres de mon comité de thèse, Dre. Vanessa Taler, Dre. Sophie Lebel et Dre. Elke Reissing, pour leur généreux don de temps et leur rétroaction riche et constructive. J'aimerais aussi remercier Soins Continus Bruyère pour leur générosité dans la réalisation de ce projet, et d'avoir accepté que ce projet se déroule à la Résidence Saint-Louis. Un remerciement tout particulièrement à Suzanne Lévesque, infirmière, et Ingrid Daniel, intervenante en loisirs, pour leur dévouement et investissement en temps, ainsi qu'aux familles des résidents de la Résidence Saint-Louis qui ont consenti à ce que leur proche prenne part à ce projet. Je tiens à remercier les gestionnaires des résidences de soins de longue durée dans la ville d'Ottawa qui ont généreusement accepté que leurs employés participent à l'enquête régionale, telles que la Résidence Saint-Louis, le Carlingview Manor, le Manoir Laurier, le Centre d'accueil Champlain, le Hillel Lodge, la résidence Madonna, le Garry Armstrong et le Revera Montfort. Je tiens à remercier mes parents, André et Pierrette Lafleur, pour leur soutien inconditionnel, leur présence et consolations pendant les moments difficiles en cours de route, leur disponibilité pour occasionnellement aider avec les tâches domestiques et garder les enfants pour me dépanner. J'aimerais remercier mes enfants, Justin et Daphnée, vous êtes mon cœur, et votre présence me rappelle constamment la valeur de persévérer et de savourer chaque instant de la vie. J'aimerais remercier mon frère Denis, devenu ma sœur Roxanne en cours de route, pour son soutien et ses encouragements. J'aimerais remercier Antonello D'Onofrio pour ses encouragements et son soutien émotionnel.

Résumé

La stimulation multisensorielle (SMS; Snoezelen) utilisée avec des personnes atteintes d'un trouble neurocognitif majeur (TNC) est une intervention non pharmacologique qui vise la stimulation sensorielle ainsi que la relaxation corporelle pour favoriser le bien-être du patient. Cette recherche comporte deux études. La première étude, de nature qualitative, examine comment les salles de stimulation multisensorielle sont utilisées avec des patients atteints d'un TNC dû à la maladie d'Alzheimer (TNC-MA) dans quelques résidences pour personnes âgées de la région d'Ottawa. Les entrevues ont été menées avec huit intervenantes provenant de neuf résidences. Quatre idées fortes ont émergé des entrevues: 1) Snoezelen est utile pour réduire plusieurs symptômes comportementaux et psychologiques (SCPD) dans le TNC-MA, 2) son utilisation présente des défis logistiques, 3) il y a une grande variabilité dans son utilisation, et 4) il s'agit d'une approche humaniste, centrée sur la personne. La deuxième étude s'adresse à l'utilité clinique de l'intervention. Un protocole à cas unique a été utilisé, avec ligne de base multiple, phase d'intervention et posttest (A_1 -B- A_2), afin d'examiner l'effet de la SMS sur les SCPD les plus prévalents (agitation, apathie, et humeur dépressive), sur le niveau de retentissement des SCPD sur le personnel soignant, et aussi sur la fréquence d'administration de médicaments psychotropes chez des participants institutionnalisés atteints d'un TNC-MA de modéré à sévère. Sept résidents d'un centre de soins de longue durée ont participé. Les effets sur l'apathie, l'agitation, l'humeur dépressive et le retentissement ont été évalués à l'aide de l'Inventaire neuropsychiatrique, version équipe soignante (NPI-ES). La prescription des médicaments a été documentée par la chercheuse principale. Les résultats démontrent que la SMS réduit l'agitation chez les patients et atténue le retentissement sur le personnel soignant. La SMS pourrait aussi réduire l'apathie chez certains participants. Il n'y a pas d'effet notable sur les

médicaments prescrits. Toutefois, les résultats modestes ne permettent pas de recommander cette forme d'intervention auprès des personnes institutionnalisées atteintes d'un TNC-MA, en l'état actuel des connaissances, considérant les investissements en ressources qu'elle implique.

En bref, cette recherche contribue au développement des connaissances sur l'utilité clinique d'une forme d'intervention multisensorielle, non pharmacologique, dans les soins d'un TNC-MA.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
Prévalence du TNC	2
Présentation clinique du TNC	2
Les symptômes comportementaux et psychologiques dans la démence	5
L'apathie	8
L'agitation	9
Les symptômes dépressifs	10
Le retentissement sur le personnel soignant	11
Traitements des symptômes comportementaux et psychologiques dans la démence	11
Approches pharmacologiques	11
Approches non pharmacologiques	13
Thérapie par la stimulation multisensorielle (SMS)	15
Description	15
Cadre théorique	17
Utilité clinique	19
Justification de la présente recherche	38
ÉTUDE 1 : ENQUÊTE RÉGIONALE AUPRÈS DES UTILISATEURS DES SALLES À SMS	41
Méthodologie	41
Questions de recherche	
Participants	42
Recrutement	42
Consentement	43
Procédure	43
Instruments pour la collecte des données	43
Analyses	44
Analyse des réponses aux questionnaires	44
Procédure pour le codage des données qualitatives	44
Résultats	46
Réponses au questionnaire	46
Analyse qualitative des entrevues	55
Construit théorique 1	58
Construit théorique 2	64
Construit théorique 3	67
Construit théorique 4	71

Discussion de l'étude 1	72
La portée de l'approche Snoezelen	73
Les contraintes de l'utilisation de l'approche Snoezelen	76
Snoezelen est une approche non standardisée	77
Snoezelen est une approche humaniste	79
Limitations de l'étude 1	80
Recommandations émanant de l'étude 1	81
ÉTUDE 2 : UTILITÉ CLINIQUE D'UNE INTERVENTION MULTISENSORIELLE DE TYPE SNOEZELEN	82
Méthodologie	82
Question de recherche	82
Protocole de recherche	82
Hypothèses	84
Participants	84
Critères d'inclusion et d'exclusion	85
Consentement	85
Informations sur les participants	86
Mesures	86
Le GDS	86
Le NPI-ES	87
Prescription des médicaments	90
Interventions SMS	90
Procédure de l'intervention	91
Analyses	92
Analyses quantitatives des données de cas uniques	94
Analyses inter-sujets	94
Utilisation du modèle linéaire général	94
Utilisation des lignes de régression	94
Calculs des tendances selon le score moyen de la phase de pré-test (A1)	95
Le pourcentage des données qui ne se chevauchent pas (PDN)	95
Agitation globale	96
Apathie globale	97
Humeur dépressive globale	99
Niveau de retentissement global	99
Synthèse des résultats des analyses globales	101
Série 1	101
Participant 1	103
Agitation	103
Apathie	105
Humeur dépressive	107
Retentissement	108

Médicaments	110
Synthèse des résultats pour la participante 1	111
Participante 2	111
Agitation	112
Apathie	114
Humeur dépressive	115
Retentissement	116
Médicaments	117
Synthèse des résultats pour la participante 2	117
Participant 3	117
Agitation	118
Apathie	119
Humeur dépressive	119
Retentissement	119
Médicaments	121
Synthèse des résultats pour le participant 3	122
Participante 4	123
Agitation	122
Apathie	125
Humeur dépressive	127
Retentissement	127
Médicaments	129
Synthèse des résultats pour la participante 4	129
Série 2	129
Participante 5	130
Agitation	130
Apathie	132
Humeur dépressive	134
Retentissement	136
Médicaments	137
Synthèse des résultats pour la participante 5	138
Participant 6	139
Agitation	139
Apathie	141
Humeur dépressive	142
Retentissement	142
Médicaments	144
Synthèse des résultats pour le participant 6	145

Participant 7	145
Agitation	146
Apathie	147
Humeur dépressive	149
Retentissement	150
Médicaments	151
Synthèse des résultats pour la participante 7	152
Synthèse des résultats des analyses du groupe et des analyses Individuelles	153
Discussion de l'étude 2	153
Agitation	154
Apathie	155
Humeur dépressive	156
Retentissement sur le personnel soignant	156
Médicaments	157
Limitations de l'étude 2	157
Recommandations issues de l'étude 2	159
CONCLUSION GÉNÉRALE	162
RÉFÉRENCES	164
ANNEXES	
Annexe 1 : Script de recrutement	180
Annexe 2 : Formulaires de consentement	183
Annexe 3 : Questionnaire	195
Annexe 4: Canevas d'entrevue sur l'utilisation de la SMS	205
Annexe 5 : Procédure pour la codification des données qualitatives	207
Annexe 6 : Liste maîtresse des idées répétées	211
Annexe 7 : Informations sur les participants	237
Annexe 8 : GDS	238
Annexe 9 : Variables étudiées du NPI-ES	239
Annexe 10 : Tableau d'administration de l'NPI-ES	245

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Résumé des études	33
Tableau 2.	Fréquence d'utilisation de la salle ou de l'équipement (Question 2).	47
Tableau 3.	Circonstances d'utilisation de la salle Snoezelen pour l'ensemble des répondants (question 4).	47
Tableau 4.	Utilisateurs de la salle et/ou des équipements pour l'ensemble des répondants (Question 7).	48
Tableau 5.	Types de salle (Question 11).	49
Tableau 6.	Types d'équipements visant la stimulation visuelle (Question 12).	50
Tableau 7.	Types d'équipements visant la stimulation auditive (Question 12).	51
Tableau 8.	Types d'équipements visant la stimulation tactile (Question 12).	52
Tableau 9.	Types d'équipements visant la stimulation olfactive (Question 12).	53
Tableau 10.	Meubles utilisés pour la stimulation multisensorielle (Question 12).	53
Tableau 11.	Équipements les plus utilisés pour chaque résidence.	54
Tableau 12.	Liste des thèmes élaborés par C1 et C2 menant à la liste définitive des thèmes.	56
Tableau 13.	Construits théoriques, thèmes et idées répétées.	57
Tableau 14.	Tableau descriptif de l'exposition aux interventions multisensorielles (SMS) et la collecte des données avec le NPI-ES.	93
Tableau 15.	Résultats des participants aux sous-échelles et le score total au NPI-ES, pour chaque phase de l'étude 2.	102

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Moyenne des scores d'agitation pour les sept participants selon les phases d'évaluation.	96
Figure 2.	Moyenne des scores de l'apathie des sept participants à travers les phases de l'étude.	98
Figure 3.	Évaluation du retentissement des sept participants à travers les trois phases de l'étude.	100
Figure 4.	Scores d'agitation de la participante 1 à travers les trois phases de l'étude.	104
Figure 5.	Scores d'apathie de la participante 1 à travers les trois phases de l'étude.	106
Figure 6.	Scores de dépression de la participante 1 à travers les trois phases de l'étude.	108
Figure 7.	Scores de retentissement de la participante 1 à travers les trois phases de l'étude.	109
Figure 8.	Prescriptions de médicament pour la participante 1 à travers les trois phases de l'étude.	111
Figure 9.	Scores d'agitation du participant 2 à travers les trois phases de l'étude.	113
Figure 10.	Scores d'apathie de la participante 2 à travers les trois phases de l'étude.	115
Figure 11.	Scores de retentissement du participant 2 à travers les trois phases de l'étude.	116
Figure 12.	Scores d'agitation du participant 3 à travers les trois phases de l'étude.	118
Figure 13.	Scores de retentissement du participant 3 à travers les trois phases de l'étude.	120
Figure 14.	Prescriptions de médicaments du participant 3 à travers les trois phases de l'étude.	122
Figure 15.	Scores d'agitation de la participante 4 à travers les trois phases de l'étude.	124
Figure 16.	Scores d'apathie de la participante 4 à travers les trois phases de l'étude.	126
Figure 17.	Scores de retentissement de la participante 4 à travers les trois phases de l'étude.	128
Figure 18.	Scores d'agitation de la participante 5 à travers les trois phases de l'étude.	131
Figure 19.	Scores d'apathie du participant 5 à travers les trois phases de l'étude.	132
Figure 20.	Scores de dépression du participant 5 à travers les trois phases de l'étude.	134
Figure 21.	Scores de retentissement de la participante 5 à travers les trois phases de l'étude.	136
Figure 22.	Prescriptions de médicaments de la participante 5 à travers les trois phases de l'étude.	138
Figure 23.	Scores d'agitation du participant 6 à travers les trois phases de l'étude.	140
Figure 24.	Scores d'apathie du participant 6 à travers les trois phases de l'étude.	142
Figure 25.	Scores de retentissement du participant 6 à travers les trois phases de l'étude.	143
Figure 26.	Prescriptions de médicaments du participant 6 à travers les trois phases de l'étude.	145
Figure 27.	Scores d'agitation de la participante 7 à travers les trois phases de l'étude.	146
Figure 28.	Scores d'apathie de la participante 7 à travers les trois phases de l'étude.	148
Figure 29.	Scores de retentissement de la participante 7 à travers les trois phases de l'étude.	150
Figure 30.	Prescriptions de médicaments de la participante 7 à travers les trois phases de l'étude.	152

Introduction

Au Canada, le vieillissement de la population est en progression constante. D'ici 25 ans, le nombre de canadiens âgés de plus de 65 ans va doubler. En 2030, un canadien sur quatre sera âgé de 65 ans ou plus (Statistiques Canada, 2014).

Au Canada, plus d'un demi-million de personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) ou d'une affection connexe (Société d'Alzheimer, 2016). Ce nombre devrait doubler d'ici 20 ans. Le trouble neurocognitif majeur (TNC), terme qui a remplacé celui de démence dans la dernière édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; American Psychiatric Association, 2015) est un problème de santé parmi les plus invalidants, qui s'accompagne d'un énorme fardeau sur les familles et les services de santé. Les troubles comportementaux dans le TNC constituent un élément essentiel du fardeau des aidants, et la cause principale de placement en institution de soins prolongés (Gaugler, Mittelman, Hepburn, Newcomer, & Blanchard-Fields, 2009; Gauthier et al., 2010; Shin, Carter, Masterman, Fairbanks, & Cummings, 2005). Le développement d'interventions non pharmacologiques qui pourraient augmenter le confort des patients atteints d'un TNC, avec peu d'effets secondaires, contribuerait de manière importante à l'amélioration de leur qualité de vie. Il est clair que les recherches sur les interventions pour aider les personnes atteintes et leurs proches représentent une priorité.

La présente recherche cible l'utilisation et l'utilité clinique d'une approche particulière, une intervention multisensorielle pour les patients atteints d'un TNC dû à la maladie d'Alzheimer (TNC-MA). Avant de rentrer dans le vif du sujet, il est bon de situer cette recherche dans le contexte général d'un TNC, de ses manifestations cliniques et des interventions existantes.

Prévalence du TNC

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2016), 47,5 millions de personnes sont atteintes d'un TNC dans le monde et il apparaît chaque année 7,7 millions de nouveaux cas. Le nombre total de personnes atteintes d'un TNC devrait atteindre 75,6 millions en 2030 et à 135,5 millions en 2050. La maladie d'Alzheimer est la forme la plus courante de TNC et elle serait à l'origine de 60-70% des cas. Toujours selon l'OMS (2016), le TNC est l'une des causes principales de handicap et de dépendance parmi les personnes âgées dans le monde.

Dans son rapport sur la prévalence et les coûts financiers des troubles neurocognitifs au Canada produit en 2016, la Société Alzheimer du Canada estime à 564 000 le nombre de Canadiens atteints de tels troubles en 2016, des femmes à 65%. Ce rapport indique que, d'ici 2031, ce chiffre passerait à 937 000, soit une augmentation de 66% (Société Alzheimer Canada, 2016).

Présentation clinique du TNC

Le TNC est une condition qui affecte le fonctionnement cognitif et la gestion des émotions, et qui peut provoquer des changements de personnalité et des problèmes comportementaux tels que l'agitation et les hallucinations. Il se caractérise par un déclin cognitif qui compromet l'indépendance de la personne. La formulation du diagnostic se base sur le déclin par rapport au niveau antérieur de fonctionnement cognitif. Les troubles de la mémoire ne sont pas essentiels pour porter ce diagnostic. Pour le diagnostic d'un TNC il faut que les déficits cognitifs ne soient pas exclusivement liés à un délirium, ou qu'ils ne puissent pas être mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple, le trouble dépressif majeur ou la schizophrénie).

Le manuel précise des critères diagnostiques pour les sous-types de TNC selon la cause : maladie d'Alzheimer, dégénérescence lobaire fronto-temporale (démence fronto-temporale), à corps de Lewy, maladie vasculaire (démence vasculaire), lésion cérébrale traumatique, substance ou médicament, infection au HIV, maladie à prion, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, autre condition médicale, ou multiples étiologies. Il est aussi possible de préciser si la perturbation cognitive est accompagnée d'une perturbation cliniquement significative du comportement (par exemple, symptômes psychotiques, perturbation de l'humeur, agitation, apathie, ou d'autres symptômes comportementaux) et sa sévérité (légère, modérée, sévère).

Selon la terminologie des écrits antérieurs au DSM-5, on distingue habituellement les démences corticales et frontales sous-corticales (Mendez & Cummings, 2003). Les démences corticales sont principalement caractérisées par des déficits au niveau du langage, de la mémoire et du traitement de l'information visuelle. Les démences frontales sous-corticales sont définies par des troubles moteurs, un ralentissement du fonctionnement mental et une perte de motivation. Les personnes atteintes éprouvent des difficultés d'apprentissage et de récupération, mais contrairement à celles atteintes de démence corticale, elles ont la capacité d'améliorer leur performance à l'aide d'indices et d'incitations. Les démences vasculaires, les démences induites par la maladie de Parkinson, par les corps de Lewy et le VIH, sont caractérisées par une atteinte au niveau frontal sous-cortical.

La MA est une maladie évolutive du cerveau, caractérisée par un début insidieux et une détérioration progressive et régulière. Ses premiers indices typiques sont la détérioration de la mémoire et de la capacité d'apprendre. Les problèmes visuo-spatiaux et langagiers peuvent également être présents tôt dans la maladie. La dépression fait souvent son apparition dès les premiers stades de la maladie (Enache, Winblada, & Aarsland, 2011; Steinberg et al., 2008). La

personne perd graduellement la capacité d'accomplir des tâches journalières et d'effectuer des activités complexes. Avec la progression de la maladie, les symptômes s'accumulent et des changements au niveau de la personnalité peuvent se manifester plus franchement.

Le modèle utilisé par la Société Alzheimer du Canada (2016) considère quatre stades de cette maladie : 1) Alzheimer léger (stade précoce), 2) Alzheimer modéré (stade intermédiaire), 3) Alzheimer sévère (stade avancé) et 4) la fin de vie (le stade terminal). Pendant le premier stade, il y a notamment l'apparition de problèmes de mémoire et de communication, ainsi que des changements graduels de la personnalité, de l'humeur et des comportements. La famille, les amis, collègues et médecins traitants de la personne atteinte constatent des changements au niveau de la communication et de la pensée logique. À ce stade, les gens peuvent normalement continuer leurs activités habituelles et ils devraient être encouragés à participer à leurs propres décisions de santé et à leur plan de soins.

Au stade 2, appelé intermédiaire, il y a manifestation de déclin cognitif, de troubles de la mémoire notables, une atteinte de la capacité de communiquer, une accentuation des changements de la personnalité, une aggravation des troubles comportementaux, une augmentation de la dépendance (pour les activités de la vie quotidiennes) et une perte graduelle du contrôle des fonctions corporelles. Pour certains individus, il peut y avoir un changement dans la présentation et l'hygiène, ainsi qu'une baisse du niveau d'énergie. Cette étape de la maladie est la plus longue.

Le stade 3, dénommé avancé ou grave, est caractérisé par une accentuation des troubles de la cognition et de la mémoire, une perte presque complète de l'usage de la parole, la disparition graduelle des mouvements volontaires, une dépendance totale et une atteinte

importante à l'état de santé. Les troubles du comportement s'aggravent. À ce stade, le déclin cognitif et la forte dépendance (même pour les activités de la vie quotidienne) sont importants.

Finalement, le stade terminal (stade 4) entraîne des changements physiques majeurs tels que la perte des capacités motrices, une perte de poids, ainsi que l'incapacité à éprouver et à percevoir des émotions. La personne est complètement dépendante de son entourage et requiert des soins palliatifs.

Les symptômes comportementaux et psychologiques dans la démence (SCPD)

Étant donné que le terme démence est encore largement utilisé dans la littérature de recherche en relation avec ces symptômes, ce terme, et l'acronyme SCPD, seront utilisés à partir d'ici dans ce contexte particulier. Les SCPD sont très fréquents, 90% des patients en présentant au moins un au cours de la maladie (Cerejeira, Lagarto, & Mukaetova-Ladinska, 2012; Fernández, Gobartt, & Montse Balañá, 2010; Lövhheim, Gustafson, Karlsson, & Sandman, 2011; Steinberg et al., 2008; Zuidema, Derksen, Verhey, & Koopmans, 2007). Différents symptômes comportementaux sont présents à un moment ou à un autre au cours de la progression de la maladie (Fernández et al., 2010; Lövhheim, Sandman, Karlsson, & Gustafson, 2008; Steinberg et al., 2008).

Les SCPD comprennent l'agression verbale ou physique, les comportements moteurs aberrants (activités répétitives sans but apparent ou dans un but inapproprié : déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc.), les symptômes psychotiques, l'anxiété, les symptômes dépressifs et l'apathie (Zuidema et al., 2007; Lövhheim et al., 2008).

Selon Landreville et son équipe (Landreville, Rousseau, Vézina, & Voyer, 2005), les SCPD peuvent aussi inclure l'agitation, l'irritabilité, les réactions de catastrophe et d'opposition, l'errance, les comportements intrusifs ou ritualisés, les comportements vocaux répétitifs, les

comportements sexuels inappropriés, les conduites alimentaires inappropriées, les mouvements anormaux répétitifs, les troubles du sommeil, et finalement le syndrome crépusculaire. Celui-ci, auquel on donne souvent le nom d'agitation vespérale, se manifeste en fin d'après-midi ou en début de soirée, et peut s'exprimer par une plus grande agitation, désorientation, angoisse, ou agressivité. Il a tendance à être plus grave pendant les stades moyens de la maladie et à diminuer au fur et à mesure que la maladie progresse, bien qu'il puisse être observable à tout stade de la maladie. Les troubles du sommeil se manifestent par une difficulté à rester endormi la nuit et des siestes prolongées le jour. Dans les situations extrêmes, les habitudes de sommeil sont renversées : la personne dort principalement le jour et reste éveillée presque toute la nuit (Société Alzheimer du Canada, 2013).

Selon Selbaek et ses collaborateurs les SCPD les plus prévalents sont l'apathie (36%), la dépression (32%) et l'agitation (30%) (Selbaek, Kirkevold, & Engedal, 2007). Fauth & Gibbons (2014) indiquent aussi que ces SCPD sont les plus fréquents (respectivement dans 58, 54 et 50% des cas). L'apathie apparaît donc comme le plus commun des SCPD chez les patients atteints de MA, affectant jusqu'à 37% des patients au stade léger, et jusqu'à 80% au stade modéré (Aalten et al., 2007; Clarke et al., 2008; de Oliveira, Wajman, Bertolucci, Chen, & Smith, 2015; Holmes, Knights, Dean, Hodkinson, & Hopkins, 2006; Köller et al., 2016). De toute évidence, l'apathie est le SCPD qui a l'effet le plus marqué sur la capacité à effectuer les activités de vie quotidiennes (AVQ), même plus que les déficiences causées par des déficits cognitifs (Boyle, Malloy, Salloway, Cahn-Weiner, & Cummings, 2003; Köller et al., 2016; Senanarong et al., 2005). En outre, les patients déments et apathiques sont plus à risque d'institutionnalisation prématurée (Banerjee et al., 2003; Mitchell, Herrmann, & Lanctôt, 2011), augmentant substantiellement les coûts rattachés aux services de santé (Herrmann et al., 2006).

La dépression peut survenir à tout stade d'un TNC (Enache et al., 2011; Lyketsos & Olin, 2002; Steinberg et al., 2008). Selon Prado-Jean et ses collègues (2010), un tiers des personnes atteintes de démence présenteraient des symptômes dépressifs et des SCPD concomitants (Prado-Jean et al., 2010). Par ailleurs une revue systématique de Selbæk et ses collaborateurs estime que leur fréquence se situe entre 27-46% (Selbæk, Engedal, & Bergh, 2013).

L'agitation est une des manifestations initiales d'un TNC chez 36% des patients (Selbæk, Engedal, & Bergh, 2013). La fréquence de l'agitation en milieu institutionnel peut atteindre 27-54% des patients (Selbæk et al., 2013) et 50% des patients atteints d'un TNC à un stage avancé (Kverno, Black, Blass, Greiger-Brown, & Rabins, 2008; Noblet-Dick et al., 2004). L'agitation et les comportements agressifs sont des raisons courantes menant à l'institutionnalisation et ces symptômes ajoutent un fardeau supplémentaire au personnel soignant (Coehlo, Hooker, & Bowman, 2007; Gauthier et al., 2010). Selon un document publié par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2011), l'agitation et l'agressivité dans le TNC-MA peuvent survenir chez 40 à 60 % des patients selon les milieux de soins, et elles augmentent à mesure que progresse la maladie. Par ailleurs, les patients qui présentent ces symptômes ont de grandes chances de recevoir une prescription d'un médicament antipsychotique (Lövheim, Sandman, Kallin, Karlsson, & Gustafson, 2006). L'agitation compte parmi les raisons les plus communes pour l'administration d'un antipsychotique ou le recours aux contraintes physiques chez les personnes atteintes de démence (Raskind & Wang, 2014).

En ce qui a trait spécifiquement à la MA, les SCPD constituent des manifestations majeures qui contribuent à une diminution de la qualité de vie des patients et des aidants (Banerjee et al., 2006; de Oliveira et al., 2015; Shin et al., 2005), et ils constituent le motif principal d'institutionnalisation (Gaugler et al., 2009; Gauthier et al., 2010; Likien, 2001).

La présente recherche cible ces trois perturbations qui dominent le tableau des symptômes, à savoir l'apathie, l'agitation, et l'humeur dépressive. Elle porte aussi une attention au retentissement de ces troubles sur le personnel soignant, un volet clinique non négligeable. Précisons dès lors les notions d'apathie, d'agitation, d'humeur dépressive et de retentissement.

L'apathie. En 2001, un ensemble de critères avaient été établis par Starkstein et ses collaborateurs afin de décrire les caractéristiques principales de l'apathie. Selon eux, elle se caractérise par l'émoussement des émotions et par des niveaux réduits de motivation, d'intérêt et de prise d'initiatives (Starkstein, Petracca, Chemerinski, & Kremer, 2001). Les critères diagnostiques ont été révisés et adaptés dans un ouvrage plus récent (Robert et al., 2009). La perte de motivation demeure un critère essentiel, et ce pour une durée minimale de quatre semaines. À cela doit s'ajouter un déclin dans au moins deux des trois dimensions de l'apathie (la réduction de la manifestation des émotions, de comportements ou de pensées motivées par un but). Finalement, l'altération au niveau du fonctionnement doit observable et attribuable à l'apathie, et non à une autre condition médicale ou un autre trouble qui ressemble à l'apathie. L'apathie est souvent mal interprétée par les soignants qui la confondent avec un état dépressif, même en l'absence de tristesse, de désespoir, de pleurs et d'humeur dépressive (Starkstein, Ingram, Garau, & Mirahi, 2005).

L'importance clinique de l'apathie dans la MA vient du fait qu'elle progresse avec une rapide détérioration des capacités fonctionnelles et entraîne donc beaucoup plus de travail pour le soignant. La présence de l'apathie pourrait expliquer en partie le déclin fonctionnel observé dans cette maladie, comme souligné par une étude menée par le Réseau sur la MA (Lechowski et al., 2009). Cette étude rapporte que les patients apathiques requièrent davantage d'attention et de surveillance, augmentant ainsi considérablement la charge de travail des aidants. Bref, l'apathie

est l'un des symptômes neurocomportementaux dans le TNC (la MA en particulier) qui exige le plus de travail supplémentaire des aidants/soignants (de Oliveira et al, 2015; Lechowski et al., 2009). Comme le souligne Mitchell et ses collaborateurs (Mitchell et al., 2011), compte tenu de la morbidité associée à l'apathie, il est vital que de nouvelles interventions soient proposées et examinées.

L'agitation. Cohen-Mansfield et ses collaborateurs (1989), des pionniers dans le domaine, ont proposé la définition suivante de l'agitation chez le patient atteint de TNC : « une activité verbale ou motrice inadaptée qui ne peut pas s'expliquer par l'état de confusion (delirium) du patient, et qui n'est pas l'expression d'un besoin apparent » (Cohen-Mansfield, Marx, & Rosenthal, 1989). Cette définition précise que deux éléments de causalité doivent être exclus, soit le délirium et un besoin (par exemple la faim). Snowden, Miller et Vaughan (1996) opérationnalisent l'agitation avec 15 comportements les plus fréquemment rapportés, tels que les plaintes, les jurons, les agressions verbales, l'agitation générale, les phrases répétitives, le négativisme, les appels constants à l'aide, l'errance et les tentatives d'évasion, la sur-stimulation, l'habillement inapproprié, les bruits vocaux étranges, l'accumulation d'objets, les maniérismes répétitifs, les cris, les mouvements étranges et la dissimulation d'objets.

Cette manière de conceptualiser l'agitation a fait l'objet de critiques. Selon Beck et Shue (1994), les définitions de l'agitation proposées impliquent une disparité de cadres conceptuels avec peu de consistance dans les études. Les divergences dans les définitions de l'agitation posent un problème au niveau de sa standardisation (Senanarong et al., 2004). La définition très large proposée par Cohen-Mansfield et ses collaborateurs (1989) rend aussi difficile la classification de l'agitation, puisqu'elle regroupe la quasi-totalité des SCPD, à l'exception de l'apathie, de la dépression et des symptômes psychotiques. Nous retenons la définition plus

récente proposée par Cummings et son groupe de travail, « the Agitation Definition Work Group (ADWG) » (Cummings et al., 2015). Par consensus, ces collaborateurs définissent l'agitation comme la manifestation d'activité motrice excessive, d'agression verbale ou physique, chez des patients affligés de détérioration cognitive ou de syndrome de démence, ces comportements n'étant pas par ailleurs attribuables à un autre trouble (psychiatrique, médical ou relié à une consommation de drogue).

Les symptômes dépressifs. Au fur et à mesure que le TNC progresse, il devient plus ardu d'établir le diagnostic de dépression en raison de la présence croissante des difficultés liées à la maladie, telles que des problèmes d'élocution et de communication, l'apathie, la perte de poids, les troubles du sommeil et l'état d'agitation. Afin de diagnostiquer un trouble dépressif majeur, le DSM-5 (2015) requiert la présence d'au moins cinq des symptômes suivants pendant un minimum de deux semaines, presque tous les jours : humeur dépressive; diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour la plupart des activités; perte ou gain de poids, modification de l'appétit; insomnie ou hypersomnie; agitation ou ralentissement psychomoteur; fatigue ou perte d'énergie; sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive; diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer; pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires.

Ces critères diagnostiques doivent être adaptés pour les cas de démence. Olin et ses collaborateurs (Olin, Katz, Meyers, Schneider, & Lebowitz, 2002; Olin et al., 2002) proposent des critères diagnostiques adaptés à la symptomatologie dans la MA, basés sur le modèle du DSM, soit : la présence de trois symptômes au lieu de cinq; les symptômes ne doivent pas nécessairement être présents presque tous les jours; la perte d'intérêt est remplacée par l'absence d'affect positif pendant les activités ou lorsqu'exposé aux interactions sociales; deux critères additionnels sont ajoutés, soit la présence d'irritabilité et l'isolement/retrait social. La dépression

a le potentiel d'amplifier les symptômes du TNC, elle peut causer une augmentation de l'oubli, la confusion et l'anxiété. Bien que sa relation avec le TNC reste encore à élucider, il est admis que la dépression augmente le risque de déclin cognitif rapide (Rapp et al., 2011) et de mortalité (Petersen et al., 2017).

Le retentissement sur le personnel soignant. Le retentissement renvoie à la perturbation sur les occupations professionnelles du soignant causée par les SCPD. Il concerne l'impact des SCPD sur la charge de travail, les efforts exigés, et la perturbation au plan émotionnel ou psychologique chez le personnel soignant.

Le travail dans les soins de santé est émotionnellement exigeant (Arts, Kerkstra, van der Zee, & Huijer Abu-Saad, 2001). Il est bien documenté que les SCPD contribuent à l'épuisement professionnel, au stress ressenti au travail, et à la charge de travail du personnel soignant (Fischer, Ismail, & Schweizer, 2012; Gauthier et al. 2010). Les SCPD contribuent de façon notoire à la souffrance et à la réduction de la qualité de vie des patients et des aidants naturels et professionnels (Banerjee et al., 2006; Fauth & Gibbons, 2014), conduisant à l'épuisement des aidants et l'institutionnalisation des patients atteints de MA (Banerjee et al., 2006; Lesser & Hughes, 2006). Il est à noter que, parmi les SCPD, l'apathie a un impact particulièrement marqué sur la charge de travail (retentissement) pour le personnel soignant (Lechowski et al., 2009).

Examinons maintenant les traitements disponibles pour les SCPD.

Traitements des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Approches pharmacologiques. Les médicaments psychotropes sont souvent utilisés pour traiter les SCPD (Boyle, Bell, & Pollock, 2003; Gauthier et al., 2010). Cependant, il s'avère que l'utilisation de ces médicaments, particulièrement les neuroleptiques atypiques, peut avoir des répercussions graves sur la santé des personnes âgées (Ballard & Howard, 2006; Guthrie,

Clark, & Mccowan, 2010; Tampi, Tampi, Balachandran, & Srinivasan, 2016). Les effets secondaires possibles sont l'augmentation du taux de déclin cognitif (Ballard et al., 2005; Vigen et al., 2011), de mortalité (Ballard et al., 2008; Chiu, Bero, Hessel, Lexchin, & Harrington, 2015; Kales et al., 2012; O'Neil et al., 2011; Wang et al., 2005), de chutes (Dore, Trivedi, Mor, Friedman, & Lapane, 2009) et la présence d'effets secondaires extrapyramidaux : la dystonie aiguë, le parkinsonisme, la rigidité et les tremblements, et la dyskinésie tardive (Kurlan, Cummings, Raman, & Thal, 2007; Steinberg & Lyketsos, 2012). La dystonie aiguë est une condition qui cause involontairement des spasmes musculaires et une posture courbée ou tordue. La dyskinésie tardive désigne des mouvements bucco-faciaux répétitifs et incontrôlables. Des effets anticholinergiques sont aussi possibles : hypotension orthostatique, sécheresse de la bouche, tachycardie, constipation et rétention urinaire (Lehne, Moore, Crosby, & Hamilton, 2001). L'hypotension orthostatique est définie comme une baisse de la tension artérielle lors du passage de la position couchée à la position debout.

Les neuroleptiques atypiques ne touchent pas l'origine de l'agitation (Cohen-Mansfield, 2000). Leur efficacité est fortement remise en question (Gauthier et al., 2010; O'Neil et al., 2011; Schneider et al., 2006). Ils devraient seulement être utilisés lorsque les interventions non pharmacologiques ne sont pas efficaces pour les symptômes sévères (Tampi et al., 2016).

Les benzodiazépines représentent une alternative aux médicaments antipsychotiques pour traiter les SCPD. Il est toutefois documenté qu'elles doivent être utilisées avec prudence dans le TNC, car elles peuvent produire une sédation excessive, augmenter le risque de chutes, et détériorer le fonctionnement cognitif (Robles Bayón & Gude Sampedro, 2014; Salzman, 2005).

L'utilisation de médicaments antidépresseurs pour la dépression chez les personnes atteintes de démence est en hausse. Pourtant les résultats des études sur leur efficacité sont

mitigés (Banerjee et al., 2011; Brodaty, 2011; Enache et al., 2011; Nelson & Devanand, 2011; Rosenberg et al., 2010; Weintraub et al., 2010). Une pratique courante est de recourir à un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) pendant la journée et à une faible dose de tranquillisant la nuit pour aider à dormir. Certaines études rapportent que les patients qui reçoivent cette combinaison sont moins déprimés et moins agités (par ex., Pollock et al., 2007). Toutefois, les antidépresseurs peuvent aussi avoir des effets néfastes, et des études additionnelles afin de vérifier leur efficacité sont nécessaires (Enache et al., 2011; Zarit & Zarit, 2007).

En conclusion, les limitations des traitements pharmacologiques appellent au développement de méthodes alternatives, non pharmacologiques, pour traiter les comportements problématiques chez les personnes atteintes de démence. Des études de qualité visant au développement d'interventions alternatives efficaces sont nécessaires (O'Neil et al., 2011; Verkaik, Van Weert, & Francke, 2005). Ce besoin a été reconnu par les instances compétentes. Ainsi l'utilisation d'approches personnalisées, centrées sur la personne et non pharmacologiques, est fortement encouragée en pratique clinique (Byrne, Frazee, Sims-Gould, & Martin-Matthews, 2012; Edvardsson, Fetherstonhaugh, & Nay, 2010; WHO, 2012), étant donné les préoccupations concernant la sécurité d'emploi des médicaments, en particulier les antipsychotiques (Guthrie et al., 2010; Seitz et al., 2013; Steinberg & Lyketsos, 2012). La Coalition Canadienne pour la Santé Mentale des Personnes Âgées (2014) recommande de soigneusement peser les avantages potentiels face aux risques de l'intervention pharmacologique, et de recourir aux interventions psychologiques et sociales avant d'entamer un traitement pharmacologique.

Approches non pharmacologiques. La Coalition Canadienne pour la Santé Mentale des Personnes Âgées (2014) est claire sur ces points : les interventions psychologiques et sociales devraient toujours être considérées pour traiter l'humeur et les symptômes comportementaux,

lorsque possible, avant même d'avoir recours à un médicament. Les interventions qui favorisent les contacts sociaux, la stimulation sensorielle (musicothérapie, toucher thérapeutique, acupression, intervention multisensorielle), et l'exercice physique, devraient être envisagées.

Selon O'Neil et al. (2011), les interventions non pharmacologiques peuvent être classées selon les catégories suivantes: 1) les interventions cognitives et/ou axées sur les émotions (thérapie par la reminiscence, par la présence simulée ou par la validation), 2) la stimulation sensorielle (acupuncture, aromathérapie, luminothérapie, massage / toucher, musicothérapie, stimulation multisensorielle Snoezelen, stimulation nerveuse électrique transcutanée), 3) les techniques de gestion du comportement, et 4) certaines autres interventions psychosociales telles que la zoothérapie et l'activité physique.

Bidewell et Chang (2011) ont effectué une recension critique des traitements pour l'agitation, parmi lesquels on trouve l'aromathérapie, les contentions physiques, les traitements pharmacologiques, les traitements centrés sur les émotions et autres traitements non pharmacologiques. Ils classifient les activités thérapeutiques selon trois catégories énumérées en ordre de préférence : 1) élimination du négatif, 2) interventions positives et 3) interventions négatives. Premièrement, l'élimination du négatif peut s'effectuer au plan systémique (dans l'ensemble de l'institution) ou individuel et elle consiste à cibler l'origine de l'agitation. Les causes peuvent être multiples, telles que les carences de soins, les besoins non satisfaits et des facteurs de stress environnementaux. Deuxièmement, les interventions positives sont utilisées en parallèle aux soins réguliers quotidiens lorsqu'il est impossible d'identifier ou de changer les causes négatives. Elles consistent à offrir des salles à SMS, de la relaxation, de la distraction ou de la musicothérapie. Ces deux approches peuvent être préventives et curatives. Finalement, les interventions négatives, telles que contentions physiques et les traitements pharmacologiques,

devraient seulement être appliqués de manière curative et devraient être une option de dernier recours. Il apparaît donc que des approches non pharmacologiques afin d'aider les patients dans la gestion de leur maladie et ses symptômes pourraient s'avérer utiles, surtout si elles aident à réduire les SCPD et la consommation de neuroleptiques atypiques et d'anxiolytiques.

La présente recherche s'intéresse au potentiel de la stimulation multisensorielle (de type Snoezelen) comme intervention non pharmacologique dans le TNC. Nous allons d'abord décrire l'approche, ensuite présenter un cadre théorique pour justifier sa pertinence clinique dans les soins aux personnes atteintes de démence, et enfin examiner les études portant sur son efficacité et utilité clinique.

Thérapie par la stimulation multisensorielle.

Description. La thérapie multisensorielle (SMS - aussi nommée Snoezelen) fut introduite en 1975-1980 par deux Hollandais, Jan Hulsegge et Ad Verheul, qui souhaitaient aider leurs clients en difficulté d'apprentissage (handicapés intellectuels) à éprouver un sentiment de relaxation dans le calme par la stimulation des sens (Hulsegge & Verheul, 1987). Ils ont nommé cette thérapie «Snoezelen», un terme issu de la conjonction de deux différents verbes néerlandais signifiant «explorer» et «sommoler/se détendre». Ce terme renvoie à la relaxation qui était l'objectif principal de l'utilisation de ce type d'environnement. L'objectif de la thérapie Snoezelen est de fournir un environnement agréable, sécuritaire et non menaçant, mais stimulant, pour sensibiliser et encourager l'exploration de l'environnement par les patients, et aussi l'amusement (Ball & Haight, 2005; Pinkney, 2000). À l'origine, Hulsegge et Verheul (1987) utilisaient une pièce spéciale dans laquelle les lumières, les odeurs (aromathérapie), la musique et la stimulation tactile étaient favorisées pour le patient qui avait un certain contrôle sur le type de stimulation

qu'il recevait. Une salle Snoezelen est typiquement équipée de lumières colorées et en mouvement, et d'autres stimuli agréables, soient tactiles, olfactifs, et auditifs.

Des versions portables permettant ces stimulations multisensorielles sont maintenant disponibles. L'avantage des versions portables est double: la possibilité d'offrir la thérapie par la SMS lorsque l'aménagement d'une salle uniquement vouée à cette utilisation est impossible par manque d'espace ou de ressources financières, et la capacité de servir des patients présentant une mobilité très réduite ou une forte dépression. Par contre les principaux inconvénients sont l'impossibilité de créer un environnement aménagé de façon « permanente », prêt à tout moment, qui permet au patient de changer complètement d'environnement (sortir de sa chambre), et de se retrouver intimement avec un proche ou un membre de sa famille.

La SMS vise la stimulation sensorielle passive ainsi que la relaxation corporelle (Ball & Haight, 2005). La stimulation passive ne nécessite pas de participation active ou d'attention de la part des sujets. Les applications de l'accompagnement Snoezelen sont multiples mais elles visent toutes un seul et même objectif, celui de favoriser le bien-être et la détente chez le patient.

Plus de 400 chambres Snoezelen existent au Canada, dont environ la moitié est conçue pour des patients atteints de démence. La revue de la littérature de Chung et Lai (2009) rapporte que Snoezelen est couramment employé comme modalité thérapeutique dans quatre domaines en particulier tels que la réduction des comportements inadaptés et difficiles à gérer, la promotion d'émotions positives et l'amélioration de l'humeur, l'amélioration de la qualité des interactions avec l'entourage et la capacité à mieux communiquer, et finalement la réduction de stress vécu par le soignant et l'amélioration de la relation entre celui-ci et le patient. On peut ajouter la tendance, ces dernières années, d'inclure les principes de stimulation multisensorielle dans les

programmes d'activités de loisir proposées aux personnes souffrant de démence en milieu de soins de longue durée, comme le jardinage (Cox, Burns, & Savage, 2004).

Cadre théorique. L'importance des facteurs environnementaux dans le déclenchement des SCPD est bien reconnue (Gauthier et al., 2010; Kales, Gitlin, & Lyketsos, 2014; Lyketsos, 2012). Plusieurs éléments peuvent contribuer, comme par exemple le bruit, un changement dans la routine du patient, une surcharge de stimulation qui est dérangeante ou accablante, l'ennui, un éclairage insuffisant ou éblouissant, les activités associées aux soins, la présence de d'autres patients et la manifestation de leurs SCPD. Plusieurs auteurs mettent l'accent sur le fait qu'il est particulièrement difficile pour les personnes atteintes de démence de s'adapter à ces facteurs de stress externes, avec une diminution de la capacité d'ignorer les stimuli non pertinents. Une abondante littérature souligne les effets néfastes de la privation sensorielle et de la surcharge sensorielle sur le fonctionnement de ces personnes. Ce courant de recherche attire l'attention sur l'importance de l'équilibre sensoriel dans le TNC. D'ailleurs, l'importance de considérer les cinq sens dans le traitement non pharmacologique d'un TNC pour la gestion des SCPD est soulignée dans une publication récente (Behrman, Chouliaras, & Ebmeier, 2014). Ces auteurs soutiennent qu'avec la détérioration du fonctionnement cognitif, les personnes atteintes font l'expérience de leur environnement par l'entremise de leur sens.

Un modèle intéressant pour comprendre la pertinence de l'équilibre sensoriel dans la détermination des SCPD est celui de la « sensoristasis », proposé par Kovach (2000). Le terme «sensoristasis» renvoie à l'optimisation du niveau de stimulation. Ce modèle postule que certains des comportements et des déficiences dans le fonctionnement physique, psychologique et social des personnes âgées atteintes de TNC résultent de déséquilibres dans le rythme de stimulation sensorielle. Ce modèle soutient donc la nécessité d'un équilibre entre les stimulations sensorielles

qui ont un effet stimulant et celles qui ont un effet apaisant. Un déséquilibre entre la stimulation sensorielle stimulante et calmante peut provoquer un inconfort intrapsychique chez les personnes atteintes de démence (Kovach, 2000; Kovach & Wells, 2002). Une stimulation trop faible est associée à une détérioration du fonctionnement cognitif et aussi à une aggravation des SCDP, alors que l'ennui et la privation sensorielle, affective, comportementale et sociale peuvent être provoqués par une diminution prolongée de stimulation sensorielle. À l'opposé, un niveau trop élevé de stimulation à un rythme trop rapide pour la personne peut exacerber le déclin du niveau de fonctionnement ou l'agitation (Kovach & Wells, 2002). Dès lors, selon Kovach, les interventions à privilégier sont celles qui facilitent la «sensoristasis» ou état d'éveil optimal, en fonction des circonstances entourant la personne atteinte (niveau de stress, stade de la maladie, changements dans son milieu de vie ou sa routine).

Il est à noter que ce modèle fait écho à celui que Hall et Buckwater avaient proposé quelques années plus tôt (Hall & Buckwalter, 1987). Ces auteurs avançaient l'idée qu'avec la progression de la maladie, les personnes atteintes de démence ressentent un accroissement de leur vulnérabilité, ainsi qu'un abaissement de leur seuil de tolérance au stress et de sensibilité aux stimuli externes. L'une de ces sources de stress est l'environnement, qui comprend les activités, les interactions quotidiennes avec le personnel soignant, les visiteurs. Les exigences de l'environnement entraînent une accumulation de stress (Hall & Buckwalter, 1987; Richards & Beck, 2004). Au fil d'une journée, il risque d'y avoir une accumulation de stress imposé par les exigences de l'environnement. Ce modèle laisse entendre que la réduction des exigences environnementales et la régulation des niveaux d'activité et de stimulation tout au long de la journée peuvent aider à réduire l'agitation.

La stimulation multisensorielle se présente donc comme une méthode appropriée pour atteindre ce niveau optimal de stimulation pour les personnes atteintes de démence. Cette approche permet d'individualiser et de calibrer cette stimulation de manière à tenir compte des besoins qui sont susceptibles de changer à mesure que la maladie progresse.

Utilité clinique. Une revue de la recherche internationale sur l'approche Snoezelen en santé mentale (Martin & Adrien, 2005) a mis en évidence l'effet de régulation sensorielle découlant de l'exposition à cet environnement. Les conclusions de cette recension critique sont basées sur l'analyse des résultats de 21 études effectuées en Europe et aux États-Unis, auprès de 275 participants (enfants, adolescents et adultes) atteints de déficiences intellectuelles (moyenne, sévère ou profonde) avec ou sans troubles associés (le syndrome autistique, ou des troubles mentales telles schizophrénies et autres troubles psychotiques). Leur revue souligne l'existence d'un lien entre les stimulations sensorielles et la diminution des comportements stéréotypés (gestes répétitifs sans but évident) et des comportements inadaptés (par exemple : dérangeants, agressifs, d'automutilation, ou témoignant de l'anxiété, de la frustration, de l'insécurité). De plus, d'autres études ont pu démontrer la réduction de la douleur chronique à l'aide de la SMS (Schofield & Davis, 2000; Schofield & Payne, 2003). Des travaux de recherche ont montré que la SMS est efficace pour réduire les niveaux de douleur (verbalisés), l'indice de dépression et d'invalidité du fonctionnement (physique, psychosocial, du sommeil) et pour aider les personnes atteintes de douleur chronique à mieux vivre avec celle-ci (Schofield, 2000).

En ce qui concerne plus particulièrement le TNC, l'utilité clinique de la SMS n'est pas claire, comme le soulignent des recensions critiques des travaux de recherche (Chung & Lai, 2009; Strøm, Ytrehus, & Grov, 2016). Chung et Lai (2002; mise à jour en 2009) ont effectué une recension critique de la littérature de recherche dans le cadre de la Collaboration Cochrane. Ces

auteurs se sont limités aux études contrôlées avec assignation aléatoire des participants (randomisées) et quasi-randomisées. Deux nouveaux essais (Baker et al., 2003; van Weert et al., 2005a) ont été inclus dans la mise à jour de 2009, l'étude de Baker et de son équipe (2003) constituant une étude élargie de celle publiée par Baker et collaborateurs en 2001. Puisque l'étude de Baker et al. (2003) inclut les données de leur étude effectuée en 2001, les deux études de Baker ont été considérées comme une seule (Chung et Lai, 2009). Ces deux études ont examiné les effets à court et à plus long terme de Snoezelen sur le comportement, l'humeur, la communication des personnes ayant une démence modérée à sévère. Ces études, épinglées par la Collaboration Cochrane pour leur rigueur méthodologique et leur correspondance aux indices de qualité d'évaluation établis (Voir *Cochrane Reviewer's Handbook*, Bossuyt & Leeflang, 2008), sont détaillées dans les paragraphes suivants.

Baker et ses collaborateurs (2001) ont étudié les effets de l'approche SMS auprès de personnes âgées atteintes de démence modérée à sévère, dans deux environnements, soit à l'hôpital de jour et à leur domicile. Les expositions de 30 minutes se sont déroulées à l'hôpital de jour étalées sur une période de quatre semaines, à raison de deux sessions hebdomadaires. L'humeur et les comportements ont été notés avant, pendant et après l'exposition à l'hôpital de jour. Les effets sur l'humeur, les comportements et le fonctionnement cognitif ont été évalués au domicile des personnes, à quatre moments : avant l'intervention, pendant (après quatre sessions), au posttest (après huit sessions) et un mois suivant l'arrêt des interventions. Leur échantillon était composé de 50 participants avec une moyenne d'âge de 78 ans, assignés de manière aléatoire soit au groupe expérimental (intervention multisensorielle), soit au groupe témoin (participation à un programme d'activités individuelles adapté selon leurs préférences et aptitudes).

Les résultats de cette étude suggèrent que la SMS et les activités de loisir ont un effet immédiat sur les variables étudiées (voir tableau 1). Globalement, les participants étaient plus actifs, plus engagés socialement, et de meilleure humeur, avec des améliorations plus importantes dans le groupe expérimental, au niveau de l'attention portée à l'environnement.

L'étude plus vaste de 2003 (Baker et al., 2003) a consisté en un protocole à essai contrôlé randomisé avec 136 participants âgés atteints de démence, issus de trois pays européens (Royaume-Uni; 94, Pays-Bas; 26, Suède; 16), afin d'examiner les effets de l'intervention Snoezelen sur le comportement, l'humeur et le fonctionnement cognitif. Les sessions ont été menées selon le même protocole que celui de Baker et al. (2001), avec la même condition contrôle. Les participants provenaient de différents milieux de vie, soit d'un centre hospitalier offrant des soins psychogériatriques (Pays-Bas et Suède), et d'un hôpital de jour (Royaume-Uni).

Les résultats de cette étude de Baker et al. (2003) n'ont pas démontré de différences significatives entre les comportements des participants des groupes contrôle et expérimental, ni pendant les séances, ni immédiatement après les sessions, que ce soit à deux semaines ou un mois après l'intervention. En ce qui concerne les effets sur l'humeur, l'étude de Baker et al. (2003) ne rapporte pas de résultat significatif pendant les séances ou après l'intervention. Les auteurs reconnaissent les limites méthodologiques de leur étude. Ils notent que certains outils d'évaluations, tels que le *Mini-Mental State Examination* et la *Behaviour Rating Scale*, n'ont pas été administrés au moment du suivi (à la toute fin de la période d'intervention), ce qui a pu avoir comme effet de sous-estimer les résultats. Ils expliquent aussi qu'un des trois centres de soins impliqués dans leur étude a été retiré de l'analyse globale, étant donné son petit nombre de participants ($n = 16$) et son taux d'attrition ($n = 6$), ce qui donc légèrement affaiblit le volet multi-sites de leur étude.

Van Weert et son équipe ont présenté les résultats de leur recherche sous la forme de deux publications (Van Weert et al., 2005a, 2005b). Ils ont étudié les effets de Snoezelen sur l'humeur et les comportements (Van Weert et al. 2005a), et sur la communication (Van Weert et al. 2005b). Leur échantillon était constitué de 61 personnes, atteintes de démence modérée à sévère, réparties dans 19 institutions, divisées en 12 unités de soins psychogériatriques et 6 maisons de soins infirmiers. En suivant la procédure de randomisation par grappe, les participants ont été assignés soit au groupe expérimental (exposition aux interventions Snoezelen intégrées aux soins quotidiens 24 heures/jour) ou de contrôle (soins habituels). Les moyennes d'âges étaient de 84 et 83 respectivement. Caractéristique distinctive de cette étude, les préférences des participants du groupe expérimental en ce qui a trait aux stimuli sensoriels ont été évaluées avant le début des interventions sur une période de 10 semaines. Ces préférences, ainsi que l'histoire de vie et les discussions entre les intervenants des différentes disciplines, ont permis l'élaboration d'un plan de soins Snoezelen individualisé pour chaque participant. L'expérimentation a duré trois mois pour les deux conditions. En plus de l'humeur, les comportements étudiés étaient l'agitation, le comportement antisocial, l'apathie, la manifestation d'une conscience déformée, la perte de décorum, l'anxiété, et le comportement d'opposition. Le maintien des effets sur ces variables a aussi été évalué lors d'un suivi à 18 mois.

Le programme d'intégration 24-heures de Snoezelen (van Weert et al., 2005a) a donné lieu à des améliorations significatives au sein du groupe expérimental. Pendant les interventions, les auteurs ont noté une amélioration du plaisir ressenti et de l'humeur, et une baisse de l'ennui et de l'inactivité (apathie). Pendant les soins du matin, les résidents qui recevaient le programme Snoezelen, comparés au groupe témoin, ont manifesté plus de bonheur et de plaisir, moins de tristesse et d'apathie. De plus ils interagissaient mieux avec le personnel soignant, étaient plus

sensibles à la communication, et parlaient plus souvent avec des phrases de longueur normale. Les résultats sont donc en faveur du traitement, mais des effets significatifs à long terme n'ont pas été démontrés.

En passant, on peut noter que Chung et Lai (2009) concluent leur recension critique par un plaidoyer pour des recherches plus rigoureuses du point de vue méthodologique, avec des protocoles précis d'utilisation de Snoezelen (par exemple nature, fréquence et durée) contrôlés, et portant sur les effets à long terme. Une revue systématique effectuée par Padilla en 2011, sur les interventions non pharmacologiques auprès de personnes atteintes de démence, conclut que les résultats sont contradictoires en ce qui a trait à l'effet des interventions multisensorielles sur les comportements, et que, dans les cas de résultats positifs, les bienfaits tendent à être de courte durée (Padilla, 2011). Une méta-analyse dirigée par Sanchez et son équipe (2013) a retenu 18 parmi 63 recherches effectuées entre 1990 et 2012. Les effets sur les comportements, considérés indistinctement, l'humeur, le niveau de fonctionnement cognitif, la communication et le niveau de fonctionnement dans les AVQ ont été examinés. La conclusion générale de leur analyse stipule que des effets significatifs immédiats et de courte durée sont rapportés sur l'humeur et sur les comportements (Sánchez, Millán-Calenti, Lorenzo-López, & Maseda, 2013).

Quelques études plus récentes méritent d'être considérées. Maseda et leurs collaborateurs (2014) ont étudié les effets à long terme de la stimulation multisensorielle auprès de 30 résidents âgés institutionnalisés atteints de démence (Maseda et al., 2014a). L'objectif principal était de comparer l'effet de la SMS dans une salle Snoezelen et des séances d'activité d'un-à-un sur le comportement, l'humeur, le fonctionnement cognitif et le fonctionnement dans les activités de vie quotidiennes (AVQ). Une assignation aléatoire à trois groupes a été effectuée: un groupe exposé à un environnement avec stimulation multisensorielle (SMS), un groupe recevant des

activités individualisées dont les membres ont participé à deux sessions hebdomadaires de 30 minutes pendant 16 semaines, et un groupe témoin. Les données ont été recueillies avant, pendant (semaine 8), à la fin (semaine 16) des interventions, ainsi qu'à huit semaines après la dernière intervention. Vingt-sept individus ont participé jusqu'à la phase de post test, et 26 jusqu'au suivi à huit semaines. Les instruments de mesure suivants ont été utilisés: l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (IACM) et le l'Inventaire neuropsychiatrique (NPI) pour les comportements, l'Échelle de dépression dans la démence de Cornell (CSDD) pour l'humeur, le Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE) pour le fonctionnement cognitif, et l'Échelle de détérioration globale pour la sévérité du TNC. L'autonomie fonctionnelle, définie comme la capacité à réaliser des activités de la vie quotidiennes de base, a été évaluée par un ergothérapeute en utilisant l'indice de Barthel.

Les résultats de cette étude montrent que les patients traités par la SMS présentent une amélioration significativement plus élevée dans le comportement physique non agressif (faire les cent pas, voler des objets ou se dévêtir, essayer de s'échapper, manipuler les objets de façon inappropriée, et les maniérismes répétitifs), entre les phases de prétest et de posttest, comparativement au groupe d'activités. Ils ont noté une amélioration significative au score total de l'IACM, à la dimension du comportement verbal agité (se plaindre, les demandes constantes d'attention, le négativisme, les phrases ou questions répétitives, et les cris), et au score total du NPI chez les deux groupes durant l'intervention ainsi qu'au posttest, comparativement au prétest.

Maseda et son équipe ont effectué une deuxième étude en 2014 afin d'évaluer l'effet de la SMS dans une salle Snoezelen, comparativement à des séances d'activité d'un-à-un, sur le comportement, l'humeur, et des paramètres biomédicaux, tels que le rythme cardiaque et (battements par minute) et les taux de saturation en oxygène (SpO2) dans le sang (Maseda et al.,

2014b). Trente patients institutionnalisés et atteints de démence ont été assignés aléatoirement à trois groupes: un groupe exposé à un environnement avec stimulation multisensorielle (SMS), un groupe recevant des activités individualisées, et un groupe témoin. Les groupes avec la SMS et les activités ont participé à deux séances hebdomadaires de 30 minutes pendant 16 semaines, où l'humeur et le comportement ont été évalués avant, pendant et après les sessions, à l'aide de l'échelle Interact, conçue spécifiquement pour évaluer les effets de la SMS auprès de patients atteints de démence. Cette échelle comporte 22 items sur une échelle de Likert en cinq points, qui mesurent l'humeur, la parole, la façon d'interagir avec d'autres personnes y compris son entourage, la nécessité de solliciter l'initiative du patient, le niveau de stimulation, l'errance, l'agitation et le comportement agressif. Les paramètres biomédicaux ont été documentés immédiatement avant et après, à l'aide d'un oxymètre pour le doigt.

Les résultats de cette étude, tels que décrits dans le tableau 1, soutiennent l'idée que la SMS et les séances d'activité semblent être des interventions appropriées pour les personnes atteintes de démence, particulièrement en termes de meilleur niveau d'activité et d'engagement social. En outre, les deux groupes ont présenté une amélioration de leurs paramètres biomédicaux pendant les sessions. Les auteurs concluent que la SMS n'a pas une meilleure efficacité que les séances d'activité et qu'il est donc plausible que l'interaction d'un-à-un soit thérapeutique en soi.

Une étude de Bauer et ses collaborateurs (2015) menée en Australie a examiné l'effet des interventions Snoezelen sur les comportements d'errance et de l'agitation. Un échantillon de convenance de 16 personnes âgées, atteintes de démence modérée à sévère, a été recruté. Deux résidences de soins de longue durée ont participé, dont l'une disposait d'une salle Snoezelen. Les chercheurs ont comparé l'exposition aux interventions Snoezelen conduites par une intervenante

en activité aux soins habituels procurés par le personnel soignant, en observant les interventions utilisées pour gérer les comportements des participants, et en documentant leurs effets sur les comportements visés. En termes de soins habituels pour gérer les SCPD, on parle des comportements suivants : parler avec le résident pour déterminer la cause de son comportement; proposer des activités de distraction; engager le résident dans des passe-temps; le repos; les interactions sociales d'un-à-un; et l'évaluation et la gestion de la douleur. Les données ont été recueillies par une infirmière sur chaque site, sur une période de 12 semaines, à raison de deux jours par semaine. La collecte des données a eu lieu à quatre moments dans le temps pour chaque épisode de comportement, lors de la manifestation des comportements et avant toute intervention par le personnel, immédiatement après le début d'une intervention, 30 minutes après l'intervention, et 60 min après l'intervention. Les résultats démontrent une amélioration significative dans la réduction de l'errance et l'agitation immédiatement après l'intervention et après 60 minutes, sans différence significative entre les deux groupes.

Une étude menée par Sánchez et ses collègues (2016) avait pour but de comparer l'effet des interventions SMS dans une salle Snoezelen aux activités structurées en individuel, chez 27 participants institutionnalisés (Sánchez, Marante-Moar et al., 2016). Les variables dépendantes étudiées étaient le fonctionnement cognitif, la sévérité du TNC et l'humeur. Les participants, assignés au hasard soit au groupe SMS, soit au groupe d'activités structurées ou encore au groupe témoin, étaient à des stades avancés (GDS 6-7) de la démence. L'exposition des groupes de SMS et d'activité s'est étalée sur 16 semaines, à raison de deux séances hebdomadaires de 30 minutes. Les données ont été recueillies avant, pendant (semaine 8), à la fin (semaine 16) des interventions, ainsi qu'à 8 semaines après la dernière intervention. Les instruments de mesure suivants ont été utilisés : l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (IACM), l'Inventaire

neuropsychiatrique (NPI), l'Échelle de dépression dans la démence de Cornell (CSDD), le *Severe Mini-Mental State Examination* (SMMSE) pour le fonctionnement cognitif, et le *Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale* (BANS-S).

Les résultats semblent être en faveur de l'intervention SMS, comparativement au groupe d'activités, au niveau de l'amélioration des SCPD (NPI) et de la sévérité du TNC (BANS-S). En ce qui concerne l'agitation, les deux groupes ont montré une amélioration dans leurs résultats à l'IACM, au cours de l'intervention. Les effets positifs n'ont pas été démontrés au moment du suivi.

Sánchez et ses collègues ont publié en 2016 une étude comparant les effets de la SMS à des sessions de musique individuelles (Sánchez, Maseda et al., 2016). Les groupes ont participé à deux séances hebdomadaires de 30 minutes pendant 16 semaines, et les données ont été recueillies avant, pendant (semaine 8), à la fin (semaine 16) des interventions, ainsi qu'à huit semaines après la dernière intervention. L'agitation, l'anxiété, la sévérité du TNC, l'humeur et le fonctionnement cognitif ont été examinés chez 22 participants atteints de TNC sévère à très sévère. L'approche utilisée pour le groupe SMS était non directive (les participants pouvaient choisir les stimuli de leur choix) alors que le thérapeute responsable des sessions d'exposition à la musique adoptait une approche plutôt directive, où il choisissait les pièces de musique selon les préférences connues du participant. Les résultats de cette étude montrent que les patients traités par la SMS présentent une amélioration significativement plus élevée au niveau de l'anxiété et de la sévérité du TNC. En ce qui concerne l'agitation, les deux groupes ont montré une amélioration dans leurs résultats à l'IACM à la fin des interventions. Les effets positifs n'ont pas été démontrés au moment du suivi.

Une revue systématique a été effectuée récemment par Jensen et Padilla (2017) afin d'étudier l'efficacité de différentes interventions non pharmacologiques sur différentes variables dépendantes, telles que les chutes, la perception et les comportements, auprès de personnes atteintes de la MA ou d'autres TNC (Jensen & Padilla, 2017). Au niveau des interventions multisensorielles, ils concluent qu'elles sont efficaces, à court terme, pour la réduction de l'agitation et de l'anxiété.

À cette recension de littérature plus récente, il y a lieu d'ajouter quelques études antérieures que Chung et Lai n'ont pas repris dans leur recension systématique datant de 2009, parce que leur dispositif de recherche ne répondait pas aux critères contraignants de la Collaboration Cochrane. Ces études ont un intérêt dans la mesure où elles étendent les mesures à d'autres variables pertinentes, et apportent des recommandations pour guider la recherche.

Baillon et al. (2004) ont étudié l'efficacité de l'approche Snoezelen, en comparaison avec une intervention par la réminiscence, pour la réduction de l'agitation chez 20 patients atteints de TNC. Ils ont analysé les variables suivantes : l'agitation, l'humeur pendant les sessions et la fréquence cardiaque en cours de session (Baillon et al., 2004). Les deux interventions eurent un effet bénéfique en termes de réduction de l'agitation et du rythme cardiaque. Toutefois les auteurs concluent que la petite taille de leur échantillon ne leur permet pas d'affirmer que Snoezelen est significativement plus efficace que la réminiscence.

Staal et al. (2007) ont examiné l'effet de la thérapie Snoezelen (SMS), combinée à des soins psychiatriques, sur l'agitation, l'apathie et les activités de la vie quotidiennes (AVQ) de patients atteints de TNC modéré à sévère vivant dans une institution psychogériatrique de courte durée. Vingt-quatre participants ont été assignés aléatoirement, en simple aveugle, avec un groupe contrôle. Le groupe expérimental ($n = 12$) a reçu six sessions d'intervention individuelle

de type multisensoriel (25-30 minutes chacune) et le groupe contrôle ($n = 12$) le même nombre de sessions d'activités récréatives de groupe structurées. Les soins psychiatriques standards, pour les symptômes comportementaux et psychologiques de TNC, consistaient en l'administration d'antipsychotiques atypiques pour la réduction de l'agitation et la psychose, ainsi que de stabilisateurs de l'humeur, des antidépresseurs, un environnement hospitalier structuré, et de l'ergothérapie. Les chercheurs ont évalué les préférences sensorielles des patients afin de personnaliser l'intervention de SMS. Les résultats suggèrent que la thérapie multisensorielle adjointe aux soins hospitaliers psychiatriques réguliers peut réduire l'apathie et l'agitation et, en outre, améliorer la capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne (AVQ) chez les personnes hospitalisées atteintes de TNC modéré à sévère, davantage que les soins réguliers seuls.

Milev et al. (2008) ont mené une étude aléatoire avec groupe contrôle pendant 24 semaines. L'objectif de l'étude était d'examiner l'effet de la SMS sur l'humeur comparativement aux soins réguliers. Dix-huit résidents d'un établissement de soins de longue durée, atteints de TNC ont participé à l'étude. Pendant les 12 premières semaines, le groupe expérimental, divisé en trois groupes (une, deux ou trois interventions par semaine), recevait le traitement de SMS, avec 12 semaines de suivi pendant lesquelles aucune intervention n'était administrée. Le groupe contrôle recevait les soins réguliers. Les résultats démontrent une tendance vers une amélioration de l'humeur pendant les semaines d'intervention, avec un maintien de l'effet pendant 12 semaines supplémentaires après la fin du traitement. La différence est devenue statistiquement significative à partir de huit semaines pour l'échelle d'observation quotidienne (DOS) et à compter de 12 semaines pour *Clinical Global Impression-Improvement* (CGI-I). Ils rapportent qu'une plus grande fréquence d'expositions par semaine semble contribuer aux améliorations.

Van Weert et son équipe (2005) ont publié les résultats d'une autre étude qu'ils ont effectuée en parallèle à celles mentionnées dans la recension Cochrane. Celle-ci visait à étudier l'effet des interventions, intégrées dans des soins 24 heures/jour, sur les problèmes perçus, la charge de travail perçue, le niveau de stress ressenti, l'épuisement professionnel et la satisfaction au travail du personnel soignant. Un protocole quasi-expérimental (sélection des groupes non systématiquement aléatoire) avec groupe contrôle a été appliqué. L'expérimentation a duré 18 mois pour les deux conditions, avec une collecte des données au départ et après 18 mois. Cent vingt-sept infirmières autorisées, réparties dans 12 unités de soins en psychogériatrie, dans six maisons de soins infirmiers, ont été recrutées pour l'étude. Après avoir reçu une formation sur l'application de Snoezelen auprès des résidents, les 64 infirmières du groupe expérimental ont commencé à intégrer Snoezelen dans les soins 24 heures/jour auprès des résidents.

Dans cette étude, le programme d'intégration 24-heures de Snoezelen a donné des effets significatifs sur l'amélioration de la satisfaction au travail (qualité des interactions avec les résidents et des soins prodigués), la réduction des problèmes perçus (moins de problèmes causés par le manque de temps et par l'incertitude), d'épuisement professionnel et du niveau de stress ressenti. En outre, on a constaté moins de problèmes avec certains SCPD des résidents, en particulier l'agitation, l'humeur dépressive et les comportements inappropriés dans le groupe expérimental.

En ce qui concerne l'effet potentiel de la SMS sur la prise de médicaments psychotropes plusieurs recherches indiquent que, en raison de ses effets sur l'anxiété, l'humeur et les SCPD, la SMS pourrait entraîner une réduction de l'usage des neuroleptiques (Baillon et al., 2004; Lancioni, Cuvo, & O'Reilly, 2002; Livingston, Johnston, Katona, Paton, & Lyketsos, 2005; Schofield & Payne, 2003). Boyle, Bell et Pollock (2003) ont mené une étude en Australie

avec l'objectif de vérifier si l'approche Snoezelen a un effet sur le besoin de prescription de médicaments psychotropes pour les résidents d'un centre pour personnes âgées. Leur échantillon de 22 participants atteints de TNC était divisé en trois groupes. Un groupe a participé à au moins trois sessions de Snoezelen par semaine, un second groupe a eu une à deux sessions Snoezelen par semaine, et enfin un troisième était le groupe contrôle. Celui-ci n'était pas exposé aux sessions Snoezelen. Un effet significatif des interventions Snoezelen sur l'utilisation des neuroleptiques a été décelé, mais pas sur celle des hypnotiques, des sédatifs ou des anxiolytiques. Cela dit, des résultats significatifs ont été trouvés pour l'effet des interventions Snoezelen sur l'utilisation de psychotropes multiples; l'effet de l'intervention Snoezelen, lorsque combinée à des hypnotiques/sédatifs /anxiolytiques, est significatif sur la prise de neuroleptiques. Les chercheurs précisent qu'un minimum de trois sessions d'exposition à Snoezelen est nécessaire pour constater une diminution significative la prise de médicaments neuroleptiques.

Le tableau 1 synthétise l'ensemble des études recensées plus haut. En résumé, certains résultats significatifs sont ressortis des études mentionnées précédemment. Certaines études suggèrent une diminution de l'apathie, qui se manifeste par une augmentation de l'engagement et des interactions avec le personnel soignant et/ou une plus grande sensibilité à la communication (Milev et al., 2008; Staal et al., 2007; van Weert et al., 2005b). Les résultats d'autres études soulignent une réduction de l'agitation (Milev et al., 2008; Staal et al., 2007; van Weert et al., 2005a) ou un effet sur l'humeur des patients, avec une amélioration de la capacité à ressentir du plaisir, à démontrer plus de bonheur, avec moins de tristesse apparente (van Weert et al., 2005a). Une seule étude a exploré l'effet de l'exposition des patients à la SMS sur le personnel soignant et elle a donné des effets significatifs sur la réduction des problèmes perçus, de l'épuisement professionnel, du stress ressenti et ainsi qu'une amélioration de la satisfaction au travail (van

Weert et al., 2005). Les résultats de Staal et al. (2007) suggèrent que la thérapie de type SMS peut améliorer la capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne (AVQ), davantage que les soins réguliers seuls, alors que d'autres auteurs n'ont pas observé d'amélioration sur la capacité à effectuer les AVQ (Maseda et al., 2014a). Une seule étude a étudié l'exposition à la SMS en lien avec la prescription de psychotropes (Boyle, Bell & Pollock, 2003), et elle rapporte des résultats significatifs sur l'utilisation de psychotropes multiples. À l'exception d'une étude (Milev et al., 2008), le maintien de l'effet de la SMS n'a pas été démontré. Si donc plusieurs études ont démontré des améliorations significatives sur les variables étudiées, lorsque la condition SMS est comparée à une condition consistant dans des activités d'un-à-un il n'y a pas de différence (Baillon et al., 2004; Baker et al., 2001; 2003; Bauer et al., 2015; Maseda et al., 2014a; Maseda et al., 2014b; Sánchez, Marante-Moar et al., 2016; Sánchez, Maseda et al., 2016).

Tableau 1

Résumé des études

Étude	Protocole d'intervention	N	Comparaison	Mesure*	Moment de la Mesure	Résultats
Baillon et al. (2004)	- Essai contrôlé randomisé avec croisement du type d'exposition suivant une semaine d'interruption. - 3 expositions par semaine.	20 (10/10)	2 groupes : - SMS - Réminiscence	- MMSE - Clinical Dementia Rating Scale - CMAI - ABMI - INTERACT - BPM	Prétest, 2 semaines d'exposition, 1 semaine de retrait, 2 autres semaines d'exposition.	SMS = Réminiscence : ↓ agitation, rythme cardiaque. Pas d'évaluation posttest.
Baker et al. (2001)	- Essai contrôlé randomisé - 8 expositions de 30 minutes sur 4 semaines.	50 (25/25)	2 groupes : - Groupe SMS - Contrôle (activités un-à-un)	- Interact - Interact Short - BMD Scale - BRS - MMSE - CAS - REHAB	Pré test, pendant, après 4 expositions, posttest après 8 expositions et suivi après 1 mois.	SMS = contrôle : ↑ parler spontanément, meilleurs rapports avec les autres, initiative, humeur, alerte ↓ ennui, passivité. SMS > contrôle : ↑ attentifs à leur environnement SMS < contrôle : ↑ habiletés verbales Pas d'effet au posttest.
Baker et al. (2003)	- Essai contrôlé randomisé - 8 expositions de 30 minutes sur 4 semaines.	136 (65/71)	2 groupes : - Groupe SMS - Contrôle (activités un-à-un)	- Interact - Interact Short - BMD Scale - BRS - MMSE - GIP - REHAB	Pré test, pendant, après 4 expositions, posttest après 8 expositions et suivi après 1 mois.	SMS = contrôle : pas d'amélioration de l'humeur, des comportements et de la cognition. Pas d'effet au posttest.
Bauer et al. (2015)	Descriptif et observationnel, 2 jours par semaine pendant 16 semaines.	16 (9/7)	2 groupes : - SMS - Soins usuels	QEBAGS	Données recueillies à 4 points dans le temps lors de chaque manifestations d'agitation ou d'errance	SMS = soins usuels : ↓ errance, agitation.
Boyle, Bell et Pollock (2003)	- Quasi expérimental, rétrospectif. - Quatre semaines d'exposition, sessions de 20 minutes.	66 (22/22/22)	3 groupes : - Groupe contrôle - 3 et + SMS /semaine - 1 à 2 SMS /semaine	Médicament au cours des 24 heures précédentes.	À un seul moment	SMS > contrôle : ↓ psychotropes Pas d'effet au posttest.

Maseda et al. (2014a)	Longitudinal, contrôlé, randomisé, stratification. 2 sessions de 30 minutes par semaine pendant 16 semaines.	27 (10/10/7)	3 groupes : - SMS - Activité - Contrôle	- GDS - CMAI - NPI - ES - CSDD - MMSE - Barthel Index	Prétest, pendant, posttest et suivi à 8 semaines.	SMS = Activité > contrôle pendant l'intervention et le posttest : ↓ score total de CMAI, comportement verbalement agité, score total du NPI SMS = Activité = contrôle au suivi de 8 semaines.
Maseda et al. (2014b)	Longitudinal, contrôlé randomisé avec stratification. Deux sessions de 30 minutes par semaine pendant 16 semaines.	30 (10/10/10)	3 groupes : - SMS - Activité - Contrôle	- GDS - BPM - SPo2 - Interact Short	Avant, pendant, après chaque session de SMS ou activité	SMS = Activité immédiatement après les séances : ↑ parler plus spontanément, qualité des rapports avec les autres, attentifs à leur environnement, actifs / alertes, détendus / contenus. ↓ ennuyés / inactifs. SMS = activité pendant les sessions : Amélioration de leurs paramètres biomédicaux. Pas d'évaluation posttest.
Milev et al. (2008)	Essai contrôlé randomisé, simple insu. Une ou 3 expositions de 30 minutes par semaine pendant 12 semaines.	18 (6/5/7)	3 groupes : - Soins réguliers - Soins régulier + 1x SMS/sem - Soins réguliers + 3x SMS/sem	- DOS - CGI-I	Prétest, à semaine 4, 8 et 12. Suivi 12 semaines après la fin des expositions.	SMS > contrôle : ↑ humeur avec l'augmentation des séances de traitement par semaine. Effet significatif au posttest.
Sánchez, Marante-Moar et al. (2016)	Essai contrôlé randomisé. 2 X 30 minutes par semaine, pendant 16 semaines.	27	3 groupes : - SMS - Activités dirigées - Contrôle	- CMAI - NPI - CSDD - MMSE - BANS-S	Pré, pendant (semaine 8), post (semaine 16, suivi à 8 semaines après la fin.	SMS > contrôle : ↑ amélioration significative au NPI, BANS-S. SMS = contrôle : ↓ agitation au cours de l'intervention. Pas d'effet au posttest.
Sánchez, Maseda et al. (2016)	Essai contrôlé randomisé. 2 X 30 minutes par semaine, pendant 16 semaines.	22 (11/11)	2 groupes : - SMS - Musique	- CMAI - RAID - CSDD - MMSE - BANS-S	Pré, pendant (semaine 8), post (semaine 16, suivi à 8 semaines après la fin.	SMS > contrôle : ↑ amélioration significative au RAID, BANS-S. SMS = contrôle : ↓ agitation après 16 semaines d'interventions. Pas d'effet au posttest.

Staal et al. (2007)	Essai contrôlé randomisé à simple insu. 6 sessions de 25-30 minutes.	24 (12/12)	2 groupes : - Soins réguliers - Soins réguliers + SMS	- PAS - SANS-AD - KI-ADL - RADL - MMSE	1x au prétest, ensuite après chaque session.	SMS > contrôle : ↓ apathie, ↑ agitation. AVQ. Pas d'évaluation posttest.
van Weert et al. (2005a; 2005b)	Quasi-expérimental. Intégration Snoezelen dans les soins 24h/jour pendant un minimum de 3 mois, jusqu'à 15 mois.	61 (29/32)	2 groupes : - SMS par le personnel soignant - Contrôle	<u>2005a</u> - BIP - CMAI - CSDD - Observation vidéo des comportements - Interact - FACE <u>2005b</u> - Observation vidéo : Indicateurs de communication non verbale. - Indicateur de communication verbale (RIAS)	Prétest et posttest à 18 mois	<u>2005a</u> SMS > contrôle pendant l'intervention : ↑ «avoir du plaisir», l'humeur. ↓ «ennuyé/inactif». SMS > contrôle pendant les soins du matin : ↑ bonheur et de plaisir, qualité des interactions avec le personnel de soins, sensibles à la communication, utilisation de phrases de longueur normale. Tristesse, apathie, réticence. <u>2005b</u> SMS > contrôle : ↑ de la communication des infirmières auxiliaires envers les patients, communication, contact visuel, sourires et l'autonomie des résidents. ↓ Désapprobation verbale, colère. Des effets significatifs à long terme n'ont pas été démontrés.
Van Weert et al. (2005)	Quasi-expérimental pendant 18 mois. Intégration Snoezelen 24h/jour	127 (64/63)	2 groupes d'infirmières auxiliaires où les patients recevaient soit: - SMS - Soins usuels	- VBBA - MAS-GZ - NSPP-DC - NSPP-SB - GHQ-12 - MBI-NL	Prétest et posttest à 18 mois	SMS > contrôle : ↓ des problèmes perçus, réactions de stress, épuisement professionnel, problèmes avec les SCPD des résidents (en particulier l'humeur dépressive, la perte de décorum et l'agitation). ↑ satisfaction au travail, qualité des soins et du contact avec les résidents. Pas d'effet au posttest.

*Légende des mesures

ABMI	Agitation Behaviour Mapping instrument	MAS-GZ	Maastricht Work Satisfaction Scale for Healthcare
BANS-S	Bedford Alzheimer Nursing Severity scale	MBI-NL	Maslach Burnout Inventory
BIP	Dutch Behavior Observation Scale for Psychogeriatric In-patients	MMSE	Mini-Mental State Examination
BMD	Behaviour and Mood Disturbance scale	NPI, NPI-ES	Neuropsychiatric Inventory, version équipe soignant
BPM	Battements par minute	NSPP-DC	NIVEL Scale for Perceived Problems in Dementia Care
BRS	Behaviour Rating Scale	NSPP-SB	NIVEL Scale for Perceived Problems with Specific Behaviors
CMAI	Cohen-Mansfield Agitation Inventory	PAS	Pittsburgh Agitation Scale
CGI-I	Clinical Global Impression–Improvement	QEBAGS	Queen Elizabeth Behavioral Assessment Graphical Scale
CSDD	Cornell Scale for Depression in Dementia	RADL	Refined Activities of Daily Living Assessment Scale
DOS	Daily Observation Scale	RAID	Rating Anxiety in Dementia
FACE	Three face diagrams to measure mood	REHAB	Rehabilitation Evaluation
GDS	Global Deterioration Scale	RIAS	Indicateur de communication verbale Roter Analysis System
GHQ-12	General Health Questionnaire	SANS-AD	Scale for the Assessment of Negative Symptoms in Alzheimer's disease
Interact/	Évalue les effets de la SMS auprès de patients atteints de démence,	VBBA	Experience and Assessment of Work
Interact Short	22 ou 12 items.		
KI-ADL	Katz Index of Activities of Daily Living		

Au final, les résultats des études énumérées ci-haut présentent un tableau mitigé de l'utilité de la SMS pour réduire les SCPD. Les résultats de quelques études suggèrent que l'intervention SMS réduit certains SCPD (Maseda et al., 2014a; Milev et al., 2008; Sánchez et al., 2013; Sánchez, Marante-Moar et al., 2016; Sánchez, Maseda et al., 2016; Staal et al., 2007; van Weert & al., 2005a), apporte des bénéfices pour le personnel soignant (van Weert, 2005) et réduit la prise de neuroleptiques combinés à des hypnotiques/sédatifs /anxiolytiques (Boyle, Bell, & Pollock, 2003). Les bénéfices semblent généralement de courte durée. Il est par ailleurs difficile de distinguer l'apport spécifique de la SMS lorsqu'elle est comparée à un autre groupe recevant une autre sorte d'activité ou d'attention particulière. On note par ailleurs que très peu d'études ont examiné les bénéfices potentiels de la SMS sur le recours aux médicaments psychotropes et sur la détresse ressentie par le personnel soignant (retentissement).

Les études effectuées avec rigueur sur le plan méthodologique sont peu nombreuses, ce qui contextualise cette conclusion d'inefficacité relative. Un devis d'étude de cas permettrait une analyse détaillée et approfondie de l'utilité clinique de la SMS pour réduire la fréquence et la sévérité des SCPD, le retentissement sur le personnel soignant, ainsi que la prescription de médicaments psychotropes.

Le protocole de recherche à cas unique est très flexible et il permet de mettre en évidence les différences individuelles en réponse aux effets de l'intervention. Sa portée réside dans l'étendue et la profondeur des renseignements procurés. Une étude systématique de ce genre apportera des connaissances potentiellement transposables dans des études confirmatoires subséquentes, et informera la pratique professionnelle sur les interventions thérapeutiques fondées sur des preuves. La section qui suit élabore davantage sur la pertinence de ce projet de recherche et sur sa méthodologie.

Justification de la présente recherche

Les recommandations de la Coalition Canadienne pour la Santé Mentale des Personnes Âgées soulignent la grande diversité de la population dans les centres de soins de longue durée, et préconisent une approche individualisée, multidisciplinaire et préférablement non pharmacologique (Conn, 2006). Il serait utile de mieux comprendre et de mesurer l'utilité clinique de la SMS chez les patients institutionnalisés, atteints de TNC modéré à sévère, afin de mieux cibler et adapter son utilisation et de justifier l'investissement dans les salles à SMS. L'utilisation de la SMS auprès de personnes atteintes de TNC est à la hausse, il est donc nécessaire d'effectuer des études plus détaillées, dont la méthodologie correspond bien à cette population et à la complexité de leur condition. Avec les restrictions budgétaires, la collaboration interdisciplinaire et la gestion qui caractérise notre système de santé, les professionnels sont appelés à documenter l'efficacité de leurs interventions auprès de leurs patients et à prioriser les pratiques fondées sur des preuves (Sanchez & Turner, 2003).

Le protocole de recherche à double insu avec groupe contrôle est devenu la référence en recherche clinique. Cependant, ce devis de recherche, idéalement composé de grands groupes de participants, est difficilement réalisable en milieu de soins, surtout dans le domaine des études psychologiques (Charras, Gzil, Reintjens, & Frémontier, 2016). Les limites des études contrôlées et avec répartition aléatoire des participants (« randomisées ») deviennent de plus en plus apparentes dans le domaine de la recherche sur l'efficacité d'un traitement psychologique. Wampold et Bhati (2004) soutiennent que ces études ne sont pas toujours adaptées pour la recherche en psychothérapie parce qu'il est impossible pour l'intervenant de ne pas être au courant du traitement administré. Ces études peuvent aussi présenter des problèmes de validité externe, c'est-à-dire la capacité d'appliquer un traitement en situation réelle (Morgan & Morgan,

2009). La plus grande force des études « randomisées » et contrôlées est de démontrer qu'une intervention donnée entraîne un certain résultat en contrôlant les caractéristiques des clients et en les assignant aléatoirement aux différents traitements. Cette restriction méthodologique qui aboutit à un groupe très homogène, a peu de rapport avec la variabilité des clients vus en pratique clinique. Force est de constater que les études sur les bienfaits thérapeutiques de la stimulation multisensorielle ont souvent utilisé de petits échantillons et des groupes contrôles qui se comparaient mal au groupe expérimental (Charras et al., 2016; Chung & Lai, 2009). Dans ce contexte, le devis de recherche expérimental avec groupe contrôle ne représente pas l'idéal compte tenu de l'hétérogénéité dans la présentation de la pathologie dont souffrent les participants, et de la difficulté conséquente de constituer un échantillon de taille suffisante pour un devis de type essai clinique avec assignation aléatoire des participants.

Étant donné le type de participants et la complexité de leur pathologie, des interventions individualisées sont souhaitables. Ainsi, l'application clinique de la SMS varie souvent en forme, en durée et en types d'expositions et de procédure. Ces variations rendent non seulement difficile l'examen de sa valeur thérapeutiques, mais aussi elles entravent le développement clinique de cette forme de thérapie dans les soins d'un TNC. Ainsi, la poursuite de recherches additionnelles afin de recueillir des éléments de preuve supplémentaires, et plus précisément, de répondre à la question « Pour qui et quand la SMS demeure-t-elle bénéfique entre les sessions d'exposition? » est souhaitable. Ces efforts de recherche pourraient par la suite servir de référence pour les professionnels impliqués dans les soins, ainsi que pour ceux engagés dans la recherche.

Le protocole à cas unique représente une alternative intéressante dans le cadre de recherches cliniques et appliquées, surtout lorsque les modalités de mise en œuvre d'une intervention sont mal cernées (Charras et al., 2016). Chambless et Hollon (1998) affirment que

l'efficacité d'une intervention peut aussi bien être démontrée par un protocole de recherche à cas unique que par une étude « randomisée » et contrôlée. En particulier, l'approche à cas unique cadre bien avec les besoins des professionnels qui fournissent presque exclusivement des soins individualisés aux patients (Morgan & Morgan, 2009). Les études à cas unique permettent d'informer la pratique professionnelle sur les interventions thérapeutiques fondées sur des preuves. L'intérêt de cette approche méthodologique réside dans l'étendue et la profondeur des renseignements procurés. Une étude de ce type apportera des connaissances potentiellement transposables dans des études confirmatoires subséquentes, et elle représentera une contribution valable en termes de validité interne. De plus, la flexibilité qu'elle procure en termes d'adaptation de la méthodologie selon les difficultés rencontrées, est un atout compte tenu de la complexité de la maladie des patients et l'imprévisibilité des réactions face aux traitements.

D'autre part, il nous apparaît utile de documenter l'utilisation de la SMS dans le milieu réel de la pratique, comportant un rapport, entre autres, des outils/matériel utilisés, des circonstances et de fréquence d'utilisation, des moments optimaux de la journée, des réactions des patients, et des avantages/inconvénients perçus par les intervenants. Pour cette raison, une première étude a été exécutée visant à recueillir de l'information auprès des intervenants sur l'application de cette approche auprès de patients atteints de TNC dans la région d'Ottawa. Les informations et les résultats recueillis pourront ensuite être partagés entre les centres de soins, afin d'uniformiser et d'améliorer l'intervention auprès des patients et la conception des interventions futures.

Tel que nous l'avons vu plus haut, l'apathie, la dépression et l'agitation représentent les SCPD les plus fréquents et les plus graves sur plusieurs plans : augmentation des médicaments, institutionnalisation prématurée, répercussions négatives sur les aidants/soignants. Le manque

d'équilibre sensoriel, que ce soit la privation ou la surcharge sensorielle, peut jouer un rôle dans la manifestation des SCPD. La SMS se présente comme une méthode convenable dans le but d'essayer d'atteindre un niveau optimal de stimulation, la « sensoristasis ». La seconde étude de cette recherche vise à vérifier si une intervention thérapeutique de type SMS a un effet positif sur ces SCPD les plus prévalents (l'agitation, l'apathie, et l'humeur dépressive), sur le niveau de retentissement sur le personnel soignant, ainsi que sur la fréquence d'administration de médicaments psychotropes chez des participants atteints de TNC modéré à sévère.

Étude 1 : Enquête régionale auprès des utilisateurs des salles à SMS

Méthodologie

Cette étude a été effectuée auprès des utilisateurs des salles de type Snoezelen dans la région d'Ottawa. Elle vise à préciser pourquoi et comment ces salles sont utilisées avec des patients atteints de TNC dans les résidences pour personnes âgées de la région. Cette étude va procurer des informations sur l'appréciation des utilisateurs, sur leur perception de l'utilité et de la faisabilité de cette approche auprès de leur clientèle âgée démente.

Questions de recherche. De quelles façons sont utilisées les salles de type Snoezelen dans la région d'Ottawa?

- a. Quels équipements sont utilisés et comment?
- b. Pour quels types de patients atteints de démence l'approche semble-t-elle bénéfique? Dans quelles circonstances?
 - i) Pendant que le patient est agité, apathique, calme, semble triste?
- c. Quelles sont les paramètres d'utilisation? (situations, moment de la journée, jour de la semaine, fréquence d'utilisation)

- d. Quels sont les avantages/inconvénients perçus par les aidants qui utilisent cette forme d'intervention?
- e. Quels sont les défis? Problèmes? Obstacles?

Participants. Trente-deux résidences de la région d'Ottawa ont été contactées afin de déterminer si l'approche Snoezelen auprès de personnes atteintes de TNC était utilisée dans leur institution. Pour être incluse dans cette étude, la résidence devait disposer d'une salle de type Snoezelen ou avoir accès à cet équipement et utiliser sa salle/l'équipement Snoezelen avec des patients atteints de TNC. Il ressort que la ville d'Ottawa compte 19 résidences qui utilisent l'approche multisensorielle Snoezelen avec leurs résidents. Huit résidences à Ottawa ont accepté de participer à l'entrevue et de compléter le questionnaire de ce projet de recherche, suite à la sollicitation de la chercheuse principale (voir script de recrutement dans l'annexe 1). Il s'agit de la Résidence Saint-Louis, le Carlingview Manor, le Manoir Laurier, le Centre d'accueil Champlain, le Hillel Lodge, la résidence Madonna, le Garry Armstrong et le Revera Montfort. Une résidence additionnelle, le Longfield Manor, a accepté de remplir le questionnaire seulement. Un total de neuf intervenantes ont été interviewées (deux intervenantes simultanément à la résidence Garry Armstrong), dont huit femmes et un homme. Puisque les intervenants regroupent presque exclusivement des femmes, les termes « intervenantes ou participantes » sont utilisés pour désigner l'ensemble des intervenantes et de l'intervenant qui ont participé à notre étude. Trois participantes sont francophones et six anglophones.

Recrutement. La participation à cette première étude était strictement sur une base volontaire. Les candidates ont été contactées par la chercheuse, après discussion et approbation du directeur des soins de la résidence en question. Des notes ont été prises pendant tout le processus du recrutement par la chercheuse. L'identité des intervenantes est restée confidentielle.

Des codes ont été utilisés afin de protéger leur identité et masquer l'appariement entre les résidences et les résultats obtenus.

Consentement. Les exigences de chaque site, en termes d'approbation éthique, ont été prises en compte. Les participantes ont signé un formulaire de consentement avant de participer à l'étude (voir annexe 2). Le projet a été approuvé par le comité d'éthique en recherche (CER) de Soins Continus Bruyère avant le début de la collecte des données (Bruyère REB Protocol # M16-13-036).

Procédure. Après lecture et signature du formulaire de consentement par la participante, l'objectif de l'étude et le déroulement de la rencontre ont été expliqués par la chercheuse, qui a aussi répondu aux questions des participantes. Un questionnaire ad hoc (voir annexe 3) a été complété par les utilisatrices de la salle ou des équipements Snoezelen, afin de recueillir de l'information sur leur protocole d'utilisation. Une fois le questionnaire complété, une entrevue individuelle semi-structurée (voir annexe 4) a été conduite par la chercheuse principale. L'entrevue a été enregistrée à l'aide d'un magnétophone. L'entrevue une fois terminée, les participantes ont été remerciées de leur participation. Les entrevues ont duré entre 20 et 60 minutes.

Instruments pour la collecte de données. Le questionnaire maison comprend des questions ouvertes, dichotomiques, et à choix multiples de type Likert (voir annexe 3). Il comporte un total de 13 questions et il a été complété par les participantes avant le début de l'entrevue semi-structurée. Une version anglophone de ce questionnaire a aussi été créée.

Un canevas d'entrevue a été utilisé afin de diriger les entrevues semi-structurées avec les intervenantes et de s'assurer d'une certaine homogénéité à l'égard de l'information recueillie. Un exemplaire du canevas se trouve dans l'annexe 4.

Analyses

Analyse des réponses au questionnaire. Des statistiques descriptives ont été appliquées pour analyser les données ordinales de type Likert, telles que le calcul de la médiane et de la variabilité des fréquences (Jamieson, 2004). Ces données sont de nature non paramétrique. Un tableau de fréquences résume les données catégorielles, nominales, et ordinales. Des pourcentages ont aussi été calculés, afin d'effectuer des comparaisons entre les résidences de la région. Les réponses aux questions ouvertes seront résumées pour chaque résidence. Des codes (R1 à R9) ont été assignés de manière aléatoire aux résidences et sont utilisés pour présenter les résultats, afin de conserver l'anonymat et de respecter la confidentialité.

Procédure pour le codage des données qualitatives. L'approche choisie pour l'analyse des contenus des entrevues est celle de la théorisation ancrée. La théorie ancrée (« Grounded theory ») est une méthode développée par Glaser & Strauss (1967), dont l'objectif est d'élaborer une théorie à partir de l'analyse des données qualitatives recueillies. Elle est considérée comme une approche inductive, contrairement à la méthode hypothético-déductive. Des construits théoriques sont développés en organisant les thèmes sous formes de concepts plus abstraits. Le terme construit théorique désigne un concept abstrait qui permet d'organiser différents thèmes à l'intérieur du contexte/de l'infrastructure théorique. Auerbach et Silverstein (2003) ont développé une procédure par étapes pour générer une théorie fondée sur les données recueillies sur le terrain, procédure que nous avons utilisée pour l'analyse des contenus des entrevues semi-structurées (voir l'annexe 5 pour la description des étapes de cette méthodologie).

Le verbatim de chaque entrevue a été transcrit sur l'ordinateur à l'aide d'un logiciel de traitement de texte, et révisé par la chercheuse. Celle-ci a procédé ensuite à l'identification des textes pertinents, c'est-à-dire le triage du texte, afin de rendre le verbatim plus concis et se

limiter au texte pertinent. Les sections des verbatims qui s'apparentent aux questions et objectifs de recherche ont été copiées et sauvegardées dans un fichier séparé afin d'en faciliter l'analyse. Le verbatim intégral et original a été conservé afin de pouvoir s'y référer ultérieurement.

Chaque verbatim a été codé indépendamment par deux codeuses, la chercheuse principale (C1) et une étudiante pré-diplômée (C2). Elles ont procédé ensuite à l'identification des idées répétées à l'intérieur des textes pertinents, pour chaque participante et chez les différentes participantes. Les mots et/ou les phrases qui se répètent et qui expriment une même idée générale, en lien avec les questions et objectif de recherche, ont été identifiés de manière indépendante par les codeuses, pour aboutir à une liste. Les codeuses se sont ensuite rencontrées, en présence d'un autre chercheur (C3), qui n'a pas participé à l'identification initiale des idées répétées, afin de réviser les listes respectives d'idées répétées, et de dresser la liste finale par consensus. Les listes des idées répétées étaient très similaires entre les codeuses, avec environ 75% de concordance. C1 a par la suite dressé la liste maîtresse des idées répétées qu'elle a partagée avec C2, afin de procéder indépendamment à l'identification des thèmes. Un ensemble de thèmes a été créé, chacun des thèmes regroupant une liste d'idées répétées communes/semblables. C1 et C2 ont soumis indépendamment à C3 leur liste de thèmes. Il faut noter que C3 n'a pas participé à l'identification des thèmes. Se basant uniquement sur les listes des thèmes soumises par C1 et C2, C3 a dressé un tableau comparatif de l'ensemble des thèmes avec l'ajout d'une colonne visant à identifier la liste finale des thèmes. L'équipe s'est rencontrée afin d'étudier ce tableau, comparer les listes et exprimer les raisonnements personnels ayant guidé le choix des thèmes, pour en arriver à une liste finale par consensus. Comme on peut le voir sur le Tableau 11 dans la section résultats, il y avait d'entrée de jeu un grand chevauchement entre les thèmes qui ont été identifiés de façon indépendante par C1 et C2.

Enfin, l'organisation de l'ensemble des thèmes sous formes d'idées plus globales donne lieu à l'émergence de construits théoriques («theoretical constructs»), suivant la formulation des auteurs de cette méthode d'analyse qualitative (Auerbach & Silverstein, 2003). Ces construits théoriques représentent l'utilisation des salles/l'équipement de type Snoezelen dans la région d'Ottawa, et synthétisent les points saillants dans le contexte de l'objectif et des questions de recherche. C'est la chercheuse principale qui a procédé à l'organisation des thèmes en construits théoriques.

Résultats

Réponses au questionnaire. Cinq participantes (56%) rapportent que leur institution dispose d'une salle ou d'équipements Snoezelen depuis six ans et plus, deux indiquent depuis trois à cinq ans, une depuis moins d'une année, et finalement une intervenante rapporte ignorer depuis combien de temps. Au niveau de la fréquence d'utilisation de la salle ou de l'équipement (Tableau 2), plus de la moitié des répondants rapportent que la salle est utilisée régulièrement (une à deux fois par semaine) ou occasionnellement (une à trois fois par mois). En termes de fréquence moyenne d'utilisation par mois, deux des intervenantes indiquent 20 à 30 fois, et deux indiquent une à deux fois. Six intervenantes rapportent que la durée moyenne des sessions d'exposition est de 20 à 45 minutes, et trois indiquent de deux à 19 minutes.

Tableau 2

Fréquence d'utilisation de la salle ou de l'équipement (Question 2)

Fréquence	Nombre d'intervenantes
Rarement (moins de 11 fois par année)	1 (11%)
Souvent (3 à 6 fois par semaine)	1 (11%)
Très souvent (au moins 1 fois par jour)	1 (11%)
Occasionnellement (1 à 3 fois par mois)	2 (22%)
Régulièrement (1 à 2 fois par semaine)	4 (44%)

Le tableau 3 présente les circonstances de l'utilisation de la salle ou des équipements Snoezelen avec les résidents. L'agitation est rapportée par toutes les neuf intervenantes et l'anxiété/stress et la tristesse/dépression, par la majorité d'entre elles. L'agressivité et la fatigue sont mentionnées par environ un tiers des répondantes. L'apathie n'est mentionnée que par une minorité de répondantes. D'autres circonstances ont été nommées par seulement une répondante, telles que l'apathie, lorsqu'un résident est physiquement incapable de participer aux programmes d'activités et lorsque le résident manque de stimulation.

Tableau 3

Circonstances d'utilisation de la salle Snoezelen pour l'ensemble des répondants (question 4)

Circonstances	Nombre d'intervenantes
Calme	0
Apathique	2 (22%)
Fatigué/épuisé	3 (33%)
Agressif	4 (44%)
Triste/déprimé	5 (56%)
Anxieux/stressé	7 (78%)
Agité	9 (100%)

La question 5 demande si les préférences sensorielles des résidents sont évaluées et enregistrées dans leur dossier, et si oui, de préciser la méthode. Cinq intervenantes (56%) rapportent que les préférences sensorielles sont évaluées et enregistrées au dossier du résident. Quatre (44%) d'entre elles ont précisé la méthode utilisée : l'information est documentée dans le plan de soins (3 ; 33%) ; c'est documenté dans un registre dédié à l'utilisation de la salle Snoezelen (1 ; 11%). La question 6 demande si les sessions sont organisées et planifiées en fonction des préférences du résident (en termes d'équipements et de stimulation sensorielle). Un tiers des intervenantes a répondu « toujours », un tiers « souvent » et le dernier tiers « parfois ». Le tableau 4 résume les utilisateurs de la salle ou de l'équipement Snoezelen. Toutes les intervenantes en activités/loisirs les utilisent, suivies par les préposés aux soins des résidents (5 ; 56%), les visiteurs (3 ; 33%) et les bénévoles (3 ; 33%).

Tableau 4

Utilisateurs de la salle et/ou des équipements pour l'ensemble des répondants (Question 7)

Utilisateurs	Nombre d'intervenantes
Ergothérapeutes/physiothérapeutes	0
Infirmiers	1 (11%)
Visiteurs	3 (33%)
Bénévoles	3 (33%)
Préposés aux soins	5 (56%)
Intervenants en loisirs	9 (100%)

Les deux tiers des répondants indiquent avoir personnellement reçu une formation spécifique sur l'approche Snoezelen et l'utilisation de l'équipement. Cinq des six intervenantes ont précisé la nature de la formation reçue et/ou le formateur en question : la maison Ronald McDonald par l'entremise du Collège Algonquin; une formation sur l'équipement « Train the

trainer program »; une formation offerte par le distributeur Flaghouse; et finalement Michel Thérioux (récréologue et formateur/membre de l'Association Québécoise des Intervenants en Approche Snoezelen). La moyenne d'années d'expérience d'utilisation d'une salle ou d'équipements Snoezelen pour l'ensemble des intervenantes est de six ans, avec une médiane de quatre ans.

La question 10 demande au répondant combien de résidents peuvent être dans la salle Snoezelen en même temps. Parmi les huit intervenantes qui ont répondu, deux indiquent 1 seul résident, deux disent 2, deux mentionnent 4, une indique 6 et finalement une intervenante rapporte jusqu'à 15. Le tableau 5 nous donne de l'information sur les types de salles que l'on retrouve dans les résidences qui participent à l'étude. Deux résidences n'ont pas de salle spécifique, mais utilisent tout de même de l'équipement dédié à la SMS et l'approche Snoezelen.

Tableau 5

Types de salle (Question 11)

Type	Nombre d'intervenantes
Chambre blanche	1 (11%)
Chambre sombre	2 (22%)
Absence de salle Snoezelen	2 (22%)
Un mélange des deux précédentes	4 (44%)

Les paragraphes qui suivent décrivent les équipements que l'on retrouve dans les résidences, triés par type de stimulation sensorielle, ainsi que le degré d'utilité selon les intervenantes. Le tableau 6 résume l'inventaire de l'équipement visant la stimulation visuelle. Les équipements les plus fréquents sont les suivants: lampes à couleurs/lueurs variées (8 ; 89%), les tube à bulles (7 ; 78%), les projecteurs avec ou sans disque de rotation (7 ; 78%), les lampes à

fibres optiques (7 ; 78%). Une échelle graduée de 0 à 10, où 0 signifie « complètement inutile » et 10 signifie « indispensable » est utilisée afin d'indiquer le degré d'utilité perçu par les intervenantes. Huit des neuf participantes ont évalué le degré d'utilité. La moyenne est de 8.75 avec une médiane de 9, ce qui indique que les équipements visant la stimulation visuelle sont considérés comme presque indispensables par les répondantes.

Tableau 6

Types d'équipements visant la stimulation visuelle (Question 12)

Équipement	Nombre d'intervenantes
Mobiles	1 (11%)
Boule disco	2 (22%)
Plantes	2 (22%)
Décalques muraux	2 (22%)
Aquarium	3 (33%)
Clavier à couleurs variées	3 (33%)
Photos/images	4 (44%)
Miroir(s)	4 (44%)
Étoiles ou autres objets qui brillent dans le noir	5 (56%)
Tube à bulles	7 (78%)
Projecteur	7 (78%)
Projecteur avec disque à rotation	7 (78%)
Lampe à fibres optiques	7 (78%)
Lampes à couleurs/lueurs variées	8 (89%)

Le tableau 7 rapporte les équipements visant la stimulation auditive. Les équipements les plus fréquents sont les suivants : Disques de musique de détente (9 ; 100%), les disques avec sons de la nature (8 ; 89%), et un système de son / lecteur de disque compact/ Mp3 (6 ; 67%). Le degré d'utilité moyen est de 9.22 pour l'ensemble des intervenantes avec une médiane de 9, ce

qui indique que les équipements visant la stimulation auditive sont considérés presque indispensables par les répondantes.

Tableau 7

Types d'équipements visant la stimulation auditive (Question 12)

Équipement	Nombre d'intervenantes
Disque avec une histoire racontée	0
Disque qui émet un bruit neutre (<i>white noise</i>)	2 (22%)
Fontaine d'eau	2 (22%)
Disques de musique rythmée	2 (22%)
Instruments de musique	3 (33%)
Système de son / lecteur de DC, Mp3	6 (67%)
Disques avec sons de la nature	8 (89%)
Disques de musique de détente	9 (100%)

Le tableau 8 rapporte les équipements visant la stimulation tactile. Les équipements que l'on retrouve le plus sont les suivants : Tissus/papiers texturés, les objets en peluche (toutou), une couverture et les massages (mains, pieds, tête ou dos) (5 ; 56%). L'utilisation de balles ou ballons texturés est aussi mentionnée par presque la moitié des intervenantes (4 ; 44%). L'utilisation de poupées a été ajoutée par trois intervenantes. Le degré estimé d'utilité moyen est de 7.78 pour l'ensemble des intervenantes avec une médiane de 8, ce qui indique que les équipements visant la stimulation auditive sont considérés utiles, sans toutefois être indispensables.

Tableau 8

Types d'équipements visant la stimulation tactile (Question 12)

Équipement	Nombre d'intervenantes
Tapis	0
Chaise avec dossier qui vibre	1 (11%)
Coussin qui vibre	1 (11%)
Objets à textures variés	2 (22%)
Coussin	2 (22%)
Rideau texturé	2 (22%)
Balle antistress	3 (33%)
Balles ou ballons texturés	4 (44%)
Objets en peluche (toutou)	5 (56%)
Couverture	5 (56%)
Massages (mains, pieds, tête ou dos)	5 (56%)
Tissus/papiers texturés	5 (56%)

Le tableau 9 indique la fréquence des équipements visant la stimulation olfactive. Toutes les intervenantes rapportent que leur institution possède des fournitures pour aromathérapie (9 ; 100%). Les autres équipements que l'on retrouve le plus sont les odeurs/parfums spécifiques (5 ; 56%), les huiles naturelles (5 ; 56%) et le diffuseur (4 ; 44%). Le degré estimé d'utilité moyen est de 6.89 pour l'ensemble des intervenantes avec une médiane de 8, ce qui indique que les équipements visant la stimulation olfactive sont considérés comme relativement utiles.

Tableau 9

Types d'équipements visant la stimulation olfactive (Question 12)

Équipement	Nombre d'intervenantes
Crayons feutres parfumés	1 (11%)
Fines herbes	2 (22%)
Diffuseur	4 (44%)
Huiles naturelles	5 (56%)
Odeurs/parfums spécifiques	5 (56%)
Crèmes, savons, huiles	7 (78%)
Fournitures pour aromathérapie	9 (100%)

Le tableau 10 résume les meubles utilisés dans les résidences, servant à la stimulation multisensorielle. La présence d'une causeuse/sofa confortable est rapportée par presque la moitié des intervenantes.

Tableau 10

Meubles utilisés pour la stimulation multisensorielle (Question 12)

Équipement	Nombre d'intervenantes
Chaise vibrante	1 (11%)
Chaise de massage	1 (11%)
Bibliothèque	1 (11%)
Chaise berçante	2 (22%)
Chaise inclinable	2 (22%)
Tapis	2 (22%)
Causeuse/sofa confortable	4 (44%)

La question 13 du questionnaire demande quels sont les équipements les plus utilisés. Le tableau 11 résume l'ensemble des réponses. Les équipements les plus utilisés sont les tubes à bulles (5 ; 56%), les fibres optiques (4 ; 44%) et le projecteur (3 ; 33%). Ces trois équipements font partie de la catégorie de la stimulation visuelle, ce qui est consistant avec le degré d'utilité rapporté par les intervenantes pour cette forme de stimulation (considéré presque indispensables).

Tableau 11

Équipements les plus utilisés pour chaque résidence

Résidence	Équipements
R1	Projecteur, tube à bulles, téléviseur, lecteur de DVD
R2	Fibres optiques, tube à bulles, musique, toutou, lumières de différentes couleurs, poupée, Ipad
R3	Sofa, lumière de tout genre, textures (coussin, couverture, ballon, peluche)
R4	Balles texturées, objets colorés, activité de triage d'objets
R5	Tube à bulles, projecteur d'images, fibres optiques, musique, aromathérapie
R6	Tube à bulles, projecteur, fibres optiques
R7	Fibres optiques, tube à bulles
R8	Tous les équipements
R9	Tous utilisés régulièrement

En résumé, une faible majorité, soit 56% des intervenantes, rapportent que leur institution dispose d'une salle ou d'équipements Snoezelen depuis six ans et plus. La durée moyenne des sessions d'exposition est de deux à 45 minutes. L'agitation est la seule circonstance d'utilisation rapportée par toutes les intervenantes, tandis que l'apathie n'est mentionnée que par une minorité de répondantes. Pour ce qui est des utilisateurs, très peu d'intervenantes rapportent que les visiteurs et les bénévoles se servent de l'équipement, l'approche est donc appliquée

principalement par les intervenantes en activités. Les deux tiers des répondants indiquent avoir personnellement reçu une formation spécifique sur l'approche Snoezelen et l'utilisation de l'équipement. Les équipements que l'on retrouve le plus dans les résidences participantes sont les lampes à couleurs/lueurs variées, les tube à bulles, les projecteurs avec ou sans disque de rotation et les lampes à fibres optiques (7 ; 78%). Finalement, la stimulation auditive est considérée la plus utile par les intervenantes.

Analyse qualitative des entrevues. Les 21 idées répétées identifiées par les codeuses C1 et C2 sont présentées à l'annexe 6, avec les extraits d'entrevues correspondants. Les deux premières colonnes du Tableau 12 rapportent les thèmes dans lesquels ces idées répétées ont été regroupées, indépendamment, par les deux codeuses, en utilisant leurs propres termes. On voit que C1 a dégagé six thèmes et C2 neuf. La troisième colonne du tableau 12 présente la liste définitive des 6 thèmes, déterminée par consensus entre les trois codeurs, avec les idées répétées qui en font partie. Le thème A correspond aux thèmes 1 des deux codeuses. Le thème B correspond au thème 2 de C1 et aux thèmes 3 et 9 de C2. Le thème C correspond au thème 3 de C1 et 7 de C2. Le thème D correspond au thème 4 de C1 et 3 de C2. Le thème E correspond aux thèmes 5 de C1 et 5 et 6 de C2. Enfin le thème F correspond au thème 6 de C1 et 4 de C2. Quatre construits théoriques ont émergé de ces six thèmes, tel que présenté au Tableau 13. Ces construits théoriques seront élaborés dans la discussion.

Tableau 12

Liste des thèmes élaborés par C1 et C2 menant à la liste définitive des thèmes

C1*	C2**	Liste définitive***
1. L'utilité de Snoezelen pour symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (1, 2, 3, 7, 8, 14, 20)	1. Sert à calmer l'agitation (1)	A. L'utilité de Snoezelen pour symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (1, 2, 3, 7, 8, 14, 20)
2. Les enjeux logistiques associés à l'utilisation de l'approche Snoezelen (4, 5, 11)	2. Snoezelen améliore l'humeur du résident (2, 3, 14, 20)	B. Les défis logistiques de l'utilisation de l'approche Snoezelen (4, 5, 11)
3. Le lien entre l'approche Snoezelen et l'utilisation des capacités cognitives (15, 18)	3. Les ressources manquent (4, 5, 12, 17)	C. Effets sur le fonctionnement cognitif (15, 18)
4. Les obstacles à l'utilisation de l'approche (12, 17, 19)	4. Snoezelen est une approche centrée sur la personne (9)	D. Les obstacles à l'utilisation de l'approche (12, 17, 19)
5. Il existe une grande variabilité dans l'utilisation de l'approche Snoezelen (6, 10, 13, 16, 21)	5. Il y a de fortes variations dans les applications de Snoezelen (6, 21).	E. Grande variabilité dans les utilisations de l'approche Snoezelen (6, 10, 13, 16, 21)
6. L'approche Snoezelen relève de l'approche humaniste et centrée sur la personne (9)	6. Snoezelen est appliqué de manière variée dans les résidences (8, 10, 13, 16, 19)	F. Snoezelen exige d'être à l'écoute des préférences individuelles et des besoins spécifiques (9)
	7. Snoezelen améliore les capacités cognitives (15, 18)	
	8. Snoezelen produit des bénéfices au personnel et aux autres résidents (3, 7, 8)	
	9. Les questionnaires encouragent l'utilisation de Snoezelen (11)	

*Codeuse 1 : chercheuse principale.

**Codeuse 2 : étudiante sous-graduée.

***Liste définitive des thèmes élaborée par consensus entre C1, C2 et C3 (chercheur qui n'a pas participé à l'identification initiale des idées répétées).

Tableau 13

Construits théoriques, thèmes et idées répétées

	% *
1. La portée de l'approche Snoezelen	
<u>Thème A : L'utilité de Snoezelen pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.</u>	82%
Idée répétée 1 – Sert à calmer, réduit l'agitation	100%
Idée répétée 2 – Snoezelen pour favoriser la relaxation.	75%
Idée répétée 3 – Utile pour distraire les résidents.	88%
Idée répétée 7 – Bénéfices pour les autres	100%
Idée répétée 8 - L'effet Snoezelen et ses bénéfices sont de courte durée.	100%
Idée répétée 14 – Sert à réduire l'agressivité du résident.	63%
Idée répétée 20 - Sert à améliorer l'humeur du résident.	50%
<u>Thème C : Les effets sur le fonctionnement cognitif</u>	63%
Idée répétée 15 – La méthode Snoezelen améliore les capacités cognitives	38%
Idée répétée 18 – Favorise le rappel de souvenirs du passé, les rôles du passé, stimule la mémoire	88%
2. Les contraintes de l'utilisation de l'approche Snoezelen	
<u>Thème B : Les défis logistiques de l'utilisation de l'approche Snoezelen</u>	92%
Idée répétée 4 – Les défis logistiques associés à l'application optimale de Snoezelen	88%
Idée répétée 5 – L'importance d'avoir le- bon- matériel/manque de ressources matérielles	88%
Idée répétée 11 – Le degré d'appui par les gestionnaires des résidences pour cette forme d'intervention est variable.	100%
<u>Thème D : Les obstacles à l'utilisation de l'approche</u>	50%
Idée répétée 12 – Importance de la formation pour utiliser l'approche Snoezelen	75%
Idée répétée 17 – L'utilisation de l'approche Snoezelen exige des ressources en temps et en main d'œuvre.	50%
Idée répétée 19 – Réactions négatives des résidents face à Snoezelen ou les indices d'absence d'utilité clinique rapportées par les intervenants.	25%
3. Snoezelen est une approche non standardisée	
<u>Thème E : Grande variabilité dans les utilisations de l'approche Snoezelen</u>	90%
Idée répétée 6 – La méthode privilégiée pour stimuler les sens des résidents (variabilité dans chaque institution)	100%
Idée répétée 10 – Le moment de la journée le plus propice pour l'utilisation de Snoezelen peut varier	88%
Idée répétée 13 – L'utilisation de la salle/équipement Snoezelen varie d'une résidence à une autre.	100%
Idée répétée 16 – Les circonstances d'utilisation ou d'arrêt de l'utilisation sont variables selon la résidence.	75%
Idée répétée 21 – Une méthode qui incorpore d'autres approches, toujours avec l'objectif de stimuler les sens	88%
4. Snoezelen est une approche humaniste, centrée sur la personne	
<u>Thème F : L'approche Snoezelen exige d'être à l'écoute des préférences individuelles et des besoins spécifiques.</u>	100%
Idée répétée 9 – Les interventions Snoezelen exigent une approche centrée sur la personne et de la flexibilité de la part de l'intervenant	100%

*Pourcentage des participantes qui ont mentionné cette idée et ce thème

Pour aider à la compréhension nous présentons les résultats selon les thèmes dégagés. Les thèmes sont présentés dans l'ordre de leur inclusion au sein de leur construit théorique respectif.

Construit théorique 1 : La portée de l'approche Snoezelen.

Thème A : L'utilité de Snoezelen pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Tel qu'indiqué dans le Tableau 13, la très grande majorité (82%) des intervenantes ont mentionné l'utilité de l'approche Snoezelen pour les SCPD, tant au niveau des résidents qui manifestent les symptômes (idées répétées 1, 2, 3, 14 et 20), des bénéfices pour l'entourage (idées répétées 7), et de la durée de l'effet Snoezelen sur les SCPD (idées répétées 8).

Idée répétée 1 : Sert à calmer, réduit l'agitation. Tel qu'indiqué dans le Tableau 13, tous les intervenants ont mentionné que l'utilisation de l'approche Snoezelen semble avoir un effet calmant sur les résidents agités. Entre autres, plusieurs mentionnent utiliser cette forme d'intervention lorsque les résidents démontrent de l'agitation, et que l'approche les aide à se calmer.

R1 : « Les résidents agités, qui ont démence plus sévère. La salle semble leur changer les idées, et les mettre dans une atmosphère de tranquillité. On voit la différence. »

R2 : « J'ai remarqué que les femmes avec le bébé, c'est quelque chose de vraiment beau. Il y a une dame avec qui c'est très difficile quand elle est agitée, mais quand on lui présente le bébé, elle devient calme, elle lui parle. C'est tellement beau. »

R4: « I've never seen adverse effects on any resident, always had benefits, helps with behavior and agitation. It may not completely cease the behavior, but it does during the intervention. »

Idée répétée 2 : Snoezelen pour favoriser la relaxation. Les trois-quarts des intervenants mentionnent l'aspect relaxant de l'approche Snoezelen.

R3 : « ... on les amène là et ça les calme et ça enlève leur concentration du « pourquoi je suis ici? », à « wow c'est bien beau ici ». Ça les aide de cette façon, et puis à date, la clientèle qu'on a, c'est la seule approche qu'on a à utiliser pour le moment. C'est une stimulation de détente. Ça aide et ça fait vraiment une différence. »

R6 : « It's a place where they have time to relax, and it's focusing on them, and if they end up falling asleep it's fine, they can relax, because I think they feel safe. The residents who use it seem to enjoy being there. »

Idée répétée 3 : Utile pour distraire les résidents. 88% des personnes interviewées rapportent l'utilité de l'approche Snoezelen pour distraire les résidents.

R1 : « C'est pour les deux...les plus agités et les gens qui ont beaucoup plus de démence, même si la personne n'est pas agitée, tu vois que la personne a besoin de petit changement, on l'amène dans la salle ça fait toute une différence, ça change ses idées, dans la même dans une atmosphère de tranquillité de pensée. »

R3 : « ... c'est surtout pour les résidents confus, insécures, et ça semble les distraire pour le temps qu'ils sont là. Ensuite ils partent, et ils semblent plus calmes. C'est comme s'il y avait l'effet d'un petit ange à côté d'eux qu'il leur dit que tout est correct et les rassure. »

R7 : « Definitely, if we had a room, we definitely would, the resident... maybe... if... it's a resident that is wandering or exit-seeking...you know...someone who just needs to be distracted from wanting to go away...you know...to get away and redirect their thoughts...but definitely, whoever wants to partake in, we don't turn anybody away. »

Idée répétée 7 : Bénéfices pour les autres. Toutes les intervenantes sans exception font mention des bénéfices que l'approche Snoezelen peut avoir pour les autres. D'ailleurs, une des sept intervenantes rapporte des bénéfices pour les membres du personnel qui utilisent eux-mêmes la salle pour avoir un répit des SCPD des résidents, et l'ensemble des autres intervenantes mentionnent des bénéfices pour l'entourage du résident qui manifeste des SCPD.

R2 : « C'est bon pour le résident, et bon pour le personnel, ils vont devenir moins « annoyed ». Diminue le fardeau pour eux. »

R4: « ... when it helps with behaviors, then definitely helps staff because the residents are less agitated, are more collaborative for care, not wondering, would be the biggest behavior that you'd want to stop. »

R7: « Even the nursing staff likes to come in. They appreciate the lights, the equipment, and they find it relaxing. »

Idée répétée 8 : L'effet Snoezelen et ses bénéfices sont de courte durée. Toutes les personnes interviewées sans exception relatent que la durée de l'effet bénéfique de Snoezelen sur les SCPD est de courte durée, c'est-à-dire qu'il ne se prolonge pas après le jour même de l'exposition. Deux des intervenantes précisent que la durée de l'effet est aussi influencée par l'environnement auquel le résident est exposé suivant l'intervention.

R3 : « Je sais que pour les personnes confuses, après on dirait ils vont marcher, tu vois que pour un certain temps, ça semble les avoir beaucoup aidé, mais ne dure pas plus que la journée. Je ne pense pas que l'impact dure plus longtemps, c'est plus temporaire, pour gérer une crise, ou un instant de confusion. »

R5 : « It would vary from day to day, they might be calm for the rest of day, or they

might come right back up, on depending who's around. It could come right back so it always depends on the person and the day... »

R8: (How long do the effects last?) « It's very difficult to say... En premier lieu, all relaxed and had a nice time in here... the leave the room. They feel happy and they're feeling calm, and then they go on to the main area and someone pushes or hits them... but let's assume that doesn't happen, and the rest of the environment is relatively calm, then they will have a very pleasant day, then it can definitely last into the rest of the day and into the evening. »

Idée répétée 14 : Sert à gérer l'agressivité du résident. Presque les deux-tiers des interviewées rapportent que l'approche Snoezelen peut servir à la gestion de l'agressivité du résident.

R2 : « Une résidente que je trouve moins agressive dans la salle, et avec elle j'ai vu une amélioration dans son comportement qui semble se maintenir. Essaie plus de cracher sur moi, ou de dire que les policiers vont venir me chercher. Elle semble avoir pris goût à passer du temps dans la salle. »

R3 : « Ça peut être dangereux quand un résident devient agressif; pour les autres résidents et pour les employés. Donc si on peut éviter une situation d'un résident qui frappe une autre personne, donc aussi utile pour éviter les situations dangereuses. »

Idée répétée 20 : Sert à améliorer l'humeur du résident. La moitié des personnes interviewées mentionnent qu'elles observent que les interventions multisensorielles semblent améliorer l'humeur des résidents exposés.

R6 : « For example for wondering behaviors, they will just go back to wondering, but I

did notice that they tend to be friendlier. I think of a resident in particular, her vocals seem to be more positive when she comes out. I noticed that it seems to put them in a better mood. »

R8: « Let's say they are all relax and had a nice time in here, they leave the room... they feel happy and they're feeling calm... »

Thème C : Les effets sur le fonctionnement cognitif. Tel qu'indiqué dans le Tableau 13, pratiquement les deux-tiers des intervenantes ont rapporté des effets bénéfiques sur le fonctionnement cognitif des résidents exposés à l'approche Snoezelen. Les idées répétées 15 et 18 se retrouvent sous ce volet.

Idee répétée 15 : La méthode Snoezelen améliore les capacités cognitives. 38% s'accordent pour dire que l'approche Snoezelen semble améliorer les capacités cognitives.

R2 : « Et quand j'ai commencé à lui présenter le bébé, « that was amazing ». J'ai demandé à sa fille ce qu'elle aimait, et sa fille m'a répondu que ce qu'elle aimait c'était d'être notre mère. J'ai vu une amélioration de sa concentration, plus compétitive dans des activités de groupes. »

R8 : « One lady, she hadn't spoken in so many years and we learned from the family that her favorite thing was sugar pie. She loved to make sugar pie, she had a special recipe. So what we did... is we got together mixing bowls some of the kitchen utensils that you would use, and we got the recipe from the family, and even though she wasn't really responding that much from the beginning, we read off the recipe that family provided and we tried to recreate that experience of making the sugar pie with her, and after that experience, she began talking again... because we made the sugar pie, she tasted it... she also had to taste... and we also

had the family coming, it was like a social setting. It was a lot of fun to do it but it had a profound effect on her because it was customized to her, that's one of the most important things, and the most important memories she had. »

Idée répétée 18 : Favorise le rappel de souvenirs du passé, les rôles du passé, stimule la mémoire. Presque tous les répondants (88%) rapportent que l'exposition à l'approche Snoezelen favorise le rappel de souvenirs du passé, des rôles qu'ils ont occupés dans le passé, ou semble stimuler la mémoire.

R2 : « Et quand j'ai commencé à lui présenter le bébé, « that was amazing ». J'ai demandé à sa fille ce qu'elle aimait, et sa fille m'a répondu que ce qu'elle aimait c'était d'être notre mère. J'ai vu une amélioration de sa concentration, plus compétitive dans des activités de groupes. »

R4 : « One resident, tried once to give the textured ball to a resident, first time she didn't really want to use it, and second time, she was using the textured ball, rolling it on her own. A good month later, she still knew how to use it. You knew what she was doing, and able to use it and enjoy it. »

R8: « ... when you're speaking with them, the question might be: what areas have you traveled to? What areas do you feel happiest? And if the person says "well you know I went to France one time" ... Then, I will get a DVD on travel to France. So I might bring different areas of France; we could bring some baguette, Swiss cheese, if they like wine, some French wine, we will have French music (Charles Aznavour) ... so we tried to make it multisensory. They will taste the food, listen to the music and visually see the film on France... »

Construit théorique 2 : Les contraintes de l'utilisation de l'approche Snoezelen.

Thème B : Les défis logistiques de l'utilisation de l'approche Snoezelen. Tel qu'indiqué dans le Tableau 13, 92% des intervenants ont mentionné que l'utilisation de cette approche implique sa part de défis logistiques, qui peuvent nuire à son application optimale, qui démontrent l'importance de l'accès à des ressources matérielles (pas toujours disponibles), et qui peuvent être influencés par le degré d'appui par les gestionnaires de la résidence.

Idée répétée 4 : Les défis logistiques associés à l'application optimale de Snoezelen. Presque toutes les personnes interviewées (88%) rapportent la présence de défis logistiques associés à son application optimale.

R2 : « J'aurais préféré qu'elle soit centrale et plus accessible à l'ensemble des résidents et les familles, car présentement elle est sur une unité fermée. »

R7 : « the downfall of having a cart, when you have a resident who might need the Snoezelen equipment and you don't have a room you could just bring them into and everything is set up. Now we need to prepare the cart and space. It's more time consuming for us. »

Idée répétée 5 : L'importance de disposer du bon matériel/manque de ressources matérielles. Le même pourcentage élevé de répondants (88%) ont mentionné que les ressources matérielles à leur disposition sont soit désuètes, soit insuffisantes.

R1 : « Une nouvelle chaise, plus d'espace, des chaises adaptées avec vibrations, d'autres lumières, avoir plus de fibres optiques. »

R5 : « we don't have those big comfy rocking chairs to sit in, and it's kind of a work in progress, ...»

R6 : « The tactile board, we need a better one. It's worn out. More tactile would be good

for our room. We do have great visuals; like a bubble tube, projector with different options. »

Idée répétée 11 : Le degré d'appui par les gestionnaires des résidences pour cette forme d'intervention est variable. À la question « Avez-vous l'impression que cette intervention est encouragée dans la résidence comme partie intégrante des soins aux résidents? » la majorité a rapporté que l'approche est encouragée, une personne a affirmé que c'est une activité exigée pour répondre aux besoins sensoriels, tandis qu'une intervenante a exprimé que ce n'est pas encouragé.

R1 : « Les gestionnaires ici encouragent l'utilisation. On m'encourage souvent, la stimulation visuelle et sensorielle. »

R2 : « Non. Pas du tout. Parce que les gens ne le connaissent pas, ou ne savent pas c'est où. L'éducation serait bénéfique. »

R4 : « Yes, it's a required activity to meet sensory needs (psychosocial). It's really encouraged for sure. »

Thème D : Les obstacles à l'utilisation de l'approche. La moitié des intervenantes interviewées rapportent des obstacles pouvant limiter l'utilisation optimale de l'approche. D'ailleurs, plusieurs ont mentionné avoir reçu peu ou pas de formation sur l'application de cette approche. Certains évoquent que la formation devrait aussi être offerte à un plus large éventail de travailleurs dans la résidence, voire même aux membres de la famille, afin d'assurer une plus grande continuité dans l'exposition aux résidents qui en bénéficient. Comme il s'agit d'une approche qui est individuelle, les ressources en temps et en main-d'œuvre représentent un défi, tel que mentionné par les intervenantes. Quoiqu'elles semblent plutôt rares, certaines réactions

négatives de la part des résidents ou indices d'absence d'utilité clinique de l'intervention ont été rapportés par quelques interviewées.

Idée répétée 12 : Importance de la formation pour utiliser l'approche Snoezelen. Les trois-quarts des répondants ont fait mention de l'importance de recevoir une formation pour favoriser l'utilisation, ou la qualité de celle-ci.

R2 : « *Notre salle Snoezelen serait plus utile si elle était mieux aménagée, avec plus de personnel qui pourrait l'utiliser, et qu'ils auraient reçu la formation.* »

« *Il y a un manque de communication et d'éducation. Ça devrait être dans la formation du nouveau personnel, et dans la formation continue du personnel actuel.* »

R3 : « *On n'a pas eu de formation sur snoezelen de notre employeur, mais c'est quelque-chose qui serait bon à avoir, et nous motiverait à l'utiliser davantage.* »

R6 : « *It would be better if more people had training to use it, even the family members and companions.* »

Idée répétée 17 : L'utilisation de l'approche Snoezelen exige des ressources en temps et en main d'œuvre. La moitié des intervenants ont fait référence aux ressources exigées en temps et en main d'œuvre associées à l'application de cette approche.

R2 : « *Obstacles personnels seraient le temps, le staff, c'est pas mal ça. Le manque d'équipement aussi, ce serait plus le fun d'avoir autre chose. Budget, équipement et temps. Parfois aussi que les membres du staff ne savent pas ou qu'ils n'ont pas le training, si ce n'était pas juste moi, il y aurait plus de continuité dans l'utilisation.* »

R6 : « *Personally I can't do it for prolonged periods of time, because it tires me, it's*

draining, especially if they're agitated. Sometimes it's easier. »

Idée répétée 19 : Réactions négatives des résidents face à Snoezelen ou les indices d'absence d'utilité clinique rapportés par les intervenants. Un quart des personnes interviewées ont mentionné des réactions négatives de la part des résidents lorsqu'ils sont exposés à certains équipements, ou à la présence d'un miroir dans la salle Snoezelen.

R6 : « Some of them are happy just touching and looking at the fibre optics, and some residents are afraid of them. I tell them that they stay cool, but I wonder if they are afraid to get burned, I'm not really sure, but they are a few residents are very aversive to the fiber optics. »

« There have been some residents who react negatively to the mirrors, because they don't recognize themselves and will think someone else is in the room watching them. »

R7: « more people don't want to touch the lights because they think it's hot... it's one thing I have noticed from the residents... they don't want to touch because they think it's hot.... If you can pass it, you're kind of showing them it's not hot... »

Construit théorique 3: Snoezelen est une approche non standardisée.

Thème E : Grande variabilité dans les utilisations de l'approche Snoezelen. La grande diversité dans l'application de l'approche Snoezelen émerge à travers les différentes résidences, tant au niveau des méthodes utilisées, du moment de la journée où elle est appliquée, de l'utilisation de la salle ou de l'équipement, des circonstances d'utilisation ou de cessation, et de l'incorporation d'autres approches thérapeutiques dans le but de stimuler les sens. Cette variabilité est manifeste dans les réponses de 90% des interviewées.

Idée répétée 6 : La méthode privilégiée pour stimuler les sens des résidents (variabilité dans chaque institution). Toutes les personnes interviewées illustrent la diversité dans l'utilisation des méthodes visant la stimulation sensorielle, ainsi que leur perception des préférences des résidents.

R2 : « La musique. C'est là que je trouve que je vais chercher le plus de monde. »

R3 : « Je trouve que ce qui a eu le plus de wow factor, c'est la musique et le projecteur.

Juste le fait de voir des étoiles tomber sur le mur, c'est la première chose qu'ils remarquent. Les lumières, on a tous vu ça. »

R5 : « Well, I do think it's the lights...I find... for the sensory purpose, the visual, the lights always have a big impact. They love just to play with the fiber optics...so they can just pass it through their fingers, just touch them, I just find it always just brightens up the atmosphere. For the visual purpose, the fiber optics are wonderful, and the projector too. »

R6: « Generally what people like the best is the bubble tube. There are exceptions but generally it is the favorite. »

R8: « ...but also food plays an important role in the Snoezelen experience, because they taste. »

Idée répétée 10 : Le moment de la journée le plus propice pour l'utilisation de Snoezelen peut varier. 88% des intervenants mentionnent leurs impressions sur le moment de la journée le plus propice pour l'utilisation de cette approche. L'ensemble des réponses des interviewées démontrent une certaine divergence.

R1 : « Après 15h00 heures, plus agités. Peut-être à cause du changement dans les quarts de travail, ou le sundowning. »

R3 : « Meilleur moment de la journée..., je ne sais s'il y a un moment, ça varie à chaque cas et résident. Il y en a que leur médicament peut avoir un impact sur leur comportement, donc on peut l'appliquer en fonction des comportements attendus. Mais sinon, il n'y a pas un temps en tant que tel, selon moi. »

R5 : « The mornings work best, we find in the morning works much better because many residents take naps in the afternoon or like to be quiet in their rooms. Or around the sundowning time will work, like from 3-5 o'clock. »

Idée répétée 13 : L'utilisation de la salle/équipement Snoezelen varie d'une résidence à une autre. Tous les intervenants ont répondu à la question suivante : « Est-ce que la salle est utilisée pour d'autres fins que nous n'avons pas discutées? ». De plus, quatre interviewés ont abordé cette question au moment de répondre à d'autres questions. Il existe une certaine variabilité dans l'utilisation de la salle ou de l'équipement (deux des résidences n'ont pas de salle Snoezelen).

R3 : « Présentement non (pas utilisée pour autre chose). C'est rare qu'on va voir quelqu'un à l'intérieur pour faire autre chose que de bénéficier de l'équipement. Les familles l'utilisent aussi, et amène leur parents passer du temps dans la salle.»

R5 : « Right now, it is on a schedule because this room is used for many other purposes, like the religious services. »

« Yes (used for other purposes), religious ceremonies, the rosary, masses, sometimes to sit the overflow of people when we do lunches. »

Idée répétée 16 : Les circonstances d'utilisation ou d'arrêt de l'utilisation sont variables selon la résidence. Les trois-quarts mentionnent les circonstances d'utilisation ou d'arrêt de

l'application de l'approche auprès des résidents, ou les critères de sélection des résidents. Il existe une variabilité entre les résidences.

R2 : « Ceux qui ont un comportement plus acceptable. S'ils ont tendance à crier ou se taper sur la tête, ne semblent pas en bénéficier autant. Plus facile avec résidents qui ont encore habiletés sociales, et qui sont capable de rester pour une activité. Leur degré de réceptivité a une influence, ou à certaines stimulations »

R4 : « For me I would say the residents that are not physically able to participate, the ones that are advanced in their dementia, not as mobile, who seem locked in their bodies that can just stare. »

R5: « I try to keep for people that never have visitors, or that they don't like to be in a group because of behaviors, so we try to know who is gonna really benefit more, who is more agitated in the morning, who just need break from people being around the... »

Idée répétée 21 : Une méthode qui incorpore d'autres approches, toujours avec l'objectif de stimuler les sens. La quasi-totalité des répondantes (88%) font référence à l'utilisation d'autres approches dans leur application des interventions Snoezelen.

R4 : « I bring my dog in for pet therapy, the staff sees a difference because the residents aren't as agitated. They are calmer for the entire day. It's unbelievable. Pet therapy has the longest benefit. »

R6: « If they seem interested by the fish, I'll ask them questions about their experiences with fish and try to get memories going. And if they want to tell stories I'll let them tell stories. »

R8: « It's all about across the board.... I have seen people that are so low functioning...

you don't think they would be able to interact or do anything... but... for example, with the horticulture program, I help them to pick up the seeds with their fingers, with the end of their finger, I help them pick up the seed, and bring them over to the earth... and they know they feel touching the earth and then they started do it in their own if they're able to do it, but they really react very very positively to the horticultural program. »

Construit théorique 4 : Snoezelen est une approche humaniste, centrée sur la personne.

Thème F : L'approche Snoezelen exige d'être à l'écoute des préférences individuelles et des besoins spécifiques. Ce thème occupe une place importante dans les résultats de l'analyse des verbatims, puisqu'il a été mentionné par tous les participants et à répétition pendant les entrevues. L'idée répétée de ce thème comporte un nombre saillant de citations. L'application de l'intervention Snoezelen auprès de patients atteints de démence semble exiger des interventions individualisées, dans une approche centrée sur la personne et non sur un problème, une maladie ou un symptôme particulier.

Idee répétée 9 : Les interventions Snoezelen exigent une approche centrée sur la personne et de la flexibilité de la part de l'intervenant.

R1 : « Si la personne ne semble pas aimer ça, ou n'a pas de changement, pas d'effet calmant. On cherche les avantages pour chaque résident. Il y a certains résidents qui n'aiment pas lorsque la chambre est sombre ou trop noire, et ils veulent quitter. Alors je ne vais pas les forcer non plus. Je me base sur leurs réactions verbales et non verbales, le changement dans le visage. »

R2 : « Patience, il ne faut pas forcer nos idées, il faut écouter la personne devant soi, le

fait d'avoir de l'information collatérale à propos des résidents, pour favoriser les préférences des résidents, il faut être attentif à la personne, quand tu vois que quelque chose fonctionne, le faire et juste continuer. C'est bon d'essayer de nouvelles choses, mais en temps important d'aller chercher la stimulation qui va chercher la personne, sa préférence. »

R3 : « Il faut être capable de lire entre les lignes, de voir à quel point ou comment ça affecte le résident. Il faut être à l'écoute. Il faut être logique et de porter attention au body langage et de se fier sur comment le résident réagit. »

R5 : « First to be able to be patient and empathic to their feels and needs. You need to adapt to your patients and be creative, you have to be adaptive, it's a person-centered program, and it's not the same for everyone. »

R6: « Id' say the purpose depends on the resident. »

R7: « I think that it's very individualized... »

R8: « It's really about adapting to each specific person... You have to learn the most that you can about each resident. You have to build a questionnaire of your own, to learn as much as possible about that person; what are some of the rituals that they had when they were living at home, like going to Tim Hortons on Sundays or did they have the family over, what did they eat? What are their favorite foods? Taste sensations are so important. »

Discussion de l'étude 1

Cette recherche, effectuée auprès d'intervenantes qui utilisent des salles de type Snoezelen dans la région d'Ottawa, visait à préciser pourquoi et comment ces salles sont utilisées avec des patients atteints de TNC dans les résidences de soins de longue durée. Huit résidences

ont accepté de participer à l'entrevue et neuf intervenantes ont complété le questionnaire de ce projet de recherche. En suivant la méthode d'analyse des contenus des entrevues semi-structurées d'Auerbach et Silverstein (2003), l'ensemble des 21 idées répétées ont été regroupées en six thèmes qui ont été ensuite organisés en termes d'idées plus globales, ce qui a abouti à l'élaboration de quatre construits théoriques (voir Tableau 13). Ces construits théoriques nous informent sur l'utilisation des salles et de l'équipement de type Snoezelen dans la région d'Ottawa. Dans la section qui suit, ces quatre construits théoriques sont discutés en lien avec l'objectif et les questions de recherche. Les réponses au questionnaire sont aussi commentées en correspondance avec les construits théoriques respectifs.

La portée de l'approche Snoezelen. Ce construit rassemble les thèmes A (L'utilité de Snoezelen pour les SCPD) et C (Les effets sur le fonctionnement cognitif), eux-mêmes comportant en tout neuf des 21 idées répétées. Ce construit occupe une place prépondérante compte tenu de la quantité d'idées répétées qu'elle comporte, et l'information qu'elle transmet à propos de l'étendue de l'effet de la SMS. L'élaboration de ce construit nous éclaire plus précisément sur les types de patients pour qui l'approche semble bénéfique, les circonstances d'utilisation ainsi que les avantages perçus par les aidants qui utilisent cette forme d'intervention. Ce construit nous permet de constater la portée de l'approche multisensorielle, non seulement pour une variété de SCPD (et leur impact sur le résident et son entourage), mais aussi sur ses effets potentiels sur le fonctionnement cognitif. Ici nous pouvons faire le parallèle avec la théorie de « sensoristasis » de Kovach (2000), qui souligne le rôle des facteurs environnementaux dans le déclenchement des SCPD et l'importance d'un équilibre sensoriel selon les besoins individuels. En effet, certains auteurs stipulent qu'une stimulation trop faible est reliée à une

détérioration du fonctionnement cognitif et à l'exacerbation des SCPD (Behrman et al., 2014; Kovach & Wells, 2002).

L'idée répétée 1 (sert à calmer, réduit l'agitation), est rapportée comme une circonstance d'utilisation par toutes les intervenantes qui ont répondu au questionnaire, et à travers les entrevues. L'agitation est le SCPD sur lequel la SMS est la plus efficace selon les intervenantes et le motif d'utilisation le plus fréquent. Ceci correspond aux résultats de la majorité des études empiriques sur l'utilité clinique de l'approche (par exemple, Sánchez, Marante-Moar et al., 2016; Staal et al., 2007), malgré quelques voix discordantes qui ne rapportent pas de résultats significatifs de l'intervention multisensorielle sur l'agitation (par exemple, van Weert et al., 2005a).

L'idée répétée qui souligne la courte durée des bénéfices/effets est incluse dans le construit, compte tenu qu'elle nous informe sur la durée de la portée de l'approche. Les impressions des intervenantes quant à la courte durée de l'effet de la SMS appuient les résultats de plusieurs études qui ont tenté d'examiner le maintien des bénéfices dans le temps après l'exposition (Baker et al., 2003; Hensman, Mudford, Dorrestein, & Brand, 2015; Maseda et al., 2014a; Sánchez, Marante-Moar et al., 2016; Sánchez, Maseda et al., 2016). Une revue systématique sur les traitements psychosociaux chez les personnes atteintes de TNC a conclu que les avantages de l'intervention sur les SCPD tendent à se dissiper rapidement avec le temps (O'Connor, Ames, Gardner, & King, 2009). Par conséquent, l'espoir que des expositions répétées à un traitement permettraient de consolider les bénéfices au moment du suivi, pourrait être une approche à encourager.

Le fait que toutes les intervenantes ont mentionné des bénéfices de l'approche pour les autres personnes constitue une observation importante, compte tenu de l'impact des SCPD sur le

personnel soignant. Il est bien documenté que les SCPD contribuent à l'épuisement professionnel, au stress ressenti au travail et à la charge de travail (Fischer et al., 2012; Gauthier et al., 2010; van Weert et al., 2005). Pourtant, une seule étude a été effectuée pour examiner l'impact de la SMS sur ces variables (van Weert et al., 2005). L'application d'interventions pour alléger le fardeau émotionnel vécu par le personnel soignant qui travaillent auprès de résidents atteints de déficits cognitifs sévères, est une question importante. Notre étude rejoint donc celle de van Weert et al. (2005) en soulignant les bénéfices potentiels de la SMS pour le personnel soignant.

Alors que, comme nous l'avons revu plus haut, l'apathie et l'humeur dépressive sont des SCPD rapportés comme parmi les plus fréquents dans le TNC modéré et sévère, seulement 50% des intervenantes ont fait référence à l'utilité de Snoezelen pour améliorer l'humeur, et aucune n'a mentionné l'apathie. Ceci est discordant, vu l'impact de ces SCPD sur l'entourage. Il est documenté que ces SCPD contribuent à une diminution de la qualité de vie des patients et des aidants (Banerjee et al., 2006; de Oliveira et al, 2015; Shin et al, 2005). Il n'en reste pas moins que les réponses aux questionnaires suggèrent que l'apathie (22%) et l'humeur dépressive (56%) ne sont pas les principaux motifs d'application de la SMS.

Le thème C (Les effets sur le fonctionnement cognitif) a été élaboré à partir des idées répétées 15 (La méthode Snoezelen améliore les capacités cognitives) et 18 (Favorise le rappel de souvenirs du passé, les rôles du passé, stimule la mémoire). Trois intervenantes ont rapporté des améliorations dans les capacités cognitives, soit au niveau d'une amélioration de la capacité à se concentrer, à utiliser l'équipement, et à s'exprimer verbalement. Ces observations contrastent avec les études qui ont examiné l'effet de la SMS sur le fonctionnement cognitif, et qui n'ont pas trouvé de changement significatif (Baker et al., 2003; Maseda et al., 2014a;

Sánchez, Marante-Moar et al., 2016). L'information recueillie des entrevues et de cette analyse qualitative peut justifier une investigation plus détaillée de l'effet bénéfique potentiel de la SMS sur le fonctionnement cognitif.

Les contraintes de l'utilisation de l'approche Snoezelen. Ce construit est composé des thèmes B (Les défis logistiques de l'utilisation de l'approche) et D (Les obstacles à l'utilisation), eux-mêmes correspondant à un total de 6 idées répétées. Ce construit théorique reflète les difficultés associées à l'utilisation de l'approche dans les résidences. Les verbatims et les informations recueillies par le questionnaire démontrent que les intervenantes reçoivent peu ou pas de formation pour l'utilisation de l'approche. C'est dommage, surtout quand on considère le coût important associé à l'investissement dans ces ressources. Dans les entrevues la majorité des intervenantes affirment que l'approche est encouragée par leur gestionnaire. C'est positif, compte tenu de l'importance de répondre aux besoins sensoriels de manière individualisée, mais cela contraste avec les restrictions budgétaires imposées sur l'achat d'équipements ou sur la main d'œuvre, et aussi avec le manque de formation offerte aux employés.

Bien que l'idée répétée 19 (réactions négatives, indices d'absence d'utilité clinique) soit la moins fréquente/présente de l'ensemble des idées, elle fournit une information précieuse sur les interventions/équipements qui fonctionnent moins bien, ou qui provoquent une réaction plutôt négative. La crainte que les fibres optiques soient chaudes ou brûlantes est rapportée par deux intervenantes. La réaction négative au miroir, rapportée par une intervenante, n'est pas surprenante puisque cela est documenté (Gaudet et al., 2011). La présence d'un miroir dans la salle Snoezelen est surprenante puisqu'il est habituellement déconseillé, et cela démontre le besoin de transfert des connaissances entre les résidences qui utilisent cette approche, afin de

partager cette information et diminuer le risque de réaction aversive. Il est remarquable qu'aucune personne interrogée ne mentionne l'apparition de réactions indésirables.

Snoezelen est une approche non standardisée. Ce troisième construit a été développé à partir du thème E (Grande variabilité dans les utilisations de l'approche), ce dernier regroupant cinq idées répétées qui démontrent bien la grande diversité dans l'application des interventions Snoezelen. Ce thème de la diversité dans l'utilisation de l'approche revient fréquemment dans la littérature de recherche. Cette variabilité complique la comparaison des études dans le domaine, et rend difficile la reproduction des études. Les études effectuées sur l'approche multisensorielle critiquent l'hétérogénéité dans son application dans les différentes études qui tentent d'évaluer son utilité clinique (Charras et al., 2016; Chung & Lai, 2009). D'ailleurs, Bauer et son équipe ont effectué une enquête sur l'utilisation de l'intervention SMS dans les résidences auprès de personnes âgées souffrant de TNC dans une ville en Australie (Bauer, Rayner, Koch, & Chenco, 2012). Ils ont conclu de la nature eclectique, improvisée et non standardisée dans l'utilisation de l'approche. Il ne semble pas exister de méthode standard d'utilisation, et l'incorporation d'autres types d'interventions dans la SMS est bien documentée (Baillon et al., 2004; Cox et al., 2004).

Cette diversité est reflétée aussi dans notre étude. La procédure d'utilisation varie énormément d'une résidence à l'autre à l'intérieur de cette recherche (une méthode non standardisée), ce qui rend presque impossible l'évaluation et la détermination des «meilleures pratiques». De plus la combinaison ou l'intégration d'autres approches (réminiscence, zoothérapie, horticulture, etc.) semble courante, toujours dans le but de stimuler les sens. Avec une définition aussi large de l'approche Snoezelen, il est très difficile de déterminer ce qu'il y a de spécifique à l'approche qui contribue aux soins aux personnes souffrant de TNC. Le manque de formation à l'approche Snoezelen, mentionné par plusieurs intervenantes, pourrait d'ailleurs

être un facteur favorisant l'hétérogénéité des pratiques par l'adoption pragmatique de multiples stratégies. Effectivement, la stimulation multisensorielle est souvent délivrée par le personnel qui a ou peu ou pas de formation sur l'utilisation thérapeutique de Snoezelen. Il y a rarement d'évaluation formelle routinière des interventions menées (Bauer et al., 2012).

À ce jour, très peu a été écrit sur l'évaluation, la formulation de cas, et la mise en œuvre de traitement SMS (Staal, Pinkney, & Roane, 2003). Staal (2012) a tenté d'élaborer un cadre thérapeutique à l'usage de la SMS pour personnes atteintes de TNC (*Functional analytic multisensory environmental therapy* : FAMSET), fondé sur la théorie et la pratique de l'approche comportementale (Finnema, Rose-Marieoes, Ribbe, & Van Tilburg, 2000). Ce document pourrait être une information utile à partager auprès des utilisateurs afin de guider la pratique et l'application.

Malgré la variabilité dans l'identification du moment de la journée le plus propice pour appliquer la SMS (idée répétée 10), certains ont mentionné au moment du syndrome crépusculaire. Le phénomène du syndrome crépusculaire est communément rapporté. Il consiste en la manifestation de confusion et de SCPD plus marqués à la fin d'après-midi ou en début de soirée (Canevelli et al., 2016; Gauthier et al., 2010). L'étude effectuée par Brodaty et ses collaborateurs (2001) a documenté que le personnel en soins infirmiers travaillant le quart de travail de soirée notait une plus grande incidence de psychose, d'hallucinations, d'une perturbation des activités diurne chez les résidents, comparativement à leurs collègues de jour (Brodaty et al., 2001). Il n'est donc pas surprenant que les intervenantes en fassent mention puisque ce phénomène est bien documenté. L'utilité clinique de la SMS pour diminuer ce syndrome n'a cependant pas été étudiée.

Malgré l'absence d'une approche standardisée, la stimulation auditive est estimée comme « presque indispensable » par toutes les intervenantes dans leurs réponses au questionnaire. Ceci était aussi consistant dans l'analyse des verbatims et corrobore les idées répétées où la musique préférée des résidents est largement utilisée et semble efficace pour calmer les résidents. En outre, des études ont démontré que des patients qui ont été autorisés à écouter leur musique préférée ont montré une réduction de leur niveau d'agitation (Pedersen, Andersen, Lugo, Andreassen, & Sütterlin, 2017; Sánchez et al., 2016), d'agressivité (Lin et al., 2011), ou des SCPD de manière générale (Jensen & Padilla, 2017; Sakamoto, Ando, & Tsutou, 2013).

Snoezelen est une approche humaniste, centrée sur la personne. Ce construit théorique comprend le thème F (L'approche Snoezelen exige d'être à l'écoute des préférences individuelles et des besoins spécifiques) et une idée répétée. Il occupe une place prépondérante dans la mesure où toutes les personnes interviewées sans exception ont évoqué l'importance, voire la nécessité de prioriser les besoins et les préférences individuelles dans l'application de cette approche. Il faut remarquer que ce thème est ressorti spontanément et très fréquemment dans les réponses aux différentes questions d'entrevue, alors que ni le canevas d'entrevue, ni le questionnaire n'incluait de question spécifique sur ce point.

Ce construit théorique renvoie à la philosophie de soins autres que pharmacologiques, l'approche centrée sur la personne, préconisée par les instances compétentes (Coalition Canadienne pour la Santé Mentale des Personnes Âgées, 2014), et appuyée par des études dans le domaine (Bauer et al., 2015; Bidewell & Chang, 2011; Conn et al., 2006; Edvardsson, Winblad, & Sandman, 2008; Herrmann, Gauthier, & Lysy, 2007; Jensen & Padilla, 2017; Lykkeslet, Gjengedal, Skrandal, & Storjord, 2014). La plupart des participantes ont répondu dans le questionnaire que les préférences des résidents sont considérées avant de les exposer, ce

qui va dans le sens d'une approche centrée sur la personne. L'évaluation et la documentation des préférences avant d'exposer un résident à un programme de stimulation sensorielle jouent un rôle important pour favoriser une expérience positive et l'utilité clinique de l'intervention (Cui, Shen, Ma, & Wen, 2017; Hensman et al., 2015; Sánchez, Marante-Moar et al., 2016).

Il est surprenant de constater que seulement deux des neuf répondantes ont mentionné, dans le questionnaire, qu'un seul résident est exposé à la fois. Ceci semble difficile à concevoir compte tenu de l'importance accordée à l'utilisation d'une approche centrée sur la personne. Il est possible que l'absence d'une salle consacrée uniquement à l'approche multisensorielle, ou bien le manque de ressources en temps et en main d'œuvre, explique l'exposition de plus d'un résident à la fois. D'ailleurs, Bauer et al. (2015) mentionnent que l'application de Snoezelen dans les institutions pour personnes âgées se fait souvent en groupe, faute de ressources, de temps et d'espace.

Limitations de l'étude 1. Les intervenantes ont participé à cette recherche sur une base volontaire, et par conséquent, elles peuvent ne pas être représentatives de tous les utilisateurs de l'approche Snoezelen dans la ville d'Ottawa. Il est possible que l'importance qu'elles accordent aux soins centrés sur la personne, et que leur volonté de partager leurs pratiques, soient plus élevées comparativement aux autres intervenantes ou institutions de la région. Ces attitudes peuvent avoir infléchi positivement leur perception de la méthode Snoezelen, et biaisé leurs réponses en faveur des attentes supposées de la recherche. D'un autre côté, il est plausible que le nombre de contraintes à l'utilisation de l'approche Snoezelen soit plus grand dans les résidences qui ont refusé de participer.

La nature des questions de l'entrevue qui était relativement structurée ont potentiellement influencé les réponses des intervenantes. Si les questions avaient été plus ouvertes, différents

types de données auraient peut-être émergé. Des études ultérieures sur l'utilisation de Snoezelen, sur une plus grande échelle, sont nécessaires pour vérifier l'exactitude des résultats, et leur généralisation à d'autres utilisateurs de l'approche Snoezelen.

Recommandations émanant de l'étude 1. En termes de recommandation pour des recherches futures, il aurait été pertinent d'inclure une question sur l'investissement monétaire et les coûts associés à l'utilisation de cette approche dans chaque institution. La créativité dans l'organisation de l'espace ou de l'achat d'équipement dédié à la SMS peut représenter une économie considérable.

En termes de recommandations pour la pratique, le partage de cette information serait utile pour les autres utilisateurs et représenterait peut-être un incitatif à son application. La SMS ne requiert pas nécessairement les équipements les plus sophistiqués pour être efficace et appréciée par les personnes exposées (Cui et al., 2017; van Weert et al., 2005). Si la popularité de Snoezelen et d'autres interventions multisensorielles est compatible avec le passage à une approche plus holistique et centrée sur la personne, les institutions doivent porter une attention particulière à la mise en œuvre des interventions dans la formation du personnel, des preuves de l'utilité clinique et de la sécurité thérapeutique. Le suivi, la documentation et l'observation des résidents qui reçoivent l'intervention est cruciale, tout comme la nécessité d'offrir de la formation au personnel chargé de leur administration. Il serait optimal d'encourager la formation du personnel quant à l'application de la SMS, pour maximiser l'utilisation de l'équipement, les bénéfices aux résidents ainsi qu'à l'entourage.

Nous avons vu plus haut que la littérature de recherche identifie l'apathie, l'agitation et la dépression comme les SCPD les plus prévalents et souligne leur impact sur les soignants. L'étude 1 appuie ces points. En effet les intervenants de la région d'Ottawa interviewés

indiquent aussi que ces problèmes sont des indications majeures pour l'utilisation de la SMS.

Examinons maintenant empiriquement dans quelle mesure la SMS est efficace dans l'atteinte de ces cibles.

Étude 2 : Utilité clinique d'une intervention multisensorielle de type Snoezelen sur les SCPD, le retentissement et l'utilisation de médicaments psychotropes avec des patients âgés atteints de TNC.

Méthodologie

Questions de recherche. L'intervention de type stimulation multisensorielle (SMS) a-t-elle un effet positif sur les SCPD les plus prévalents, c'est-à-dire l'agitation, l'apathie, et l'humeur dépressive, sur le retentissement (perturbation sur les occupations professionnelles) de ces SCPD sur le personnel soignant, ainsi que sur la fréquence d'administration de médicaments psychotropes chez des participants atteints de TNC modéré à sévère ?

Protocole de recherche. Une étude prospective, avec un protocole basé sur l'introduction puis le retrait de traitement, de type $A_1 B A_2$, a été utilisé avec un échantillon de patients souffrant de TNC-MA en milieu de soins de longue durée. Le choix de se limiter aux patients atteints de la MA provient du fait qu'il s'agit de la forme la plus fréquente de TNC en Amérique du Nord chez les personnes âgées de plus de 65 ans et qu'elle représente une source majeure de morbidité et de mortalité chez cette population (Mitchell et al., 2009; Jensen & Padilla, 2017).

La méthode $A_1 B A_2$ est un protocole à séries temporelles destinée à tester l'efficacité des méthodes spécifiques, d'interventions, d'outils ou des technologies. Elle est fréquemment utilisée dans le cadre de recherches cliniques (Revault d'Allonnes, Plaza, & Giami, 1999). Elle

est appropriée pour vérifier l'utilité clinique d'une intervention, en mettant en évidence s'il existe (ou non) une relation fonctionnelle entre l'intervention et les comportements visés. Ce protocole permet d'effectuer des observations inter-sujets et de suivre les fluctuations chez un même participant à travers le temps. La possibilité d'ajuster l'intervention selon la préférence du patient et ses caractéristiques personnelles (préférence au niveau des équipements pour la SMS, la nature de sa psychopathologie, etc.) est un avantage non négligeable de cette méthode.

L'effet de l'intervention a été examiné en alternant le niveau de base (A) et l'intervention de type SMS (B). La méthode $A_1 B A_2$ permet d'évaluer le cours temporel (tendances, stabilité). Ce type de protocole implique une période/intervalle pendant laquelle on prend une mesure de niveau de base (A_1), administre un traitement (B) et puis retire le traitement (A_2). L'interprétation des données s'appuiera sur la direction et l'ampleur des changements observés d'une phase à l'autre. Les variables dépendantes (niveaux d'apathie, d'agitation, de dépression, retentissement sur le personnel soignant et prescription des médicaments) ont été évaluées pendant chaque phase A et B. Dans un devis avec lignes de base multiples à travers les participants, comme dans la présente étude, la ligne de base (Phase A) a une durée différente pour chaque participant. L'intervention (Phase B) ne débute pas au même moment dans le temps. On mesure donc l'effet de l'intervention thérapeutique à des moments différents. Le changement du comportement doit apparaître après l'intervention, pour que l'on puisse affirmer qu'il y a eu un effet spécifique de l'intervention sur le comportement en question. L'avantage principal de ce type de protocole réside dans la validité interne et l'interprétation de l'utilité de l'intervention (variable indépendante), le participant étant son propre contrôle. Elle permet d'attribuer des changements dans les variables dépendantes à la variable indépendante, en réduisant l'influence du hasard, du

rôle de facteurs externes, ou les interprétations alternatives pour expliquer l'effet de l'intervention.

Hypothèses. L'intervention de type SMS pendant la phase d'exposition réduira: l'agitation, l'apathie, l'humeur dépressive des participants, ainsi que le degré de retentissement sur le personnel soignant, et l'administration de médicaments psychotropes et analgésiques aux patients. Ces effets se maintiendront à 6 ainsi qu'à 12 semaines après la dernière exposition. La décision d'étendre le suivi à 12 semaines se base sur les résultats de l'étude de Milev et al. (2008).

Participants. Les participants proviennent de la Résidence Saint-Louis, un établissement de soins de longue durée dans la région d'Ottawa, muni d'une salle de type Snoezelen. Cette résidence fait partie de Soins Continus Bruyère, une organisation qui offre un milieu de vie qui préconise les soins de la personne toute entière en mettant l'accent sur ses besoins médicaux et humains.

En premier lieu, les patients atteints de la MA, présentant des SCPD et n'ayant jamais été exposés à la SMS, ont été identifiés par l'intervenante en loisirs thérapeutiques et l'infirmière en chef de l'unité de soins spécialisés. Ensuite la chercheuse principale, en collaboration avec l'infirmière, a administré l'Échelle de détérioration globale (GDS) afin de déterminer ceux qui étaient atteints de démence modéré-sévère (score = 6) versus sévère (score = 7). Le GDS est décrit dans la section des instruments de mesure. Douze participants ont été recrutés, entre les mois de mars et juin 2014, et le consentement a été obtenu pour leur participation dans l'étude. Un code a ensuite été assigné à chacun des participants. L'équipement Snoezelen a été présenté aux membres de la famille, au besoin. Trois participants ont été éliminés de l'étude pour des raisons de difficulté d'accès régulier à l'information nécessaire pour remplir l'Inventaire

neuropsychiatrique (NPI-ES), et deux sont décédés avant le début de la phase B. Le NPI-ES est décrit dans la section des instruments de mesure. Sept participants ont donc pris part à l'étude.

Critères d'inclusion et d'exclusion. Les critères d'inclusion sont les suivants: être diagnostiqué avec un TNC-MA (diagnostic apposé au dossier médical suite à une évaluation neuropsychologique approfondie), être âgé de 65 ans et plus, ne jamais avoir été exposé à la thérapie SMS. Les participants devaient obtenir un score minimal à au moins une des sous-échelles suivantes du NPI-ES : l'indice de dépression (>6), l'agitation (>0) et l'apathie (>0) (Cummings et al., 1994), et obtenir un score entre 6 et 7 à l'Échelle de détérioration globale (GDS) (6 = démence sévère ; 7 = démence sévère) (Reisberg, Ferris, De Leon, & Cook, 1982). La sévérité de la maladie des cas cliniques étudiés a été confirmée avec l'administration de la GDS par la chercheuse principale, en collaboration avec une infirmière de l'unité de soins du patient. Cette classification a été effectuée au cours de la période du niveau de base (A₁). Les participants présentant trop de comorbidité au niveau de la santé n'étaient pas admissibles pour participer (résidents en fin de vie, ayant un diagnostic d'un trouble de santé mentale sévère documenté au dossier médical, ex : trouble bipolaire ou psychotique, etc.), afin d'éliminer les autres causes possibles d'agitation, d'apathie ou de degré de dépression.

Consentement. Dans un premier temps, l'information relative à l'étude a été transmise aux personnes ayant la responsabilité légale des participants, étant donné que ces derniers n'ont pas la capacité de donner leur consentement à cause de leur atteinte cognitive. Un formulaire de consentement a été lu et signé avant le début de l'étude. La confidentialité a été respectée, un code a été assigné à chacun des participants pour le classement des dossiers et l'entrée de données dans l'ordinateur. De plus, le nom des participants n'est pas écrit sur les questionnaires. L'ensemble des documents sont identifiés par les codes. L'intervenante faisant partie de l'étude a

signé un formulaire de confidentialité, l'interdisant ainsi de divulguer quelque renseignement que ce soit sur les participants à l'extérieur du contexte de recherche. Le formulaire de consentement des gardiens légaux se trouve dans l'annexe 2 de ce document.

Informations sur les participants. Des données sur les caractéristiques sociodémographiques des participants ont été recueillies dans les dossiers médicaux. Ces informations nous fournissent des données sur le sexe, l'âge, le diagnostic d'un TNC-MA, le niveau de sévérité du TNC selon le GDS, et les préférences en termes de SMS. Voir le formulaire en annexe 7.

Mesures.

Échelle de détérioration globale (GDS). L'Échelle de détérioration globale (Reisberg et al., 1982; Reisberg, Ferris, de Leon, & Crook, 1988), utilisée après le diagnostic de la maladie, identifie le stade du déficit cognitif et établit un classement de démence chez la personne. Voir l'échelle dans l'annexe 8. Elle permet donc d'évaluer la sévérité de la maladie. Elle comprend sept stades et définit des caractéristiques propres à chaque stade. Elle a été utilisée afin de déterminer les stades modéré-sévère (stade 6) et très sévère (stade 7) de la maladie pour la sélection des participants. Le GDS a été complété par l'infirmière en chef, après l'obtention du consentement, avant le début de la phase de prétest (voir tableau 14). L'échelle GDS est reconnue comme une mesure valide et fiable. Wolfson (2000) a publié une synthèse de plusieurs études portant sur la validité et la fidélité de cette échelle. Les commentaires provenant de cette synthèse démontrent, entre autres, que la mise au point de l'échelle ne repose pas uniquement sur des fondements psychométriques ou statistiques. Cette échelle repose aussi sur la séquence d'apparition des différents symptômes de la maladie, le taux d'aggravation de l'état du malade, l'interaction de diverses formes de déficits cognitifs, le dysfonctionnement comportemental, la

perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et les symptômes psychiatriques (Wolfson, 2000). En ce qui a trait à sa validité empirique, Wolfson (2000) fait mention de coefficients de corrélation (r) statistiquement significatifs entre l'échelle GDS et plusieurs autres échelles de mesure. Ces coefficients de corrélation se situent pour la plupart dans la fourchette de 0.64 à 0.66. La fidélité de l'échelle, quant à elle, repose sur une constance test-retest. Wolfson (2000) rapporte aussi les résultats d'une étude menée par Reisberg et al. (1988) sur la validité et la fidélité de l'échelle, où un coefficient de corrélation de 0.92 a été obtenu pour la fidélité inter-juges.

Inventaire neuropsychiatrique (NPI-ES). Les niveaux d'apathie, d'agitation, d'humeur dépressive et le niveau de retentissement ont été évalués à l'aide des sections pertinentes du NPI-ES, une version du NPI destinée aux équipes soignantes (Cummings et al., 1994; Cummings, 1997; Cummings, Mackell, & Kaufer, 2008; Kaufer et al., 2000). Voir annexe 9.

En raison de son aspect multidimensionnel qui évalue le profil global des SCPD et ses propriétés psychométriques, cette échelle est largement utilisée en pratique clinique ainsi que dans le cadre de protocoles de recherche (Fauth & Gibbons, 2014). Il s'agit du questionnaire le plus fréquemment utilisé pour la notation des symptômes comportementaux et psychotiques liés à la démence (Gauthier et al., 2010). Le NPI-ES a été développé pour évaluer les patients vivant en institution. Il peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe, mais il peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante.

La fiabilité et la validité du NPI-ES ont été établies (Cummings & McPherson, 2001; Cummings et al, 1994; Cummings, 1997). Il a été comparé aux sous-échelles du BEHAVE-AD (Reisberg et al., 1987) afin de vérifier la validité concomitante. Ce dernier, spécialement développé pour évaluer les patients atteints de MA, aborde les délires, les hallucinations,

l'agitation, l'agressivité, les troubles du rythme diurne, les troubles affectifs, l'anxiété et les phobies. Il n'évalue pas les autres types de changements de comportement accompagnant couramment la MA (par exemple, l'apathie ou irritabilité). Les corrélations entre les 39 sous-échelles du BEHAVE-AD et les sous-échelles du NPI se situaient entre 0.54 et 0.78 (pour la fréquence) et de 0.47 et 0.80 (en intensité). Ces études suggèrent que les qualités psychométriques du NPI sont éprouvées et sensibles au changement. Dans l'ensemble, l'analyse a démontré que le NPI est très fiable lorsqu'il est utilisé par différents examinateurs. Il peut donc être utilisé de manière fiable par des personnes avec différents niveaux de formation quand ils ont reçu les instructions appropriées pour son utilisation. La version française du NPI-ES est disponible et validée (Robert et al. 1998).

Dans sa version complète, cet instrument évalue 12 catégories de symptômes neuropsychiatriques couramment rapportés dans le trouble cognitif majeur: l'apathie/l'indifférence, les idées délirantes, les hallucinations, la dysphorie/dépression, l'anxiété, l'agitation /l agressivité (se manifeste par l'agressivité verbale et physique, et par l'opposition aux soins), l'euphorie (l'exaltation de l'humeur), la désinhibition, l'irritabilité / instabilité, les troubles de l'appétit et du sommeil, et l'activité motrice aberrante.

Il est basé sur les observations faites au cours de la semaine précédente, ou pendant une période bien définie (par exemple depuis un mois ou depuis la dernière évaluation). Les différents domaines décrivant les symptômes sont notés en termes de fréquence sur une échelle Likert de 1 à 4 (1 = quelquefois, 2 = assez souvent, 3 = fréquemment, et 4 = très fréquemment), la sévérité/gravité sur une échelle Likert de 1 à 3 (1 = léger, 2 = moyen, et 3 = important) et de retentissement sur le personnel soignant sur une échelle Likert de 0 à 5 (0 = pas du tout, 1 = minimum, 2 = légèrement, 3 = modérément, 4 = sévèrement, et 5 = très sévèrement). Pour le

retentissement, une perturbation minimum signifie presque aucun changement dans les activités de routine; légèrement: quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail; modérément: désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail; sévèrement: désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail; très sévèrement: très désorganisant, source d'angoisse majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités.

Les scores de fréquence sont multipliés par les scores de gravité pour chaque domaine, ce qui donne, pour la version complète avec les 12 domaines, un score total qui peut varier entre 0 et 144. Pour les trois sections du NPI-ES retenues pour cette étude (agitation/agressivité, apathie/indifférence, dysphorie/dépression), le score total peut varier entre 0 et 36. Le score du retentissement sur les activités professionnelles est calculé séparément en additionnant les scores de retentissement des trois sections. Il peut ici varier entre 0 et 15.

Les résultats de l'étude de Cummings et al. (1994) identifient les points de coupure afin de confirmer la présence d'un trouble. Un score supérieur ou égal à 6 à l'échelle de dépression indique la présence d'humeur dépressive. Pour les autres échelles, dont celles de l'agitation et de l'apathie, un score supérieur à zéro suggère la présence de ces SCPD.

Le NPI-ES a été administré par l'infirmière en chef, une fois par semaine pendant les trois phases de l'étude (voir tableau 14), pendant ses heures régulières de travail. Celle-ci ne connaissait pas les moments d'expositions (heure, jour) des participants et d'introduction de l'intervention. La chercheuse s'est assurée d'offrir les photocopies du questionnaire à l'infirmière. Les participants n'étaient pas présents pendant que l'infirmière complétait les

questionnaires. Le temps d'administration de chaque questionnaire a duré en moyenne 15 à 20 minutes.

La prescription des médicaments. Une liste des médicaments prescrits pour chaque participant a été dressée, incluant les antidépresseurs, les inhibiteurs de la cholinestérase, les anxiolytiques, les analgésiques, les neuroleptiques atypiques, avec les dosages et fréquences d'administration. La prescription a été notée avant le début de l'exposition, pendant l'exposition ainsi qu'à six et 12 semaines suivant la fin de la phase B.

Interventions SMS. Nous adoptons le mode d'intervention le plus typique des études antérieures qui obtiennent des résultats favorables, soit deux séances par semaine d'une durée de 20 à 30 minutes, pour une durée de huit semaines pendant la phase d'exposition au traitement, donc pour un total de 16 séances. La durée de la phase d'exposition (huit semaines) et la fréquence des interventions (deux fois par semaine) et la durée des sessions sont justifiées par les résultats d'études antérieures (Baker et al., 1997; Cox et al., 2004; Milev et al., 2008).

Cette étude avec lignes de base multiples comporte deux séries de participants. La première série comporte quatre participants et la seconde en comporte trois (Voir tableau 14). Dans la série 1, pour deux participants la ligne de base a duré quatre semaines, suivie de huit semaines d'intervention. Pour les deux autres participants, la ligne de base a duré cinq semaines, suivie de huit semaines d'intervention. Il y a eu retour à la ligne de base pendant trois semaines, avec une évaluation 6 et 12 semaines après la dernière semaine d'intervention. Dans la série 2, une participante a été évaluée (NPI-ES) à cinq reprises pendant la ligne de base, les deux autres à 3 reprises, suivi de 10 semaines d'intervention. La série 2 n'a pu suivre à la lettre le protocole initial pour des raisons logistiques, spécifiquement l'absence de relève pour l'intervenante qui

effectuait l'exposition des résidents, en raison d'exigences quant à l'accomplissement de ses tâches régulières.

Procédure de l'intervention. Avant le début de l'intervention, la préférence des participants a été évaluée en matière de stimulation multisensorielle ou d'équipements visant la stimulation sensorielle. Une, deux ou trois sessions ont eu lieu avant le début de l'expérimentation et les préférences ont été notées par l'intervenante pendant la période A₁. Plusieurs études ont en effet démontré que cette évaluation avant le début de l'intervention diminue le taux d'abandon ou le refus de participer (Staal et al., 2007; Staal et al., 2003; Benson, 1994). La salle Snoezelen est équipée d'un tube à bulles, d'un projecteur, de coussins à vibrations, d'appareils à fibres optiques, d'un lecteur de musique avec CD de musiques douces variés. La personne responsable de mener les interventions multisensorielle est une intervenante en loisirs thérapeutiques, et elle a reçu une formation sur l'utilisation et l'application des « instruments » Snoezelen. Avant le début de l'évaluation des préférences des participants, le *Snoezelen Training Toolkit* a été présenté, par la chercheuse principale, à l'intervenante, afin de réviser les indicateurs de l'utilisation de l'intervention. Ce document a été préparé par le *Quality Palliative Care in Long Term Care Alliance* (Gaudet et al., 2011).

Étant donné que le comportement humain provient d'une interaction continue entre l'organisme et son environnement, et que cette recherche (de nature appliquée) a pour but d'évaluer les changements suite à l'intervention, des mesures répétées sont une stratégie nécessaire. Ceci permet l'évaluation de mesures multiples des variables dépendantes, sur une période de temps. L'NPI-ES a été complété par l'infirmière en chef une fois par semaine pendant les phases A₁, B et A₂. Voir tableau dans l'annexe 10.

Analyses

Dans cette étude de cas uniques, les participants sont exposés à la condition expérimentale (SMS) et sont comparés à eux-mêmes, et représentent la source absolue d'inférence. Nous cherchons à savoir si le comportement d'un individu suite à un traitement expérimental est sensiblement différent de son niveau prétraitement. Les données des études à cas unique sont principalement interprétées par inférence statistique (Kazdin, 1976).

Les données seront représentées à l'aide de diagrammes. Des comparaisons pré et post traitement de la variabilité et des tendances, à la hausse et à la baisse, serviront comme la principale méthode d'interprétation des données, comme dans la plupart des protocoles à cas unique (Parsonson & Baer, 1986; Sidman, 1960). L'utilisation de la réplication inter-sujets est la méthode de choix, adoptée par les auteurs de recherches à cas unique, afin d'appliquer la validité des résultats de leur étude à d'autres contextes, milieux et individus (Cohen, 1990; Sidman, 1960).

Cette étude avec lignes de base multiples, comporte deux séries de participants. Comme indiqué plus haut, la première série comporte quatre participants et la seconde en comporte trois. Le tableau 14 présente la séquence des interventions et évaluations pour chaque participant. L'application du NPI-ES dans la phase A₁ varie en fréquence selon les participants, allant de 3 à 5 fois. Toutefois, pour l'intégrité des analyses statistiques, nous avons seulement retenu les trois premières évaluations de la phase de prétest pour tous les participants.

Tableau 14

Tableau descriptif de l'exposition aux interventions multisensorielles (SMS) et la collecte des données avec le NPI-ES

Semaines d'interventions/ administration du NPI-ES	Participants						
	Série 1				Série 2		
	1	2	3	4	5	6	7
	GDS	GDS	GDS	GDS	GDS	GDS	GDS
27 mai-3 juin 14							
4-10 juin 14							
11-20 juin 14							
21-28 juin 14							
29 juin-5 juil 14							
6 juil-12 juil 14							
13 juil-19 juil 14							
20 juil-26 juil 14							
27 juil-2 août 14							
3 août-9 août 14							
10 août-16 août 14							
17 août-23 août 14							
24 août-30 août 14							
31 août-6 sept 14							
7 sept-13 sept 14							
14 sept-20 sept 14							
21 sept-27 sept 14							
28 sept-4 oct 14							
5 oct-11 oct 14							
12 oct-18 oct 14							
19 oct-25 oct 14							
26 oct-1 nov 14							
2 nov-8 nov 14							
9 nov-15 nov 14							
16 nov-22 nov 14							
23 nov-29 nov 14							
30 nov-6 dec 14							
7 dec-13 dec 14							
14 dec-20 dec 14							
21 dec-27 dec 14							
28 dec 14 -3 janv 15							
4 jan-10 jan 15							
11 jan-17 jan 15							
18 jan-24 jan 15							
25 jan-31 jan 15							
1 fev-7 fev 15							
8 fev-14 fev 15							
15 fev-21 fev 15							

Toutes les cases ombrées correspondent à des prises de mesure avec le NPI-ES

-  Phase de prétest
-  Phase d'intervention avec 2 sessions d'exposition
-  Phase d'intervention avec 1 session d'exposition
-  Phase d'intervention sans session d'exposition
-  Phase de posttest

Analyses quantitatives des données de cas uniques.

Analyses inter-sujets. Les données pour l'ensemble des participants, pour les variables de l'agitation, de l'apathie, de l'humeur dépressive et du retentissement ont fait l'objet d'analyses, afin d'examiner les tendances moyennes pour l'ensemble des participants, avant de poursuivre avec les analyses intra-sujets.

Utilisation du modèle linéaire général. Lorsque plusieurs mesures sont prises sur un même participant, elles ont tendance à être corrélées les unes avec les autres. Lorsque les mesures peuvent être considérées comme des réponses à une intervention, la corrélation peut être prise en compte en effectuant une analyse de mesures répétées de la variance. Étant donné que l'échantillon est petit ($n = 7$) et qu'il s'agit de mesures répétées, l'approche univariée du modèle linéaire général (GLM) a été utilisée, afin d'évaluer les changements au niveau des scores moyens, entre les phases d'exposition pour les variables énumérées précédemment, pour l'ensemble des sept participants de l'étude.

Utilisation des lignes de régression. Tout comme les lignes moyennes sont utilisées pour décrire la différence globale des comportements entre les phases A et B, la ligne de tendance (de régression) est utilisée pour décrire le degré de changement qui se produit dans les différentes phases. Les lignes de tendance sont utilisées pour observer l'utilité clinique de l'intervention. Si la ligne de tendance de la phase A diffère du niveau de la ligne de tendance pendant le traitement (B), alors nous pouvons conclure que l'effet du traitement est probable (Morgan & Morgan, 2009). Dans le cas de cette étude, la ligne de tendance devrait être à la baisse pour en déduire une utilité clinique probable de l'intervention, puisque nous visons la réduction de l'agitation, de l'apathie, de la dépression, et du retentissement.

Calculs des tendances selon le score moyen de la phase de pré-test (A_1). La comparaison des moyennes de la phase A_1 et de la phase d'intervention (B) nous permet de visualiser la différence dans l'agitation, l'apathie, la dépression et le retentissement de ces comportements difficiles sur le personnel soignant. La ligne horizontale solide qui traverse les digrammes représente le score pendant la phase A_1 . La ligne sert comme un ancrage visuel, ce qui rend l'évidence des changements plus explicite. Des moyennes sont aussi calculées pour les données à toutes les phases de l'étude (au moment de la ligne de base et l'intervention) pour chaque participant. En comparant la moyenne pour les différentes phases, on peut observer les fluctuations pour chaque sujet au cours des différentes phases.

Pourcentage des données qui ne se chevauchent pas (PDN). Des inspections visuelles des graphiques ont été effectuées afin d'identifier les changements de niveau et les tendances (Kazdin, 2011). Le pourcentage des données qui ne se chevauchent pas a été calculé pour chaque participant (PDN). Le pourcentage des données, relevant du traitement, qui chevauche avec la valeur la plus extrême des données (soit la valeur la plus petite) de la phase A_1 a été calculé. Cela nous permet de quantifier l'utilité clinique des interventions (Gast & Ledford, 2014; Morgan & Morgan, 2009; Kaufer et al., 2000; Kazdin, 2011). Scruggs et Mastropieri (1998) proposent les critères suivants pour évaluer le taux d'utilité clinique d'une intervention: $PDN \geq 90\%$ = traitement très efficace; PDN de 70% à 90% = traitement efficace; PDN de 50% à 70% = traitement d'efficacité discutable; et finalement, $PDN < 50\%$ = traitement inefficace.

Dans le même état d'esprit, pour déclarer que l'intervention était efficace pour une variable donnée, nous avons opté pour la condition rigoureuse d'atteinte des trois critères susmentionnés sans exception, à savoir 1) une ligne de tendance de la phase A qui diffère du niveau de la ligne de tendance pendant le traitement (phase B); 2) le calcul des tendances selon le

score moyen de la phase de pré-test (A_1) et l'observation de fluctuations pour au cours des phases respectives; 3) un PDN de 70% à 100%.

Agitation globale. Les scores moyens de l'agitation, pour l'ensemble des participants, présentent des différences significatives à travers les semaines [$F(14.98 : 89.88) = 1.84; p = 0.04$]. Le score $\hat{\eta}^2$ au carré partiel de 0.23 pour cette analyse signifie que 23% de la variabilité peut être expliquée selon la semaine pendant laquelle l'évaluation a lieu.

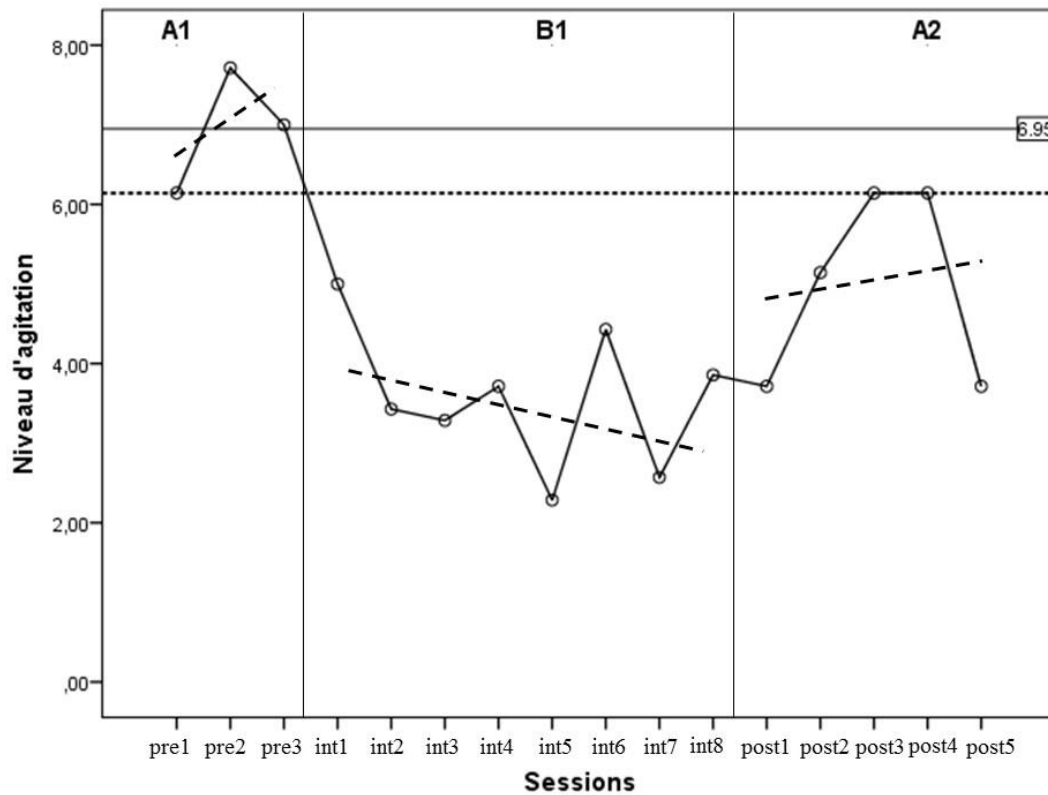


Figure 1. Moyenne des scores d'agitation pour les sept participants selon les phases d'évaluation.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A_1 , B et A_2 , représente la moyenne d'agitation pendant la phase A_1 ($\bar{x} = 6.95$). Elle nous permet de visualiser le changement au niveau de l'agitation à travers les phases. Le score moyen à la phase B est de 3.57, et augmente à

4.97 à la phase A₂. Le score moyen à la phase A₂ a connu une hausse de 1.4 points comparativement à la phase B, sans toutefois retrouver le niveau de la phase A₁. L'effet de l'intervention ne se maintient donc pas dans le temps, tel que les scores de la phase A₂ le montrent.

La ligne de tendance de la phase de traitement (B), représentée par une ligne entrecoupée est à la baisse comparativement à la phase A₁, ceci suggère un effet de l'intervention (Morgan & Morgan, 2009). La ligne horizontale pointillée représente le score moyen le plus bas d'agitation de la phase A₁. Il s'agit du point de référence pour calculer le pourcentage des données qui ne se chevauchent pas (PDN). Ce point de référence se situe au prétest 1, où le score est de 6.14. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 6.14. Les données du diagramme montrent que tous les points de données dans la phase d'intervention (B) ont des valeurs moyennes inférieures à 6.14. Donc le PDN est à 100%. En résumé, les trois critères d'évaluation considérés sont atteints, ce qui suggère l'utilité clinique de l'intervention sur l'agitation.

Apathie globale. Les scores moyens de l'apathie, pour l'ensemble des participants, présentent des différences significatives à travers les semaines [$F(15 : 90) = 2.06$; $p = 0.02$]. Le score $\hat{\eta}^2$ au carré partiel de 0.26 pour cette analyse indique que 26% de la variabilité peut être expliquée selon la semaine pendant laquelle a lieu l'évaluation.

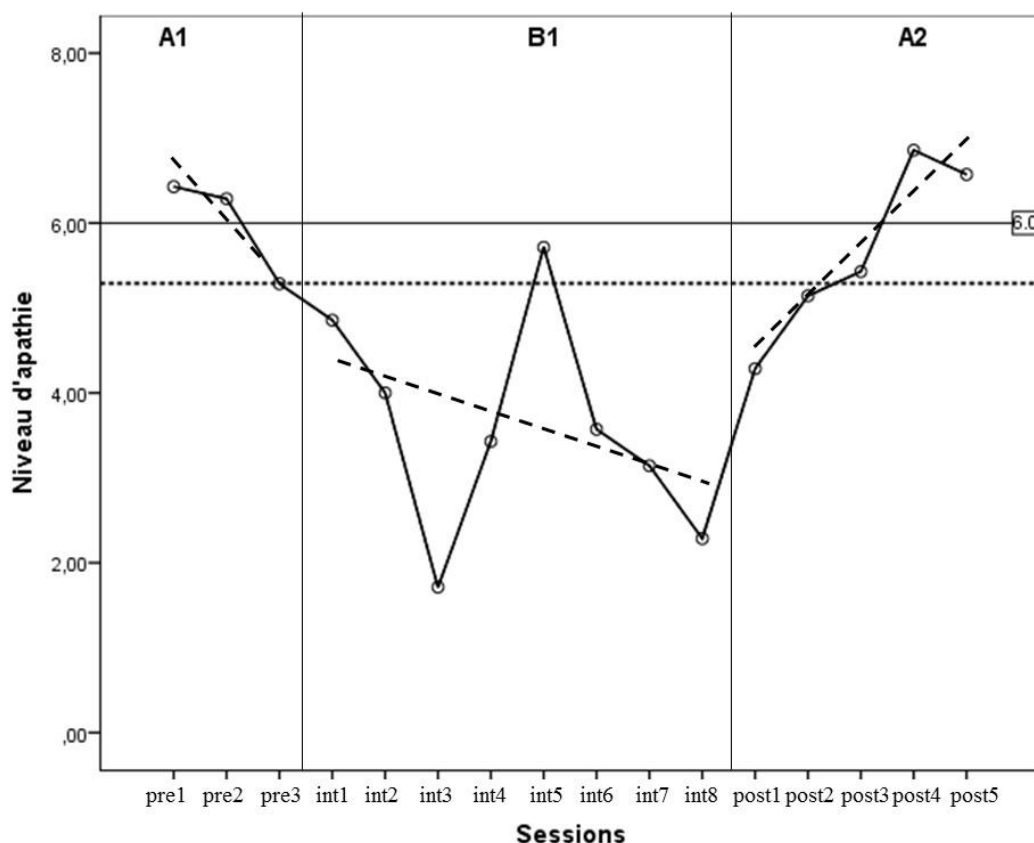


Figure 2. Moyenne des scores de l'apathie des sept participants à travers les phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne d'apathie pendant la phase A₁ ($\bar{x} = 6$). Elle nous permet de visualiser le changement au niveau de l'apathie à travers les phases. Le score moyen à la phase B est de 3,59, et de 5,66 à la phase A₂. Il s'agit d'une baisse de 2,41 points entre les phases A₁ et B. Les scores moyens retournent à la hausse à la phase A₂ ($\bar{x} = 5,66$), sans toutefois atteindre le niveau moyen ($\bar{x} = 6$) de la phase A₁.

La ligne de tendance de la phase de traitement (B), représentée par une ligne entrecoupée est à la baisse, tout comme celle de la phase A₁. Ceci ne suggère pas un effet de l'intervention, même si celle-ci est plus basse, comparativement à la phase A₁, puisque la ligne de régression est

aussi descendante. La ligne horizontale pointillée représente le score moyen le plus bas d'apathie de la phase A₁. Il s'agit du point de référence pour calculer le pourcentage des données qui ne se chevauchent pas (PDN). Ce point de référence se situe au prétest 3, où le score est de 5.29. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 5.29. Les données du diagramme montrent que 7 des 8 (87.5%) points de données dans la phase d'intervention (B) ont des valeurs moyennes inférieures à 5.29. Ainsi, le PDN est 87.5%. L'effet de l'intervention ne se maintient pas dans le temps, tel que les scores de la phase A₂ le montrent. En résumé, seulement deux des trois critères d'évaluation envisagés sont rencontrés, ce qui suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention sur l'apathie.

Humeur dépressive globale. Puisque seulement deux des sept participants présentent des scores de dépression ≥ 6 à la phase A₁, il n'y a pas lieu de s'attarder sur des analyses de mesures répétées de la variance. L'effet des interventions sur l'humeur dépressive sera examiné plus loin participant par participant.

Niveau de retentissement global. Les scores moyens du retentissement sur les activités professionnelles du personnel soignant, pour l'ensemble des participants, présentent des différences significatives à travers les semaines [$F(13.27 : 79.62) = 3.55; p = 0.00$]. Le score $\hat{\eta}^2$ au carré partiel de 0.37 pour cette analyse signifie que 37% de la variabilité peut être expliquée selon la semaine où a lieu l'évaluation.

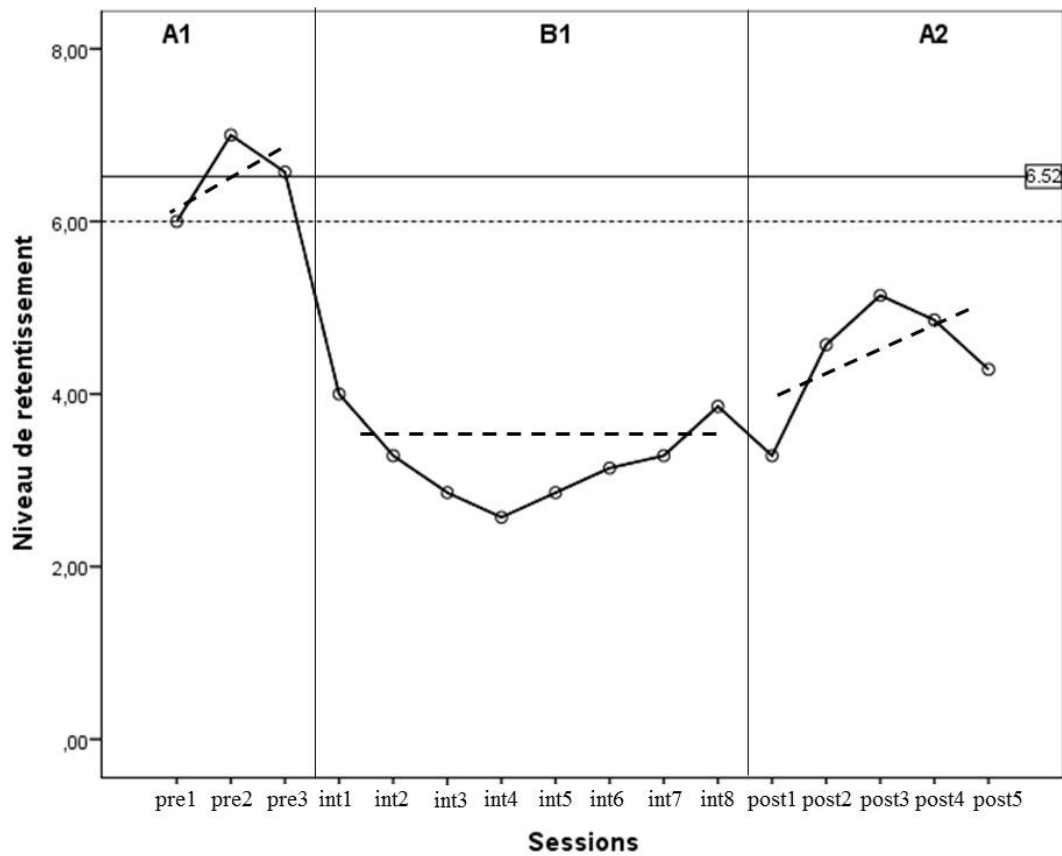


Figure 3. Évaluation du retentissement des sept participants à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne de retentissement pendant la phase A₁ ($\bar{x} = 6.52$). Elle nous permet de visualiser le changement au niveau de retentissement à travers les phases. Le score moyen à la phase B est de 3.23, et de 4.43 à la phase A₂. Il s'agit d'une baisse de 3.29 points entre les phases A₁ et B. La ligne de régression est plutôt droite, contraire à celle de la phase A₁ qui est ascendante, ce qui suggère un changement significatif relié à l'intervention. La ligne horizontale pointillée représente le score moyen le plus bas de retentissement de la phase A₁. Il s'agit du point de référence pour calculer le pourcentage des données qui ne se chevauchent pas (PDN). Ce point de référence se situe au prétest 1, où le score est de 6. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de

traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 6. Les données du diagramme montrent que tous les points de données dans la phase d'intervention (B) ont des valeurs moyennes inférieures à 6.

Ainsi, le PDN = 100%. L'effet de l'intervention ne se maintient pas dans le temps, tel que les scores de la phase A₂ et la ligne de tendance ascendante le montrent. En bref, l'ensemble des critères d'analyses statistiques montrent des différences significatives entre les phases de prétest et d'intervention, ce qui suggère l'utilité clinique de l'intervention sur le retentissement.

Synthèse des résultats des analyses globales

En résumé, les résultats pour l'ensemble des participants suggèrent un effet significatif de la SMS sur l'agitation et sur le niveau de retentissement. Les résultats ne montrent pas de maintien des bénéfices au posttest. Une analyse de mesures répétées de la variance n'a pas été possible pour la variable d'humeur dépressive. Finalement, les analyses suggèrent l'absence d'utilité clinique de l'intervention sur l'apathie.

Série 1

Les résultats de chaque participant ont été examinés individuellement. Pour rappel (voir tableau 14), la phase A₁ a duré quatre semaines pour les participants 1 et 2 et cinq semaines pour les participants 4 et 5. Le tableau 15 présente l'ensemble des scores bruts des sept participants aux sous-échelles, ainsi que le score total au NPI-ES, pour chaque phase de l'étude. Les mêmes méthodes d'évaluation que pour le groupe complet ont été utilisées pour analyser les résultats des cas individuels, à savoir : 1) le calcul des tendances selon le score moyen de la phase de pré-test (A₁), 2) la direction des lignes de tendance à travers les phases, et 3) le calcul du pourcentage des données qui ne se chevauchent pas (PDN). De la même manière, pour déclarer l'utilité clinique de l'intervention sur les variables dépendantes, l'atteinte des trois critères est requise.

Tableau 15

Résultats des participants aux sous-échelles et le score total** au NPI-ES, pour chaque phase de l'étude 2*

		Prétests (A ₁)			Intervention (B)								Posttests (A ₂)				
	Participant	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	5	6
Agitation	1	12	12	6	9	3	3	0	0	4	2	4	2	6	6	9	9
	2	0	1	4	1	0	6	2	2	0	4	1	0	2	6	4	0
	3	6	9	6	4	4	0	6	6	1	0	0	1	1	4	0	0
	4	0	9	9	0	0	0	0	0	2	0	6	0	6	6	0	0
	5	12	6	12	9	4	2	9	4	12	9	12	9	9	9	12	4
	6	9	9	6	0	1	0	0	0	9	0	1	2	4	4	6	4
	7	4	8	6	12	12	12	9	4	3	3	3	12	8	8	12	9
Apathie	1	12	8	6	9	6	6	0	12	6	6	2	6	4	4	12	4
	2	0	1	3	6	6	0	6	8	4	4	6	6	9	9	6	12
	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4	9	3	4	2	6	0	0	0	0	4	2	0	6	9	6	6
	5	12	12	12	9	4	2	6	12	3	2	4	12	9	4	12	12
	6	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	7	12	12	12	8	6	4	12	8	12	6	2	6	8	12	12	12
Dépression	1	0	0	9	0	0	6	0	0	0	0	0	0	1	4	0	4
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5	12	9	6	0	0	0	0	0	0	1	6	0	0	4	4	0
	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	7	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0
Retentissement***	1	8	7	11	7	4	7	0	2	5	4	5	5	7	5	6	9
	2	0	3	3	4	2	4	2	2	1	5	3	2	3	4	5	2
	3	3	4	4	2	3	0	3	3	1	0	0	1	1	2	0	0
	4	3	5	5	2	2	0	0	0	3	2	5	0	5	7	2	2
	5	15	12	14	6	5	3	6	7	5	6	9	5	7	9	10	7
	6	5	9	3	0	1	0	0	0	4	0	1	3	3	3	3	3
	7	8	9	6	7	6	6	7	6	3	6	4	7	6	6	8	7

*Les scores aux sous-échelles du NPI-ES (0 à 12) sont calculés par la multiplication du score de la fréquence (0 à 4) par le score de la gravité (0 à 3).

**Le score total du NPI-ES est calculé par la somme des scores des sous-échelles de l'agitation, l'apathie et la dépression (0 à 36). Le score de retentissement sur les activités professionnelles n'est pas pris en compte dans le score total du NPI-ES.

***Le score du retentissement sur les activités professionnelles est calculé séparément en additionnant chacun des sous scores retentissement des 3 sous-échelles (0 à 15).

Participant 1. La première participante est une dame âgée de 96 ans. En avril 2014, l'infirmière a évalué que cette participante se situe au stade 6 sur L'Échelle de détérioration globale (GDS), ce qui suggère un niveau de démence modérément sévère. Elle a reçu un total de 16 expositions à la SMS, à raison de deux fois par semaine pendant huit semaines consécutives. La durée moyenne de ses sessions de SMS a été de 30 minutes. Ses préférences en matière de stimulation multisensorielle ont été évaluées par l'intervenante en activités, pendant la phase A₁, le 4, le 11 et le 18 juin respectivement. Ses préférences sont les stimulations visuelles et tactiles (ex : les objets à fibres optique, le tube à bulle, et une poupée ressemblant à un nouveau-né).

Agitation. La figure 4 représente la sévérité multipliée par la fréquence de l'agitation pour la participante 1, la façon suggérée par le NPI-ES pour calculer le degré du symptôme, tel que précisé dans la méthodologie.

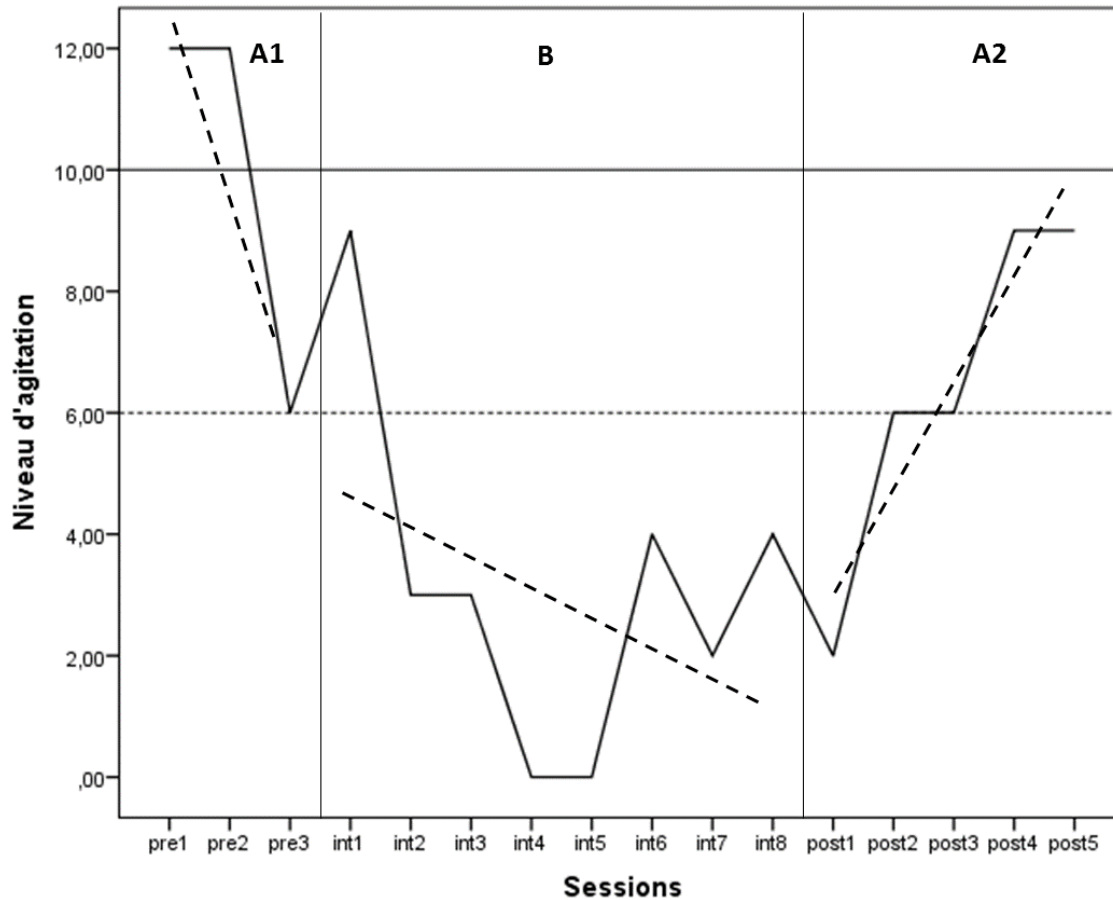


Figure 4. Scores d'agitation de la participante 1 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne d'agitation pendant la phase A₁ ($\bar{x} = 10$). Elle nous permet de visualiser le changement au niveau de l'agitation à travers les phases. Les scores diminuent de façon significative pendant la phase B, et remontent à la phase A₂, sans toutefois atteindre le niveau moyen ($\bar{x} = 10$) de la phase A₁, avec une moyenne d'agitation de 6.4. Le score moyen à la phase B est de 3.13. Il s'agit d'une baisse de 6.87 points entre les phases A₁ et B. La ligne de régression est présentée par la ligne entrecoupée. Elle est descendante dans les phases A₁ et B, et ascendante dans la phase A₂, ce qui suggère un effet potentiel de l'intervention, mais qui ne se maintient pas dans le temps au posttest. Bien que la ligne de régression soit à un niveau plus bas dans la phase B que dans la

phase A₁, la direction déjà descendante de la phase A₁ ne permet pas de conclure sans équivoque à l'utilité clinique de l'intervention. La ligne horizontale pointillée représente le score le plus bas d'agitation de la phase A₁. Il s'agit du point de référence pour calculer le pourcentage des données qui ne se chevauchent pas (PDN). Dans le cas du participant 1, ce point de référence se situe au prétest 3, où son score est de 6. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 6. Les données du diagramme montrent que 7 des 8 (environ 87.5%) points de données dans la phase d'intervention (B) ont des valeurs inférieures à 6. Ainsi, le PDN est 87.5% pour la participante 1. En résumé, deux des trois critères d'évaluations sont atteints, ce qui suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention sur le niveau d'agitation pour cette participante.

Apathie. La figure 5 présente la gravité multipliée par la fréquence de l'apathie pour observer les niveaux d'apathie à travers les semaines pour la participante 1. Ici nous pouvons constater la présence d'apathie à travers les semaines, à l'exception de la semaine d'intervention 4.

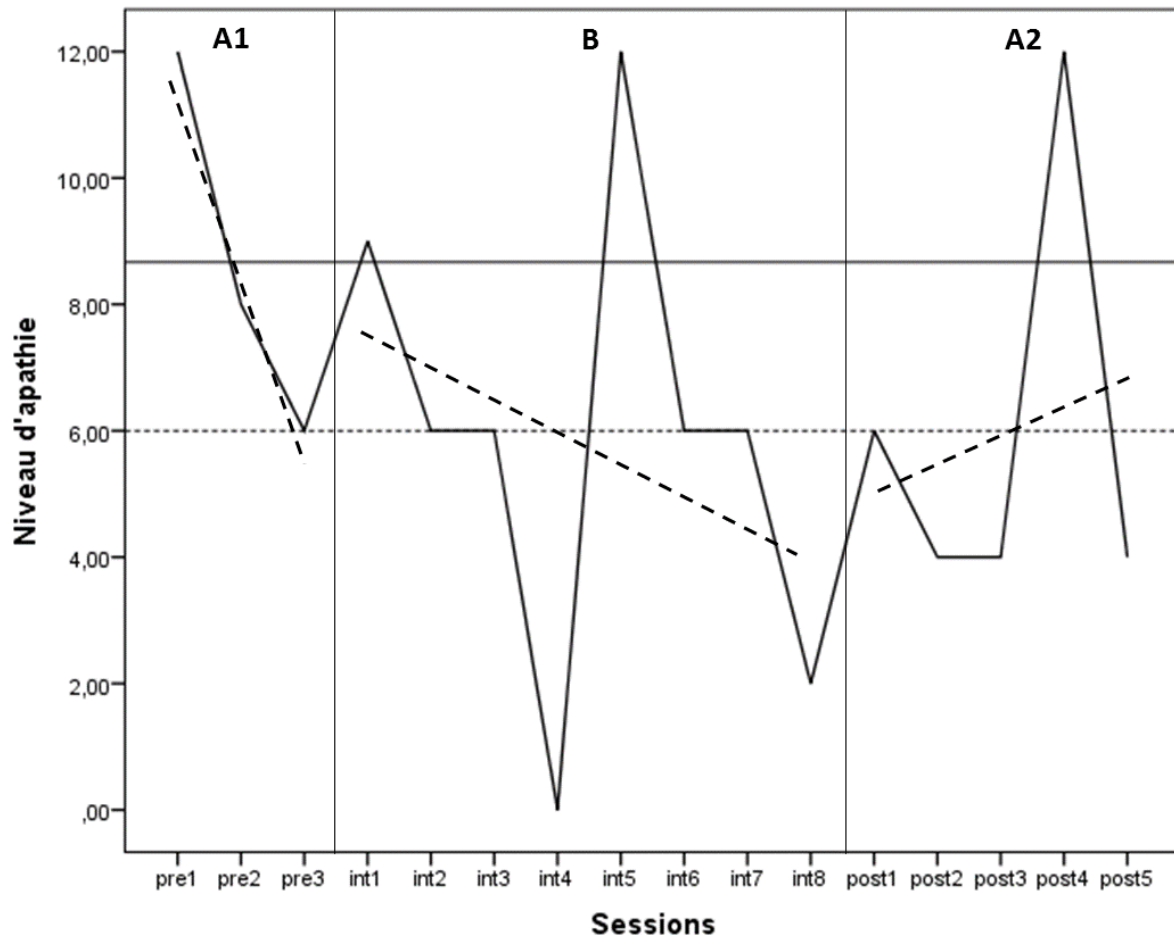


Figure 5. Scores d'apathie de la participante 1 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne d'apathie pendant la phase A₁. Elle nous permet de visualiser le changement au niveau de l'apathie à travers les phases. Les scores fluctuent pendant la phase B, et cette tendance se poursuit à la phase A₂, sans toutefois atteindre le niveau moyen ($\bar{x} = 8.67$) de la phase A₁, avec une moyenne de 6. Le score moyen de la phase d'intervention est de 5.88, ce qui représente une baisse de 2.79 comparativement à la phase A₁. Les lignes de régression sont descendantes dans les phases A₁ et B, ce qui suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention, bien qu'elle soit ascendante dans la phase A₂. La ligne horizontale pointillée représente le score le plus bas

d'apathie de la phase A₁. Il s'agit du point de référence pour calculer le pourcentage des données qui ne se chevauchent pas (PDN). Dans le cas du participant 1, ce point de référence se situe au prétest 3, où son score est de 6. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 6. Les données du graphique montrent que 2 des 8 (25%) points de données dans la phase d'intervention ont des valeurs inférieures à 6. Ainsi, le PDN est 25%. En résumé, aucun des critères d'évaluation n'est rencontré, ce qui suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention sur le niveau d'apathie.

Humeur dépressive. La figure 6 nous permet de constater l'absence d'humeur dépressive à travers les semaines, à l'exception du prétest 3, de l'intervention 3, et des posttests 2, 3 et à 12 semaines suivant la dernière semaine de la phase B. Ce profil bas ne permet pas d'examiner une influence de l'intervention sur l'humeur dépressive de cette participante.

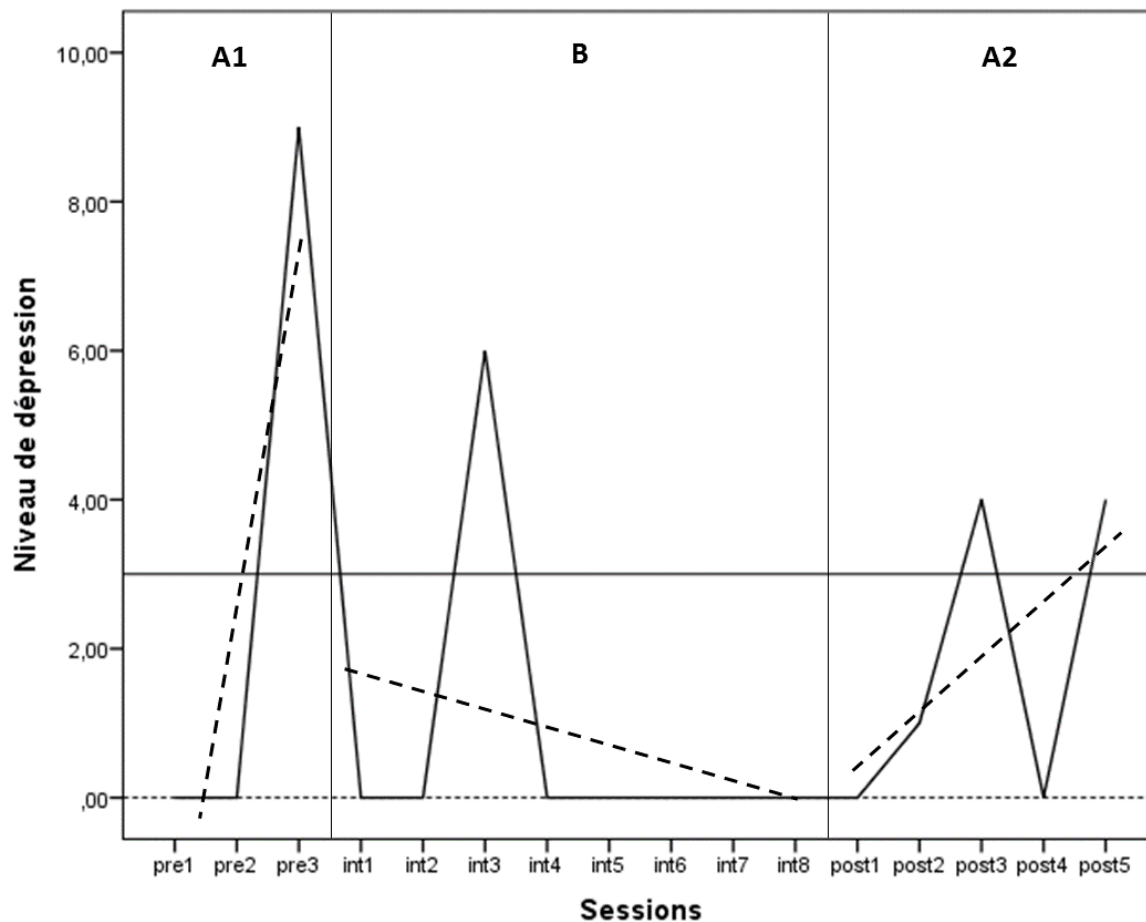


Figure 6. Scores de dépression de la participante 1 à travers les trois phases de l'étude.

Retentissement. La figure 7 représente le niveau de retentissement total pour la participante 1. Tel que précisé dans la méthodologie, le score du retentissement sur les activités professionnelles est calculé séparément, en additionnant chacun des sous scores de retentissement des 3 sous-échelles (agitation, apathie et dépression). Les scores peuvent se situer entre 0 et 15.

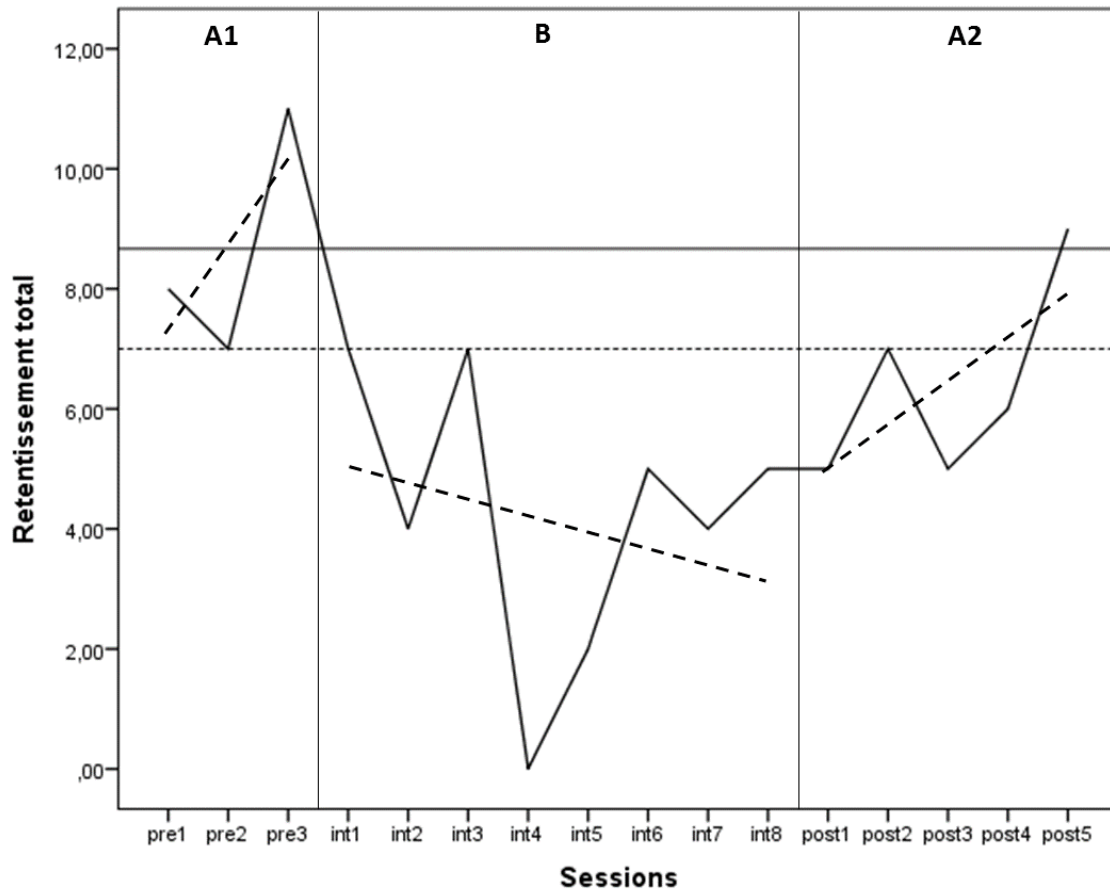


Figure 7. Scores de retentissement de la participante 1 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne de retentissement pendant la phase A₁. Elle permet de visualiser le changement au niveau du retentissement à travers les phases. Les scores diminuent de façon significative pendant la phase B, et retournent graduellement à la hausse à la phase A₂, sans toutefois atteindre le niveau moyen ($\bar{x} = 8.67$) de la phase A₁, avec une moyenne de 6.4. Le score moyen de la phase B est de 4.25, ce qui représente une diminution de 4.42 points. La ligne de régression est ascendante dans la phase A₁, descendante dans la phase B, et ascendante dans la phase A₂, ce qui suggère un effet significatif de l'intervention mais qui ne se maintient pas dans le temps au posttest. La ligne horizontale pointillée représente le score le plus bas de retentissement de la phase A₁. Il s'agit du

point de référence pour calculer le pourcentage des données qui ne se chevauchent pas (PDN).

Dans le cas présent, ce point de référence se situe au prétest 2, où son score est de 7. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 7. Les données du graphique montrent que 6 des 8 (75%) points de données dans la phase d'intervention ont des valeurs inférieures à 7. Le PDN est de 75% pour cette participante. En résumé, puisque les trois critères sont rencontrés, on peut considérer l'intervention comme utile au niveau du retentissement sur le personnel soignant. L'effet ne se maintient toutefois pas dans le temps au posttest.

Médicaments. Afin de pouvoir produire des diagrammes contenant tous les types de médicaments pour un même participant, et leur dosage variable, nous avons standardisé les scores bruts (dosages) en scores Z. Le score Z exprime l'écart par rapport à la valeur moyenne, en déviation standard. Cela signifie que les médicaments pour lesquels il n'y a pas de variance à travers les phases de l'étude ont un score de zéro.

La participante 1 a reçu de la quétiapine (antipsychotique atypique; Seroquel) et les analgésiques suivants : de l'acétaminophène et de l'hydromorphone (Dilaudid). Le Dilaudid et le Seroquel ont été prescrits pour administration au besoin seulement.

Le diagramme de la figure 8 présente la prescription/administration des médicaments à travers les différentes phases de l'étude. Le dosage de l'acétaminophène (1950 mg/jour) et de la quétiapine (25 mg/jour) sont demeurés les mêmes. La prescription de l'hydromorphone est passée de 6mg/jour à 12mg/jour dans la semaine d'intervention⁵, et ensuite de 12mg/jour à 18mg/jour au posttest¹². Les médicaments prescrits au besoin ont seulement été administrés au posttest 12 (25mg/jour de Seroquel; 2.5mg/jour de Dilaudid). On ne peut donc pas identifier de relation entre l'intervention et la prescription de médicaments.

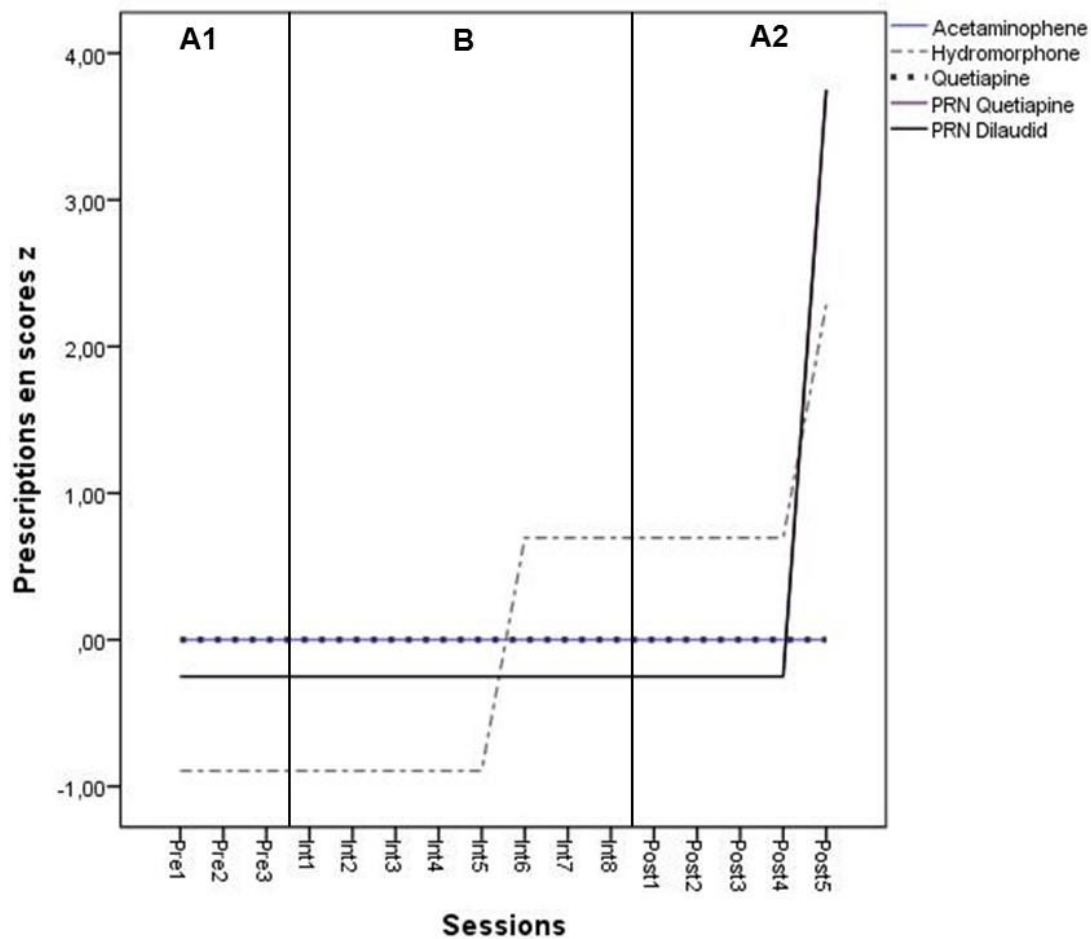


Figure 8. Prescriptions de médicament pour la participante 1 à travers les trois phases de l'étude.

Synthèse des résultats pour la participante 1. L'intervention s'avère efficace pour la réduction du retentissement pour cette participante. L'effet ne se maintient pas pendant la phase de posttest, et même s'il n'atteint pas un niveau aussi élevé que celui de la ligne de base, cela nous suggère que l'effet de l'intervention est de courte durée. Étant donné l'augmentation des médicaments au posttest 5, il est possible qu'un facteur, tel que la douleur, puisse expliquer l'augmentation des scores de retentissement, de dépression et d'agitation à la même période.

Participante 2. La deuxième participante est une dame âgée de 88 ans. En avril 2014, l'infirmière a évalué que cette participante se situait au stade 7 sur L'Échelle de détérioration

globale (GDS), ce qui suggère un niveau de démence sévère. Elle a reçu un total de 16 expositions à la SMS, à raison de deux fois par semaine pendant huit semaines consécutives. La durée moyenne de ses sessions est de 28 minutes. Ses préférences en matière de stimulation multisensorielle ont été évaluées par l'intervenante en activités, pendant la phase A₁, le 11, le 19 et le 24 juin respectivement. Ses préférences sont les stimulations auditives (ex : la musique), visuelles et tactiles (ex : tube à bulles).

Agitation. La figure 9 représente la gravité multipliée par la fréquence de l'agitation pour la participante 2. Nous pouvons constater la présence d'agitation à travers les semaines, à l'exception des semaines suivantes : pré-test1, intervention2 et 6 et au posttest1.

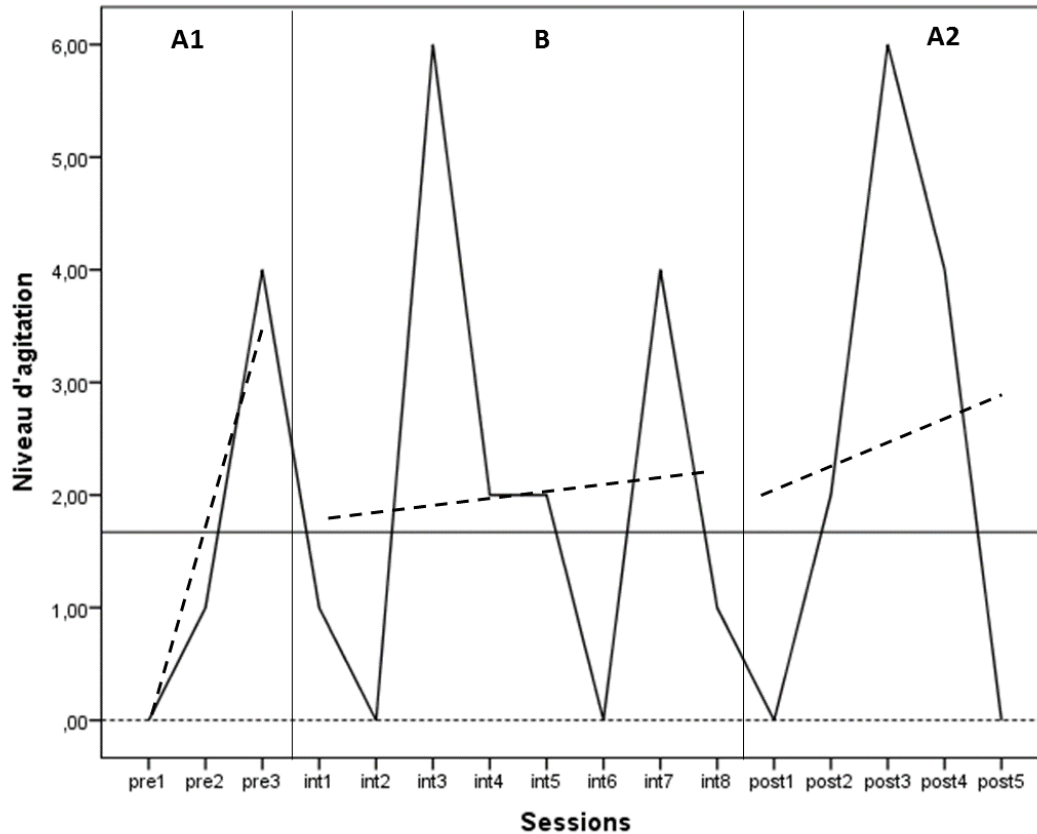


Figure 9. Scores d'agitation du participant 2 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne d'agitation pendant la phase A₁. Elle nous permet de visualiser le changement au niveau de l'agitation à travers les phases. Les scores fluctuent pendant la phase B, et cette fluctuation persiste à la phase A₂. Le niveau moyen d'agitation dans la phase B ($\bar{x} = 2$) excède la moyenne du niveau de base ($\bar{x} = 1.67$) de la phase A₁.

La ligne de régression est ascendante dans la phase A₁, et demeure légèrement ascendante dans la phase B, et est toujours ascendante dans la phase A₂, ce qui suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention. La ligne horizontale pointillée représente le score le plus bas d'agitation de la phase A₁. Dans le cas présent, ce point de référence se situe au prétest 1, où le score est 0. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 0. Puisqu'aucune donnée ne peut être inférieure à zéro, le PDN est 0%

pour la participante 2. En bref, les résultats aux trois critères suggèrent l'absence d'utilité clinique de l'intervention sur son niveau d'agitation.

Apathie. Le diagramme qui suit représente la gravité multipliée par la fréquence de l'apathie pour observer les niveaux d'apathie à travers les semaines pour la participante 2.

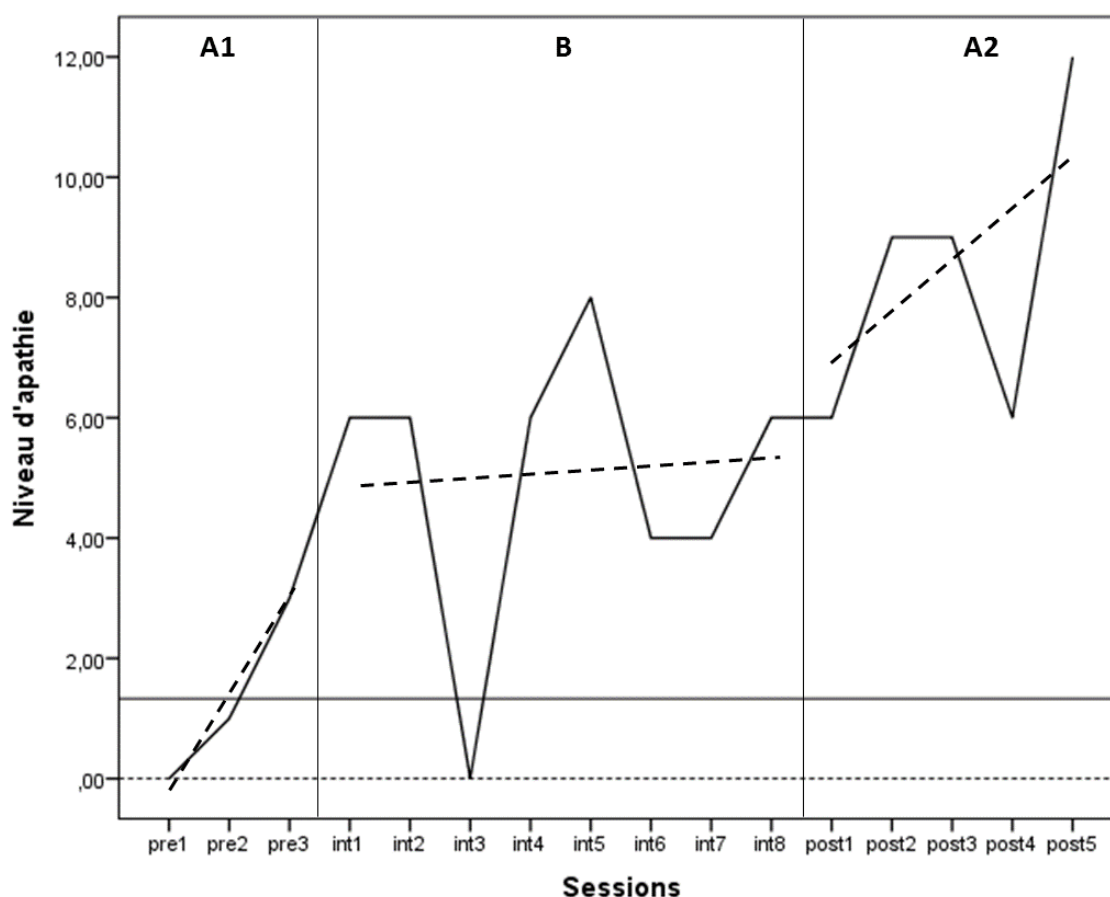


Figure 10. Scores d'apathie de la participante 2 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne d'apathie pendant la phase A₁. Elle nous permet de visualiser le changement au niveau de l'apathie à travers les phases. Les scores fluctuent pendant la phase B, avec une baisse notable à la session d'intervention₃, et retournent graduellement à la hausse à la phase A₂. Le score moyen pour la phase B est inférieur ($\bar{x} = 5$) à la phase A₂ ($\bar{x} = 8.4$).

La ligne de régression est ascendante dans la phase A₁, et demeure légèrement ascendante dans la phase B, et est toujours ascendante dans la phase A₂, ce qui suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention. La ligne horizontale pointillée représente le score le plus bas d'apathie de la phase A₁. Dans le cas de la participante 2, ce point de référence se situe au prétest₁, où son score est de 0. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 0. Avec une valeur référence de 0, le PDN ne peut être que de 0. L'ensemble de ces résultats suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention sur le niveau d'apathie pour cette participante.

Humeur dépressive. Les scores nous permettent de constater l'absence d'humeur dépressive chez la participante 2. Des analyses de l'influence de l'intervention sont donc caduques.

Retentissement. La figure 11 représente le niveau de retentissement total pour la participante 2.

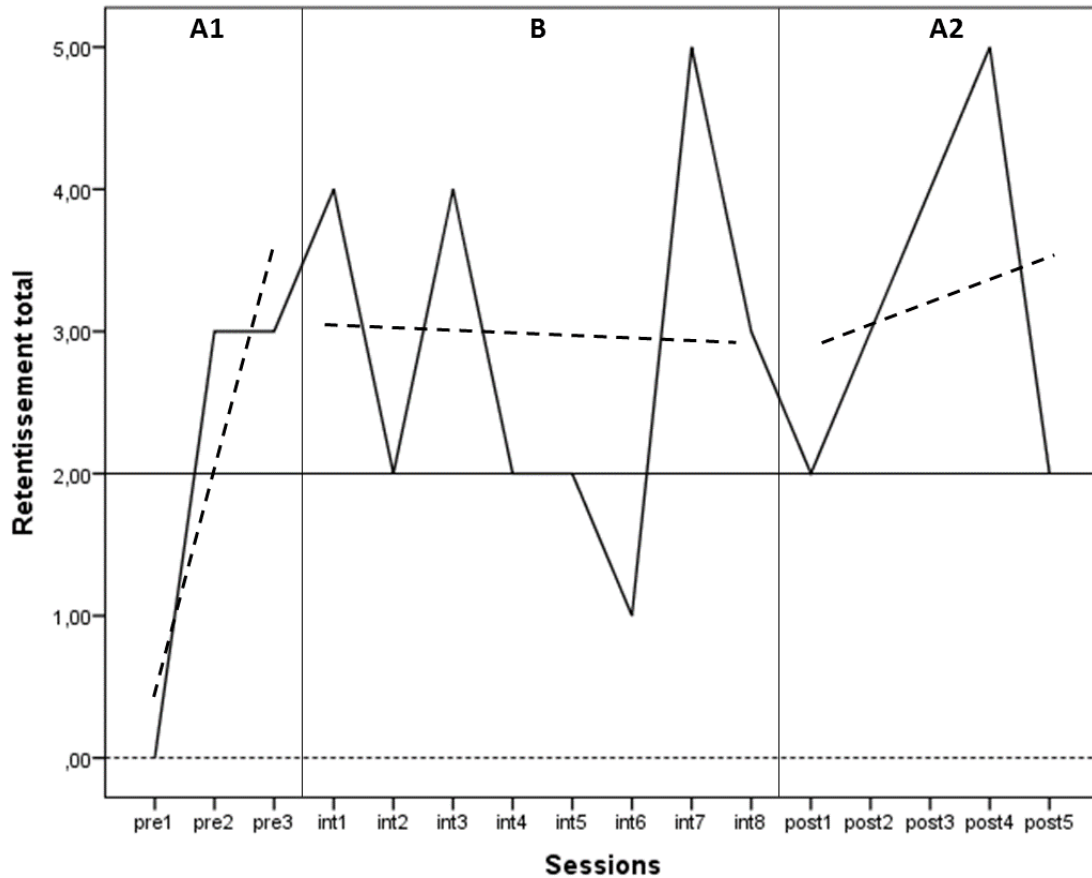


Figure 11. Scores de retentissement de la participante 2 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁ B et A₂, représente la moyenne de retentissement pendant la phase A₁. Les scores fluctuent pendant la phase B et la phase A₂. Le niveau moyen de la phase B ($\bar{x} = 2.88$) est inférieur au niveau moyen de la phase A₂ ($\bar{x} = 3.2$). La ligne de régression est ascendante dans la phase A₁, descendante dans la phase B, et redevient ascendante dans la phase A₂, ce qui suggère l'utilité clinique potentielle de l'intervention, mais l'absence d'un effet qui persiste au posttest. Ici la ligne horizontale pointillée représente n'est pas

représentée puisque le score le plus bas de retentissement de la phase A₁ est de 0. Avec une valeur de référence de 0, le PDN est à 0 pour la participante 2. L'ensemble de ces résultats suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention sur le niveau de retentissement.

Médicaments. La participante 2 a reçu les médicaments psychotropes suivants : de la quétiapine (antipsychotique atypique; Seroquel), donépézil (inhibiteur du cholinestérase; Aricept), venlafaxine (inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline; Effexor), du trazodone (inhibiteur des recapturs de sérotonine et un antagoniste du récepteur 5-HT_{2A}), et de l'acétaminophène (analgésique).

Le dosage de l'ensemble des médicaments est demeuré le même toute au long des phases de l'étude, il n'y a donc pas de variabilité, ce qui explique que les scores Z ont tous une valeur de zéro sur le diagramme. Les dosages sont les suivants : acétaminophène (2000 mg/jour), quétiapine (25 mg/jour), donépézil (10 mg/jour), venlafaxine (187.5 mg/jour), trazodone (12.5 mg/jour). Un diagramme n'est donc pas présenté ici.

Synthèse des résultats pour la participante 2. Aucun changement cliniquement significatif n'a été trouvé pour les variables étudiées chez la participante 2.

Participant 3. Le participant 3 est un homme âgé de 84 ans. En avril 2014, l'infirmière a évalué que ce participant se situe au stade 6 sur L'Échelle de détérioration globale (GDS), ce qui suggère un niveau de démence modérément sévère. Il a reçu un total de 16 expositions à la SMS, à raison de deux fois par semaine pendant huit semaines consécutives. La durée moyenne de ses sessions de SMS est de 24 minutes. Ses préférences en matière de stimulation multisensorielle ont été évaluées par l'intervenante en activités, pendant la phase A₁, le 4, le 13, le 19 et le 24 juin respectivement. Ses préférences sont les stimulations auditives (ex : musique), visuelle et tactiles (ex : le tube à bulle, iPad, objets texturés).

Agitation. La figure 12 présente le diagramme de la gravité multipliée par la fréquence de l'agitation pour le participant 3.

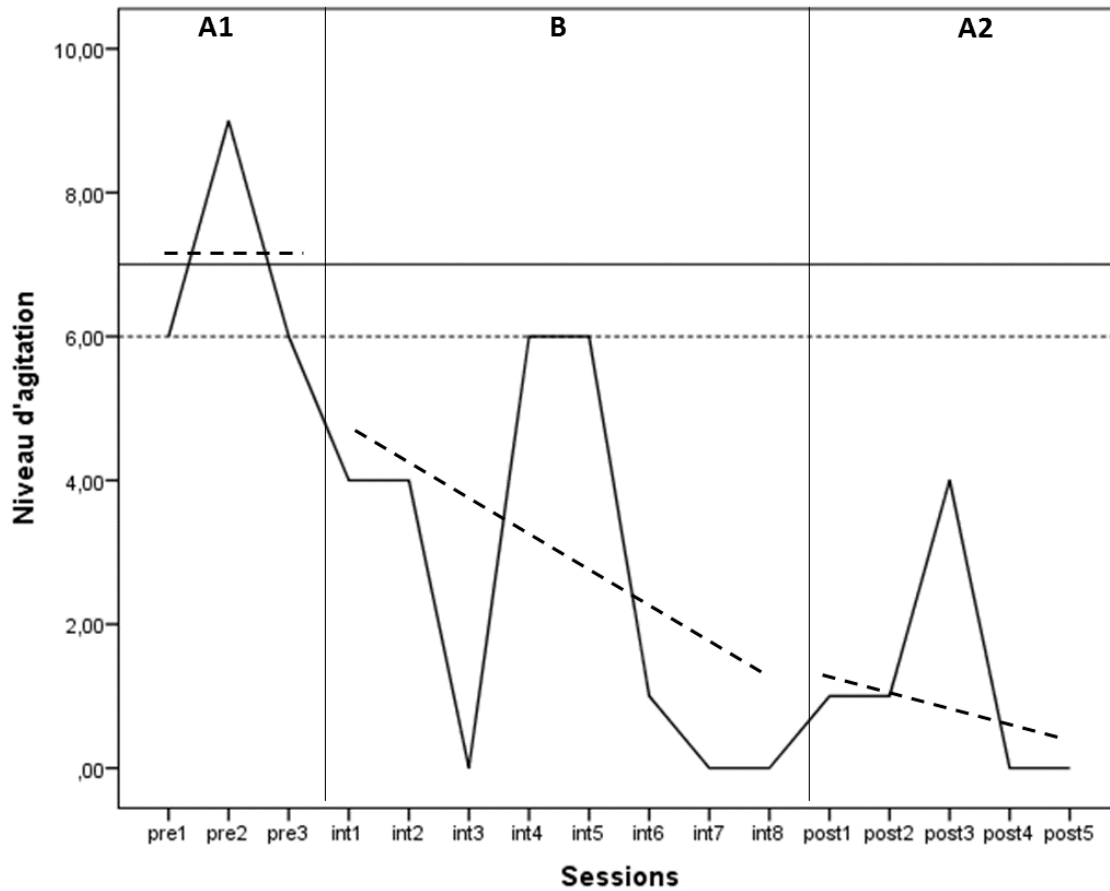


Figure 12. Scores d'agitation du participant 3 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne d'agitation pendant la phase A₁. Elle nous permet de visualiser le changement au niveau de l'agitation à travers les phases. Les scores du participant 3 diminuent de façon significative pendant la phase B ($\bar{x} = 2.63$), et se maintiennent à un niveau plus bas dans la phase A₂ ($\bar{x} = 1$), comparativement au niveau moyen ($\bar{x} = 7$) de la phase A₁. Il s'agit d'une baisse de 4.37 points entre les phases A₁ et B. La ligne de régression est droite dans la phase A₁, descendante dans la phase B, et demeure descendante dans la phase A₂, ce qui suggère l'utilité clinique de

l'intervention, et le maintien de l'effet au posttest. La ligne horizontale pointillée représente le score le plus bas d'agitation de la phase A₁. Dans le cas du participant 3, ce point de référence se situe aux prétests 1 et 3, où son score est de 6. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 6. Les données du graphique montrent que 6 des 8 (environ 75%) points de données dans la phase d'intervention ont des valeurs inférieures à 6. Ainsi, le PDN est de 75% pour le participant 3. L'ensemble des critères d'évaluation sont rencontrés, ce qui suggère l'utilité clinique de l'intervention sur son niveau d'agitation, ainsi que le maintien de l'effet au posttest.

Apathie. Les scores du participant 3 démontrent l'absence d'apathie. Des analyses ne sont donc pas possibles.

Humeur dépressive. Il n'y a pas d'analyses possibles sur le niveau d'humeur dépressive, celui-ci étant nul à toutes les évaluations.

Retentissement. Le diagramme qui suit représente le niveau de retentissement total pour le participant 3. Les scores peuvent habituellement se situer entre 0 et 15, mais étant donné l'absence d'apathie et de dépression chez ce participant, l'échelle se rapporte seulement au retentissement de l'agitation, et les scores peuvent donc varier entre 0 et 5.

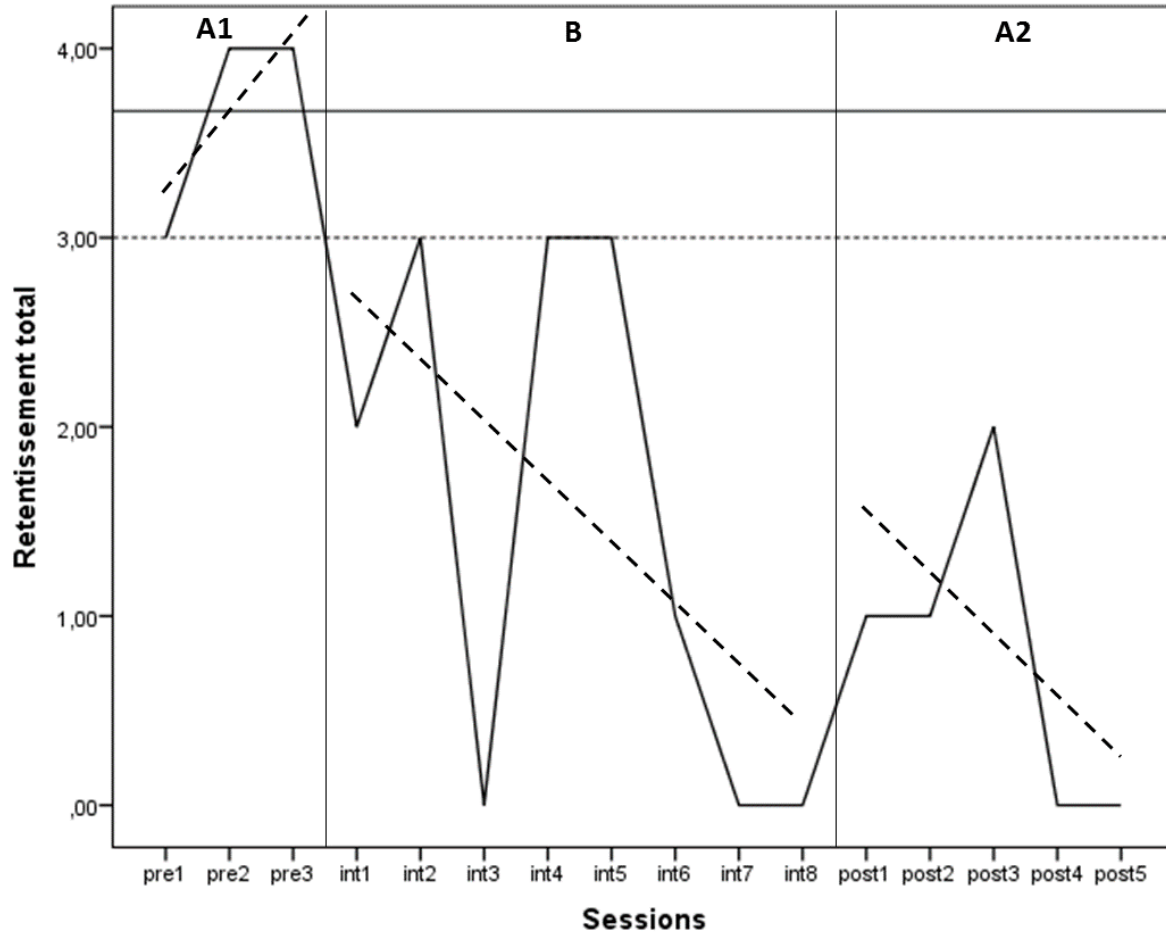


Figure 13. Scores de retentissement du participant 3 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne de retentissement pendant la phase A₁. Les scores du participant 3 diminuent pendant la phase B ($\bar{x} = 1.5$), et se maintiennent à un niveau plus bas dans la phase A₂ ($\bar{x} = 0.8$), comparativement au niveau moyen ($\bar{x} = 3.67$) de la phase A₁. Il s'agit d'une baisse de 2.17 points entre les phases A₁ et B. La ligne de régression est ascendante dans la phase A₁, descendante dans la phase B, et demeure descendante dans la phase A₂, ce qui suggère l'utilité clinique de l'intervention, et le maintien de l'effet au posttest. La ligne horizontale pointillée représente le score le plus bas d'agitation de la phase A₁. Il s'agit du point de référence pour calculer le pourcentage des

données qui ne se chevauchent pas (PDN). Dans le cas du participant 3, ce point de référence se situe au prétest 1, où son score est de 3. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 3. Les données du graphique montrent que 5 des 8 (63%) points de données dans la phase d'intervention ont des valeurs inférieures à 6. Ainsi, le PDN est de 63% pour le participant 3. En résumé, un seul des trois critères est rencontré, ce qui suggère l'absence de changement cliniquement significatif dans la phase d'intervention au niveau du retentissement pour le participant 3.

Médicaments. Le participant 3 a reçu les médicaments psychotropes suivants : de la quétiapine (antipsychotique atypique; Seroquel), du citalopram (SSRI; Celexa), de la mémantine (agit par blocage des récepteurs NMDA) et l'analgésique suivant : l'hydromorphone. La quétiapine, l'acétaminophène et l'hydromorphone sont aussi prescrits pour être administrés au besoin.

Le diagramme de la figure 14 présente la prescription/administration des médicaments à travers les différentes phases de l'étude. Les dosages de l'hydromorphone (0.5 mg/jour), du citalopram (20 mg/jour), de la mémantine (20 mg/jour) et de la quétiapine (25 mg/jour) sont demeurés les mêmes.

L'effet sur les médicaments reçus se manifeste donc au niveau de la quétiapine, un médicament prescrit pour l'agitation. Une dose additionnelle est prescrite au besoin chez le participant 3. Le diagramme nous permet de constater que la dose additionnelle a été administrée aux semaines d'intervention 1 et 2, ainsi qu'au posttest 3 (25mg/jour; une seule fois à chaque semaine). La nécessité de prescrire la dose additionnelle au posttest 3 coïncide avec l'augmentation du niveau d'agitation observable dans le diagramme de la figure 12.

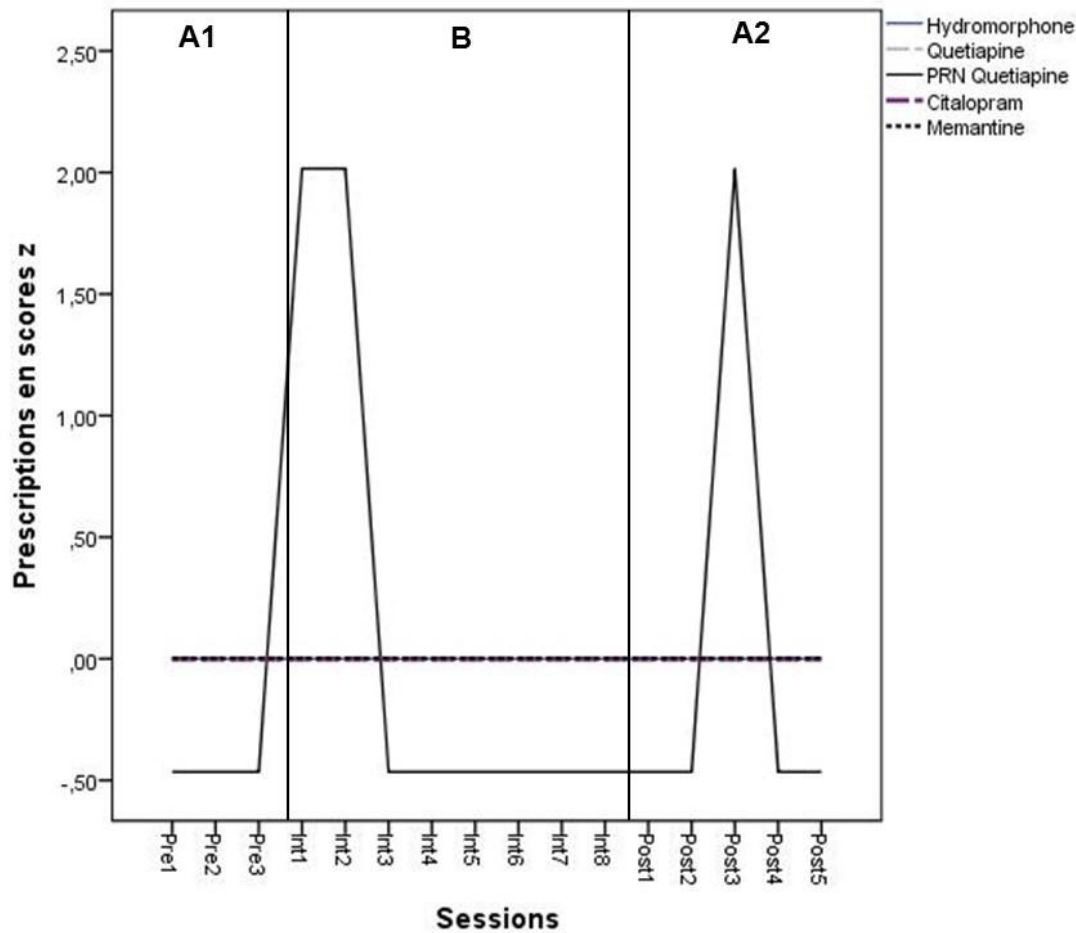


Figure 14. Prescriptions de médicaments du participant 3 à travers les trois phases de l'étude.

Synthèse des résultats pour le participant 3. Des changements cliniquement significatifs ont été trouvés pour la variable de l'agitation pendant la phase d'intervention. Les scores se maintiennent à un niveau plus bas dans la phase A₂, comparativement au niveau moyen de la phase A₁, ce qui suggère que l'effet semble se maintenir pendant la phase de posttest. On note aussi une augmentation temporaire de la dose de quétiapine pour contrer l'agitation au début de la période de l'intervention. Toutefois comme ce médicament n'a pas été administré au prétest, alors que le niveau d'agitation était à son plus élevé il est difficile d'interpréter le lien entre

l'intervention et la prescription de ce médicament. Il est peu probable que l'interruption de l'administration de ce médicament à compter de la semaine d'intervention 2 puisse expliquer la hausse temporaire du niveau d'agitation aux semaines d'intervention 4 et 5. En effet les recherches ne démontrent pas d'exacerbation de l'agitation suite au retrait d'antipsychotiques (Ballard et al., 2004; Bridges-Parlet, Knopman, & Steffes, 1997; Cohen-Mansfield et al., 1999).

Participant 4. Cette participante est une femme âgée de 91 ans. En avril 2014, l'infirmière a évalué que cette participante se situe au stade 6 sur L'Échelle de détérioration globale (GDS), ce qui suggère un niveau de démence modérément sévère. Elle a reçu un total de 16 expositions à la SMS, à raison de deux fois par semaine pendant huit semaines consécutives. La durée moyenne de ses sessions de SMS était de 30 minutes. Ses préférences en matière de stimulation multisensorielle ont été évaluées par l'intervenante en activités, pendant la phase A₁, le 4 et le 11 juin respectivement. Ses préférences sont les stimulations auditives (ex : musique) et tactiles (Ipad, massage des mains).

Agitation. La figure 15 représente la gravité multipliée par la fréquence de l'agitation pour la participante 4.

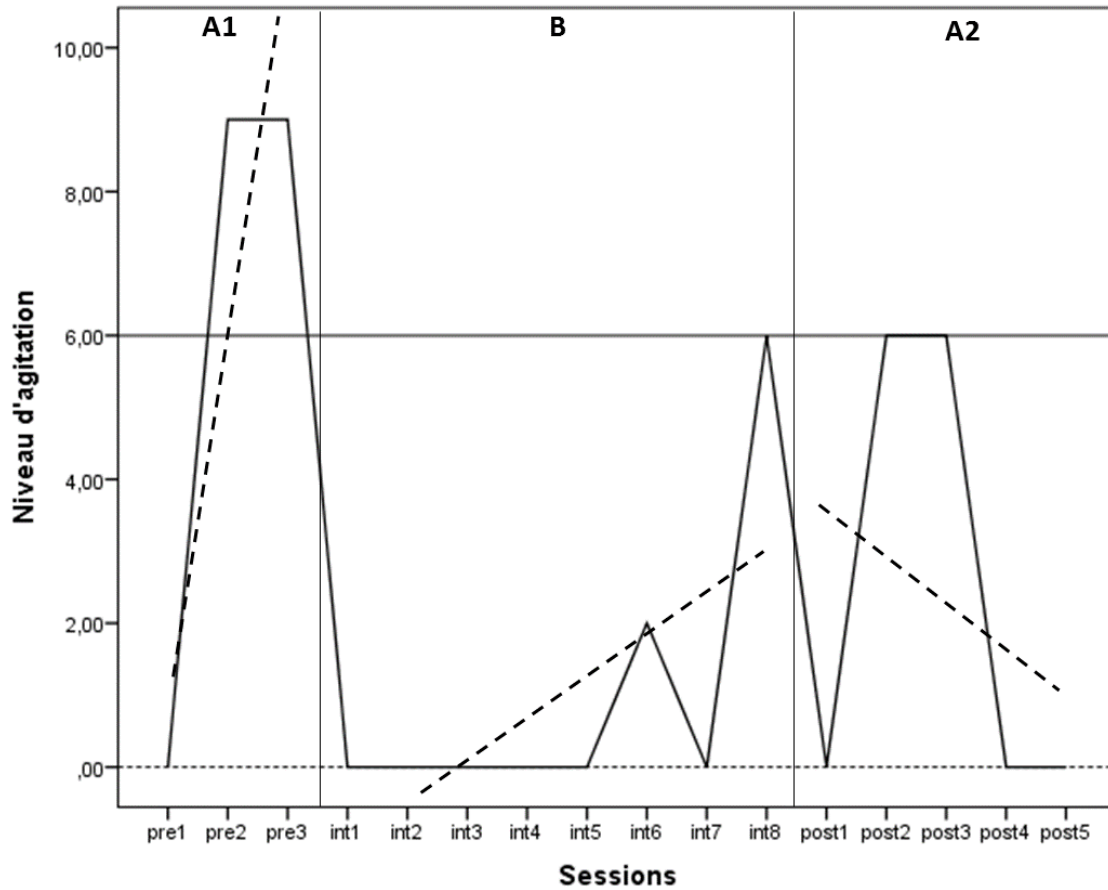


Figure 15. Scores d'agitation de la participante 4 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne d'agitation pendant la phase A₁. Elle nous permet de visualiser le changement au niveau de l'agitation à travers les phases. Les scores de la participante 4 diminuent significativement pendant la phase B ($\bar{x} = 1$), et se maintiennent à un niveau plus bas dans la phase A₂ ($\bar{x} = 2.4$), comparativement au niveau moyen ($\bar{x} = 6$) de la phase A₁. Il s'agit d'une baisse de 5 points entre les phases A₁ et B. La ligne de régression est ascendante dans la phase A₁, et aussi ascendante dans la phase B bien que plus légèrement. Elle est descendante dans la phase A₂, l'effet est donc clair au posttest. La ligne horizontale pointillée représente le score le plus bas d'agitation de la

phase A₁. Dans le cas de la participante 4, ce point de référence se situe au prétest 1, où son score est de 0. Avec une valeur de référence de 0, le PDN ne peut être que 0. Seuls un critère sur trois est rencontré, ce qui suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention sur son niveau d'agitation. Toutefois, un effet apparaît au posttest.

Apathie. Le diagramme de la figure 16 représente la gravité multipliée par la fréquence de l'apathie pour observer les niveaux à travers les semaines pour la participante 4.

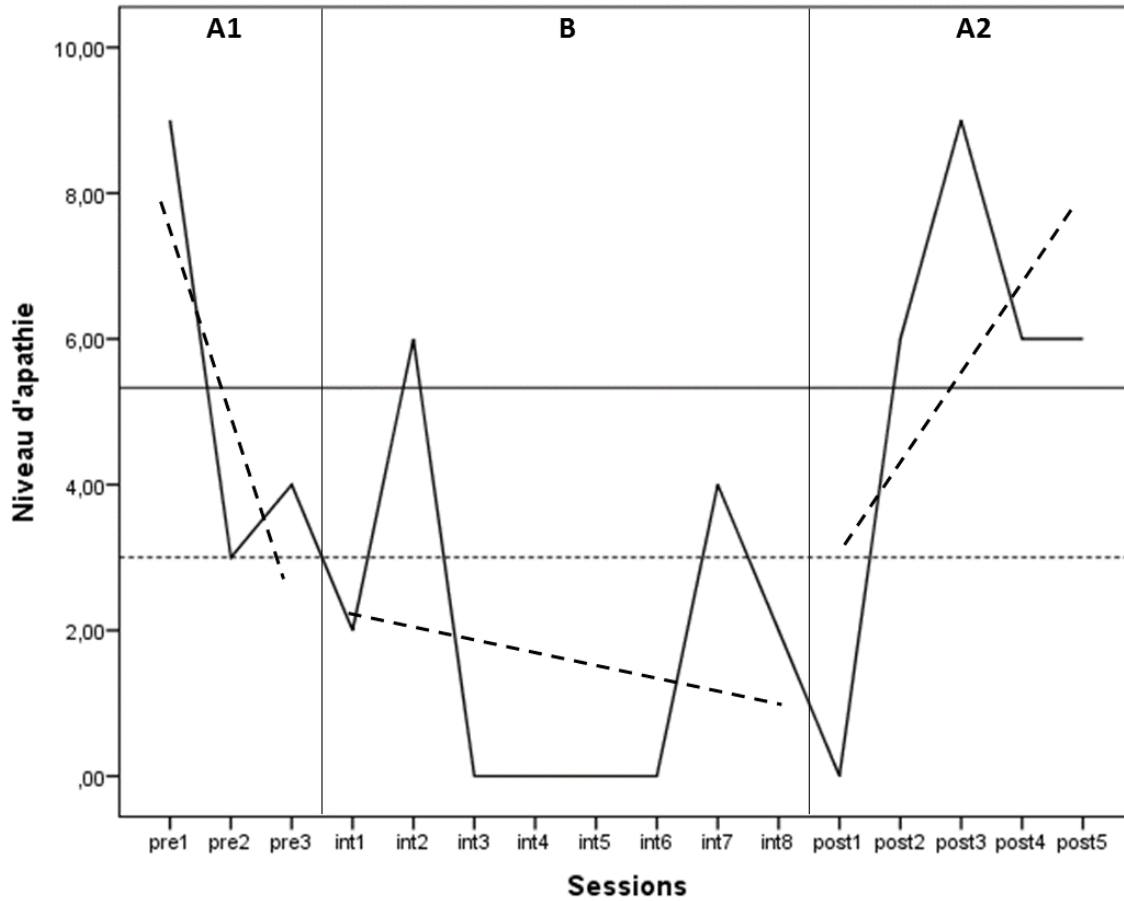


Figure 16. Scores d'apathie de la participante 4 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne d'apathie pendant la phase A₁ (5.33). Les scores de la participante 4 diminuent de façon significative pendant la phase B ($\bar{x} = 1.75$) de la phase A₁, avec un retour à la hausse pour la phase A₂, avec moyenne de 5.4. Il s'agit d'une baisse de 3.58 points entre les phases A₁ et B. La ligne de régression est descendante dans les phases A₁ et B, et ascendante dans la phase A₂, ce qui suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention. La ligne horizontale pointillée représente le score le plus bas d'agitation de la phase A₁. Il s'agit du point de référence pour calculer le pourcentage des données qui ne se chevauchent pas (PDN). Dans le cas de la

participante 4, ce point de référence se situe au prétest 3, où son score est de 3. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 3. Les données du diagramme montrent que 5 des 8 (63%) points de données dans la phase d'intervention ont des valeurs inférieures à 3. Ainsi, le PDN est à 63% pour la participante 4. Comme seulement un des trois des critères statistiques est rencontré, cela suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention sur son niveau d'apathie.

Humeur dépressive. Il n'y a pas d'analyse possible sur le niveau d'humeur dépressive, celui-ci étant nul à toutes les évaluations.

Retentissement. Le diagramme de la figure 17 représente le niveau de retentissement total pour la participante 4. Les scores peuvent habituellement se situer entre 0 et 15, mais étant donné l'absence de dépression chez cette participante, l'échelle se rapporte au retentissement de l'agitation et de l'apathie, l'échelle peut donc varier entre 0 et 10.

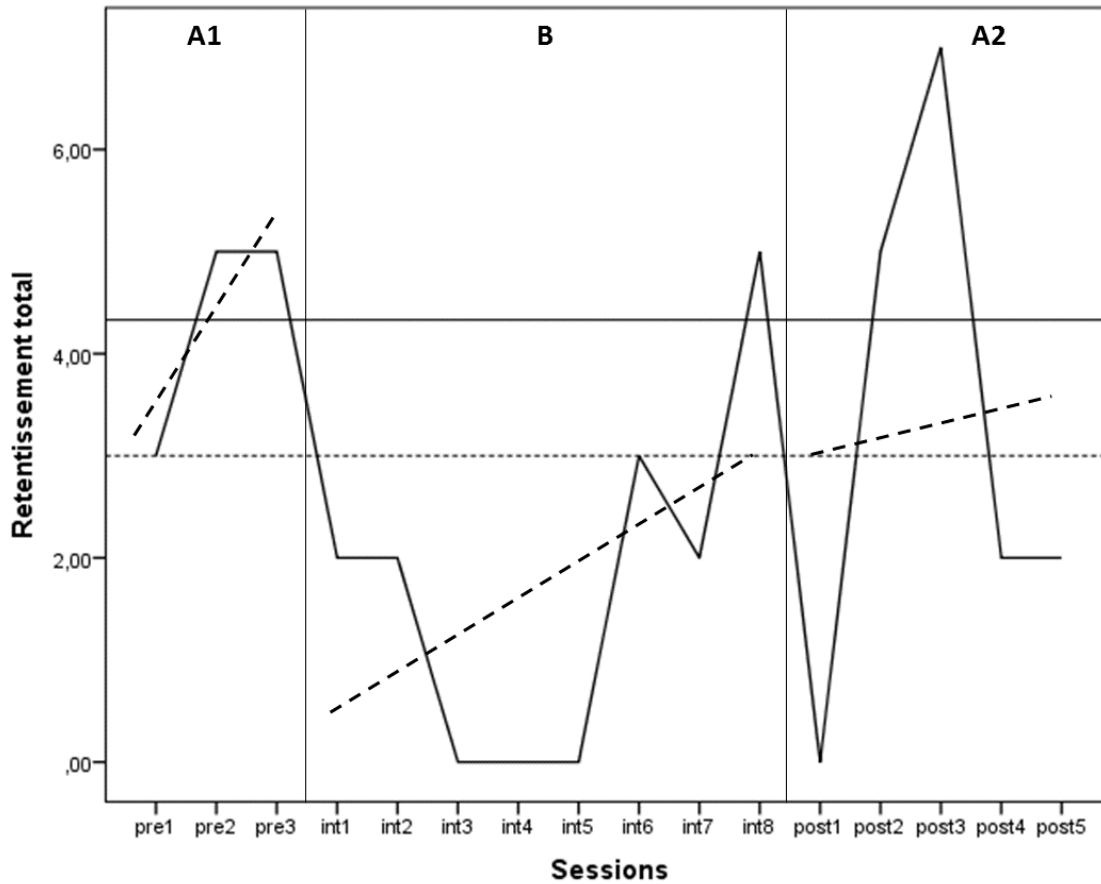


Figure 17. Scores de retentissement de la participante 4 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne de retentissement pendant la phase A₁ ($\bar{x} = 4.33$). Les scores diminuent de façon significative pendant les semaines d'intervention 1 à 5 de la phase B, et retournent à la hausse à compter de la semaine d'intervention 6. Les scores diminuent significativement pendant la phase B ($\bar{x} = 1$), et retournent à la hausse dans la phase A₂ ($\bar{x} = 5.4$). Il s'agit d'une baisse de 3.33 points entre les phases A₁ et B. La ligne de régression est ascendante dans la phase A₁, et légèrement ascendante dans la phase B, quoique l'angle de la pente soit moins accentué, ce qui suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention. Elle est aussi ascendante dans la phase A₂, il n'y a donc pas d'effet au posttest. La ligne horizontale pointillée représente le score le plus bas de

retentissement de la phase A₁. Il s'agit du point de référence pour calculer le pourcentage des données qui ne se chevauchent pas (PDN). Dans le cas de cette participante, ce point de référence se situe au prétest 1, où son score est de 3. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 3. Les données du diagramme montrent que 6 des 8 (75%) points de données dans la phase d'intervention ont des valeurs inférieures à 3. Ainsi, le PDN est 75%. Deux des trois critères démontrent des changements cliniquement significatifs, ce qui suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention sur le niveau de retentissement.

Médicaments. La participante 4 a reçu les médicaments psychotropes suivants : du citalopram (SSRI; Celexa), de la mémantine (agit par blocage des récepteurs NMDA), de la galantamine (inhibiteur de cholinestérase; Réminyl), du trazodone (inhibiteur des recapteurs de sérotonine et un antagoniste du récepteur 5-HT_{2A}), et de l'acétaminophène, un analgésique.

Les dosages de tous les médicaments sont demeurés stables à travers les trois phases de l'étude : citalopram (20 mg/jour), mémantine (20 mg/jour), galantamine (16 mg/jour), trazodone (25 mg/jour), acétaminophène (1950 mg/jour). L'absence de variabilité selon les phases de l'étude suggère que les interventions SMS n'ont pas eu d'incidence sur le dosage des médicaments prescrits pour la participante 4.

Synthèse des résultats pour la participante 4. Aucun changement cliniquement significatif n'a été trouvé pour l'ensemble des variables étudiées chez la participante 4.

Série 2

Suivant le protocole à lignes de base multiples, les participants de la série 2 ont débuté les interventions un à moment différent de la série 1, dans la semaine du 21 septembre 2014, et leur phase A₁ s'est étalée sur une plus longue période de temps (voir tableau 1 pour les détails). Tel

que mentionné dans la section de la méthodologie, les expositions pour les participants de cette série diffèrent en fréquence, à cause de contraintes au niveau logistique.

Participant 5. La participante 5 est une femme âgée de 86 ans. En avril 2014, l'infirmière a évalué que cette participante se situait au stade 7 sur L'Échelle de détérioration globale (GDS), ce qui suggère un niveau de démence sévère. Elle a reçu un total de 8 expositions à la SMS. La durée moyenne de ses sessions de SMS est de 13 minutes. Ses préférences en matière de stimulation multisensorielle ont été évaluées par l'intervenante en activités le 11 juin 2014, pendant la phase A₁. Ses préférences sont les stimulations tactiles (fibres optiques, massage des mains, auditives (ex : musique) et visuelles (balles colorées, fibres optique, lumières de couleurs variées).

Agitation. La figure 18 représente les scores de gravité multipliée par la fréquence de l'agitation pour la participante 5. Nous pouvons constater la présence d'agitation à travers toutes les phases de l'étude.

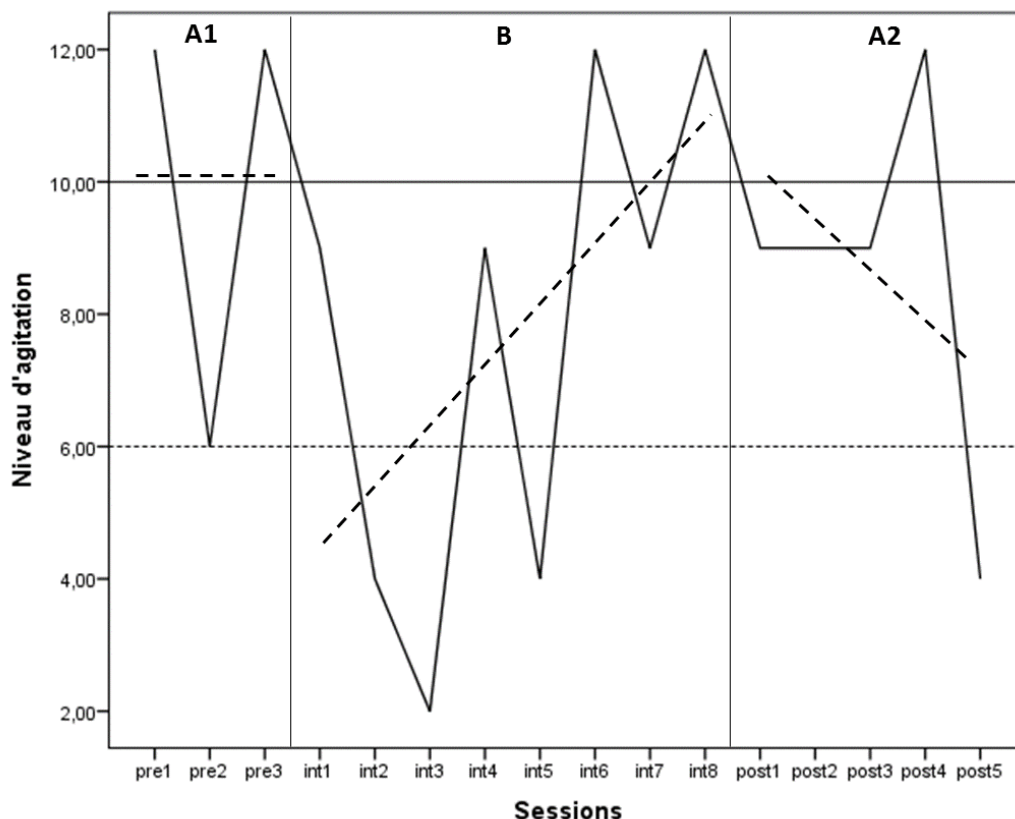


Figure 18. Scores d'agitation de la participante 5 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne d'agitation pendant la phase A₁. Elle nous permet de visualiser le changement au niveau de l'agitation à travers les phases. Les scores de la participante 5 demeurent relativement élevés, avec une moyenne de 10 à la phase A₁, de 7.63 à la phase B et de 8.6 à la phase A₂. La ligne de régression est droite dans la phase A₁ et ascendante dans la phase B, ce qui suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention. Elle est descendante dans la phase A₂, mais ici on ne peut conclure qu'il s'agit d'un effet significatif de l'intervention qui se maintient au posttest. La ligne horizontale pointillée représente le score le plus bas d'agitation de la phase A₁. Il s'agit du point de référence pour calculer le pourcentage des données qui ne se chevauchent pas (PDN). Dans le cas présent, ce point de référence se situe au prétest 2, où son score est de 6. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur

6. Les données du graphique montrent que 3 des 8 (38%) points de données dans la phase d'intervention ont des valeurs inférieures à 6. Ainsi, le PDN est de 38% pour la participante 5. L'ensemble des analyses suggèrent l'absence d'utilité clinique de l'intervention sur son niveau d'agitation.

Apathie. La figure 19 représente la gravité multipliée par la fréquence de l'apathie pour observer les niveaux d'apathie à travers les semaines pour la participante 5.

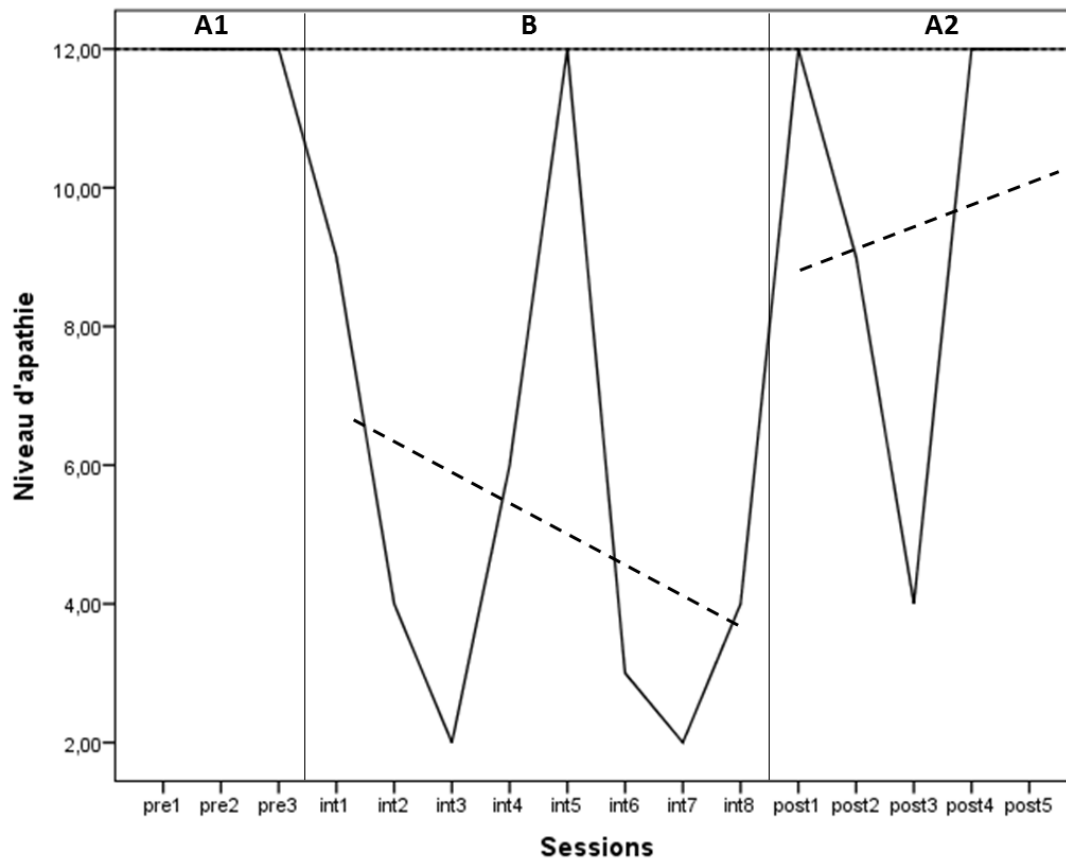


Figure 19. Scores d'apathie de la participante 5 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne d'apathie pendant la phase A₁. Le score moyen de la participante 5 diminue pendant la phase B ($\bar{x} = 5.25$), et retourne à la hausse à la phase A₂, sans toutefois atteindre le niveau moyen ($\bar{x} = 12$) de la phase A₁, avec une moyenne de 9.8. Il s'agit d'une baisse de 6.75 points entre les phases A₁

et B. La ligne de régression est ascendante dans la phase A₁, et descendante dans la phase B, ce qui suggère l'utilité clinique de l'intervention. Elle est ascendante dans la phase A₂, l'effet ne se maintient donc pas au posttest. La ligne horizontale pointillée représente le score le plus bas d'apathie de la phase A₁. Dans le cas de la participante 5, le score à la phase A₁ se maintient à 12. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 12. Les données du graphique montrent que 7 des 8 (environ 87.5%) points de données dans la phase d'intervention ont des valeurs inférieures à 12. Ainsi, le PDN est 87.5% pour la participante 5. Tous les critères sont rencontrés, ce qui suggère que l'intervention a été efficace sur son niveau d'apathie. L'efficacité ne se maintient pas au posttest.

Humeur dépressive. La figure 20 présente la gravité multipliée par la fréquence d'humeur dépressive pour la participante 5.

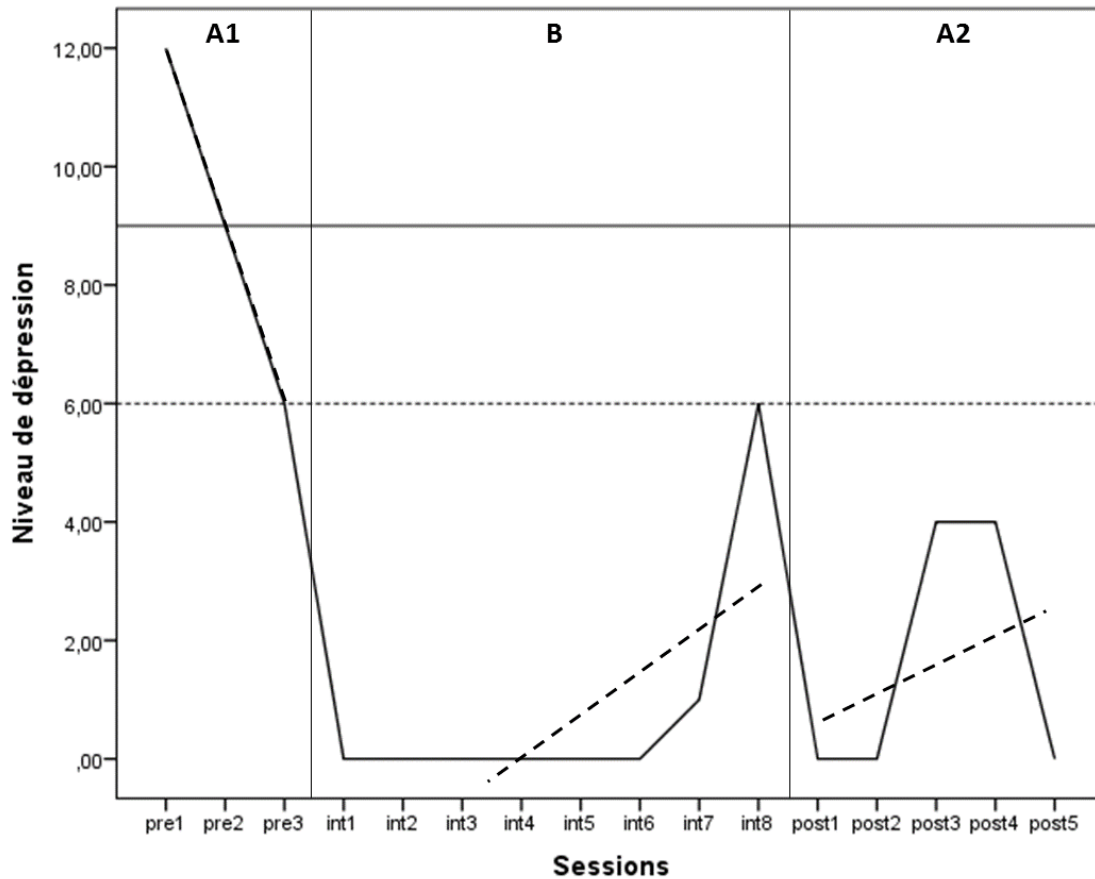


Figure 20. Scores de dépression de la participante 5 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne de dépression pendant la phase A₁. Les scores de la participante 5 diminuent significativement pendant la phase B ($\bar{x} = 0.88$), et maintiennent un niveau plus bas dans la phase A₂ ($\bar{x} = 1.6$), comparativement au niveau moyen ($\bar{x} = 9$) de la phase A₁. Il s'agit d'une baisse de 8.12 points entre les phases A₁ et B. La ligne de régression est descendante dans la phase A₁, et légèrement ascendante dans la phase B, quoique la pente est significativement plus basse. On ne peut considérer l'effet comme significatif. Les lignes de régression des phases B et A₂ sont presque

parallèles, mais toujours pas d'effet significatif. La ligne horizontale pointillée représente le score le plus bas de dépression de la phase A₁. Dans le cas de la participante 5, ce point de référence se situe au prétest 3, où son score est de 6. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 6. Les données du graphique montrent que 7 des 8 (environ 87.5%) points de données dans la phase d'intervention ont des valeurs inférieures à 6. Ainsi, le PDN est 87.5% pour la participante 5. Deux des trois critères démontrent des changements cliniquement significatifs, ce qui suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention sur le niveau d'humeur dépressive.

Retentissement. La figure 21 représente le niveau de retentissement total pour la participante 5.

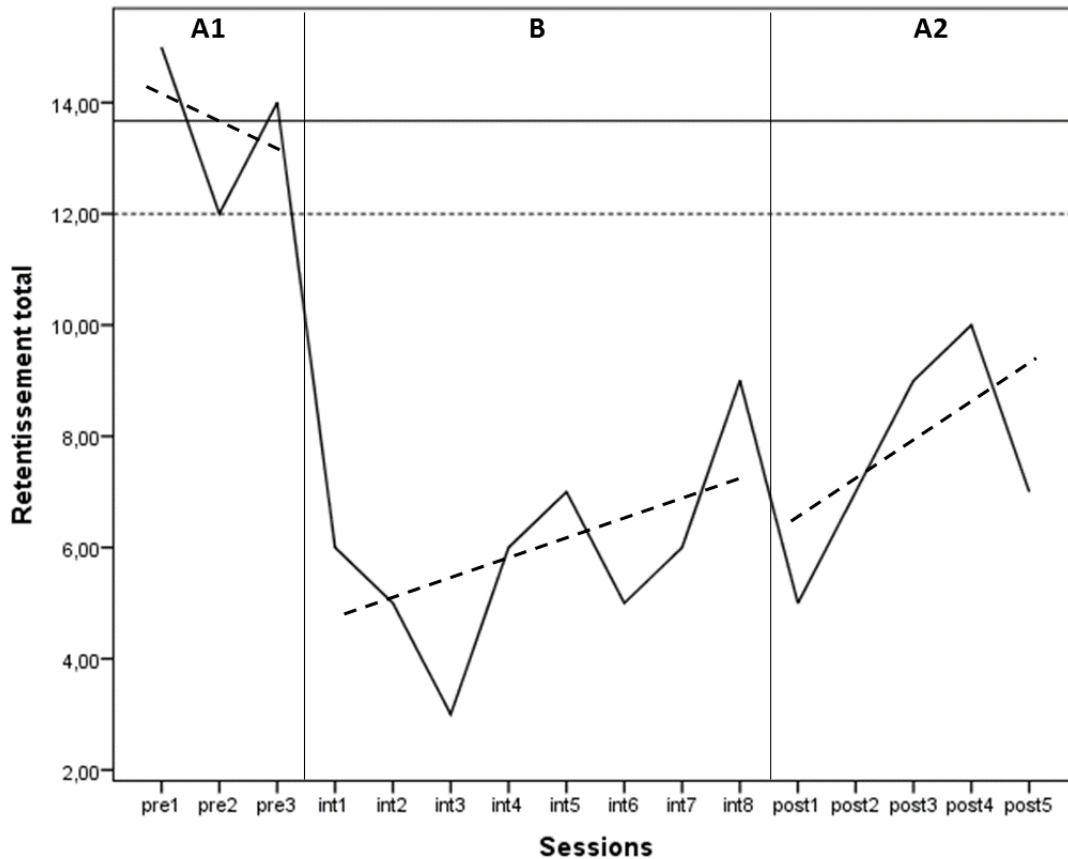


Figure 21. Scores de retentissement de la participante 5 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne de retentissement pendant la phase A₁. Les scores de la participante 5 diminuent significativement pendant la phase B ($\bar{x} = 5.88$), et maintiennent un niveau plus bas dans la phase A₂ ($\bar{x} = 7.6$), comparativement au niveau moyen ($\bar{x} = 13.67$) de la phase A₁. Il s'agit d'une baisse de 7.79 points entre les phases A₁ et B. La ligne de régression est légèrement descendante dans la phase A₁, et légèrement ascendante dans la phase B, ce qui suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention. Les lignes de régression des phases B et A₂ sont presque parallèles, sans effet significatif au posttest. La ligne horizontale pointillée représente le score le plus bas de

retentissement de la phase A₁. Dans le cas de la participante 5, ce point de référence se situe au prétest 2, où son score est de 12. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 12. Les données du graphique montrent que toutes les valeurs dans la phase d'intervention sont inférieures à 12. Ainsi, le PDN est 100% pour la participante 5. Deux des critères sont atteints, ce qui suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention sur le niveau de retentissement.

Médicaments. La participante 5 a reçu les médicaments psychotropes suivants : du trazodone (inhibiteur des recapteurs de sérotonine et un antagoniste du récepteur 5-HT_{2A}), de la duloxétine (inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline; Cymbalta), de l'olanzapine (antipsychotique atypique) et l'analgésique hydromorphone (Dilaudid). Quatre médicaments sont aussi prescrits pour être administrés au besoin seulement : l'hydromorphone, l'olanzapine, l'acétaminophène et le trazodone.

La figure 22 présente la prescription/administration des médicaments à travers les différentes phases de l'étude. Les dosages de l'olanzapine (10 mg/jour), de la duloxétine (60 mg/jour) et du trazodone (12.5 mg/jour) sont demeurés les mêmes. La prescription de l'hydromorphone est passée de 6mg/jour à 2mg/jour à partir de la semaine d'intervention #7. L'acétaminophène (650 mg/jour) a été administrée une seule journée au cours de la 5^e semaine dans la phase B. Les autres médicaments prescrits au besoin ont été administrés de façon variable, telle que présenté dans le diagramme. L'olanzapine prescrite au besoin a subi une diminution dans sa fréquence d'administration à compter de la phase B, avec un maintien à la phase A₂. Une relation entre l'intervention et la prescription au besoin d'olanzapine est possible, puisque l'on peut remarquer une diminution dans la nécessité de la prescrire au besoin pendant la

phase d'intervention. On ne peut pas conclure sur la présence d'un effet sur les autres prescriptions de médicaments.

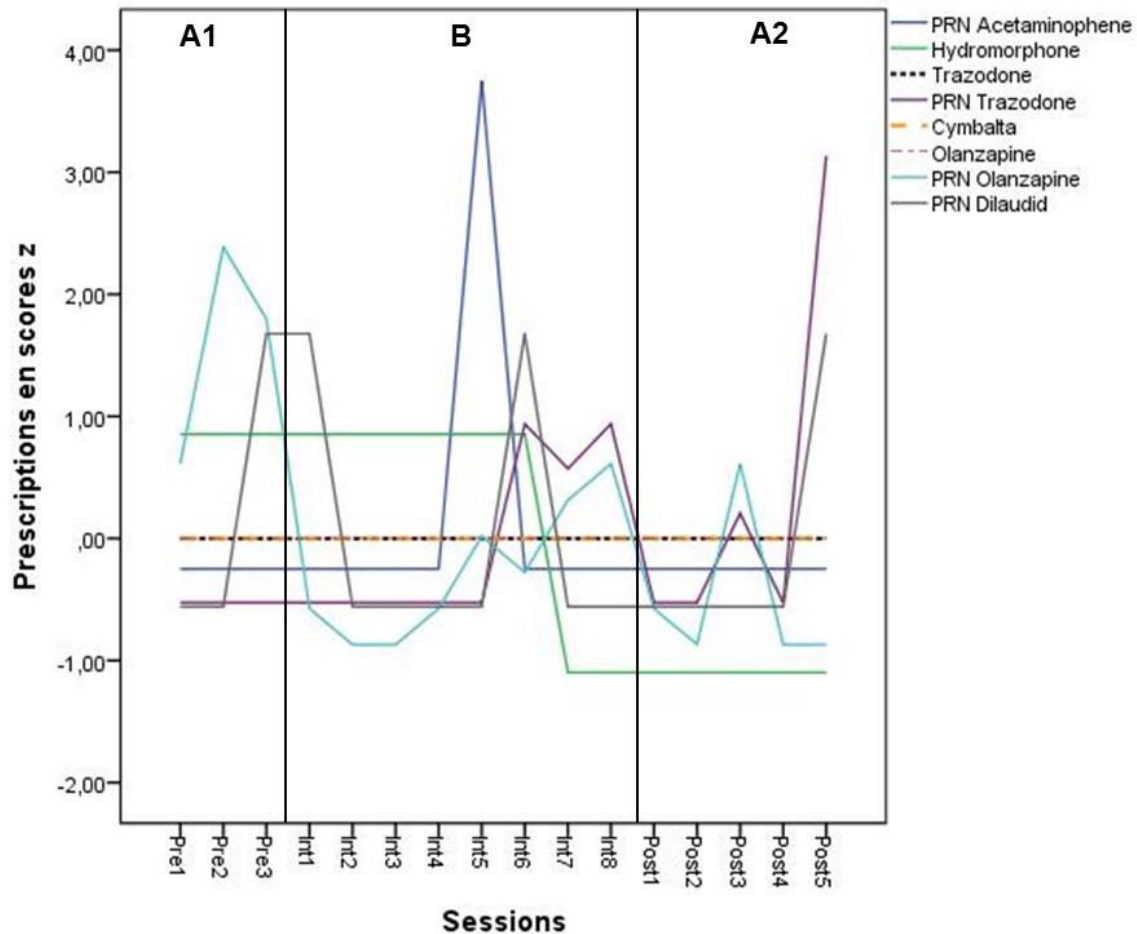


Figure 22. Prescriptions de médicaments de la participante 5 à travers les trois phases de l'étude.

Synthèse des résultats pour la participante 5. Des changements cliniquement significatifs ont été démontrés en termes de réduction pour l'apathie pendant la phase d'intervention sans maintien pendant la phase de posttest. Il y a eu une diminution dans la fréquence d'administration de l'olanzapine prescrite au besoin à partir de la phase d'intervention, avec un maintien dans le temps au posttest, pourtant, le niveau d'agitation de cette participante n'a pas diminué de manière significative. La diminution de la fréquence d'administration de l'olanzapine

au besoin, ainsi que l'intervention, ne coïncident pas avec une baisse de l'agitation. Il est possible que pour cette participante, ce médicament ait été prescrit dans le traitement d'un autre SCPD que ceux étudiés dans le cadre de cette recherche. Notons en effet que l'olanzepine est le médicament privilégié pour traiter les symptômes psychotiques ainsi que l'agitation, chez les patients atteints de démence (Gauthier et al., 2010).

Participant 6. Le participant 6 est un homme âgé de 86 ans. En mars 2014, l'infirmière a évalué que ce participant se situait au stade 6 sur l'Échelle de détérioration globale (GDS), ce qui réfère à un niveau de démence modérément sévère. Il a reçu un total de 9 expositions à la SMS. La durée moyenne de ses sessions de SMS est de 22 minutes. Ses préférences en matière de stimulation multisensorielle ont été évaluées par l'intervenante en activités, pendant la phase A₁, le 4 le 18 juin respectivement. Ses préférences sont les stimulations visuelles (fibre optique, le tube à bulle, lumières colorées), tactiles (fibre optique, le tube à bulle, balles texturées), et auditives (ex : musique, chants).

Agitation. La figure 23 représente la gravité multipliée par la fréquence de l'agitation pour le participant 6. Nous pouvons constater la présence d'agitation à travers les semaines, à l'exception des semaines suivantes : intervention 1, 3 - 5 et 7.

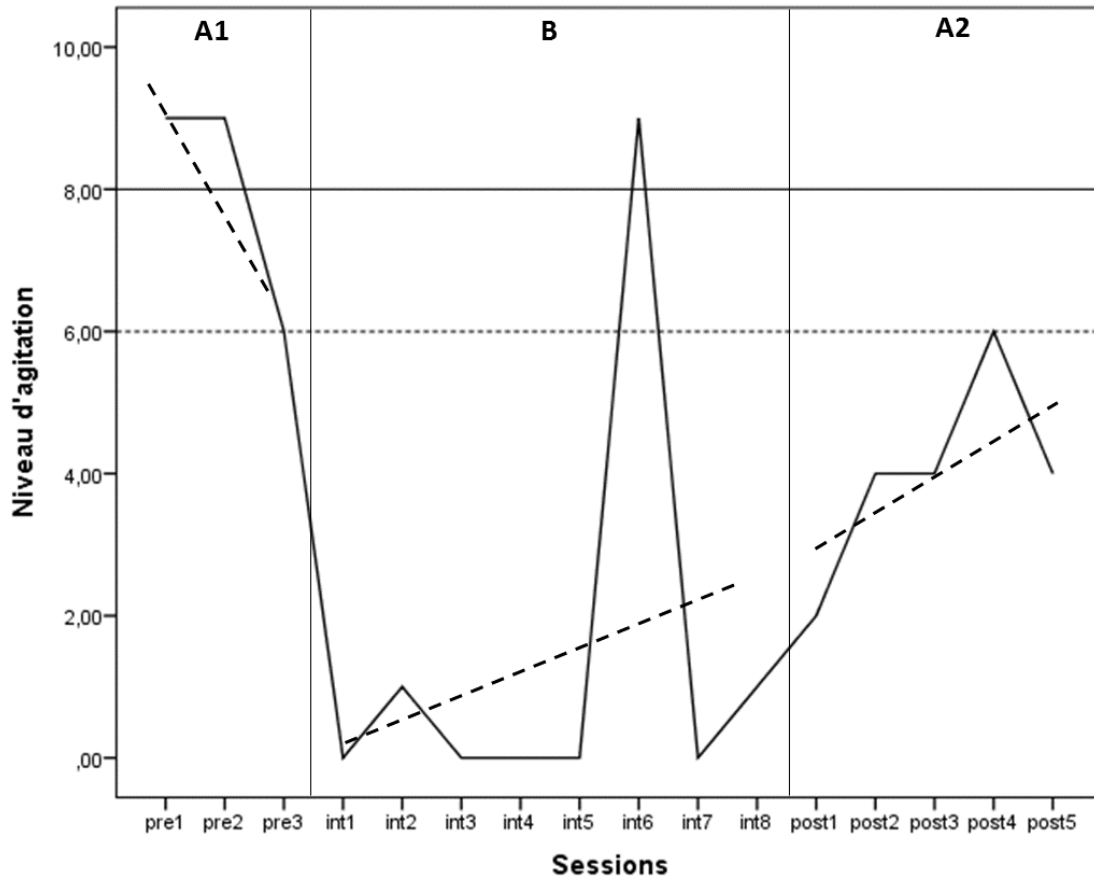


Figure 23. Scores d'agitation du participant 6 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne d'agitation pendant la phase A₁. Les scores du participant 6 diminuent significativement pendant la phase B ($\bar{x} = 1.38$), et se maintiennent à un niveau plus bas dans la phase A₂ ($\bar{x} = 4$), comparativement au niveau moyen ($\bar{x} = 8$) de la phase A₁. Il s'agit d'une baisse de 6.62 points entre les phases A₁ et B. La ligne de régression est descendante dans la phase A₁, et ascendante dans la phase B, ce qui suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention. La ligne de régression à la phase A₂ est ascendante et légèrement plus élevée qu'à la phase B, ce qui suggère que l'effet ne se maintient pas au posttest. La ligne horizontale pointillée représente le score le plus bas d'agitation de la phase A₁. Dans le cas du participant 6, ce point de référence se situe au

prétest 3, où son score est de 6. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 6. Les données du graphique montrent que 7 des 8 (environ 87.5%) points de données dans la phase d'intervention ont des valeurs inférieures à 6. Ainsi, le PDN est 87.5% pour le participant 6. Les analyses indiquent que deux des trois critères sont rencontrés, l'utilité clinique de l'intervention n'est donc pas appuyée sur son niveau d'agitation.

Apathie. La figure 24 représente la gravité multipliée par la fréquence de l'apathie pour observer les niveaux d'apathie à travers les semaines pour le participant 6. Ici nous pouvons constater la présence d'apathie à un seul moment au cours des trois phases de l'étude. Il s'agit du prétest 2 avec un score de 8.

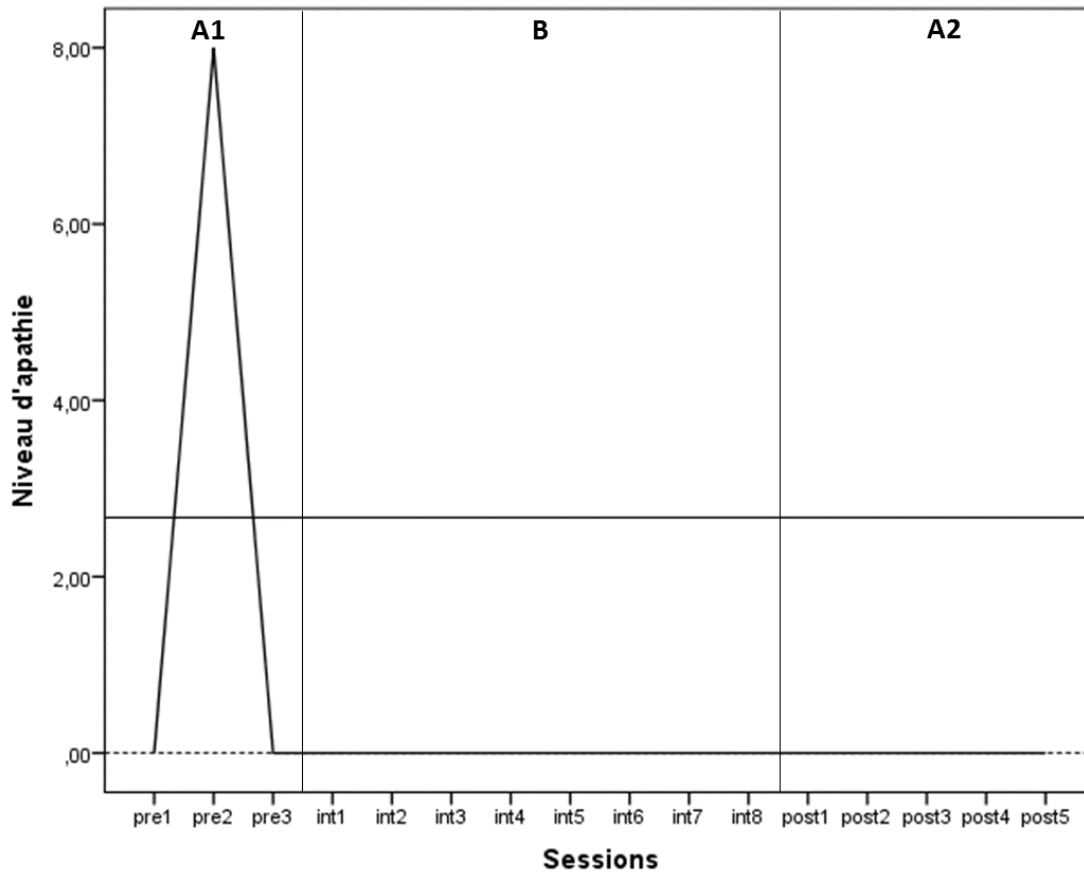


Figure 24. Scores d'apathie du participant 6 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁ B et A₂, représente la moyenne d'apathie pendant la phase A₁. Forcément l'absence d'apathie à toutes les semaines d'intervention exclut toute analyse d'utilité clinique de l'intervention.

Humeur dépressive. Il n'y a pas d'analyses possibles sur le niveau d'humeur dépressive, celui-ci étant nul à toutes les évaluations.

Retentissement. La figure 25 présente le niveau de retentissement total pour le participant 6. Puisque l'agitation est la seule variable pour laquelle des analyses peuvent être effectuées,

nous avons calculé les scores moyens de retentissement de l'agitation seulement. Les scores se situent donc entre 0 et 5.

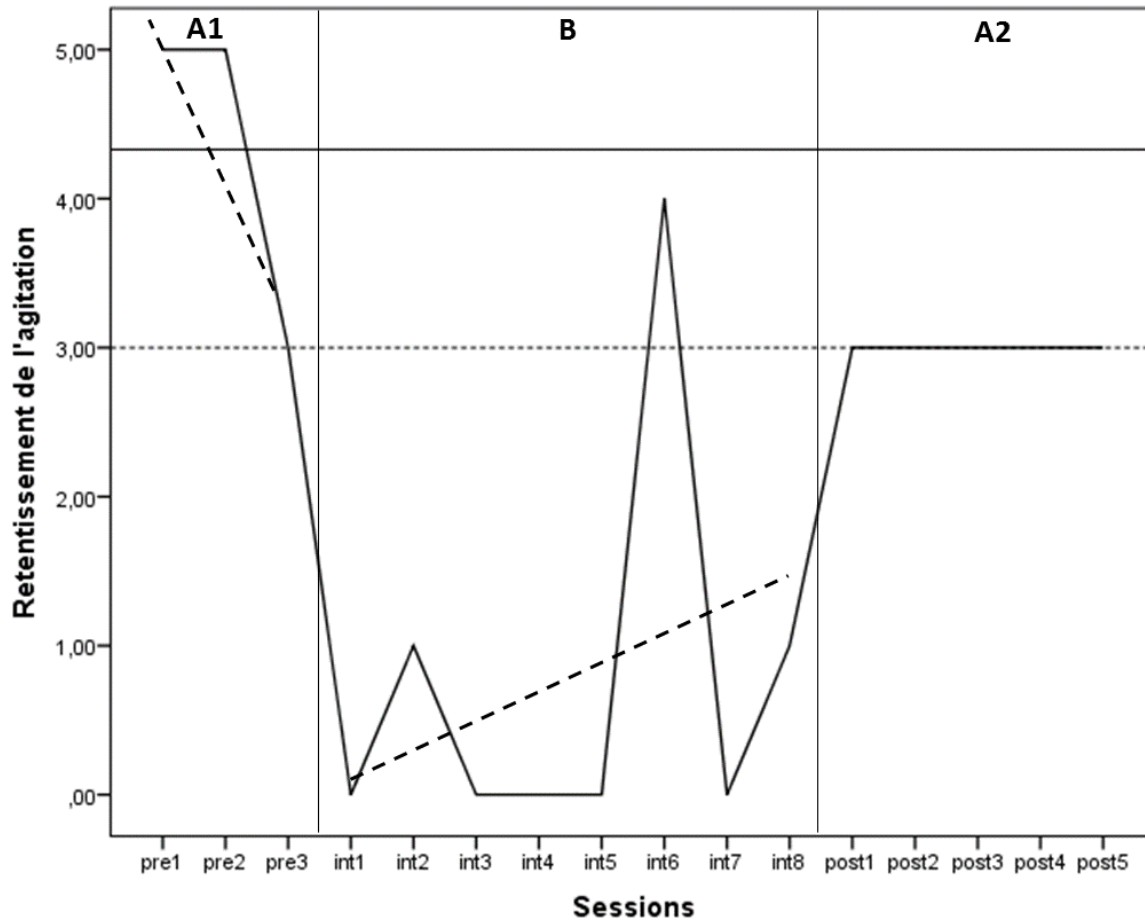


Figure 25. Scores de retentissement du participant 6 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne de retentissement pendant la phase A₁. Elle nous permet de visualiser le changement au niveau du retentissement à travers les phases. Les scores du participant 6 diminuent pendant la phase B ($\bar{x} = 0.75$), et retournent à la hausse à compter de la semaine d'intervention 8 jusqu'à la phase A₂, sans toutefois atteindre le niveau moyen ($\bar{x} = 4.33$) de la phase A₁, avec une moyenne de 3. Il s'agit d'une baisse de 3.58 points entre les phases A₁ et B. La ligne de régression est descendante dans la phase A₁, et ascendante dans la phase B, ce qui suggère l'absence d'utilité clinique de

l'intervention. La ligne de régression à la phase A₂ est droite et plus haute comparativement à la phase B, ce qui suggère que l'effet ne se maintient pas au posttest. La ligne horizontale pointillée représente le score le plus bas d'agitation de la phase A₁. Dans le cas du participant 6, ce point de référence se situe au prétest 3, où son score est de 3. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 3. Les données du graphique montrent que 7 des 8 (environ 87.5%) points de données dans la phase d'intervention ont des valeurs inférieures à 3. Ainsi, le PDN est 87.5% pour le participant 6, ce qui suggère l'utilité clinique de l'intervention sur son niveau de retentissement à cause de son agitation. Puisque seulement deux critères sont rencontrés, l'intervention ne peut pas être considérée comme utile pour réduire le niveau retentissement associé à l'agitation.

Médicaments. Le participant 6 a reçu les médicaments psychotropes suivants : du rispéridone (antipsychotique atypique) et de la venlafaxine (inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline; Effexor). Le rispéridone est aussi prescrit pour être administré au besoin seulement.

La figure 26 présente la prescription/administration des médicaments à travers les différentes phases de l'étude. Les dosages du rispéridone (1.75 mg/jour) et de la venlafaxine (150 mg/jour) sont demeurés les mêmes. La variabilité de l'administration du médicament prescrit au besoin est présentée dans le diagramme qui suit. L'administration, au besoin, semble avoir débuté à partir de la semaine d'intervention 4 de la phase B. Il n'y a pas d'effet de l'intervention sur la prescription de médicaments.

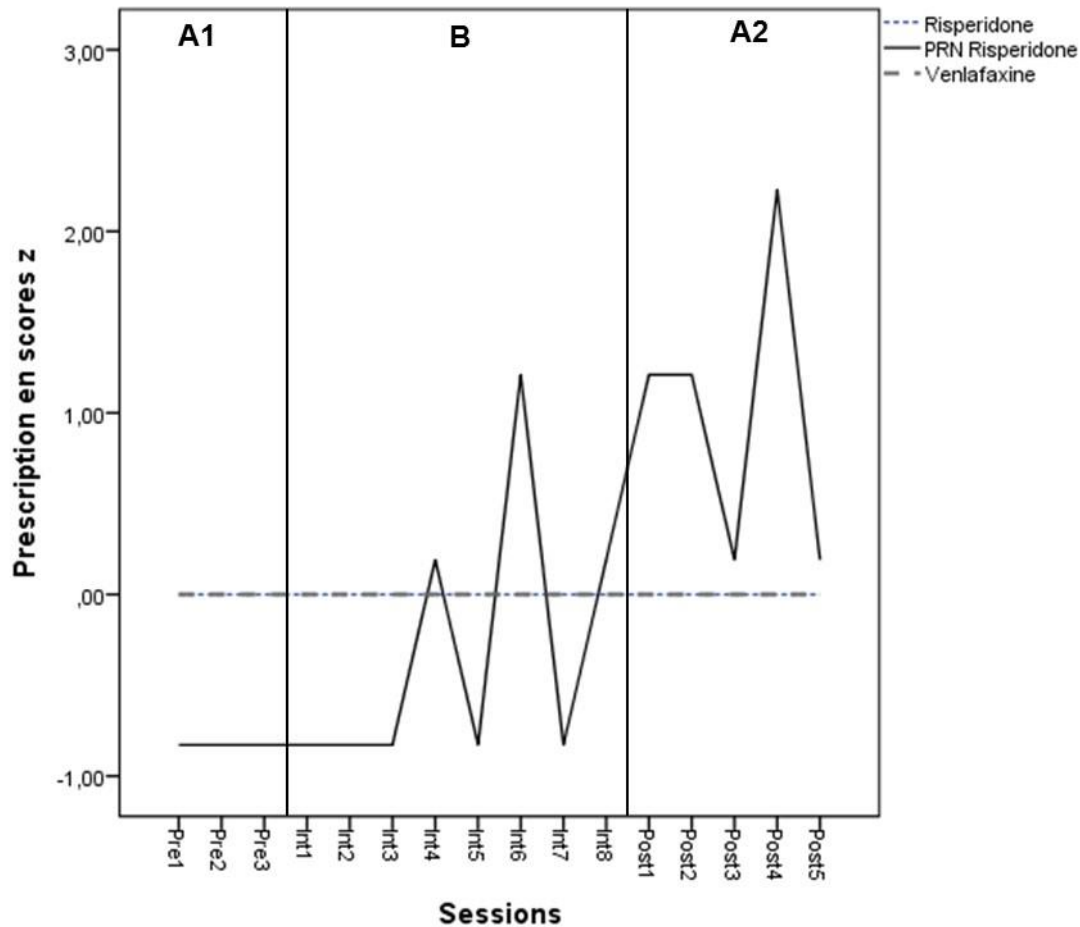


Figure 26. Prescriptions de médicaments du participant 6 à travers les trois phases de l'étude.

Synthèse des résultats pour le participant 6. Des changements cliniquement significatifs n'ont pas été mis en évidence en termes de réduction pour les variables étudiées.

Participant 7. La participante 7 est une femme âgée de 96 ans. En avril 2014, l'infirmière a évalué que cette participante se situe au stade 7 sur L'Échelle de détérioration globale (GDS), ce qui suggère un niveau de démence sévère. Elle a reçu un total de huit expositions à la SMS au total. La durée moyenne de ses sessions de SMS est de 20 minutes. Ses préférences en matière de stimulation multisensorielle ont été évaluées par l'intervenante en

activités, pendant la phase A₁, le 4 et le 11 juin 2014 respectivement. Ses préférences sont les stimulations tactile et visuelles (fibres optiques, le tube à bulle, lumières tamisées/colorées).

Agitation. La figure 27 présente la gravité multipliée par la fréquence de l'agitation pour la participante 7.

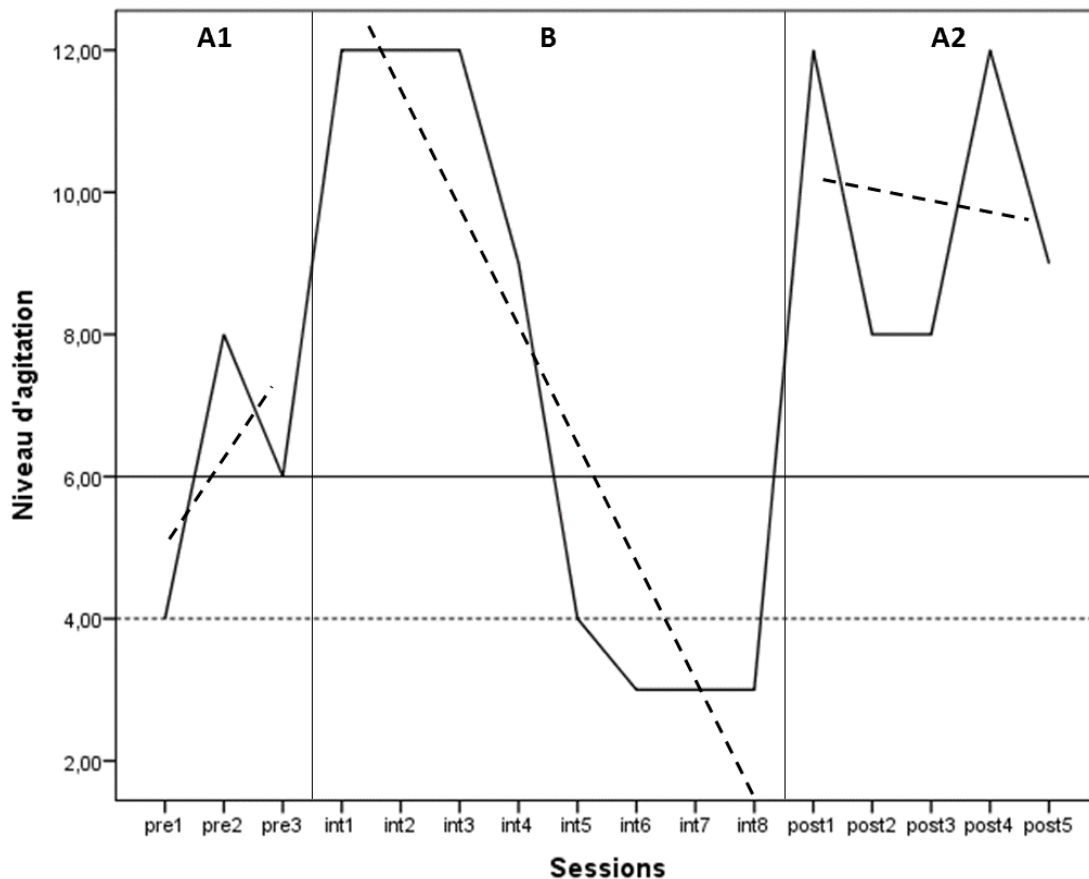


Figure 27. Scores d'agitation de la participante 7 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne d'agitation pendant la phase A₁. Les scores de la participante 7 fluctuent à travers les phases, mais avec une baisse notable entre les semaines d'interventions 5 et 8. Le score à la phase B est 7,25, et les scores moyens des phases A₁ et A₂ sont de 6 et 9,8 respectivement. Il s'agit d'une hausse de 1,26 points entre les phases A₁ et B, et une hausse de 2,55 points entre B et A₂. La

ligne de régression est ascendante dans la phase A₁, et descendante dans la phase B, quoique la pente est significativement plus élevée à la phase B, ce qui suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention. La ligne de régression de la phase A₂ est légèrement descendante, mais ne suggère pas la présence d'un effet significatif au posttest, et un maintien n'est pas possible compte tenu de l'absence d'effet significatif à la phase B. La ligne horizontale pointillée représente le score le plus bas d'agitation de la phase A₁. Il s'agit du point de référence pour calculer le pourcentage des données qui ne se chevauchent pas (PDN). Dans le cas de la participante 7, ce point de référence se situe au prétest 1, où son score est de 4. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 4. Les données du graphique montrent que 3 des 8 (38%) points de données dans la phase d'intervention ont des valeurs inférieures à 4. Ainsi, le PDN est 38% pour la participante 7. L'ensemble des analyses suggère l'absence de différences cliniquement significatives entre les phases de l'étude, donc l'absence d'utilité clinique de l'intervention sur son niveau d'agitation.

Apathie. La figure 28 représente la gravité multipliée par la fréquence de l'apathie pour observer les niveaux d'apathie à travers les semaines pour la participante 7.

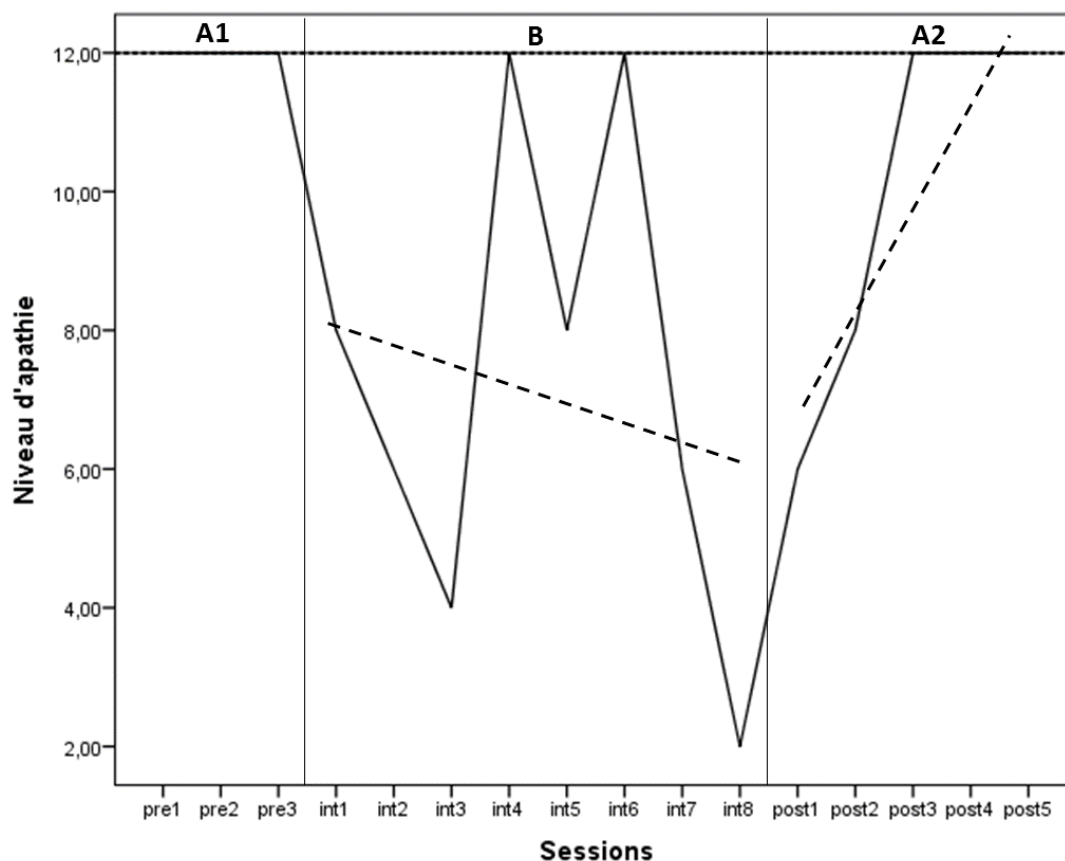


Figure 28. Scores d'apathie de la participante 7 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne d'apathie pendant la phase A₁. Les scores de la participante 7 fluctuent pendant la phase B ($\bar{x} = 7.25$), et retournent à un niveau plus généralement plus élevé dans la phase A₂ ($\bar{x} = 10$), assez près du niveau moyen ($\bar{x} = 12$) de la phase A₁. Il s'agit d'une baisse de 4.75 points entre les phases A₁ et B.

La ligne de régression est droite et élevée dans la phase A₁, et descendante dans la phase B, ce qui suggère l'utilité clinique possible de l'intervention. La ligne de régression ascendante de la phase A₂ suggère que l'effet ne se maintient pas au posttest. La ligne horizontale pointillée représente le score le plus bas d'agitation de la phase A₁. Dans le cas de la participante 7, tous les

scores aux prétests sont de 12. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 12. Les données du graphique montrent que 6 des 8 (environ 75%) points de données dans la phase d'intervention ont des valeurs inférieures à 12. Ainsi, le PDN est 75% pour la participante 7. L'ensemble des analyses suggère l'utilité clinique de l'intervention sur son niveau d'apathie, mais l'effet ne se maintient pas au posttest.

Humeur dépressive. Ici nous pouvons constater la fluctuation d'humeur dépressive à travers les semaines pour la participante 7. Ces résultats ne seront pas analysés puisque le participant n'atteint le score minimal à cette sous-échelle du NPI-ES : l'indice de dépression (>6), l'agitation (>0) et l'apathie (>0) (Cummings et al., 1994).

Retentissement. La figure 29 présente le niveau de retentissement total pour la participante 7.

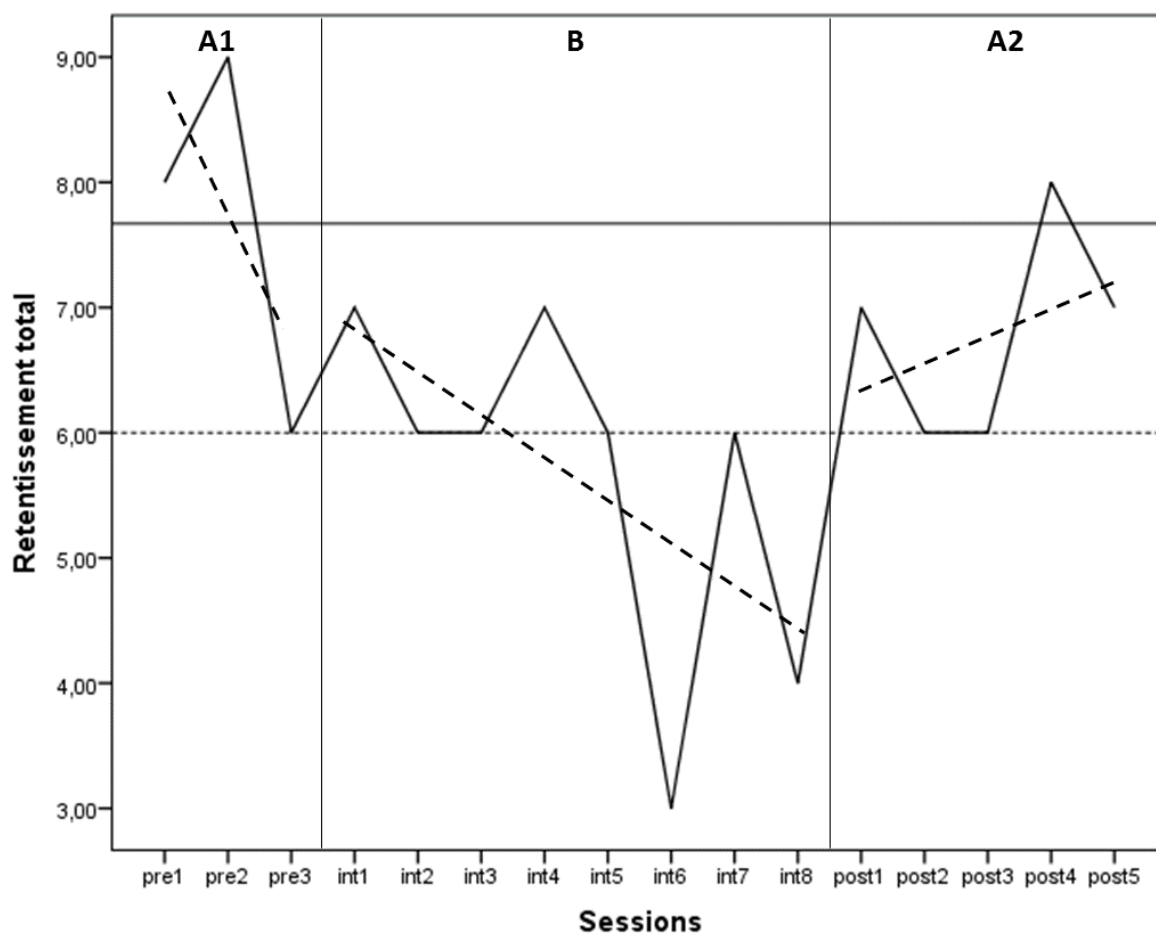


Figure 29. Scores de retentissement de la participante 7 à travers les trois phases de l'étude.

La ligne horizontale solide, qui traverse les phases A₁, B et A₂, représente la moyenne de retentissement pendant la phase A₁. Les scores de la participante 7 fluctuent légèrement pendant la phase B ($\bar{x} = 5,63$), et retournent légèrement à la hausse à la phase A₂, sans toutefois atteindre le niveau moyen ($\bar{x} = 7,67$) de la phase A₁, avec une moyenne de 6,8. La ligne de régression est descendante dans les phases A₁ et B, ce qui suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention. La ligne de régression de la phase A₂ est ascendante, ce qui suggère l'absence d'effet au posttest.

La ligne horizontale pointillée représente le score le plus bas d'agitation de la phase A₁. Dans le cas de la participante 7, ce point de référence se situe au prétest 3, où son score est de 6. Le PDN est le pourcentage de points de données, dans la phase de traitement, qui ne chevauchent pas la valeur 6. Les données du graphique montrent que 2 des 8 (25%) points de données dans la phase d'intervention ont des valeurs inférieures à 6. Ainsi, le PDN est 25% pour la participante 7. En bref l'ensemble des analyses suggère l'absence d'utilité clinique de l'intervention sur le niveau de retentissement pour cette participante.

Médicaments. La participante 7 a reçu les médicaments psychotropes suivants : de la venlafaxine (inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline; Effexor), du trazodone (inhibiteur des recapturs de sérotonine et un antagoniste du récepteur 5-HT_{2A}), du citalopram (SSRI; Celexa), et de l'acétaminophène comme analgésique. L'acétaminophène est aussi prescrit pour être administrée au besoin.

La figure 30 présente la prescription/administration des médicaments à travers les différentes phases de l'étude. Le dosage du trazodone (12.5 mg/jour) est demeuré le même. La prescription de Celexa a été diminuée de 20 mg/jour à 10 mg/jour au posttest 12. La venlafaxine et l'acétaminophène ont été prescrits seulement à compter du posttest 12. Il n'y a pas d'effet de l'intervention sur la prescription de médicaments.

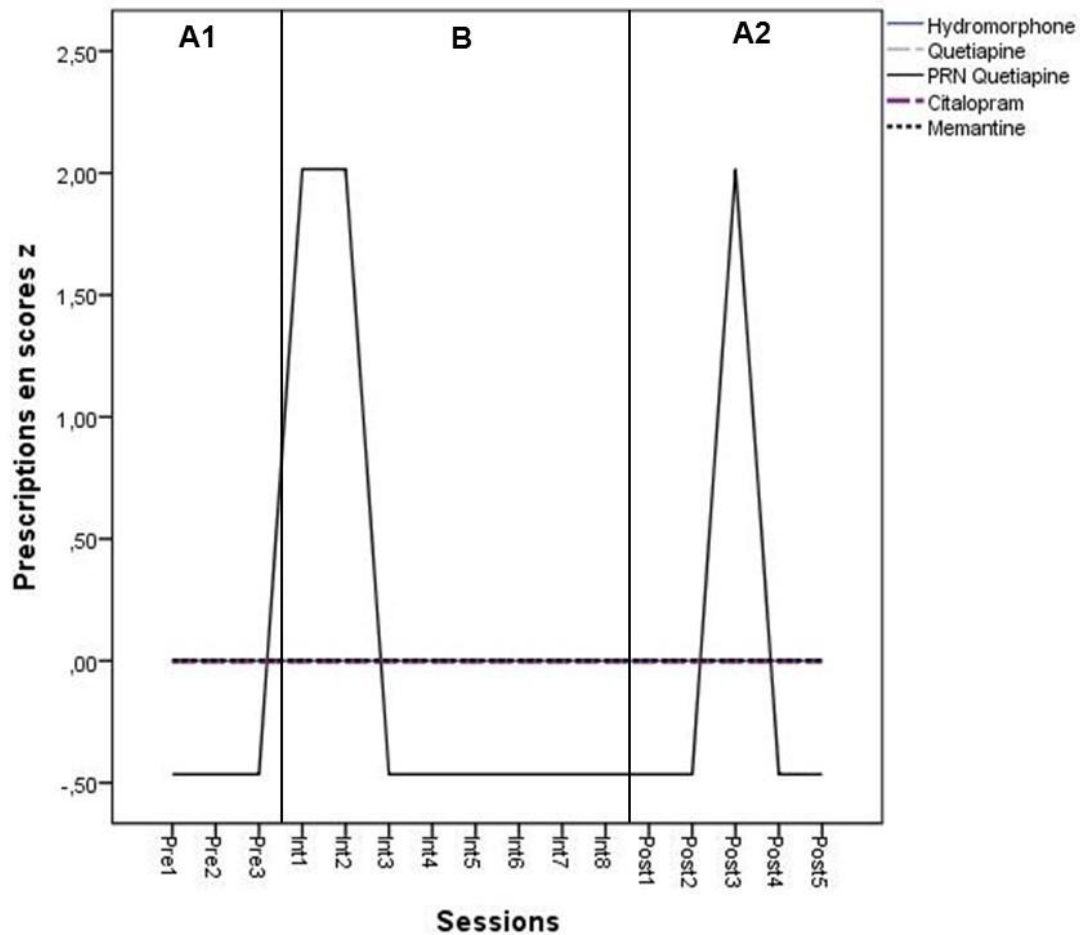


Figure 30. Prescriptions de médicaments de la participante 7 à travers les trois phases de l'étude.

Synthèse des résultats pour la participante 7. Une réduction cliniquement significative a été décelée pour l'apathie pendant la phase d'intervention. L'effet ne semble toutefois pas se maintenir pendant la phase de posttest, l'apathie retournant au même niveau que celui de la ligne de base. Cela nous suggère que l'effet de l'intervention est de courte durée. Étant donné les changements importants au niveau des médicaments au posttest 12, il est fort probable qu'un facteur, tel que la douleur, puisse expliquer l'augmentation de l'apathie à la même période.

Synthèse des résultats des analyses du groupe et des analyses individuelles. Pris dans leur ensemble les résultats suggèrent que la SMS peut être utile pour la réduction de l'agitation. Même si l'analyse des données du groupe ne démontre pas d'effet concluant sur l'apathie, un effet de réduction a été constaté chez deux des cinq participants pour lesquels l'analyse individuelle était possible. En ce qui concerne l'humeur dépressive, la nature des données n'a pas permis d'effectuer des analyses. En effet le niveau d'humeur dépressive était très bas pour la plupart des participants d'intervention. En ce qui a trait au retentissement sur le personnel soignant, les résultats pour l'ensemble des participants suggèrent que l'intervention atténue le niveau de retentissement. Les résultats ne montrent pas de maintien de ces bénéfices au posttest. Au plan individuel, les résultats suggèrent l'utilité clinique de l'intervention sur le retentissement pour un des participants, avec une tendance dans ce sens pour trois autres participants.

Les analyses des résultats individuels pour la prescription de médicaments ne montrent pas d'effet significatif clair de l'intervention. Cette étude ne permet pas de conclure que la SMS est efficace dans la réduction de la prescription de psychotrope.

Discussion de l'étude 2

Cette étude avec un protocole basé sur l'introduction puis le retrait de traitement, de type $A_1 - B - A_2$, a été effectuée avec un échantillon de sept patients souffrant de démence de type Alzheimer (MA) en milieu de soins de longue durée. Notre question de recherche était la suivante : « L'intervention thérapeutique de type stimulation multisensorielle (SMS) a-t-elle un effet positif sur les SCPD les plus prévalents, c'est-à-dire l'agitation, l'apathie, et l'humeur dépressive, sur leur retentissement sur le personnel soignant, ainsi que sur la fréquence d'administration de médicaments psychotropes et analgésiques chez des participants atteints de démence modérée à sévère ? » Nos hypothèses stipulaient que 1) l'intervention de type SMS

pendant la phase d'exposition réduirait: l'agitation, l'apathie, l'humeur dépressive, le niveau de retentissement sur le personnel soignant, et l'administration de médicaments psychotropes et analgésiques aux patients; 2) la réduction de l'agitation, de l'apathie, des symptômes de dépression, du retentissement et de l'administration de médicaments se maintiendrait à six ainsi qu'à 12 semaines après la dernière exposition. Nous avons adopté une approche particulièrement rigoureuse pour déterminer le niveau de signification, exigeant la satisfaction de trois critères pour déclarer l'intervention comme efficace.

Agitation. Les résultats en faveur de l'utilité clinique de l'intervention sur l'agitation appuient ceux de Staal et al. (2007), de van Weert et ses collaborateurs (2005a), Sánchez, Maseda et al. (2016) et de Sánchez, Marante-Moar et leurs collègues (2016). Ces derniers ont noté une amélioration significative aux scores du NPI chez les patients exposés à la SMS, comparativement à des activités d'un-à-un et un groupe contrôle (Sánchez, Marante-Moar et al., 2016). Une réduction au score total du NPI indique un effet sur les SCPD, mais il est difficile de cerner s'il s'agit spécifiquement de l'agitation. D'autres chercheurs ont observé une réduction de l'agitation, mais à un niveau comparable à un groupe exposé à des d'activités de un-à-un (Baillon et al., 2004; Bauer et al., 2015; Maseda et al., 2014a; Sánchez, Marante-Moar et al., 2016).

Le niveau moyen d'agitation demeure significativement réduit au posttest, comparativement au prétest, pour ce participant. La présence d'effet significatif au posttest n'est pas congruente avec d'autres études qui ont examiné la durée de l'effet (Maseda et al., 2014a; Sánchez, Marante-Moar et al., 2016; Sánchez, Maseda et al., 2016; van Weert et al., 2005a). Cela dit, il est possible que la participante 7 aurait pu bénéficier d'une prolongation des interventions,

puisque son niveau d'agitation a chuté à partir de la semaine d'exposition 5 (cependant avec un retour à la hausse au posttest).

En lien avec la littérature de recherche sur le sujet, il semble bien que la réduction de l'agitation soit l'un des effets majeurs de la SMS. Le modèle théorique de Kovach (2000), inspiré par celui de Hall et Bulkwater (1987), qui suggère qu'une régulation des niveaux d'activité et de stimulation peut aider à diminuer l'agitation chez les patients atteints de démence, offre une compréhension du rôle de l'équilibre sensoriel dans l'interprétation de la manifestation des SCPD.

Apathie. Comme nous l'avons vu plus haut dans la recension des écrits, les résultats sur l'apathie demeurent équivoques. Notre étude, selon l'analyse portant sur tous les participants, ne met pas clairement en évidence un effet de l'intervention sur le niveau d'apathie.

Toutefois il faut remarquer que les analyses des résultats individuels ont mis en évidence un effet significatif de réduction de l'apathie avec la phase d'intervention pour deux des cinq participants pour lesquels cette analyse a été conduite. Cette réduction significative de l'apathie avec la SMS est consistante avec les résultats obtenus par la majorité des chercheurs qui ont étudié cette variable (Baker et al., 2001; Staal et al., 2007; van Weert, 2005a; 2005b).

L'absence d'effet pour les autres participants de la présente étude pourrait être attribuable au moment de la mesure. En effet la réduction de l'apathie rapportée par ces chercheurs (Baker et al., 2001; Staal et al., 2007; van Weert, 2005a; 2005b) a été observée pendant l'intervention. De notre côté l'évaluation par l'infirmière avec le NPI-ES a été effectuée sur une base hebdomadaire. Il est possible que l'effet de l'intervention soit maximal pendant la session de SMS elle-même, alors que l'intérêt du patient est stimulé et qu'il est centré sur son environnement, un effet qui a pu échapper à notre évaluation plus globale.

L'absence de persistance de l'effet significatif au posttest est congruente avec d'autres études qui ont examiné la durée de l'effet dans le temps (Baker et al., 2001; van Weert, 2005a; 2005b). À nouveau il est probable que l'effet de réduction de l'apathie soit plus prononcé au moment de l'intervention.

Humeur dépressive. Il n'a pas été possible d'effectuer des analyses pour le groupe des participants dans la mesure où seulement un des participants présentait un niveau significatif de dépression au NPI-ES. Concernant cet individu, un résultat significatif n'a pas été mis en évidence. Ce résultat est discordant avec ceux d'autres études (Milev et al., 2008; Sánchez et al., 2013; Sánchez, Marante-Moar et al., 2016; van Weert et al., 2005a). Le fait que l'humeur dépressive soit si peu manifeste dans notre échantillon est en soi étonnant, quand on sait que la dépression est considérée comme un des SCPD les plus fréquents (Selbæk et al., 2013). La prescription d'un antidépresseur pour quatre de nos participants peut expliquer l'absence d'humeur dépressive chez ces derniers. De plus, le fait que les symptômes dépressifs atteignent habituellement leur intensité la plus forte aux stades de démence modéré pour ensuite diminuer dans les stades de démence plus sévères (Youn et al., 2011) pourrait aussi expliquer pourquoi seulement un de nos sept participants manifestait ce symptôme psychologique. En effet, tous nos participants étaient à un stade modérément sévère à sévère.

Retentissement sur le personnel soignant. Les résultats suggèrent l'utilité clinique de l'intervention sur le retentissement pour l'ensemble des participants. Des changements significatifs en termes de réduction du retentissement pendant la phase d'intervention ont été démontrés chez un participant, alors qu'une tendance dans cette direction se manifestait chez trois autres. Concernant le maintien de l'effet de réduction, il se maintient au posttest malgré une

certaine élévation du retentissement par rapport à la phase d'intervention. Ceci appuie les résultats obtenus par van Weert et al. (2005).

La détresse ressentie par le soignant est corrélée de manière significative avec le comportement perturbateur du résident, tel que reflété par l'Échelle du retentissement du NPI (Gauthier et al., 2010). Le rôle des SCPD sur l'épuisement du personnel soignants et la charge de travail sont bien documentés (Barnajee et al., 2006; Gauthier et al., 2010). L'apathie est associée à une augmentation considérable de la charge de travail (retentissement) pour le personnel soignant (Lechowski et al., 2009), et l'agitation ajoute un fardeau supplémentaire au personnel soignant (Léger et al., 2002). Il n'est donc pas surprenant de constater que ce soit pour un participant qui présente de l'agitation que nous ayons trouvé ici un certain impact de l'intervention SMS au niveau du retentissement sur le personnel soignant.

Médicaments. Il n'y a pas eu d'effet significatif notoire des interventions Snoezelen sur l'administration de médicaments psychotropes et analgésiques aux résidents. Notre hypothèse de départ n'est donc pas appuyée. Ces résultats sont différents de ceux obtenus par Boyle, Bell et Pollock (2003), qui ont décelé un effet significatif des interventions Snoezelen sur l'utilisation des neuroleptiques (seulement lorsque ceux-ci sont combinés à des hypnotiques/sédatifs /anxiolytiques). Ces chercheurs suggèrent un minimum de trois sessions d'exposition par semaine à la SMS pour réduire de façon significative la prise de médicaments neuroleptiques. La majorité de nos participants n'ont reçu que deux sessions par semaine, ce qui pourrait peut-être expliquer l'absence d'effet significatif de la SMS sur la réduction de la prescription de médicaments.

Limitations de l'étude 2. Il est impératif de mentionner un certain nombre de limitations associées à cette étude. L'étude a été limitée par le temps et les ressources, et seul un échantillon

réduit de résidents a pu être recruté. Les contraintes en termes de ressources expliquent la difficulté de l'intervenante à assurer la consistance dans la fréquence et la régularité des interventions auprès des participants 4, 5 et 6. De plus il s'agit d'un échantillon de convenance. Le nombre de participants qui répondaient aux critères d'inclusion, et pour qui la personne légalement responsable acceptait la participation, était limité. Il était donc impossible de sélectionner les participants au hasard et d'assurer un échantillon sélectionné aléatoirement. Il faut donc être prudent dans l'interprétation des résultats des analyses pour l'ensemble des participants, étant donné le petit échantillon. La généralisation de ces résultats à l'ensemble des personnes atteintes d'une démence modérée à sévère vivant en institution demeure une question ouverte.

Le fait que les interventions aient été conduites par une seule personne limite la variabilité attribuable aux différences entre les personnes qui exposent les participants à l'intervention (biais de l'expérimentateur). Ceci représente une limitation car il n'y a pas de possibilité de remplacement en cas d'imprévu ou pour les congés de maladie. Le temps requis pour que l'infirmière complète les formulaires et pour que l'intervenante conduise les participants à la salle, et aussi le temps de les exposer, un à la fois, à l'intérieur des heures de travail, tout cela représentait en soi un défi de taille. Ces limites ont réduit la flexibilité en termes de nombre de participants qui pouvaient participer au sein d'une même série. Le moment de la journée où les interventions ont été effectuées peut également avoir eu un impact sur les réactions des participants ainsi que sur l'effet de l'intervention. Il est documenté que l'errance et l'agitation sont plus fréquentes et plus sévères dans la soirée (le syndrome crépusculaire; Canevelli et al., 2016; Gauthier et al., 2010). Puisque l'intervenante travaillait selon un horaire fixe, Snoezelen ne pouvait être administré que pendant la journée durant la semaine.

Une autre limitation est qu'il s'est avéré impossible de tenir l'intervenante qui exposait les résidents, et l'infirmière qui complétait les questionnaires, dans l'ignorance du déroulement de l'étude et des variables étudiées. Malgré le fait qu'une bonne partie de l'information recueillie par l'infirmière pour compléter le NPI-ES provenait d'autres sources indépendantes de l'étude (elle se renseignait aussi auprès du personnel soignant pour noter leurs observations quant à la manifestations des SCPD ciblés, et elle consultait les rapports dans les dossiers des résidents), il demeure possible que l'interprétation de l'infirmière ait été biaisée en faveur des attentes de l'étude.

Recommandations issues de l'étude 2. Il serait intéressant de poursuivre une étude avec variation du moment d'exposition, d'une phase d'exposition à une autre, afin de pouvoir répondre à la question suivante : pour qui et quand la SMS est-elle plus bénéfique? Il serait pertinent d'effectuer une recherche à cas unique, où les participants seraient exposés dans une première phase d'intervention en après-midi, par exemple, et au crépuscule dans une deuxième phase d'exposition (A₁-B-A₂-C-A₃). De même les intervenants devraient être encouragés par les gestionnaires à évaluer les préférences des résidents au préalable et à les documenter au dossier, puisque des études soulignent l'importance d'évaluer les préférences des résidents pour favoriser la réussite de l'intervention (Cui et al., 2017; Hensman et al., 2015; Sánchez, Marante-Moar et al., 2016; Staal et al., 2007; van Weert et al., 2005acr). Des recherches supplémentaires sont nécessaires dans l'optique de clarifier les conditions d'expositions favorables, comme le milieu (en groupe versus individuel, dans une salle désignée ou n'importe où à l'aide d'un chariot mobile, à l'intérieur versus en plein air), le moment d'exposition et d'évaluation des effets sur les SCPD, le niveau de sévérité du trouble neurocognitif qui réponds le mieux aux interventions (modéré, modéré-sévère, sévère), tout en tenant compte des capacités cognitives et sensorielles

résiduelles afin d'adapter les interventions. L'ajout d'un groupe contrôle, qui participe à une autre activité dans laquelle les participants bénéficient d'attention individuelle, permettrait aussi de mieux tester l'utilité clinique de la SMS. Des études exploratoires additionnelles sont souhaitables, avec l'objectif de clarifier l'élaboration d'éventuelles études contrôlées et randomisées à plus grande échelle.

De plus, il serait utile de recueillir les impressions des proches parents des participants, quant aux effets de la stimulation sensorielle, étant donné les résultats de l'étude 1 qui suggèrent qu'elle est aussi bénéfique pour l'entourage du résident qui manifeste des SCPD. Il serait aussi valable d'ajouter un volet qualitatif pour recueillir de l'information quant aux impressions sur l'utilisation sur le retentissement perçu par les soignants, et de l'information collatérale des proches parents/visiteurs des résidents institutionnalisés.

Puisque les intervenantes de l'étude 1 mentionnent aussi l'effet bénéfique de la SMS sur l'humeur, il serait intéressant de recruter des participants ayant une humeur dépressive, afin d'examiner cette variable de plus près. L'évaluation du niveau de fonctionnement cognitif avant, pendant et après les phases d'exposition, apporterait des informations utiles sur les effets sur le fonctionnement cognitif, étant donné les effets évoqués par les intervenantes dans l'étude 1. Rappelons qu'un effet sur l'apathie n'a été décelé que chez deux participants pendant la phase d'intervention. Nous évoquons alors la possibilité que l'effet se manifeste surtout pendant l'exposition, ce qui n'a pu être discerné avec l'administration hebdomadaire du NPI-ES. Il serait dès lors pertinent de mesurer le niveau d'apathie pendant l'exposition à la SMS, ou directement suivant celle-ci, à l'aide d'un instrument de mesure, tel l'échelle Interact ou le COMMUNI-CARE (Lopez, Bolivar, & Perez, 2016). Ce dernier est un outil qui a été développé récemment pour évaluer le bien-être émotionnel et psychologique pendant l'exposition à la SMS.

Il est documenté que les SCPD sont associés à l'épuisement professionnel du personnel soignant (Ballard, Day, Sharp, Wing & Sorensen, 2008). Dans une recherche future, il serait valable d'examiner le lien entre le nombre de congé de maladie par le personnel soignant, selon les phases de l'étude, ou en lien avec la sévérité du retentissement des SCPD mesuré à l'aide du NPI-ES.

Le fait que l'approche Snoezelen soit non standardisée et que son application soit très variable nous amène à poser cette question : vaut-il mieux d'exposer les résidents seulement lorsque les SCPD se manifestent, ou plutôt avec un protocole d'expositions prédéterminées? Les multiples contraintes liées à l'utilisation de l'approche compliquent son application optimale (individualisée, ajustée selon les préférences personnelles, pendant ou en prévision d'un SCPD).

Tel qu'il ressort de ces deux études, l'exposition régulière à Snoezelen exige des ressources importantes en temps et en main d'œuvre. D'ailleurs, les informations recueillies sur les obstacles à l'utilisation nous éclairent quant aux défis rencontrés par l'intervenante et aux difficultés rencontrées à respecter le protocole de recherche en termes d'assiduité dans la fréquence et la continuité de l'exposition. Si les institutions assuraient la présence de personnel formé, pouvant assurer la continuité dans l'exposition et dont les tâches seraient principalement vouées à l'administration de l'approche multisensorielle, centrée sur la personne, cela optimiserait les bénéfices aux résidents atteints de démence. Peut-être qu'une approche soucieuse des contraintes économiques passerait par le transfert des connaissances des intervenants formés, vers les préposés aux soins, les bénévoles, et les membres de la famille, en vue d'améliorer la continuité et la fréquence d'exposition.

Dans le même ordre d'idées, il serait intéressant de développer un document qui fournit de l'information pour encourager le partage des connaissances ainsi qu'un guide des meilleures

pratiques, comme l'initiative de Staal (2012). À ce jour il n'existe pas de guide pratique qui standardise les procédures d'utilisation de la SMS. Le cadre thérapeutique développé par Staal (2012), le *Functional Analytic Multisensory Environmental Therapy* (FAMSET) pourrait servir de point de départ pour le développement d'un tel guide. Il serait alors pertinent de reproduire notre recherche en appliquant ce cadre thérapeutique. Une telle initiative se doublerait de l'élaboration de lignes directrices, en termes d'application et d'utilité clinique. Bref, des recherches supplémentaires à plus grande échelle sont souhaitables, afin de pouvoir justifier l'application de la SMS et l'investissement dans les ressources nécessaires.

Conclusion générale

Pour conclure, cette recherche nous apprend, d'une part, que les intervenantes ont globalement une opinion positive de l'utilité clinique de la SMS pour les personnes atteintes de démence. Puisqu'elles travaillent directement avec cette clientèle, dans un milieu réel, elles sont bien placées pour juger des bénéfices de la SMS dans la gestion des SCPD.

D'autre part, cette recherche exploratoire suggère que la SMS est une intervention qui a le potentiel de contribuer à la gestion de certains SCPD, en particulier l'agitation et l'apathie, ainsi qu'à réduire le retentissement de ces SCPD sur le personnel soignant. L'effet apparaît donc limité, et de courte durée, puisque temporellement relié à l'exposition, l'intervention devant être poursuivie pour entretenir ses effets bénéfiques.

L'absence d'effets négatifs observés à la suite de l'intervention Snoezelen, la présence de certains avantages sur quelques-unes des variables étudiées, ainsi que l'opinion positive des intervenantes à propos des bénéfices de cette approche, constituent des encouragements à l'utilisation de l'approche Snoezelen. Toutefois, étant donné les modestes résultats, il est clair qu'on ne peut, à l'heure actuelle, recommander cette forme d'intervention pour les personnes

institutionnalisées atteintes d'un trouble neurocognitif majeur dû à la maladie d'Alzheimer, considérant les investissements en ressources qu'elle implique, sans l'appui de recherches additionnelles démontrant son efficacité.

Références

- Aalten, P., Verhey Caputo, M., Collins, D., De Deyn, P. P., Elina, K., Frisoni, G., . . . Robert, P. H. (2007). Neuropsychiatric Syndromes in Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 6, 457-463. doi:10.1159/000110738
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2014). *Tool on the Assessment & Treatment of Behavioural Symptoms of Older Adults Living in Long Term Care Facilities*. Retrieved from Canadian Coalition for Seniors' Mental Health: <http://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/2014-ccsmh-Guideline-Update-LTC.pdf>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e ed.). (M.-A. Crocq, & D. Guelfi, Trans.) Paris: Masson.
- Arts, S. E., Kerkstra, A., van der Zee, J., & Huijser Abu-Saad, H. (2001). Quality of working life and workload in home help services. A review of the literature and a proposal for a research model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 12-24. doi:10.1046/j.1471-6712.2001.1510012.x
- Auerbach, C. F., & Silverstein, L. B. (2003). *Qualitative data : an introduction to coding and analysis*. New York: New York University Press.
- Baillon, S., Van Diepen, E., Prettyman, R., Redman, J., Rooke, N., & Campbell, R. (2004). A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 1047-1052. doi:10.1002/gps.1208
- Baker, R., Bell, S., Baker, E., Holloway, J., Pearce, R., Dowling, Z., . . . Wareing, L.-a. (2001). A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 81-96. doi:10.1348/014466501163508
- Baker, R., Dowling, Z., Wareing, L. A., Dawson, J., & Assey, J. (1997). Snoezelen : its long-term and short-term effects on older people with dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 60, 213-218. doi:10.1177/030802269706000507
- Baker, R., Holloway, J., Holtkamp, C. C., Larason, A., Hartman, L. C., Pearce, R., . . . Owens, M. (2003). Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 465-477. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02744.x
- Ball, J., & Haight, B. (2005). Creating a Multisensory Environment for Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 31, 4-10.

- Ballard, C. G., Thomas, A., Fossey, J., Lee, L., Jacoby, R., Lana, M. M., . . . O'Brien, J. T. (2004). A 3-month, randomized, placebo-controlled, neuroleptic discontinuation study in 100 people with dementia: the neuropsychiatric inventory median cutoff is a predictor of clinical outcome. *The Journal of clinical psychiatry*, 65, 114-119 .
- Ballard, C., & Howard, R. (2006). Neuroleptic drugs in dementia: benefits and harm. *Nature Reviews Neuroscience*, 7, 492-500. doi:10.1038/nrn1926
- Ballard, C., Lana, M. M., Theodoulou, M., Douglas, S., McShane, R., Jacoby, R., . . . Juszczak, E. (2008). A Randomised, Blinded, Placebo-Controlled Trial in Dementia Patients Continuing or Stopping Neuroleptics (The DART-AD Trial). *PLoS Medicine*, 5, e76. doi:10.1371/journal.pmed.0050076
- Ballard, C., Margallo-Lana, M., Juszczak, E., Douglas, S., Swann, A., Thomas, A., . . . Jacoby, R. (2005). Quetiapine and rivastigmine and cognitive decline in Alzheimer's disease: randomised double blind placebo controlled trial. *British Medical Journal*, 330, 874-877. doi:10.1136/bmj.38369.459988.8F
- Banerjee, S., Hellier, J., Dewey, M., Romeo, R., Ballard, C., Baldwin, R., . . . Thomas, A. (2011). Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet*, 378, 403-411. doi:10.1016/S0140-6736(11)60830-1
- Banerjee, S., Murray, J., Foley, B., Atkins, L., Schneider, J., & Mann, A. (2003). Predictors of institutionalisation in people with dementia. 74, 1315. doi:10.1136/jnnp.74.9.1315
- Banerjee, S., Smith, S. C., Lamping, D., Harwood, R. H., Foley, B., Smith, P., . . . Knapp, M. (2006). Quality of life in dementia: more than just cognition. an analysis of associations with quality of life in dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 77, 146. doi:10.1136/jnnp.2005.072983
- Bauer, M., Rayner, J.-A., Koch, S., & Chenco, C. (2012). The use of multi-sensory interventions to manage dementia-related behaviours in the residential aged care setting: a survey of one Australian state. *Journal of clinical nursing*, 21, 3061-3069. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04306.x
- Bauer, M., Rayner, J.-A., Tang, J., Koch, S., While, C., & O'Keefe, F. (2015). An evaluation of Snoezelen® compared to 'common best practice' for allaying the symptoms of wandering and restlessness among residents with dementia in aged care facilities. *Geriatric Nursing*, 462-466. doi:10.1016/j.gerinurse.2015.07.005
- Beck, C. K., & Shue, V. M. (1994). Interventions for treating disruptive behaviour in demented elderly people. *Nursing Clinics of North America*, 29, 143-155.

- Behrman, S., Chouliaras, L., & Ebmeier, K. P. (2014). Considering the senses in the diagnosis and management of dementia. *Maturitas*, 77, 305-310. doi:10.1016/j.maturitas.2014.01.003
- Benson, S. (1994). Sniff and doze therapy. *Journal of Dementia Care*, 2, 12-14.
- Bidewell, J., & Chang, E. (2011). Managing Dementia agitation in residential aged care. *Dementia*, 10, 299-315. doi:10.1177/1471301211407789
- Boyle, G., Bell, J., & Pollock, C. (2003, October). The effect of Snoezelen of Psychotropic Drug Use of Nursing Home Residents with Dementia. *38th APS Annual Conference* (pp. 29-34). Perth Western Australia: The Australian Psychological Society Ltd.
- Boyle, P. A., Malloy, P. F., Salloway, S., Cahn-Weiner, D. A., & Cummings, J. L. (2003). Excutive dysfunction and apathy predict fonctionnal impairment in Alzheimer disease. *The American journal of geriatric psychiatry*, 11, 214-221.
- Bridges-Parlet, S., Knopman, D., & Steffes, S. (1997). Withdrawal of Neuroleptic Medications from Institutionalized Dementia Patients: Results of a Double-Blind, Baseline-Treatment-Controlled Pilot Study. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 10, 119-126. doi:10.1177/089198879701000306
- Brodaty, H. (2011). Antidepressant treatment in Alzheimer's disease. *The Lancet*, 378, 375-376.
- Brodaty, H., Draper, B., Saab, D., Low, L.-f., Richards, V., Paton, H., & Lie, D. (2001). Psychosis, depression and behavioural disturbances in Sydney nursing home residents: prevalence and predictors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 504-512. doi:10.1002/gps.382
- Byrne, K., Frazee, K., Sims-Gould, J., & Martin-Matthews, A. (2012). Valuing the Older Person in the Context of Delivery and Receipt of Home Support. *Journal of Applied Gerontology*, 31, 377-401. doi:10.1177/0733464810387578
- Société Alzheimer Canada. (2016). *Prévalence et coûts financiers des maladies cognitives au Canada*. Toronto: Société Alzheimer du Canada.
- Canevelli, M., Valletta, M., Trebbastoni, A., Sarli, G., D'Antonio, F., Tariciotti, L., . . . Bruno, G. (2016). Sundowning in Dementia: Clinical Relevance, Pathophysiological Determinants, and Therapeutic Approaches. *Frontiers in Medicine*, 3, 1-7. doi:0.3389/fmed.2016.00073
- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Frontiers in Neurology*, 3, 1-21. doi:10.3389/fneur.2012.00073
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18. doi:10.1037/0022-006X.66.1.7

- Champagne, T., & Stromberg, N. (2004). Sensory Approaches in Inpatient Psychiatric Settings: Innovative Alternatives to Seclusion & Restraint. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 42, 34-44.
- Charras, K., Gzil, F., Reintjens, C., & Frémontier, M. (2016). Évaluation des interventions psychosociales pour la maladie d'Alzheimer : quelles leçons tirer des méta-analyses de la Cochrane Library ? *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 14, 104-114. doi:10.1684/pnv.2016.0593
- Chiu, Y., Bero, L., Hessel, N. A., Lexchin, J., & Harrington, C. (2015). A literature review of clinical outcomes associated with antipsychotic medication use in North American nursing home residents. *Health policy*, 119, 802-813. doi:10.1016/j.healthpol.2015.02.014
- Chung, J. C., & Lai, C. K. (2009). Snoezelen for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. doi:10.1002/14651858.CD003152
- Clarke, D. E., Van Reekum, R., Simard, M., Streiner, D. L., Conn, D., Cohen, T., & Freedman, M. (2008). Apathy in dementia: clinical and sociodemographic correlates. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 20, 337-347. doi:10.1176/appi.neuropsych.20.3.337
- Coehlo, D. P., Hooker, K., & Bowman, S. (2007). Institutional placement of persons with dementia: what predicts occurrence and timing? *Journal of Family Nursing*, 13, 253-277. doi:10.1177/1074840707300947
- Cohen, J. (1990). Things I Have Learned (So Far). *American Psychologist*, 45, 1304-1312. doi:10.1037/0003-066X.45.12.1304
- Cohen-Mansfield, J. (2000). Use of Patient Characteristics to Determine Nonpharmacologic Interventions for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *International Psychogeriatrics*, 12, 373-380. doi:10.1017/S1041610200007304
- Cohen-Mansfield, J., Lipson, S., Werner, P., Billig, N., Taylor, L., & Woosley, R. (1999). *Archives of Internal Medicine*, 159, 1733-1740. doi:10.1001/archinte.159.15.1733
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M., & Rosenthal, A. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journals of Gerontology*, 44, 77-84.
- Conn, D., Gibson, M., Feldman, S., Hirst, S., S, L., & MacCourt, P. (2006). *National guidelines for seniors' mental health: The assessment and treatment of (focus on mood and behaviour symptoms)*. Toronto: Canadian Coalition for Seniors Mental Health.
- Cox, H., Burns, I., & Savage, S. (2004). Multisensory Environments for Leisure: Promoting Well-being in Nursing Home Residents With Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 30, 37-45.

- Cui, Y., Shen, M., Ma, Y., & Wen, S. W. (2017). Senses make sense: An individualized multisensory stimulation for dementia. *Medical Hypotheses*, 98, 11-14. doi:10.1016/j.mehy.2016.11.006
- Cummings, J. L. (1997). The Neuropsychiatric Inventory : assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*, 48, S10-S16.
- Cummings, J. L., Mackell, J., & Kaufer, D. (2008). Behavioural effects of current Alzheimer's disease: A descriptive review. *Alzheimer's and Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 4, 49-60. doi:10.1016/j.jalz.2007.10.011
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gombein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory : comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44, 2308-2314.
- Cummings, J., & McPherson, S. (2001). Neuropsychiatric assessment of Alzheimer's disease and related dementias. *Aging Clinical and Experimental Research*, 13, 240-246. doi:10.1007/BF03351482
- Cummings, J., Mintzer, J., Brodaty, H., Sano, M., Banerjee, S., Devanand, D. P., . . . Zhong, K. (2015). Agitation in cognitive disorders: International Psychogeriatric Association provisional consensus clinical and research definition. *International psychogeriatrics*, 27, 7-17. doi:10.1017/S1041610214001963
- de Oliveira, F. F., Wajman, J. R., Bertolucci, P. H., Chen, E. S., & Smith, M. C. (2015). Correlations among cognitive and behavioural assessments in patients with dementia due to Alzheimer's disease. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 135, 27-33. doi:10.1016/j.clineuro.2015.05.010
- Dore, D. D., Trivedi, A. N., Mor, V., Friedman, J. H., & Lapane, K. L. (2009). Atypical antipsychotic use and risk of fracture in persons with Parkinsonism. *Movement Disorders*, 24, 1941-1948. doi:10.1002/mds.22679
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., & Nay, R. (2010). Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2611-2618. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03143.x
- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7, 362-367. doi:10.1016/S1474-4422(08)70063-2
- Enache, D., Winblada, B., & Aarsland, D. (2011). Depression in dementia: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Geriatric Psychiatry*, 24, 461-472. doi:DOI:10.1097/YCO.0b013e32834bb9d4

- Fauth, E. B., & Gibbons, A. (2014). Which behavioral and psychological symptoms of dementia are the most problematic? Variability by prevalence, intensity, distress ratings, and associations with caregiver depressive symptoms. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 263-271. doi:10.1002/gps.4002
- Fernández, M., Gobartt, A., & Montse Balañá, M. (2010). Behavioural symptoms in patients with Alzheimer's disease and their association with cognitive impairment. *BMC Neurology*, 10, 1-9. doi:10.1186/1471-2377-10-87
- Finnema, E., Rose-Marieoes, M., Ribbe, W., & Van Tilburg, E. (2000). The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: a review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 141-161.
- Fischer, C. E., Ismail, Z., & Schweizer, T. (2012). Impact of neuropsychiatric symptoms on caregiver burden in patients with Alzheimer's disease. *Neurodegenerative Disease Management*, 2, 269-277. doi:10.2217/nmt.12.19
- Gast, D. L., & Ledford, J. R. (2014). *Single Case Research Methodology: Applications in Special Education and Behavioral Sciences*. New York: Routledge.
- Gaudet, A., Stephens, M. L., Tallon, S., Cameau, K., McDonald, J., Moore, L., . . . Turpin, L. P. (2011, September). *Psychosocial Care: Multi-Sensory Stimulation Training Guide*. Retrieved from Quality Palliative Care in Long Term Care (QPC-LTC), Tools and Resources for Organizational Change: http://www.palliativealliance.ca/assets/files/Snoezelen_Toolkit-Jan25.pdf
- Gaugler, J. E., Mittelman, M. S., Hepburn, K., Newcomer, R., & Blanchard-Fields, F. (2009). Predictors of Change in Caregiver Burden and Depressive Symptoms Following Nursing Home Admission. *Psychology and Aging*, 24, 3985-396. doi:10.1037/a0016052
- Gauthier, S., Cummings, J., Ballard, C., Brodaty, H., Grossberg, G., Robert, P., & Lyketsos, C. (2010). Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 22, 346-372. doi:10.1017/S1041610209991505
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. New York: Aldine.
- Guthrie, B., Clark, S. A., & Mccowan, C. (2010). The burden of psychotropic drug prescribing in people with dementia: a populationdatabase study. *Age and Ageing*, 39, 637-642. doi:10.1093/ageing/afq090
- Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. (1987). Progressively lowered stress threshold: A conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1, 399-406.

- Hensman, M., Mudford, O. C., Dorrestein, M., & Brand, D. (2015). Behavioral evaluation of sensory-based activities in dementia care. *European Journal of Behavior Analysis*, 16, 295-311. doi:10.1080/15021149.2015.1085693
- Herrmann, N., Gauthier, S., & Lysy, P. G. (2007). Clinical practice guidelines for severe Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 3, 385-397. doi:10.1016/j.jalz.2007.07.007
- Herrmann, N., Lanctôt, K. L., Sambrook, R., Lesnikova, N., Hébert, R., Mccracken, P., . . . Nguyen, E. (2006). The contribution of neuropsychiatric symptoms to the cost of dementia care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 972-976. doi:10.1002/gps.1594
- Holmes, C., Knights, A., Dean, C., Hodkinson, S., & Hopkins, V. (2006). Keep music live : music and the alleviation of apathy in dementia subjects. *International Psychogeriatrics*, 18, 623-630. doi:10.1017/S1041610206003887
- Hulsegge, J., & Verheul, A. (1987). *Snoezelen, another world*. Chersterfield, United Kingdom: Rompa.
- Jamieson, S. (2004). Likert scales : how to (ab)use them. *Medical Education*, 38, 1217-1218. doi:DOI: 10.1111/j.1365-2929.2004.02012.x
- Jensen, L., & Padilla, R. (2017). Effectiveness of Environment-Based Interventions That Address Behavior, Perception, and Falls in People With Alzheimer's Disease and Related Major Neurocognitive Disorders: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 71, 1-10. doi:10.5014/ajot.2017.027409
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2014). Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary Expert Panel. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62, 762-769. doi:10.1111/jgs.12730
- Kales, H. C., Kim, H. M., Zivin, K., Valenstein, M., Seyfried, L. S., Chiang, C., . . . Blow, F. C. (2012). Risk of Mortality Among Individual Antipsychotics in Patients With Dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 169, 71-79.
- Kaufer, D. I., Cummings, J. L., Ketchel, P., Smith, V., MacMillan, A., Shelley, T., . . . DeKosky, S. T. (2000). Validation of the NPI-Q, a Brief Clinical Form of the Neuropsychiatric Inventory. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 12, 233-239. doi:10.1176/jnp.12.2.233
- Kazdin, A. E. (1976). Statistical analysis for single-case experimental designs. In M. Hersen, & D. Barlow, *Single-case experimental designs : Strategies for studying behavior change* (pp. 265-313). New-York: Pergamon.

- Kazdin, A. E. (2011). *Single-Case Research Designs*. New York: Oxford University Press.
doi:10.1080/07317107.2012.654458
- Köller, L., Knebel, M., Haberstroh, J., Krause, K., Sahlender, S., Jakob, M., . . . Pantel, J. (2016). Apathy in Dementia Care : An Investigation in Community-Dwelling Persons Using the German Informant Version of the Apathy Evaluation Scale. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 29, 129-139. doi:10.1024/1662-9647/a000150
- Kovach, C. R. (2000). Sensoristasis and Imbalance in Persons with Dementia. *Journal of Nursing Scholarship*, 32, 379-384. doi:10.1111/j.1547-5069.2000.00379.x
- Kovach, C. R., & Magliocco, J. S. (1998). Late-stage dementia and participation in therapeutic activities. *Applied Nursing Research*, 11, 167-173. doi:10.1016/S0897-1897(98)80285-1
- Kovach, C. R., & Wells, T. (2002). Pacing of activity as a predictor of agitation for persons with dementia in acute care. 28, 28-35.
- Kurlan, R., Cummings, J., Raman, R., & Thal, L. (2007). Quetiapine for agitation or psychosis in patients with dementia and parkinsonism. *Neurology*, 68, 1356-1363.
- Kverno, K. S., Black, B. S., Blass, D. M., Greiger-Brown, J., & Rabins, P. V. (2008). Neuropsychiatric symptom Patterns in Hospice-Eligible Nursing Home Residents with Advanced Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9, 509-515. doi:10.1016/j.jamda.2008.04.008
- Lancioni, G. E., Cuvo, A. J., & O'Reilly, M. F. (2002). Snoezelen: an overview of research with people with developmental disabilities and dementia. *Disability & Rehabilitation*, 24, 175-184. doi:10.1080/09638280110074911
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., & Voyer, P. (2005). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Québec, Canada: Edisem.
- Lechowski, L., Benoit, M., Chassagne, P., Vedel, I., Tortrat, D., Teillet, L., & Vellas, B. (2009). Persistent apathy in Alzheimer's disease as an independent factor of rapid functional decline: the REAL longitudinal cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 341-346. doi:10.1002/gps.2125
- Léger, J. M., Moulias, R., Robert, P., Vellas, B., Chapuy, P.-H., Monfort, J. C., . . . Gerard, D. (2002). Agitation and Agressiveness among the Elderly Population Living in Nursing or Retirement Homes in France. *International Psychogeriatrics*, 14, 405-416. doi:10.1017/S1041610202008591
- Lehne, R. A., Moore, L. A., Crosby, L., & Hamilton, D. B. (2001). *Pharmacology for nursing care* (4 ed.). Toronto, Canada: WB.

- Lesser, J. M., & Hughes, S. (2006). Psychosis-related disturbances. Psychosis, agitation, and disinhibition in Alzheimer's disease: definitions and treatment options. *Geriatrics*, 61, 14-20.
- Liken, M. A. (2001). Caregivers in crisis : moving a relative with Alzheimer's to assisted living. *Clinical Nursing Research*, 10, 52-68.
- Lin, Y., Chu, H., Yang, C.-Y., Chen, C., Chen, S.-G., Chang, H.-J., . . . Chou, K.-R. (2011). Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 670-678. doi:10.1002/gps.2580
- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., & Lyketsos, C. G. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1996(26).
- Lopez, J. J., Bolivar, J. C., & Perez, M. S. (2016). COMMUNI-CARE: Assessment tool for reactions and behaviours of patients with dementia in a multisensory stimulation environment. *Dementia*, 15, 526–538. doi:10.1177/1471301214528346
- Lövheim, H., Gustafson, Y., Karlsson, S., & Sandman, P.-O. (2011). Comparison of behavioral and psychological symptoms of dementia and psychotropic drug treatments among old people in geriatric care in 2000 and 2007. *International Psychogeriatrics*, 23, 1616-1622. doi:10.1017/S1041610211001712
- Lövheim, H., Sandman, P.-O., Kallin, K., Karlsson, S., & Gustafson, Y. (2006). Relationship between antipsychotic drug use and behavioral and psychological symptoms of dementia in old people with cognitive impairment living in geriatric care. *International Psychogeriatrics*, 18, 713-726. doi:10.1017/S1041610206003930
- Lövheim, H., Sandman, P.-O., Karlsson, S., & Gustafson, Y. (2008). Behavioral and psychological symptoms of dementia in relation to level of cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 20, 777-789. doi:10.1017/S1041610208006777
- Lyketsos, C. G. (2012). Tackling overlap of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's and other dementias: Toward a unified approach to evaluation and treatment. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 8, 80. doi:10.1016/j.jalz.2012.05.191
- Lyketsos, C. G., & Olin, J. (2002). Depression in Alzheimer's disease: overview and treatment. *Biological Psychiatry*, 52, 243-252. doi:10.1016/S0006-3223(02)01348-3
- Lykkeslet, E., Gjengedal, E., Skrondal, T. H., & Storjord, M.-B. (2014). Sensory stimulation-A way of creating mutual relations in dementia care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9. doi:10.3402/qhw.v9.23888

- Martin, P., & Adrien, J. L. (2005). Une revue de la recherche Internationale sur l'approche Snoezelen en santé mentale. *Revue francophone de la défience intellectuelle*, 16, 97-109.
- Maseda, A., Sánchez, A., Marante, M. P., González-Abraldes, I., Buján, A., & Millán-Calenti, J. C. (2014a). Effects of Multisensory Stimulation on a Sample of Institutionalized Elderly People With Dementia Diagnosis. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 29, 463-473. doi:10.1177/1533317514522540
- Maseda, A., Sánchez, A., Marante, M. P., González-Abraldes, I., De Labra, C., & Millán-Calenti, J. C. (2014b). Multisensory Stimulation on Mood, Behavior, and Biomedical Parameters in People With Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 29, 637-647. doi:10.1177/1533317514532823
- Mendez, M. F., & Cummings, J. L. (2003). *Dementia: A clinical Approach* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Butterworth-Heinemann.
- Milev, R., Kellar, T., McLean, M., Mileva, V., Luthra, V., Thompson, S., & Peever, L. (2008). Multisensory Stimulation for Elderly With Dementia: A 24-Week Single-Blind Randomized Controlled Pilot Study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23, 372-376. doi:10.1177/1533317508316681
- Mitchell, R. A., Herrmann, N., & Lanctôt, K. L. (2011). The Role of Dopamine in Symptoms and Treatment of Apathy in Alzheimer's Disease. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 17, 411-427. doi:10.1111/j.1755-5949.2010.00161.x
- Mitchell, S. L., Teno, J. M., Kiely, D. K., Shaffer, M. L., Jones, R. N., Prigerson, H. G., . . . Hamel, M. B. (2009). The Clinical Course of Advanced Dementia. *The New England Journal of Medicine*, 361, 1529-1538. doi:10.1056/NEJMoa0902234
- Morgan, D. L., & Morgan, R. K. (2009). *Single-Case Research Methods*. Los Angeles, London, Delhi, Singapore: Sage.
- Nelson, J. C., & Devanand, D. P. (2011). A Systematic Review and Meta-Analysis of Placebo-Controlled Antidepressant Studies in People with Depression and Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 577-585. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03355.x
- Noblet-Dick, M., Kiesmann, M., Kaltenbach, G., Lang, P. O., Akkuzu, H., Martin-Hunyadi, C., & Berthel, M. (2004). Évaluation par l'inventaire Neuropsychiatrique (NPI) des symptômes comportementaux et psychologiques aux différents stades de la maladie d'alzheimer. *Revue de Gériatrie*, 29, 605-612.
- O'Connor, D. W., Ames, D., Gardner, B., & King, M. (2009). Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards. *International Psychogeriatrics*, 21, 225-240. doi:10.1017/S1041610208007588

- Olin, J. T., Katz, I. R., Meyers, B. S., Schneider, L. S., & Lebowitz, B. D. (2002). Provisional Diagnostic Criteria for Depression of Alzheimer Disease: Rationale and Background. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 129-141. doi:doi:10.1097/00019442-200203000-00004
- Olin, J. T., Schneider, L. S., Katz, I. R., Meyers, B. S., Alexopoulos, G. S., Breitner, J. C., . . . Lebowitz, B. D. (2002). Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 10, 125-128.
- O'Neil, M. E., Freeman, M., Christensen, V., Telerent, R., Addlerman, A., & Kansagara, D. (2011). *A systematic Evidence Review of Non-Pharmalogical Interventions for Behavioral Symptoms of Dementia*. Washington: Department of Veterans Affairs.
- Padilla, R. (2011). Effectiveness of environment-based interventions for people with Alzheimer's disease and related dementias. *AJOT: American Journal of Occupational Therapy*, 65, 514-522.
- Parsonson, B. S., & Baer, D. M. (1986). The Graphic Analysis of Data. In A. Poling, & R. W. Fuqua, *Research Methods in Applied Behavior Analysis* (pp. 157-186). New York: Springer US. doi:10.1007/978-1-4684-8786-2_8
- Pedersen, S. K., Andersen, P. N., Lugo, R. G., Andreassen, M., & Sütterlin, S. (2017). Effects of Music on Agitation in Dementia: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 8, 742. doi:10.3389/fpsyg.2017.00742
- Petersen, J. D., Waldorff, F. B., Siersma, V. D., Thi Phung, T. K., Magdalena Bebe, A. C., & Waldemar, G. (2017). Major Depressive Symptoms Increase 3-Year Mortality Rate in Patients with Mild Dementia. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2017, 1-8. doi:10.1155/2017/7482094
- Pinkney, L. (2000). Assessment of the multisensory environment. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 7, 158-162.
- Pollock, B. G., Mulsant, B. H., Rosen, J., Mazumdar, S., Blakesley, R. E., Houck, P. R., & Huber, K. A. (2007). A double-blind comparison of citalopram and risperidone for the treatment of behavioral and psychotic symptoms associated with dementia. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 15, 942-952.
- Prado-Jean, A., Couratier, P., Druet-cabanac, M., Nubukpo, P., Bernard-bourzeix, L., Thomas, P., . . . Clément, J. P. (2010). Specific psychological and bahavioral symptoms of depression in patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 1065-1072. doi:10.1002/gps.2468

- Rapp, M. A., Schnaider-Beeri, M., Wysocki, M., Guerrero-Berroa, E., Grossman, H. T., Heinz, A., & Haroutunian, V. (2011). Cognitive decline in patients with dementia as a function of depression. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 19, 357-363. doi:10.1097/JGP.0b013e3181e898d0
- Raskind, M. A., & Wang, L. Y. (2014). Antipsychotic drugs for psychosis and agitation in dementia: efficacy, safety, and a possible noradrenergic mechanism of action. *International Psychogeriatrics*, 26, 879-883. doi:10.1017/S1041610214000477
- Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, S. P., Ferris, S. H., Franseen, E., & Georgotas, A. (1987). Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *Journal Clinical Psychiatry*, 48, 9-15.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., De Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American journal of psychiatry*, 139, 1136-1139. doi:10.1176/ajp.139.9.1136
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1988). Global deterioration Scale (GDS). *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 661-663.
- Revault d'Allonnes, C., Plaza, M., & Giami, A. (1999). *La démarche clinique en sciences humaines : documents, méthodes, problèmes*. Paris: Dunod.
- Richards, K. C., & Beck, C. K. (2004). Progressively Lowered Stress Threshold Model: Understanding Behavioral Symptoms of Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1774-1775. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52477.x
- Robert, P. H., Médecin, I., Vincent, S., Staccini, P., Cattelin, F., & Goni, S. (1998). L'inventaire neuropsychiatrique: validation de la version française d'un instrument destiné à évaluer les troubles du comportement chez les sujets déments. *L'année gérontologique*, 5, 63-87.
- Robert, P., Onyike, C., Leentjens, A., Dujardin, K., Aalten, P., Starkstein, S., . . . Byrne, J. (2009). Proposed diagnostic criteria for apathy in Alzheimer's disease and other neuropsychiatric disorders. *European Psychiatry*, 24, 98-104. doi:10.1016/j.eurpsy.2008.09.001
- Robles Bayón, A., & Gude Sampedro, F. (2014). Inappropriate treatments for patients with cognitive decline. *Neurología (English Edition)*, 29, 523-532. doi:10.1016/j.nrleng.2012.05.009
- Rosenberg, P. B., Drye, L. T., Martin, B. K., Frangakis, C., Mintzer, J. E., Weintraub, D., . . . Lyketsos, C. G. (2010). Sertraline for the treatment of depression in Alzheimer disease. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 18, 136-145. doi:10.1097/JGP.0b013e3181c796eb

- Sakamoto, M., Ando, H., & Tsutou, A. (2013). Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International Psychogeriatrics*, 25, 775-784. doi:10.1017/S1041610212002256
- Salzman, C. (2005). *Clinical Geriatric Psychopharmacology*. Portland: Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins.
- Sánchez, A., Marante-Moar, M. P., Sarabia, C., De Labra, C., Lorenzo, T., Maseda, A., & Millán-Calenti, J. C. (2016). Multisensory Stimulation as an Intervention Strategy for Elderly Patients With Severe Dementia: A Pilot Randomized Controlled Trial. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31, 341-350. doi:10.1177/1533317515618801
- Sánchez, A., Maseda, A., Marante-Moar, M. P., De Labra, C., Lorenzo-López, L., & Millán-Calenti, J. C. (2016). Comparing the Effects of Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Elderly People with Severe Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*, 52, 303-315. doi:10.3233/JAD-151150
- Sánchez, A., Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-López, L., & Maseda, A. (2013). Multisensory Stimulation for People With Dementia: A Review of the Literature. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 28, 7-14. doi:10.1177/1533317512466693
- Sanchez, L. M., & Turner, S. M. (2003). Practicing Psychology in the Era of Managed Care. *American Psychologist*, 58, 116-129. doi:10.1037/0003-066X.58.2.116
- Schneider, L. S., Tariot, P. N., Dagerman, K. S., Davis, S. M., Hsiao, J. K., Ismail, M. S., . . . Lieberman, J. A. (2006). Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine*, 355, 1525-1538. doi:10.1056/NEJMoa061240
- Schofield, P. (2000). The effects of Snoezelen on chronic pain. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 15, 33-34.
- Schofield, P., & Davis, B. (2000). Sensory stimulation (snoezelen) versus relaxation: a potential strategy for the management of chronic pain. *Disability and rehabilitation*, 22, 675-682.
- Schofield, P., & Payne, S. (2003). A pilot study into the use of multisensory environment (Snoezelen) within a palliative day-care setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 9, 124-129. doi:10.12968/ijpn.2003.9.3.11485
- Scruggs, T. E., & Mastropieri, M. A. (1998). Summarizing Single-Subject Research: Issues and Applications. *Behavior Modification*, 22, 221-242.

- Seitz, D. P., Gill, S. S., Herrmann, N., Brisbin, S., Rapoport, M. J., Rines, J., . . . Conn, D. K. (2013). Pharmacological treatments for neuropsychiatric symptoms of dementia in long-term care: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 25, 185-203. doi:10.1017/S1041610212001627
- Selbæk, G., Engedal, K., & Bergh, S. (2013). The Prevalence and Course of Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Patients With Dementia: A Systematic Review. 14, pp. 161-169. doi:10.1016/j.jamda.2012.09.027
- Selbaek, G., Kirkevold, O., & Engedal, K. (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 843-849. doi:10.1002/gps.1749
- Senanarong, V., Cummings, J. L., Fairbanks, L., Mega, M., Masterman, D. M., O'Connor, S. M., & Strickland, T. L. (2004). Agitation in Alzheimer's Disease Is a Manifestation of Frontal Lobe Dysfunction. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 17, 14-20. doi: 10.1159/000074080
- Senanarong, V., Pongvarin, N., Jamjumras, P., Sriboonroug, A., Danchaivijit, C., Udomphanthuruk, S., & Cummings, J. L. (2005). Neuropsychiatric symptoms, functional impairment and executive ability in Thai patients with Alzheimer's Disease. *International Psychogeriatrics*, 17, 81-90. doi:10.1017/S1041610205000980
- Shin, I. S., Carter, M., Masterman, D., Fairbanks, L., & Cummings, J. L. (2005). Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Alzheimer disease. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 13, 469-474.
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research: Evaluating experimental data in psychology*. New York: Basic Books.
- Snowdon, J., Miller, R., & Vaughan, R. (1996). Behavioural problems in Sydney nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 535-541. doi:10.1002/(SICI)1099-1166(199606)11:63.0.CO;2-1
- Staal, J. A. (2012). Functional Analytic Multisensory Environmental Therapy for People with Dementia. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2012. doi:10.1155/2012/294801
- Staal, J. A., Sacks, A., Matheis, R., Collier, L., Calia, T., Hanif, H., & Kofman, E. S. (2007). The effects of Snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37, 357-370.
- Staal, J., Pinkney, L., & Roane, D. (2003). Assessment of stimulus preferences in multisensory environment therapy for older people with dementia. *The British Journal of Occupational Therapy*, 66, 542-550.

- Starkstein, S. E., Ingram, L., Garau, M. L., & Mirahi, R. (2005). On the overlap between apathy and depression in dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 76, 1070. doi:10.1136/jnnp.2004.052795
- Starkstein, S. E., Petracca, G., Chemerinski, E., & Kremer, J. (2001). Syndromic Validity of Apathy in Alzheimer's Disease. *American Journal of Psychiatry*, 158, 872-877. doi:10.1176/appi.ajp.158.6.872
- Statistiques Canada. (2014, September 17). Population Projections for Canada, Provinces and Territories, 2013 to 2063. *The Daily*, pp. 1-4.
- Steinberg, M., & Lyketsos, C. G. (2012). Atypical Antipsychotic Use in Patients With Dementia: Managing Safety Concerns. *The American Journal of Psychiatry*, 169, 900-906.
- Steinberg, M., Shao, H., Zandi, P., Lyketsos, C., Welsh-Bohmer, K. A., Norton, M. C., . . . Tschanz, J. T. (2008). Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY*, 23, 170-177. doi:10.1002/gps.1858
- Strøm, B. S., Ytrehus, S., & Grov, E.-K. (2016). Sensory stimulation for persons with dementia: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1805-1834. doi:10.1111/jocn.13169
- Tampi, R. R., Tampi, D. J., Balachandran, S., & Srinivasan, S. (2016). Antipsychotic use in dementia: a systematic review of benefits and risks from meta-analyses. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 7, 229-245. doi:10.1177/2040622316658463
- van Weert, J. C., van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M., Bensing, J. M., & Ribbe, M. W. (2005). The effects of the implementation of Snoezelen on the quality of working life in psychogeriatric care. *International Psychogeriatrics*, 17, 407-427. doi:10.1017/S1041610205002176
- van Weert, J. C., Van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M., Ribbe, M. W., & Bensing, J. M. (2005a). Behavioral and Mood Effects of Snoezelen Integrated into 24-Hour Dementia Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 24-33. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53006.x
- van Weert, J. C., van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M., Ribbe, M. W., & Bensing, J. M. (2005b). Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. *Patient Education and Counseling*, 58, 312-326. doi:10.1016/j.pec.2004.07.013
- Vigen, C. L., Mack, W. J., Keefe, R. S., Sano, M., Sultzer, D. L., Stroup, T. S., . . . Schneider, L. S. (2011). Cognitive effects of atypical antipsychotic medications in patients with Alzheimer's disease: outcomes from CATIE-AD. *The American journal of psychiatry*, 168, 931-939. doi:10.1176/appi.ajp.2011.08121844

- Wampold, B. E., & Bhati, K. S. (2004). Attending to the Omissions: A Historical Examination of Evidence-Based Practice Movements. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 563-570. doi:10.1037/0735-7028.35.6.563
- Wang, P. S., Schneeweiss, S., Avorn, J., Fischer, M. A., Mogun, H., Solomon, D. H., & Brookhart, M. A. (2005). Risk of Death in Elderly Users of Conventional vs. Atypical Antipsychotic Medications. *The New England Journal of Medicine*, 353, 2335-2341. doi:10.1056/NEJMoa052827
- Weintraub, D., Rosenberg, P. B., Drye, L. T., Martin, B. K., Frangakis, C., Mintzer, J. E., . . . Lyketsos, C. G. (2010). Sertraline for the treatment of depression in Alzheimer disease: week-24 outcomes. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 18, 332-340. doi:10.1097/JGP.0b013e3181cc0333
- WHO. (2012). *Dementia a public health priority*. Geneva: World Health Organization.
- Wolfson, C. (2000). *Drug treatments for Alzheimer's Disease*. Ottawa: CCOHTA: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment.
- Youn, J. C., Lee, D. Y., Jhoo, J. H., Kim, K. W., Choo, I. H., & Woo, J. I. (2011). Prevalence of neuropsychiatric syndromes in Alzheimer's disease (AD). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52, 258-263. doi:10.1016/j.archger.2010.04.015
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (2007). *Mental disorders in older adults : fundamentals of assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Zuidema, S. U., Derksen, E., Verhey, F. R., & Koopmans, R. T. (2007). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 632-638. doi:10.1002/gps.1722

ANNEXE 1

Le script de recrutement : étude 1

Bonjour Monsieur/Madame X,

Mon nom est Chantal Lafleur. Je suis étudiante au doctorat en psychologie clinique à l'Université d'Ottawa. Je vous appelle car j'organise une étude dans le cadre de mon doctorat. Je dois premièrement m'assurer que votre résidence utilise la stimulation multisensorielle Snoezelen auprès de résidents atteints par la démence, est-ce exact?

Si non : Je comprends. Il s'agit d'un critère essentiel pour participer à l'étude, il serait donc impossible pour moi de vous inclure. Je vous remercie pour votre temps et vous souhaite une belle journée.

Si oui : J'aimerais vous inviter à participer à une étude dans le cadre de ma thèse de doctorat, sous la supervision du Dr. Philippe Cappeliez. Ce projet a été approuvé par le CONSEIL DES COMITÉS D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE de Soins Continus Bruyère.

L'étude vise à déterminer comment les salles Snoezelen (stimulation multi-sensorielle) sont utilisées avec des patients atteints de démence dans les résidences pour personnes âgées de la région, ainsi que leur utilité et applicabilité auprès d'une clientèle âgée démente.

Votre participation impliquerait que je rencontre vos employés qui utilisent votre salle auprès des résidents atteints de démence. Vos employés doivent aussi vouloir participer. Je demanderais à votre employé de compléter un court questionnaire et il serait ensuite interviewé individuellement par moi. Cette entrevue serait enregistrée afin que je puisse par la suite transcrire le verbatim de l'entrevue et compiler les résultats. Le tout ne devrait pas excéder 60 minutes par employé.

Nous pouvons vous garantir que l'identité de votre résidence et de vos employés va demeurer confidentielle et anonyme. Un code (pseudonyme) sera utilisé afin de protéger vos informations.

Acceptez-vous de participer?

Si oui : La première étape consiste à demander la permission à vos employés que je les contacte, ou leur demander de me contacter directement au 613-XXX-XXXX.

Cela me ferait plaisir de vous rencontrer si vous souhaitez en discuter en personne au préalable, ou pour répondre à toutes vos questions à propos de l'étude. Vous pouvez également vous adresser à mon superviseur de thèse, Dr. Philippe Cappeliez, au 613-XXX-XXXX.

Si non : Il n'y a pas de problème si vous ne souhaitez pas que vos employés participent à ce projet de recherche. Je vous remercie pour votre temps, et sachez que si vous changez d'idée, vous pouvez me contacter. Passez une belle journée.

Recrutement script

Hello M. / Ms. X,

My name is Chantal Lafleur. I am a doctoral student in clinical psychology at the University of Ottawa. I am calling you because I am planning a study as part of my education program. Before I continue, I must first make sure that your facility uses multisensory stimulation (Snoezelen) with residents affected by dementia, is this correct?

If not: I understand. This is an essential criteria to participate in the study, it would be impossible for me to include you. Thank you for your time and I wish you a nice day.

If yes: I would like to invite you to participate in a study that is part of my doctoral thesis, under the supervision of Dr. Philippe Cappeliez. This project has been approved by the Ethics and Research Review Board of Bruyère Continuing Care.

The study aims to determine how the Snoezelen rooms/equipment (multisensory stimulation) are used with dementia residents in nursing homes in the Ottawa region, as well as their usefulness and applicability with residents suffering from dementia.

Your participation would imply that I meet your employees who use Snoezelen with residents suffering from dementia. Your employees must also wish to participate. I would meet with them individually. I would start by asking them to complete a short questionnaire. After this, I would interview them. This interview would be recorded on a digital recorder, so that I may transcribe the verbatim of the interview and compile the data. This should not exceed 60 minutes per employee.

We can assure you that the identity of your residence and your employees will remain confidential and anonymous. Codes (pseudonyms) will be used to protect your information.

Do you agree to participate?

If yes: The first step is to ask permission from your employees that I may contact them, or ask them to contact me directly at 613-XXX-XXXX.

I would be pleased to meet with you if you wish to discuss in person beforehand, or to answer any questions you may have about the study. You can also contact my thesis supervisor, Dr. Philippe Cappeliez, at 613-XXX-XXXX.

If not: It is not a problem if you do not want your employees to participate in this research project. Thank you for your time, and please know that if you change your mind, you can contact me at 613-XXX-XXXX. Have a nice day.

Le script de recrutement : étude 2

Bonjour Monsieur/Madame X. Mon nom est _____, je suis l'infirmière en chef de l'unité de soins de Monsieur/Madame Y à la Résidence Saint-Louis. Je vous appelle afin de vous informer d'une étude qui se déroulera bientôt à la Résidence Saint-Louis. L'étude sera menée par une étudiante au doctorat de l'Université d'Ottawa. Monsieur/Madame Y est invité(e) à participer à ce projet.

Cette étude va regarder l'efficacité de l'intervention de type Snoezelen (stimulation multi-sensorielle) pour calmer, améliorer le bien-être, et regarder s'il y a un effet sur la prise de médicaments psychotropes, l'agitation, l'apathie et l'humeur dépressive des participants. Snoezelen vise la stimulation sensorielle ainsi que la relaxation. La participation consiste à être présent(e) à des sessions individuelles de stimulation multisensorielle (Snoezelen) d'une durée de 20 à 45 minutes au nombre total de 16, soit de 2 par semaine pendant 8 semaines, administrées par notre intervenante en activités, Madame _____, ici à la Résidence Saint-Louis. Les sessions auront lieu dans notre salle Snoezelen et Monsieur/Madame Y sera toujours accompagné(e) par l'intervenante en activités pendant les sessions.

Tout au long de l'étude, je serai impliquée dans le recueil d'informations concernant le niveau d'apathie, d'agitation, d'humeur dépressive (à l'aide d'un questionnaire) et de prise de médicaments psychotropes. Monsieur/Madame Y n'a pas besoin d'être présent(e) pendant ce recueil d'informations. Ces informations seront recueillies avant, pendant et après la fin de l'ensemble des sessions, à raison d'une fois par semaine. La participation est volontaire et Monsieur/Madame Y est libre de se retirer en tout temps, et/ou de refuser de participer à certaines sessions Snoezelen. Avez-vous des questions?

Êtes-vous intéressé(e) d'offrir la possibilité à Monsieur/Madame Y de participer au projet?

- **(Si oui)** : La prochaine étape consiste à signer un formulaire de consentement. Est-ce que vous permettez à Chantal de vous contacter, afin de déterminer le meilleur moyen/moment de vous permettre de lire et signer le formulaire de consentement?

Si vous souhaitez plus de précisions ou d'explications sur le recueil de ses informations, vous pouvez toujours contacter Chantal Lafleur, étudiante à l'Université d'Ottawa, au 613-XXX-XXXX.

- **(Si non)** : Il n'y a pas de problème si vous ne souhaitez pas que Monsieur/Madame Y participe au projet.

Merci pour votre temps Monsieur/Madame X et passez une belle journée!

ANNEXE 2

Formulaire de consentement

Titre du projet: Enquête régionale auprès des utilisateurs des salles Snoezelen

Étudiante chercheure: Chantal Lafleur M.A., Étudiante au doctorat en psychologie clinique
Université d'Ottawa

Superviseur de thèse: Philippe Cappeliez Ph.D.
École de psychologie
Université d'Ottawa
Professeur Titulaire

Je suis invité(e) à participer à une recherche menée par Chantal Lafleur, étudiante au doctorat en psychologie clinique à l'École de psychologie à l'Université d'Ottawa, sous la supervision du Dr. Philippe Cappeliez. Cette étude vise à déterminer comment les salles Snoezelen (stimulation multisensorielle) sont utilisées avec des patients atteints de démence dans les résidences pour personnes âgées de la région, ainsi que leur utilité et applicabilité auprès de la clientèle âgée démente.

Ma participation implique que je complète un court questionnaire. De plus, la chercheure principale, Chantal Lafleur, me posera des questions lors d'une entrevue individuelle qui sera enregistrée. Le tout ne devrait pas excéder 60 minutes.

Cette étude ne présente aucun risque, mais si j'ai des inquiétudes au sujet de ma participation à ce projet, je peux contacter Chantal Lafleur.

Les chercheurs me garantissent que mon identité va demeurer confidentielle et anonyme. Un code (pseudonyme) sera utilisé afin de protéger mon identité. Seulement deux personnes auront accès à ces informations (C. Lafleur et P. Cappeliez) dans le cadre de la recherche. Toutes les informations recueillies seront conservées dans un classeur verrouillé au bureau du Dr. Cappeliez pour une période de cinq ans après quoi elles seront détruites.

Ma participation à cette recherche est volontaire et je suis libre de me retirer en tout temps, sans avoir à fournir de raison, sans être pénalisé(e) d'aucune manière, et sans que ma relation avec la chercheur ou mon employeur en soit affectée.

Je _____, accepte de participer à cette recherche menée par Chantal Lafleur de l'Université d'Ottawa, sous la supervision de Dr. Philippe Cappeliez. Je comprends que le fait de signer ce formulaire de consentement ne limite en aucun cas mon droit de me retirer de la recherche.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec la chercheure et son superviseur.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de la recherche, je peux m'adresser à Mme Dorothy Kessler, Présidente au Comité d'éthique et de recherche des services de santé de Soins continus Bruyère, située au 43 rue Bruyère, Ottawa (Ontario), K1N 5C8. Le Conseil d'éthique et de recherche de Soins Continus Bruyère se réserve le droit d'examiner les documents d'étude aux fins de vérification.

Il y a deux exemplaires de ce formulaire de consentement, dont un que je peux garder.

Signature du/de la participant(e) : _____ Date : _____

Signature de la chercheure : _____ Date : _____

Optionnel

Je désire recevoir une lettre qui résume les principaux résultats de cette étude à l'adresse suivante

(adresse postale ou courrier électronique)

Consent Form

Project Title: Regional Survey of users of Snoezelen rooms

Student Researcher: Chantal Lafleur M.A., doctoral student in clinical psychology
University of Ottawa

Thesis supervisor: Philippe Cappeliez Ph.D.
School of Psychology
University of Ottawa
Full Professor

I am invited to participate in a research conducted by Chantal Lafleur, a doctoral student in clinical psychology at the School of Psychology at the University of Ottawa, under the supervision of Dr. Philippe Cappeliez. This study aims to determine how Snoezelen (multisensory stimulation) is used with dementia patients in nursing homes in the Ottawa region, as well as their usefulness and applicability with elderly residents suffering with dementia.

My participation implies that I complete a short questionnaire. In addition, the student researcher, Chantal Lafleur, will interview me after completing the questionnaire. This interview will be recorded on a digital voice recorder. All should not exceed 60 minutes.

This study presents no risk, but if I have concerns about my participation in this project, I can contact Chantal Lafleur or Dr. Philippe Cappeliez.

The researchers ensure that my identity will remain confidential and anonymous. Codes (pseudonyms) will be used to protect my identity. Only two people have access to this information (C. Lafleur and P. Cappeliez) as part of the research. All information collected will be kept in a locked cabinet in the laboratory of Dr. Cappeliez, for a period of five years after which it will be destroyed.

My participation in this research is voluntary and I am free to withdraw at any time without giving any reason, without penalty and without my relationship with the researchers or my employer be affected in any way.

I _____, agree to participate in this research by Chantal Lafleur at the University of Ottawa, under the supervision of Dr. Philippe Cappeliez. I understand that by signing this consent form, I do not limit my right to withdraw from the research in any way.

For additional information about this study, I can contact the student researcher.

For information on ethical aspects of this study, I can contact Dorothy Kessler, President of the Ethics and Research Committee at Bruyère Continuing Care Health Services, located at 43 Bruyère Street, Ottawa (Ontario) K1N 5C8. The Ethics and Research Review Board of Bruyère Continuing Care reserves the right to review the study documents for verification.

I can keep of the two copies of this consent form.

Signature of the participant: _____ Date: _____

Signature of the researcher: _____ Date: _____

Optional

I would like to receive a letter summarizing the main results of this study to the following address _____.
(Postal address or e-mail)

Formulaire de consentement

Titre du projet: Effets d'une intervention multisensorielle de type Snoezelen sur les troubles comportementaux, de l'humeur et l'utilisation de médicaments psychotropes auprès de patients âgés atteints de démence

Étudiante chercheuse: Chantal Lafleur M.A., Étudiante au doctorat en psychologie clinique
Université d'Ottawa

Superviseur de thèse: Philippe Cappeliez Ph.D., C.Psych.
École de psychologie
Université d'Ottawa
Professeur Titulaire

M/Mme _____ (nom du patient) est invité(e) à participer à une recherche menée par Chantal Lafleur, étudiante au doctorat en psychologie clinique à l'École de psychologie à l'Université d'Ottawa, sous la supervision du Dr. Philippe Cappeliez. Cette étude se penche sur l'efficacité d'une intervention de type Snoezelen (stimulation multi-sensorielle pour calmer et améliorer le bien-être) sur la prise de médicaments psychotropes, l'agitation, l'apathie et l'humeur dépressive.

L'objectif de l'intervention Snoezelen est de fournir un environnement agréable, stimulant et sécuritaire, sans exigences, tout en encourageant l'exploration des sens. Snoezelen vise la stimulation sensorielle ainsi que la relaxation. La salle Snoezelen est équipée de lumières colorées et en mouvement, d'un projecteur d'images, d'un lecteur de disques compacts et d'autres objets qui favorisent la stimulation tactile et/ou olfactive et/ou auditive. La personne est invitée à explorer son environnement par les cinq sens : le toucher, la vue, l'odorat, le goût et l'audition.

La participation à cette étude consiste à être présent(e) à des sessions individuelles de stimulation multisensorielle (Snoezelen) d'une durée de 20 à 45 minutes au nombre total de 16, soit de 2 par semaine pendant 8 semaines, administrées par l'intervenante en activités de l'unité de soins. Les sessions auront lieu dans la salle Snoezelen de la Résidence Saint-Louis. Le/la participant(e) sera toujours accompagné(e) par l'intervenante en activités pendant les sessions de Snoezelen.

Des informations concernant le niveau d'apathie, d'agitation, d'humeur dépressive et de prise de médicaments psychotropes seront recueillies auprès du personnel soignant. Le/la participant(e) n'est pas présent(e) pendant ce recueil d'informations. Ces informations seront recueillies avant, pendant et après la fin de l'ensemble des sessions, à raison d'une fois par semaine. Si vous souhaitez plus de précisions ou d'explications sur le recueil de ses informations, vous pouvez contacter Chantal Lafleur.

J'ai été informé(e) par l'intervenante en activité de la nature et des caractéristiques de l'intervention Snoezelen. Les risques associés à cette étude sont égaux à ceux associés aux soins habituels. En cas d'inquiétudes au sujet de la participation à ce projet ou des risques, je peux contacter Chantal Lafleur.

L'information qui sera récoltée restera strictement anonyme et confidentielle, et seulement accessible aux deux personnes susmentionnées (C. Lafleur et P. Cappeliez) dans le cadre de la recherche. L'anonymat sera assuré par un code (pseudonyme) inscrit sur les formulaires à la place du nom du participant. Toutes

les informations recueillies seront conservées dans un classeur verrouillé au bureau du Dr. Cappeliez pour une période de cinq ans après quoi elles seront détruites. Veuillez toutefois noter la possibilité que données de l'étude soient consultées par le Comité d'éthique et de recherche de Bruyère dans le cadre d'un audit.

La participation à cette recherche est volontaire et le/la participant(e) est libre de se retirer en tout temps, et/ou de refuser de participer à certaines sessions Snoezelen, sans avoir à fournir de raison, sans être pénalisé(e) d'aucune manière, sans que sa relation avec la chercheur ou les Soins Continus Bruyère en soit affectée, et sans que les soins prodigués par Soins Continus Bruyère soient affectés.

Je _____, accepte que M/Mme _____ participe à cette recherche menée par Chantal Lafleur de l'Université d'Ottawa, sous la supervision de Dr. Philippe Cappeliez. Je comprends que le fait de signer ce formulaire de consentement ne limite en aucun cas mon droit de retirer le/la participant(e) de la recherche.

Lien avec le participant: _____

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec la chercheure et son superviseur aux adresses, courriels et numéros indiqués ci-haut.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de la recherche, je peux m'adresser à Dre Dorothy Kessler, Présidente au Comité d'éthique et de recherche des services de santé de Soins continus Bruyère, située au 43 rue Bruyère, Ottawa (Ontario), K1N 5C8.

Il y a deux exemplaires de ce formulaire de consentement, dont un que je peux garder.

Signature du/de la responsable : _____ Date : _____

Signature de la chercheure : _____ Date : _____

Optionnel

Je désire recevoir une lettre qui résume les principaux résultats de cette étude à l'adresse suivante (adresse postale ou courrier électronique) : _____

Consent form

Project Title: Effects of a multisensory intervention (Snoezelen) on behavioral disorders, mood and the use of psychotropic medications in elderly patients with dementia.

Student Researcher: Chantal Lafleur M.A., doctoral student in clinical psychology
University of Ottawa

Thesis supervisor: Philippe Cappeliez Ph.D.
School of Psychology
University of Ottawa
Full Professor

Mr / Ms _____ (name of resident) is invited to participate in a research project conducted by Chantal Lafleur, a doctoral student in clinical psychology at the School of Psychology at the University of Ottawa, under the supervision of Dr. Philippe Cappeliez. This study examines the effectiveness of Snoezelen intervention (multisensory stimulation to soothe and improve well-being) on the use of psychotropic medications, agitation, apathy and depressive mood.

L'objectif de l'intervention Snoezelen est de fournir un environnement agréable, stimulant et sécuritaire, sans exigences, tout en encourageant l'exploration des sens. Snoezelen vise la stimulation sensorielle ainsi que la relaxation. La salle Snoezelen est équipée de lumières colorées et en mouvement, d'un projecteur d'images, d'un lecteur de disques compacts et d'autres objets qui favorisent la stimulation tactile et/ou olfactive et/ou auditive. La personne est invitée à explorer son environnement par les cinq sens : le toucher, la vue, l'odorat, le goût et l'audition.

The goal of Snoezelen therapy is to provide a pleasant, stimulating and safe environment, while encouraging exploration of the senses. Snoezelen aims to promote sensory stimulation and relaxation. The Snoezelen room is equipped with colored lights, a projector, a CD player and other items that promote tactile and / or olfactory and / or auditory stimulation. The person is invited to explore their environment through their five senses: touch, sight, smell, taste and sound.

Participation in this study involves 2 individual sessions of multisensory stimulation (Snoezelen) per week, lasting 20 to 45 minutes each, for 8 weeks, administered by the activation worker. The total number of sessions is 16. The sessions will take place in the Snoezelen room at Résidence Saint-Louis. The participant will always be accompanied by the activation worker during the Snoezelen sessions.

Information regarding the level of apathy, agitation, depressed mood and consumption of psychotropic medications will be collected from the nursing staff. The participant is not present for this data collection. This information will be collected once a week, before the start of the interventions, during and after the end of all Snoezelen sessions. If you would like more information or explanation on this data collection, please contact Chantal Lafleur.

I was informed, by the activation worker of the nature and characteristics of the Snoezelen intervention. The risks associated with this study are equal to those associated with usual care. If concerns should arise about participation in this project, I can contact Chantal Lafleur.

The information collected will be kept strictly anonymous and confidential, and only accessible to two individuals (C. Lafleur and P. Cappeliez), as part of the research. Anonymity will be ensured by assigning a code (pseudonym) on the forms, in place of the participant's name. All information collected will be kept in a locked cabinet in the laboratory of Dr. Cappeliez for a period of five years, after which it will be destroyed.

Participation in this research is voluntary and the participant is free to withdraw at any time, and/or refuse to participate in certain Snoezelen sessions, without giving any reason, without penalty, and without their relationship with the researcher or Bruyère Continuing Care being affected, and without the care provided by Bruyère Continuing Care being affected.

I _____, agree that Mr / Ms _____ participate in this research project led by Chantal Lafleur, under the supervision of Dr. Philippe Cappeliez. I understand that signing this consent form does not limit in any way my right to withdraw the participant from of research.

Relationship to participant: _____

For additional information about this study, I can contact the student researcher and supervisor at the addresses, emails and telephone numbers listed above.

For information on ethical aspects of this study, I can contact Dorothy Kessler, President of the Ethics and Research Committee at Bruyère Continuing Care Health Services, located at 43 Bruyère Street, Ottawa (Ontario) K1N 5C8. The Ethics and Research Board of Bruyère Continuing Care reserves the right to review the study documents for verification.

I can keep one of the two copies of this consent form.

Signature of the representative: _____ Date: _____

Signature of the researcher: _____ Date: _____

Optional

I would like to receive a letter summarizing the main results of this study to the following address

_____.

(Postal address or e-mail)

Formulaire de consentement pour l'intervenante

Titre de l'étude: Effets d'une intervention multisensorielle de type Snoezelen sur les troubles comportementaux, de l'humeur et l'utilisation de médicaments psychotropes auprès de patients âgés atteints de démence

Étudiante chercheuse: Chantal Lafleur M.A., Étudiante au doctorat en psychologie clinique
Université d'Ottawa

Superviseur de thèse: Philippe Cappeliez Ph.D., C.Psych.
École de psychologie
Université d'Ottawa
Professeur Titulaire

Vous êtes invitée à participer à une recherche menée par Chantal Lafleur, étudiante au doctorat en psychologie clinique à l'École de psychologie à l'Université d'Ottawa, sous la supervision du Dr. Philippe Cappeliez. Vous avez la permission de votre employeur Soins Continus Bruyère, et votre gestionnaire, Karen Lemaire, pour participer à ce projet pendant vos heures de travail régulières.

Cette étude se penche sur l'efficacité d'une intervention de type Snoezelen (stimulation multisensorielle pour calmer et améliorer le bien-être) sur la prise de médicaments psychotropes, l'agitation, l'apathie et l'humeur dépressive de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer à la Résidence St-Louis.

L'accomplissement de cette étude nous aidera à mieux comprendre et de mesurer l'efficacité de la stimulation multisensorielle (Snoezelen) chez les résidents institutionnalisés, atteints de démence modérée à sévère, afin de mieux cibler et adapter son utilisation et de justifier dans son investissement ultérieur (investissement additionnel dans les salles Snoezelen, leur création et la formation des employés dans l'utilisation de cette intervention).

La participation à cette étude consiste à offrir des sessions individuelles de stimulation multisensorielle (Snoezelen), d'une durée de 20 à 45 minutes. J'aurai à exposer un total de 8 à 10 résidents, à raison de deux fois par semaine, pendant huit semaines. Les résidents n'auront pas à débiter les sessions au même moment (dans la même semaine), l'important c'est qu'ils soient exposés deux fois par semaine pendant huit semaines consécutives.

Il est possible que votre participation à cette étude implique que votre horaire soit parfois différent, en ce sens que vous risquez d'allouer plus de temps à exposer les résidents à Snoezelen, que vous le feriez en temps normal.

Les sessions auront lieu dans la salle Snoezelen de la Résidence Saint-Louis. Le/la participant(e) ne doit pas être laissé(e) seul(e) dans la salle Snoezelen.

Ma participation à cette recherche est volontaire et je suis libre de m'en retirer en tout temps, sans être pénalisé(e) d'aucune manière, et que ma relation avec la chercheur ou les Soins Continus Bruyère en soit affectée.

L'information qui sera récoltée restera strictement anonyme et confidentielle, et seulement accessible aux deux personnes susmentionnées (C. Lafleur et P. Cappeliez) dans le cadre de la recherche. Toutes les informations recueillies seront conservées dans un classeur verrouillé au bureau du Dr. Cappeliez pour une période de cinq ans après quoi elles seront détruites.

Je _____, accepte de participer à cette recherche menée par Chantal Lafleur de l'Université d'Ottawa, sous la supervision de Dr. Philippe Cappeliez. Je comprends que le fait de signer ce formulaire de consentement ne limite en aucun cas mon droit de me retirer de la recherche. Je ne recevrai pas de compensation pour ma participation à cette étude.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de la recherche, je peux m'adresser à Mme Dorothy Kessler, Présidente au Comité d'éthique et de recherche des services de santé de Soins continus Bruyère, située au 43 rue Bruyère, Ottawa (Ontario), K1N 5C8. Le Comité d'éthique et de recherche de Soins Continus Bruyère se réserve le droit d'examiner les documents d'étude aux fins de vérification.

Il y a deux exemplaires de ce formulaire de consentement, dont un que je peux garder.

Signature du/de la participant(e) : _____ Date : _____

Signature de la chercheure : _____ Date : _____

Optionnel

Je désire recevoir une lettre qui résume les principaux résultats de cette étude à l'adresse suivante

(adresse postale ou courrier électronique)

Formulaire de consentement pour l'infirmière

Titre de l'étude: Effets d'une intervention multisensorielle de type Snoezelen sur les troubles comportementaux, de l'humeur et l'utilisation de médicaments psychotropes auprès de patients âgés atteints de démence

Étudiante chercheuse: Chantal Lafleur M.A., Étudiante au doctorat en psychologie clinique
Université d'Ottawa

Superviseur de thèse: Philippe Cappeliez Ph.D., C.Psych.
École de psychologie
Université d'Ottawa
Professeur Titulaire

Vous êtes invitée à participer à une recherche menée par Chantal Lafleur, étudiante au doctorat en psychologie clinique à l'École de psychologie à l'Université d'Ottawa, sous la supervision du Dr. Philippe Cappeliez. Vous avez la permission de votre employeur Soins Continus Bruyère, et la directrice des soins de la Résidence St-Louis, pour participer à ce projet pendant vos heures de travail régulières.

Cette étude se penche sur l'efficacité d'une intervention de type Snoezelen (stimulation multisensorielle pour calmer et améliorer le bien-être) sur la prise de médicaments psychotropes, l'agitation, l'apathie et l'humeur dépressive de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer à la Résidence St-Louis.

L'accomplissement de cette étude nous aidera à mieux comprendre et de mesurer l'efficacité de la stimulation multisensorielle (Snoezelen) chez les résidents institutionnalisés, atteints de démence modérée à sévère, afin de mieux cibler et adapter son utilisation et de justifier dans son investissement ultérieur (investissement additionnel dans les salles Snoezelen, leur création et la formation des employés dans l'utilisation de cette intervention).

La participation à ce projet consiste à :

- 1) Identifier des résidents qui seraient éligibles pour participer. Ce projet vise à recruter un total de 8 à 10 résidents. Ma participation implique que je vais contacter les personnes ayant la responsabilité légale des résidents, afin de les inviter à participer au projet. Un formulaire de consentement sera lu et signé avant le début de l'étude et une copie sera remise à la personne responsable.
- 2) Lorsque le consentement aura été obtenu, je vais, en collaboration avec la chercheure principale, administrer l'Échelle de détérioration globale (GDS), afin de confirmer la sévérité de la démence. Nous espérons recruter 4-5 résidents atteints de démence modérée-sévère (score = 6) et 4-5 résidents avec une démence sévère (score = 7). La chercheure sera présente pour m'assister. Le temps requiert pour administrer le GDS est d'environ 5 minutes par résident. Le résident n'a pas besoin d'être présent.
- 3) Afin de mesurer les niveaux d'apathie, d'agitation et l'humeur dépressive, je vais compléter l'Inventaire neuropsychiatrique [NPI-ES]. Il n'est pas nécessaire que le résident soit présent pendant que je complète ce questionnaire. La chercheure m'offrira une courte formation sur la façon de remplir ce questionnaire et sera disponible pour répondre à vos questions. Cet inventaire sera complété 14-16 fois par résident impliqué dans le projet, étalé sur 20 à 26

semaines (durée maximale du projet). Ce questionnaire prend environ 10 minutes à remplir. La chercheuse va s'assurer de m'offrir les photocopies de ce questionnaire.

Il est possible que votre participation à cette étude implique que votre horaire soit parfois différent, en ce sens que la complétion de ces questionnaires implique que j'y consacre du temps pendant la durée du projet.

Ma participation à cette recherche est volontaire et je suis libre de m'en retirer en tout temps, sans être pénalisé(e) d'aucune manière, et que ma relation avec la chercheur ou les Soins Continus Bruyère en soit affectée.

L'information qui sera récoltée restera strictement anonyme et confidentielle, et seulement accessible aux deux personnes susmentionnées (C. Lafleur et P. Cappeliez) dans le cadre de la recherche. Toutes les informations recueillies seront conservées dans un classeur verrouillé au bureau du Dr. Cappeliez pour une période de cinq ans après quoi elles seront détruites.

Je _____, accepte de participer à cette recherche menée par Chantal Lafleur de l'Université d'Ottawa, sous la supervision de Dr. Philippe Cappeliez. Je comprends que le fait de signer ce formulaire de consentement ne limite en aucun cas mon droit de me retirer de la recherche. Je ne recevrai pas de compensation pour ma participation à cette étude.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de la recherche, je peux m'adresser à Mme Dorothy Kessler, Présidente au Comité d'éthique et de recherche des services de santé de Soins continus Bruyère, située au 43 rue Bruyère, Ottawa (Ontario), K1N 5C8. Le Comité d'éthique et de recherche de Soins Continus Bruyère se réserve le droit d'examiner les documents d'étude aux fins de vérification.

Il y a deux exemplaires de ce formulaire de consentement, dont un que je peux garder.

Signature du/de la participant(e) : _____ Date : _____

Signature de la chercheuse : _____ Date : _____

Optionnel

Je désire recevoir une lettre qui résume les principaux résultats de cette étude à l'adresse suivante

(adresse postale ou courrier électronique)

ANNEXE 3

Code de l'institution _____

Code du participant _____

Date : _____

Questionnaire sur l'utilisation de l'approche multisensorielle (Snoezelen)

(Le genre masculin a été utilisé afin de faciliter l'écriture des questions).

Veillez s'il-vous-plaît encercler l'énoncé qui représente le mieux votre utilisation actuelle et personnelle de la salle Snoezelen.

1. Depuis combien de temps disposez-vous d'une salle de type Snoezelen (servant à la stimulation multisensorielle) dans votre institution?
 - a) Moins de 2 ans
 - b) Entre 3 et 5 ans
 - c) 6 ans et plus
 - d) Je l'ignore

2. À quelle fréquence utilisez-vous la salle Snoezelen?
 - a) Jamais
 - b) Rarement (Moins de 11 fois par année)
 - c) Occasionnellement (1 à 3 fois par mois)
 - d) Régulièrement (1 à 2 fois par semaine)
 - e) Souvent (3 à 6 fois par semaine)
 - f) Très souvent (Au moins une fois par jour)

⇒ *Veillez indiquer la fréquence moyenne d'utilisation par mois par l'ensemble des utilisateurs de votre résidence:* _____

3. Quelle est la durée moyenne des sessions?
 - a) Plus de 60 minutes
 - b) 40 à 60 minutes
 - c) 20 à 45 minutes
 - d) 2 à 19 minutes

4. Quelles sont les circonstances de votre utilisation de la salle Snoezelen avec les résidents? **(veuillez encercler toutes les réponses qui s'appliquent)**

Lorsque le résident semble...

- a) agité
- b) triste/déprimé
- c) apathique
- d) anxieux ou stressé
- e) fatigue ou épuisé
- f) calme
- g) agressif
- h) Autres circonstances : _____

5. Les préférences sensorielles des résidents sont-elles évaluées et enregistrées dans son dossier ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

⇒ Si vous avez répondu oui, veuillez préciser la méthode (ex : au dossier) :

6. Organisez-vous les sessions en fonction de préférences du patient (en termes d'équipements et de stimulation sensorielle) afin de planifier les sessions?

- a) Jamais
- b) Rarement
- c) Parfois
- d) Souvent
- e) Toujours

7. Qui utilise la salle? **(veuillez encercler toutes les réponses qui s'appliquent)**

- a) Préposés aux soins des patients
- b) Infirmiers
- c) Intervenants en loisirs et activités
- d) Ergothérapeutes/physiothérapeutes
- e) Bénévoles
- f) Visiteurs (amis et familles des résidents)
- g) Autres : _____

8. Avez-vous personnellement reçu une formation spécifique sur l'approche Snoezelen et l'utilisation de l'équipement?

- ☐ Oui
- ☐ Non

⇒ Si vous avez répondu oui, veuillez préciser la nature de cette formation et qui vous l'a procurée : _____

9. Combien d'années d'expérience avez-vous dans l'utilisation d'une salle Snoezelen?

10. Combien de résidents peuvent être dans la pièce à la fois? _____**11.** De quel type de salle votre résidence est-elle munie?

- a) Chambre blanche
- b) Chambre sombre
- c) Un mélange des deux précédentes
- d) Je ne suis pas certain
- e) Nous n'avons pas de salle Snoezelen

12. Votre salle Snoezelen est munie des équipements suivants (**Veillez cocher toutes les cases qui s'appliquent aux équipements que vous possédez, même si vous n'avez pas de salle uniquement dédiée au Snoezelen**) :

Stimulation visuelle

- ☐ Tube à bulles
- ☐ Projecteur
- ☐ Projecteur avec disque à rotation
- ☐ Boule disco
- ☐ Plantes
- ☐ Mobiles
- ☐ Aquarium
- ☐ Clavier à couleurs variées (*color control pad*)
- ☐ Lampe à couleur ou lueur variée (*Black light*, multicolore, tamisée)
- ☐ Lampe à fibres optiques
- ☐ Photos/images
- ☐ Miroir(s)
- ☐ Étoiles ou autres objets qui brillent dans le noir
- ☐ Décalques muraux
- ☐ Autre : _____

Sur une échelle de 0 à 10, veuillez indiquer le degré d'utilité des instruments visant la stimulation visuelle en encerclant le chiffre approprié.

Complètement inutile				Moyennement utile				Indispensable	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10

Stimulation auditive

- ☐ Disques de musique de détente
- ☐ Disques de musique rythmée
- ☐ Disques avec sons de la nature
- ☐ Disque qui émet un bruit neutre, *white noise*
- ☐ Système de son/lecteur de disque compact
- ☐ Disque avec une histoire racontée (avec livre)
- ☐ Fontaine d'eau
- ☐ Instruments de musique
- ☐ Autre : _____

Sur une échelle de 0 à 10, veuillez indiquer le degré d'utilité des instruments visant la stimulation **auditive** en encerclant le chiffre approprié.

Complètement inutile				Moyennement utile				Indispensable		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Stimulation tactile

- ☐ Tissus/papiers avec textures variées (feutre, papier sablé, soie, papier aluminium, etc.)
- ☐ Objets à textures variés (éponges, plumes, ouates, pâte à modeler, *slinky*)
- ☐ Balle antistress
- ☐ Rideau texturé
- ☐ Balles ou ballons texturés
- ☐ Coussin qui vibre
- ☐ Toutou en peluche
- ☐ Coussin, oreiller
- ☐ Tapis
- ☐ Couverture
- ☐ Chaise avec dossier qui vibre
- ☐ Massage (mains, pieds, tête ou dos)
- ☐ Autre : _____

Sur une échelle de 0 à 10, veuillez indiquer le degré d'utilité des instruments visant la stimulation **tactile** en encerclant le chiffre approprié.

Complètement inutile				Moyennement utile				Indispensable		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Stimulation olfactive

- ☐ Fournitures pour aromathérapie
- ☐ Diffuseur
- ☐ Huiles naturelles
- ☐ Odeurs/parfums spécifiques (zeste de citron, eucalyptus, lavande, camomille)
- ☐ Fines herbes
- ☐ Crayons feutres parfumés
- ☐ Crèmes, savons, huiles
- ☐ Autre : _____

Sur une échelle de 0 à 10, veuillez indiquer le degré d'utilité des instruments visant la stimulation olfactive en encerclant le chiffre approprié.

Complètement inutile			Moyennement utile					Indispensable		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Veuillez indiquer de quels meubles est munie votre salle Snoezelen.

- ☐ Chaise berçante
- ☐ Chaise inclinable
- ☐ Chaise vibrante
- ☐ Chaise de massage
- ☐ Tapis de yoga
- ☐ Causeuse/sofa confortable
- ☐ Bibliothèque
- ☐ Tapis
- ☐ Autre :

13. Quels sont les équipements que vous utilisez le plus ?

Merci pour votre précieuse collaboration!!!

Institution code _____

Participant code _____

Date : _____

Survey on the use of multisensory approach (Snoezelen)

Please circle the statement that best represents your current and personal use of Snoezelen.

1. For how long has the Snoezelen approach (multi-sensory stimulation) been used in this institution?

- a) Less than 2 years
- b) Between 3 and 5 years
- c) 6 years or more
- d) I don't know

2. How often do you use the Snoezelen room/equipment?

- a) Never
- b) Rarely (less than 11 times a year)
- c) Occasionally (1 to 3 times a month)
- d) Regularly (1 to 2 times a week)
- e) Often (3 to 6 times a week)
- f) Very often (At least once a day)

⇒ Please indicate the average frequency of use per month by all users at this residence/institution: _____

3. What is the average length of the sessions?

- a) Over 60 minutes
- b) 40 to 60 minutes
- c) 20 to 45 minutes
- d) 2 to 19 minutes

4. What are the circumstances of your use of the Snoezelen room/equipment with residents?
(Please circle all that apply)

When the resident seems...

- a) Agitated
- b) Sad/depressed
- c) Apathetic
- d) Anxious or stressed
- e) Tired or exhausted
- f) Calm
- g) Aggressive
- h) Other circumstances: _____

5. Are the sensory preferences of residents assessed and recorded in his/her file?

- ☐ Yes
☐ No

⇒ If you answered yes, please specify the method (e.g. note in resident file)

6. Are the session planned/organized according to patient preference (in terms of equipment and sensory stimulation)

- a) Never
- b) Rarely
- c) Sometimes
- d) Often
- e) Always

7. Who uses the room/equipment? (please circle all that apply)

- a) Patient / Resident care attendants
- b) Nurses
- c) Leisure and activity workers
- d) Occupational Therapists / Physiotherapists
- e) Volunteers
- f) Visitors (Residents' friends and family)
- g) Other: _____

8. Have you personally received specific training on Snoezelen and use the equipment?

- ☐ Yes
☐ No

⇒ If you answered yes, please specify the nature of the training and who was the provider: _____

9. How many years or months of experience do you have in using a Snoezelen room or equipment? _____
10. How many residents can be in the room at a time? _____
11. What type of multi-sensory (Snoezelen) room does your institution have?
- a) White room
 - b) Dark room
 - c) A mix of white and dark room
 - d) Not sure
 - e) We do not have a multisensory (Snoezelen) room
12. Your Snoezelen room is equipped with the following equipment **(Please check all that apply – all equipment your residence possesses, even you do not have a Snoezelen room)**:

Visual stimulation

- ☐ Bubble tube
- ☐ Projector
- ☐ Rotating image projector
- ☐ Disco ball
- ☐ Plants
- ☐ Mobiles
- ☐ Aquarium display
- ☐ Color control pad
- ☐ Diversified lighting (Black light, multi-color, light dimmer switch, glitter lights)
- ☐ Fibre optic spray lamp
- ☐ Pictures and images (nature scenes, photography, etc.)
- ☐ Mirror
- ☐ Glow in the dark stars or objects
- ☐ Wall decals
- ☐ Other : _____

On a scale of 0-10, please indicate how useful are instruments geared towards visual stimulation, by circling the appropriate number.

Completely useless		Moderately useful		Indispensable
0 1 2 3	4	5 6	7 8	9 10

Auditory (sound) stimulation

- ☐ Relaxation music
- ☐ Rhythmic music
- ☐ Nature sounds
- ☐ White noise
- ☐ Sound system / CD or Mp3 player
- ☐ Books on tape/CD
- ☐ Fountains
- ☐ Instruments (e.g. guitar, tribal drums)
- ☐ Other : _____

On a scale of 0-10, please indicate how useful are the equipment for **auditory** stimulation, by circling the appropriate number.

Completely useless				Moderately useful				Indispensable		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tactile (touch) stimulation

- ☐ Textures (felt, sand paper, silk, foil, etc.)
- ☐ Objects of varied textures (sponges, feathers, cotton balls, play dough, straws, slinky)
- ☐ Stress ball
- ☐ Textured curtain
- ☐ Textured ball
- ☐ Vibrating cushion
- ☐ Stuffed animals
- ☐ Cushion, pillow
- ☐ Rug
- ☐ Blanket
- ☐ Vibrating chair
- ☐ Massage (e.g. hands, back, head or feet, rollers)
- ☐ Other : _____

On a scale of 0-10, please indicate how useful instruments proving **tactile** stimulation are, by circling the appropriate number.

Completely useless				Moderately useful				Indispensable		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Olfactory (smell) stimulation

- ☐ Aromatherapy supplies
- ☐ Diffuser
- ☐ Oil
- ☐ Specific scents (lemon zest, eucalyptus, lavender, chamomile)
- ☐ Dried herbs
- ☐ Scented markers
- ☐ Lotion, hand cream, soap, oil
- ☐ Other : _____

On a scale of 0-10, please indicate the usefulness of instruments used for olfactory stimulation, by circling the appropriate number.

Completely useless					Moderately useful					Indispensable
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Please indicate what furniture is provided in your Snoezelen room.

- ☐ Rocking chair
- ☐ Recliner chair
- ☐ Vibrating chair
- ☐ Massage chair
- ☐ Yoga mat
- ☐ Loveseat or comfortable sofa
- ☐ Bookcase
- ☐ Rug
- ☐ Other :

13. What equipment do you use the most?

Thank you for your cooperation!!!

ANNEXE 4

Canevas d'entrevue sur l'utilisation de la SMS

1. À quoi sert la salle Snoezelen dans votre résidence?
2. Ce que vous trouvez avantageux/utile de la salle Snoezelen :
3. Ce que vous aimez moins de la salle Snoezelen :
4. Améliorations à apporter :
 - a. Notre salle Snoezelen serait plus utile si ...
5. Selon vous, quels équipements/activités/interventions sont les plus bénéfiques?
6. Quels sont les résidents qui semblent en bénéficier le plus? (*caractéristiques de la personne; comportements et présentation typique, stage ou type de la démence, etc.*).
 - a. Selon vous, quels sont les bénéfices pour le résident?
 - b. Avez-vous remarqué des bénéfices pour le personnel?
7. Avez-vous l'impression que les bénéfices aux patients se maintiennent dans le temps après l'exposition à Snoezelen?
 - a. Pourriez-vous élaborer?
8. Avez-vous une procédure spécifique pour la sélection des patients à exposer à l'intervention?
9. Qu'est-ce qui détermine la décision de poursuivre ou cesser l'intervention auprès d'un résident?
10. Quels sont les avantages d'utiliser cette forme d'intervention?
11. Selon vous, quel est le meilleur moment de la journée pour utiliser la salle Snoezelen?
12. Quels sont les obstacles ou les inconvénients à l'application/l'utilisation de cette forme d'intervention?
13. Avez-vous l'impression que cette intervention est encouragée dans la résidence comme partie intégrante des soins aux résidents?
14. Est-ce que l'application de l'approche requiert des habiletés spécifiques de la part des intervenants?
15. Est-ce que la salle est utilisée pour d'autres fins que nous n'avons pas discutées?

Interview outline on the use of Snoezelen

1. What is the purpose of the Snoezelen room/space in this facility?
2. What do you think is beneficial/useful in the Snoezelen room?
3. What do you like the least of the Snoezelen room?
4. Improvements:
 - a. Our Snoezelen room would be more useful or better if...
5. According to you, what equipment/activities/interventions are most beneficial?
6. Which residents seem to benefit the most from multisensory stimulation? (Characteristics of the person, behavior and typical presentation, stage and type of dementia, etc.)
 - a. In your opinion, what are the benefits for the residents?
 - b. Have you noticed benefits for staff?
7. Do you feel that the benefits to residents are maintained over time after exposure to Snoezelen?
 - a. Could you elaborate?
8. Do you have a specific procedure for the selection of patients to be exposed to the intervention?
9. What determines the decision to continue or discontinue the interventions with a resident?
10. What are the benefits of using this form of intervention?
11. What do you think is the best time of day to use the Snoezelen room?
12. What are the obstacles or disadvantages to the application/use of this approach/intervention?
13. Do you feel that this intervention is encouraged in this facility, as part of resident care?
14. Does the application of the approach/intervention require specific skills from the person doing the intervention?
15. Is the room/equipment used for other purposes that we have not discussed?

ANNEXE 5

Procédure pour la codification de données qualitatives

Référence: Auerbach, C.F. & Silverstein, L.B. (2003). Qualitative data: An introduction to coding and analysis. New York: New York Universities Press.

Les 7 étapes du codage de données qualitatives :

- *Identification des questions et objectifs de recherche*
- *Rédaction et révision des verbatim*
- *Identification du/des texte(s) pertinent(s)*
 - Couper le texte de manière à ce que l'interprétation des verbatims soit gérable. Texte pertinent : conserver les parties des verbatims qui s'apparentent aux questions et objectifs de recherche (et mettre le reste momentanément de côté).
- *Identification de l'idée/des idées répétée(s)*
 - Mots/phrases qui reviennent à l'occasion ou plus régulièrement et qui expriment une même idée générale/semblable en lien avec les questions et objectifs de recherche. Chez un même participant et chez les différents participants.
- *Identification des thèmes*
 - Ce qui ressort/les points saillants et que l'on peut regrouper sous un même thème (mise en commun). Thème : permet d'organiser un groupe d'idées qui se répètent.
- *Identification des construits théoriques*
 - Organisation des thèmes sous forme d'idées plus globales et abstraites.
- *Création/identification du narratif théorique*
 - Sommaire de ce que nous avons appris au sujet de nos questions et objectifs de recherche. Ce qui permet de faire le pont entre les préoccupations des chercheurs et les expériences subjectives des participants.

➤ **Les 6 étapes du codage pour former un narratif théorique :**

Note : tout au long il est important de tenir un « journal de recherche » où on rassemble ses idées, ses réactions. Aussi indiquer dans ce journal pourquoi le passage sélectionné est important/pertinent, et les pensées/idées stimulées par le texte.

Rendre le texte gérable

1. Établir clairement les questions et objectifs et contexte/infrastructure théorique de la recherche

- 1.1. Questions/objectifs de recherche : ce que vous désirez apprendre et pourquoi
- 1.2. Contexte/ cadre théorique : ensemble de croyances à propos de processus psychologiques et sociaux avec lesquels vous abordez le projet de recherche.

Sélectionner les portions de texte qui sont pertinentes pour analyses supplémentaires

- Est-ce que cela est pertinent à vos questions de recherche ?
- Est-ce que cela vous aide à mieux comprendre vos participants ?
- Est-ce que cela clarifie votre pensée ?
- Est-ce que cela vous semble simplement important même si vous ne pouvez dire pourquoi ?

Entendre ce qui a été dit

2. Enregistrer les idées répétées en regroupant les passages pertinents des différents verbatim.

- Travailler sur les verbatims séparément
- Une idée répétée = idée exprimée dans un texte pertinent par deux ou plusieurs participants.

2.1. Utiliser la liste des portions de texte qui sont pertinentes afin de créer la liste des idées répétées

2.2. Souligner et copier la première liste des portions de texte pertinentes dans la liste des idées répétées qui deviendra votre texte de départ.

- a) Lire toute la liste des portions de texte sélectionnées en gardant le texte de départ en tête.
- b) À chaque fois que vous repérez une idée qui semble être reliée au texte de départ, sélectionner et copier cette idée sur une feuille qui deviendra une liste d'idées répétées (avec mémo explicatif).

- c) Lire toute la liste jusqu'à ce vous ayez identifié tous les éléments pertinents au texte de départ.
 - d) Après avoir regroupé tous les éléments pertinents au texte de départ, revenir à la liste initiale intitulée « portions de texte pertinentes ». Identifier les éléments du texte et les regrouper avec le texte de départ. Cette nouvelle sélection d'éléments importants du texte deviendra votre nouvelle idée de départ. Par la suite, vous tenterez d'identifier les éléments qui s'apparentent à cette nouvelle idée. Vous répétez cette procédure jusqu'à ce que vous ayez groupé le plus possible de vos « portions de texte pertinentes » dans votre liste d'idées répétées.
- N'oubliez pas de revoir les portions du texte qui n'ont pas été répétées par les participants afin de choisir si : (1) vous désirez ne pas les considérer; (2) désirez revoir le texte et trouver des points communs avec les idées répétées que vous avez identifié ou; (3) décidez que le texte est important même si vous ne parvenez pas à la regrouper dans la liste que vous avez établi ultérieurement.

2.3. Créer une liste des idées répétées

- Combinaison de la liste des idées répétées pour chaque groupe sous un fichier qui reflète l'idée maîtresse des idées répétées pour le projet. Passer à travers cette liste idée par idée. Lorsque les idées sont exactement les mêmes, rassemblez-les dans votre liste finale. Si les idées sont plutôt similaires, faites de même. Au cours de ce processus, vous aurez peut-être à repenser vos regroupements d'idées.

2.4. Nommer vos idées répétées

- Choisissez une phrase brève qui capte l'essentiel de chacune des idées répétées de manière à en faire ressortir une image intense, une émotion centrale.

Lorsque chaque codeur a complété individuellement sa liste d'idées répétées, le modérateur revoit l'ensemble et décide de la liste des idées répétées (liste maîtresse). Cette liste est proposée aux autres codeurs pour discussion. En final, un document intitulé « liste maîtresse des idées répétées » est établi sur base de consensus.

3. Organiser les thèmes en regroupant les idées répétées sous formes de catégories cohérentes. Thème = idée implicite qu'un groupe d'idées répétées a en commun.

La 1^{ière} idée répétée est l'idée de départ. Chaque idée répétée reliée à l'idée de départ est surlignée et copiée dans la liste des thèmes (avec mémo explicatif). C'est le 1^{ier} thème.

Recommencer avec la 1^{ière} idée répétée suivante qui n'a pas été incluse dans le 1^{ier} thème. Et faire comme ci-dessus. C'est le 2^e thème. Et ainsi de suite.

Retourner aux « orphelins » (texte brut mis de côté), Voir s'ils peuvent rentrer dans les thèmes.

Réviser les thèmes : trop larges, trop étroits ?

Nommer les thèmes.

Développer une théorie

4. Développer les construits théoriques en organisant les thèmes sous formes de concepts plus abstraits. Construit théorique = concept abstrait qui permet d'organiser différents thèmes à l'intérieur du contexte/de l'infrastructure théorique.
 - a) Ouvrir le fichier dans lequel se trouve la liste des thèmes et ouvrir un nouveau fichier pour votre liste de construits théoriques
 - b) Centrer votre attention sur le premier thème (qui va devenir votre thème de départ) pour votre premier construit théorique
 - c) Nommer vos construits théoriques
 - d) Consulter vos collègues et faire des modifications suite à leur rétroaction

5. Créer un narratif théorique en reprenant l'histoire des participants sous la forme de construits théoriques.
 - Un narratif théorique décrit le processus par lequel les participants sont passés sous la forme de construits théoriques. En d'autres termes, il utilise des construits théoriques afin de recréer l'expérience subjectives des participants en une histoire cohérente.
 - a) Débuter le narratif théorique en décrivant vos questions et objectifs de recherche
 - b) Décrire votre premier construit théorique de manière à ce qu'il s'applique à vos participants de recherche
 - c) Répéter ces étapes pour tous les construits théoriques créés.

ANNEXE 6

Idées répétées – Liste maîtresse – Tous les participantes

Codeurs : C1 et C2

Idée répétée 1 – Sert à calmer, l'agitation entre autres.

R1

- « Elle sert lorsqu'une personne est agitée, pour l'aider à se calmer, à se détendre. »
- « La tranquillité, les lumières, tous les objets, toutes sortes de choses qu'on a mis qui aident la personne à se calmer. »
- « Les poupées, certains aiment vraiment. Les prendre dans leurs bras, ils réagissent comme si c'était leur bébé, leur propre enfant. Semble les aider à se calmer. »
- « Les résidents agités, qui ont démence plus sévère. La salle semble leur changer les idées, et les mettre dans une atmosphère de tranquillité. On voit la différence. »
- « un bénéfice au lieu de prendre un médicament, des pilules pour se calmer, au lieu d'amener des effets secondaires. Ça aide. »
- « C'est pour les deux...les plus agités et les gens qui ont beaucoup plus de démence, même si la personne n'est pas agitée, tu vois que la personne a besoin d'un petit changement, on l'amène dans la salle sa fait toute une différence, ça change ses idées, dans la même dans une atmosphère de tranquillité de pensée »
- Au besoin. Lorsqu'un résident est plus agité, pour essayer de le calmer, ensuite j'en amène d'autres. C'est moi qui décide surtout.
- « Tu les amènes dans la salle et tu dois t'asseoir aussi pour les aider à se calmer. »

R2

- « Un endroit où les résidents peuvent relaxer, je l'utilise surtout quand les gens sont agités, je les amène à la salle, c'est une place qui est retirée, et la personne et moi on peut se détendre et se calmer. »
- « j'ai remarqué que les femmes avec le bébé, c'est quelque chose de vraiment beau. Il y a une dame avec qui c'est très difficile quand elle est agitée, mais quand on lui présente le bébé, elle devient calme, elle lui parle. C'est tellement beau. »
- « ... quand je me promène et que je vois quelqu'un d'agité ou que ça ne va pas, je les amène pour essayer de les calmer, ou quand je vois qu'ils se chicanent avec un autre résident, ou quand ils crient. »
- « J'y vais selon leur préférences; de la musique douce, ou de la musique enjouée. Surtout lorsqu'il y a une situation de crise, un comportement difficile. »

R3

- « on les amène là et ça les calme et ça enlève leur concentration du « pourquoi je suis ici? », à « wow c'est bien beau ici ». Ça les aide de cette façon, et puis à date, la clientèle qu'on a, c'est la seule approche qu'on a à utiliser pour le moment. C'est stimulation de détente. Ça aide et ça fait vraiment une différence. »
- « Je sais que pour les personnes confuses, après on dirait ils vont marcher, tu vois que pour un certain temps, ça semble les avoir beaucoup aidé, mais ne dure pas plus que la journée. Je ne pense pas que l'impact dure plus longtemps, c'est plus temporaire, pour gérer une crise, ou un instant de confusion. »
- « Parfois ça arrive qu'on se fait appeler parce qu'un résident est en crise, et on nous demande de faire quelque chose pour aider, alors on essaye. »

R4

- "I've never seen adverse effects on any resident, always had benefits, helps with behavior and agitation. It may not completely cease the behavior, but it does during the intervention."
- "... when it helps with behaviors, then definitely helps staff because the residents are less agitated, are more collaborative for care, not wondering, would be the biggest behavior that you'd want to stop."
- "I bring my dog in for pet therapy, the staff sees a difference because the residents aren't as agitated. They are calmer for the entire day. It's unbelievable. Pet therapy has the longest benefit."
- "But for individual exposure, I will go to the ones who are less active, or who are agitated."

R5

- "It's to help out our residents who do have a lot of anxiety, behavioral issues, just to help with all the sensory stimulations. Just to calm them, a room where they can feel at ease... where there is not too much noise around."
- "There's no one else, no distraction around, especially the people who have severe anxiety and behaviors...it's just like a sense of calming."
- "I would say definitely those that... like... are suffering to some form of dementia... definitely these the most. I actually I find the residents agitated and aggressive people...a lot of times they can't function in large groups...so you want to bring them, but they will come agitated or they will not be at ease in the group, so that's why beneficial for them, one on one, or two people in this room...so they can actually have their time for themselves... still be involved in activities in the home."
- "But if we see someone who's really agitated I might just take my little bin, and go to their room or to a little activity room on their floor, because if they're really aggressive I won't be able to take them off their floor, so I bring it to them, to try to calm them down."
- "...but to just come to this were they know it will be one on one, so it's gonna help their social anxiety...hum...and again... it's just about being... to able to come to a nice relaxing environment, when they know that there won't be people just barging in from everywhere, you try to set up things in other rooms but you know you can't prevent other residents from walking in, so they know that here is a safe place, a secure environment with just one staff that will be there and it's not going to be packed."
- "Well... specially... absolutely, if you're talking to the staff...euh residents that are agitated, they will always disturb other residents...we do have to dementia residents that are blended throughout the facility too..."
- "So even there are always conflicts between residents...so to actually... that 20 minutes or half an hour that you bring the residents will help some of the staff, and they know that the resident actually will be calm and nice for the next 20 minutes it's gonna stop maybe some conflicts when gathering all the residents..."
- "so we try to know who is gonna really benefit more, who is more agitated in the morning, who just need break from people being around the..."

R6

- "We have some residents who get agitated, we use it to calm them down."
- "The first thing I do is always to ask the nurse if she recommends to take someone specific, if they're agitated, it's best to ask them."

R7

- "we used to keep on the 2nd and 3rd floor for the nurses to use when a resident was agitated so it could be one-on-one"
- "if there is a particularly resident that is agitated, we focus on that person and we bring the equipment into the room"
- "Definitely does have a calming effect, definitely"
- "Definitely, because I think it one of those activities people really stay in their rooms...you know...we have a lot of wanderers...they sit... it's darker in their room...it's... a good environment... we have music... people just stay and sit."
- "...you shut off the cart, and they're still relaxed on their chair, if it's calm... they are usually pretty calm."

- “they are used to stimulate the residents and calm them.”

R8

- “It depends when you catch it... if you catch it earlier enough... if you’re able and astute enough to recognize that look in their eyes... that fight or flight response because they’re getting over stimulated ... but if it escalates to the point where... they are now violent then you can’t... just to let them calm down and then you can bring them to their room... but if it escalates beyond the point to being able to... then you have to calm them, touch them.”
- “Let’s say they are all relax and had a nice time in here, they leave the room, they feel happy and they’re feeling calm...”
- “There may be some agitated, they will ask me to go and do an assessment to see if they will suitable for the room, or if could bring the equipment to them.”

Idée répétée 2 – Snoezelen pour favoriser la relaxation.

R1

- « Une salle de relaxation. »
- « Elle sert lorsqu’une personne est agitée, pour l’aider à se calmer, à se détendre. »

R2

- « Un endroit où les résidents peuvent relaxer, je l’utilise surtout quand les gens sont agités, je les amène à la salle, c’est une place qui est retirée, et la personne et moi on peut se détendre et se calmer. »

R3

- « on les amène là et ça les calme et ça enlève leur concentration du « pourquoi je suis ici? », à « wow c’est bien beau ici ». Ça les aide de cette façon, et puis à date, la clientèle qu’on a, c’est la seule approche qu’on a à utiliser pour le moment. C’est stimulation de détente. Ça aide et ça fait vraiment une différence. »

R4 – Aucune

R5 – Aucune

R6

- “It’s a place where they have time to relax, and it’s focusing on them, and if they end up falling asleep it’s fine, they can relax, because I think they feel safe. The residents who use it seem to enjoy being there.”

R7

- “depends on stages of dementia but again you just have people to come who want to feel relax...”
- “...you shut off the cart, and they’re still relaxed on their chair, if it’s calm... they are usually pretty calm.”

R8

- “Let’s say they are all relax and had a nice time in here, they leave the room, they feel happy and they’re feeling calm...”

Idée répétée 3 – Utile pour distraire les résidents.

R1

- « à changer les idées et à les distraire. »
- « Les résidents agités, qui ont démence plus sévère. La salle semble leur changer les idées, et les mettre dans une atmosphère de tranquillité. On voit la différence. »

- « C'est pour les deux... les plus agités et les gens qui ont beaucoup plus de démence, même si la personne n'est pas agitée, tu vois que la personne a besoin de petit changement, on l'amène dans la salle ça fait toute une différence, ça change ses idées, dans la même dans une atmosphère de tranquillité de pensée »

R2

« C'est une place qui est retirée qui est séparée. Des fois le plancher c'est bruyant, il y en a qui crient, d'autres qui errent. C'est vraiment isolé du reste de la population des résidents, et puis je trouve que c'est vraiment et bien pour le résident d'être là seul, et d'avoir un moment. Ils sont toujours soit en groupe ou dans leur chambre. »

R3

- « au niveau des gens qui deviennent confus, ça semble les distraire, les apaiser. Ils deviennent souvent confus, le fait des amener dans cette atmosphère calme peut être bon, comme ça peut être mauvais. »
- « c'est surtout pour les résidents confus, insécures, et ça semble les distraire pour le temps qu'ils sont là. Ensuite ils partent, et ils semblent plus calmes. C'est comme s'il y avait l'effet d'un petit ange à côté d'eux qu'il leur dit que tout est correct et les rassure. »

R4 – Aucune

R5

“There are people that scream out, yelling help, help me, but they don't necessarily need help, they don't realize that someone just (?) a few minutes ago... so to trying to move it a little bit, and to calm everyone.”

R6

- “With some residents need a bit of stimulation, others really enjoy being in the room, for them to have a break from the unit.”
- “I think there are a lot of different benefits. It's a change of scenery, a little escape, a calm place and they come here and they have the opportunity to express themselves the way they like.”
- “For the ones who enjoy the room, I see them happy and calm, looking at things saying “wow, I've never seen this before, what is this?”
- “One resident in particular, when I propose to go in the calm room she gets up and seems to know where we are going, we put the stuff on and sit in silence, and seems to find peace in that room.”
- “Some think they are on a cruise, or a vacation.”
- “Some people will then yell less because they are distracted. They won't necessarily stop yelling, but it will slow down and lessen.”

R7

- “To provide...hum... maybe a distraction from agitation or fear and just to enter into a calm area...to feel relaxed, to bring down frustrations.”
- “I think for residents' in Long term care Facility they do a lot of sitting around, it's nice to reach out different senses and to keep that alive.”
- “Definitely, if we had a room, we definitely would, the resident... maybe... if... it's a resident that is wandering or exit-seeking...you know...someone who just needs to be distracted from wanting to go away...you know...to get away and redirect their thoughts...but definitely, who ever wants to partake in, we don't turn anybody away.”

R8

- “The Snoezelen itself allows you to have a separate room that is not affected by the others noises in the facility, that is one major benefit of it.”
- “... just to be able to bring someone into that room and... allow them... the environment to focus on something that gives them pleasure.”

- “just to make it as multisensory as possible.... It helps them to get out of this... they know they’re in this very unnatural environment... they know that... they can’t stand being in this environment... so to give them a break of that... Oh my gosh! ... and sometimes it’s even taking them out of the Snoezelen room but bringing them to beach... and if we can’t take them to the beach... well...we put the video up here, for example... we will bring the Hawaiian Tropic tanning lotion... you know that smell of the beach?... it makes you think of the beach right?.. You have Hawaiian drinks... the whole business...and they feel they’re at beach. That’s especially good in the winter time.”
- “For example: one lady... when I spoke with her... she told me she always wanted to go to Cancun.... She was palliative and she was bed-bound... she hadn’t slept for 2-3 days minimum because she was sure if she closed her eyes, she would never open them again... This was terrifying for her... So she’s feeling worst because she’s so sleep deprived and she had a migraine because her brain cancer, it had traveled from her lungs to her brain, and she was in a lot of pain... So she was able to relax at the end of this, she actually fell asleep which was a huge accomplishment for her because she was so frightened... When she woke up... when I saw her, she said she felt she really was on vacation”
- “Just because you can control the environment to the needs of the person... anywhere else in the facility you can’t do that because you have the phones ringing and people screaming.”

Idée répétée 4 – Les défis logistiques associés à l’application optimale de Snoezelen

R1

- « Je trouve que ce n’est pas assez grand, ça devrait être plus grand, on manque d’espace...pour ceux qui veulent marcher et circuler par eux-mêmes, qui veulent voir les choses, je trouve que ce n’est pas assez grand. »
- « Une nouvelle chaise, plus d’espace, chaises adaptées avec vibrations, d’autres lumières, avoir plus de fibres optiques. »
- « La salle n’est pas assez grande, c’est un autre obstacle. »

R2

- « J’ai de la difficulté avec le contrôle de qui est là et l’utilisation et le nettoyage de l’équipement. »
- « J’aurais préféré qu’elle soit centrale et plus accessible à l’ensemble des résidents et les familles, car présentement elle est sur une unité fermée. »

R3 - Aucune

R4

- “We do all our activities in the dining room, in a specific area.”
- “Logistics. Some of the equipment is big. I would love to use the projector, and the fibre optics, but I can’t carry it up. Not a lot of plug upstairs, so we have to bring the extension cords, and the lights are easily accessible. Awkward, we can’t block out lights, to fully control lighting and stimulations. Would be better to have a specific room to really use the big objects, the projectors. We are looking into the process of getting funding, to get a Snoezelen cart. You can plug everything in it, fibre optics are held in place, safer, things don’t fall out. You can do more than one thing at the same time.”
- “Not enough equipment, not having a room, lack of funding, lack of space. Just being in an open area creates a lot of distraction, adds unwanted stimulation that diverts their attention.”
- “I would love to use the projector, and the fibre optics, but I can’t carry it up. Not a lot of plug upstairs, so we have to bring the extension cords, and the lights are easily accessible. Awkward, we can’t block out lights, to fully control lighting and stimulations. Would be better to have a specific room to really use the big objects, the projectors. We are looking into the process of getting funding, to get a Snoezelen cart. You can plug everything in it, fibre optics are held in place, safer, things don’t fall out. You can do more than one thing at the same time.”

R5

- "Maybe...well... we don't actually have a designed spot, we don't have those big comfy rocking chairs to sit in, and it's kind of a work in progress, if we could take over another room that would help. Just having to set it up every time, and not having a designated spot."
- "It's difficult in this room, because it's also our chapel. We can't really make too many changes."
- "it would be nice to have our own room and the portable, but it is nice that we can bring it to everyone, if it was a room, then may sometimes we wouldn't be able to use that room, because there's an outbreak on that floor...we can still kind of... bring it around, so that's the advantage of the portable Snoezelen."
- "it would still be nice to have the portable one and a room."
- Sometimes it's to bring them to their room maybe that is an obstacle...when they have severe behaviors, and again... we will try again and bring something to them."

R6

"It would be great to have another space, because the one we use tends to be cold, so we have warm blankets."

R7

- "I think... I think the whole idea of a cart it's made difficult for us to provide the Snoezelen atmosphere in this facility, because we have so many windows and it's so bright... we don't really have our room to bring our residents into... so that's why we do it in winter when it's dark. We can only use in the winter because again we're here until 8:00, so we have to start setting up at 6:30, at that is a lit bit tricky"
- "the downfall of having a cart, when you have a resident who might need the Snoezelen equipment and you don't have a room you could just bring them into and everything is set up...now we need to prepare the cart and space. It's more time consuming for us."
- "We usually use it in a group... again because we don't have an actual room we have to kind of use it...just the way we're using right now... as a group..."
- "Definitely, if we had a room, we definitely would, the resident... maybe... if... it's a resident that is wandering or exit-seeking...you know...someone who just needs to be distracted from wanting to go away...you know...to get away and redirect their thoughts...but definitely, who ever wants to partake in, we don't turn anybody away."
- "Because we're doing in a group...right... we don't actually have our room, it's open... we can't turn anybody away."
- "if you're on the Alzheimer unit... you've got a few people walking around or wandering around, looking at the stuff in the cart...just more like "tripping"... especially the long fibre optics... you have your eyes on that...that will be the one...in terms of security → yeah, you kind have people who want to touch the fibre optics...not to many."
- "we don't have the room... the BIG obstacle it's to not have a room.... Yeah...but I could definitely see moving towards that in the future, for sure."

R8

- "Well it would be better if I had natural sunlight, an option to have in the room. So by opening the drapes...also fresh air, so air circulation...hum... what else... I would like to have a room as blank as possible but with large storage areas to store big boxes that I could open up and just pull out and nicely put it back in without having any clutter in the room. I would like it clutter free...sunny when it's possible and fresh circulation of air."
- "And this why I actually keep the windows open. If for example I want to darken the room later to do something else with the residents, then I have the option. I always have it clear so they can see where they are walking... they did not like the blackness in the room, It wasn't natural and it's true... how many times would we go into a dark room?... we wouldn't do it.... Most people don't want to go in it... it scares them... because they were scared, I changed the color of the room."
- "For me, I guess the worst thing, it would be to not have the right environment, the right room. I wouldn't need more stuff, but another room."

Idée répétée 5 – L'importance d'avoir le bon- matériel/manque de ressources matérielles

R1

- « Une nouvelle chaise, plus d'espace, chaises adaptées avec vibrations, d'autres lumières, avoir plus de fibres optiques. »

R2

- « Moi je trouve que je n'ai pas assez de jeux de lumières, »
- « J'aurais aimé avoir un lift dans la salle et pouvoir les changer de leur chaise. »
- « Je pense qu'une fenêtre serait bien, car ça amènerait une dimension qu'ils connaissent. « Certains ne semblent pas aimer être entre quatre murs. Il y a une résidente que lorsqu'elle est plus alerte elle ne veut pas entrer dans la salle. La fenêtre serait bien, ça pourrait attirer différentes personnes, différentes interactions, différentes émotions et une stimulation de la mémoire (avec environnement extérieur). »
- « Les écouteurs aident, car il n'y a pas d'autres distractions. »
- « Obstacles personnels seraient le temps, le staff, c'est pas mal ça. Le manque d'équipement aussi, ce serait plus le fun d'avoir autre chose. Budget, équipement et temps. Parfois aussi que le staff ne savent pas ou qu'ils n'ont pas le training, si ce n'était pas juste moi, il y aurait plus de continuité dans l'utilisation. »

R3 – Aucune

TEXT 4

"If we had the cart, or a room, someone who is blind wouldn't benefit as much for a room as per say, we can bring the equipment in the room, but still have to do all the stuff individually with him, and bring the equipment to him, he needs more tactile stimulation. I adapt, I make it work with what I have."

R5

- "The only thing that I will say, is we're looking to buy more supplies just to don't have the same cloud projector disc...just to get more rotation. We could switch those up... when they come once a week they don't necessarily look the same thing... More supplies...we are supposed to be getting a fish tank on wheels... we suppose to order to... that will be nice and will add more visual stimulation."
- **"So you usually keep this room in the dark?** Yes... Always....The lights are always off except for the machines that are running."
- "we don't have those big comfy rocking chairs to sit in, and it's kind of a work in progress,"

R6

- "The tactile board, we need a better one. It's worn out. More tactile would be good for our room. We do have great visuals; like a bubble tube, projector with different options."
- "Our Snoezelen room would be more useful or better if more tactile stimulation tools. It's the only room I have experience with, but it works great with what we have."
- "Funding (obstacle). There was a while where we had to use it more or we would lose it (the room)."

-

R7

- "I think our equipment getting a little bit older"
- "at this point there might not be fully working... right.. for the most part it's a lot of stuff in the cart working but our big bubble tube...it's just make loud vibration... something that is there but we can't actually take advantage of the moment."
- "A room with aromatherapy.... More stuff to pass around, like I was saying the thing that sounds like the rain"
- "the thing that have a little bit vibration...just more stuff that just don't actually to bring the person to the cart"

R8

"The thing that I like the least is the noise from the equipment generates. When you're using that equipment."

Idee répétée 6 – La méthode privilégiée pour stimuler les sens des résidents (variabilité dans chaque institution)

R1

- « Les poupées, certains aiment vraiment. Les prendre dans leurs bras, ils réagissent comme si c'était leur bébé, leur propre enfant. Semble les aider à se calmer. »

R2

- « je trouve que le bubble tube, c'est quelque chose *that they focus on*, et ils aiment ça, ça bouge, ça change. »
- « le bubble tube, tu vois qu'ils sont fixés là-dessus. »
- « La musique. C'est là que je trouve que je vais chercher le plus de monde. »
- « j'ai remarqué que les femmes avec le bébé, c'est quelque chose de vraiment beau. Il y a une dame avec qui c'est très difficile quand elle est agitée, mais quand on lui présente le bébé, elle devient calme, elle lui parle. C'est tellement beau. »
- « Et quand j'ai commencé à lui présenter le bébé, « that was amazing ». J'ai demandé à sa fille ce qu'elle aimait, et sa fille m'a répondu que ce qu'elle aimait c'était d'être notre mère. J'ai vu une amélioration de sa concentration, plus compétitive dans des activités de groupes. »
- « Un autre résident aime beaucoup jouer à la balle dans la salle. Les premiers 15 minutes, il observe et regarde partout et demande où il est, on dirait qu'il a besoin de ces premiers instants avant de s'engager plus et de se calmer, ensuite avec la musique on pouvait chanter ensemble. Il fallait que ce soit une stimulation à la fois. »
- « Je trouve qu'il y en a qui sont plus alertes, surtout quand ça vient à la musique, c'est plus facile. »

R3

- « Le projecteur qui roule sur le mur, et ça attire leur attention, et ils disent que c'est beau, et surtout quand il y a de la musique douce. »
- « Je trouve que ce qui a eu le plus de wow factor, c'est la musique et le projecteur. Juste le fait de voir des étoiles tomber sur le mur, c'est la première chose qu'ils remarquent. Les lumières, on a tous vus ça. »
- « La clientèle qu'on a c'est toutes des personnes plus âgées, elles n'ont pas connu cette technologie, et ne l'ont pas vécu comme nous on la connaît en ce moment. Ça semble fascinant pour eux. Tu le vois dans leurs yeux, qu'ils deviennent plus attentifs. C'est le fun. »

R4

- "I like everything, I can't really talk about the fibre optics and other equipment because I haven't seen it, but I would say the tactile is most beneficial, or the soft music, the scents not as much at this home. ...their dementia is a little bit further, I play around with it and instead of getting them to guess what the scents are..."
- "I like to do a group and individual approach."

R5

- "Well, I do think it's the lights...I find... for the sensory purpose, the visual, the lights always have a big impact. They love just to play with the fiber optics...so they can...kind of... they can just pass it through their fingers, just touch them...I just find it always just brightens up the atmosphere. For the visual purpose, the fiber optics are wonderful, and the projector too."
- "I have noticed for a lot of people when we have the music, they hum to the soft music..."

R6

- "Generally what people like the best is the bubble tube. There are exceptions but generally it is the favorite. It has a button pad that the residents can use to change the colors or stop the bubbles. There are mirrors and

sometimes people like to waive at themselves in the mirror. Some residents like to play independently with the bubble tube pad, which is set up in a mirrored corner. The fibre optic is also great for the residents who need the extra stimulation. Some of them are happy just touching and looking at the fibre optics...”

R7

- “the fibre optic...the tactile and visual...”
- “even in just there moving the lights around yourself and passing around...everyone just get mesmerized... They have more effect on more people at the same time.”
- “for some people it’s cool to come and see and press different buttons and a tube that changes colors”

R8

- “I would say the number one is our horticultural program”
- “...but also food plays an important role in the Snoezelen experience, because they taste.”
- “It’s all about across the board.... I have seen people that are so low functioning... you don’t think they would be able to interact or do anything... but... for example, with the horticulture program, I help them to pick up the seeds with their fingers, with the end of their finger, I help them pick up the seed, and bring them over to the earth... and they know they feel touching the earth and then they started do it in their own if they’re able to do it, but they really react very very positively to the horticultural program.”
- “(So even with different degrees of dementia) Yes, they will react to horticulture.”

Idée répétée 7 – Bénéfices pour les autres

R1

- « Leur donne une pause, car les résidents leur demande beaucoup d’attention. La salle aide aux employés d’avoir une petite pause, un répit. »

R2

- « Omg, ils disent (le personnel) : « j’aime ce que vous avez fait », Je me fais demander ce que j’ai fait à Mme X, « elle a chanté tout l’heure du souper ».... Ca fait une belle atmosphère. Ça change la dynamique et motive les employés à essayer d’autres interventions, utiliser la musique pour changer la. Ici ça a beaucoup changé le staff. »
- « C’est bon pour le résident, et bon pour le personnel, ils vont devenir moins « annoyed ». Diminue le fardeau pour eux. »

R3

- « Le bénéfice pour le personnel est plus lorsqu’un résident est en crise, comme une prévention. »
- « Parfois ça arrive qu’on se fait appeler parce qu’un résident est en crise, et on nous demande de faire quelque chose pour aider, alors on essaie. »

R4

- “... when it helps with behaviors, then definitely helps staff because the residents are less agitated, are more collaborative for care, not wondering, would be the biggest behavior that you’d want to stop.”
- “I bring my dog in for pet therapy, the staff sees a difference because the residents aren’t as agitated. They are calmer for the entire day. It’s unbelievable. Pet therapy has the longest benefit.”
- “It takes a load off when they return in a better mood afterwards.”

R5

- “So even there are always conflicts between residents...so to actually... that 20 minutes or half an hour that you bring the residents will help some of the staff, and they know that the resident actually will be calm and nice for the next 20 minutes it’s gonna stop maybe some conflicts when gathering all the residents, and then the staff knows they don’t have to worry about that person, that she is being cared for, for a little bit of time.”

- "I would say definitely those that... like... are suffering to some form of dementia... definitely these the most. I actually I find the residents agitated and aggressive people...a lot of times they can't function in large groups...so you want to bring them, but they will come agitated or they will not be at ease in the group, so that's why beneficial for them, one on one, or two people in this room...so they can actually have their time for themselves...still be involved in activities in the home."
- "Well... specially... absolutely, if you're talking to the staff...euh residents that are agitated, they will always disturb other residents...we do have to dementia residents that are blended throughout the facility too..."

R6

- "Yes, especially for the nurses who need a break. It takes a load off when they return in a better mood afterwards. The first thing I do is always to ask the nurse if she recommends to take someone specific, if they're agitated, it's best to ask them."
- "Normally, I'll take them when they're bothering other residents. If they're grumpy and bumping into people with their chairs and they are yelling. A lot of the time it's for the benefits of the other residents too to just remove them from the situation."
- "It takes a load off when they return in a better mood afterwards."

R7

"Even the nursing staff like to come in. They appreciate the lights, the equipment, and they find it relaxing."

R8

"Yes definitely when the residents are calmer of course it is easier for the staff. It's seems contagious."

Idée répétée 8 - L'effet Snoezelen et ses bénéfices sont de courte durée.

R1

- « Ça peut durer longtemps. »
- « 1-2 heures de temps selon moi qu'ils restent plus calmes. Dépends de la personne, parfois ça peut durer plus longtemps. »

R2

« Le un à un, le fais qu'on voit les effets qui restent, même si c'est 30 minutes, pour la journée, même si ils continuent à chanter et qu'un autre résident se met à chanter avec, et que l'effet est contagieux. Comme si ils sont sur un «high», de la musique, ou le sourire, l'atmosphère, *it's good enough for me.* »

R3

« Je sais que pour les personnes confuses, après on dirait ils vont marcher, tu vois que pour un certain temps, ça semble les avoir beaucoup aidé, mais ne dure pas plus que la journée. Je ne pense pas que l'impact dure plus longtemps, c'est plus temporaire, pour gérer une crise, ou un instant de confusion. »

R4

"Depends on the day and on the residents. I would say 30 minutes to an hour, depending on what you did. With pet therapy it's most of the day. I bring my dog in for pet therapy, the staff sees a difference because the residents aren't as agitated. They are calmer for the entire day. It's unbelievable. Pet therapy has the longest benefit. The rest is more short term."

R5

- "It would vary from day to day, they might be calm for the rest of day, or they might come right back up, on depending who's around. It could come right back so it always depends on the person and the day..."
- "So many factors that come into play. I'm hoping that during the following hour that we could see them calm."

R6

“Sometimes I will encourage them to focus on certain stimulations. I guess I see the benefits mostly in the room.”

R7

- “Definitely... I think so. maybe for the rest of the evening”
- “I don’t think it would carry over until the next day because it’s a new day, but definitely,you shut off the cart, and they’re still relaxed on their chair, if it’s calm... they are usually pretty calm.”

R8

- “Yes... If depending how you do it... if it’s done on a fairly regular basis... you can’t just do it in one time and that’s it. It has to be maintained... you have always have to put energy into it.”
- “(How long do the effects last?) It’s very difficult to say... Let’s say they are all relax and had a nice time in here... the leave the room.. they feel happy and they’re feeling calm, and then they go on to the main area and someone pushes or hits them... but let’s assume that doesn’t happen, and the rest of the environment is relatively calm then they will have a very pleasant day, then it can definitely last into the rest of the day and into the evening.”

Idée répétée 9 – Les interventions Snoezelen exigent une approche centrée sur la personne et de la flexibilité de la part de l’intervenant

R1

- « Au besoin. Lorsqu’un résident est plus agité, pour essayer de le calmer, ensuite j’en amène d’autres. C’est moi qui décide surtout. »
- « Si la personne ne semble pas aimer ça, ou n’a pas de changement, pas d’effet calmant. On cherche les avantages pour chaque résident. Il y a certains résidents qui n’aiment pas lorsque la chambre est sombre ou trop noire, et ils veulent quitter. Alors je ne vais pas les forcer non plus. Je me base sur leurs réactions verbales et non verbales, le changement dans le visage. »
- Si la personne n’est pas bien tu vas le voir, si elle n’aime pas ça, il y a tout un changement dans le visage. »
- « Je l’utilise selon le besoin, ce n’est pas toujours écrit dans la programmation. »
- « Je dois rester avec eux, pour les aider, tu ne peux pas les laisser seuls, donc je ne peux pas faire d’autres tâches pendant ce temps. »
- « Je pense que l’écoute et la patience et la capacité de reconnaître les besoins des résidents. »

R2

- « Il y en a pour qui ça fonctionne, d’autres que ça fonctionne pas. Il y en a qui n’aiment pas entrer dans la salle, même si la lumière est allumée ou non. Il y en a que ça ne les dérange pas que la salle soit complètement noire. C’est vraiment différent de personne en personne. »
- « C’est la stimulation de différente lumière et de différente musique, et c’est surtout l’attention de un à un, parce que ça n’arrive pas tout de seul.»
- « ... selon ce qui est personnel à eux. C’est vraiment du cas par cas. »
- « C’est un temps spécialisé à eux, en dehors de l’unité de soin, ils reçoivent une attention particulière donnée de manière individuelle. J’ai alors le temps de leur donné mon attention, que ce soit de donner un massage, ou de les écouter. Ils reçoivent une attention particulière, spécifique à eux et individuelle. Car je vais chercher l’information de la famille. »
- « J’y vais selon leur préférences; de la musique douce, ou de la musique enjouée. »
- « Je ne suis pas trop spécifique, je dois être flexible. »

- « Ça aide de bien connaître les résidents, je sais ce qui fonctionne ou non. Certains résidents expriment qu'ils veulent sortir. Certains réagissent mieux aux mêmes interventions mais en se promenant dans le corridor. Certains réagissent mieux au snoezelen dans d'autres contextes, à l'extérieur de la salle. »
- « Patience, il ne faut pas forcer nos idées, il faut écouter la personne devant soi, le fait d'avoir de l'information collatérale à propos des résidents, pour favoriser les préférences des résidents, il faut être attentif à la personne, quand tu vois que quelque chose fonctionne, le faire et juste continuer. C'est bon d'essayer de nouvelles choses, mais en temps important d'aller chercher la stimulation qui va chercher la personne, sa préférence. »

R3

- « C'est vraiment par essaie-erreur. »
- « Je ne suis pas quelqu'un qui devient mal à l'aise, je ne suis pas stressé et je n'ai pas peur d'essayer, même si c'est différent. »
- « ce n'est pas nécessairement ce qu'il y a dans la salle, mais comment nous on l'approche. »
- « Ils deviennent souvent confus, le fait des amener dans cette atmosphère calme peut être bon, comme ça peut être mauvais. On a tous nos façons d'être. On est tous différents. »
- « On n'a pas de liste, avec un horaire fixe pour aider certains résidents. Personnellement je connais les résidents, et je sais qui semble en bénéficier le plus. Mais c'est certain qu'il y a de l'amélioration à faire. »
- « Il faut être capable de lire entre les lignes, de voir à quel point ou comment ça affecte le résident. Il faut être à l'écoute. Il faut être logique et de porter attention au body langage et de se fier sur comment le résident réagit. »
- « ... je ne sais si il y a un moment, ça varie à chaque cas et résident. »
- « Dépend du confort de l'intervenant. Quand tu n'es pas bien, ça paraît et ça se transmet, même pour quelqu'un qui est bon à cacher leurs émotions. Les résidents le ressentent. Si on est mal à l'aise, je pense qu'ils vont le ressentir. C'est important d'être confiant et à l'aise, et conscient de comment on se sent avec l'approche et le contexte. »
- « je pense que ça revient à savoir être à l'aise. »
- « Il faut que tu sois ouvert d'esprit et que tu comprennes que les interventions sont pour les personnes qui en ont de besoin. »

R4

- "Depending on what the sensory, and take 10 minutes for each residents that aren't able to meet in group."
- "I adapt, I make it work with what I have."
- "It depends on their interests."
- "You're doing something with them, they are getting attention and getting stimulation. We have one resident that is in a vegetative state, not able to communicate, but I still feel like I'm, I'm hoping, there is still something turning, that it's helping, just trigger senses, but it's hard to have guaranty that there is something."
- "Depends on the resident. I tried a textured ball to a resident."
- "Depends on the day and on the residents."
- "If you have a hard time understanding how they react, or lack patience, you're not really able to have the understanding and recognizing improvement. As for training, you can really train it, it's a characteristic that you come with; social skills, understanding, empathy."

R5

- Well... just being one on one....right... The contact, when they feel they are kind of the center of the attention. There's no one else, no distraction around, especially the people who have severe anxiety and behaviors...it's just like a sense of calming.
- "we choose the people for whom we know it is appropriate and will be beneficial... we will do an assessment on the resident and find out their interests and we will know if they're afraid of certain lights or the dark, so then you might try a different atmosphere...Still we do have another sensory kit that goes to people's rooms....

With textiles, stress balls, it's not necessarily...I still kind of part of our Snoezelen because it's sensory. We try to adapt to each resident."

- "I would say definitely those that... like... are suffering to some form of dementia... definitely these the most. I actually I find the residents agitated and aggressive people...a lot of times they can't function in large groups...so you want to bring them, but they will come agitated or they will not be at ease in the group, so that's why beneficial for them, one on one, or two people in this room...so they can actually have their time for themselves...still be involved in activities in the home."
- "We have 40 people who come to our program, but some will never come to big group programs.... So again you're trying to break it down, so everyone is seen a certain amount of time per month."
- "...but to just come to this were they know it will be one on one, so it's gonna help their social anxiety...hum...and again... it's just about being... to able to come to a nice relaxing environment, when they know that there won't be people just barging in from everywhere, you try to set up things in other rooms but you know you can't prevent other residents from walking in, so they know that here is a safe place, a secure environment with just one staff that will be there and it's not going to be packed."
- "First to be able to be patient and empathic to their feels and needs. You need to adapt to your patients and be creative, you have to be adaptive, it's a person-centered program, and it's not the same for everyone."

R6

- "Id' say the purpose depends on the resident."
- "Usually I go with what they're doing, so if they start singing I'll sing along. If I have the projector on and I see them looking at the bubble tube, I turn the projector off and I try to make it as much resident-directed as possible."
- "It's a place where they have time to relax, and it's focusing on them..."
- "It's extremely important to know the residents and their preferences. I've had residents who didn't like the room the first time, and end up loving it after a few exposures."
- "I adapt my approach to the resident. I tailor the approach and therapy to them. It depends on the resident. For some of them I won't take them if they're agitated, because I know they will calm down if they're on their own in their bedroom."
- "I will bring people for all sorts of different reasons. Some don't respond as much, but they used to really like it, so I may keep taking them even if they can't respond anymore."
- "I think the biggest thing is the ability to see the residents' needs, being flexible and willing to try different things, to be open-minded. Your approach need to be person centered, and able to make them comfortable."

R7

- "I think that it's very individualized.."
- "we used to keep on the 2nd and 3rd floor for the nurses to use when a resident was agitated so it could be one-on-one"
- "with ten residents, it's difficult... we do different things... it depends on a day...it depends on the resident..."
- "I agree 100% it depends the time of the day, and how the resident is feeling"
- "...some of the residents can over get overstimulated certain things that you need to watch, you need to know your residents."

R8

- "The purpose of the Snoezelen room is to provide customize stimulation for each resident that in comes to the room."
- "... it had a profound effect on her because it was customized to her, that's one of the most important things...and most important memories she had."
- "It's multi-therapies and that to me is what really works. It's really about adapting to each specific person... You have to learn the most that you can about each resident. You have to build a questionnaire of your own, to

learn as much as possible about that person. I have one of the questionnaires designed... what are some of the rituals that they had when they were living at home... like going to Tim Hortons on Sundays or did they have the family over, what did they eat?... what are their favorite foods? Taste sensations are so important.”

- “... when you’re speaking with them...the question might be: what areas have you traveled to? What areas do you feel happiest ...”
- “Well it’s highly beneficial if you designed a program customized to them specifically. I don’t think group programs work, unless you find people who have similar interests, or you doing a program that...it’s... that they would normally people in a group.”
- “For example: If you’re recreating a Mexican Fiesta or something like that, well then it’s okay....but you know, other than that, you really have to do one on one approach.”
- “For example: one lady... when I spoke with her... she told me she always wanted to go to Cancun.... She was palliative and she was bed-bound... So when I spoke with the facility at the time and they what can we use for this...Well...I will show you what we have and we can organize it and then...the day after... I brought her a travel magazine, so she got to look through to the travel magazine... you know... I asked her what resort would you like to go to and she said Cancun. We picked our resort and then I had... I made mock plane tickets... we did that... we also used recording of mock sounds of getting into a plane, and music and then we used the Snoezelen projector.... When I entered into the room ... I said well here are our tickets for Cancun and we’re leaving today...and she said how am I gonna go? I’m on this bed... I said don’t worry, I will get you all ready for this trip... so I put that tan lotion on her to make her smell and around the neck... and I said okay now I want you to close your eyes.... She had a little tropical drink... I had the Snoezelen coordinator come in with the projector, and we put some background music and with the sounds of waves... we did that... then we set up the recording... it was the pilot taking... It was talking about the descent of the plane....and after she opened her eyes and the projection of the beach is on the wall, we have sand, we have a massage to her hands... she hadn’t slept for 2-3 days minimum because she was sure if she closed her eyes, she would never open them again... This was terrifying for her... So she’s feeling worst because she’s so sleep deprived and she had a migraine because her brain cancer, it had traveled from her lungs to her brain, and she was in a lot of pain... So she was able to relax at the end of this, she actually fell asleep which was a huge accomplishment for her because she was so frightened... When she woke up... when I saw her, she said she felt she really was on vacation, so that’s when you can use Snoezelen and the Snoezelen equipment in the right moment, in the right way to help somebody who is palliative.”
- “I’m gonna go to room today would you like to join me? We can do something special... is there something special you would like to do? You really have to sense them... hum... to know what is going on in their lives... The only time we stop it’s when they die or they say I don’t wanna do it.”
- “Just because you can control the environment to the needs of the person... anywhere else in the facility you can’t do that because you have the phones ringing and people screaming.”
- “I don’t think there are any disadvantages to it if you do it with the person in mind... I can’t think of any obstacles...”
- “Yeah, the biggest important skill... I would say that the biggest skill that the person has to have... it would be to be a good listener... it’s the most important skill.”
- “It would be important to me motivated, patient, compassionate, creative, and flexible.”

Idée répétée 10 – Le moment de la journée le plus propice pour l’utilisation de Snoezelen peut varier.

R1

« Après 15h00 heures, plus agités. Peut-être à cause du changement dans les quarts de travail, ou le sundowning. »

R2

« Je trouve que le matin c’est difficile, bcp d’activités plus physiques le matin. L’après-midi, alors du *shift change* ils sont fatigués, comme si dans leur vie, vers 3 heures ça semble frapper, les enfants revenaient de l’école, ou ils finissaient de travailler, ils sont fatigués, maintenant le personnel change, c’est là comme si tout le monde bouge. Je trouve que c’était un bon moment. Un moment que j’ai manqué c’est le soir, comme le *sun downing*. Ça pourrait être vraiment utile, parce que j’ai entendu du personnel dire que certains résidents changent beaucoup le soir. Le

jour, ils n'y a pas de problème et que c'est très différent la nuit pour certains résidents. Durant la journée ils sont super corrects, je les entends pas. Mais il paraît que le soir ne n'est pas facile. »

R3

- « On n'a pas de liste, avec un horaire fixe pour aider certains résidents. Personnellement je connais les résidents, et je sais qui semble en bénéficier le plus. »
- « Parfois ça arrive qu'on se fait appeler parce qu'un résident est en crise, et on nous demande de faire quelque chose pour aider, alors on essaye. »
- « Meilleur moment de la journée..., je ne sais si il y a un moment, ça varie à chaque cas et résident. Il y en a que leur médicament peut avoir un impact sur leur comportement, donc on peut l'appliquer en fonction des comportements attendus. Mais sinon, il n'y a pas un temps en tant que tel, selon moi. »

R4

"I say at sun downing, or first thing in the morning right after breakfast. We have a resident who isn't morning person, and that is when she is more agitated and confused. For the rest, I would say in the afternoon is when they start their behaviors, confusion. In the morning you have more clients that are awake and mobile."

R5

"The mornings work best, we find in the morning works much better because many residents take naps in the afternoon or like to be quiet in their rooms. Or around the sundowning time will work, like from 3-5 o'clock."

R6

"I know there is the sun downing period, which is 3-5, I used to do it 3-4 pm, and I have done it before I think that was the best time. In the morning they seem still groggy. I think the afternoon is better, the evening would probably be good. After noon seems more confusing to them."

R7

- "I agree 100% it depends the time of the day, and how the resident is feeling"
- "At Sundowning...definitely."

R8 - Aucune

Idée répétée 11 – Le degré d'appui par les gestionnaires des résidences pour cette forme d'intervention est variable.

R1

« Les gestionnaires ici encouragent l'utilisation. On m'encourage souvent, la stimulation visuelle et sensorielle. »

R2

« Non. Pas du tout. Parce que les gens ne le connaissent pas, ou ne savent pas c'est où. L'éducation serait bénéfique. »

R3

« Plus qu'avant. La salle snoezelen devient de plus en plus populaire, parce qu'on entend plus parler. Les gestionnaires nous encouragent à l'utiliser et nous demandent de faire des activités. On ne favorise pas plus une unité que l'autre, mais sur cette unité le besoin semble plus grand, et en même temps c'est plus difficile. »

R4

"Yes, it's a required activity to meet sensory needs (psychosocial). It's really encouraged for sure."

R5

- "We tried to have this many years ago...but we just couldn't with the manager that we had at the time...them...like... two years ago we were asked what we could need and be beneficial for the residents, the reaction was "go for it". It's been wonderful."
- "everyone who sees it still...wow that it's a fantastic idea..."

R6

"The nurses love it, they seem to support it. I let them know who benefit from it, how sessions go. We have a Snoezelen log book, where we document each session, who came in, what equipment was used, and residents' reaction after the session. We have a pretty good system. It's important to document each session. We can see the progression for the residents."

R7

"Definitely, absolutely (encouraged)."

R8

"Definitely, without a doubt (*encouraged by management*)."

Idée répétée 12 – L'importance de la formation pour utiliser l'approche Snoezelen

R1

« Je n'ai pas eu de formation, j'ai développé cette habileté moi-même. »

R2

- « Notre salle Snoezelen serait plus utile si elle était mieux aménagée, avec plus de personnel qui pourrait l'utiliser, et qu'ils auraient reçu la formation. »
- « Mais personne a reçu la formation, donc ne peuvent l'utiliser. La dernière formation que j'ai reçue était en 2008. »
- « Parce que les gens ne le connaissent pas, ou ne savent pas c'est où. L'éducation serait bénéfique. »
- « Il y a un manque de communication et d'éducation. Ça devrait être dans la formation du nouveau personnel, et dans la formation continue du personnel actuel. »

R3

- « J'ai eu un peu de formation à l'école et je sais que ça peut servir de stimulation par le toucher, comme de toucher objets de textures différentes, mais on dirait que c'est moins un succès. »
- « ...c'est le manque de formation. Il serait bien d'avoir plus de formation pour utiliser la salle. »
- « ... notre salle devrait être noire, mais juste de savoir comment l'utiliser serait meilleur pour nous. On a une dame qui travaille avec nous en activités et elle a eu plus de formation. On pourrait sûrement avoir un débriefing, ça serait utile pour tout le monde. Dans le fond on peut avoir les meilleurs objets, mais ne pas savoir les utiliser. Donc c'est plus l'approche de l'intervenant qui peut faire un changement. »
- « Il y a certainement des approches qui ferait que l'effet pourrait rester, et diminuer les crises et la confusion, j'en doute pas, il doit y avoir une façon de l'utiliser. »
- « Personnellement je connais les résidents, et je sais qui semble en bénéficier le plus. Mais c'est certain qu'il y a de l'amélioration à faire. »
- « On pourrait avoir le meilleur équipement et ne pas savoir comment l'utiliser. »
- « Je pense que ça pourrait toujours être mieux, en faire plus. Il y a toujours place à l'amélioration, d'avoir un bon plan au niveau de l'utilisation de la salle. »
- « On n'a pas eu de formation sur snoezelen de notre employeur, mais c'est quelque chose qui serait bon à avoir, et nous motiverait à l'utiliser davantage. »

R4 - Aucune

R5

"we have not had any training yet on Snoezelen, but I believe that the full time staff, we've all been here 8-10 years...so it's just for research and just by attending little conferences that allowed us to gain some knowledge, but we never really have been trained on it, so it is something actually we're interested in trying to see things that we just lack or we need...like new information..."

R6

- "It would be better if more people had training to use it, even the family members and companions."
- "I think you need a basic training about what the room is, what Snoezelen is, how to use the equipment."

R7

"Definitely I think ... the person who's doing it needs to be educated.... I mean... because... you know... some of the residents can over get overstimulated certain things that you need to watch, you need to know your residents."

R8 - Aucune

Idée répétée 13 – L'utilisation de la salle/équipement Snoezelen varie d'une résidence à une autre.

R1

- « Non seulement pour le snoezelen. »

R2

- « Si ça semble agiter la personne, j'arrête car ce n'est pas mon but, je veux qu'ils relaxent. »
- « Non (sert seulement pour le Snoezelen). »

R3

« Présentement non (pas utilisée pour autre chose). C'est rare qu'on va voir quelqu'un à l'intérieur pour faire autre chose que de bénéficier de l'équipement. Les familles l'utilisent aussi, et amène leur parents passer du temps dans la salle. »

R4

- "To create sensory stimulation for them, to engage in their tactile senses, for people not able to physically be active in programs, they watch, but by touching their skin, it triggers other stuff. Reach on to them on other levels."
- "To give them a different sensations."
- "It makes them normalize, be able in their own way, to feel and understand and be present."
- "The equipment no, the tactile equipment yes, use it for intellectual activities, color matching."
- "Aromas and music are used for music appreciation, spas."

R5

- "Right now, it is on a schedule because this room is used for many other purposes, like the religious services."
- "So you don't want to overstimulate them... So that's why you try to have designed places. So if that's just the TV room, you can't have the TV and books and everything all at once, otherwise they can't concentrate."
- "Yes (used for other purposes), religious ceremonies, the rosary, masses, sometimes to sit the overflow of people when we do lunches."

R6

"Some things are hidden away for storage in the room, but that's it."

R7

“Well, I think that it deals at different sensorys, like you have your smell, your touch, your sound with the music going in the background...otherwise, it's kind of like giving to all of your senses at once...which is stimulating.”

R8

- “Well as long as you always remember that whatever you're doing in Snoezelen, is to hit the 5 senses...”
- “For music, prayer, mediation, chat, chant... we chant for peace, health and for other people.”

Idée répétée 14 – Sert à réduire l'agressivité du résident

R1 - Aucune

R2

- « Une résidente que je trouve moins agressive dans la salle, et avec elle j'ai vu une amélioration dans son comportement qui semble se maintenir. Essaie plus de cracher sur moi, ou de dire que les policiers vont venir me chercher. Elle semble avoir pris goût à passer du temps dans la salle. »
- « ... quand je me promène et que je vois quelqu'un d'agité ou que ça ne va pas, je les amène pour essayer de les calmer, ou quand je vois qu'ils se chicanent avec un autre résident, ou quand ils crient. »

R3

- « on l'utilise plus dans les cas où la clientèle deviendrait soit agressive, dans une situation où ils peuvent être confus : « ou est-ce que je suis », « qu'est-ce que je fais ici? ». C'est normal avec la démence, plus ça avance, plus ils deviennent confus, ... »
- « Ça peut être dangereux quand un résident devient agressif; pour les autres résidents et pour les employés. Donc si on peut éviter une situation d'un résident qui frappe une autre personne, donc aussi utile pour éviter les situations dangereuses. »

R4 - Aucune

R5

“I would say definitely those that... like... are suffering to some form of dementia... definitely these the most. I actually I find the residents agitated and aggressive people...a lot of times they can't function in large groups...so you want to bring them, but they will come agitated or they will not be at ease in the group, so that's why beneficial for them, one on one, or two people in this room...so they can actually have their time for themselves...still be involved in activities in the home.”

R6

“Normally, I'll take them when they're bothering other residents. If they're grumpy and bumping into people with their chairs and they are yelling. A lot of the time it's for the benefits of the other residents too to just remove them from the situation.”

R7 - Aucune

R8

“It depends when you catch it... if you catch it earlier enough... if you're able and astute enough to recognize that look in their eyes... that fight or flight response because they're getting over stimulated ... but if it escalates to the point where... they are now violent them you can't... just to let them calm down and then you can bring them to their room... but if it escalates beyond the point to being able to...them you have to calm them, touch them.”

Idée répétée 15 – La méthode Snoezelen améliore les capacités cognitives

R1 – Aucune

R2

- « Avec une résidente en particulier, elle peut regarder chaque fibre optique à la fois, capable de restée concentrée. Habituellement c'est une femme pour qui la concentration n'est pas bien, elle s'endort pendant des activités comme le sac de sable ou simplement se lever et partir, mais dans la salle il n'y a pas de problème, c'est des sessions de 30-45 minutes. »
- « Et quand j'ai commencé à lui présenter le bébé, « that was amazing ». J'ai demandé à sa fille ce qu'elle aimait, et sa fille m'a répondu que ce qu'elle aimait c'était d'être notre mère. J'ai vu une amélioration de sa concentration, plus compétitive dans des activités de groupes. »
- « Une résidente en particulier, qui parlait plus clairement pendant le Snoezelen. Certains y semblent plus éveillés. »

R3 – Aucune

R4

- “One resident, tried once to give the textured ball to a resident, first time she didn't really want to use it, and second time, she was using the textured ball, rolling it on her own. A good month later, she still knew how to use it. You knew what she was doing, and able to use it and enjoy it.”
- “Because if their condition is stable, and not really sliding scale, they usually remember what that object was, and what to do with it.”

R5

“I find that maybe it builds their self-esteem...”

R6 – Aucune

R7 – Aucune

R8

“One lady, she hadn't spoken in so many years...and we learned from the family that... her favorite thing was sugar pie. She loved to make sugar pie, she had a special recipe. So what we did...is we got together mixing bowls some of the kitchen utensils that you would use...and... we got the recipe from the family, and even though she wasn't really responding that much from the beginning, we read off the recipe that family provided and we tried to recreate that experience of making the sugar pie with her, and after that experience, she began talking again... because we made the sugar pie, she tasted it... she also had to taste... and we also had the family coming, it was like a social setting. It was a lot of fun to do it but it had a profound effect on her because it was customized to her, that's one of the most important things...and most important memories she had.”

Idée répétée 16 – Les circonstances d'utilisation ou d'arrêt de l'utilisation sont variables selon la résidence.

R1 – Aucune

R2

- « Ceux qui ont un comportement plus acceptable. Si ont tendance à crier ou se taper sur la tête, ne semblent pas en bénéficier autant. Plus facile avec résidents qui ont encore habiletés sociales, et qui sont capable de rester pour une activité. Leur degré de réceptivité a une influence, ou à certaines stimulations »
- « Si ça semble agiter la personne, j'arrête car ce n'est pas mon but, je veux qu'ils relaxent. Si la résidente tape sa tête ou je vois qu'ils ne sont pas bien. Il y en a que c'est différent chaque fois, dépend de la journée. C'est sa façon de s'exprimer, et j'interprète ça comme une détresse, et je cesse le snoezelen. »

R3 – Aucune

R4

- “For me I would say the residents that are not physically able to participate, the ones that are advanced in their dementia, not as mobile, who seem locked in their bodies that can just stare.”
- “I do personally try to get the ones who can’t actively and verbally participate in programs, who are less active and more isolated in their rooms, bedridden. I like to make it available for everyone. Just anyone who wants to participate. But for individual exposure, I will go to the ones who are less active, or who are agitated.”
- “If improvement/positive reaction after 2-3 times. Discontinue if it causes agitation, or behaviors. I haven’t seen anything adverse. Maybe if they seem too agitated or confused.”

R5

- “Actually, yeah... well, I even had some families that come up to me saying that they would love their mom to come.... Then I’ve introduced it to them and try to explain that it’s not necessarily beneficial...”
- “We don’t just take anyone, we just really want people who really really need it. We have interests lists of what the residents like, so ... the part time staff coming on can print a copy from the computer, and they can see who has Snoezelen on it, and who really need it.”
- “I try to keep for people that never have visitors, or that they don’t like to be in a group because of behaviors, so we try to know who is gonna really benefit more, who is more agitated in the morning, who just need break from people being around the...”
- “Well, if they maybe have no longer have the interest to come, or the family doesn’t want them to come.... But pretty much we will continue until someone would say something...like... or as long as they behaviors are still present.”

R6

- “I find it works better if the dementia is moderate. If it’s just starting they will ask lots of questions, and will be less trusting, and think they’re in a prison, or the ones who tend to be more paranoid.”
- “I will try with almost everyone, especially if the nurse recommends someone. With the more severe you can do more with the equipment, I can get them to do more, and it’s a different way of getting to them.”
- “Asking the nurses.”

R7

“I think it’s more beneficial to a resident who’s further on in their dementia, just because they’re able to... just to let go and be in the moment...”

R8

- “sometimes people make recommendations to me,”
- “There may be some agitated, they will ask me to go and do an assessment to see if they will suitable for the room, or if could bring the equipment to them. We had... we just take the equipment with me or depending on what is the situation, I might just bring up that projector and few others things.”
- “The only time is discontinued is if they say: I don’t want do this anymore... I have really never heard... if they passed away... but other than that it’s always... they are made aware to come here... the invitation is open to them... you know.”

Idée répétée 17 – L’utilisation de l’approche Snoezelen exige des ressources en temps et en main d’œuvre.

R1 – Aucune

R2

- « Si j’avais le temps d’analyser la situation de chacun, peut-être que mes interventions seraient aussi visées vers les résidents qui ne bougent pas beaucoup, ou qui n’ont pas de visite, ou si j’ai remarqué que leur condition s’est

détériorée, ce serait des facteurs qui m'influenceraient, mais manque de temps et de ressources, c'est surtout dans des situations de crise. »

- « Donc si j'avais les ressources et l'aide, ça aiderait. »
- « Obstacles personnels seraient le temps, le staff, c'est pas mal ça. Le manque d'équipement aussi, ce serait plus le fun d'avoir autre chose. Budget, équipement et temps. Parfois aussi que le staff ne savent pas ou qu'ils n'ont pas le training, si ce n'était pas juste moi, il y aurait plus de continuité dans l'utilisation. »

R3

- « Les préposés sont trop occupés dans une journée. Il faut prendre au moins 10 minutes pour que la personne en bénéficie. »
- « On avait une bénévole venait souvent, et elle aimait tellement le concept de la salle Snoezelen, elle passait tout son temps là avec les résidents. »

R4 – Aucune

R5 – Aucune

R6

- “Personally I can't do it for prolonged periods of time, because it tires me, it's draining, especially if they're agitated. Sometimes it's easier.”

R7

- “the downfall of having a cart, when you have a resident who might need the Snoezelen equipment and you don't have a room you could just bring them into and everything is set up...now we need to prepare the cart and space. It's more time consuming for us.”
- “...we could use more resources.”

R8 – Aucune

Idee répétée 18 – Favorise le rappel de souvenirs du passé, les rôles du passé, stimule la mémoire

R1 – Aucune

R2

- « Je trouve que le matin c'est difficile, bcp d'activités plus physiques le matin. L'après-midi, alors du shift change ils sont fatigués, comme si dans leur vie, vers 3 heures ça semble frapper, les enfants revenaient de l'école, ou ils finissaient de travailler. ... »
- « Et quand j'ai commencé à lui présenter le bébé, « that was amazing ». J'ai demandé à sa fille ce qu'elle aimait, et sa fille m'a répondu que ce qu'elle aimait c'était d'être notre mère. J'ai vu une amélioration de sa concentration, plus compétitive dans des activités de groupes. »

R3

- « On dirait qu'ils se rappellent des émotions. »
- « On dirait parfois ça rappelle des souvenirs du passé, il y a des signes parfois que ça leur fait du bien. »

R4

- “I get them to create a feeling, an idea or picture or what it makes them think of. They kind of create memories with it, without realizing that that is exactly what the smell is.”
- “One resident, tried once to give the textured ball to a resident, first time she didn't really want to use it, and second time, she was using the textured ball, rolling it on her own. A good month later, she still knew how to use it. You knew what she was doing, and able to use it and enjoy it.”

- “Because if their condition is stable, and not really sliding scale, they usually remember what that object was, and what to do with it. I hope it helps to keep a bit of that memory. Even if they are quadriplegic, they aren’t able to move anything, they might be able to feel something when they receive a foot massage. It still allows the senses to be stimulated, can still trigger senses in their minds.”

R5

“Some people do look forward to coming back, others won’t remember they were here.”

R6

- “If they seem interested by the fish, I’ll ask them questions about their experiences with fish and try to get memories going. And if they want to tell stories I’ll let them tell stories.”
- “One resident in particular, when I propose to go in the calm room she gets up and seems to know where we are going, we put the stuff on and sit in silence, and seems to find peace in that room.”

R7

“I think... some of the sensory brings back memories and... usually I have never adverse effect... good memories... what I find when it’s in a group... they are kind of together looking a different things...there is a social aspect in a group, you know...”

R8

- “...then secondly would be armchair travel because it allows them to...to go to places maybe they once visited, and have very happy memories associated, whether by creating a cottage environment or you know. they’ve been to Europe and then you’re gonna take them to the armchair to travel and to take them back to France, and have them listening to French music, but also food plays an important role in the Snoezelen experience, because they taste. Taste it’s so important, it really elicits many many fond memories that they had so if for example:”
- “One lady, she hadn’t spoken in so many years...and we learned from the family that... her favorite thing was sugar pie. She loved to make sugar pie, she had a special recipe. So what we did...is we got together mixing bowls some of the kitchen utensils that you would use...and... we got the recipe from the family, and even though she wasn’t really responding that much from the beginning, we read off the recipe that family provided and we tried to recreate that experience of making the sugar pie with her, and after that experience, she began talking again... because we made the sugar pie, she tasted it... she also had to taste... and we also had the family coming, it was like a social setting. It was a lot of fun to do it but it had a profound effect on her because it was customized to her, that’s one of the most important things...and most important memories she had.”
- “... what are some of the rituals that they had when they were living at home... like going to Tim Hortons on Sundays or did they have the family over, what did they eat?... what are their favorite foods?”
- “... when you’re speaking with them...the question might be: what areas have you traveled to? What areas do you feel happiest...and if the person says well you know I went to France one time... Then, I will get a DVD on travel to France... so I might be different areas of France, some of the main... hum... like... we could bring some baguette, Swiss cheese, if they like wine, some French wine, we will have French music (Charles Aznavour)... so we tried to make it multisensory... they will taste the food, listen the music and visually see the film on France...”

Idée répétée 19 – Réaction négatives des résidents face à Snoezelen ou les indices d’absence d’utilité clinique rapportés par les intervenants

R1 – Aucune

R2 – Aucune

R3 – Aucune

R4 – Aucune

R5

“myself no... I’m not the only one who does the Snoezelen...we’re like 3 girls and depends who is here that day... myself no...I just find it always have been positive... I have noticed for a lot of people when we have the music, they hum to the soft music... so yeah no adverse reactions.”

R6

- “Some of them are happy just touching and looking at the fibre optics, and some residents are afraid of them. I tell them that they stay cool, but I wonder if they are afraid to get burned, I’m not really sure, but they are a few residents are very aversive to the fiber optics. It’s extremely important to know the residents and their preferences. I’ve had residents who didn’t like the room the first time, and end up loving it after a few exposures.”
- “There has been some residents who react negatively to the mirrors, because they don’t recognize themselves and will think someone else is in the room watching them.”
- “One of the residents will repeatedly waive at herself. It (the mirror) can distract.”
- “If it’s (the dementia) just starting they will ask lots of questions, and will be less trusting, and think they’re in a prison, or the ones who tend to be more paranoid.”
- “If they’re agitated and it’s not helping, then I would stop immediately. It’s probably not worse, but if it’s not helping. These are rare cases. Usually it’s the fiber optics that are the most controversial. It depends on the session. Aromatherapy was only used effectively with 2-3 residents, most don’t respond, or will try to eat it, they get confused and annoyed.”

R7

- “more people don’t wanna touch the lights because they think it’s hot... it’s one thing I have noticed from the residents... they don’t want to touch because they think it’s hot.... If you can pass it, you’re kind of showing them it’s not hot...”
- (Witnessed an adverse reaction) “I haven’t, never. I haven’t either.”

R8

- “I’ve never seen adverse effects, not when I do it... I don’t know if other people had it.”
- “For example... when I first started using this room, to replace the person who was doing this before me, it’s was all black and had crazy colors all over. I was trying to use the equipment the way the person had before... that was an aversive environment.... First when the residents would arrive at the door and see blackness, a lot of people didn’t want to go, I personally would not like it.”

Idée répétée 20 - Sert à améliorer l’humeur du résident

R1 – Aucune

R2 – Aucune

R3 – Aucune

R4 – Aucune

R5 – Aucune

R6

- “Some of them are happy just touching and looking at the fibre optics...”

- “For example for wondering behaviors, they will just go back to wondering, but I did notice that they tends to be friendlier. I think of a resident in particular, her vocals seem to be more positive when she comes out. I noticed that it seems to put them in a better mood.”

R7

« In my personal opinion I never use that to someone who is depressed, but... that's a good idea...”

R8

“Let's say they are all relax and had a nice time in here... the leave the room... they feel happy and they're feeling calm...”

Idée répétée 21 – Une méthode qui incorpore d'autres approches, toujours avec l'objectif de stimuler les sens

R1

- « Les poupées, certains aiment vraiment. Les prendre dans leurs bras, ils réagissent comme si c'était leur bébé, leur propre enfant. Semble les aider à se calmer. »

R2

- « j'ai remarqué que les femmes avec le bébé, c'est quelque chose de vraiment beau. Il y a une dame avec qui c'est très difficile quand elle est agitée, mais quand on lui présente le bébé, elle devient calme, elle lui parle. C'est tellement beau. »
- « Et quand j'ai commencé à lui présenter le bébé, « that was amazing ». J'ai demandé à sa fille ce qu'elle aimait, et sa fille m'a répondu que ce qu'elle aimait c'était d'être notre mère. J'ai vu une amélioration de sa concentration, plus compétitive dans des activités de groupes. »

R3

- « On dirait parfois ça rappelle des souvenirs du passé, il y a des signes parfois que ça leur fait du bien. »

R4

- “I bring my dog in for pet therapy, the staff sees a difference because the residents aren't as agitated. They are calmer for the entire day. It's unbelievable. Pet therapy has the longest benefit.”
- “It makes them normalize, be able in their own way, to feel and understand and be present.”
- “The equipment no, the tactile equipment yes, use it for intellectual activities, color matching.”
- “I get them to create a feeling, an idea or picture or what it makes them think of. They kind of create memories with it, without realizing that that is exactly what the smell is.”

R5 – Aucune

R6

- “I think there are a lot of different benefits. It's a change of scenery, a little escape, a calm place and they come here and they have the opportunity to express themselves the way they like.”
- “Some think they are on a cruise, or a vacation.”
- “If they seem interested by the fish, I'll ask them questions about their experiences with fish and try to get memories going. And if they want to tell stories I'll let them tell stories.”

R7

- “A room with aromatherapy.... More stuff to pass around, like I was saying the thing that sounds like the rain”
- “I think it's more beneficial to a resident who's further on in their dementia, just because they're able to... just to let go and be in the moment...”
- “I think... some of the sensory brings back memories and... usually I have never adverse effect... good memories... what I find when it's in a group... they are kind of together looking a different things...there is a social aspect in a group, you know...”

R8

- "I would say the number one is our horticultural program"
- "It's all about across the board.... I have seen people that are so low functioning... you don't think they would be able to interact or do anything... but... for example, with the horticulture program, I help them to pick up the seeds with their fingers, with the end of their finger, I help them pick up the seed, and bring them over to the earth... and they know they feel touching the earth and then they started do it in their own if they're able to do it, but they really react very very positively to the horticultural program."
- *"(So even with different degrees of dementia) Yes, they will react to horticulture."*
- "It's multi-therapies and that to me is what really works. It's really about adapting to each specific person... You have to learn the most that you can about each resident. You have to build a questionnaire of your own, to learn as much as possible about that person. I have one of the questionnaires designed... what are some of the rituals that they had when they were living at home... like going to Tim Hortons on Sundays or did they have the family over, what did they eat?... what are their favorite foods? Taste sensations are so important."
- "For example: one lady... when I spoke with her... she told me she always wanted to go to Cancun.... She was palliative and she was bed-bound... So when I spoke with the facility at the time and they what can we use for this... Well... I will show you what we have and we can organize it and then... the day after... I brought her a travel magazine, so she got to look through to the travel magazine... you know... I asked her what resort would you like to go to and she said Cancun. We picked our resort and then I had... I made mock plane tickets... we did that... we also used recording of mock sounds of getting into a plane, and music and then we used the Snoezelen projector.... When I entered into the room ... I said well here are our tickets for Cancun and we're leaving today... and she said how am I gonna go? I'm on this bed... I said don't worry, I will get you all ready for this trip... so I put that tan lotion on her to make her smell and around the neck... and I said okay now I want you to close your eyes.... She had a little tropical drink... I had the Snoezelen coordinator come in with the projector, and we put some background music and with the sounds of waves... we did that... then we set up the recording... it was the pilot taking... It was talking about the descent of the plane.... and after she opened her eyes and the projection of the beech is on the wall, we have sand, we have a massage to her hands... she hadn't slept for 2-3 days minimum because she was sure if she closed her eyes, she would never open them again... This was terrifying for her... So she's feeling worst because she's so sleep deprived and she had a migraine because her brain cancer, it had traveled from her lungs to her brain, and she was in a lot of pain... So she was able to relax at the end of this, she actually fell asleep which was a huge accomplishment for her because she was so frightened... When she woke up... when I saw her, she said she felt she really was on vacation, so that's when you can use Snoezelen and the Snoezelen equipment in the right moment, in the right way to help somebody who is palliative."
- "One lady, she hadn't spoken in so many years... and we learned from the family that... her favorite thing was sugar pie. She loved to make sugar pie, she had a special recipe. So what we did... is we got together mixing bowls some of the kitchen utensils that you would use... and... we got the recipe from the family, and even though she wasn't really responding that much from the beginning, we read off the recipe that family provided and we tried to recreate that experience of making the sugar pie with her, and after that experience, she began talking again... because we made the sugar pie, she tasted it... she also had to taste... and we also had the family coming, it was like a social setting. It was a lot of fun to do it but it had a profound effect on her because it was customized to her, that's one of the most important things... and most important memories she had."
- "...then secondly would be armchair travel because it allows them to... to go to places maybe they once visited, and have very happy memories associated, whether by creating a cottage environment or you know. they've been to Europe and then you're gonna take them to the armchair to travel and to take them back to France, and have them listening to French music, but also food plays an important role in the Snoezelen experience, because they taste. Taste it's so important, it really elicits many many fond memories that they had so if for example:"
- "... when you're speaking with them... the question might be: what areas have you traveled to? What areas do you feel happiest... and if the person says well you know I went to France one time... Then, I will get a DVD on travel to France... so I might be different areas of France, some of the main... hum... like... we could bring some baguette, Swiss cheese, if they like wine, some French wine, we will have French music (Charles

Aznavour)... so we tried to make it multisensory... they will taste the food, listen the music and visually see the film on France...”

ANNEXE 7

Informations sur les participants

Code du participant: _____

Âge : _____

Sexe : _____

Résidence : Résidence Saint-Louis, Soins continus Bruyère

Diagnostic : Démence de type Alzheimer

Sévérité de la démence selon l'Échelle de détérioration globale de Reisberg :

Médicaments psychotropes prescrits et posologie:

Préférences en termes de SMS :

ANNEXE 8

L'échelle de détérioration globale (GDS)

L'échelle de détérioration globale, également appelée échelle de Reisberg, permet aux professionnels de la santé de mesurer la progression de la maladie d'Alzheimer. L'échelle divise la maladie d'Alzheimer en sept stades de détérioration des capacités.

Stade 1: Pas de déficit cognitif

- N'éprouve aucune difficulté dans la vie quotidienne.

Stade 2: Déficit cognitif très léger

- Oublie les noms et l'emplacement des objets.
- Peut avoir de la difficulté à trouver ses mots.

Stade 3: Déficit cognitif léger

- A de la difficulté à s'orienter dans un endroit inconnu.
- A de la difficulté à fonctionner au travail.

Stade 4: Déficit cognitif modéré

- A de la difficulté à accomplir des tâches complexes (finances, magasinage, planification d'un repas avec des invités).

Stade 5: Déficit cognitif relativement grave

- A besoin d'aide pour choisir ses vêtements.
- A besoin qu'on lui rappelle que c'est l'heure de la douche ou du bain.

Stade 6: Déficit cognitif grave

- Perd la notion des expériences et événements récents de sa vie.
- A besoin d'aide pour prendre son bain, ou a peur de prendre son bain.
- A de plus en plus besoin d'aide pour aller aux toilettes ou est incontinent.

Stade 7: Déficit cognitif très grave

- Utilise un vocabulaire très restreint qui se réduira bientôt à quelques mots seulement.
- Perd la capacité de marcher et de s'asseoir.
- A besoin d'aide pour manger.

ANNEXE 9

Version pour Équipe Soignante NPI-ES Instructions

BUT

Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Le NPI-ES peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe (par exemple, dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation externe) mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES.

L'INTERVIEW DU NPI-ES

Le NPI-ES se base sur les réponses d'un membre de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge du patient. L'entretien ou l'évaluation est conduit de préférence en l'absence du patient afin de faciliter une discussion ouverte sur des comportements qui pourraient être difficiles à décrire en sa présence. Lorsque vous présentez l'interview NPI-ES au soignant, insistez sur les points suivants:

Le but de l'interview

Les cotations de fréquence, gravité et retentissement sur les activités professionnelles
Les réponses se rapportent à des comportements qui ont été présents durant la semaine passée ou pendant des autres périodes bien définies (par exemple depuis 1 mois ou depuis la dernière évaluation). Les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par “ oui ” ou “ non ”.

Il est important de:

- Déterminer le temps passé par le soignant auprès du patient. Quel poste occupe le soignant; s'occupe-t-il toujours du patient ou seulement occasionnellement; quel est son rôle auprès du patient; comment évalue-t-il la fiabilité des informations qu'il donne en réponse aux questions du NPI-ES?
- Recueillir les traitements médicamenteux pris régulièrement par le patient.

QUESTIONS DE SÉLECTION

La question de sélection est posée pour déterminer si le changement de comportement est présent ou absent. Si la réponse à la question de sélection est négative, marquez “ NON ” et passez au domaine suivant. Si la réponse à la question de sélection est positive ou si vous avez des doutes sur la réponse donnée par le soignant ou encore s'il y a discordance entre la réponse du soignant et des données dont vous avez connaissance (ex : le soignant répond NON à la question de sélection sur l'euphorie mais le patient apparaît euphorique au clinicien), il faut marquer “ OUI ” et poser les sous questions.

SOUS-QUESTIONS

Quand la réponse à la question de sélection est “ OUI ”, il faut alors poser les sous questions. Dans certains cas, le soignant répond positivement à la question de sélection et donne une réponse négative à toutes les sous questions. Si cela se produit, demandez au soignant de préciser pourquoi il a répondu

“ OUI ” à la question de sélection. S’il donne alors des informations pertinentes pour le domaine comportemental mais en des termes différents, le comportement doit alors être coté en gravité et en fréquence. Si la réponse “ OUI ” de départ est une erreur, et qu’aucune réponse aux sous questions ne confirme l’existence du comportement, il faut modifier la réponse à la question de sélection en “ NON ”.

NON APPLICABLE

Une ou plusieurs questions peuvent être inadaptées chez des patients très sévèrement atteints ou dans des situations particulières. Par exemple, les patients grabataires peuvent avoir des hallucinations mais pas de comportements moteurs aberrants. Si le clinicien ou le soignant pense que les questions ne sont pas appropriées, le domaine concerné doit être coté “ NA ” (Non Applicable dans le coin supérieur droit de chaque feuille), et aucune autre donnée n’est enregistrée pour ce domaine. De même, si le clinicien pense que les réponses données sont invalides (ex : le soignant ne paraît pas comprendre une série de questions), il faut également coter “ NA ”.

FRÉQUENCE

Pour déterminer la fréquence, posez la question suivante :

“ Avec quelle fréquence ces problèmes se produisent (définissez le trouble en décrivant les comportements répertoriés dans les sous questions). Diriez-vous qu’ils se produisent moins d’une fois par semaine, environ une fois par semaine, plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours, ou tous les jours ? ”

1. Quelquefois : moins d’une fois par semaine
2. Assez souvent : environ une fois par semaine
3. Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours
4. Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps

GRAVITÉ

Pour déterminer la gravité, posez la question suivante :

“Quelle est la gravité de ces problèmes de comportement. À quel point sont-ils perturbants ou handicapants pour le patient? Diriez-vous qu’ils sont légers, moyens ou importants?”

1. Léger : changements peu perturbants pour le patient.
2. Moyen : changements plus perturbants pour le patient mais sensibles à l’intervention du soignant.
3. Important : changements très perturbants et insensibles à l’intervention du soignant.

Le score du domaine est déterminé comme suit :

$$\text{score du domaine} = \text{fréquence} \times \text{gravité}$$

RETENTISSEMENT

Une fois que chaque domaine a été exploré et que le soignant a coté la fréquence et la gravité, vous devez aborder la question relative au :

Retentissement (perturbation) sur les occupations professionnelles du soignant.

Pour se faire, demander au soignant si le comportement dont il vient de parler augmente sa charge de travail, lui coûte des efforts, du temps et le perturbe sur le plan émotionnel ou psychologique. Le soignant doit coter sa propre perturbation sur une échelle en 5 points:

1. Pas du tout
2. Perturbation minimum: presque aucun changement dans les activités de routine.
3. Légèrement: quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail.
4. Modérément: désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail.
5. Assez sévèrement: désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail.
6. Très sévèrement ou extrêmement: très désorganisant, source d'angoisse majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités.

Pour chaque domaine, il y a donc 4 scores possibles :

Fréquence, Gravité, (fréquence x gravité), Retentissement sur les activités professionnelles.

Le score total au NPI-ES peut être calculé en additionnant tous les scores aux dix premiers domaines. L'ensemble des scores aux 12 domaines peut aussi être calculé dans des circonstances spéciales comme lorsque les signes neurovégétatifs s'avèrent particulièrement importants. Le score de retentissement sur les activités professionnelles n'est pas pris en compte dans le score total du NPI-ES mais peut être calculé séparément comme le score total de retentissement sur les activités professionnelles en additionnant chacun des sous scores retentissement de chacun des 10 (ou 12) domaines comportementaux.

RÉFÉRENCES

Sisco, F., Taurel, M., Lafont, V., Bertogliati, C., Baudu, C., Giordana, J.Y., Braccini, T., Robert, P. H. (2000). Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes. *L'Année Gériatrique*, 14, 151-171.

Copyrights : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - C.H.U de NICE. Email :

massa.i@chu-nice.fr.

https://www.cmrr-nice.fr/doc/NPI_soignant_fr.pdf

C. AGITATION / AGRESSIVITÉ (NA)

“ Y a t il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse l'aide des autres ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? Est-il/elle bruyant et refuse-t-il/elle de coopérer? Le patient/la patiente essaye-t-il/elle de blesser ou de frapper les autres?”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essayent de s'occuper de lui/d'elle ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
2. Le patient/la patiente est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
3. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif(ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
5. Le patient/la patiente crie-t-il/elle, est-il/elle bruyant ou jure-t-il/elle avec colère ?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
6. Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pieds dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets ?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
7. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
<i>Commentaires:</i>		

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette agitation.

FRÉQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITÉ

Léger : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler par l'intervention du soignant.	1
Moyen : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile à contrôler.	2
Important : l'agitation est très stressante ou perturbante pour le patient/la patiente et est très difficile voire impossible à contrôler. Il est possible que le patient/la patiente se blesse lui-même et l'administration de médicaments est souvent nécessaire.	3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légalement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

D. DÉPRESSION / DYSPHORIE (NA)

“ Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ?
Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois?”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1 Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
2. Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est déprimée?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
3. Le patient/la patiente se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu'il/elle a l'impression d'être un(e) raté(e) ?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
4. Le patient/la patiente dit-il/elle qu'il/elle est quelqu'un de mauvais ou qu'il/elle mérite d'être puni(e) ?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
6. Le patient/la patiente dit-il/elle être un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
7. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes de dépression ou de tristesse ?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette agitation.

FRÉQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITÉ

Léger : l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer par l'intervention du soignant.	1
Moyen : l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente et est difficile à soulager.	2
Important : l'état dépressif est très perturbant et stressant et est difficile voire impossible à soulager.	3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

G. APATHIE / INDIFFERENCE (NA)

“ Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l’entoure ? N’a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour participer aux activités ? Est-il devenu plus difficile d’engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux activités de groupe ?

NON Passez à la section suivante
dessous

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu de l’intérêt pour le monde qui l’entoure?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation? (ne coter que si la conversation est possible)	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
3. Le patient/la patiente manque-t-il/elle de réactions émotionnelles auxquelles on aurait pu s’attendre (joie lors de la visite d’un ami ou d’un membre de la famille, intérêt pour l’actualité ou le sport, etc.) ?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
5. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d’intérêt habituels ?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
6. Le patient/la patiente reste-t-il/elle sagement assise sans se préoccuper de ce qui se passe autour de lui?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d’autres signes indiquant qu’aucune activité nouvelle ne l’intéresse ?	• ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ •	
<i>Commentaires:</i>		

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette apathie / indifférence.

FRÉQUENCE

Quelquefois : moins d’une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITÉ

Léger : Le patient/la patiente manifeste parfois une perte d’intérêt pour les choses, mais cela affecte peu son comportement et sa participation aux activités.	1
Moyen : Le patient/la patiente manifeste une perte d’intérêt pour les choses qui ne s’atténue qu’à l’occasion d’événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille.	2
Important : Le patient/la patiente manifeste une complète perte d’intérêt et de motivation.	3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

ANNEXE 10

Tableau d'administration de l'NPI-ES

Phase A (Niveau de base)							
Semaine 1				NPI			
Semaine 2				NPI			
Semaine 3				NPI			
Phase B (Intervention)							
Semaine 4			X	NPI	X		
Semaine 5			X	NPI	X		
Semaine 6			X	NPI	X		
Semaine 7			X	NPI	X		
Semaine 8			X	NPI	X		
Semaine 9			X	NPI	X		
Sem 10			X	NPI	X		
Sem 11			X	NPI	X		
Phase A (Retrait)							
Sem 12				NPI			
Sem 13				NPI			
Sem 14				NPI			
Après 6 semaines							
Sem 20				NPI			
Après 12 semaines							
Sem 26				NPI			

X = Intervention multisensorielle**NPI = Administration du NPI-ES**