

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE
DE MONTPELLIER

Ergothérapie
et thérapie médiatisée par l'animal

**Quelle influence sur l'engagement dans l'activité des
personnes atteintes de troubles neurocognitifs dus à
la maladie d'Alzheimer ?**

Mémoire d'initiation à la recherche

U.E. 6.5 S6

Natalie KOLARIK

Mai 2017

Remerciements

« Sous la direction de Florine Levionnois

ergothérapeute en EHPAD La Carriera et Simone Gillet Demangel, maître de mémoire »

J'adresse mes sincères remerciements :

A Florine Levionnois, maître de mémoire, pour son accompagnement, son aide et son investissement tout au long de ce travail.

A Christel de Nays Candau, référente de mémoire, à Marie-Hélène Izard, directrice de l'IFE de Montpellier, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe pédagogique, pour leur aide et leurs conseils.

Aux ergothérapeutes interrogés, pour leur participation à mon étude et leur enthousiasme.

A Gaëlle, Marion, Raphaël, Bénédicte, ainsi qu'à ma famille, pour m'avoir aidée et soutenue.

Sommaire

Introduction	1
I. Problématique pratique.....	2
I. 1. Démence et troubles neurocognitifs dus à la maladie d'Alzheimer	2
I. 1. 1. Définition de la démence due à la maladie d'Alzheimer	2
I. 1. 2. Définition du trouble neurocognitif	2
I. 1. 3. Épidémiologie	3
I. 1. 4. Définition des troubles neurocognitifs dus à la maladie d'Alzheimer.....	4
I. 1. 5. Troubles du comportement et psychologique chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs dus à la maladie d'Alzheimer.....	4
I. 1. 6. Prise en charge des troubles neurocognitifs dus à la maladie d'Alzheimer	5
I. 2. Thérapie médiatisée par l'animal [TMA]	5
I. 2. 1. Définitions.....	5
I. 2. 2. Législation.....	6
I. 2. 3. Revue de la littérature scientifique	7
I. 3. Ergothérapie	9
I. 3. 1. Définitions.....	9
I. 3. 2. Utilisation de l'animal en ergothérapie, auprès de la population gériatrique	10
II. Problématique théorique	17
II. 1. Modèle de l'Occupation Humaine [MOH] (Kielhofner, 2008).....	17
II. 1. 1. Concept de l'occupation humaine (Kielhofner, 2008)	17
II. 1. 2. Fondements théoriques et objectifs du MOH	17
II. 1. 3. Définitions des composants du MOH.....	18
II. 1. 4. Choix du modèle.....	23
II. 2. Théorie de l'expérience optimale (Csikszentmihalyi, 1990/2004)	23
II. 2. 1. Caractéristiques de l'expérience optimale.....	24
II. 2. 2. Expérience optimale et activité « autotélique ».....	26
II. 2. 3. Facilitateurs et obstacles à l'expérience optimale	26
II. 2. 4. Choix de la théorie.....	27
II. 3. Concept de jeu et de créativité (Winnicott, 1971/1975).....	27
II. 3. 1. Concept de jeu	27
II. 3. 2. Jeu et médiation	29
II. 3. 3. Choix de la théorie.....	30
III. Méthodologie de recherche et résultats	31
III. 1. Méthode de recherche.....	31
III. 2. Élaboration de l'outil d'évaluation	31

III. 3. Choix de la population interrogée : critères d'inclusion et d'exclusion.	33
III. 4. Réalisation des entretiens	33
III. 5. Présentation des personnes interrogées	33
III. 6. Résultats	35
IV. Discussion.....	46
IV. 1. Discussion : analyse des résultats.....	47
IV. 1. 1. Etre : composants intrinsèques de la personne.....	47
IV. 1. 2. Environnement : composants extrinsèques de la personne	54
IV. 1. 3. Agir et synthèse de l'analyse des résultats.....	58
IV. 2. Réponse à la question de recherche	59
IV. 3. Conclusions de l'étude.....	60
IV. 4. Hypothèses de travail ultérieur	61
IV. 5. Limites de l'étude	61
Conclusion	62
Bibliographie	
Annexes	

Introduction

Mon intérêt pour la médiation animale a débuté lors d'une intervention à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier, où la richesse de son potentiel thérapeutique nous a été présentée. Une vidéo nous a également été projetée, montrant une personne âgée sans signe de communication apparent malgré les stimulations extérieures. Elle s'était finalement mise à interagir avec le chien-médiateur et nous pouvions aisément remarquer sa communication verbale et non-verbale ainsi qu'une certaine satisfaction de sa part.

Dans un contexte personnel, j'ai pu observer l'influence bénéfique des animaux domestiques sur mon entourage. En effet, j'ai remarqué à quel point les changements d'humeurs positifs étaient rapides et efficaces. Dans le cadre de la formation, la réalisation d'une revue de littérature m'a fait prendre conscience du faible nombre d'écrits scientifiques ergothérapeutiques sur ce sujet. Toutefois, d'autres articles scientifiques valident les bénéfices de cette thérapie dans certains contextes, notamment auprès de personnes atteintes de troubles neurocognitifs dus à la maladie d'Alzheimer. Tout ceci ajouté à mes stages en gériatrie, ainsi que l'enjeu de santé publique soulevé par cette pathologie, m'ont confortée dans le choix de cette population.

L'ensemble de ces éléments a alimenté ma curiosité et mon intérêt au point de les choisir comme sujet et de débiter mon mémoire d'initiation à la recherche avec la question d'étude : ***Quels intérêts présente l'utilisation de la thérapie médiatisée par l'animal en ergothérapie auprès des personnes atteintes de troubles neurocognitifs dus à la maladie d'Alzheimer ?***

L'approfondissement de ce questionnement à travers une problématique pratique m'amènera à la création d'une question de recherche. Celle-ci sera ensuite reliée à des notions théoriques développées au sein d'une problématique théorique. Ces notions constitueront, dans un troisième temps, la base de ma méthodologie de recherche. Enfin, une analyse réflexive des résultats obtenus me donnera les moyens d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche établie.

I. Problématique pratique

I. 1. Démence et troubles neurocognitifs dus à la maladie d'Alzheimer

I. 1. 1. Définition de la démence due à la maladie d'Alzheimer

D'après la dixième Classification Internationale des Maladies (CIM 10, 2008, p.108), la démence est « *un syndrome dû à une maladie cérébrale, habituellement chronique et progressive* » et est irréversible. La démence induit « *une altération de nombreuses fonctions corticales supérieures, telles que la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprendre, le langage et le jugement.* » (CIM 10, 2008, p.108). La démence due à la maladie d'Alzheimer est « *une maladie cérébrale dégénérative primitive d'étiologie inconnue dont la neuropathologie et la neurochimie sont caractéristiques. Elle débute habituellement de façon insidieuse et progresse lentement mais régulièrement en quelques années* » (CIM 10, 2008, p.108).

I. 1. 2. Définition du trouble neurocognitif

La catégorie « démence, délirium, troubles amnésiques et autres troubles cognitifs » présentée dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (4^{ème} éd.) [DSM-IV] est remplacée par « *les troubles neurocognitifs* » [TNC] dans la cinquième édition de ce manuel [DSM-V] (American Psychiatric Association [APA], 2015, p.699). Selon le DSM-V, les troubles neurocognitifs correspondent à des troubles de nature acquise « *dans lesquels le déficit clinique initial concerne les fonctions cognitives* » et dont « *les symptômes fondamentaux sont de nature cognitive* » (APA, 2015, p.699). Ce manuel précise ensuite que le terme 'démence' équivaut actuellement au 'trouble neurocognitif majeur'. En revanche, les TNC majeurs ne se limitent pas à la démence. Ainsi, la 'démence de type Alzheimer' correspond aux 'troubles neurocognitifs dus à la maladie d'Alzheimer' (APA, 2015).

a) Trouble neurocognitif majeur

Le DSM-V (APA, 2015, p.712) rappelle qu'il est important de spécifier l'étiologie du TNC (*maladie d'Alzheimer, à corps de lewy, lésion cérébrale traumatique, vasculaire, non spécifié, etc.*) puisque la symptomatologie sera différente. Il invite également à préciser s'il y a présence ou non de perturbations du comportement (« *symptôme psychotique, perturbation de l'humeur, agitation, apathie ou tout autre symptôme* ») (p.714) et la sévérité des difficultés rencontrées par l'individu concerné. Une sévérité légère du TNC majeur entraîne des « *difficultés dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (travaux ménagers, gestion de l'argent)* », une sévérité moyenne, « *des difficultés dans les activités de base de la vie quotidienne (manger, s'habiller)* » et une sévérité grave, une « *dépendance complète* » (APA, 2015, p.714).

Le premier critère diagnostique du TNC majeur (DSM-5, APA, 2015, p.710) est le « *déclin cognitif significatif par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivomotrices ou cognition sociale)* ». Ce critère est intéressant puisque l'ergothérapeute peut intervenir lorsque l'indépendance et l'autonomie sont altérées ou risquent de l'être.

Le deuxième critère diagnostique du TNC majeur confirme aussi la légitimité de l'intervention d'un ergothérapeute auprès de cette population. En effet, il indique que « *les déficits cognitifs interfèrent avec l'autonomie dans les actes du quotidien* », c'est-à-dire que la personne a au minimum besoin d'une aide « *dans les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne comme payer ses factures ou gérer la prise de ses médicaments* » (APA, 2015, p.710).

b) Trouble neurocognitif léger

Les critères diagnostiques du TNC léger diffèrent en quelques points du TNC majeur. Le critère A énonce que le déclin cognitif est modeste par rapport au niveau antérieur. Pour le critère B, « *les déficits cognitifs n'interfèrent pas avec les capacités d'autonomie dans les actes du quotidien (les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne (...)) sont préservées mais un plus grand effort, des stratégies compensatoires ou un aménagement peuvent être nécessaires* » (DSM-V, APA, 2010, p.714).

Le TNC léger permet le maintien de l'autonomie, même si cette dernière présente une altération, dans le sens où certaines tâches vont nécessiter plus de temps, ou des efforts plus conséquents, par rapport au fonctionnement antérieur du sujet (APA, 2015). En revanche, le TNC majeur diminue l'autonomie de manière à ce que l'entourage du malade soit dans l'obligation de réaliser les activités qu'il était capable d'effectuer seul avant (APA, 2015).

Afin de confirmer le choix des TNC dus à la maladie d'Alzheimer, nous allons étudier les données épidémiologiques de la démence.

I. 1. 3. Épidémiologie

D'après l'APA (2015), 60 à 90 % des démences sont imputables à la maladie d'Alzheimer (ce pourcentage varie en fonction du contexte et des critères diagnostiques). Les derniers chiffres de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale [INSERM] (2014) annoncent environ 900 000 individus touchés en France et une augmentation probable à 1,3 million en 2020, étant donné l'augmentation de l'espérance de vie. D'après l'OMS (Aide-mémoire 362, 2016), 47,5 millions de personnes sont atteintes de démence dans le monde et l'incidence mondiale est estimée à 7,7 millions nouveaux cas par an, soit 21 096 par jour. Un

communiqué de presse de l'OMS (Genève, 2012) estime un coût mondial annuel de 604 milliards de dollars américains, soit environ 564 milliards d'euros, pour les soins et traitements associés à cette pathologie.

Cette pathologie constitue un enjeu et un problème de santé publique. Du fait de ses données épidémiologiques, du fort pourcentage de démence associé à la maladie d'Alzheimer (APA, 2015), sans compter l'irréversibilité et l'évolutivité des symptômes. Ce syndrome impacte l'autonomie et l'indépendance des patients, nécessitant à terme l'aide de leur entourage, de soins médicaux et paramédicaux, ce qui confirme également le choix des TNC dus à la maladie d'Alzheimer. Nous allons donc maintenant traiter la définition du TNC lorsqu'il est dû à la maladie d'Alzheimer.

I. 1. 4. Définition des troubles neurocognitifs dus à la maladie d'Alzheimer

Les TNC dus à la maladie d'Alzheimer sont évolutifs, irréversibles et présentent des critères de diagnostic tels que la présence des critères du trouble neurocognitif (traités précédemment) et le début « *insidieux et une progression graduelle d'une altération dans un ou plusieurs domaines cognitifs (pour le TNC majeur, au moins deux domaines doivent être altérés)* » (APA, 2015, p.721).

Le déclin cognitif est présent « *dans la mémoire et l'apprentissage et dans au moins un autre domaine cognitif* » (APA, 2015, p.721)

I. 1. 5. Troubles du comportement et psychologique chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs dus à la maladie d'Alzheimer

Le DSM-V (APA, 2015, p.723) énonce que les symptômes tels que les troubles du comportement et psychologiques sont « *autant voire plus pénibles que les manifestations cognitives et représentent fréquemment la raison pour laquelle des soins sont sollicités* ».

Les symptômes de « *dépression et/ou d'apathie* » sont fréquemment observés au stade de TNC léger ou en début de stade majeur, tandis que durant le stade « *majeur moyennement sévère* » les symptômes les plus fréquents sont « *l'irritabilité, l'agitation, l'hostilité et la déambulation* » et des « *caractéristiques psychotiques* » (APA, 2015, p.723).

Des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé [HAS] à propos de la « *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées* » et de la « *prise en charge des troubles du comportement perturbateurs* » (2009, p.7) relatent que les troubles du comportement ont une « *origine multifactorielle* ». Ils peuvent être « *écologiques, liés à l'environnement et à l'entourage, aux aidants et aux professionnels ; propres à la personne (somatiques, personnalité) ; propres à la maladie (neurobiologiques, cognitifs)* ». La HAS rappelle également que ces facteurs « *sont souvent intriqués et interagissent entre eux* » (p.7), puis qu'il est

« *recommandé d'utiliser en première intention des techniques de soins non médicamenteuses* » (p.10). Nous allons à présent aborder la prise en charge de cette pathologie, notamment à travers les interventions non-médicamenteuses.

I. 1. 6. Prise en charge des troubles neurocognitifs dus à la maladie d'Alzheimer

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé [HAS] (2011), il existe deux grandes catégories de prise en charge de la « *maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées* » tels que les traitements médicamenteux et non-médicamenteux. La première catégorie a pour objectif d'essayer de ralentir l'évolution de la pathologie avec des traitements pharmacologiques. La deuxième catégorie comprend des interventions portant sur la qualité de vie, la cognition, l'activité motrice, le comportement et sur la prise en charge psychologique et orthophonique.

D'après l'HAS (2011, p.18), la qualité de vie dépend du « *confort physique et psychique* » et d'un « *environnement adapté* ». Au niveau de la prise en charge motrice, l'HAS (2011, p.19) exprime que « *l'exercice physique (...) pourrait avoir un effet positif non seulement sur les capacités physiques et la prévention du risque de chute, mais aussi sur certaines mesures cognitives (...) et certains aspects du comportement* ». Ensuite, les interventions portant sur le comportement peuvent être « *la musicothérapie, l'aromathérapie, la stimulation multisensorielle, (...) la thérapie assistée d'animaux, les massages, la thérapie de présence simulée (vidéo familiale) et la luminothérapie* ».

Nous allons donc étudier la « *thérapie assistée d'animaux* », que nous nommerons « *thérapie médiatisée par l'animal* », pour des raisons explicitées par la suite. Abordons à présent la définition de la thérapie médiatisée par l'animal, le cadre législatif de son utilisation, puis ses potentiels thérapeutiques démontrés scientifiquement auprès de la population gériatrique, notamment celle atteinte de TNC dus à la maladie d'Alzheimer.

I. 2. Thérapie médiatisée par l'animal [TMA]

I. 2. 1. Définitions

Dans la Thérapie Médiatisée par l'Animal [TMA], l'animal est un médiateur entre le patient et le thérapeute. En effet, un médiateur est une « *personne ou chose qui sert d'intermédiaire, de lien, entre deux ou plusieurs entités* » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [CNRTL], n.d.). Comme le souligne aussi l'Institut Français de Zoothérapie [IFZ] (n.d.) à travers leur rubrique « *zoothérapie de A à Z* » (para.1), l'animal « *ne guérit pas* » et « *n'est pas un thérapeute* », c'est « *un médiateur* ». Il doit donc être « *consciencieusement sélectionné et éduqué* ». L'IFZ précise qu'il s'agit de thérapie médiatisée par l'animal. Le terme de Thérapie Assistée par l'Animal [TAA] est fréquemment utilisé, mais il

me paraît plus judicieux de mettre en avant la notion de ‘médiation’ étant donné que l’animal est un médiateur thérapeutique. Nous allons à présent aborder la définition de la TAA (équivalente à la TMA) de l’International Association of Human-Animal Interaction Organizations [IAHAIO].

L’IAHAIO est une association internationale fondée en 1990 afin de rassembler des associations nationales et des organisations qui cherchent à faire progresser la compréhension et l’appréciation des interactions homme-animal. Le « livre blanc », publié par l’IAHAIO en 2014, aborde les définitions des interventions assistées par l’animal et un guide pour le bien-être des animaux impliqués. Il comprend en effet la définition suivante, sur la TAA :

« La thérapie assistée par l’animal est une intervention thérapeutique reposant sur des objectifs (thérapeutiques). Elle est utilisée dans le cadre de la Santé, de l’Éducation ou par des professionnels de santé. Les progrès observés grâce à cette intervention sont mesurés et consignés dans des documents professionnels (compte-rendu, transmission). (...) La TAA est conçue pour promouvoir l’amélioration du fonctionnement physique, cognitif, comportemental et/ ou socio-émotionnel de la personne bénéficiaire. » (IAHAIO, 2014, p.5).

Nous aborderons plus tard les similitudes entre cette définition et le processus d’intervention de l’ergothérapeute. Nous allons maintenant nous intéresser au cadre législatif de l’utilisation de l’animal en thérapie.

I. 2. 2. Législation

Une profession réglementée est une « *profession dont l’exercice requiert la possession d’un diplôme ou une autre condition formelle de qualification* » (Service public, 2015). Actuellement, il n’existe pas de profession réglementée de « zoothérapeute », que ce soit en France (Centre International d’Etudes Pédagogiques [CIEP], n.d.) ou au Québec (Office des Professions du Québec [OPQ], 2015). Ceci valide le fait que la médiation par l’animal se réfère à un moyen thérapeutique pour des professionnels de santé, et donc que l’ergothérapeute peut l’utiliser.

Il existe évidemment des intervenants en médiation animale (IFZ, n.d.), mais n’étant pas forcément thérapeutes de formation initiale, leurs interventions sont alors considérées comme des Activités Assistées par l’Animal [AAA] (IAHAIO, 2014, p.5), c’est-à-dire qu’aucun objectif thérapeutique n’est poursuivi. L’article d’un ergothérapeute (Simon, 2011) souligne l’intérêt d’être thérapeute, en effet, il rappelle la nécessité de bien connaître les patients et leurs pathologies afin d’établir des objectifs thérapeutiques cohérents, puis de pouvoir évaluer les évolutions pour ajuster l’accompagnement thérapeutique.

Connaissant le cadre législatif et d'intervention de la médiation par l'animal, nous allons à présent aborder ses bénéfices thérapeutiques selon l'état actuel de la recherche scientifique.

I. 2. 3. Revue de la littérature scientifique

A travers cette revue de la littérature, les études scientifiques sélectionnées portent sur l'utilisation d'animaux à des fins thérapeutiques auprès de personnes âgées. Les thérapies ou activités sont majoritairement réalisées en groupe. Lorsqu'un « groupe contrôle » est intégré au cœur d'une étude il sera nommé comme ceci et le groupe recevant la thérapie médiatisée par l'animal [TMA] sera nommé « groupe expérimental ». Certaines études parlent de « chien résident » et de « chien visiteur ». Le premier vit constamment dans la structure, le second est amené ponctuellement dans la structure par un professionnel. Le choix des études s'est réalisé suivant des critères d'exclusions tels qu'une population trop éloignée du cadre de mon mémoire (âge, pathologie) ainsi qu'un échantillon trop faible (inférieur à 5).

a) Sphère motrice

Au cours de l'étude de Herbert et Greene (2001), la distance parcourue des individus était plus élevée durant leur activité préférée que pour celle la moins appréciée. Cette distance était aussi plus élevée quand les résidents marchaient avec le chien que seul. Une plus grande appréciation d'une activité engendre alors des meilleures performances. Ainsi, les personnes appréciant la présence voire le contact avec l'animal, vont montrer de meilleures capacités motrices. De plus, une récente expérience (Olsen, Pedersen, Bergland, Enders-Slegers et Ihlebæk, 2016) comparant les scores avant et après un programme de trois mois, a illustré une amélioration de l'équilibre des patients du groupe expérimental. Les évaluations réalisées trois mois après la fin du programme relatent le maintien d'un taux plus élevé que celui évalué initialement. Selon Mossello et al. (2011), l'activité motrice et l'attraction pour l'environnement ont augmenté durant l'activité médiatisée par l'animal, en comparaison avec l'activité avec peluche et la journée habituelle.

b) Sphère psycho-comportementale

- Troubles de l'humeur, vigilance et confusion

L'étude de Mossello et al. (2011) a démontré une diminution de la tristesse, une élévation de la vigilance générale et celle du plaisir. Selon l'expérience de Crowley-Robinson, Fenwick et Blackshaw (1996), les taux élevés de confusion ont fortement diminué dans le groupe avec le chien résident. Des taux de vigueur élevés ont augmenté dans les trois groupes (groupe chien visiteur, chien résident et groupe contrôle) et les scores élevés de fatigue ont décliné chez les

deux groupes expérimentaux (groupe chien visiteur et chien résident). La réduction des taux de dépression est aussi apparue chez le groupe du chien résident et le groupe contrôle.

Selon l'étude de Moretti et al. (2011), le groupe expérimental et contrôle ont tous deux amélioré leurs scores au niveau de la dépression et des troubles cognitifs. Ainsi, nous pouvons au moins attendre des résultats similaires entre la TMA et une thérapie habituelle. Sachant l'évolutivité et l'irréversibilité des troubles neurocognitifs dus à la maladie d'Alzheimer, nous pouvons espérer de la TMA un ralentissement de l'évolution de la gravité de certains symptômes. Une étude (Holcomb, Jendro, Weber et Nahan, 1997) a aussi révélé que l'utilisation d'une volière était associée à une atténuation de la dépression. D'après les auteurs, ce serait grâce à l'amplification des interactions sociales induites par la mise en place de la volière.

- Agitation et agressivité

Les résultats de l'expérience de Majić, Gutzmann, Heinz, Lang et Rapp (2013) relatent une constance dans le déclin de la fréquence et la sévérité des symptômes de dépression et d'agitation/agression, chez le groupe ayant reçu le traitement anti-protéine TAU en plus de la thérapie médiatisée par l'animal. Chez le groupe contrôle, ayant reçu uniquement le traitement médicamenteux, la diminution de la dépression fut bien moins probante. Ainsi, l'adjonction de la TMA a permis d'intensifier les effets des traitements pharmacologiques.

Churchill, Safaoui, McCabe, et Baun (1999) affirment que la présence du chien pendant la thérapie réduit l'agitation des patients. Les résultats de Richeson (2003) confirment que la TMA atténue l'agitation verbale, les comportements agressifs et les comportements physiques non-agressifs. Walsh, Mertin, Verlander et Pollard (1995) ont démontré un niveau d'intensité sonore (cri, etc.) moindre chez le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle. McCabe, Baun, Speich et Agrawal (2002) ont également confirmé un déclin des troubles du comportement. Enfin, Kanamori et al. (2001) et Crowley-Robinson et al. (1996) ont également démontré une diminution de l'agressivité.

- Anxiété

Les résultats de Nepps, Stewart et Bruckno (2011), Mossello et al. (2011) et Kanamori et al. (2001) ont démontré une involution de l'anxiété des patients avec la TMA. Ils ont également démontré la diminution du rythme cardiaque et de la souffrance. L'étude de Crowley-Robinson et al. (1996) a également démontré que les taux élevés d'anxiété diminuent chez le groupe du chien résident et du chien visiteur.

c) Sphère sociale

Les résultats de Banks et Banks (2002) montrent que le sentiment de solitude était plus bas chez les patients ayant eu la TMA. Il n'y a pas eu de différence entre le groupe recevant la

TMA trois fois par semaine et celui qui le reçoit une fois par semaine. L'étude de Churchill et al. (1999) révèle que la présence du chien majore le taux des sourires, regards, contacts physiques et des verbalisations. Les durées des sourires, regards et verbalisations seraient aussi plus longues. Kongable, Buckwalter et Stolley (cité par Poujol, 2009) ont trouvé des résultats similaires, tel que l'augmentation du nombre de sourires, des rires, des regards, du toucher et des verbalisations. Selon Kongable et al. (cité par Poujol, 2009), il n'y avait pas de différence entre les activités avec le chien résident et visiteur, ni entre les activités de groupe et individuelles. Mossello et al. (2011) ont pu affirmer une croissance de la communication. Perelle et Granville (1993) ont également découvert une telle majoration des comportements sociaux, et ce, même un mois après l'arrêt de l'expérience.

D'après Fick (1993), une différence s'est révélée entre la présence et l'absence du chien, en effet, les interactions sociales entre les personnes étaient beaucoup plus présentes. L'étude de Richeson (2003) a également démontré cette augmentation des interactions sociales. Au cours de l'étude de Bernstein, Friedmann et Malaspina (2000), il a été démontré que les conversations brèves sont plus fréquentes dans les activités non associées à un animal, tandis que les conversations longues le sont plus dans les TMA. Il y a eu trois fois plus d'initiations de conversations longues chez les patients ayant participé à la TMA que chez ceux du groupe contrôle. Par ailleurs, le nombre de contacts physiques avec l'animal s'est révélé important, même chez les patients semi-alertes ou non-alertes, ce qui a permis au thérapeute de travailler plus aisément les fonctions motrices et psychomotrices.

L'utilisation d'une médiation par l'animal présente un large potentiel thérapeutique, tant au niveau des sphères motrice, psycho-comportementale, cognitive que sociale. Il est alors intéressant d'étudier les fonctions qu'elle revêt au sein du cadre de la pratique ergothérapique, notamment auprès de la population gériatrique atteintes de TNC.

I. 3. Ergothérapie

I. 3. 1. Définitions

D'après l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, l'ergothérapeute est « *un professionnel de santé* » qui intervient dans « *un environnement médical, professionnel, éducatif ou social* » (p.170). Les activités thérapeutiques qu'il met en place « *permettent aux personnes de conserver ou développer leur potentiel physique, cognitif, sensoriel, psychique et relationnel, d'indépendance et d'autonomie* » (p.170). Il réalise des évaluations globales initiales mais aussi il « *évalue la personne en activité dans son environnement* » et il « *rend compte de son intervention et de ses résultats aux bénéficiaires et*

aux différents intervenants concernés » (p.170). Par conséquent, la pratique ergothérapique correspond aux exigences de l'IAHAIO (2014) quant au cadre de l'utilisation de la médiation par l'animal. (Rappel de la définition de l'utilisation de la médiation animale de l'IAHAIO (2014) dans le tableau 1)

Toutefois, à travers l'utilisation d'une médiation par l'animal, l'ergothérapeute ne s'arrête pas à la promotion de l'amélioration de certaines fonctions (motrices, cognitives, sociales, etc). L'ergothérapeute fonde sa pratique sur la relation entre la Santé et l'Activité et sur la triangulation « personne – activité – environnement » (Arrêté 5 juillet 2010). Il « *évalue les intégrités, les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes* », tout en prenant en compte « *les âges, les données pathologiques, les environnements humains et matériels, et les habitudes de vie* » (p.170). Son objectif est de « *maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes* » (Arrêté du 5 juillet 2010, p.170).

L'ergothérapeute peut également conseiller et adapter des « *éléments liés à la personne, à l'activité ou à l'environnement pour favoriser une activité adaptée et sécurisée et lutter contre les situations de handicap* » (p.170). Il peut également préconiser et utiliser « *des appareillages de série, des aides techniques ou animalières et des assistances technologiques* » (Arrêté du 5 juillet 2010, p.170).

De plus, il « *exploite le potentiel thérapeutique de l'activité en permettant aux personnes de s'engager dans des activités qui sont importantes pour elles selon leur environnement humain et matériel, leur histoire et leur projet de vie* » (p.170). Les activités thérapeutiques mises en place peuvent être « *à visée de soins personnels, de productivité ou de loisirs* » et elles « *développent les capacités résiduelles, sollicitent les ressources d'adaptation et d'évolution* » (p.170) et ainsi maintiennent ou favorisent l'indépendance et l'autonomie (Arrêté du 5 juillet 2010). La TMA comprend principalement des activités de productivité et de loisirs. Nous allons à présent préciser l'utilisation de la TMA en ergothérapie auprès des personnes âgées, notamment celle atteinte de TNC dus à la maladie d'Alzheimer.

I. 3. 2. Utilisation de l'animal en ergothérapie, auprès de la population gériatrique

D'après Breuil (2016), les effets des thérapies médiatisées par l'animal vont dépendre de « *la personne, de son passé, de la relation qu'elle avait avec les animaux, de l'image que lui renvoie le chien, de la rencontre, du comportement du chien et du contexte dans lequel il est introduit* ». Il est aussi nécessaire de respecter certaines contre-indications (Breuil, 2016),

comme la présence d'allergie, l'absence d'intérêt envers l'animal, ou encore le refus d'être en contact avec l'animal, comme le souligne Simon (2011). La réussite de la mise en place de ce type de projet dépend également de la collaboration de l'ensemble des professionnels de la structure (Breuil, 2016).

D'après Ferrese, Forster, Kowalski et Wasilewski (cité par Velde, Cipriani et Fisher, 2005), une utilisation fructueuse de l'animal implique qu'il soit judicieusement choisi en fonction des objectifs thérapeutiques et requiert une approche holistique et centrée sur le patient. L'ergothérapeute se doit d'optimiser au maximum l'utilisation de l'animal au cours de la thérapie (Ferrese et al., cité par Velde et al., 2005). C'est un médiateur vivant qui alimente les interactions et divers processus thérapeutiques (Simon, 2011).

a) Environnement et relation thérapeutique

Auprès de la population gériatrique, l'utilisation de la TMA en ergothérapie favorise la création d'un environnement plus familial (Ferrese et al., cité par Velde et al., 2005), agréable et sécurisant propice aux interactions sociales (Fick, 1993 ; Simon, 2008). L'association d'animaux à certaines activités thérapeutiques facilite la relation « patient-thérapeute » grâce à un objet commun extérieur et non-humain (Ferrese et al, cité par Velde et al., 2005). Dans le même sens, Fike, Najera, et Dougherty (2012) affirment que l'ergothérapeute paraît bien plus accessible et que cela facilite la prise de contact, mais aussi que l'intérêt des personnes, envers les thérapies proposées, est plus rapidement suscité.

Simon (2011, p.227) précise l'importance de travailler l'aspect qualitatif de la relation thérapeutique, dans son « *versant émotionnel* » auprès des patients atteints de TNC, puisque, s'il s'avère qu'un patient ne comprend plus notre fonction, il demeure réceptif à notre bienfaisance et peut en conserver un « *souvenir émotionnel* » (p.227), ce qui influence favorablement la relation thérapeutique. Une étude scientifique de Guzmán-Vélez, Feinstein, et Tranel (2014), confirme en effet la persistance de la vie émotionnelle des patients atteints de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, malgré l'involution des capacités mnésiques.

La présence d'un animal peut rapprocher le contexte thérapeutique à un contexte plus familial et sécurisant. De plus, la relation thérapeutique de confiance est facilitée et maintenue au moins dans son aspect émotionnel. Par conséquent, l'utilisation de l'animal crée un contexte propice à l'accompagnement thérapeutique et à la réalisation des activités thérapeutiques.

b) Sphère cognitive

Dans le cas de la population gériatrique atteinte de TNC, la thérapie médiatisée par l'animal ne permet pas une rééducation de la sphère cognitive au sens propre, étant donné

l'aspect évolutif et irréversible de la pathologie. Elle contribue plutôt à évaluer les capacités restantes et à les maintenir le plus longtemps possible (Simon, 2011). L'utilisation de TMA permet la réalisation de mise en situation réelle du patient, permettant de ce fait l'apparition de certaines capacités qui semblaient être perdues.

Les ergothérapeutes utilisent la médiation par l'animal pour stimuler le retour des souvenirs (Breuil, 2016 ; Ferrese et al. (cité par Velde et al., 2005) ; Simon, 2008). Ils l'utilisent aussi pour maintenir les capacités d'organisation, d'anticipation, de planification et pratiques (Breuil, 2016 ; Ferrese et al. (cité par Velde et al., 2005) ; Simon, 2011), par exemple, à travers la planification des différentes tâches nécessaires pour servir de l'eau à l'animal (Simon, 2011), mettre ou enlever le harnais du chien, choisir et utiliser le bon matériel (Normandeau et Rondeau, 2008), ou encore élaborer des séquences d'ordres à donner au chien (Breuil, 2016).

Les ergothérapeutes (Breuil, 2016 ; Simon, 2008 et 2011) s'attellent également à maintenir l'autonomie des personnes atteintes de TNC à travers la stimulation de l'orientation temporo-spatiale, des gnosies et praxies, des capacités de restitutions ou encore en favorisant les transferts des acquis. Par ailleurs, « *maîtriser l'utilisation d'outils de toilette pour un chien peut favoriser l'établissement d'une routine de soins personnels pour le (patient)* » d'après Ferrese et al. (cité par Velde et al., 2005, p.46). Simon (2008, p.15) stimule les praxies en invitant la personne à « *brosser le chien, lui donner à boire, mettre son body, enlever le collier* » et les gnosies à travers des « *manipulations de balles, brosses, gants, bouteilles d'eau* », en appariant des objets, en réalisant des associations par couleurs. Il sollicite aussi les fonctions cognitives en demandant de restituer le prénom de l'animal, de nommer la couleur de son pelage et des différentes parties de son corps, de « *reconnaître la balle la plus petite, de lire une consigne écrite, de mémoriser un parcours à réaliser avec l'animal* » (Simon, 2011, p.224).

Afin de varier les stimulations, Simon (2011) a aussi « *créé différents supports de jeux tels que Memory, puzzles, dominos, cartes à appairer... à partir de photos* » du chien qu'il utilise dans ses thérapies (2011, p.224). Enfin, il semblerait que la vigilance, la concentration et l'attention de ces personnes soient maintenues plus longtemps lors des TMA (Ferrese et al., cité par Velde et al., 2005).

Les ergothérapeutes utilisent donc l'animal à travers des activités ludiques et agréables, pour favoriser le maintien des capacités cognitives, dans la mesure du possible, des personnes âgées atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer.

c) Sphère sensorielle

D'après Simon (2011), il est essentiel de solliciter la sphère sensorielle notamment auprès des populations vieillissantes qui peuvent en présenter une altération. De plus, avec

l'institutionnalisation, il arrive fréquemment que les contacts physiques (hors soins) s'appauvrissent. L'utilisation de TMA permet la stimulation de la sensorialité amenant ainsi le patient à recueillir les informations de l'environnement, à s'adapter et à interagir (Kohler, 2009). La médiation par l'animal offre de nombreux stimuli tactiles (Breuil, 2016 ; Simon, 2008), puis auditifs, visuels et olfactifs dans une moindre mesure (Breuil, 2016). Par exemple, le chien vient se frotter, pose sa tête sur les jambes ou les bras, puis la personne peut le caresser, le repousser, l'embrasser, etc (Simon, 2011). Cette sollicitation sensorielle induit également une pluralité d'émotions (Simon, 2011).

La perception et le traitement des informations sensorielles permettent aux personnes d'interagir avec leur environnement et d'adapter leurs interactions. En associant l'animal à certaines thérapies, l'ergothérapeute peut ainsi apporter à ses patients l'envie d'interagir, de l'apaisement et/ou du bien-être.

d) Sphère motrice

L'ergothérapeute met fréquemment en jeu la sphère physique à travers ses thérapies, en effet, l'utilisation d'un animal peut encourager les patients à se mobiliser (Breuil, 2016 ; Normandeau et Rondeau, 2008). Lorsque l'ergothérapeute modifie les objets nécessaires aux soins de l'animal et qu'il adapte l'environnement pour faciliter la participation, il contribue ainsi au maintien d'une activité significative pour la personne (Ferrese et al., cité par Velde et al., 2005). Par ailleurs, lorsqu'une douleur est présente et est inévitable, la présence d'animaux augmente la tolérance à la mobilisation physique (Ferrese et al., cité par Velde et al., 2005). En effet, lorsque le patient est totalement focalisé sur l'animal et que l'activité lui est très plaisante, le patient détourne plus aisément son attention de ses douleurs ou autres problématiques.

Le développement de la motricité globale est stimulé (Kohler, 2009), dont la locomotion (Simon, 2008 ; Simon, 2011) et les transferts (Normandeau et Rondeau, 2008). Les ergothérapeutes (Breuil, 2016, Normandeau et Rondeau, 2008 ; Simon, 2008 ; Simon, 2011) mettent en place des activités de prévention des chutes au cours de leurs thérapies médiatisées par l'animal. Simon (2008, p.16) sollicite l'équilibre des patients à travers des mouvements de ramassages, de « *déséquilibre-rééquilibrage* » induit par des jeux de balle et des « *parcours de marche* ». Normandeau et Rondeau (2008) utilisent des chiens pour le réentraînement de la marche et émettent l'hypothèse que la marche accompagnée du chien apporte une fluidité qui recrute efficacement les fonctions motrices. La vitesse de marche s'améliore tout comme l'endurance cardio-respiratoire et musculaire ainsi que la coordination (Normandeau et Rondeau, 2008). L'étude de Herbert et Greene (2001) a d'ailleurs démontré que la distance de marche augmente lorsque les personnes sont accompagnées d'un chien, au vu de la motivation que cela

leur procure. Enfin, l'équilibre et l'automatisme à la marche sont facilités car l'utilisation du chien permet d'éviter les « *consignes verbales* » contournant ainsi certains « *déficits cognitifs qui interfèrent souvent avec la réadaptation motrice* » (Normandeau et Rondeau, 2008, p.3).

A travers l'utilisation de la médiation par l'animal, Simon (2008, 2011) cherche à améliorer ou maintenir des mouvements fins et précis, et des capacités de préhensions. En effet, la majorité des actions réalisées développe les habiletés motrices des membres supérieurs et ces actions sont motivées par le plaisir à interagir avec l'animal (Normandeau et Rondeau, 2008). Par la même occasion, les amplitudes articulaires sont améliorées ou maintenues (Ferrese et al. (cité par Velde et al., 2005) ; Simon, 2011).

Par conséquent, il va être primordial pour l'ergothérapeute, de « *(planifier) ses activités thérapeutiques* » pour positionner « *le chien et l'utilisateur de façon à provoquer le mouvement ou le déplacement recherché* » (Normandeau et Rondeau, 2008, p.3). Cette organisation amène à « *travailler des points précis de rééducation* » (Simon, 2008, p.16) en contournant certains déficits de compréhension. L'attitude de l'ergothérapeute et de l'animal doit permettre également l'« *expression corporelle* » (Simon, 2008, p.15) car les nombreux échanges tactiles vont stimuler les domaines émotionnels, communicationnels et sociaux, que nous allons traiter par la suite.

e) Sphère psycho-comportementale

L'utilisation de la médiation par l'animal en séance d'ergothérapie auprès des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer permet l'entretien des affects (Breuil, 2016) et peut désamorcer des troubles du comportement (Simon, 2008). En effet, le bien-être émotionnel est amélioré, les patients sont plus détendus et plus souriants (Ferrese et al., cité par Velde et al., 2005). Les tensions et l'anxiété peuvent également être diminuées (Breuil, 2016). Par ailleurs, les patients peuvent, à travers cette médiation, extérioriser leurs affects qui sont généralement très abondants, ralentissant ainsi les risques de repli-sur-soi (Simon, 2008).

Simon (2011) met en œuvre les notions de confiance, d'estime de soi et d'identité personnelle. Il cherche à maintenir le sentiment d'existence de la personne en lui faisant prendre conscience qu'elle « *suscite l'intérêt (le chien vient (la) voir et recherche (ses) caresses)* », qu'elle a des capacités (elle effectue des soins) et qu'elle est importante, donc qu'elle a de la valeur (Simon, 2011, p.225). Aussi, il valorise le patient et lui permet d'exprimer l'ensemble de sa personnalité. Sa pratique amène le patient à prendre de la distance avec ses problématiques et ainsi se redécouvrir. Par ailleurs, quand les soignants participent aux TMA, ils prennent conscience des capacités des patients, ce qui change leur vision. En sachant mieux comment solliciter le patient, les comportements pathologiques peuvent diminuer (Simon, 2011).

A travers l'utilisation de la TMA, le rapport habituel du soignant avec le patient, de par son devoir de le « prendre en charge », s'intervertit en faveur du patient, puisque celui-ci peut à son tour prendre en charge l'animal, d'autant plus que l'animal ne peut pas le faire tout seul (Simon, 2008). Les ergothérapeutes responsabilisent les patients âgés à travers différentes activités de soins mais aussi en amenant à faire respecter les horaires et quantités pour l'alimentation de l'animal, afin qu'il reste en bonne santé (Breuil, 2016 ; Simon, 2011). Divers soins peuvent être apportés à l'animal, tels que des soins oculaires, d'oreilles, du pelage ; cela attribue aux patients un « pouvoir d'action » afin de les revaloriser (Simon, 2008). Pour les individus ayant perdu la majorité de leurs responsabilités ou leurs rôles, l'utilisation de thérapies médiatisées par l'animal peut leur transmettre un sentiment d'être utile (Ferrese et al., cité par Velde et al., 2005).

La participation des personnes âgées peut être augmentée grâce à la sphère motivationnelle. Simon (2008) et Ferrese et al. (cité par Velde et al., 2005) relatent une majoration de l'adhésion aux soins grâce à la TMA. Il y a d'ailleurs une majoration du temps passé en thérapie (par les personnes âgées) lorsque les animaux sont présents (Ferrese et al., cité par Velde et al., 2005). La TMA apporte un plaisir qui favorise la thérapie dans ses aspects les moins appréciés, comme la réalisation de mouvements répétitifs (Normandeau et Rondeau, 2008). La présence de l'animal peut s'avérer très significative et motivante pour certaines personnes âgées, ainsi, la TMA permet le maintien d'activités significatives dans leur vie (Breuil, 2016 ; Ferrese et al., cité par Velde et al., 2005). Les animaux offrent aussi un support ludique très utile à l'ergothérapie (Normandeau et Rondeau, 2008 ; Simon, 2008 ; Simon, 2011).

f) Sphère sociale

L'utilisation de la TMA en ergothérapie facilite la stimulation de la communication verbale et/ou non-verbale des personnes âgées (Breuil, 2016 ; Simon, 2011). Fick (1993) a observé l'augmentation des fréquences de communications verbales entre les patients et la présence d'une communication non-verbale avec le chien. L'introduction d'animaux dans la thérapie est génératrice de verbalisation, mais surtout, encourage les échanges verbaux et corporels (Simon, 2008). La création d'une « aire de jeu » permet au patient « un retour à des relations corporelles (...) et tactiles » (Simon, 2008, p.15). Le comportement du chien et du thérapeute doit permettre « l'expression corporelle » du patient et doit offrir un « environnement apte à (la) recevoir » (p.15). La « relation à l'Autre » peut alors redémarrer car le « langage corporel est investi » dans une activité agréable et positive (Simon, 2008, p.15). L'utilisation de la TMA permet donc le développement d'interactions qui se construisent sur de nouvelles bases communicationnelles, ôtant ainsi l'isolement induit par les troubles de communication, au moins

pendant la TMA (Simon, 2008). Le chien réagit aux regards, à la voix, au contact physique et aux mouvements corporels de l'Homme, procurant de ce fait, diverses rétroactions dénuées de sémantique (Simon, 2011, p.224).

La présence du chien (Fick, 1993) et la création de groupes fermés (environ 3 personnes) peuvent créer un environnement sécurisant propice aux interactions sociales (Simon, 2008). D'après Simon (2008), nous pouvons agir sur le désamorçage du repli-sur-soi et sur la désafférentation sociale. Ferrese et al. (cité par Velde et al., 2005) rapportent l'amélioration des relations sociales entre résidents et avec les professionnels. Les échanges sont favorisés par le partage d'histoires (présentes ou passées) qui persistent même après les TMA (Fick, 1993). Enfin, le maintien des conversations est moins compliqué puisque la présence de l'animal offre un support à la communication (Ferrese et al., cité par Velde et al., 2005).

L'évolution des troubles neurocognitifs dus à la maladie d'Alzheimer, ainsi que leurs impacts sur la communication et la sphère psycho-comportementale, entraînent une diminution progressive de l'autonomie et de l'engagement dans l'activité des personnes atteintes. Ceci peut provenir de la diminution des capacités, de la perte des rôles et des responsabilités, de la diminution de la motivation, ou provenir de troubles du comportement qui perturbent la réalisation d'activités tels que l'agitation, l'agressivité et l'anxiété.

D'après les études scientifiques et les expériences des ergothérapeutes que nous avons traitées, l'utilisation de la thérapie médiatisée par l'animal semble faciliter l'établissement d'un cadre rassurant et suscitant la motivation des personnes âgées. L'utilisation de TMA peut également concourir à la sollicitation des capacités sensorielles, motrices, cognitives et sociales, ainsi qu'à l'apaisement de certains troubles du comportement.

Au vu des objectifs de l'ergothérapeute quant au maintien des capacités, de l'autonomie, de l'indépendance et de la participation aux activités, je m'interroge sur la mesure dans laquelle l'ergothérapeute peut favoriser l'engagement dans l'activité des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, notamment à travers son utilisation de la TMA. Tout cela m'amène à établir la question de recherche suivante :

En quoi l'ergothérapeute, à travers l'utilisation de thérapies médiatisées par l'animal, favorise l'engagement dans l'activité des personnes atteintes de troubles neurocognitifs dus à la maladie d'Alzheimer ?

II. Problématique théorique

Les théories, concepts et modèles conceptualisent la question de recherche. Ils apportent une qualité et une valeur scientifique fondamentale à la réalisation d'une étude scientifique. Ils structurent le raisonnement et offrent des fondations de qualité à l'élaboration d'outils de recherche. Dans un premier temps, nous allons traiter le concept de l'occupation humaine, de l'engagement dans l'activité et de la pratique ergothérapique à travers le Modèle de l'Occupation Humaine [MOH] de Kielhofner (2008). Nous étudierons ensuite le concept de l'expérience optimale de Csikszentmihalyi (1990/2004) afin d'approfondir le concept d'engagement dans l'activité. Nous finirons sur la théorie du jeu et de l'expérience créative de Winnicott (1971/1975) afin de traiter le concept de médiation.

II. 1. Modèle de l'Occupation Humaine [MOH] (Kielhofner, 2008)

Avant d'étudier le modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2008) nous allons aborder le concept de l'*occupation humaine*. En effet, la sémantique québécoise du terme « occupation » diffère de celle française, il est alors important de la définir.

II. 1. 1. Concept de l'occupation humaine (Kielhofner, 2008)

Selon Kielhofner (2008), le concept de l'occupation humaine fait référence à la réalisation d'activités de la vie quotidienne, de loisirs et de productivité, dans un contexte temporel, physique et socio-culturel ; ces activités caractérisent une grande partie de la vie humaine. Pour Kielhofner (2008), les **activités de la vie quotidienne** sont les tâches requises pour prendre soin de soi (soins d'hygiène, alimentation, tâches domestiques, ...), les **loisirs** se réfèrent aux activités réalisées pour le plaisir personnel (jeu, sport, loisirs/passe-temps, ...) et les activités de **productivité** correspondent à des activités, rémunérées ou non, fournissant des produits ou services à d'autres personnes, tels que des connaissances, de l'aide, une protection, du divertissement, des objets (utiles ou artistiques). Ces activités de productivité résultent des rôles assignés à la personne (employé, étudiant, bénévole, parent,...) (Kielhofner, 2008).

Le contexte social, physique et culturel produit et module un large panel d'activités qui composent l'occupation humaine. Le MOH est fondé sur ce concept et accorde également une place centrale à la personne (Kielhofner, 2008). Nous allons ainsi définir plus amplement ce modèle et ses objectifs.

II. 1. 2. Fondements théoriques et objectifs du MOH

Le MOH (Kielhofner, 2008) est un modèle ergothérapique centré sur la personne, ses activités et son environnement [Schéma 1]. Il prend en compte la personne dans sa globalité mais

aussi dans sa singularité. Kielhofner (2008) précise que l'être humain a un grand besoin de réaliser diverses activités, qu'il doit répondre et s'adapter à diverses exigences de la vie et de la société. Par conséquent, les interactions et occupations humaines construisent une grande partie de l'être humain.

A travers le MOH, Kielhofner (2008) s'est alors intéressé au *processus* qui amène l'être humain à participer à des occupations humaines. Les objectifs de ce modèle sont d'apporter une meilleure compréhension de la personne, du processus complexe et dynamique qui l'amène à agir, mais aussi de ce qui peut limiter et modifier son engagement dans les activités. En effet, des changements peuvent s'imposer dans la vie d'une personne dus à une maladie et/ou à des situations de handicap. Le MOH apporte une base théorique à l'analyse de l'engagement dans l'activité, afin d'optimiser l'accompagnement thérapeutique des personnes.

Dans la problématique pratique, nous avons abordés les nombreux changements que peuvent subir les personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer. En effet, leurs déficits cognitifs peuvent avoir d'importantes conséquences sur l'autonomie et l'indépendance, donc sur leur engagement dans les activités.

Nous allons ainsi étudier le MOH selon l'être (composants intrinsèques de la personne), l'environnement (composants extrinsèques à la personne), l'agir (activités et habiletés nécessaire à l'activité) et le devenir (adaptation, compétence et identité).

II. 1. 3. Définitions des composants du MOH

II. 1. 3. 1. « L'être »

« L'être » correspond aux caractéristiques personnelles qui composent la personne et qui influencent son choix à propos des activités qu'elle va réaliser (Kielhofner, 2008). L'être est composé de la volition, l'habitation et la causalité personnelle.

a) Volition

Selon Kielhofner (2008), la volition se réfère à ce qui motive la personne à agir. Elle comprend les valeurs, les intérêts et la causalité personnelle. Les **valeurs** sont ce qui est important à faire et ce qui a du sens. Ce sens peut être personnel, social et sociétal. Les **intérêts** sont ce qui est satisfaisant ou plaisant à faire pour la personne. Enfin, la **causalité personnelle** représente les connaissances objectives et les perceptions subjectives de la personne à propos de ses capacités et efficacité personnelle (Kielhofner, 2008).

La volition est donc un processus qui amène la personne à s'engager dans une activité (Kielhofner, 2008). Ce processus est dynamique car il change au fur et à mesure du temps et des expériences effectuées. La personne émet des jugements (positifs, négatifs) sur les

expériences/activités qu'elle réalise, ce qui influence ses choix et ses anticipations, et ainsi de suite. Des activités seront alors favorisées au détriment de certaines autres, ce qui maintient ou modifie les valeurs et les intérêts. De plus, la causalité personnelle est bonifiée si l'expérience vécue est jugée positivement par la personne, a contrario elle est altérée si la personne est en situation d'échec.

Le thérapeute prend soin de ne pas mettre la personne en situation d'échec, fait attention à son vécu et au bon déroulement de l'accompagnement thérapeutique. La prise en compte des valeurs, intérêts et causalité personnelle, permet la compréhension de ce qui pousse une personne à agir ou non, et guide ainsi l'accompagnement thérapeutique pour promouvoir l'engagement dans l'activité de la personne. La réalisation répétée d'activités réussies peut également favoriser le maintien des capacités et de la participation. Ceci est primordial notamment auprès des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer qui peuvent avoir tendance à se dévaloriser, à se replier sur soi, à méconnaître leurs capacités réelles, à présenter des troubles dépressifs ou apathiques, et auprès de celles qui tout simplement subissent une diminution de leur autonomie et indépendance.

Dans le cas où l'utilisation d'animaux est plaisante pour une personne et que cela a du sens, la thérapie médiatisée par l'animal peut constituer une grande source de motivation pour elle. Cela n'est pas négligeable au sein des prises en charge de personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, étant donné les nombreux refus de soin et la fréquence élevée de symptôme dépressif et apathique (55,5% et 44,9% respectivement, d'après l'INSERM, 2007).

Pour favoriser la motivation d'une personne, il est également important de connaître ses habitudes. En effet, elles sont automatisées et font partie du quotidien, donc de l'identité de la personne.

b) Habituation

Selon Kielhofner (2008), le concept d'habituation correspond à l'ensemble des comportements semi-automatisés, intériorisés et réalisés par une personne dans son environnement quotidien qui lui est familier. L'habituation comprend les **habitudes** et les **rôles** (Kielhofner, 2008). Nous devons constamment interagir avec l'environnement physique et social, ce qui nous amène à répéter certains comportements (actions, attitudes, réactions), jusqu'à les intérioriser (Kielhofner, 2008). Ces habitudes font ainsi partie intégrante du fonctionnement personnel.

Par ailleurs, les habitudes peuvent refléter des rôles que nous avons intériorisés (Kielhofner, 2008). Un rôle peut résulter d'un statut (citoyen, employé, étudiant, époux, parent,

ami, ...), ou bien nous pouvons nous l'attribuer nous-même. Ces activités et comportements semi-automatiques nous sont familiers et font partie de notre identité.

L'ergothérapeute respecte et prend en compte les habitudes de la personne. Il tente de rétablir d'anciennes habitudes ou rôles, voire d'attribuer de nouvelles responsabilités, dans un objectif de maintien des capacités et de la santé.

De par les déficits cognitifs et l'institutionnalisation, les personnes atteintes de TNC perdent certains rôles, responsabilités et habitudes. C'est tout une partie de l'identité de la personne qui ne peut plus être exprimée. Dans le cas où la personne était habituée à s'occuper d'animaux ou aime la présence des animaux, des automatismes peuvent resurgir au cours des thérapies médiatisées par l'animal. D'autre part, des responsabilités peuvent être attribuées comme des soins d'hygiène et d'alimentation, apportant du plaisir à la personne et un sens à l'activité (*intérêt et valeur*). Dans ce sens, la personne peut reprendre conscience de ses capacités réelles et se sentir plus utile (*causalité personnelle*).

Afin qu'une personne puisse pleinement réaliser ses habitudes et assumer des responsabilités, il est nécessaire qu'elle possède diverses capacités et qu'elle puisse les utiliser efficacement.

c) Capacité de performance

La capacité de performance correspond à la capacité à « faire » (Kielhofner, 2008). La capacité à « faire » dépend de l'état objectif des systèmes organiques, tels que le système musculo-squelettique, neurologique et cardio-pulmonaire. Cette capacité est donc influencée par les habiletés motrices et cognitives et par l'expérience subjective associée (Kielhofner, 2008). Dans l'objectif de favoriser l'engagement occupationnel de la personne, l'ergothérapeute prend en compte ces éléments (dossier patient, évaluations des autres professionnels) et réalise des évaluations pour quantifier certaines capacités.

Après des personnes atteintes de TNC, l'ergothérapeute peut prendre en compte la manière dont une douleur, la confusion, la fatigue, une modification des sensations corporelles, des hallucinations, ou encore le plaisir et le bien-être, peuvent avoir une influence sur la réalisation des activités. Ainsi, l'ergothérapeute pourra favoriser l'engagement du patient dans l'activité, selon ce qui le motive, ses habitudes, l'état de ses systèmes organiques et ses capacités.

L'ensemble des composants de « l'être » est à prendre en compte puisque tous changements à ce niveau influenceront « l'agir » et donc influenceront l'engagement de la personne dans l'activité. Nous allons traiter à présent le contexte environnemental puisqu'il influence indéniablement « l'être » de la personne et de ce fait, son engagement dans l'activité.

II. 1. 3. 2. L'environnement

L'environnement comprend un aspect **physique** et **social** (Kielhofner, 2008), tels que les objets, l'espace, la culture, le comportement des autres, les groupes sociaux et les conditions économique-politiques (Kielhofner, 2008). L'environnement impose des contraintes et des exigences, et apporte des opportunités et des ressources (Kielhofner, 2008). Ces éléments peuvent être facilitateurs ou constituer un obstacle à l'activité.

La réalisation de n'importe quelle tâche ou activité nécessite obligatoirement une interaction avec l'environnement. L'ergothérapeute évalue alors l'environnement de la personne pour analyser les éléments facilitateurs et obstacles, afin d'adapter au mieux les activités thérapeutiques et le quotidien de la personne. L'ergothérapeute adapte aussi l'environnement pour optimiser l'amélioration ou le maintien des capacités.

La personne institutionnalisée atteinte de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, surtout en stade avancé, peut avoir des difficultés à s'approprier l'environnement. De par son déficit cognitif, elle peut avoir des difficultés à reconnaître les lieux et à s'y orienter, mais aussi à comprendre le rôle des soignants qui interagissent avec elle, voire à mal interpréter leurs actes lors de manutention ou de soins. Comme le souligne l'HAS (2009), l'environnement peut majorer les troubles du comportement, il est alors primordial de l'analyser et de l'adapter.

La thérapie médiatisée par l'animal apporte un cadre apaisant, sécurisant et familial, mais aussi riche en stimulations. Son utilisation réfléchie et encadrée peut alors offrir un environnement facilitant et encourageant l'engagement occupationnel de la personne.

II. 1. 3. 3. « L'agir »

« L'agir » correspond aux activités de la personne, ainsi que les habiletés nécessaires pour les réaliser (Kielhofner, 2008). L'engagement dans l'activité d'une personne est donc perceptible à travers l'agir.

a) Participation occupationnelle

La participation occupationnelle se définit comme la participation à des occupations humaines, ainsi elle se réfère à l'implication d'un individu dans les activités de loisirs, productivité et de vie quotidienne (Kielhofner, 2008). L'utilisation d'un animal en thérapie peut se faire à travers des activités de productivités (*offrir des soins et du divertissement à l'animal*) et des activités de loisirs (*jeux, activités physiques, relations sociales*).

b) Performance occupationnelle

La performance occupationnelle correspond à l'exécution de tâches ou activités qui sont nécessaires à l'accomplissement de la participation occupationnelle (Kielhofner, 2008). Par

exemple, pour la participation « activité de la vie quotidienne », nous pouvons évaluer la réalisation de la tâche « se coiffer », « s’habiller » ou « se laver ».

Cette performance occupationnelle est évaluée par l’ergothérapeute à travers le recueil d’informations, la passation d’évaluation et les mises en situation. De ce fait, l’ergothérapeute va évaluer les diverses capacités du patient, nommées « habiletés » dans le MOH.

c) Habilidade

Les habiletés sont les capacités nécessaires à la réalisation de tâches correspondantes aux activités de la participation occupationnelle. Selon Kielhofner (2008), il existe les habiletés motrices, les habiletés opératoires (cognitives) et les habiletés d’interactions et de communication (capacité cognitive et motrice permettant l’interaction et la communication verbale et non-verbale).

Les personnes atteintes de troubles neurocognitifs dus à la maladie d’Alzheimer subissent progressivement de lourdes répercussions sur leurs habiletés opératoires, puis sur les habiletés de communication. La personne ne reconnaît plus certains objets, ne sait plus comment les utiliser, a des difficultés à s’orienter dans le temps et l’espace, à planifier des tâches, à maintenir son attention, à se rappeler des informations, à suivre une conversation complète, à faire des phrases complexes, etc. Ces troubles atteignent progressivement les tâches complexes de la vie quotidienne, puis les activités basiques de la vie quotidienne, ce qui altère forcément son engagement dans l’activité.

II. 1. 3. 4. « Le devenir » (adaptation, compétence et identité)

Adaptation occupationnelle

L’adaptation occupationnelle d’une personne se forme dans le temps à travers l’élaboration d’une « identité » positive et à travers la réalisation de « compétences » au cœur de son environnement (Kielhofner, 2008).

Compétence occupationnelle

Le niveau de compétence est le degré selon lequel la personne est en mesure de poursuivre un type de participation qui reflète son identité (Kielhofner, 2008). Cela regroupe les notions de l’agir : habiletés, performance occupationnelle et participation occupationnelle.

Identité occupationnelle

L’identité occupationnelle est définie par l’association de ‘qui nous sommes’ et qui ‘nous souhaitons être’ à travers nos activités (Kielhofner, 2008). L’identité de la personne comprend donc ses expériences passées, la volition, l’habituatation, la capacité de performance, ainsi que ses choix pour le futur.

Après avoir traité l'ensemble du MOH, nous allons aborder la justification du choix de ce modèle.

II. 1. 4. Choix du modèle

Le choix du MOH de Kielhofner (2008) s'est effectué puisqu'il accorde une place principale à la personne et à son processus d'engagement dans les activités humaines. Le MOH cible les interventions thérapeutiques ayant comme objectif l'engagement des personnes dans les activités. Ceci qui correspond au cadre de la question de recherche établie puisque je m'interroge sur l'influence que présente l'utilisation de la TMA par l'ergothérapeute sur l'engagement dans l'activité des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer.

En effet, comme nous l'avons déjà traité, les difficultés engendrées par les TNC dus à la maladie d'Alzheimer peuvent avoir divers retentissements sur les composants de « l'être » et sur les rapports qu'entretient la personne avec son environnement, donc une influence sur ses activités (l'agir). Ainsi, l'engagement dans l'activité et la réalisation des activités de ces personnes sont inévitablement modifiés.

Cette théorie (Kielhofner, 2008) nous apporte trois intérêts principaux liés aux pratiques focalisées sur l'occupation humaine et l'engagement de la personne dans l'activité. Premièrement, elle nous aide à analyser comment l'occupation d'une personne est motivée, comment cette occupation s'organise au quotidien et comment elle est réalisée dans l'environnement. Cette théorie nous aiguille ensuite sur ce qu'il peut se passer en présence d'une maladie, d'une déficience ou incapacité, et encore d'autres facteurs pouvant limiter l'occupation. Elle illustre également comment l'ergothérapie permet aux personnes de s'engager dans des activités qui ont un sens et qui leur apportent une satisfaction, tout en soutenant leur bien-être physique et mental.

Afin de poursuivre la théorisation de ma question de recherche, nous allons étudier la théorie de l'expérience optimale de Csikszentmihalyi (1990/2004), afin de conceptualiser ce qui améliore le déroulement d'une activité thérapeutique dans l'objectif de favoriser l'engagement dans l'activité.

II. 2. Théorie de l'expérience optimale (Csikszentmihalyi, 1990/2004)

D'après Csikszentmihalyi (1990/2004), la qualité des expériences que nous vivons influence la qualité de notre vie. L'objectif de cette théorie est alors d'améliorer la qualité des expériences grâce à « l'expérience optimale » (« flow » en anglais). Etant donné la présence de troubles cognitifs dans les TNC dus à la maladie d'Alzheimer, la patient atteint ne pourra peut-

être pas atteindre complètement l'expérience optimale, mais l'ergothérapeute peut chercher à amener la personne à s'en rapprocher le plus possible.

Csikszentmihalyi (1990/2004) précise qu'une expérience optimale est vécue lorsque nous ressentons de « l'enchantement », opposant ce dernier au simple « plaisir » que peut nous procurer une activité. La différence réside au niveau de l'effort fourni (Csikszentmihalyi, 1990/2004), en effet, le plaisir peut être ressenti sans effort, tandis que l'enchantement nécessite une concentration totale sur la tâche ou l'activité réalisée. Nous allons traiter à présent les huit caractéristiques qu'elle comporte.

II. 2. 1. Caractéristiques de l'expérience optimale

L'expérience optimale d'une personne nécessite huit caractéristiques fondamentales (Csikszentmihalyi, 1990/2004, p.58).

- 1. Présence de défi et exigence d'aptitude** (« *La tâche entreprise est réalisable mais constitue un défi et exige une aptitude particulière* »)
- 2. Objectifs clairs** (« *La cible visée est claire* »)
- 3. Sentiment de possibilité de contrôle** (« *La personne exerce le contrôle sur ses actions* »)

Afin d'augmenter la probabilité qu'un patient vive une expérience optimale, l'ergothérapeute doit s'assurer que les activités thérapeutiques comportent des difficultés (défis) et certaines règles. Des objectifs trop élevés par rapport aux capacités de la personne peuvent engendrer du stress, une dévalorisation ou du découragement, tandis que des objectifs trop faciles peuvent engendrer de l'ennui ou du désintérêt (Csikszentmihalyi, 1990/2004). L'accompagnement ergothérapeutique doit également apporter à la personne un sentiment de « possibilités de contrôle » sur ce qu'elle fait, pour permettre l'expérience optimale.

- 4. Engagement profond** (« *L'engagement de l'individu est profond et fait disparaître toute distraction* »)
- 5. Concentration totale sur ce qui est fait** (« *L'individu se concentre sur ce qu'il fait* ») (p.59)

Le cadre thérapeutique de l'ergothérapeute doit favoriser la concentration de la personne dans l'activité. Pour une expérience optimale, la personne doit pouvoir focaliser son énergie psychique sur ce qu'elle fait, de sorte qu'elle soit spontanée et qu'elle ne pense plus à ses problèmes (Csikszentmihalyi, 1990/2004). Ainsi, aucun élément interne et externe ne distrait la personne. L'utilisation d'un médiateur animal semble d'ailleurs attirer et maintenir l'attention de certaines personnes de manière durable.

- 6. Rétroaction immédiate** (« *L'activité en cours fournit une rétroaction immédiate* ») (p.59)

La rétroaction est un retour d'informations réceptionnées par la personne. La rétroaction est valorisante quand elle est reliée aux objectifs pour lesquels l'énergie psychique a été engagée (Csikszentmihalyi, 1990/2004). L'ergothérapeute peut réaliser ces rétroactions à travers la communication verbale et non-verbale, les interactions, des validations de propos ou de ressentis. Les animaux montrent aussi certains comportements lorsqu'ils apprécient ou non quelque chose.

7. Perception altérée du temps (« *La perception de la durée est altérée* » (p.59))

Le temps peut sembler plus long ou plus court durant l'expérience optimale, mais toujours sans influence ou connotation négative (Csikszentmihalyi, 1990/2004). La pression habituelle que nous pouvons ressentir à l'égard du temps (*être en retard, manquer de temps, ...*) s'efface complètement lors d'une telle expérience, permettant un engagement bien plus profond dans l'activité. Ainsi, même si l'ergothérapeute doit organiser ses séances thérapeutiques, aucune pression ne doit être imposée au patient si nous souhaitons maintenir l'expérience optimale, car cela risque de rompre sa spontanéité.

8. Absence de préoccupation de soi (« *La préoccupation de soi disparaît, mais, paradoxalement, le sens du soi est renforcé à la suite de l'expérience optimale* » (p.59))

L'expérience optimale se traduit par « *l'absence de préoccupation à propos du soi* » (Csikszentmihalyi, 1990/2004, p.74). Sur l'instant, la personne n'émet pas de jugement sur elle-même ou n'imagine pas ce que les autres peuvent penser d'elle, en revanche, son « *soi* » ressortira grandie et gratifiée une fois l'expérience terminée. Ceci augmente la probabilité que la personne souhaite répéter l'activité en question. De ce fait, l'activité thérapeutique ne doit pas menacer l'ego de la personne, ce qui demande le respect de tous les points évoqués précédemment. L'ergothérapeute a une neutralité bienveillante, il tend à valoriser la personne, il évalue ses capacités, ses habitudes et ses envies, il adapte ainsi sa prise en charge au cas par cas. D'autre part, l'animal ne montre jamais de jugement à l'égard d'autrui. L'ensemble de ces points tend à valoriser la personne, à lui donner confiance (en elle, dans le thérapeute et l'animal).

L'expérience optimale est une expérience concrète d'une interaction intime avec un « Autre ». Dans le cadre de notre étude, la personne interagit avec l'objet médiateur (l'animal), mais également avec l'ergothérapeute et/ou les autres personnes présentes (patients, résidents, autre professionnel, ...). L'interaction permet l'expérience optimale et « *l'accroissement du soi* » (Csikszentmihalyi, 1990/2004, p.76), à condition qu'elle soit adaptée, positive et plaisante.

Après avoir étudié les critères de l'expérience optimale, nous allons aborder les activités à travers lesquelles peuvent se vivre cette expérience.

II. 2. 2. Expérience optimale et activité « autotélique »

Le terme autotélique provient du grec « autos » (soi) et de « télos » (but). Pour Csikszentmihalyi (1990/2004), l'expérience optimale se vit à travers des activités autotéliques, c'est-à-dire des activités effectuées pour elle-même, donc dans l'unique but d'apporter une immense satisfaction à la personne qui la réalise (motivation intrinsèque). Une motivation extrinsèque comprend des raisons externes, telles que financières, besoin de reconnaissance, sentiment d'obligation, etc. En revanche, la réalisation d'un travail, par exemple, peut être effectuée dans un premier temps pour des raisons externes (financières), mais cela n'empêche pas la possibilité d'y vivre des expériences optimales. Ainsi, ce travail devient motivé extrinsèquement et intrinsèquement. De ce fait, une activité thérapeutique qui 'doit' être réalisée pour améliorer ou maintenir la santé d'un patient, peut devenir une activité source d'une grande satisfaction, permettant au patient d'y vivre des expériences optimales.

L'activité médiatisée par l'animal peut susciter la motivation intrinsèque de la personne si elle suscite son intérêt, si elle est signifiante et en accord avec ses habitudes de vie. Dans ce sens, l'ergothérapeute peut espérer favoriser la motivation des personnes à recommencer ces mêmes activités thérapeutiques, et ainsi favoriser leur engagement dans l'activité.

Nous allons à présent traiter les éléments pouvant influencer cette expérience optimale.

II. 2. 3. Facilitateurs et obstacles à l'expérience optimale

L'environnement physique est à prendre en compte puisqu'il apporte des lieux qui peuvent assouvir certains besoins (repos, activités, ...), il est alors important de les choisir judicieusement en fonction des objectifs thérapeutiques (Csikszentmihalyi, 1990/2004).

L'expérience optimale dépend d'éléments objectifs (état organique, capacités, ...) mais aussi de la perception subjective de l'individu à propos des défis que représente une activité, tout comme sa perception de ses propres capacités (Csikszentmihalyi, 1990/2004).

La probabilité qu'une personne puisse vivre une expérience optimale dépend aussi de ses capacités à utiliser la 'réalité extérieure' et à réaliser des activités autotéliques, dans l'objectif de vivre des expériences épanouissantes (Csikszentmihalyi, 1990/2004). Dans le cas contraire, la personne est plutôt 'passive', c'est-à-dire qu'elle se laisse vivre au grès des chances et de la réalité extérieure (*ce que la société attend d'elle, ce que projettent les médias ou les publicités, etc*) (Csikszentmihalyi, p.86). Enfin, d'autres facteurs internes peuvent limiter l'accès aux expériences optimales telles qu'une confiance en soi excessive ou défaillante (Csikszentmihalyi, 1990/2004). Le manque de confiance en soi est tout de même plus couramment rencontré auprès des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer. Dans ce cas, l'ergothérapeute valorise la personne et adapte les difficultés et sollicitations aux capacités de celle-ci.

Tous ces éléments concordent avec la triangulation présentée par le MOH : personne, environnement, activité.

II. 2. 4. Choix de la théorie

Cette théorie établit des critères conditionnant la réalisation d'expériences optimales. Le choix de cette théorie s'est effectué puisque la connaissance de ces critères peut aider la pratique professionnelle dans son objectif d'amélioration de la qualité du déroulement d'activités thérapeutiques, dans le but de favoriser l'engagement de la personne dans ces activités-là.

Du moment que l'activité médiatisée par l'animal suscite la motivation intrinsèque du patient atteint de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, il va plus aisément s'engager dans l'activité. Il s'agit ensuite de maintenir cet engagement toute la durée de l'activité médiatisée par l'animal. Pour cela, l'ergothérapeute doit instaurer un cadre thérapeutique et des activités adaptées aux personnes, en fonction des critères nécessaires à l'expérience optimale (concentration, difficultés adaptées, rétroaction, etc.).

La réalisation d'expérience optimale augmente les chances que l'expérience en question soit réitérée. Il est alors intéressant de vouloir faire tendre la personne atteinte de TNC dus à la maladie d'Alzheimer vers la réalisation d'expérience optimale dans l'objectif de favoriser son engagement dans l'activité à plus long terme.

Nous allons étudier à présent les concepts d'aire intermédiaire, de jeu et de créativité de Winnicott (1971/1975) afin de conceptualiser la médiation et son rôle dans l'engagement des patients atteints de TNC dus à la maladie d'Alzheimer dans l'activité.

II. 3. Concept de jeu et de créativité (Winnicott, 1971/1975)

II. 3. 1. Concept de jeu

La théorie de Winnicott (1971/1975) étaye l'importance du « jeu » et de la « créativité » dans la santé mentale. Jouer est « *universel* », jouer c'est « *faire* », c'est un « *acte spontané et non l'expression d'une soumission ou d'un acquiescement* » (Winnicott, 1971/1975, p.90). Le jeu est réalisé dans une 'aire intermédiaire', situé entre l'aire de la réalité psychique interne et celle de la réalité partagée du monde extérieur. Winnicott (1971/1975) souhaite démontrer que le jeu constitue une « *forme fondamentale de la vie* » (p.103) et qu'il correspond à la réalisation d'expérience créative dans un contexte physique et temporel.

Le « jeu » peut être difficilement accepté et peu motivant pour les adultes et les personnes âgées, car considéré comme puéril. En revanche, ces personnes peuvent accepter plus facilement de jouer si c'est avec un médiateur vivant. Elles le font « pour faire plaisir à l'animal », elles font

quelque chose « avec l'animal », elles « s'occupent de l'animal », ainsi ce n'est pas infantilisant et au contraire, cela leur attribue un rôle ou une responsabilité envers le bien-être de l'animal.

Par ailleurs, lors de l'hospitalisation ou de l'institutionnalisation, les soignants « s'occupent » des patients, mais les patients ne « s'occupent » plus de personne ni de leurs précédentes responsabilités. Ainsi, ils perdent une majorité de leurs rôles (*s'occuper de leurs petits-enfants, de leurs animaux, de leur maison,...*). L'introduction d'un animal au sein de la thérapie conduit le patient à le 'prendre en charge'. Il n'est donc plus celui que l'on doit « aider », mais celui qui aide, distrait, prend soin (de l'animal). Ceci rétablit une valeur à la personne, des choix et des responsabilités, et favorise ainsi son engagement dans l'activité.

Nous retrouvons divers critères chez l'individu qui joue :

- Une confiance dans l'environnement social et physique
- Une concentration importante dans l'activité de jeu
- Une implication du corps (*interaction avec des objets/personnes, réception de stimuli sensoriels*)
- L'utilisation d'objets (appartenant à la réalité extérieure) au service de la réalité intérieure (*expression de ressenti, projection de manque de relations sociales, d'affection, d'attention*)
- Un plaisir ou une satisfaction éprouvée

Concept de créativité associé au jeu

Pour Winnicott (1971/1975, p.103), jouer est « *toujours une expérience créative* », mais la créativité est à entendre dans un sens large. Il ne souhaite pas réduire sa signification à l'œuvre d'art « *réussie ou reconnue* », il la définit plutôt comme « *la coloration de toute une attitude face à la réalité extérieure* » (Winnicott, 1971/1975, p.127). La créativité amène à percevoir la vie comme ayant un sens et valant la peine d'être vécue. Par opposition, il y a la soumission envers la réalité extérieure, donnant un sentiment d'inutilité à l'individu et un sentiment que rien n'a de sens, ni d'importance (Winnicott, 1971/1975, p.132).

D'après Winnicott (1971/1975, p.110), lorsqu'une personne est créative, elle est amenée à utiliser « *sa personnalité toute entière* » et à découvrir « *le soi* ». Jouer constitue alors « *une thérapie* » (Winnicott, 1971/1975, p.102) puisque le jeu permet l'expression du soi, la découverte du soi et le sentiment d'être soi-même.

Finalement, permettre à la personne de « faire » et de « jouer », c'est lui permettre de se redécouvrir, de prendre conscience de ce dont elle est encore capable, de reprendre confiance en elle, d'avoir envie de faire des activités, de développer et/ou maintenir ses capacités.

Influence de l'environnement sur l'établissement du sentiment du « soi »

Winnicott (1971/1975) évoque divers éléments dont dépend la construction du sentiment du « soi ». Il y a nécessité de 'créativité' au travers de jeux, d'addition d'expériences vécues, mais aussi d'un « *état de détente* » (p.112) grâce à la confiance et au sentiment de fiabilité du professionnel et du cadre thérapeutique (lieu, fréquence, déroulement de l'activité, comportement de l'animal utilisé, ...).

L'ergothérapeute, garant de la thérapie/du jeu, se doit de 'renvoyer' au patient ce qui se passe dans la thérapie, à travers une communication verbale ou non-verbale, à travers l'interaction, la validation des propos, etc. Comme nous l'avons abordé dans la théorie précédente, l'utilisation d'animaux (*éduqués pour la thérapie*), apporte également certaines rétroactions. Tout cela associé à l'état de détente, de confiance et des expériences créatives, favorise le sentiment d'être « unifié » et de se sentir « soi-même » ; c'est à ce moment-là que tout peut devenir 'créatif' (au sens de Winnicott, 1971/1975).

La créativité dépend alors considérablement des apports de l'environnement (physique et social), en fonction de leur quantité et leur qualité (Winnicott, 1971/1975). Ainsi, l'analyse du fonctionnement d'une personne est indissociable de l'analyse de son environnement et de leurs interactions réciproques, ce qui correspond aux compétences de l'ergothérapeute.

II. 3. 2. Jeu et médiation

Winnicott précise que le jeu conduit à la construction de relations avec autrui et constitue une « *forme de communication* » (Winnicott, 1971/1975, p.90). Dans un premier temps, dans notre cadre d'étude, le jeu peut s'instaurer entre le patient (*réalité intérieure*) et l'animal (*objet faisant partie de la réalité extérieure*). L'animal, éduqué pour la thérapie, est un « objet vivant » dont « l'utilisation » peut susciter progressivement la confiance du patient et sa détente, offrir des rétroactions et la possibilité d'expérience créative et de jeu.

A travers la thérapie médiatisée par l'animal, l'ergothérapeute se base sur un objet commun, réel et extérieur (*l'animal*), pour faciliter la prise de contact avec le patient. D'après Winnicott (1971/1975), le thérapeute doit tout d'abord s'adapter aux 'activités de jeu' du patient pour ensuite pouvoir introduire graduellement ses propres 'activités de jeu'. Le thérapeute doit aussi évaluer les capacités du patient à apprécier ou non l'introduction d'idées extérieures (Winnicott, 1971/1975). Avec ces modalités réunies, le chevauchement de deux aires de jeu peut progressivement se créer et être apprécié par le patient. C'est à partir de là qu'un « *jeu en commun s'instaure au sein d'une relation* » (Winnicott, 1971/1975, p.99).

Dans la mesure où un médiateur sert de lien et d'intermédiaire entre deux personnes, la relation 'patient-thérapeute' est médiatisée par ce « *jeu en commun* » (Winnicott, 1971/1975,

p.99), mais également médiatisée par l'animal, puisque ce dernier constitue un support de créativité et de jeu.

L'utilisation de l'animal en thérapie permet d'instaurer une liaison et une distance à la fois, entre le patient et le thérapeute. En effet, la relation triangulaire 'patient-animal-thérapeute' évite la relation duelle en 'face-à-face' qui peut paraître intrusive, mettre mal à l'aise, voire diminuer la motivation du patient. Ceci apporte une distance dans la relation 'patient-thérapeute', étant donné que les regards ne sont plus portés directement sur le patient mais plutôt sur l'animal (*même si le thérapeute reste toujours très attentif au patient*). Le patient agit sur l'animal et interagit avec lui, il passe alors du sentiment d'être un « objet de soins » à être « acteur de soins ». Il est essentiel de rendre le patient acteur au sein des thérapies pour favoriser la qualité de son accompagnement thérapeutique. Un point très important souligné par Winnicott (1971/1975) mais aussi par Csikszentmihalyi (1990/2004) à travers l'expérience optimale.

Ensuite, dans la situation où un patient est beaucoup plus réceptif à l'animal qu'à l'Homme, une relation positive avec l'animal (en liaison avec le thérapeute) peut amener le patient à transposer des sentiments positifs vers le thérapeute. Le but étant de faciliter la rencontre et la relation thérapeutique. En effet, lorsque l'animal est absent, la personne pourra quand même associer le thérapeute à « la personne qui a l'animal ». Si cela a beaucoup de sens et de valeur à ses yeux, et si elle l'a intégré en mémoire émotionnelle, la relation sera facilitée. En effet, tout ce qui se joue au niveau émotionnel (au travers des interactions/relations, des activités,...) conditionne les rencontres suivantes et la relation thérapeutique.

II. 3. 3. Choix de la théorie

D'après Winnicott (1971/1975, p.109), « *c'est en jouant que le patient se montre créatif* », c'est-à-dire qu'en jouant, le patient réalise des actes qui ont un sens et une valeur, et que cela lui donne le sentiment d'être utile et que la vie vaut la peine d'être vécue. Le cadre d'étude à conforter le choix de cette théorie, en effet, les personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer subissent de nombreuses pertes telles que la perte des capacités et de l'efficacité d'antan, de certaines habitudes, rôles et responsabilités, de contrôle sur leur propre vie, de leur lieu de vie, de certains proches, etc. Ces personnes peuvent ainsi avoir une estime d'elle-même défaillante et avoir des difficultés à trouver un sens à leur vie. Dans ce cas, elles risquent de se replier sur elle-même et ralentir voire arrêter tout engagement dans les activités (*loisirs, soins personnels, relations sociales,...*).

La relation thérapeutique entre le thérapeute et le patient est centrale dans l'accompagnement thérapeutique, elle l'est donc également dans l'engagement du patient dans

l'activité. Le « jeu en commun » et la relation médiatisée sont conceptualisés par Winnicott (1971/1975), ce qui motiva également le choix de cette théorie. En effet, 'faciliter la rencontre', 'favoriser et pérenniser la relation thérapeutique', 'permettre au patient d'être acteur de soins', sont autant d'éléments qui contribuent au maintien de l'engagement dans l'activité des patients atteints de TNC dus à la maladie d'Alzheimer. Enfin, comme nous avons pu le traiter, l'utilisation de TMA par l'ergothérapeute participe à ces éléments.

III. Méthodologie de recherche et résultats

L'étude suivante a pour objectif de définir les apports provenant de l'association de la pratique ergothérapique à l'utilisation d'un médiateur animal, sur le maintien ou l'amélioration de l'engagement dans l'activité des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer.

III. 1. Méthode de recherche

Pour réaliser mon étude, j'ai choisi la méthode qualitative, sous forme d'entretiens, qui est une méthode clinique centrée sur la pratique des professionnels. La réalisation d'entretiens permet de recueillir leur discours puis de les analyser dans le but de répondre à la question de recherche. Les entretiens réalisés sont semi-directifs, offrant aux professionnels l'occasion de s'exprimer librement, tout en les guidant afin de rester dans le cadre de recherche.

L'utilisation de thérapies médiatisées par l'animal en ergothérapie est en croissance mais encore peu répandue, ainsi l'utilisation d'une méthode quantitative n'apporterait pas suffisamment de réponses pour établir des résultats pertinents.

III. 2. Élaboration de l'outil d'évaluation

- **Matrice (annexe I)**

La création d'un guide d'entretien commence par celle d'une matrice. La matrice est un outil basé sur des éléments théoriques et présenté sous forme d'un tableau à quatre colonnes. Chacune des théories utilisées contient des critères auxquels se rapportent des 'indicateurs', qui correspondent eux-mêmes à plusieurs 'indices'. Ces indices sont ensuite regroupés par thème pour créer les questions du guide d'entretien.

- **Guide d'entretien (annexe II)**

Dans un premier temps, les modalités de l'entretien sont présentées à la personne. Il est demandé de confirmer l'autorisation d'enregistrer l'entretien et il est rappelé que l'entretien sera retranscrit et anonyme. L'entretien se poursuit avec neuf questions signalétiques qui permettent de préciser le cadre de la pratique du thérapeute interrogé.

Ensuite, il y a trois questions principales, assez générales et ouvertes. Des questions de relance peuvent être formulées afin d'approfondir certaines réponses, de reformuler en cas d'incompréhension ou de rediriger la personne vers le cadre de l'étude. Une quatrième question ouverte et non-orientée offre à la personne la possibilité d'aborder des points oubliés ou des informations qu'elle souhaite ajouter.

Question 1 : Quels sont vos objectifs thérapeutiques à travers l'utilisation de la médiation par l'animal, auprès des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer ?

A travers cette question, je cherche à recueillir les objectifs thérapeutiques poursuivis par les ergothérapeutes à travers leurs thérapies médiatisées par l'animal auprès de la population étudiée, mais aussi à recueillir la manière dont ils cherchent à atteindre leurs objectifs. Ces éléments peuvent participer à légitimer l'utilisation de ce médiateur en ergothérapie mais aussi à relever ce qui peut favoriser l'engagement dans l'activité, à travers les objectifs et les moyens mis en place. A travers cette question, nous pouvons attendre principalement des éléments du MOH (Kielhofner, 2008), comme les habiletés motrices, opératoires, d'interactions et de communication, la participation, la volition et de la causalité personnelle. Divers éléments de l'expérience optimale (Csikszentmihalyi, 1990/2004) et du jeu (Winnicott, 1971/1975) peuvent apparaître et sont répertoriés dans la matrice (annexe I).

Question 2 : Selon votre expérience d'ergothérapeute, qu'est-ce qui favorise la participation de la personne atteinte de TNC dus à la maladie d'Alzheimer ?

A travers cette question, je cherche à recueillir le point de vue de l'ergothérapeute face à ce qui peut favoriser la participation (au sens large) d'une personne atteinte de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, notamment à travers les aspects de la pathologie qu'il prend en charge et les composants de la personne qu'il prend en compte. La notion de médiation par l'animal n'est pas présente dans la question, afin de rester général. S'il le souhaite, l'ergothérapeute peut tout de même énoncer les bénéfices provenant de son utilisation de la médiation par l'animal.

Les éléments que nous pouvons attendre se rapportent principalement à la volition, l'habituation et les capacités de performance du MOH (Kielhofner, 2008), mais aussi les habiletés (motrices, opérationnelles, d'interactions et de communication). Pareillement, les éléments de l'expérience optimale (Csikszentmihalyi, 1990/2004) et du jeu (Winnicott, 1971/1975) qui peuvent être attendus sont notés dans la matrice (annexe I).

Question 3 : Dans le déroulement d'une activité, quels éléments favorisent l'engagement dans l'activité de la personne atteinte de TNC dus à la maladie d'Alzheimer?

Je cherche ici à préciser le questionnement sur un aspect extrinsèque à la personne, dont l'aspect environnemental, relationnel et du cadre thérapeutique. L'engagement dans l'activité est entendu comme avant, pendant et après l'activité thérapeutique, ainsi des relances peuvent être formulées pour recueillir une vue d'ensemble sur l'engagement dans une activité.

Les principaux éléments attendus ici proviennent des théories de l'expérience optimale (Csikszentmihalyi, 1990/2004), du jeu et de la médiation de Winnicott (1971/1975). La qualité de l'expérience vécue étant fortement dépendante de l'aspect environnemental (physique et social), des éléments du MOH (Kielhofner, 2008) seront alors aussi attendus (annexe I).

III. 3. Choix de la population interrogée : critères d'inclusion et d'exclusion.

Le choix des personnes interrogées est réalisé parmi des ergothérapeutes diplômés d'Etat, puisqu'à travers ce mémoire d'initiation à la recherche, nous nous intéressons principalement à la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. Pour rester au plus près du cadre d'étude, les ergothérapeutes sélectionnés mettent en place des thérapies médiatisées par l'animal auprès de personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer. Un autre critère d'inclusion est que les ergothérapeutes aient au moins deux années d'expérience avec ce moyen thérapeutique auprès de la population donnée, afin qu'ils aient suffisamment de recul sur leurs pratiques et les bénéfices qu'ils ont pu observer et évaluer. Le fait de ne pas répondre à un seul critère d'inclusion constitue un critère d'exclusion et empêche le professionnel de participer à l'étude.

III. 4. Réalisation des entretiens

La version finale du guide d'entretien a été revue avec mon maître de mémoire et a été testée auprès de deux ergothérapeutes. Ces derniers ont une courte expérience (moins de quatre mois) avec l'utilisation de médiation par l'animal, mais ils pratiquent l'ergothérapie depuis un à deux ans. Cela m'a permis de valider la compréhension des questions et leur enchaînement, puis d'évaluer l'obtention suffisante d'éléments issus de la matrice.

Trois entretiens ont ensuite été réalisés et retranscrits littéralement (annexe III). Ils ont été effectués par téléphone du fait de l'éloignement géographique. Le premier entretien (A) a duré 17 minutes, le deuxième (B) a duré 26 minutes puis le troisième (C) 40 minutes.

III. 5. Présentation des personnes interrogées

Ergothérapeute	A	B	C
Obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapeute	1990	2005	2012
Formation supplémentaire (en	Oui (<i>handi-cheval</i>)	Oui (<i>Association Française de thérapie</i>)	Oui (<i>Institut Français de Zoothérapie [IFZ]</i>)

médiation par l'animal* [MA])		<i>assistée par l'animal [AFTAA])</i>	<i>et formation universitaire en cours, Paris 13, Relations Homme/Animal)</i>
Années d'expériences d'utilisation de MA* auprès des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer	10 ans	7 ans	2 ans
Etablissements d'exercice	Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes [EHPAD] et maison de retraite	EHPAD, Maison d'Accueil Spécialisée [MAS], Foyer d'Accueil Médicalisé [FAM]	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés en maisons de retraite, [PASA], unité spécialisée Alzheimer
Animaux utilisés	Chevaux	Chien	Chien
Co-animateurs	2 Aides Médico-Psychologique (AMP)	Parfois les référents du patient	Animateurs de la structure (lors d'activité de groupe)
Formation supplémentaire des co-animateurs	non formés à la médiation animale	non formés à la médiation animale	non formés à la médiation animale
Fréquence des séances	1 fois/semaine	1 fois/semaine	2fois/jrs, et 2 jrs/semaine (lundi, vendredi)
Activité de groupe ou individuelle + durée des séances	Groupe de 8 personnes = 1 heure	Groupe fermé (3 personnes) = 1 heure Individuel = environ 20 minutes	Groupe (4 à 5 personnes) = 1 heure Individuel = 20 minutes

Les ergothérapeutes interrogés ont une expérience professionnelle entre 2 à 10 ans, avec l'utilisation de thérapies médiatisées par l'animal auprès de personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer. Ils exercent au travers de divers établissements, en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes [EHPAD], en maison de retraite, en 'unité spécialisée Alzheimer' et en Pôle d'Activité et de Soins Adaptés en maisons de retraite [PASA].

Malgré le fait que les ergothérapeutes utilisent plus fréquemment le chien comme média, j'ai tout de même eu la possibilité d'intégrer un ergothérapeute utilisant un autre animal, le cheval, ce qui apporte de la diversité aux résultats. Les ergothérapeutes interrogés mettent en place des thérapies médiatisées par l'animal au moins une fois par semaine, et travaillent principalement en groupe, de trois à huit personnes, mais aussi en individuel selon les besoins.

III. 6. Résultats

Nous allons à présent traiter les résultats bruts obtenus à travers une étude qualitative transversale. Question par question, les résultats des trois ergothérapeutes seront confrontés, pour en révéler les points communs et divergences. L'analyse ultérieure de ces résultats permettra de répondre à la question de recherche établie.

III. 6. 1. Etude qualitative transversale

Thème de la question n°1 : objectifs thérapeutiques des ergothérapeutes auprès des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, à travers l'utilisation de la médiation par l'animal.

L'ergothérapeute B est le seul à énoncer que ses objectifs thérapeutiques sont établis en fonction du « *projet de vie personnalisé du patient* » et des « *objectifs déterminés avec l'équipe pluridisciplinaire* ». Cependant, cela n'était pas exactement le sujet de la question, ce qui explique que les autres n'aient pas abordé ce point. Nous allons maintenant aborder les objectifs thérapeutiques des trois ergothérapeutes interrogés.

- **Maintenir les capacités**

Après de cette population et à travers l'utilisation du médiateur animal, les trois ergothérapeutes interrogés ont pour objectif principal le « *maintien des acquis* » et des capacités « *le plus longtemps possible* », « *au niveau moteur, cognitif et communicationnel* ». Les ergothérapeutes observent également qu'à travers leurs thérapies médiatisées par l'animal, des automatismes apparaissent et des capacités se révèlent, ce qui permet de réajuster certaines évaluations.

- **Favoriser l'implication de la personne**

L'ergothérapeute A offre la possibilité aux patients d'avoir la « *responsabilité d'entretenir un tiers* », donc ici « *entretenir l'animal, son bien-être et son hygiène* ». Cela permet au patient d'être acteur dans l'activité et d'utiliser ses capacités motrices, cognitives et d'interaction. L'ergothérapeute B souligne également l'importance de rendre le patient « *acteur de soins* ». L'ergothérapeute C cherche à solliciter l'implication des personnes en mettant certains objets « *à disposition* » et en évidence (*matériel pour brosser, pour nettoyer, gamelle d'eau, bouteille d'eau, jeux, etc.*). Il invite également à « *observer le chien* » et à détecter des signes de fatigue, de soif, d'ennui, etc. L'ergothérapeute C explique que tous ces éléments amènent les personnes à « *prendre des initiatives* ».

L'ergothérapeute C a observé une diminution de la motivation des patients « *lorsqu'il n'intègre pas le chien* » dans ses activités de prévention des chutes. Il qualifie d'ailleurs son chien de « *moteur* » puis qu'il « *aide à susciter l'envie* ». En effet, il raconte que « *les personnes*

montrent beaucoup plus de prise d'initiatives », elles expriment aussi « plein d'envie et plein d'idées ».

- **Solliciter les capacités motrices et cognitives**

Les trois ergothérapeutes stimulent à la fois les « *capacités cognitives et motrices* », en luttant contre le « *syndrome post-chute* » ou en réalisant des « *préventions de chutes* », et en sollicitant les capacités de locomotions, d'équilibre, de préhension, praxiques et gnosiques. Ils sollicitent toutes ses capacités à travers la réalisation de « *soins* » envers l'animal et de « *jeu* ». L'ergothérapeute C affirme qu'il a de meilleurs résultats dans son groupe où il associe l'utilisation du médiateur animal à la prévention des chutes, que dans celui où il réalise une prévention des chutes habituelles. Il a observé que la motivation et la persévérance des patients sont beaucoup plus élevées lorsqu'il associe l'animal à sa thérapie. L'ergothérapeute B affirme également avoir « *des progrès énormes (...) au niveau de la prise en charge des syndromes post-chute* ».

- **Favoriser la communication et les relations sociales**

L'ergothérapeute A recherche principalement le « *maintien de l'acquisition verbale* » et des « *échanges verbaux* ». A l'opposé, l'ergothérapeute C recherche les interactions qui stimulent la sphère sensorielle, « *à travers tous les contacts physiques entre le patient et l'animal, à travers les caresses, les câlins, les interactions, les soins, les regards, les jeux* ». En effet, il a aussi remarqué que les patients « *recherchent le contact du chien, le plaisir* ». Les personnes ont un rapport « *très affectueux et tendre avec le chien* », elles « *sont beaucoup dans la tendresse* ». L'aspect sensoriel et émotionnel semble ici très présent. Au vu du déclin des capacités sensorielles chez les personnes âgées, il est important d'apporter de nombreuses stimulations sensorielles.

Quant à l'ergothérapeute B, il souligne la spontanéité des personnes à interagir avec l'animal, « *beaucoup plus que dans les relations interhumaines* ». Il explique que « *le chien est bienveillant, source d'amour et de non-jugement* » et que, de ce fait, les personnes ont spontanément « *envie de lui parler* » et d'interagir avec lui. Il y a des personnes qui « *s'avéraient mutiques* » mais qui pourtant se sont remis à parler en présence de l'animal.

Les patients se mettent à parler à l'ergothérapeute B, puis « *la parole se propage au groupe* ». L'animal crée « *un sujet en commun et neutre* », donc « *la parole se propage plus librement et naturellement* ». A ce moment, l'ergothérapeute B fait tout de même « *tourner la parole et essaie de garder un fil conducteur* ».

- **Favoriser le transfert des acquis**

Les trois ergothérapeutes cherchent également à maintenir certaines Activités de la Vie Quotidienne [AVQ] (repas, toilette, ...) à travers le « *transfert des acquis* ». Même si les ergothérapeutes réalisent des mises en situation d'AVQ, ils ne peuvent pas assister à chaque toilette et soulignent ainsi l'importance de la « *co-animation avec d'autres soignants* » (« *aides-soignants* », « *aides médico-psychologiques* », etc.). Tout d'abord, cela permet aux soignants de « *prendre conscience des capacités des patients* », puis cela leur apporte un « *support de communication* » qui peut favoriser la relation et l'adhésion aux soins.

L'ergothérapeute B a souligné à plusieurs reprises l'importance de ce dernier point, en affirmant que si le soignant n'instaure pas de lien (avec les photos, des anecdotes, etc.), il obtiendra beaucoup moins l'adhésion du patient aux soins. Par ailleurs, l'ergothérapeute B a insisté sur le « *refus de soins* » et le « *repli-sur-soi* », ce qui est probablement lié au fait qu'il a observé de grandes améliorations à ce niveau.

- **Favoriser l'adhésion au soin et désamorcer le repli-sur-soi**

L'ergothérapeute B a observé « *une sortie de l'apathie qui est énorme* » et une « *sortie du repli-sur-soi* ». Il cherche à désamorcer progressivement le repli-sur-soi et/ou le refus de soins, ce qui nécessite un travail plutôt long, sur « *plusieurs séances* » et en « *individuel* », au moins au départ. Il ajoute que la mise en place d'une « *relation de confiance* » est « *essentielle* » ici. L'ergothérapeute B affirme que le chien est un « *catalyseur social* » et qu'il « *facilite la relation* » thérapeutique. Lorsque la relation de confiance est solidement établie, l'ergothérapeute B invite progressivement la personne à sortir de la chambre (pour « *être mieux* », « *avoir plus de place* », etc.), puis aller dans les salles où se réalisent les séances de médiation par l'animal. Il l'habitue graduellement à la présence des autres résidents, jusqu'à l'intégrer aux séances de groupe. L'ergothérapeute B relate que cette évolution progressive et la « *grande prise de plaisir* » de la personne permettent de « *recréer du lien social* ». Ceci amène à « *l'acceptation de l'Autre* », donc à « *l'acceptation des soins* » et à une diminution de l'agressivité envers les soignants, notamment lors de la toilette.

Par ailleurs, en proposant au patient de prodiguer « *des soins envers l'animal* », l'ergothérapeute facilite la réalisation de lien avec « *l'importance des soins personnels* » (hygiène, santé) afin d'améliorer l'adhésion des patients aux soins.

- **Solliciter la mémoire émotionnelle**

Seul l'ergothérapeute C a abordé une liaison entre la mémoire et l'aspect émotionnel. Il a remarqué que les personnes se souviennent de lui, non pas par son prénom, mais par son « *lien* »

avec l'animal. Même après une absence de deux mois du chien médiateur, les patients se sont souvenus du nom du chien et ont même fait des remarques sur le fait que cela « *faisait longtemps* ». L'ergothérapeute C exprime que sa formation « *carpe-diem de Nicole Poirier* » lui a appris que « *la mémoire sensorielle et émotionnelle fonctionne encore* » chez les personnes atteintes de démence. Par conséquent, les personnes atteintes ne se rappellent pas exactement ce qu'elles ont fait, en revanche, elles « *vont se rappeler qu'elles ont passé un bon moment, un moment qui a été agréable* », grâce à la mémoire émotionnelle. Selon l'ergothérapeute C, cela « *leur permet de maintenir une envie de vivre* » et « *l'envie de continuer à faire des choses* ».

- **Diminuer l'anxiété et l'agressivité**

Les ergothérapeutes A et B abordent cet aspect dans les autres questions, leurs propos seront donc analysés par la suite.

L'ergothérapeute C relate les bénéfices qu'il a pu observer sur la diminution des troubles du comportement et de l'humeur. Lors de ses thérapies médiatisées par l'animal, les patients n'ont jamais « *de grosses montées d'angoisses, même en fin de journée (où il y a souvent une augmentation) des troubles du comportement* ». Lorsqu'une personne commence à être anxieuse, le chien va poser « *sa tête sur ses genoux* », ce qui « *apaise* » la personne « *très rapidement* », selon l'ergothérapeute C. De même pour la montée de l'agressivité, le chien va spontanément voir la personne et poser « *sa tête sur ses jambes* », puis la personne s'arrête « *d'insulter l'autre dame* » et redevient même « *cohérente dans ses propos* ». Lorsque l'ergothérapeute C utilise aussi ce médiateur auprès de personnes en soins palliatifs, durant « *la nuit qui succède à la séance* », ces personnes « *ont moins besoin de morphine, sont plus apaisées, plus calmes, il y a beaucoup moins de gémissements et de cris* ».

Thème de la question n°2 : Composants intrinsèques à la personne atteinte de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, favorisant l'engagement dans l'activité

A travers cette deuxième question, les ergothérapeutes ont tous abordé la personne dans sa « *globalité* » dans l'objectif de favoriser la participation. Nous allons traiter à présent les différents composants intrinsèques à la personne abordés par les ergothérapeutes.

- **Contre-indications**

L'ergothérapeute A rappelle que la personne ne doit pas présenter d'allergies aux animaux. Elle ne doit pas avoir une « *peur énorme* » de l'animal, afin de se sentir un minimum « *en confiance dans l'activité* ».

- **Capacités**

Dans l'objectif de favoriser la participation des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, les trois ergothérapeutes évoque la nécessité de prendre en compte les capacités « *motrices* », « *cognitives* » et de « *communication verbale et/ou non-verbale* ».

- **Intérêts et habitudes**

Afin de favoriser la participation des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, les trois ergothérapeutes prennent aussi en compte leurs intérêts et leurs habitudes. Ils expriment la nécessité de proposer et mettre en place des activités qui ont un « *sens pour la personne* », qui « *leur plaisent* » et qui répondent à ses « *attentes, envies et besoins* ».

L'ergothérapeute C précise que pour réaliser une thérapie médiatisée par l'animal, il doit y avoir un « *feeling entre la personne et (l'animal)* », c'est-à-dire qu'ils apprécient d'interagir mutuellement. L'ergothérapeute C ajoute que son chien est parfois « *un peu têtu* » et que cela plaît aux patients puisque cela apporte un peu de « *défi* », « *ça les fait rire* » et cela leur semble plus naturel qu'un chien qui obéit du premier coup.

Pour l'ergothérapeute A, l'animal sélectionné est le cheval puisqu'il est « *ancré dans le contexte culturel* », dans « *leurs habitudes de vies* » et « *dans leur quotidien* », tous ces patients ont donc envie de participer. Cela leur « *rappelle quelque chose de (leur) vie et de (leur) culture* ».

Les patients pris en charge par l'ergothérapeute C proviennent de milieux « *ruraux* », ils ont l'habitude des animaux, en effet, certains « *étaient agriculteurs* » ou chasseurs, avaient un chien de compagnie ou de chasse, etc. L'ergothérapeute C s'adapte alors énormément en fonction de ce que les patients « *faisaient avant avec leur chien* ». Cela les amène à solliciter des capacités mnésiques à travers l'expression de souvenirs, de ce qu'ils aimaient faire avant, de ce qu'ils « *avaient l'habitude de faire* » et de ce qu'ils aimeraient faire maintenant. L'ergothérapeute C insiste à plusieurs reprises sur l'importance de se baser sur l'histoire de vie, surtout auprès de la population atteinte de TNC dus à la maladie d'Alzheimer.

- **Motivation**

Pour l'ergothérapeute A, l'utilisation du cheval suscite la motivation de tous les patients puisqu'il est fortement ancré dans leur culture et leur quotidien.

L'ergothérapeute B évoque plutôt la diminution du repli-sur-soi. Les personnes « *vont plus spontanément dans l'interaction* », vont « *spontanément vers le chien* » et les conversations s'initient bien plus facilement.

L'ergothérapeute C explique que certaines personnes ne sont motivées qu'en présence du chien. Par exemple, une patiente qui refusait complètement de marcher a dû être installée en « *fauteuil coquille* ». Finalement, depuis la mise en place de thérapies médiatisées par l'animal, elle a accepté de remarcher et fait maintenant « *le tour du parc* ». L'adjonction de l'animal dans la thérapie l'a « *énormément motivée* » et l'a incitée à « *faire des efforts* ». L'ergothérapeute C exprime plusieurs cas similaires de personnes qui acceptent de participer uniquement quand le chien est présent.

- **Confiance en soi et sentiment d'efficacité**

Les trois ergothérapeutes expriment la nécessité de valoriser les patients pour favoriser leur participation. L'ergothérapeute B précise qu'il est important de valoriser les réussites et de les verbaliser « *de façon à ce que les personnes s'aperçoivent qu'elles ont encore des capacités et qu'elles puissent les exploiter* ». L'ergothérapeute B ajoute qu'il « *ne faut surtout pas les brusquer* ». L'ergothérapeute C énonce également l'intérêt de « *respecter le rythme de vie* » des personnes.

- **Relations sociales et familiales**

Seul l'ergothérapeute C parle de ce thème ici, mais ils abordent tous les relations sociales dans la troisième question. L'ergothérapeute C cherche à intégrer les familles des patients le plus possible. Il les invite à participer à certaines activités thérapeutiques, ce qui leur permet de prendre conscience que « *leurs proches sont encore capable de faire des choses* ». Cela « *les rassure* » car ils voient « *que leurs proches participent et prennent du plaisir* ». Des familles ont souvent confié à l'ergothérapeute C qu'elles n'osent pas toujours rendre visite à leur proche puisqu'elles ne « *savent plus quoi leur dire* ». L'ergothérapeute C a, de ce fait, créé un album comprenant des photos des résidents pour relater les différentes activités réalisées chaque semaine. Cela permet aux familles de savoir ce qui a été fait et cela leur apporte un support de discussion. L'ergothérapeute C cherche ainsi à favoriser des liens sociaux et familiaux, ce qui peut concourir au maintien de l'engagement du patient dans son engagement dans les activités sociales.

- **Troubles du comportement**

L'ergothérapeute C met en avant l'intérêt d'analyser les situations où nous pouvons penser qu'une personne présente un trouble du comportement. Par exemple, si nous demandons à « *une personne de manger à 19h* » alors que presque toute sa vie elle mangeait à 21h, « *elle ne va pas manger à 19h et va réclamer une collation vers 21h* ». Ou encore, une personne qui se lève toutes les nuits à 3h et qui se met à se préparer, était peut-être boulangère auparavant et

avait l'habitude de se lever toutes les nuits. Finalement, des comportements que nous pouvons parfois qualifier de « *troubles du comportement* » peuvent être en réalité l'expression d'une habitude de vie, d'un « *besoin fondamental non assouvi* » ou d'une incapacité à se faire comprendre. L'ergothérapeute C souligne l'importance du respect du rythme de vie de la personne et donc la nécessité de bien la connaître dans ses habitudes de vie, qu'elles soient anciennes ou récentes.

L'ergothérapeute B aborde plutôt les bénéfices qu'il observe à travers l'adjonction de l'animal dans ses thérapies. Il rappelle que les « *troubles du comportement (...) peuvent freiner la participation, comme l'apathie et la dépression, mais aussi la déambulation* ». Lors des thérapies médiatisées par l'animal, les patients qui « *habituellement déambulent et ont du mal à rester assis plus de deux minutes* » réussissent à participer à l'activité « *pendant toute l'heure sans partir* » et « *sans avoir besoin de déambuler* ». Il exprime que c'est « *très efficace* » auprès de ces personnes, mais aussi auprès de celles qui présentent un repli-sur-soi, puisqu'elles « *vont plus spontanément dans l'interaction* ». Enfin, les personnes qui présentent des « *troubles anxio-dépressifs* » se trouvent « *plus apaisées pendant la thérapie* » médiatisée par l'animal.

- **Mobilité, fonctions cognitives et appréhension à la mobilisation**

L'ergothérapeute B lutte au quotidien contre le repli-sur-soi, mais aussi contre le syndrome post-chute et contre « *l'appréhension (des personnes) à se mobiliser* ». Un patient qui présente des troubles cognitifs peut avoir des difficultés à savoir comment se positionner pour se lever. Une appréhension associée à des difficultés motrices ou cognitives peut alors fortement diminuer la participation. En effet, la personne risque de ne plus oser « *se lever* », « *aller marcher, se pencher en avant* » et risque ainsi de perdre les capacités qui lui reste.

L'ergothérapeute B lutte contre les « *tendances à la rétropulsion* », contre « *l'angoisse liée aux déplacements* » et contre « *l'angoisse de l'espace antérieur* ». Pour cela, l'ergothérapeute B met en place des exercices qui vont « *inciter à se pencher en avant sans s'en rendre compte* », en plaçant l'animal sur une table, de plus en plus loin, en proposant de servir de l'eau dans une gamelle placée au sol, en demandant de l'aide pour ramasser quelque chose au sol, etc. En plus d'amener les personnes à investir l'espace antérieur de manière semi-consciente, l'ergothérapeute sollicite leurs « *capacités cognitives et motrices* » (planification, gnosies et praxies). L'ergothérapeute B se sert aussi de la répétition de tous ces gestes pour qu'ils deviennent automatisés, pour ensuite les valoriser et les verbaliser. Il faut amener progressivement les personnes à prendre conscience « *qu'elles ont encore des capacités* » et qu'elles peuvent continuer à participer aux activités.

Thème de la question n°3 : composants extrinsèques favorisant l'engagement dans l'activité des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer.

Les trois ergothérapeutes ont abordé de nombreux aspects de l'environnement physique et social pouvant favoriser l'engagement dans l'activité des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer.

- **Cadre dépourvu de connotations thérapeutiques négatives**

D'après l'ergothérapeute A, les patients ont « *l'habitude* » de voir les professionnels de soins dans un « *cadre de soins* », ainsi, l'utilisation de l'animal dans l'activité thérapeutique « *apporte quelque chose dépourvu de connotation aux soins* » ou à la « *thérapie* ». L'ergothérapeute A a remarqué que cela suscitait « *beaucoup l'intérêt des personnes* ».

L'ergothérapeute C a également observé que les patients viennent plus le voir quand il a l'animal avec lui et qu'ils ne prennent pas les activités médiatisées par l'animal « *pour de la thérapie, mais plus comme des jeux* », ce qui favorise leur participation à l'activité.

- **Environnement constant et rassurant**

Les trois ergothérapeutes abordent l'importance d'un cadre thérapeutique « *rassurant* », « *sécurisant* », « *constant* », « *bien déterminé* » et offrant « *des repères* », surtout auprès des personnes atteintes de TNC, étant donné leurs troubles cognitifs. L'ergothérapeute C précise qu'il « *ritualise beaucoup* » ses séances, elles commencent et finissent de la même façon. L'ergothérapeute A l'explique plutôt à travers le fait de réaliser la séance médiatisée toujours « *la même heure, le même jour* » avec les « *mêmes professionnels* » et avec le même animal. Il explique que cela évite d'imposer des changements trop importants dans l'environnement, donc cela « *déstabilise un peu moins* ».

Pour l'ergothérapeute B, l'utilisation du chien « *aide vraiment à la mise en place de la relation thérapeutique* » et à « *la relation de confiance* ». L'ergothérapeute C évoque aussi la création d'un « *climat de confiance* », en s'adressant face à la personne et à la même hauteur, mais aussi, en ne la « *brusquant* » pas avec une voix trop forte ou en souhaitant qu'elle aille plus vite. L'ergothérapeute C explique qu'il faut « *vraiment respecter leurs rythmes* » et que la plupart du temps « *une voix calme et posée* » suffit. L'ergothérapeute A précise quant à lui qu'une relation et un cadre sécurisants permettent de mieux travailler les objectifs thérapeutiques.

Par ailleurs, l'ergothérapeute A exprime que ses patients se souviennent facilement de l'animal grâce à « *quelque chose qui s'inscrit au niveau émotionnel* » et qui s'inscrit donc « *dans la mémoire* ». Ses propos se rapprochent de l'ergothérapeute C, qui énonce la persistance de la

« *mémoire émotionnelle* » des patients atteints de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, lors de la première question.

- **Environnement et activités adaptées aux difficultés et aux besoins**

L'ergothérapeute C souligne qu'il est primordial, pour l'ergothérapeute, d'avoir des capacités d'adaptations, d'« *être observateur* » et de pouvoir « *s'adapter à toutes situations* ». L'ergothérapeute C indique ensuite qu'il adapte sa pratique aux capacités des personnes. Auprès des patients atteints de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, il est préférable de « *faire une étape à la fois* » et d'utiliser des « *phrases simples* » et « *courtes* ». L'ergothérapeute C « *amorce l'apprentissage du chien* » à son domicile, s'il souhaite proposer aux patients d'apprendre des choses au chien (donner la patte, faire une roulade, monter sur une planche à bascule). Enfin, l'ergothérapeute C explique qu'il est facile de contourner les « *consignes verbales* » lors de thérapies médiatisées par l'animal.

L'ergothérapeute B adapte les exercices aux capacités et augmente progressivement les difficultés. Il agence également la pièce « *en fonction des objectifs de la séance* », propose du « *matériel adapté* » (« *bracelets métacarpiens* », « *brosse à manche grossi* »), ou adapte lui-même le matériel. L'ergothérapeute B « *fait attention à ce que le groupe ne soit pas trop grand* », donc il « *travaille avec trois personnes maximum, de façon à ce que chaque personne puisse avoir des interactions avec l'animal* ». Même lorsque l'animal est avec un autre résident, la personne peut « *observer, écouter, avoir des échanges de regards avec l'animal* » et même avoir des échanges avec les professionnels présents. Les personnes restent ainsi impliquées « *d'une manière ou d'une autre dans l'activité* ».

- **Environnement valorisant et stimulant**

Au cours d'activités où l'animal n'est pas présent, l'ergothérapeute A tente de créer une certaine continuité en faisant « *des liens avec l'activité cheval* », permettant ainsi de maintenir une certaine motivation et un sens.

L'ergothérapeute B aborde l'influence de l'environnement social sur l'engagement dans l'activité des patients. Il est important de ne pas dire, ni faire ressentir à la personne qu'elle va trop doucement ou qu'elle ne fait pas assez bien. Cela « *peut la bloquer, la dévaloriser* » et l'amener à se replier sur elle-même. L'ergothérapeute B ajoute que si la personne n'a plus l'occasion d'utiliser les capacités qui lui restent à son rythme, ses capacités ne seront pas assez sollicitées et risquent de diminuer. La personne perd ainsi progressivement son autonomie et son indépendance.

L'ergothérapeute B explique qu'il fait souvent face à des « *fausses apathies* », dans le sens où c'est seulement « *l'environnement qui est sous-stimulant* ». Les personnes sous-stimulées ont « *tendance à se replier sur elle-même pour oublier ce vide* » et du coup « *ne s'engage plus tellement dans l'activité* ».

- **Activités offrant la possibilité de choix, d'initiatives et d'actions**

Les trois ergothérapeutes ont insisté sur l'importance de rendre la personne « *actrice* » dans la thérapie. L'ergothérapeute C laisse la possibilité aux patients de faire des choix et de prendre des initiatives. Il sort « *des brosses, la gamelle, une bouteille d'eau, du matériel de parcours de marche* », si bien que les personnes vont lui formuler « *des demandes sur ce qu'elles ont envie de faire* ». Il a observé que ses patients « *montrent beaucoup d'initiatives* ».

L'ergothérapeute C a également remarqué que ses patients prennent « *eux-mêmes leur responsabilité* », ils servent de l'eau « *s'ils voient que le chien a soif* », ils l'aident à « *ranger le matériel* », à « *nettoyer le matériel* » et la table. L'ergothérapeute C propose aux patients d'apprendre certaines choses aux chiens (roulades, parcours, etc.). Ils doivent rassurer le chien quand il a peur et le récompenser au bon moment. Les patients « *ont un rôle et voient qu'ils ont une influence sur le chien* » puisqu'ils perçoivent une évolution au cours de la même séance. L'ergothérapeute C relate que les patients « *adorent ça* » et qu'ils « *sont ravis de voir ce qu'ils ont réussi à apprendre au chien* ».

Le déroulement des activités médiatisées par le cheval de l'ergothérapeute A est séquencé en plusieurs tâches. Les patients sont invités à « *aller dire bonjour au cheval, le caresser, prendre les objets pour le brosser, comme elles le peuvent* », à « *mettre le tapis* » et « *amener le cheval au manège* ». Après l'effort, les patients sont invités à donner à boire au cheval et à le nourrir. L'ergothérapeute A cherche à rendre les patients « *acteurs de la préparation de l'animal* » et de soins, de manière à leur donner des « *petites responsabilités* ». Cela sollicite les fonctions motrices et cognitives, ce qui concourt au maintien des « *capacités le plus longtemps possible* » et à l'« *envie de participer* ».

L'ergothérapeute B relate que les patients « *se mettent en mouvement pour le bien-être de l'animal* », ils veulent faire « *pour l'animal* » puisqu'ils « *ont envie de s'occuper de lui* ». L'ergothérapeute B souligne à nouveau l'importance de « *valoriser la personne* » et de « *lui permettre de faire les choses par elle-même* ». L'ergothérapeute B rappelle que les personnes âgées en EHPAD « *sont privées de leurs rôles sociaux* » et qu'elles ne peuvent pas toujours utiliser pleinement leurs capacités. Il cherche alors à redonner des rôles lors des thérapies médiatisées par l'animal. Les personnes peuvent « *s'occuper de l'animal* », lui « *faire plaisir* », « *le nourrir, lui donner à boire, le caresser, le brosser* », etc. L'ergothérapeute B précise qu'elles

retrouvent des « *responsabilités* » et des « *rôles* » et que cela peut leur « *donner envie de participer* » et « *de faire des choses* ». L'ergothérapeute affirme que cela peut « *renforcer (leur) engagement dans l'activité* ».

- **Éléments favorisant l'expression et les relations sociales**

Tous les ergothérapeutes interrogés ont évoqué des éléments qui favorisent l'expression et les relations sociales. L'ergothérapeute A décrit l'animal comme un « *média important* » qui favorise « *l'expression de mots et d'affectivité* », qui « *facilite beaucoup la communication* » verbale et non-verbale et qui est « *très socialisant* ». Le patient peut se « *mettre à parler plus que d'habitude, à s'ouvrir, à parler de son histoire* ». Il précise que l'utilisation de l'animal permet « *de faciliter la communication entre le patient et le thérapeute* ». La création d'un « *lien* » est ainsi favorisée, tout comme le développement de la « *relation thérapeutique avec le patient* », ce qui concourt à l'amélioration du « *déroulement de l'activité* » et de « *la prise en charge* ».

L'ergothérapeute B se rapproche des propos de l'ergothérapeute A, en parlant de « *catalyseur social* ». Il explique que l'utilisation de l'animal aide « *vraiment à la mise en place de la relation thérapeutique* », à la « *relation de confiance* » et aux interactions sociales. Lorsqu'il rentre dans l'EHPAD avec son chien, les personnes sont bien plus dans l'action et l'interaction. En effet, elles se lèvent de leurs chaises et viennent échanger avec l'ergothérapeute et son chien. L'ergothérapeute B n'a pas plus approfondi ce sujet car il l'a déjà fait dans la deuxième question, à travers sa prise en charge des personnes présentant un repli-sur-soi ou un manque d'adhésion aux soins.

L'ergothérapeute C se rapproche des discours des autres ergothérapeutes quand il exprime que l'animal est un « *support de communication* » et « *une source de discussion* ». Il observe aussi que « *les interactions sociales émergent* » fréquemment. L'ergothérapeute C s'appuie sur tous ces éléments « *pour créer du lien* ». Lui aussi relate que « *les personnes viennent beaucoup plus facilement vers* » lui quand il est avec son chien. Il ajoute que lorsque son chien est absent, les personnes viennent quand même le voir « *pour parler du chien* », « *s'avoir comment il va* », etc. Il remarque ainsi qu'il y a une certaine « *continuité qui s'installe dans la relation thérapeutique* », même si les personnes ne se souviennent pas de son nom ni de son métier.

L'ergothérapeute C poursuit sur les liens entre la sollicitation des capacités mnésiques et des relations sociales. Il y a des séances, où le chien n'est pas forcément « *acteur ou actif* », à travers lesquelles « *les personnes partagent leurs souvenirs* » et « *leurs histoires de vie* ». L'ergothérapeute C a aussi créé différents supports (« *cahier de chiens célèbres* », « *jeux* ») dans

le but de « *maintenir les relations sociales* » ainsi que les « *capacités cognitives* » dans la mesure du possible.

Ensuite, seul l'ergothérapeute C a détaillé les apports des activités de groupe sur l'engagement dans l'activité. Ses patients « *s'entraident énormément* », se motivent et « *se valorisent* » mutuellement. Ils se rassurent aussi entre eux en faisant « *la démonstration* » de l'exercice moteur (« *parcours* »), pour montrer que s'ils y arrivent, les autres le peuvent également. L'ergothérapeute C a remarqué que, parfois, le « *relationnel entre les résidents* » fonctionne mieux que quand c'est lui qui cherche à rassurer ou motiver un patient.

- **Maintien d'un bien-être physique et mental**

L'ergothérapeute C explique que même si les patients atteints de TNC dus à la maladie d'Alzheimer ne se souviennent pas de tout ce qu'ils ont fait, leurs corps et leurs esprits ont été actifs dans des situations positives et agréables. Par conséquent, « *le bien-être physique et mental s'inscrit dans la mémoire sensorielle et émotionnelle* ». D'après l'ergothérapeute C, c'est un point très important pour maintenir l'engagement dans l'activité de ces personnes.

III. 6. 2. Etude quantitative

Une étude quantitative permet de mettre en exergue l'importance de certains mots, thèmes ou concepts, en fonction de leurs occurrences dans le discours. Une étude a été réalisée à travers le logiciel Tropes © mais n'a pas été retenue puisque l'ensemble des résultats n'est pas pertinent et parfois en contradiction avec l'étude qualitative. Pour exemple, l'ergothérapeute B a insisté sur une durée assez longue à propos des bénéfices de la prise en charge du repli-sur-soi, tandis qu'il a explicité de manière plus concise de grands bénéfices de la prise en charge du syndrome post-chute. Les résultats proposés par le logiciel indiquent de ce fait que l'amélioration du niveau moteur est beaucoup moins significative que l'atténuation du repli-sur-soi des patients. Pourtant, à travers l'étude qualitative, nous avons pris conscience que selon l'ergothérapeute B, ces deux domaines ont montré des améliorations considérables. Par conséquent dans le cas présent, les propos des ergothérapeutes interrogés prennent du sens essentiellement quand ils sont analysés au sein de leur contexte.

IV. Discussion

Au vu de l'étude effectuée, les résultats obtenus peuvent s'organiser selon les critères du modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 1971/1975) qui sont : l'être (composants intrinsèques de la personne), l'environnement (composants extrinsèques à la personne) et l'agir de la personne (activités de la personne). Les résultats seront analysés à travers les éléments développés au sein de la problématique théorique et pratique.

IV. 1. Discussion : analyse des résultats

IV. 1. 1. Etre : composants intrinsèques de la personne

A) Volition : ce qui motive la personne à agir

➤ **Valeurs** : ce qui est important à faire et qui a du sens

Les trois ergothérapeutes interrogés ont exprimé l'importance de proposer et mettre en place des activités qui ont « *un sens pour la personne* » et qui s'accordent avec ses « *attentes* » et ses « *besoins* ». L'ergothérapeute B rappelle aussi la nécessité de l'établissement « *d'objectifs thérapeutiques* » en fonction du « *projet de vie personnalisé du patient* » et des « *objectifs déterminés avec l'équipe pluridisciplinaire* ». Csikszentmihalyi (1990/2004) précise en effet qu'il est primordial que les activités soient régies par des objectifs clairs aux yeux de la personne, si nous souhaitons tendre vers l'expérience optimale. A travers cela, nous cherchons à augmenter l'implication de la personne, donc sa motivation, afin de favoriser son engagement dans l'activité. Ces propos rejoignent des éléments des compétences 1, 2 et 9 du référentiel de compétence de l'ergothérapeute (Arrêté du 5 juillet 2010), tels que l'identification des « *besoins et (des) attentes liés à la situation ou au risque de handicap* » de la personne (p.177), la formulation d'objectifs et l'identification « *des activités significatives, adaptés au projet de vie de la personne* » (p.178), ainsi que la coopération « *au sein d'une équipe pluriprofessionnelle* » (p.184). A travers les discours des ergothérapeutes interrogés, les activités médiatisées par l'animal semblent être très significatives pour les patients qui participent aux TMA.

Cette pratique professionnelle s'accorde avec l'importance de prendre en compte les valeurs de la personne (Kielhofner, 2008), en lui permettant de réaliser des activités qui ont un sens pour elle. Ceci rejoint la notion de motivation intrinsèque nécessaire à l'expérience optimale (Csikszentmihalyi, 1990/2004). Par ailleurs, lorsque la personne est amenée à réaliser des activités qui ont un sens et une certaine valeur à ses yeux, elle est également amenée à trouver un sens à sa vie (Winnicott, 1971/1975). A partir de là, la personne est « active » (Winnicott, 1971/1975) et maintient son engagement dans certaines activités.

Les intérêts ou centres d'intérêt d'une personne vont également donner un sens à la réalisation de ses activités.

➤ **Intérêts** : ce qui est plaisant ou satisfaisant à faire

Pour l'ergothérapeute C, le patient et l'animal doivent apprécier leurs interactions mutuelles pour pouvoir poursuivre la TMA. Ensuite, le fait que le chien de cet ergothérapeute n'obéit pas du premier coup, cela apporte un certain « *défi* » et demande une persévérance de la part du patient, ce qui rejoint le critère 'présence de défi et exigence d'aptitudes' de la théorie de Csikszentmihalyi (1990/2004). Pour l'ergothérapeute B, les patients montrent beaucoup de

spontanéité dans l'interaction avec l'animal. Il émet l'hypothèse que cela provient du fait que le chien soit « *bienveillant, source d'amour et de non-jugement* ». Les personnes sont ainsi 'actives' et 'spontanées', des critères obligatoires pour tendre vers une expérience optimale (Csikszentmihalyi, 1990/2004) et une expérience créative (Winnicott, 1971/1975). (*Pour rappel, avoir une expérience créative au sens de Winnicott signifie être capable de réaliser des activités ayant un sens et donnant de la valeur à notre vie*).

L'ergothérapeute C a relaté de nombreux cas de personnes qui trouvent leur motivation dans la présence du chien médiateur et dans l'interaction avec l'animal. Des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer qui refusaient complètement de se mobiliser ont finalement fait des efforts pour marcher de nouveau et pour participer à certaines activités. Les résultats de l'étude de Fike, Najera, et Dougherty, (2012) ont aussi affirmé que l'intérêt de certains patients peut être plus rapidement suscité lorsqu'un animal est associé à la thérapie. Les résultats des études scientifiques de Herbert et Greene (2001) et Mossello et al. (2011) ont d'ailleurs respectivement démontré que les distances parcourues augmentent quand les patients marchent avec l'animal et que l'activité motrice augmente lors des TMA.

Rappelons-nous que des ergothérapeutes (Ferrese et al. (cité par Velde et al., 2005) ; Normandeau et Rondeau, 2008) affirmaient que l'utilisation de TMA facilite la réalisation de tâches désagréables (gestes répétitifs) et qu'elle rend l'environnement plus familier. Les propos de l'ergothérapeute A se rapprochent de cela, puisqu'ils précisent que l'utilisation d'animaux en thérapie permet d'estomper les connotations à la pathologie et aux soins qui peuvent freiner l'adhésion des patients aux activités. L'ergothérapeute C confirme également ceci, en expliquant que les patients ne voient plus l'activité comme une thérapie mais comme un jeu. Quand nous jouons, nous avons la possibilité d'exprimer notre « soi » (Winnicott, 1971/1975), donc de rester soi-même, sans réserve. L'esprit est alors plus libre et donc plus apte à s'engager profondément dans l'activité.

Les ergothérapeutes utilisent alors l'animal comme un support de jeu (Winnicott, 1971/1975) procurant des émotions positives et de la motivation. Ceci rejoint directement le critère 'plaisir et satisfaction' nécessaire à l'atteinte de l'expérience optimale (Csikszentmihalyi, 1990/2004) ainsi qu'à la réalisation d'expérience créative (Winnicott, 1971/1975).

Bien qu'il soit important de susciter la motivation du patient en lui proposant des activités thérapeutiques plaisantes et signifiantes, il l'est tout autant de prendre en compte la perception subjective qu'il a de lui-même (estime de soi, sentiment d'efficacité, etc.) dans le but de favoriser son engagement dans l'activité.

➤ **Causalité personnelle** : connaissances objectives et perceptions subjectives de la personne à propos de ses capacités et efficacité personnelle

Comme le fait l'ergothérapeute Simon (2011), les ergothérapeutes interrogés soulignent la nécessité de valoriser les patients. L'ergothérapeute B précise qu'il faut respecter le rythme des personnes et ne surtout pas imposer de quelconques pressions. Cela s'accorde avec le critère 'perception altérée du temps' de Csikszentmihalyi (1990/2004) dans le sens où la personne ne doit pas subir de pression par rapport au temps et donc pouvoir faire les choses à son rythme, afin d'avoir une expérience optimale.

L'ergothérapeute B ajoute également l'intérêt de valoriser les réussites des patients et de les verbaliser. L'ergothérapeute C, quant à lui, exprime qu'à travers ses activités thérapeutiques de groupe, les patients « *s'entraident énormément* », se « *valorisent* » et se motivent mutuellement. Dans ce sens, il y a moins de place à la réalisation de jugement négatif ce qui favorise 'l'absence de préoccupation de soi' du patient (Csikszentmihalyi, 1990/2004). A travers de telles relations positives, le patient peut se rapprocher d'un 'état de détente' (Winnicott, 1971/1975) lui permettant de rester lui-même et donc de maintenir son envie de participer.

L'objectif de l'ergothérapeute B à travers la TMA est de permettre aux personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, d'utiliser leurs capacités à leur rythme, pour qu'elles puissent prendre conscience « *qu'elles ont encore des capacités* » afin qu'elles les exploitent dans leur quotidien. Les éléments subjectifs et les facteurs internes sont ainsi favorisés, puisque l'ergothérapeute cherche à améliorer l'estime de soi de la personne, ainsi que sa perception des difficultés et de ses capacités personnelles.

B) Habituation : comportement semi-automatisé

➤ **Habitudes**

Tout d'abord, l'ergothérapeute C a abordé l'intérêt de connaître et de respecter les habitudes de vie des patients atteints de TNC dus à la maladie d'Alzheimer. Il est important de ne pas aller à l'encontre de ces habitudes au risque d'engendrer des troubles du comportement. Dans l'autre sens, l'ergothérapeute précise que s'il nous semble qu'un patient présente un trouble du comportement, il convient d'analyser la situation de manière globale avant de penser aux traitements pharmacologiques. Cela concorde avec les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé [HAS] à propos de la « *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées* » et de la « *prise en charge des troubles du comportement perturbateurs* » (2009). En effet, la HAS (2009, p.7) énonce que les troubles du comportement peuvent avoir « *une origine multifactorielle* ». Les facteurs peuvent être liés à l'environnement physique et social, « *à la personne (somatique, personnalité)* » et/ou « *à la maladie (neurobiologiques, cognitifs)* ».

La HAS (2009, p.10) souligne également l'importance de mettre en place des interventions non-médicamenteuses en « *première intention* ». Ces recommandations (HAS, 2009) s'accordent avec le MOH (Kielhofner, 2008), puisqu'elles invitent à prendre en compte la personne dans sa globalité.

Ensuite, l'ergothérapeute A relate que l'utilisation du cheval dans des activités thérapeutiques suscite la motivation de tous ses patients, du fait que cet animal soit très ancré dans leur culture. Cet animal fait ainsi partie de « *leur quotidien* » et de « *leurs habitudes* ». L'ergothérapeute C explique que ses patients proviennent de milieux « *ruraux* », ils ont donc l'habitude d'être en présence d'animaux et d'avoir un « *chien de compagnie* ». L'ergothérapeute C, associant son chien à ses thérapies, amène ces personnes à partager sur leurs souvenirs, leurs anciennes habitudes avec leur chien ou leurs animaux. En plus de solliciter des capacités mnésiques de restitutions, l'ergothérapeute C cherche énormément à se baser sur « *l'histoire de vie* » des patients, surtout auprès de cette population atteinte de TNC dus à la maladie d'Alzheimer.

L'ergothérapeute a en effet ce rôle « *d'analyser (...) les habitudes de vie* » et de les prendre en compte, d'après la définition de son métier (Arrêté du 5 juillet 2010, p.171) et de l'élément n°5 de la compétence 1 de l'ergothérapeute (Arrêté du 5 juillet 2010, p.177).

Finalement, lorsqu'une habitude revêt un aspect plaisant et porteur de sens, la motivation de la personne peut être suscitée et peut l'amener à s'engager dans l'activité en question. Par ailleurs, les habitudes d'une personne, donc ses actions ou activités, peuvent dépendre des rôles qu'elle a intériorisés.

➤ **Rôles**

L'ergothérapeute B énonce que les personnes âgées institutionnalisées perdent de nombreux « *rôles sociaux* » ainsi que la possibilité d'utiliser la totalité de leurs capacités. D'après lui, il est alors primordial de chercher à donner « *des rôles* » et « *des responsabilités* » à ces personnes et de leur « *permettre de faire les choses par elles-mêmes* ». Les trois ergothérapeutes interrogés ont en effet précisé qu'ils cherchent à responsabiliser au maximum les patients. A travers la « *responsabilité d'un tiers* », les patients sont « *acteurs de soins* » sur l'animal (soins d'hygiène et de bien-être). Cette pratique professionnelle concorde avec celle de Simon (2008, p.15) qui énonce que « *le rapport 'soignant-soigné' s'inverse au profit du patient, puisqu'il devient en quelque sorte le soignant de l'animal. Cela lui permet de retrouver « un pouvoir » et donc « une valeur » (Simon, 2008, p.15).*

D'après les ergothérapeutes interrogés, cela favorise l'envie du patient à participer à l'activité, ce qui permet par la même occasion de maintenir ses capacités. L'ergothérapeute B

confirme d'ailleurs que ces rôles et responsabilités renforcent l'engagement dans l'activité des patients atteints de TNC dus à la maladie d'Alzheimer. Tout ceci rejoint le critère 'sentiment de possibilité de contrôle' nécessaire à l'obtention d'une expérience optimale (Csikszentmihalyi, 1990/2004). Le patient passe de l'état « d'objet de soin » à « acteur de soin », il prend ainsi un statut « actif » et non « passif ». C'est aspect est fondamental pour maintenir l'engagement de la personne dans l'activité et concorde avec les théories de Winnicott (1971/1975) et Csikszentmihalyi (1990/2004).

L'ergothérapeute C aborde d'autre part, le fait que son chien « *aide à susciter l'envie* » et qu'ainsi, les personnes prennent beaucoup plus « *d'initiatives* » et sont plus dans l'expression de leurs envies et de leurs idées. Ils prennent d'ailleurs parfois « *eux-mêmes leurs responsabilités* », en servant à boire au chien quand ils perçoivent qu'il a soif, et en aidant à « *ranger* » et à « *nettoyer* » à la fin des séances. Par conséquent, que le patient prenne lui-même des responsabilités, ou qu'elles lui soient proposées indirectement à travers les soins et les jeux, il devient acteur et montre un 'engagement profond' dans l'activité (Csikszentmihalyi, 1990/2004). Par ailleurs, Ferrese et al. (cité par Velde et al., 2005) s'accordent sur le fait que cette pratique permet de transmettre à la personne un sentiment d'utilité.

Les rôles et responsabilités transmises au cours des TMA offrent un sens et une valeur à l'activité et offrent également la possibilité à la personne de se sentir plus utile. Cette pratique professionnelle concorde donc avec la définition de l'expérience créative de Winnicott (1971/1975). Enfin, même si les responsabilités et les rôles proposés par l'ergothérapeute ne sont pas forcément les mêmes que ceux qu'avaient la personne auparavant, cette personne peut trouver des objectifs et un sens dans l'activité réalisée, ce qui rejoint le critère 'présence de défi' et 'objectifs clairs' nécessaires à l'expérience optimale de Csikszentmihalyi (1990/2004).

C) Capacité de performance : capacité à faire

Les trois ergothérapeutes interrogés prennent en compte les « *capacités motrices* », « *cognitives* » et de « *communications verbale et non-verbale* ». Ceci rejoint bien la définition du métier d'ergothérapeute (Arrêté du 5 juillet 2010, p.171), qui énonce son devoir d'évaluer « *les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques* ». Nous retrouvons aussi ici l'élément n°2 de la compétence 6 de l'ergothérapeute, qui relate l'identification des « *indicateurs de communication, les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion de la personne ou du groupe de personnes* » (Arrêté du 5 juillet 2010, p.182). En évaluant et en prenant en compte les capacités des patients, les ergothérapeutes peuvent adapter leur accompagnement thérapeutique et adapter la difficulté des activités, afin de maintenir l'engagement dans l'activité des patients. Cet aspect correspond au critère 'présence de

défi' de Csikszentmihalyi (1990/2004), qui relate l'importance d'un équilibre suffisant entre les capacités et les difficultés pour maintenir l'expérience optimale. Cela maintient ainsi l'envie de rester engagé dans l'activité, voire de la réaliser à nouveau.

Etant donné l'évolution irréversible des troubles des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, l'objectif principal poursuivi par les trois ergothérapeutes interrogés est le « *maintien des acquis* », de l'autonomie et de l'indépendance « *le plus longtemps possible* ». La définition du métier d'ergothérapeute (Arrêté du 5 juillet 2010, p.171), énonce en effet l'objectif de maintien de « *l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne* ». Nous allons maintenant aborder plus en détails ces différentes habiletés.

➤ **Habiletés motrices**

Les observations de l'ergothérapeute B rejoignent les propos de Normandeau et Rondeau (2008), sur le fait qu'il est plus aisé de solliciter certaines habiletés motrices du patient lors de thérapie médiatisée par l'animal. D'après leurs propos, il semble que l'utilisation de ce médiateur permet d'éviter l'annonce de « *consignes verbales* », ce qui contourne certaines difficultés de compréhension ou cognitive. Bien entendu, plus les troubles cognitifs sont élevés, plus la réalisation de l'activité sera compliquée.

La sollicitation des capacités motrices, par les trois ergothérapeutes interrogés ainsi que par les ergothérapeutes (Breuil, 2016 ; Normandeau et Rondeau, 2008, Simon, 2008 et 2011), est réalisée à travers les préhensions, l'équilibre, la marche, la prévention du risque de chutes et en luttant contre le « *syndrome post-chute* ». Nous avons traité dans la partie « intérêt » le fait que les patients interagissent spontanément et avec plus de motivation, au cours des TMA. Dès lors, les patients vont réaliser des mouvements de façon plus naturelle et automatique. D'une part la personne reste active dans l'activité, d'autre part, il est probable qu'elle réalise des mouvements qu'elle redoute en temps normal (*se pencher en avant, se lever, se déplacer se baisser, ramasser un objet au sol, etc.*). L'ergothérapeute fait ainsi en sorte d'impliquer le corps du patient dans l'activité (Winnicott, 1971/1975), à travers les stimulations motrices et sensorielles et les interactions physiques. Ceci est primordial pour que le patient puisse réaliser des expériences créatives, au sens de Winnicott (1971/1975).

Les ergothérapeutes B et C ont observé de grands « *progrès* » chez les patients au niveau de « *la prévention du risque chute* » et « *de la prise en charge des syndromes post-chute* », ce qui concorde avec les résultats des études scientifiques de Olsen et al. (2016), Herbert et Greene (2001) et Mossello et al. (2011). Ils ont démontré respectivement que l'utilisation de la TMA permet d'améliorer l'équilibre, augmente le périmètre de marche et favorise l'activité motrice.

A travers la motricité, des capacités cognitives sont aussi sollicitées. Nous allons donc à présent traiter les habiletés opératoires.

➤ **Habiletés opératoires**

Comme Breuil (2016), Simon (2011) et Ferrese et al. (cité par Velde et al., 2005), les trois ergothérapeutes interrogés cherchent aussi à solliciter des capacités cognitives tels que des capacités praxiques, gnosiques, de planification, mnésiques. Les ergothérapeutes A et C ont, tout comme Simon (2011), créés différents jeux ayant des thèmes liés à l'animal de la TMA. Cela permet de varier les stimulations, de garder un lien mental avec l'animal qui peut susciter l'intérêt des personnes, de donner un sens aux jeux, mais aussi de favoriser les interactions sociales.

Les ergothérapeutes A et C, tout comme Simon (2011), cherchent à stimuler l'aspect émotionnel de la mémoire des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer. De plus, ces deux ergothérapeutes ont remarqué que les patients ne se souviennent pas de leur nom ou de leur métier, mais qu'ils se souviennent quand même d'eux à travers le lien qui s'est créé entre le patient, l'animal et l'ergothérapeute. L'animal est donc bien un médiateur, puisqu'il favorise le maintien d'un lien entre le patient et le thérapeute (Winnicott, 1971/1975).

L'ergothérapeute C confirme aussi que selon le stade de la pathologie de ces personnes, elles ne vont pas forcément se rappeler de ce qu'elles ont fait, mais qu'elles vont se rappeler des émotions qu'elles ont ressenties durant l'activité, ce qui peut permettre de maintenir leur « *envie de vivre (...) et de continuer à faire des choses* ». D'après les résultats de l'étude scientifique de Guzmán-Vélez, Feinstein, et Tranel (2014) et d'une récente étude (Gomez-Gallego et Gomez-Garcia, 2017), il semble bien que les souvenirs émotionnels persistent longtemps malgré l'évolution des troubles mnésiques. Guzmán-Vélez, Feinstein, et Tranel (2014) déclarent qu'il est ainsi primordial de maintenir les expériences émotionnelles positives des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer. Etant donné l'irréversibilité de l'évolution des troubles cognitifs, ce point est très intéressant. Le maintien d'apports émotionnels positifs, permettrait le maintien d'un certain bien-être, le maintien de l'engagement dans les activités et d'une relation thérapeutique de confiance.

Comme nous venons de le voir, l'animal est un médiateur entre le patient et le thérapeute, qui peut concourir au maintien du lien relationnel thérapeutique à travers la mémoire émotionnelle du patient. L'animal est également un médiateur de par les interactions et relations qu'il facilite, sous condition que l'utilisation de ce médiateur soit significative aux yeux du patient, puis qu'elle suscitera son intérêt et son envie d'interagir.

➤ **Habiletés d'interaction et de communication**

L'ergothérapeute A associe l'animal à sa thérapie dans le but de favoriser la communication verbale et non-verbale, ce qui correspond à l'élément n°3 de la compétence 6 de l'ergothérapeute : « *Instaurer et maintenir une communication verbale et non-verbale avec les personnes* » (Arrêté du 5 juillet 2010, p.182). L'ergothérapeute A ajoute que l'utilisation de ce médiateur facilite aussi l'expression de « mots » et « d'affectivité », ce qui rejoint le critère 'utilisation d'objet au profit du psychisme' (Winnicott, 1971/1975) qui comprend l'extériorisation de sentiments, ressentis, envies, etc., voire la projection de conflits internes. Cela nous ramène à l'élément n°12 de la compétence 3 de l'ergothérapeute (1971/1975) : « *Faciliter et recueillir l'expression de la personne sur ses conflits internes lors de mises en situation d'activité* ».

L'ergothérapeute B explique que les patients vont « *spontanément vers le chien* » et qu'ils « *vont plus spontanément dans l'interaction* ». L'étude de Mossello et al. (2011) a d'ailleurs démontré l'augmentation de l'attraction pour l'environnement des patients, lors des TMA. Ceci fait écho aux critères 'actes spontanés' de Winnicott (1971/1975) et 'engagement profond' de Csikszentmihalyi (1990/2004), qui sont nécessaires à l'obtention d'une expérience optimale et créative, donc à l'engagement dans l'activité. L'ergothérapeute C a également remarqué que ses patients sont énormément dans l'interaction et la stimulation de la sphère sensorielle. En effet, ses personnes recherchent beaucoup l'affection et la tendresse au contact du chien. Il a également remarqué l'augmentation des échanges et interactions sociales, ce qui rejoint les résultats de nombreuses études scientifiques (Churchill et al., 1999 ; Fick, 1993 ; Kongable et al. (cité par Poujol, 2009) ; Mossello et al., 2011 ; Perelle et Granville, 1993 ; Richeson, 2003). L'ensemble de ces éléments concorde avec le besoin d'implication du corps' du patient afin qu'il puisse rester engagé dans l'activité (Winnicott, 1971/1975).

Finalement, malgré les troubles mnésiques induit par les TNC dus à la maladie d'Alzheimer, l'engagement actif du corps et de l'esprit au travers des activités significatives, importantes et plaisantes pour la personne, peut concourir au maintien de son bien-être physique et mental, et ainsi concourir au maintien de son envie à s'engager dans certaines activités. Nous allons à présent traiter l'influence de l'environnement sur cet engagement dans l'activité.

IV. 1. 2. Environnement : composants extrinsèques de la personne

A) Environnement physique

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés ont décrit l'importance de l'installation d'un cadre thérapeutique « *bien déterminé* », « *constant* » et « *sécurisant* », auprès des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, notamment du fait de la désorientation temporo-

spatiale et des troubles mnésiques. Cela rejoint l'élément n°2 de la compétence 3 de l'ergothérapeute : « *Mettre en place et adapter le cadre thérapeutique en fonction de la situation* » (Arrêté du 5 juillet 2010, p.179).

L'ergothérapeute B adapte également les exercices aux capacités de chaque personne et augmente progressivement les difficultés de l'activité, afin de ne pas mettre en échec ses personnes. Il agence également la salle thérapeutique en fonction des objectifs thérapeutiques et propose du matériel « adapté » ou qu'il adapte lui-même. En ce faisant, il réalise l'élément n°1 et 4 de la compétence 3 de l'ergothérapeute : « *adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne* » et « *concevoir, préconiser et réaliser des équipements (...) de facilitation de l'activité* » (Arrêté du 5 juillet 2010, p.179). Sa pratique renvoie également à l'élément n°11 de la compétence 2, à travers les « *aménagements de l'environnement pour un retour à l'activité* ». L'ergothérapeute apporte ainsi un équilibre entre les défis apportés par l'activité et les aptitudes de la personne (Csikszentmihalyi, 1990/2004), ce qui concourt ainsi au maintien de son engagement tout au long de l'activité. Dans ce sens, la personne a plus de chance d'émettre un jugement positif sur l'activité réalisée, ce qui peut favoriser son envie de réitérer l'activité (Kielhofner, 2008).

L'ergothérapeute C relate que ses patients prennent « *beaucoup d'initiatives* » en laissant à disposition du matériel utilisable lors de la TMA et en les invitant à observer les comportements du chien (fatigue, soif, etc.). L'ergothérapeute crée alors un environnement propice à l'émergence d'initiatives, de formulation d'envies et de prise de responsabilités. Les propos de l'ergothérapeute C font ainsi directement écho aux critères de 'sentiment de possibilités de contrôle' (Csikszentmihalyi, 1990/2004) et 'd'actes spontanés' (Winnicott, 1971/1975), puisqu'il cherche à rendre les patients « acteurs » dans ses thérapies médiatisées par l'animal.

B) Environnement social

Pour maintenir l'engagement dans l'activité des patients, l'ergothérapeute C souligne qu'il est fondamental que l'ergothérapeute ait des « *capacités d'adaptations* » à toutes situations, ce qui rejoint en effet l'élément n°2 de la compétence 5 de l'ergothérapeute : « *Adapter son comportement et sa pratique professionnelle à la fois à la personne ou au groupe de personnes et à l'entourage* » (Arrêté du 5 juillet 2010, p.181).

Du fait de l'impact des TNC dus à la maladie d'Alzheimer, l'ergothérapeute C explique qu'il est important d'utiliser des « *phrases simples* » et « *courtes* » et d'avancer dans l'activité « *une étape à la fois* ». Comme l'indique l'élément n°3 de la compétence 6, l'ergothérapeute doit « *instaurer et maintenir une communication verbale et non-verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication* » (Arrêté du 5 juillet 2010, p.182).

L'ergothérapeute B effectue une collaboration avec les autres « *soignants* », en les invitant à participer aux thérapies médiatisées par l'animal. Ils peuvent prendre conscience des capacités restantes des patients, puis enrichir leurs sources de discussion avec le patient, afin de favoriser leur adhésion aux soins. Simon (2011) souligne également l'intérêt de la co-animation avec les soignants pour favoriser leur vision des patients, afin qu'ils sachent mieux comment les solliciter lors des soins. Cela rejoint l'élément n°1 et 4 de la compétence 9 de l'ergothérapeute à travers la coopération « *au sein d'une équipe pluriprofessionnelle* » et « *la mise en place des partenariats* » (Arrêté du 5 juillet 2010, p.184).

Les trois ergothérapeutes interrogés ont abordé la nécessité d'établir un cadre thérapeutique « *rassurant* » et « *sécurisant* », ainsi que de créer un « *climat de confiance* ». Ils le font à travers la relation thérapeutique qu'ils instaurent, la manière de s'adresser à la personne et le respect de son rythme. Ceci rejoint l'élément n°5 de la compétence 6 de l'ergothérapeute: « *rechercher et développer un climat de confiance avec la personne* » (Arrêté du 5 juillet 2010, p.182). Les ergothérapeutes concourent ainsi au maintien d'un 'état de détente' du patient (Winnicott, 1971/1975), en maintenant son sentiment de sécurité et de confiance. Ces sentiments-là sont primordiaux à la réalisation d'expérience créative au sens de Winnicott (1971/1975).

En plus de favoriser l'émergence d'expression corporelle ou verbale, les ergothérapeutes interrogés précisent que l'utilisation de TMA amène « *un support de communication* » qui facilite l'émergence des interactions sociales. Les propos de l'ergothérapeute C s'accordent également avec deux articles (Ferrese et al. (cité par Velde et al., 2005) ; Fike, Najera et Dougherty, 2012) sur le fait que la prise de contact avec le patient est plus aisée lorsque le thérapeute est accompagné d'un animal. Les ergothérapeutes s'appuient sur tous ces éléments pour créer du lien et développer la relation thérapeutique. Ceci rejoint l'élément n°10 de la compétence 3 : « *conduire une relation d'aide thérapeutique comme base du processus d'intervention en ergothérapie* » (Arrêté du 5 juillet 2010, p.179). Cette utilisation du médiateur animal concorde alors tout à fait avec une définition du médiateur qui le décrit comme réalisant un « *intermédiaire* » ou un « *lien* » entre « *deux ou plusieurs entités* » (Cnrtl, n.d.).

L'ergothérapeute B spécifie qu'il utilise également la TMA pour lutter contre le repli-sur-soi afin de favoriser l'engagement dans l'activité et l'adhésion aux soins. Simon (2008) relate dans le même sens, que l'utilisation du médiateur animal favorise le désamorçage du repli-sur-soi. Ferrese et al. (cité par Velde et al., 2005) ainsi que Simon (2008), énoncent que l'adhésion aux soins augmente lorsqu'ils utilisent des TMA. L'ergothérapeute B explique que ce travail est assez long puisqu'il nécessite plusieurs séances en individuel, le temps qu'une relation de

confiance solide se développe. Il l'invite ensuite progressivement à sortir de chambre et à aller dans différents lieux. Il l'habitue ainsi graduellement à la présence des autres résidents, jusqu'à la faire participer à des thérapies médiatisées par l'animal. L'ergothérapeute B insiste à plusieurs reprises sur le fait qu'il observe une forte « *sortie du repli-sur-soi* » des patients, et que l'utilisation de son chien lui facilite l'installation de la relation thérapeutique de confiance.

Au niveau des séances en groupe, l'ergothérapeute B travaille avec des groupes de trois personnes, afin qu'elles aient toutes des interactions avec l'animal, ou un professionnel, pour maintenir leurs implications tout au long de l'activité. Ces propos rejoignent ceux de Simon (2008) quant à la création de groupe fermé de trois personnes environ, dans l'objectif de créer un climat de confiance et de favoriser les interactions.

Dans l'objectif de maintenir l'engagement du patient dans les activités, il est fondamental que l'environnement social soit stimulant et facilitant. Les différents professionnels de santé, dont l'ergothérapeute, ont un grand rôle à jouer à ce niveau, mais il ne faut pas oublier l'entourage familial du patient. L'ergothérapeute C aborde en effet ce point, puisqu'il cherche à intégrer les familles au maximum. Il les invite à certaines sorties et activités thérapeutiques, puis a également créé un support de communication (album photo) afin d'apporter un support d'échanges et des sources de discussions aux familles des patients. Il a mis en place ce support puisque de nombreuses familles lui confiaient qu'elles n'osent plus venir par peur de ne plus savoir quoi dire. Il concourt ainsi au maintien des relations sociales familiales, ce qui peut favoriser l'engagement des patients dans leurs activités sociales.

Les ergothérapeutes B et C abordent un autre point intéressant qui est la diminution de certains troubles du comportement, au cours de leurs TMA. L'ergothérapeute B a rappelé que certains symptômes tels que « *l'apathie, la dépression et la déambulation* » peuvent « *freiner la participation* » des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer. L'ergothérapeute B raconte l'efficacité qu'il a observée auprès des patients qui « *habituellement déambulent* » au point de ne pas pouvoir « *rester assis plus de deux minutes* ». Ces patients réussissent en effet à participer à la TMA « *pendant toute l'heure sans partir* », ce qui concorde avec les résultats des études scientifiques de Churchill et al. (1999) et de Richeson (2003).

L'ergothérapeute C relate qu'il n'a jamais observé d'angoisse chez ses patients au cours de TMA, puis même quand il y a une « *montée d'angoisse* » chez un patient, l'animal va naturellement le voir et le patient « *s'apaise et se calme rapidement* ». L'ergothérapeute B a aussi observé un « *apaisement* » chez les patients atteints de « *troubles anxio-dépressifs* ». Ces observations rejoignent les résultats de nombreuses études scientifiques (Crowley-Robinson et al., 1996 ; Kanamori et al., 2001 ; Mossello et al., 2011 ; Nepps et al., 2011). L'ergothérapeute C

a fait de même observation pour la diminution de l'agressivité, ce qui concorde avec les études de Crowley-Robinson et al. (1996), Kanamori et al. (2001) et Richeson (2003).

Ces diminutions des troubles du comportement permettent de faire tendre le patient vers un 'état de détente' nécessaire à l'engagement dans l'activité (Winnicott, 1971/1975). Il est probable que ces effets ne soit pas uniquement lié à la présence de l'animal, même si l'étude de Nepps et al. (2011) démontre que la présence d'animaux baisse le rythme cardiaque des personnes. En revanche, nous pouvons supposer que l'attention de la personne est centrée sur l'animal et l'activité, du fait qu'ils suscitent fortement son intérêt et son plaisir. Dans ce sens, la motivation intrinsèque de la personne est assez grande pour détourner son attention de ce qui pourrait entraîner de l'angoisse, de l'agressivité ou de l'agitation.

Maintenant que nous avons traité « l'être » et « l'environnement » de la personne, nous pouvons conclure sur « l'agir », qui correspond aux activités de la personne.

IV. 1. 3. Agir et synthèse de l'analyse des résultats

Permettre à une personne atteinte de TNC dus à la maladie d'Alzheimer de s'engager dans l'activité signifie lui permettre d'agir. Pour cela, l'ergothérapeute doit prendre en compte « l'être » et « l'environnement ».

- **Habilités** : capacités nécessaires à la réalisation de la participation occupationnelle ;
Performance occupationnelle: tâches nécessaires à la réalisation d'activités

L'ergothérapeute adapte les tâches de l'activité médiatisée par l'animal pour permettre sa réalisation, en l'adaptant aux capacités de la personne (« être ») et en modifiant « l'environnement » physique et social. L'ergothérapeute influence donc la « performance occupationnelle » et les « habiletés » exigées, pour que la personne atteinte de TNC dus à la maladie d'Alzheimer puisse « agir » et donc participer à l'activité. L'ergothérapeute favorise l'engagement premier dans l'activité en la rendant accessible et réalisable par la personne. Il fait ensuite perdurer cet engagement en s'assurant du bon déroulement de l'activité en l'adaptant à la personne tout au long de sa durée.

- **Participation occupationnelle**: participation à des activités (loisirs, productivité, vie quotidienne)

Dans le cadre de notre étude, la réalisation d'activités médiatisées par l'animal nécessite que l'ergothérapeute tienne compte des composants de « l'être » avant l'activité. Il prend en compte la motivation intrinsèque de la personne, c'est-à-dire si l'activité médiatisée par l'animal présente un sens aux yeux de la personne et si elle est cohérente avec ses habitudes de vie. Il prend également en considération « l'être » en adaptant la TMA aux capacités de la personne

atteinte de TNC dus à la maladie d'Alzheimer. Ceci lui permet de maintenir l'engagement de la personne dans l'activité, donc la réalisation de l'activité et de ce fait, sa « participation occupationnelle ». L'activité médiatisée par l'animal permettra à la personne de maintenir diverses capacités et de retrouver un rôle en prenant soin du bien-être de l'animal, ce qui favorise le maintien de son engagement dans l'activité, donc de l'activité, ce qui favorise ainsi « l'agir ». L'être influence donc l'agir, puis l'agir influence l'être.

De par ce rôle social donné, l'environnement social est influencé par « l'être », puisque l'animal fait maintenant partie de l'environnement de la personne. L'environnement physique est également influencé par « l'être » puisqu'il sera modifié par l'ergothérapeute pour être adapté aux capacités de la personne. L'être et l'environnement s'influencent donc mutuellement.

D'autre part, l'activité médiatisée par l'animal (faisant partie de l'agir), est également conditionnée par l'environnement. Ce dernier doit être adapté pour faciliter la réalisation de l'activité, mais il est lui-même modifié par la thérapie médiatisée par l'animal. En effet, par la présence de l'animal l'environnement social devient rassurant et contenant pour la personne. L'environnement social est enrichi ainsi par ce lien de confiance qui s'installe entre le patient, l'animal et l'ergothérapeute, ce qui favorise l'engagement de la personne dans l'activité médiatisée par l'animal. Ici, nous pouvons constater que l'environnement influence l'agir, mais aussi que l'agir influence l'environnement, notamment par l'introduction de médiateur animal dans la thérapie.

L'analyse des résultats nous montre que l'être, l'environnement et l'agir sont en interrelation constante et que l'engagement dans l'activité dépend de cette triangulation. Nous allons donc à présent répondre à la question de recherche.

IV. 2. Réponse à la question de recherche

La question de recherche établie était : « *En quoi l'ergothérapeute, à travers l'utilisation de thérapies médiatisées par l'animal, favorise l'engagement dans l'activité des personnes atteintes de troubles neurocognitifs dus à la maladie d'Alzheimer ?* ».

L'analyse des résultats a pu révéler que la prise en compte et la gestion des interrelations permanentes entre l'être, l'environnement et l'agir concourent à favoriser l'engagement dans l'activité des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, et à le maintenir.

L'ergothérapeute, de par ses compétences, favorise l'engagement dans l'activité de ces personnes, notamment par la mise en place de thérapie médiatisée par l'animal en favorisant la motivation intrinsèque de la personne, en créant un climat de confiance et en développant la relation thérapeutique avec la personne âgée.

L'ergothérapeute tend également à maintenir l'engagement dans l'activité des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, à travers l'adaptation de l'environnement physique, l'adaptation des tâches et des habiletés exigées par la réalisation de l'activité médiatisée par l'animal. En adaptant ces éléments en fonction des capacités des patients, l'ergothérapeute favorise alors l'accès à l'activité et son déroulement.

La réalisation de ces activités médiatisées par l'animal contribue alors au maintien des capacités de ces personnes et à l'établissement de rôles, qui favorisent aussi le maintien de l'engagement dans l'activité.

Il me semble important d'apporter quelques nuances aux résultats obtenus. Sans plaisir, sens ou intérêt suscité par la présence de l'animal en thérapie ou par l'activité réalisée avec l'animal, il y a une faible probabilité pour que la thérapie médiatisée animale soit efficace pour la personne. Ensuite, même si ces critères sont remplis, il subsiste toujours des facteurs risquant la diminution de l'efficacité de la thérapie et de l'engagement dans l'activité, comme pour tout autre moyen thérapeutique. Ces facteurs peuvent être environnementaux ou personnels (humeur, motivation, fatigue, douleur, etc.). Ensuite, même une personne qui aime interagir avec un certain animal bien précis, ne souhaitera pas forcément interagir avec d'autres animaux, même s'ils font partie de la même catégorie. Il est alors fondamental de connaître les habitudes de vie de la personne, ses capacités et ce qui suscite sa motivation, dans le but de proposer des moyens thérapeutiques diversifiés et adaptés qui pourront concourir au maintien de son engagement dans l'activité, afin de maintenir le bien-être, l'autonomie et l'indépendance, dans la mesure du possible.

IV. 3. Conclusions de l'étude

L'analyse des résultats a permis de mettre en exergue différents facteurs qui influencent l'engagement dans l'activité des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer et qui coïncident avec les éléments théoriques du MOH (Kielhofner, 2008), de la théorie de l'expérience optimale (Csikszentmihalyi, 1990/2004), de l'expérience créative et de la relation médiatisée (Winnicott, 1971/1975). L'étude a également mis en lumière la manière dont les ergothérapeutes tendent à favoriser l'engagement dans l'activité de cette population, notamment à travers leur utilisation du médiateur animal. Tout cela concorde avec l'élément n°7 de la compétence 3 de l'ergothérapeute : « *Identifier les facteurs et mettre en œuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie* » (Arrêté du 5 juillet 2010, p.179). L'analyse des résultats a pu également souligner la légitimité de l'ergothérapeute dans son utilisation du médiateur animal étant donné qu'il respecte son référentiel d'activités et de compétences (Arrêté 5 juillet 2010), qu'il poursuit des objectifs

thérapeutiques ergothérapeutiques, tout en organisant sa pratique autour de la personne, l'activité et l'environnement.

IV. 4. Hypothèses de travail ultérieur

Les ergothérapeutes A et C interrogés ont évoqué que les patients se souviennent plus facilement d'eux, de par leur lien avec l'animal. Nous pouvons nous demander alors si ces personnes vont plus participer (ou non) à d'autres activités thérapeutiques (*non médiatisées par l'animal*) de ces thérapeutes grâce à ce lien qui s'est créé ?

Les résultats ont montré que certaines personnes recommencent à se mobiliser grâce aux thérapies médiatisées par l'animal. De plus, l'ergothérapeute C a énoncé qu'en favorisant le bien-être mental et physique de la personne, à travers les TMA, cela stimule son envie de vivre et sa participation. Il serait alors intéressant d'étudier si cette augmentation de la motivation, grâce à la TMA, se propage ensuite à d'autres activités ?

IV. 5. Limites de l'étude

➤ Biais de méthode

Ma méthodologie est basée sur le discours de trois ergothérapeutes et m'a apporté suffisamment d'éléments de réponse à ma question de recherche. Leur nombre conséquent constitue une richesse, mais cela engendre également une complexité au vu de leur analyse. En revanche, le faible échantillon de professionnels interrogés représente une petite échelle et n'est donc pas forcément généralisable à l'ensemble de la profession. Les résultats obtenus peuvent encore moins être extrapolés à d'autres pays, étant donné que la culture fait varier certains paramètres. Cette étude permet alors principalement d'apporter des pistes de réflexion.

Les ergothérapeutes interrogés n'avaient pas connaissance des questions que j'allais poser pendant l'entretien, ils ont ainsi dû organiser leur pensée sur l'instant-même. Par conséquent, ils ont probablement omis certaines informations, ce qui n'offre donc pas une vision complète de leur pratique.

➤ Biais de résultats

Malgré la tentative d'être la plus objective possible depuis la création du questionnaire jusqu'à l'analyse des résultats, cela ne supprime pas la probabilité d'une certaine part de subjectivité. Ainsi, l'analyse des résultats et les réponses à la question de recherche peuvent contenir certains biais. Par ailleurs, les résultats de l'étude sont basés principalement sur les effets de la thérapie médiatisée par le chien (ergothérapeutes B et C) et le cheval (ergothérapeute A). Ceci apporte aussi un biais, puisque nous pouvons imaginer que les résultats seraient probablement différents avec l'utilisation d'autres animaux tels que les rongeurs, les animaux de ferme, les chats, etc. Les objectifs et les apports thérapeutiques seraient peut-être différents.

IV. 6. Acquisitions personnelles et professionnelles.

La réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche a été très intéressante et enrichissante. Elle m'a amenée à une meilleure compréhension de la *démarche et des valeurs scientifiques*, que je trouve intéressantes puisqu'elles nous apportent des méthodes rigoureuses, sans compter leurs contributions à l'évolution de la pratique ergothérapique. Dans le monde actuel de la Santé, une démarche de qualité nous est d'ailleurs demandée. L'ensemble de ces démarches suscite chez moi un vif intérêt et m'ont aidé à organiser et développer une pensée réflexive. Cette initiation à la recherche m'a permis de développer des capacités d'analyse au cœur d'une démarche réflexive, ce qui me sera bénéfique dans ma future vie professionnelle. Elle m'a apporté également une meilleure appréhension des critères qui influencent l'engagement dans l'activité, un point primordial pour favoriser l'accompagnement thérapeutique.

Conclusion

Dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche, je me suis intéressée aux personnes âgées atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, ainsi qu'aux bénéfices thérapeutiques que peut leur apporter l'association de la pratique ergothérapique à l'utilisation d'un médiateur animal. J'ai ensuite axé mon étude sur l'engagement dans l'activité, puisque cette pathologie implique de nombreux facteurs entraînant la diminution de la participation. La réalisation de cette étude avait donc pour objectif de mettre en exergue ce qui peut favoriser l'engagement dans l'activité des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, à travers l'utilisation de thérapies médiatisées par l'animal par l'ergothérapeute.

Les résultats ont révélé que l'ergothérapeute base sa pratique sur les interactions qui existent entre la personne, ses activités et son environnement. Cela contribue à stimuler et maintenir l'engagement dans l'activité des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer. De par son utilisation de la médiation par l'animal et de ses compétences professionnelles, l'ergothérapeute agit sur l'environnement physique et social pour qu'il soit adapté, rassurant et attrayant. Il concourt ainsi à l'augmentation ou au maintien de l'engagement dans l'activité des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer.

Ces résultats ne sont pas généralisables à toutes les personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, mais ils permettent de souligner les bénéfices que nous pouvons espérer apporter à ceux pour qui l'utilisation du médiateur animal a du sens. Même si certains bénéfices ne se maintiennent qu'à court terme, il serait intéressant d'approfondir les conditions sous lesquelles la TMA pourrait influencer la participation des patients dans l'ensemble des activités de loisirs, de productivité et de vie quotidienne.

Bibliographie

- American Psychiatric Association [APA]. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (5^e éd.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson, pp. 699-723.
- Banks, M. R., & Banks, W. A. (2002). The Effects of Animal-Assisted Therapy on Loneliness in an Elderly Population in Long-Term Care Facilities. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(7), pp. 428-432.
- Bernstein, P. L., Friedmann, E., & Malaspina, A. (2000). Animal-Assisted Therapy Enhances Resident Social Interaction and Initiation in Long-Term Care Facilities. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 13(4), pp. 213-224.
- Breuil, A. (2016). Ergothérapie et thérapie par la médiation animale : Lilou au service des personnes âgées. *Le monde de l'ergothérapie*, 31, pp.23-24.
- Churchill, M., Safaoui, J., McCabe, B. W., & Baun, M. M. (1999). Using a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 37(4), pp. 16-22.
- Classification Internationale des Maladies [CIM 10]. (2008). *Chapitre V – troubles mentaux et du comportement*. Paris : CTNERHI, p. 108.
- Crowley-Robinson, P., Fenwick, D. C., & Blackshaw, J. K. (1996). A long-term study of elderly people in nursing homes with visiting and resident dogs. *Applied Animal Behaviour Science*, 47, pp. 137-148.
- Csikszentmihalyi, M. (2004). *Vivre*. (L. Bouffard Trans.). Paris : Robert Laffont. (Original work published 1990), pp. 58-90.
- Fick, K.M. (1993). The influence of an animal on social interactions of nursing home residents in a group setting. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(6), pp. 529-534.
- Fike, L., Najera, C. & Dougherty, D. (2012). Occupational therapists as dog handlers: the collective experience with animal-assisted therapy in Iraq. *U.S. Army Medical Department Journal*, pp. 51-54.
- Gomez-Gallego, M. & Gomez-Garcia, J. (2017). Negative Bias in the Perception and Memory of Emotional Information in Alzheimer Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 30(3), pp. 131-139.

- Guzmán-Vélez, E., Feinstein, J.S. & Tranel, D. (2014). Feelings Without Memory in Alzheimer Disease. *Cognitive & Behavioral Neurology*, 27(3), pp. 117-129.
- Herbert, J. D. H., & Greene, D. (2001). Effect of Preference on Distance Walked by Assisted Living Residents. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 19(4), pp. 1-15.
- Holcomb, R., Jendro, C., Weber, B., & Nahan, U. (1997). Use of an Aviary to Relieve Depression in Elderly Males. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 10(1), pp. 32-36.
- Kanamori, M., Suzuki, M., Yamamoto, K., Kanda, M., Matsui, Y., Kojima, E., Fukawa, H., Sugita, T. & Oshiro, H. (2001). A day care program and evaluation of animal-assisted therapy (AAT) for the elderly with senile dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 16(4), pp. 234-239.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation*. (4^e éd.). Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins, pp. 1-140.
- Kohler, R. (2009). L'animal : une approche humaniste en maison de retraite – 1^{re} partie – Un outil à la disposition des thérapeutes. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 29(3), pp. 118-123.
- Majić, T., Gutzmann, H., Heinz, A., Lang, U. E., & Rapp, M. A. (2013). Animal-Assisted Therapy and Agitation and Depression in Nursing Home Residents with Dementia: A Matched Case–Control Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(11), pp. 1052-1059.
- McCabe, B. W., Baun, M. M., Speich, D., & Agrawal, S. (2002). Resident Dog in the Alzheimer's Special Care Unit. *Western Journal of Nursing Research*, 24(6), pp. 684-696.
- Moretti, F., De Ronchi, D., Bernabei, V., Marchetti, L., Ferrari, B., Forlani, C., Negretti, F., Sacchetti, C. & Atti, A. R. (2011). Pet therapy in elderly patients with mental illness: Data from an Italian case-control study. *Psychogeriatrics*, 11(2), pp. 125-129.
- Mossello, E., Ridolfi, A., Mello, A. M., Lorenzini, G., Mugnai, F., Piccini, C., Barone, D., Peruzzi, A., Masotti, G. & Marchionni, N. (2011). Animal-assisted activity and emotional status of patients with Alzheimer's disease in day care. *International Psychogeriatrics*, 23(6), pp. 899-905.

- Nepps, P., Stewart, C., & Bruckno, S. (2011). Animal-assisted therapy: Effects on stress, mood, and pain. *Journal of Lancaster General Hospital*, 6(2), pp. 56-59.
- Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M.-J., & Ihlebæk, C. (2016). Effect of animal-assisted activity on balance and quality of life in home-dwelling persons with dementia. *Geriatric Nursing*, 37(4), pp. 284-291.
- Perelle, I. B., & Granville, D. A. (1993). Assessment of the Effectiveness of a Pet Facilitated Therapy Program in a Nursing Home Setting. *Society & Animals*, 1(1), pp. 91-100.
- Richeson, N. E. (2003). Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adults with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 18(6), pp. 353-358.
- Simon, N. (2008). Chienne de vie. *ErgOTHérapies*, 29, pp. 13-17.
- Simon, N. (2011). Ergothérapie en gériatrie : Quelle place pour la médiation animalière ? *Expériences en Ergothérapie*, 24^{ème} série. Montpellier : Sauramps Médical, pp. 223-228.
- Velde, P.B, Cipriani, J. & Fisher, G. (2005). Resident and therapist views of animal-assisted therapy: Implications for occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(1), pp. 43-50.
- Walsh, P. G., Mertin, P. G., Verlander, D. F., & Pollard, C. F. (1995). The effects of a 'pets as therapy' dog on persons with dementia in a psychiatric ward. *Australian Occupational Therapy Journal*, 42(4), pp. 161-166.
- Winnicott, D.W. (1975). *Jeu et réalité*. (C. Monod & J.B. Pontalis, Trans.). Paris : Gallimard. (Original work published 1971), pp. 90-132.

Sitographie

- Centre International d'Etudes Pédagogiques [CIEP]. (n.d.). Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. *Vérifier si ma profession est réglementée*. (Consulté le 19.10.16) En ligne sur : <http://www.ciep.fr/enic-naric-page/verifier-si-profession-est-reglementee>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [CNRTL]. (n.d.). (Consulté le 19.10.16). En ligne sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/médiateur>

Haute Autorité de Santé [HAS]. (2009). Recommandation de bonne pratique. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. En ligne sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf

Haute Autorité de Santé [HAS]. (2011). Recommandation de bonne pratique. *Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*. En ligne sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf

Institut Français de Zoothérapie [IFZ] (n.d.). Rubrique « *zoothérapie de A à Z* ». (Consulté le 21.10.16). En ligne sur : <http://www.institutfrancaisdezootherapie.com/zootherapie-de-a-a-z.ifz#.WSHQ39yKkUk>

Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale [INSERM]. (2014). *Dossier d'information - Alzheimer*. (Consulté le 19.10.16). En ligne sur : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer>

International Association of Human-Animal Interaction Organizations [IAHAIO]. (2014). *The iahaio definitions for animal assisted intervention and guidelines for wellness of animals involved*. IAHAIO white paper. (Consulté le 21.10.16). En ligne sur : <http://www.iahaio.org/new/fileuploads/4163IAHAIO%20WHITE%20PAPER-%20FINAL%20-%20NOV%2024-2014.pdf>

Normandeau, M. & Rondeau, L. (2008). Utilisation du chien de réadaptation en ergothérapie et en physiothérapie. En ligne sur : <http://www.aqipa.org/getattachment/aeb14bd3-e411-4941-ac32-721bf80026da/L%E2%80%99utilisation-des-chiens-de-readaptation-pour-la-r.aspx>

Office des Professions du Québec [OPQ]. (2015). *Liste des professions réglementées*. (Consulté le 19.10.16) En ligne sur : http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/54_professions_et_ordres_22_juillet_2015.pdf

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2012). Communiqué de presse, 11 Avril 2012, Genève. (Consulté le 20.10.16). En ligne sur :

http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/dementia_20120411/fr/

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2016). *La démence*. Aide-mémoire n°362, Avril 2016. (Consulté le 20.10.16). En ligne sur :

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>

Poujol, A. (2009). *La thérapie facilitée par le chien auprès des personnes âgées résidant en institution*. (Thèse d'exercice). Médecine vétérinaire, Toulouse. En ligne sur :

http://oatao.univ-toulouse.fr/4225/1/hartmann_4225.pdf

Service Public. (2015). *Profession réglementée*. (Consulté le 19.10.16). En ligne sur :

<https://www.service-public.fr/particuliers/glossaire/R1029>

Textes législatifs

Ministère de la santé et des sports. (2010). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute*. En ligne sur :

https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf

Sommaire des annexes

Annexe I : Matrice	I
Annexe II : Guide d'entretien	IV
Annexe III : Retranscription des trois entretiens.....	V

Annexe I : Matrice

Théories	Critères	Indicateurs	Indices	Q.n°
Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 2008)	Volition (Être)	Valeurs	Ce qui est considéré comme important et ayant du sens	1,2
		Intérêts	- Tâche et/ou activité agréable et satisfaisante à faire - Répétition d'expériences réussies ou positives	1,2
		Causalité personnelle	Connaissances objectives et perceptions subjectives à propos de l'efficacité et des capacités personnelles	1,2
	Habituation (Être)	Habitudes	Habitudes, comportements intériorisés, routine...	2
		Rôles	Rôle, responsabilité, statut, ...	2
	Capacité de performance (Être)	Capacités à « faire »	- Etat objectif des systèmes organiques (<i>musculo-squelettique, neurologique, cardio-pulmonaire...</i>) - Etat objectif des habiletés (<i>cf. AGIR / Habiletés</i>) - Expérience subjective (<i>avant ou pendant l'activité</i>)	1,2
	Agir	Participation occupationnelle	Participation à des activités (<i>de la vie quotidienne, loisirs, productivité</i>)	1,2
		Performance occupationnelle	Réalisation de tâches ou activités nécessaires à l'accomplissement de la participation occupationnelle	
		Habiletés motrices	Endurance, tolérance à l'effort, équilibre postural, tonus musculaire, force musculaire, locomotion, mobilité musculaire et articulaire, préhension, ...	
		Habiletés opératoires	Apprentissage et application de connaissance, fonctions exécutives, d'orientation, de l'attention, de la mémoire, psychomotrices, de la pensée, émotionnelles, perceptuelles, ...	
		Habiletés interactions et communication	Communication (<i>envoi et réception de message verbaux et/ou non-verbaux</i>), initier l'interaction,...	
	Environnement	Humain/social	- Ami, famille, entourage, professionnel, culture,... - Comportement/attitude des autres, relations,...	3
		physique	Espace, luminosité, son, objet, lieu de vie, ...	3

Théories	Critères	Indicateurs	Indices	Q°
Théorie de l'expérience optimale (Csikszentmihalyi, 1990/2004)	Expérience optimale	Objectifs clairs	- Objectifs thérapeutiques décidés avec le patient et l'équipe (médicale, paramédicale). - Objectifs thérapeutiques explicite ou implicite mais clair pour la personne le long de l'activité	1,3
		Présence de défi et exigence d'aptitudes	Difficultés adaptées aux capacités de la personne et aux objectifs thérapeutiques	3
		Sentiment ou possibilités de contrôle	Eléments qui donnent à la personne le sentiment qu'elle peut exercer un certain contrôle (<i>rôles, responsabilités, choix, initiatives, difficultés adaptées</i>)	2,3
		Concentration totale sur ce qui est fait	Attention focalisée sur l'activité et détournée des éléments perturbateurs (<i>grâce à la présence de l'animal, au cadre thérapeutique, ...</i>)	3
		Engagement profond	- Focalisation de l'énergie psychique dans l'activité - La personne est spontanée et 'actrice'	2,3
		Absence de préoccupation de soi	Le patient n'émet pas de jugement sur lui-même et ne pense pas aux jugements des autres. Ses pensées vont uniquement vers l'activité.	2
		Rétroaction immédiate	Réception de rétroactions par le patient	3
		Perception altérée du temps	La personne ne semble pas voir le temps passé, ne s'ennuie pas, et ne subit pas de pression/stress par rapport au temps	3
		Satisfaction / plaisir	L'activité apporte des émotions positives et agréables (<i>plaisir, satisfaction, enchantement, joie, ...</i>)	2,3
	Facteurs influençant l'expérience optimale	Motivation intrinsèque	Activité réalisée pour elle-même (<i>apport de plaisir, satisfaction, ...</i> , à la personne qui la réalise)	2
		Environnement	Environnement (<i>facilitant, adapté aux capacités, approprié aux objectifs, ...</i>)	3
		Eléments objectifs	Etat organique et capacités de la personne	1,2
		Eléments subjectifs	Perception subjective des défis ou difficultés et des capacités personnelles	2
		Facteurs internes	Confiance en soi ni défailante ni excessive	2
				Valorisation de la personne, et adaptation des difficultés et sollicitations au cas par cas
	Patient acteur dans sa prise en charge et non passif			3

Théories	Critères	Indicateurs	Indices	Q°
Théorie du jeu et de la créativité (Winnicott, 1971/1975)	Jouer / être créatif	Expérience créative	Réalisation de tâche ou activité qui ont un sens et une valeur, donnant un sentiment d'utilité à la personne	2
		Etat de détente	- Sentiment de sécurité et de confiance susciter par l'environnement (<i>attitudes des professionnels, comportements du chien, cadre thérapeutique, ...</i>) - Diminution des troubles du comportement perturbateurs	2,3
		Implication du corps	- Stimulation motrice, interaction physique, ... - Stimulation sensorielle	1,3
		Utilisation d'objet au profit du psychique	- Extériorisation de ressenti, sentiment, envie, ... - Projection (<i>de conflits internes, de manque d'affection, de relations sociales, d'attention, ...</i>)	1,2,3
		Actes spontanés (patient actif)	Patient acteur au sein de sa thérapie (<i>dans ces choix, actions, interactions, ...</i>)	2,3
		Rétroactions	Présences de rétroactions (<i>de la part du professionnel, de l'animal, ...</i>)	3
		Concentration importante	Concentration favorisée par l'environnement (<i>cadre thérapeutique, sollicitations et communication adaptées, ...</i>)	3
		Plaisir et satisfaction	Sentiments positifs (<i>procurés par l'activité, le jeu, les relations sociales, la participation au groupe, ...</i>)	2
		Expression du soi, à travers le jeu	Prise de conscience des capacités restantes	2
	Confiance en soi, sentiment d'efficacité personnelle		2	
	Développement et/ou maintien des capacités		1,2	
	Envie de refaire l'activité		2	
	Jeu en commun	Relations médiatisées	- Introduction progressive des idées du thérapeute (analyse de l'appréciation du patient face à cela) - L'animal est support de jeu - Relations positives (<i>attitude bienveillante et valorisante, des professionnels, de l'animal... -> souvenir émotionnel favorisé</i>) - Jeu : forme de communication - Prise de contact / rencontre facilitée - Relation médiatisée par le jeu et l'animal/relation triangulaire = relation moins directe, mise à distance mais reliée par un objet extérieur (<i>l'animal, ...</i>), patient plus à l'aise - sentiment d'être «acteur de soins» (<i>sur l'animal</i>)	3

Annexe II : Guide d'entretien

Introduction de l'entretien

- L'entretien sera retranscrit dans mon mémoire de manière anonyme puis l'enregistrement sera effacé, êtes-vous toujours d'accord pour que cet entretien soit enregistré ?
- Mes questions concernent votre pratique d'ergothérapeute et les personnes atteintes de troubles neurocognitifs dus à la maladie d'Alzheimer auprès desquelles vous mettez en place des thérapies médiatisées par l'animal.

Questions signalétiques

- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'ergothérapeute ?
- Depuis combien de temps utilisez-vous la médiation animale ?
- Auprès de quelle population l'utilisez-vous ? et dans quels établissements ? (depuis combien de temps utilisez-vous la médiation par l'animal auprès des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer ?)
- Avez-vous effectué une formation supplémentaire pour la médiation par l'animal ?
- Quel est le cadre thérapeutique de vos séances médiatisées par l'animal ? (*Quel animal ? Seul ou en co-animation ? Formation du co-animateur ? Quelles fréquences ? durée/horaire/jour ? Groupe ou individuel ?*)

Questions principales

1. Quels sont vos objectifs thérapeutiques à travers l'utilisation de la médiation par l'animal, auprès des personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer ?
2. Selon votre expérience d'ergothérapeute, qu'est-ce qui favorise la participation de la personne atteinte de TNC dus à la maladie d'Alzheimer ?
3. Dans le déroulement d'une activité, quels éléments favorisent l'engagement dans l'activité de la personne atteinte de TNC dus à la maladie d'Alzheimer ?
4. Avez-vous d'autres remarques dont vous aimeriez me faire part ?

Annexe III : Retranscription des trois entretiens

➤ Entretien Ergothérapeute A.

Questions signalétiques

- *L'entretien sera retranscrit dans mon mémoire de manière anonyme puis l'enregistrement sera effacé, êtes-vous d'accord pour que cet entretien soit enregistré ?*
- Oui
- *Mes questions concernent votre pratique d'ergothérapeute et concernent les personnes atteintes de démence de type Alzheimer auprès desquelles vous mettez en place des thérapies médiatisées par l'animal. Avez-vous des questions ?*
- non
- *D'accord, alors je vais commencer : En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'ergothérapeute ?*
- 1990
- *Depuis combien de temps utilisez-vous la médiation animale ? et dans quels types établissements ?*
- euh ... une dizaine d'années, et en maison de retraite principalement
- *Auprès de quelle population l'utilisez-vous ?*
- euh auprès de personne adulte vieillissante et euh de personnes âgées atteintes de démence
- *Avez-vous effectué une formation supplémentaire pour la médiation par l'animal ?*
- Alors au début non, et puis..., finalement j'ai pu bénéficier de la formation "handi-cheval", et j'ai pu acquérir plus de facilité pour mettre en place cette médiation.
- *Quel animal utilisez-vous ?*
- Le cheval
- *Qu'est-ce qui a motivé le choix de cet animal ?*
- C'était culturel. C'était une région où le cheval prédomine. Donc si c'était une autre région ça aurait pu être un élevage de poule, ou de lapin, où voilà je serais partie sur d'autres animaux, mais dans cette région c'était vraiment le cheval, donc ça avait vraiment beaucoup de sens.
- *Vous travaillez seul ou en co-animation ?*
- Je faisais ces activités essentiellement avec les AMP, les aides médico-psychologiques quoi, et c'était très intéressant de le faire avec elle.
- *D'accord, ils étaient formés aussi à la médiation par l'animal ?*
- Non seulement leur formation initiale, mais elles faisaient après beaucoup le lien entre ces thérapies médiatisées et la vie dans l'institution,
- *Quel est le cadre thérapeutique de vos séances ?*
- Alors, impérativement les séances étaient toujours réalisées le même jour et la même heure, ça c'est très important. Euh, une fois par semaine. Mais même quand il ne faisait pas beau on y allait, c'était important pour les personnes. Alors sinon j'ai toujours accompagné de deux AMP et puis on avait un groupe de 8 personnes environ.

Questions principales

1. Quels sont vos objectifs thérapeutiques à travers l'utilisation de la médiation par l'animal, auprès des personnes atteintes de démence de type Alzheimer ?

- Alors mes objectifs c'était le, le maintien des acquis le plus longtemps possible, ..., donc le maintien de l'autonomie, euh... se lever, la toilette, le maintien de l'acquisition verbale également, on travaille les échanges verbaux, le vocabulaire, l'utilisation du vocabulaire, et de développer l'orientation dans l'espace. Après, euh..., tout ce qui est acquis dans l'activité, les gestes, le vocabulaire, était repris dans les activités de la vie quotidienne. Après le soir quand je n'étais pas là, c'est les AMP qui avaient co-animé les séances médiatisées par l'animal, qui poursuivait le transfert des acquis. Voilà, tout ce qui était acquis dans l'activité était transposer dans l'institution, donc voilà un objectif de transfert des acquis dans le quotidien.

- Pourriez-vous m'en dire plus s'il vous plaît ?

- Alors euh... chez les personnes notamment celle en début de maladie, on a pu conserver beaucoup d'automatisme, voilà, et puis celle plus en stade avancé, étant donné qu'elles avaient l'habitude de s'occuper de chevaux, il y a des automatismes qui reviennent quand même. Et on travaillait comme ça un certain maintien de praxies, de préhensions, de motricité et de cognition quoi, voilà, tout ce qui est de brosser le cheval, de le nettoyer, ils prennent un peu cette responsabilité d'entretenir un tiers, entretenir l'animal, son bien-être, son hygiène, etc, et ensuite on essaye de le transposer sur leur entretien personnel, euh comment dire... sur leurs soins personnels, etc. En gros on cherche à transférer les acquis de la séance médiatisée par l'animale sur les soins personnels, lors du repas, de la toilette, etc, dans l'objectif de maintenir les capacités le plus longtemps possible.

2. Selon votre expérience d'ergothérapeute, qu'est-ce qui favorise la participation de la personne atteinte de démence de type Alzheimer ?

- Alors personnellement, nous on choisissait les personnes en fonction de leurs peurs, parce qu'il ne faut pas qu'elle ait une peur énorme du cheval. il faut qu'elle se sente en confiance dans l'activité avec le cheval, qui est un animal assez imposant, euh..., il ne faut pas que la personne ait d'allergies, puis... pour favoriser la participation de ces personnes euh..., je tiens compte évidemment de leurs capacités, leur capacité de locomotion, de préhension, d'équilibre, motrices quoi, puisqu'en fonction de ça je vais adapter l'environnement et tout le cadre, puis, euh..., pareil leurs capacités cognitives, pour savoir comment m'adapter, quelles capacités je vais solliciter etc. Ah et puis alors on fait attention à ce que la personne veuille vraiment faire l'activité thérapeutique, alors pour toutes les activités quelle qu'elle soit, on fait attention à ce que ça plaise à la personne, que ça soit vraiment signifiant pour elle, pour qu'elle ait un certain degré de participation. Donc bon, là c'est vrai que là le cheval était encré dans le contexte culturel des personnes, dans leurs habitudes de vie, de leur quotidien, donc c'est vrai que là il n'y avait pas de soucis, elles voulaient toutes y aller, c'était en accord avec leur histoire familiale etc, donc voilà en fonction de la culture. Mais sinon pour toutes activités thérapeutiques en générale, il faut que la personne soit valorisée, puis aussi qu'elle soit motivée

pour le faire, il faut prendre en compte donc ce qu'elle aime, ce qu'elle n'aime pas, pour vraiment réussir à la faire participer le plus possible. Voilà..., qu'elle y trouve un sens, en fait, que ça lui rappelle quelque chose de sa vie, de sa culture.

- 3. Dans le déroulement d'une activité, quels éléments favorisent l'engagement dans l'activité de la personne atteinte de démence de type Alzheimer ?

- Ah alors, c'est important de pouvoir créer tout un cadre rassurant, une relation sécurisante, dans lesquels on peut travailler ensuite nos objectifs. Du coup, on tient compte de l'environnement, qui était toujours le même hein, on essaie de maintenir un environnement constant. Même heure, même jour hein comme je vous ai dit tout à l'heure. Puis on essaie d'avoir toujours les mêmes professionnels, donc moi au moins j'étais toujours là, les AMP pouvaient changer mais c'était très rare. Ensuite, quelque chose d'important pour les personnes atteintes d'Alzheimer, elles avaient toujours le même cheval, donc c'était le même nom, la même apparence etc. Alors voilà quoi, l'environnement social restait plutôt stable, euh l'environnement physique restait aussi stable. Donc ça facilite la prise de repère, même si la personne a des troubles de l'orientation, au moins on évite qu'il y ait trop de changement et ça déstabilise un peu moins. Donc, même s'ils ont des troubles de la mémoire, le lieu, qui est toujours le même, va leur rappeler quelque chose, et puis l'animal aussi ils s'en souviennent en général, il y a quelque chose qui s'inscrit au niveau émotionnel et donc dans la mémoire quelque part. C'est une activité qui était vraiment attendue, et puis qui s'inscrivait dans un cadre rassurant et sécurisant et bien déterminé. Et puis en dehors de l'activité qui est médiatisée par l'animal, j'essaie de faire des activités ou je peux faire des liens avec cette activité cheval, entre guillemets, donc ça créer une certaine continuité. Sinon..., euh, dans le cadre de mes thérapies médiatisées par le cheval, il y a des sous-objectifs on va dire dans le déroulement de l'activité, je vais lui proposer d'aller dire bonjour au cheval, de le caresser, de prendre les objets pour ensuite aller le brosser, comme elle peut, je la rend actrice de "préparation de l'animal" on va dire, on lui propose de mettre le tapis, etc, on peut amener le cheval au manège, etc, ou sinon après un effort, on lui propose de le nourrir, de lui donner à boire, euh..., tout ça lui donne des petites responsabilités, qui lui donne envie de faire, qui lui donne envie de participer quoi, et puis ça sollicite des fonctions motrices, des praxies, la gnose, et puis comme ça on essaie de maintenir les capacités le plus longtemps possible. Et puis bon, les patients ont l'habitude de nous voir au quotidien, dans un cadre de soin etc, utiliser un animal comme média, ça peut apporter quelque chose dépourvu de connotation de soin, de thérapie, etc, et ça suscite beaucoup l'intérêt des personnes j'ai remarqué. L'animal est un média, il y a plein de choses qui vont passer à travers, qui vont ressortir chez la personne, d'expression de mots et d'affectivité, et puis les personnes se tournent vers nous pour nous parler de l'animal, donc euh..., c'est un média vraiment pour la communication, qui est très important. Alors l'animal est là, est muet, mais il va permettre de faciliter la communication entre le patient et le thérapeute, ça créer un lien. La personne peut se mettre à parler plus que d'habitude, à s'ouvrir, à parler de chose de son histoire, c'est un média très important. Et donc dans la thérapie, par rapport à mes objectifs de

maintien des acquis pour maintenir l'autonomie, le média animal est un média très porteur, euh ...En fait, c'est un média important très socialisant, qui facilite beaucoup la communication, même non-verbale. De mon côté, il me permet de bien développer la relation thérapeutique avec le patient, ça ça aide beaucoup pour le déroulement de l'activité, puis de la prise en charge quoi de manière générale.

- **4. Merci, j'ai terminé l'ensemble de mes questions. Aimeriez-vous ajouter quelque chose ?**

- Non merci, je pense que c'est bon

➤ **Entretien Ergothérapeute B.**

Questions signalétiques

- *L'entretien sera retranscrit dans mon mémoire de manière anonyme puis l'enregistrement sera effacé, êtes-vous d'accord pour que cet entretien soit enregistré ?*

- Oui

- *Mes questions concernent votre pratique d'ergothérapeute et concernent les personnes atteintes de démence de type Alzheimer auprès desquelles vous mettez en place des thérapies médiatisées par l'animal. Avez-vous des questions ?*

- non

- *D'accord, alors je vais commencer : En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'ergothérapeute ?*

- En 2005

- *Depuis combien de temps utilisez-vous la médiation animale ? et dans quels types d'établissements ?*

- Depuis 2010, euh essentiellement en EHPAD, en MAS, en FAM, et... puis voilà

- *Auprès de quelle population l'utilisez-vous ?*

- Essentiellement auprès des personnes âgées atteintes de démence, des personnes âgées en perte d'autonomie mais aussi auprès de jeunes autistes et des personnes polyhandicapées

- *Pendant combien de temps avez-vous travaillé auprès des personnes atteintes de démence ?*

- Pendant sept ans

- *Avez-vous effectué une formation supplémentaire pour la médiation par l'animal ?*

- Oui j'ai été formé en interne par l'AFTAA (association française de thérapie assistée par l'animal)

- *Quel animal utilisez-vous ?*

- Le chien

- *Qu'est-ce qui a motivé le choix de cet animal ?*

- C'est l'animal utilisé à l'AFTAA, parce qu'en fait, c'est un, ..., bah le chien est très présent dans la culture française, il est très familier, très euh, rependue dans les familles françaises, euh, et du coup qui est souvent significatif et signifiant pour les personnes, en tout cas dans notre culture.

- *Vous travaillez seul ou en co-animation ?*

- Ca dépend des fois, je fais les deux. Les co-animateurs étaient souvent les référents des patients, dans les structures dans lesquelles j'intervenais, soit psychologue, ça peut être des psychomotriciens, euh des éducateurs spécialisés, des moniteurs éducateurs, euh.. j'ai aussi travaillé avec des assistants de soins gériatriques, des aides-soignants et des AMP.

- *D'accord, ils étaient formés aussi à la médiation par l'animal ?*

- Non

- *Quel est le cadre thérapeutique de vos séances ?*

- Je travaille en général en groupe fermé, euh, 3 personnes maximum, des séances hebdomadaires. Les séances avec trois patients, en moyenne une heure, et les séances en individuel vingt minutes.

Questions principales

- **1. Quels sont vos objectifs thérapeutiques à travers l'utilisation de la médiation par l'animal, auprès des personnes atteintes de démence de type Alzheimer ?**

- Alors euh, les objectifs vont dépendre des projets de vie de la personne, euh, du projet de vie individualisé, des objectifs définis avec l'équipe pluridisciplinaire, donc euh, il y a souvent la socialisation, la communication, euh, on peut travailler sur la perte d'autonomie avec les apraxies, sur les refus de soin aussi, l'agressivité de certaines personnes, sur les fonctions motrices, euh, par exemple euh, les syndromes post-chute, travailler la déambulation, travailler sur les capacités cognitives. Mais, euh, ..., étant donné l'évolution de la maladie on est surtout sur du maintien des capacités restantes.

- *Pourriez-vous approfondir à propos de ces objectifs s'il vous plaît?*

- Alors oui, au niveau des refus de soins, c'est un travail un peu plus long, sur plusieurs séances, euh, il y a déjà la mise en place de la relation de confiance qui est essentielle, je le travaille souvent sur plusieurs séances. Avec la médiation par l'animal, donc là le chien c'est un catalyseur social, donc souvent la relation de confiance se met en place très rapidement, euh, avec les personnes qui sont en refus de soins, ça peut être un petit peu plus long, et dans ce cas ce sont souvent des séances en individuel et qui évolue petit à petit vers des séances en groupe. L'idée c'est euh, alors par exemple je pense à une dame qui avait vraiment un gros refus de soin, qui était agressive avec tout le personnel, j'ai commencé avec des séances en chambre de façon informelle, en tout cas informelle pour elle, c'est-à-dire qu'elle pensait que c'était juste des visites, et petit à petit en fait, une fois que la relation de confiance a été mise en place, j'ai pu la sortir de sa chambre, aller dans la salle qui était pour les séances de thérapies médiatisées par l'animal, sans forcément lui dire que c'était pour ces séances-là, avec des prétextes comme « pour avoir plus de place », « pour être un peu mieux », et petit à petit, une fois que la relation était bien instaurée, que la dame avait une grande prise de plaisir, et qu'elle présentait plus de refus, on a mis en place les séances de groupe, et euh... du coup on a vraiment réussi à travailler sur son refus de soin, parce qu'à la fin la dame n'était plus agressive avec le personnel, elle acceptait tous les soins, que ce soit les soins corporels, aussi bien que la rééducation, et euh, même le nettoyage de sa chambre qui était compliqué au départ. Donc on a

vraiment pu recréer du lien social avec cette dame, euh, lui retrouver une source de plaisir et l'amener petit à petit vers l'acceptation de l'autre, et donc forcément avec l'acceptation de l'autre il y a l'acceptation des soins. Et sinon, j'ai eu plusieurs personnes qui se refermaient sur elle, qui euh, qui donnait l'impression d'être apathique mais qui finalement était plus un repli sur eux, dû à la dépression, en plus de la démence, et du coup avec la médiation animale on travaille cette relation de confiance, qui les amenait à plus participer et accepter les soins. Ce qu'on fait beaucoup aussi c'est faire des soins envers l'animal, parce du coup bah la personne devient « acteur de soin », devient soignant entre guillemets, et on arrive à faire des parallèles entre l'importance des soins personnels et ceux qui sont prodigués à l'animal pour son bien-être et sa santé, et du coup petit à petit les personnes acceptent les soins. Et c'est là aussi que la co-animation est importante, notamment avec les soignants parce que du coup ils peuvent voir les capacités pratiques de la personne dans les soins, si elle est capable de brosser l'animal, et qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles, par exemple au niveau de l'épaule ou du coude, elle est capable de se brosser les cheveux, si elle est capable de laver le chien avec un gant, elle est peut-être capable de se laver également. Donc ça montre aux soignants les capacités motrices et pratiques de la personne, et le soignant peut aussi faire des liens après quand il est en soins, « quand vous étiez avec le chien vous avez réussi à faire ça, est ce que vous voulez essayer de faire ça », etc.

- ***Tout à l'heure vous m'avez également parlé de communication et socialisation, pourriez-vous m'en dire plus s'il vous plaît ?***

- Par rapport à la communication, euh, à travers la médiation animale j'ai remarqué que les personnes sont très spontanées avec l'animal, beaucoup plus que dans les relations interhumains. Le chien est tellement bienveillant et source d'amour et de non jugement, que euh, les gens ont tout de suite envie de lui parler, de communiquer avec lui. Donc ce dont je m'aperçois c'est qu'en séance, les personnes vont plus spontanément parler directement à l'animal, euh, même des personnes qui peuvent s'avérer mutique. Moi j'ai eu des personnes où les soignants me disent « on a jamais entendu le son de sa voix ! », et la première fois qu'elle a vu le chien, la personne a parlé. Ensuite euh, peu à peu ils me parlent à moi, en tant qu'intervenant et propriétaire du chien, et petit à petit en fait la parole va se propager au groupe. Parce que les gens vont se dire « ah bah oui moi aussi mon chien me faisait ça ! » etc, « ah ! votre chien faisait ça, c'était quoi comme chien ? », et il y a un sujet commun et neutre qui ne peut pas entraîner de conflit finalement, et du coup la parole se propage librement et naturellement. Bien sûr l'ergothérapeute fait tourner la parole et essaie de garder un fil conducteur, ça c'est notre rôle de thérapeute, mais ça se fait assez facilement.

- ***D'accord, et dans tout cela, qu'est-ce qui était le plus visible ou le plus efficace ?***

- Ce qui est le plus visible, d'après mon expérience, c'est certainement une sortie de l'apathie qui est énorme, euh, une sortie du repli-sur-soi, euh, les capacités qui sont inexploitées de la personne vont vraiment se révéler à ce moment-là, que ce soit au niveau moteur, ou euh au niveau cognitif ou au niveau communication, euh, on a vraiment une prise de plaisir qui est

énorme en séance. On a, aussi, au niveau de la prise en charge des syndromes post-chutes, on a des progrès qui sont énorme, euh, même dans l'acceptation des soins cela aide souvent, mais alors là le soignant doit faire le relais, entre ce qui se passe dans les médiations et les soins, par exemple, avant la toilette il peut montrer les photos de l'animal qu'a le patient sur sa commode, et l'inviter à continuer à en parler sous la douche, et comme ça les soins sont vraiment mieux accepter. Par contre, les soignants qui ne font pas ce relais, même s'ils savaient que le patient est capable, ils obtenaient beaucoup moins l'acceptation du patient aux soins, à la toilette, etc. Voilà.

- 2. Selon votre expérience d'ergothérapeute, qu'est-ce qui favorise la participation de la personne atteinte de démence de type Alzheimer ?

- Euh, en tant qu'ergothérapeute, je prends vraiment la globalité de la personne en compte pour favoriser sa prise en charge. Je prends en compte ce qui a du sens pour la personne, par exemple pour la médiation animale il faut que ce soit signifiant et significatif, même si cette médiation est efficace, il faut que ça parle au gens, que ça leur plaise. Après on travaille des objectifs qui sont définis avec la personne et aussi avec l'équipe pluridisciplinaire, pour être au plus près de ce qu'elle a besoin. En fait on prend en compte ces attentes, ces envies, ses besoins. Mais aussi ses capacités, euh que ce soit motrices ou cognitives, ou encore au niveau de sa communication verbale et non-verbale. Je fais aussi attention aux habitudes qu'à la personne, etc. Après euh..., par rapport à cette population, il y a les troubles du comportement qui peuvent freiner la participation, comme l'apathie et la dépression, mais aussi la déambulation. J'ai eu beaucoup de patients qui habituellement déambule et ont du mal à rester assis plus de deux minutes, alors qu'en médiation animale ils arrivent à rester pendant toute l'heure sans partir, sans avoir le besoin de déambuler. Ça c'était très efficace. Et puis sur les replis-sur soi, ça avait vraiment des effets bénéfiques, les personnes vont plus spontanément dans l'interaction, vont plus spontanément vers le chien, et c'est plus facile d'initier la conversation. Aussi au niveau des troubles anxio-dépressif, ces personnes sont plus apaisées pendant la thérapie.

- D'accord, avez-vous pu observer autres choses chez cette population ?

Alors attends qu'est-ce que je pourrais dire d'autre euh, ..., par exemple, pour le syndrome post-chute, on s'aperçoit que les personnes ont des tendances à la rétropulsion, ils ont une angoisse liée aux déplacements et aux mouvements, mais aussi une angoisse de l'espace antérieur. Euh, ça entraîne une diminution de la mobilité, ils n'osent pas se lever, ils n'osent pas aller marcher, se pencher en avant etc, euh il peut y avoir ainsi une perte fonctionnelle, donc ce qui est intéressant c'est d'amener les personnes à se pencher en avant. Alors ça peut être des exercices tout bêtes, comme installer l'animal sur le plan de travail, et de le positionner de plus en plus loin, comme ça si elle veut interagir avec l'animal ça l'incite à se pencher en avant sans s'en rendre compte au début. Ou alors je dis que ma chienne a un peu soif et je leur demande si elle veut bien lui donner un peu d'eau, puis déjà ça leur demande des capacités de planifications pour planifier les gestes qu'elle va faire pour prendre les objets, par exemple la bouteille d'eau, la gamelle, et puis faut ouvrir la bouteille, donc des capacités gnosiques et praxiques, et puis euh poser la gamelle par

terre, et puis servir de l'eau, donc se pencher en avant, se baisser un peu, etc, enfin par exemple hein ! Mais par des tâches simples comme ça on peut travailler plusieurs aspects moteurs et cognitifs. Et puis ce genre d'exercice, en les faisant faire plusieurs fois, la personne se met à faire ces gestes plus spontanément, sans réfléchir, elle se penche, etc, eh bien petit à petit, on peut commencer à lui faire remarquer qu'elle a réussi à aller vers le sol sans appréhension ni difficulté, et euh bien valoriser toutes ses réussites là et les verbaliser, de façon à ce que les personnes s'aperçoivent qu'elles ont encore des capacités et qu'elles puissent les exploiter, mais il ne faut surtout pas les brusquer. Donc là on travaille vraiment par rapport à cette appréhension qui fait qu'ils arrêtent de se mobiliser.

- 3. Dans le déroulement d'une activité, quels éléments favorisent l'engagement dans l'activité de la personne atteinte de démence de type Alzheimer ?

- Oui bah voilà, euh, j'essaie de leur permettre de se mouvoir, puis souvent ils se mettent en mouvement pour le bien-être de l'animal, parce que c'est pour l'animal qu'ils vont faire, ils se sentent « obligés » dans le sens qu'ils ont envie de s'occuper de lui, parce que de toute manière l'animal ne peut le faire tout seul. Donc euh, je peux aussi faire tomber des choses par inadvertances près d'eux, et en fait les personnes vont spontanément ramasser pour m'aider, ça leur permet de réaliser des gestes spontanés, ils vont se pencher en avant, se baisser, ce qui les habitue petit à petit à appréhender le sol et l'espace antérieur. Voilà il y a plein de petits exercices comme ça. Et puis je propose des exercices adaptés à leurs capacités, voilà donc je fais des exercices de plus en plus durs. On peut moduler avec des gamelles plus au moins grande, des jouets de différentes tailles, euh etc. Sinon pour favoriser l'engagement euh... alors, la personne aura plus tendance à s'engager dans l'activité si je propose quelque chose qui lui parle, qui a du sens pour elle, qu'elle est intéressée par l'activité proposée, et du coup elle est déjà engagée dans l'activité, et par contre pendant l'activité, j'essaie de valoriser la personne, de lui permettre de faire les choses par elle-même, puis aussi faire les choses « pour » l'animal, parce que c'est quand même important de souligner je pense, en EHPAD les personnes sont privées de leur rôle social, quelque part elles sont aussi dépourvues de leurs capacités, dans le sens où souvent les soignants vont faire à la place de la personne par manque de temps, par exemple une personne âgée démente pourrait faire sa toilette en une heure le matin avec un accompagnement, mais les soignants ne peuvent accorder une heure pour chaque résident, donc du coup souvent ils font « à la place de ». Ou alors les patients, s'ils ont de la visite, ils ne peuvent plus offrir à boire ou à manger comme s'ils étaient chez eux, tous ces actes de convivialités ils en sont dépourvus aussi, ils en sont dépossédés. Donc là l'idée c'est de redonner des rôles sociaux aux personnes âgées, puisque la personne va pouvoir s'occuper de l'animal, faire plaisir à l'animal, le nourrir, lui donner à boire, le caresser, elle va pouvoir prendre soin de l'animal, « oh bah mince il perd ses poils, bah attendez je vais lui rendre service et vous service à vous aussi ! » et du coup elle va le brosser, voilà la personne retrouve des petites responsabilités, des rôles, et ça lui donne envie de participer, de faire des choses, et du coup oui ça peut renforcer son engagement dans l'activité.

Après voilà, euh..., si la personne a les capacité de faire, mais qu'on lui dit qu'elle le fait mal, qu'elle n'est pas assez rapide, ou même sans le dire, si on le fait ressentir à la personne, eh bien ça peut la bloquer, la dévalorisée, elle peut à force se renfermer sur elle, se replier sur elle-même, elle va un peu abandonner le peu de capacité qui lui restait, parce que finalement on ne l'autorise pas à les utiliser à leur rythme, euh, voilà ses capacités ne sont pas assez sollicitée. Bien sûr il faut le dire il n'y a pas assez de soignants dans les établissements de santé en général, alors ça n'aide pas mais voilà.

- ***Oui, d'accord***

- Mais je voudrais rajouter euh, il y a souvent de l'apathie, voire des « fausses apathies », dans ce que je vois dans mon expérience en tout cas, euh, c'est souvent des replis-sur-soi parce que l'environnement est sous-stimulant, il y a des moments dans la journée ou il ne se passe pas grand-chose, puis après même s'il y a des animations pour les personnes, les animateurs ne peuvent pas toujours s'occuper de tout le monde, et les personnes qui ne sont pas assez stimulées ont tendance à se replier sur elle-même pour oublier un peu se vide, et donc du coup elle ne s'engage plus tellement dans l'activité.

- ***Il y aurait-il autre chose qui peut favoriser leur engagement dans l'activité ?***

- Euh, il y a tout le cadre thérapeutique hein, qui aide à ce que la personne reste impliquée dans l'activité. Alors moi, euh..., je travaille en groupe fermé, et je cherche à créer un cadre qui soit rassurant pour les personnes, parce que les personnes atteintes de démence qui sont désorientée ont besoin d'un cadre assez constant, c'est rassurant pour eux, et puis euh, je vais fais attention que l'agencement de la pièce soit adaptée en fonction des objectifs de la séance, selon si je veux favoriser l'interaction dans le groupe, ou si je veux favoriser les praxies ou la locomotion et l'équilibre, etc euh voilà, puis je fais attention à ce que le matériel soit adapté, euh, après pour les objets j'apporte du matériel adapté ou que j'adapte moi-même, pour que tout soit adapté à la personne parce que les personnes peuvent avoir des difficultés de préhension à cause de l'arthrose ou de l'arthrite au niveau des mains, donc j'essaie d'adapter le matériel aux capacités, donc avec des bracelets métacarpiens par exemple euh, ou des brosses à manches grossies. Et puis je fais attention à ce que le groupe ne soit pas trop grand, c'est pour ça que nous on travaille avec trois personnes maximum de façon à ce que chaque personne puisse avoir des interactions avec l'animal, à tous moment de la séance, même si l'animal est avec un résident, celui d'à côté peut quand même caresser le chien, ou observer, ou écouter, avoir des échanges de regards avec l'animal, même s'il ne fait pas directement un exercice avec lui, et puis des échanges avec les professionnels qui sont présents. Donc on fait en sorte que l'environnement, de manière globale, permet aux personnes d'être toujours en interaction avec l'animal, et/ou un professionnel, et ça lui permet de rester impliquer d'une manière ou d'une autre dans l'activité. Ensuite euh, par rapport à ce que peut m'apporter l'utilisation d'un chien, ça rejoint un peu ce que je disais tout à l'heure, le chien aide vraiment car le chien est un catalyseur social, il aide vraiment à la mise en place de la relation thérapeutique, la, la relation de confiance, et du coup euh, aussi aux interactions sociales. Il y a d'ailleurs un exemple que

j'aime bien donner aussi, quand j'arrive en Ehpad, avec mon « bonjour tout le monde ! » ou « bonjour messieurs-dames ! », euh quand j'ai de la chance j'ai deux-trois personnes qui me répondent, alors que quand je viens avec mon chien et que je dis le même « bonjour tout le monde ! » bah j'ai facilement sept-huit « bonjour » et puis deux-trois personnes qui vont carrément se lever des chaises pour venir me saluer, et saluer le chien, etc. Donc au niveau des relations c'est toujours plus facilitant.

- 4. Merci, j'ai terminé l'ensemble de mes questions. Aimerez-vous ajouter quelque chose ?

- Euh ... bah c'est une médiation qui est très efficace, bah c'est pas magique non plus et puis ce n'est pas le chien qui est thérapeute, le chien est juste médiateur, euh au service d'un thérapeute, et puis c'est un médiateur très efficace, en tout cas en France, vu qu'on a une culture où les animaux de compagnie sont très présents auprès de nous.

➤ **Entretien Ergothérapeute C.**

Questions signalétiques

- *L'entretien sera retranscrit dans mon mémoire de manière anonyme puis l'enregistrement sera effacé, êtes-vous d'accord pour que cet entretien soit enregistré ?*

- Oui, il n'y a pas de soucis.

- *Mes questions concernent votre pratique d'ergothérapeute auprès des personnes atteintes de démence de type Alzheimer auprès desquelles vous mettez en place des thérapies médiatisées par l'animal. Avez-vous des questions ?*

- non

- *D'accord, alors je vais commencer : En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'ergothérapeute ?*

- En 2012, juin 2012

- *Depuis combien de temps utilisez-vous la médiation animale ? et dans quels types établissements ?*

- Euh ... ça va faire deux ans, et c'est en unité spécialisée Alzheimer et en PASA, et puis de manière plus rare en soins palliatifs.

- *Après de quelle population l'utilisez-vous ?*

- Principalement auprès de patients atteints de démence de type Alzheimer et apparenté

- *Avez-vous effectué une formation supplémentaire pour la médiation par l'animal ?*

- Alors j'ai effectué la formation chien-médiateur délivré par l'IFZ, euh, l'institut français de zoothérapie. Ça dure 4 jours, puis on nous apprend surtout à gérer notre chien, que le chien s'habitue au fauteuil roulant, de se faire manipuler par d'autres personnes, etc. Et puis euh, en ce moment je suis en train de compléter cette formation par un diplôme universitaire « relation homme-animal », qui est à Paris 13. Là on apprend surtout à savoir déchiffrer et comprendre le comportement des animaux, comment voir s'il est en bonne santé ou non, etc, voilà.

- *Quel animal utilisez-vous ?*

- Le chien pour l'instant, puis j'ai pour projet d'utiliser également un poney.

- ***Qu'est-ce qui a motivé le choix de cet animal ?***
- Bin c'est après avoir vu un thérapeute utiliser un animal dans ses thérapies que ça m'a paru évident, euh voilà j'ai pu voir les bénéfices et les intérêts que ça représente
- ***Vous travaillez seul ou en co-animation ?***
- Alors ça dépend, si je suis en groupe je suis en co-animation, si je suis en... individuel je suis seule. C'est les deux personnes qui animent le PASA en fait, il y en a une ASG, donc euh, aide-soignante en gérontologie et une maîtresse de maison hôtelière, c'est elles qui animent le PASA en journée et donc en fait elles accueillent un groupe de 14 personnes et puis moi je vais prendre un groupe de 4 à 5 personnes, pas plus sinon c'est fatiguant pour le chien, euh... donc euh il y a une animatrice qui vient co-animer ou qui reste pas loin au cas où.
- ***D'accord, ils étaient formés aussi à la médiation par l'animal ?***
- Non non
- ***Quel est le cadre thérapeutique de vos séances ?***
- Alors euh actuellement j'amène le chien que le lundi et le vendredi, donc deux fois par semaine. Euh, souvent le matin je fais des séances en individuel ou avec deux patients, et puis euh... donc là c'est des séances plus courtes, environ 20 minutes par personne, donc au maximum le chien travaille 1h, et en générale c'est le matin. Puis euh... l'après-midi c'est des séances en groupe, donc ça dure 1h. Le lundi c'est avec des personnes qui ont très peu de mobilité, qui sont en stade avancé de la maladie d'Alzheimer, et le vendredi des personnes avec la même pathologie principalement mais qui ont encore de bonnes capacités à la marche.

Questions principales

- ***1. Quels sont vos objectifs thérapeutiques à travers l'utilisation de la médiation par l'animal, auprès des personnes atteintes de démence de type Alzheimer ?***
- Et bien... j'ai pour objectif de maintenir les capacités, on essaie de maintenir les capacités le plus longtemps que l'on peut. Euh..., pour le groupe du lundi qui a une mobilité assez réduite, je cherche surtout à stimuler au niveau sensoriel, à travers tous les contacts physiques entre le patient et l'animal, à travers les caresses, les câlins, euh .. les interactions, les soins, les regards, les jeux, euh voilà quoi, et puis je cherche à stimuler au niveau des préhensions, à travers le toilettage, des jeux cognitifs avec le chien et un peu de travail de l'équilibre mais assez peu, contrairement au groupe du vendredi où j'axe plus sur la motricité, la mobilité, la prévention des chutes, euh...Après voilà je transpose les choses dans le quotidien hein, comment dire... quand on fait le toilettage c'est pas anodin hein, c'est comme des brosses à cheveux donc voilà pour travailler les préhensions, les praxies, les gnosies, pour après les transférer dans les activités quotidiennes comme la toilette, j'essaie de faire pas mal de lien avec le quotidien hein, par exemple servir de l'eau, etc. Puis voilà je mets un peu toute les choses à disposition et en général les personnes prennent des initiatives, puis des fois je les invite à observer le chien, "est-ce que vous avez remarqué quelque chose sur le chien", et du coup ils me disent "ah oui il doit avoir soif il a fait de l'exercice", donc voilà je réponds "oui en effet ! et nous aussi, aller on va boire nous aussi", voilà on passe par plein de petites choses, euh... Alors après quand

j'interviens en palliatif, je place le chien sur le lit à côté de la personne, et j'ai remarqué euh... qu'après les séances, et même durant la nuit qui succède à la séance, les personnes ont moins besoin de morphine, elles sont plus apaisées aussi, plus calme, il y a beaucoup moins de gémissements et de cris, et voilà. Par contre ça pompe toute l'énergie du chien alors je le fais à la fin de la journée.

- Et avec les autres patients ?

- Alors, ..., elles ont parfois des montées d'angoisse, mais moi en séance de médiation par l'animal j'ai jamais eu de grosses montées d'angoisses, même en fin de journée où c'est les moments le plus difficile au niveau des troubles du comportement, bin tant que le chien est présent j'ai jamais eu de montée d'angoisse, et puis les fois où il y en a des petites, le chien va voir ces personnes puis pose sa tête sur ses genoux et ça l'apaise elle se calme très rapidement. Ou alors quand la tension monte entre deux patients, par exemple entre deux aphasiques qui essaie de se comprendre mais qui n'y arrivent pas, euh..., elles se comprenaient pas et une se sentait agressée alors du coup elle a commencé à hausser le ton etc, et le chien est venu la voir, poser sa tête sur ses jambes et là la personne est redevenu cohérente dans ses propos, "oh mon gros viens là.." en parlant au chien, et puis elle a arrêté d'insulter l'autre dame.

- D'accord

- Puis, déjà moi je suis la "fille au chien", euh... mon prénom ils ne le retiennent pas, par contre mon chien ça c'est remarquable, par exemple cet hiver pour des soucis de santé il n'a pas pu travailler pendant deux mois et quand je l'ai ramené, j'avais enlevé son nom sur son harnais, et euh quand je suis arrivée dans l'unité "oooh [nom du chien] !! Ça faisait longtemps !" voilà on est en unité Alzheimer mais pourtant ils se souvenaient tous du nom de mon chien et que ça faisait longtemps qu'il n'était pas revenu, alors, après j'ai fait le lien avec ma formation à "carpe diem" hein, euh..., en quelques mots comme son nom l'indique c'est vivre au jour le jour, dans l'instant présent, et en fin de compte euh... Nicole Poirier qui a développé ça au Canada, c'est une Canadienne, euh ...pense que euh... enfin 'pense' mais c'est assez prouver quand même hein, il y a des études qui tendent vraiment à le prouver, que euh... la mémoire sensorielle et émotionnelle fonctionne encore, euh tout ce qui est sensoriel et émotionnel fonctionnent encore, donc ces personnes ne vont pas se rappeler de "j'ai promené le chien" mais par contre ils vont se rappeler qu'ils ont passé un bon moment, un moment qui a été agréable, et du coup ça leur permet aussi de maintenir une envie de vivre, alors c'est sûr que ces thérapies ça maintient leurs capacités, mais aussi ça maintient l'envie de continuer à faire des choses et de vivre et donc éviter de 'glisser' trop vite. Voilà voilà.

- Tout à l'heure vous m'avez parlé des objectifs au niveau moteur, pourriez-vous m'en dire plus s'il vous plaît ?

- euh... alors, qu'est-ce que je peux te dire..., j'ai comparé mon groupe "relevé de sol/prévention des chutes" où j'utilise des moyens habituels, voilà parcours moteur, prise d'objet au sol, franchir des barres, on travaille l'équilibre, etc, euh, à mon groupe où j'intègre le chien et les même moyens que dans l'autre groupe, mais avec des interactions avec le chien, au lieu de

ramasser un objet je propose de ramasser la laisse, etc tu vois? euh... et bien j'ai moins de chutes avec ce deuxième groupe.

- *Comment vous l'expliqueriez?*

- Alors lorsque je n'intègre pas le chien les personnes sont beaucoup moins motivées, ..., en fait si je devais qualifier mon chien, c'est un moteur, il aide à susciter l'envie, les personnes montrent beaucoup plus de prise d'initiative. Quand je passe voir le matin les personnes du groupe de l'après-midi, ils me disent "ah bah cet après-midi on va faire des jeux / on va le brosser / on pourrait le promener" etc voilà ils expriment plein d'envie, plein d'idées. Et puis euh...les personnes recherchent le contact du chien, le plaisir, euh, ils ont un rapport très affectueux et tendre avec le chien, ils sont beaucoup dans la tendresse avec le chien, après par choix mon chien a une couleur très claire. Et ça c'est super important parce que j'avais travaillé une fois avec un chien noir, alors il était super gentil, très calme, mais les gens avaient quand une appréhension, euh...je pense que les chiens noirs ça leur fait penser aux chiens d'attaque etc

- 2. Selon votre expérience d'ergothérapeute, qu'est-ce qui favorise la participation d'une personne atteinte de démence de type Alzheimer ?

- Alors avec le chien j'arrive à plus motiver certaines personnes à aller marcher dehors, sinon sans le chien en temps normal certaines n'en n'ont pas envie, mais bon avec le chien j'arrive plus à les motiver. Euh...ensuite, c'est une population très rurale, c'est des gens quand même qui ont l'habitude des animaux, qui étaient agriculteur ou dans la culture ou autre et qui avaient souvent des chiens, alors euh, de compagnie, de chasse etc, donc voilà j'essaie de travailler avec ce qu'ils faisaient avant avec leurs chiens, euh..., voilà. Puis... du coup ça les amène à parler de leurs anciennes habitudes, avec les animaux ou autres, et puis euh je sollicite leur mémoire comme ça et ... j'en apprend plus sur ce qu'ils avaient l'habitude de faire, ce qu'ils aimaient faire, et euh, je m'appuie souvent là-dessus pour ajuster ma prise en charge

Après euh... il y a une dame qui ne voulait plus marcher, avait un fauteuil coquille etc, aujourd'hui elle fait le tour du parc, bon avec des pauses mais quand même. Donc euh voilà, avec l'utilisation du chien, ça l'a énormément motivé, pour elle c'était important de sortir le chien, voilà "il faut sortir le chien!", c'est un média qui lui a fait sens et qui l'a poussé à remarcher, à faire des efforts. Euh sinon... il y a des personnes, qui acceptaient de venir à une sortie surtout si le chien venait, sinon ça ne les motivait pas. Ou alors euh..., ils acceptaient de venir à l'activité s'il y a le chien, du coup comme ça on a pu pousser pas mal de personne à participer aux activités.

- *Il y a-t-il d'autres éléments intrinsèques qui entre en jeu ?*

- Euh... alors oui il faut qu'il y ait un feeling entre la personne et le chien, évidemment, euh...puis comme tout média, il faut que la personne aime, que ça l'intéresse. Je vais prendre en compte aussi euh... où en est la personne au niveau cognitif et moteur, pour adapter ma prise en charge, comment je vais la solliciter, qu'est-ce que je vais chercher à travailler, et puis aussi prendre en compte ses habitudes et ce qu'elle a envie de faire. Alors je travaille beaucoup beaucoup avec l'histoire de vie, surtout avec la maladie d'Alzheimer c'est très important, ... Euh,

toujours pareil Nicole Poirier, alors bon faut l'appliquer à nos institutions c'est plus compliqué qu'au Canada, mais elle par exemple avant la mise en place d'un médicament elle va chercher pourquoi il y a un trouble du comportement. Est ce qu'elle a envie d'aller au toilette, est ce qu'elle a soif, etc. Bon un exemple, une dame qui se lève toutes les nuits à 3h du matin, qui se met à se préparer etc, bah elle n'est pas forcément insomniaque hein, si elle était boulangère toute sa vie, et bien toute sa vie elle se levait à cette heure-là, donc voilà ce que l'on peut penser comme trouble du comportement ou quoi, ça peut être dû à un besoin fondamental non assouvi ou une ancienne habitude de vie qui perdure ! ou incapacité à dire exactement ce qu'il y a. Ou alors si on "oblige" une personne à manger à 19h, alors qu'elle a toujours mangé à 21h, et bien forcément elle ne va pas manger à 19h et après elle va réclamer une collation vers 21h. Donc voilà il faut essayer de respecter le rythme de vie, et puis c'est que du bon sens.

Et donc voilà tout ça pour dire que je travaille énormément avec l'histoire de vie, est ce qu'ils ont déjà eu un chien, qu'est-ce qu'ils faisaient avec, est ce qu'ils ont toujours rêver d'avoir un chien mais qu'ils n'ont pas pu, enfin ou un animal de manière générale, donc voilà euh.... je me sers pas mal des familles, euh, j'invite les personnes à voir les séances, à s'y intégrer, donc les familles viennent participer, elles voient que leurs proches sont encore capables de faire des choses, ça les rassure de voir que leurs proches participent et prennent du plaisir, et puis de savoir ce qu'on fait ça leur donne des sujets de discussion. Souvent les familles me disent qu'elles ont peur de venir voir leurs parents malades, ou leurs conjoints, etc, parce qu'ils ne savent plus quoi leur dire, alors j'ai créé un album où je prends en photo les résidents dans les différentes activités, qui mettent les patients en valeur bien sûr, et puis du coup la famille voit tout ce qu'on fait la semaine, ils savent de quoi parler, ils appréhendent moins de venir et ça permet de maintenir un peu plus le lien social et familial entre le patient et son entourage. il faut que ça soit super valorisant, il faut que ça leur parle, faut que voilà quoi. Après je pense à un truc, mon chien réponds aux ordres, mais par exemple quand on lui dit de s'asseoir il faut lui répété deux trois fois, il est un peu têtu mais j'ai remarqué que ça plaisait aux personnes parce qu'un chien qui obéit trop vite cela ne les fait pas penser à leurs propres chiens, et puis c'est pas drôle pour eux, donc voilà ça donne un petit côté défis et puis ça les fait rire.

- 3. Dans le déroulement d'une activité, quels éléments peuvent favoriser l'engagement dans l'activité d'une personne atteinte de démence de type Alzheimer ?

- Alors c'est très important de savoir s'adapter à toutes situations, il y a beaucoup de facteurs à prendre en compte en fait. On peut avoir prévue des choses et ça se passe complètement à l'opposé de ce qu'on pensait, et euh..., et du coup quand on met un facteur en plus qui est l'animal, bah là on a beau prévoir de A à Z sa séance, et bien c'est compliqué pour que ça se passe toujours comme prévu, c'est pas grave du tout mais faut savoir rebondir et s'adapter. Alors les facteurs il y a l'humeur des gens, l'humeur du chien, l'humeur à nous, donc faut être observateur et savoir s'adapter constamment quoi. Sinon euh, le fait d'être en groupe, euh quand c'est des séances en groupe hein, bin ils parlent du chien entre eux, il y en a un qui va dire "oh mon chien il faisait pareil", ou "ah mon chien faisait ci et ça", puis voilà les autres se mettent à

répondre etc et puis voilà euh... l'animal est vraiment un support de communication, une source de discussion et les interactions sociales émergent très souvent du coup. Puis moi aussi, je m'appuie là-dessus pour créer du lien. et puis, euh ... je ritualise beaucoup les choses, commencé de la même façon, je finis de la même façon, euh ça leur donne un peu plus de repères. et puis sinon j'aime bien suggérer les choses, tu vois, je vais sortir des objets, les brosses, la gamelle, une bouteille d'eau, quelques matériels de parcours de marche, et voilà du coup certains me formulent des demandes sur ce qu'ils ont envie de faire, ils choisissent un peu ce qu'ils veulent faire, en tout cas je leur laisse cette possibilité, et ils montrent beaucoup d'initiatives.

Et puis dans les séances en groupe ils s'entraident énormément, ils se valorisent entre eux, et ils s'encouragent énormément, et puis euh, j'ai une patiente qui est toujours très volontaire, elle aime commencer le parcours, elle fait un peu la démonstration du parcours, donc je la laisse faire et puis les autres ont moins peur parce qu'ils se disent "ah bon si elle y arrive moi aussi je vais aussi peut-être pouvoir y arriver", ils voient que l'exercice est possible quoi. Ah et puis c'est marrant parce que des fois, cette patiente va chercher les autres personnes du groupe pour les motiver ou les rassurer pour faire l'exercice, elle y va de manière douce et appropriée, et puis, ils acceptent, euh... le relationnel entre les résidents marchent parfois mieux que quand c'est moi qui vais chercher la personne. Quand je vois que tout le groupe fonctionne presque tout seul, que tout le monde s'entraide, montre comment faire etc, bah c'est vraiment super. Après même s'ils ne se souviennent pas de tout ce qu'ils ont fait, leurs corps ont bougé, euh... leurs esprits ont bougé, donc le bien-être physique et mental s'inscrit hein dans la mémoire sensorielle et émotionnelle comme je disais tout à l'heure, donc c'est important ça pour maintenir une certaine participation. euh... j'instaure un climat de confiance, une relation de confiance, et puis je m'adresse à la personne en me mettant en face et à la même hauteur, euh... vraiment respecter leurs rythmes, ne pas les brusquer "aller madame on y va !!!", bon après selon les personnes elles ont besoin parfois d'une voix un peu plus rebondissante, mais dans les trois quart du temps c'est plutôt une voix calme et posée ça suffit largement. Et puis il faut faire une étape à la fois, faire des phrases les plus simples possibles et courtes. Pendant le parcours, si la personne a des troubles de la compréhension je vais l'accompagner, je peux mettre des numéros, puis si elle est très réceptive au chien, elle peut le suivre et réaliser le parcours avec lui, elle peut marcher avec lui, le brosser, etc, voilà il y a un certain nombre de choses qu'on peut faire sans avoir besoin de donner des consignes verbalement. Quand j'ai l'animal les personnes viennent beaucoup plus facilement vers moi, ils ne prennent pas ça pour de la thérapie, mais plus comme des jeux. Puis quand il n'est pas là, euh... le fait que le chien ne soit pas là du mardi au jeudi, ils viennent quand même me voir pour parler du chien, ça comment il va, s'il a bien mangé, ça ouvre les discussions, il y a une continuité qui s'installe dans la relation thérapeutique. Alors même s'ils ne se souviennent pas de mon nom, ni parfois de mon rôle de mon métier quoi, bin je ne leur suis pas étrangère non plus, je leur 'dis quelque chose', ma présence leur reste familière. Je les valorise énormément puis euh... je propose au patient

d'apprendre plein de choses au chien, passer sur une planche à bascule alors qu'il en a peur, à se rouler par terre, etc, et donc ils adorent ça, ils ont un rôle et ils voient qu'ils ont une influence sur le chien, que ça marche parce qu'il y a une évolution au niveau du chien dans la même séance, et ils sont ravis de voir ce qu'ils ont réussi à apprendre au chien. Après c'est sûr que j'amorce l'apprentissage du chien à la maison, pour que ce soit plus facile en séance après, mais voilà. Les personnes prennent parfois eux même leur responsabilité, présenter la gamelle d'eau s'ils voient que le chien a soif, le nettoyage du matériel, de la table, ranger le matériel, euh... après pour la nourriture c'est moi qui le nourrit à la maison au calme, après bien-sûr quand ils lui donnent des friandises c'est quand ils lui apprennent des choses, et euh... pendant les activités où l'on cuisine, ils ont demandé à ce qu'on fasse à manger pour le chien, alors sur internet j'ai trouvé des recettes pour faire des friandises pour chien, et voilà il faut bien qu'ils respectent les doses etc euh parce que c'est pour le chien il faut faire attention à que ce soit équilibré etc, euh... donc en travaillant la motricité et la cognition en atelier cuisine ça leur donne également une responsabilité, et ils veulent 'bien faire'. Après, le chien n'est pas toujours acteur ou actif dans la séance, des fois je vais juste solliciter les capacités mnésiques et sociales, les personnes partagent leur souvenir, leur histoire de vie, donc ça stimule la réminiscence mais aussi ça crée du lien entre eux, il y a beaucoup d'échanges. Après j'ai aussi créé un cahier de chien célèbre, de dessins animés ou réel, et puis voilà on joue à devenir le prénom du chien, à qui il appartenait, en quelles années, etc voilà. et puis ils me disent aussi quels chiens il manque, Leika le premier chien à être allé dans l'espace, donc c'est aussi un échange dans les deux sens, voilà je fais plein de jeux autour de ça, différent support, un classeur avec les races de chiens les plus connus, s'ils sont souvent chien d'assistance, chien de policier, etc etc. Voilà j'utilise plein de support pour maintenir les relations sociales, les capacités cognitives tant qu'on peut.

- **4. Merci, j'ai terminé l'ensemble de mes questions. Aimerez-vous ajouter quelque chose ?**

- Non non ça va, merci.

Résumé

Les troubles neurocognitifs dus à la maladie d'Alzheimer constituent un enjeu de santé publique en France comme dans le monde. En France, 900 000 personnes sont touchées par cette pathologie (Inserm, 2014). Les personnes atteintes présentent une diminution progressive de leur participation aux activités en raison de l'évolution des troubles cognitifs.

L'objectif de l'étude de ce mémoire d'initiation à la recherche est de mettre en évidence la contribution de la pratique ergothérapique au maintien de l'engagement dans l'activité de ces personnes, notamment à travers l'utilisation de la médiation par l'animal. L'étude est réalisée suivant une méthode qualitative, comprenant la passation d'entretiens semi-directifs effectuée auprès de trois ergothérapeutes. Un ergothérapeute utilise le cheval et les deux autres utilisent le chien en tant que médiateur auprès de la population étudiée.

Mots clés : Ergothérapie - Troubles neurocognitifs dus à la maladie d'Alzheimer - Thérapie médiatisée par l'animal - Engagement dans l'activité

Abstract

Alzheimer's disease is a public health issue in France and worldwide. In France 900,000 people suffer from this pathology (Inserm, 2014). These people have a progressive decrease in their participation in activities because of the evolution of cognitive disorders.

The objective of the study is to highlight the contribution of occupational therapy practice on the maintenance of involvement of this population in activities, notably through the use of mediation by the animal. The study was carried out using a qualitative method including the conduct of semi-directive interviews with three occupational therapists. One occupational therapist uses horse and the two other use dog as a mediator with the population studied.

Key words: Occupational therapy - Alzheimer's disease - Animal-assisted therapy - Involvement in activity