

Mémoire d'initiation à la recherche en Ergothérapie

Juin 2020

Chloé CANTIN



Le chien, un médiateur au poil en ergothérapie
auprès des personnes âgées en EHPAD.

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e),* CANTIN Chloé étudiant(e) en 3^{ème} année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 29/05/2020

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'CANTIN', with a large, sweeping flourish above it.

CANTIN Chloé

« Note aux lecteurs :

ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de formation concerné »

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma tutrice Manon R. qui m'a fait découvrir cette pratique accessible à l'ergothérapie.

Je remercie ma maître de mémoire Eponine U. qui m'a soutenu et conseillé pendant toute la conception et réalisation de mon mémoire.

Je tiens également à remercier tous les professionnels que j'ai pu rencontrer au cours de mes stages, qui m'ont formé et ceux qui ont pu m'aider lors de mon enquête.

Je remercie également tous les formateurs de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil.
Merci à Cynthia ENGELS et Simon GADEYNE pour leur accompagnement lors des cours de Méthodologie de Mémoire.

Je tiens à remercier également ma famille, mon copain et mes amis pour leur soutien, leur aide et leur patience pendant toute ma formation.

Enfin, merci à mes trois chiens qui m'ont inspiré pour ce magnifique projet.



«L'animal ne se nourrit pas d'attentes idéalisées envers les humains, ils les acceptent pour ce qu'ils sont et non pas pour ce qu'ils devaient être.»

(Boris Levinson)

Table des matières

Glossaire.....	9
Abréviations	13
Introduction.....	15
Partie théorique	18
I. La maladie d'Alzheimer	18
A. Généralités	18
1. Définition	18
2. Épidémiologie	18
3. Etiologie	19
4. Sémiologie	20
5. Evolution.....	23
B. Les troubles psycho-comportementaux.....	23
1. Définition	23
2. Les différents troubles psycho-comportementaux	24
C. Les conséquences au quotidien	27
D. La prise en charge en EHPAD de la maladie d'Alzheimer et des troubles du comportement.	28
1. La prise en charge médicamenteuse	28
2. La prise en charge non médicamenteuse	29
II. L'ergothérapie et la Médiation animale	30
A. Définition de l'ergothérapie	30
B. Ergothérapie et Maladie d'Alzheimer	30
C. Choix du modèle conceptuel.....	32
1. Explications et objectifs du MOH.....	32
2. Définition des composants du MOH.....	32
D. La Médiation animale.....	35
1. Définition	35
2. Histoire de la Zoothérapie	35
3. Médiation animale et zoothérapie : quelle différence ?.....	36
E. La Médiation Canine.....	38
1. Le lien homme-animal	38
2. Les différents animaux.....	38
3. Pourquoi le chien ?	38

4.	<i>La médiation canine en ergothérapie et les résidents avec la maladie d'Alzheimer.....</i>	39
5.	<i>Les limites de cette médiation</i>	42
	Partie Expérimentale	45
I.	Méthodologie de recherche et résultats	45
A.	Objectifs de l'enquête	45
B.	Choix de la population.....	46
C.	Choix de l'outil d'investigation	46
D.	Recherche et passation	47
E.	Présentation et analyse des résultats	49
1.	<i>Présentation des personnes interrogées et de la pratique de la médiation canine</i>	<i>49</i>
2.	<i>Le choix du chien.....</i>	<i>51</i>
3.	<i>Les SPCD, origines et conséquences</i>	<i>52</i>
4.	<i>Les SPCD les plus fréquents dans la PEC.....</i>	<i>54</i>
5.	<i>Les effets et bénéfices de la MC sur les résidents Alzheimer avec des SPCD.....</i>	<i>55</i>
6.	<i>La diminution des SPCD avec la MC en ergothérapie.....</i>	<i>57</i>
7.	<i>La durée des effets sur les SPCD en séance et dans les AVQ.....</i>	<i>59</i>
F.	Discussion	61
1.	<i>Les SPCD, une PEC difficile au quotidien.....</i>	<i>61</i>
2.	<i>L'impact de la MC sur les SPCD chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.</i>	<i>61</i>
3.	<i>Apaisement et diminution des SPCD en séance d'ergothérapie.....</i>	<i>63</i>
4.	<i>La continuité des effets de la médiation canine sur les SPCD dans les AVQ.....</i>	<i>64</i>
5.	<i>Les limites et les apports de l'enquête.....</i>	<i>65</i>
	Conclusion	66
	Bibliographie.....	68
	Annexes	77

Glossaire

Administrateur central : système permettant la manipulation et la sélection des différentes informations sensorielles reçues, pour ensuite les répartir vers la boucle phonologique et le calepin visuo-spatial. Il met en place des stratégies nécessaires à la réalisation d'une tâche cognitive en partageant les informations avec les deux autres composants.

Agnosie aperceptive : difficulté à reconnaître les formes comme des logos ou panneaux routiers.

Agnosie associative : difficulté à faire correspondre l'objet avec une image en mémoire.

Agnosie auditive : incapacité à reconnaître les sons ou voix familières malgré une audition intacte.

Agnosie tactile : incapacité à reconnaître un objet par le toucher mais nomination de celui-ci quand il est vu.

Agnosie visuelle : incapacité à reconnaître des visages, des objets ou tout autre chose visuellement.

Anosognosie : incapacité à reconnaître sa maladie.

Apraxie bucco-faciale : difficulté à effectuer des mouvements avec la bouche et du visage.

Apraxie constructive : trouble des capacités visuo et spatio-constructives dans le domaine graphique et dans le maniement des relations spatiales (dessin de cube, perspective, écriture).

Apraxie idéatoire : est l'incapacité à utiliser des objets réels (utilisation du téléphone,...).

Apraxie idéomotrice : est l'incapacité à réaliser sur commande verbale des gestes simples symboliques ou transitifs figurés (mimer l'utilisation d'un marteau). Mais ils peuvent être effectués de manière spontanée manuellement.

Apraxie réflexive : est l'incapacité à réaliser des imitations de gestes sans signification (symbolique ou pratique).

Aprosognosie : difficulté à reconnaître les visages.

Boucle Phonologique : système permettant le stockage des informations langagières (chanson,...). Elle a un rôle important dans le stockage à court terme et l'apprentissage phonologique à long terme.

Calepin Visuo-Spatial : système permettant le stockage des informations visuelles et spatiales (recopier un dessin, mémoriser l'emplacement d'objets).

Circonlocution : est un procédé rhétorique par lequel un mot est remplacé par une expression le désignant (définition).

Cortex Cérébral : aussi appelé substance grise, tissu organique recouvrant les deux hémisphères du cerveau.

Dissociation sémantique : est l'utilisation de mots éloignés du mot recherché.

Echolalie : répétition d'une phrase ou d'une partie de phrase.

Encodage : étape de la mémoire qui traite les informations sensorielles avant la mise en mémoire.

Hippocampe : structure corticale impliquée dans les informations mnésiques (mémoire, apprentissage).

Labilité émotionnelle : variabilité et instabilité des manifestations émotionnelles, qui peuvent osciller rapidement entre des débordements de joie, la tranquillité et des décharges spectaculaires de colère ou de larmes.

Mémoire Antérograde : système stockant les informations nouvelles.

Mémoire Autobiographique : mémoire des souvenirs personnels d'un individu, à l'origine du sentiment d'identité et de continuité. Elle permet de revivre mentalement les événements passés (émotions, perceptions, pensées) grâce aux caractéristiques de la mémoire épisodique et sémantique.

Mémoire à court terme ou **mémoire de travail** : système à capacité limitée permettant le stockage temporaire et la manipulation des informations nécessaires à des tâches complexes (compréhension, apprentissage, raisonnement). Elle maintient des informations pendant 20 à 30 secondes, a une capacité limitée (7 ± 2 informations) et est sensible aux interférences.

Mémoire Episodique : système permettant d'enregistrer, de stocker et de récupérer des informations personnelles vécues dans leur contexte spatial et temporel.

Mémoire Procédurale : système permettant l'apprentissage de procédures motrices (faire du vélo), perceptives (lire un texte dans un miroir) ou cognitives (calculs) aboutissant à la maîtrise d'un ou plusieurs savoir-faires (marcher).

Mémoire Rétrograde : système stockant les informations passées.

Mémoire Sémantique : mémoire de la connaissance du monde, des faits, des concepts génériques (animaux, objets, sens des mots...), individuels (personnes, monuments...) et du langage.

Orientation dans la réalité : intervention qui améliore la qualité de vie en adaptant l'environnement du résident afin de lui fournir un maximum d'informations favorisant son orientation temporo-spatiale pour améliorer sa perception et ses capacités de contrôle de l'environnement.

Orthophonie : vise au maintien et à l'adaptation de la communication.

Palilalie : répétition d'un mot ou d'une syllabe.

Paraphasie sémantique : remplacement d'un mot par un autre.

Périphrase : remplacement d'un mot par une longue expression.

Persévération : répétition involontaire d'un mot, d'un geste hors contexte.

Réaction catastrophe : état de détresse manifesté par des personnes présentant des troubles cognitifs lorsqu'elles sont confrontées à des difficultés et à des échecs.

Réadaptation cognitive : est une intervention qui optimise le fonctionnement du résident en exploitant ses capacités préservées et l'ensemble des facteurs susceptibles d'améliorer sa performance ou son bien-être dans une activité valorisante ou plaisante à chaque moment de son évolution.

Récupération : étape de la mémoire qui permet la restitution d'une information conservée dans la mémoire à long terme.

Réminiscence : intervention sur multi-supports (photos,...) qui facilite le rappel des expériences passées et améliore le sentiment de continuité personnelle, a un effet bénéfique sur l'humeur et le bien-être des patients.

Sous-corticale : structure faisant référence aux zones cérébrales situées sous la surface cortex (ganglions de la base).

Snoezelen : ce terme hollandais est la contraction de Snueffelen (renifler, sentir) et de Doezenen (sommoler). C'est une intervention qui stimule les cinq sens à la fois (néons de couleurs, fibres optiques colorées, huiles essentielles relaxantes,...). Nous pouvons parler d'exploration sensorielle, de détente et plaisir.

Stimulation cognitive : intervention cognitivo-psychosociale écologique qui repose sur la réalisation d'exercices variés en rapport avec les situations de la vie quotidienne pour ralentir la perte d'autonomie.

Stockage : étape de la mémoire qui maintient les informations apprises dans le temps.

Système conceptuel : permet la représentation abstraite d'une action.

Système limbique : est constitué de plusieurs noyaux situés sous le cortex, il n'est pas seulement impliqué dans les émotions mais aussi dans la mémoire, l'olfaction, le contrôle du système endocrinien, les comportements alimentaires et l'appétit, le système nerveux autonome.

Système de production : permet la réalisation effective d'une action.

Thérapie par empathie : intervention qui reconnaît les émotions du résident (verbalement ou non), comprend les manifestations et la communication du résident par la reconnaissance et le soutien de ses sentiments quelle qu'en soit la réalité.

Abréviations

AAA : Activité Associée à l'Animal

ACIS : Assessment of Communication and Interaction Skills

AFEG : Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources

AMPS : Assessment of Motor and Process Skills

APA : American Psychiatric Association

ASZ : Association Suisse de Zoothérapie

AVC : Accident Vasculaire Cérébrale

AVQ : Activités de Vie Quotidienne

AIVQ : Activités Instrumentales de Vie Quotidienne

CMAI : Cohen-Mansfield Agitation Inventory

CMPR : Centre de Médecine Physique et de Réadaptation

DAI : Dog-Assisted Intervention

DFT : Démence Fronto-Temporale

DTS : Désorientation Temporo-Spatiale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EVC-EPR : Etat Végétatif Chronique - Etat Pauci Relationnel

FE : Fonctions exécutives

IAHAIO : International Association of Human-Animal Interaction Organizations

IFZ : Institut Français de Zoothérapie

INM : Intervention Non Médicamenteuse

IPA : International Psychogeriatric Association

LDV : Lieu de Vie

MC : Médiation Canine

MES : Mise En Situation

MLT : Mémoire à Long Terme

MMS : Mini Mental State

MOHOST : Model Of Human Occupation Sreening Tool (Outil d'évaluation de la participation occupationnelle)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OSA : Occupational Self-Assessment

OPHI-II : Occupational Performance History Interview- II

PEC : Prise En Charge

SAVS-SAMSAH : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SPCD : Symptômes Psychologiques et Comportementaux des Démences

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TAA : Thérapie Assistée par l'Animal

TC : Traumatisme Crânien

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

USLD : Unité de Soins Longue Durée

Introduction

La maladie d'Alzheimer est un problème majeur de santé publique car elle est la plus connue et répandue des maladies neurodégénératives en France, elle ne cesse de croître avec le vieillissement de la population et l'absence de traitement. Associée à des troubles psycho-comportementaux, elle représente une cause majeure de perte d'autonomie et de dépendance pour la personne âgée au domicile, avec un impact auprès de son entourage (aidants professionnels ou familiaux). Elle est une des principales causes d'entrée en EHPAD et la gestion de la prise en charge des résidents avec des troubles psycho-comportementaux vivant en institution est complexe. Car c'est un des Lieux De Vie (LDV) où l'on retrouve le plus la maladie d'Alzheimer avec un stade modéré à sévère. Le rôle de l'ergothérapeute est essentiel auprès de cette population pour le maintien des capacités et de l'autonomie dans la vie quotidienne. Au fil de la progression de la maladie, les interventions de l'ergothérapeute seront plus délicates notamment à partir du stade modéré, avec la majoration des troubles (cognitifs, moteurs,...) et l'apparition des troubles psycho-comportementaux.

Le lien entre l'homme et l'animal existe depuis des siècles. La médiation animale ne cesse d'évoluer depuis une quarantaine d'années en France. Ses bénéfices (cognitif, social, moteur...) sont très nombreux auprès de différentes populations y compris chez les personnes âgées en EHPAD. Ils sont très documentés dans divers pays comme au Canada, aux Etats-Unis, en France,....

Depuis longtemps, les animaux me passionnent. Au cours de mes expériences personnelles et de mes études, je me suis interrogée sur les bienfaits qu'ils ont sur nous et m'y suis intéressée pour mon mémoire de fin d'étude. Le chien est à la fois un médiateur ludique et familier pour les résidents. Il est un moyen de répondre aux objectifs de l'ergothérapeute, en facilitant sa prise en charge (PEC) et en favorisant l'adhésion des résidents aux activités.

J'ai pu constater l'influence du chien sur le terrain au cours de 2 stages en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) gériatriques, en ergothérapie et en psychomotricité. Grâce à ma tutrice, j'ai pu voir cette facette accessible à l'ergothérapie au cours de deux séances auprès d'un patient EVC-EPR, où elle a travaillé principalement la sensorialité et le suivi oculaire. Avec à la psychomotricienne, j'ai vu les différents aspects qu'elle pouvait faire travailler avec cette médiation auprès de personnes âgées atteintes de démences dont la maladie d'Alzheimer principalement. J'ai également pu remarquer que le chien favorisait la participation des patients dans les activités et qu'il avait un certain impact sur leur humeur et leur comportement. Je pense que cette médiation pourrait nous aider dans notre PEC auprès de cette population et pourrait être une source de motivation dans la rééducation ou un moyen de maintenir leurs capacités en EHPAD.

Grâce à ces expériences en tant que stagiaire et à mes cours en gériatrie, j'ai pu voir et réfléchir aux différentes possibilités thérapeutiques que la médiation canine pouvait offrir à l'ergothérapie. Et aux différents bénéfices qu'elle pouvait apporter auprès de cette population en institution (sur le plan physique, cognitif, psychique...) et choisir le chien comme médiateur principal.

En parallèle, j'ai réalisé une pré-enquête afin de savoir si le chien était utilisé auprès de cette population, si son utilisation permettrait la diminution de certains troubles psycho-comportementaux et si cela avait un impact sur le maintien de leurs capacités. J'ai aussi discuté avec mes anciennes tutrices, j'ai fait des lectures sur des articles concernant cette pratique et des livres de F. Beiger "*la zoothérapie auprès des personnes âgées*". Il explique à la fois le rôle et le lien que crée l'animal avec la personne âgée et les bénéfices dans la PEC.

Toutes ces lectures, expériences et interrogations m'ont amené à la problématique suivante :
En quoi la médiation canine en ergothérapie, a-t-elle un impact auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer avec des troubles psycho-comportementaux en EHPAD ?

Avant de répondre à ma problématique, je vous présenterai dans ma partie théorique la maladie d'Alzheimer et les troubles psycho-comportementaux ainsi que la prise en charge ergothérapique associée à la médiation canine. Puis je répondrai à cette question de recherche dans ma partie expérimentale et je finirai par une conclusion de mon travail.



Partie théorique

I. La maladie d'Alzheimer

A. Généralités

1. Définition

La maladie d'Alzheimer, découverte en 1907 par le psychiatre Aloïs Alzheimer, est une «*altération progressive de la mémoire avec désorientation, associée à des troubles du comportement (jalousie, hallucinations auditives, agitation) et à une « incapacité de comprendre la situation.*» (Déroutesné, Juin 2008, p. 120). Elle est due à une atrophie cérébrale et deux types de lésions : des plaques séniles et des dégénérescences neurofibrillaires. Je vais tout d'abord définir ce qu'est une démence pour mieux la comprendre et l'expliquer.

Selon l'OMS, «*La démence est un syndrome, [...] chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle [...] du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent [...] les troubles de la fonction cognitive.*» (OMS, 2019). Il existe plusieurs formes de démences (CIM-10 , 2008) (Lardenois, Besnard, & Allain, 2018) : la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, mais je m'intéressais uniquement à la maladie d'Alzheimer.

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative évolutive qui «*début habituellement de façon insidieuse et progresse lentement mais régulièrement en quelques années.*» (CIM-10 , 2008). Elle conduit à un dysfonctionnement puis à la mort progressive des neurones et de leurs connections. Elle est caractérisée par une perte des fonctions cognitives qui auront des répercussions dans les Activités de Vie Quotidiennes (AVQ), sur l'autonomie et l'indépendance des personnes concernées.

2. Épidémiologie

La maladie d'Alzheimer est la plus fréquente et connue des démences retrouvées chez le sujet âgé, soit près de 70% des cas parmi les différentes démences. Elle représente un problème majeur de santé publique en étant la quatrième grande cause de mortalité en France. Nous recensons plus de 900 000 personnes concernées aujourd'hui, plus de 225 000 nouveaux cas chaque année (France Alzheimer, 2017) et concernerait également près de 35 millions de personnes dans le monde (Institut du cerveau et de la Moelle épinière, 2009).

En France, 1 cas sur 2 serait diagnostiqué tandis qu' 1 cas sur 3 serait à un stade précoce de la maladie (France Alzheimer, 2017). De plus, sa prévalence augmente à partir de 65 ans ou plus et doublerait tous les 5 ans (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2015). D'ici 2020, plus d'1 200 000 personnes pourraient être touchées. Fréquente après 65 ans, la maladie représente 15% des personnes ayant 80 ans et touche majoritairement les femmes (60 % des malades) que les hommes (40% des malades) (Fondation Recherche Médicale , 2019).

3. Etiologie

Cause neurologique

Au niveau neuropathologique, elle est caractérisée par deux types de lésions : les **plaques séniles** provoquent un déséquilibre dans la régulation d'une protéine et des plaques insolubles. Les **dégénérescences neurofibrillaires** (DNF) sont responsables de la dégénérescence puis de la mort du neurone avec ses connexions (Vaincre Alzheimer, 2005). Elles ne se déroulent pas aux mêmes endroits. Les DNF se développent d'abord dans la région de l'hippocampe puis se diffuse à l'ensemble du cerveau entraînant une atrophie du cerveau et un dysfonctionnement globale. Elles sont liées aux symptômes de la maladie. Les plaques séniles se développent au niveau du cortex cérébrale puis de l'hippocampe et sur l'ensemble du cerveau. Elles ne sont pas liées aux symptômes. Ces lésions sont interdépendantes et se forment 10 à 15 ans avant l'apparition des premiers symptômes (Vaincre Alzheimer, 2005).

Les facteurs

Cette maladie résulte également d'une combinaison multifactorielle comme : l'**âge**, sa prévalence augmente avec le vieillissement de la population. Le **sexe**, les femmes sont les plus touchées (cf. épidémiologie) et ont une espérance de vie plus longue que les hommes. Selon l'étude PAQUID, l'incidence serait davantage élevée à partir de 80 ans (Inserm, 2019). Le **niveau d'étude**, plus il est élevé et plus la capacité de réserve cérébrale sera grande, ralentissant ainsi la progression de la maladie. Les **facteurs environnementaux** avec le tabac (accélère le déclin cognitif), l'alcool, les médicaments et anesthésies répétées, les risques cardio-vasculaires (Hyper-tension Artérielle (HTA), diabète, sédentarité, obésité), les troubles de l'humeur (stress chronique, dépression, troubles du sommeil) (Vaincre Alzheimer, 2005). Le **terrain génétique** (2 formes), la forme familiale héréditaire représente 1% des malades (inférieurs à 65 ans). La forme sporadique, non héréditaire, représente 99% des malades (ayant 65 ans et plus), elle est en lien avec l'allèle APOε4¹. La possibilité d'avoir la

¹ APOε4 : apolipoprotéine E4

maladie d'Alzheimer est plus élevée en présence de cet allèle mais elle ne sera pas forcément développée (Fondation Recherche Médicale , 2019).

4. Sémiologie

Nous retrouvons les différents signes permettant de poser le diagnostic de cette maladie dans la dixième Classification Internationale des Maladies (CIM-10) et le Manuel diagnostique et Statistique des troubles Mentaux cinquième version (DSM-V); je me baserai sur les critères du DSM-V² qui sont les plus utilisés. L'altération de la mémoire est le premier symptôme de la maladie dans l'apparition des multiples déficits cognitifs. Je vais présenter brièvement les différentes mémoires et les perturbations cognitives.

La mémoire s'organise en trois étapes : **l'encodage**, le **stockage** et la **récupération**. Elle est constituée de plusieurs types de mémoires :

- **la mémoire à long terme** est constituée de : la **mémoire épisodique**, qui est la mémoire des informations nouvelles et passées. Elle est divisée en deux parties : la **mémoire rétrograde** et la **mémoire antérograde**. L'atteinte de cette mémoire touchera en premier la mémoire antérograde et les capacités d'encodage puis les capacités de stockage et de récupération. L'atteinte de la mémoire rétrograde sera secondaire car elle est étroitement liée à la mémoire épisodique et sémantique (Inserm, 2007). **La mémoire sémantique** est la mémoire des connaissances. Son atteinte est plus tardive et se traduit principalement par des troubles du langage (développés dans l'aphasie). «*Ces perturbations peuvent traduire soit un simple trouble de l'accès au lexique (le patient ne trouve pas le mot précis mais conserve la signification des concepts), soit une perte des concepts eux-mêmes*» (Inserm, 2007, p. 142).

- **la mémoire autobiographique** : est la mémoire personnelle d'un individu. Elle est étroitement liée aux deux mémoires précédentes. Son atteinte se traduit par des troubles d'identité et de la vie antérieure de la personne âgée entraînant une rupture avec l'état antérieur de celle-ci et des troubles Psycho-comportementaux (Piolino, 2006). Les personnes oublient peu à peu leur passé, leur futur et vivent ainsi dans le présent sans but et sans souvenirs.

- **la mémoire à court terme** : ou mémoire de travail, permet le maintien des informations sur une durée et avec une capacité limitée. Pour réaliser des tâches cognitives complexes (préparer le repas,...), elle a trois composants : la **boucle phonologique**, le **calepin visuo-spatial** et **l'administrateur central** (Baddeley, 2000). Son atteinte se traduit par des difficultés dans la

² Voir annexe

réalisation d'activités cognitives complexes (double tâche, la compréhension du langage, la lecture, la production écrite, le calcul, le raisonnement...) (Gaonac'h & Fradet, 2003). Elle est précoce dans la maladie d'Alzheimer et est liée au contrôle attentionnel lui-même impliqué dans les fonctions exécutives.

- **la mémoire procédurale** : est la mémoire des automatismes. L'apprentissage d'une tâche est conscient et volontaire. Il se transformera ensuite en automatisation inconsciente grâce à la pratique répétée de cette tâche. Elle restera la mieux conservée et ne sera touchée qu'en fin d'évolution de la maladie comparée aux autres mémoires car *"les traces de ces apprentissages ne s'effacent pratiquement jamais (la nage ne s'oublie pas !)"* (Croisile, 2009).

En fonction des différents stades de la maladie, nous pouvons proposer un ordre mnésique *«touchant successivement mémoire épisodique, mémoire de travail, mémoire sémantique et mémoire procédurale»*. Cette évolution *«pourrait refléter l'extension des lésions anatomiques partant des structures hippocampiques, pour s'étendre aux aires frontales, aux aires associatives temporales et enfin aux structures sous-corticales»* (Davous & Delacourte, 1999, p. 9).

D'après le DSM-V, il y a également une ou plusieurs perturbations cognitives qui découlent de l'altération de ces différentes mémoires :

- **L'aphasie** : est une perturbation du langage (oral et écrit) qui résulte d'une atteinte de la mémoire sémantique. Elle se manifeste en premier au niveau de la production de la parole avec un discours vague. L'écrit et la compréhension seront altérés plus tard entraînant ainsi des dysorthographies et dyslexies (Barkat-Defradas, et al., 2008). Il y a trois étapes : **le manque du mot** (date, noms propres, mots fréquents,...), retrouvé au début de la maladie, est accompagné de paraphasies sémantiques³ (ex : "lion" pour "tigre") ou de circonlocutions (ex : "animal" pour "tigre") (Barkat-Defradas, et al., 2008). **La dissociation sémantique**, retrouvée à un stade plus avancé, est caractérisée par de nombreuses périphrases (Barkat-Defradas, et al., 2008). **L'appauvrissement du discours**, retrouvé au dernier stade de la maladie, est accompagné de persévérations (mots/thèmes), d'une perturbation de la syntaxe et de l'ordre des mots, les écholalies et les palilalies sont aussi récurrentes (Barkat-Defradas, et al., 2008). L'aphasie globale provoquera un isolement social progressif à cause du manque de communication et un abandon d'activités (comme la lecture).

³ Voir glossaire

- **L'apraxie** : est «une altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes» (APA, Crocq, & Guelfi, 2003)⁴. Elle est due à un trouble du système conceptuel et du système de production (Inserm, 2007). L'apraxie sera plus ou moins précoce en fonction des personnes et des types d'apraxies : **l'apraxie constructive** est la plus fréquente et précoce, elle prendra la forme de closing-in⁵ dans l'évolution de la maladie (Davous & Delacourte, 1999, p. 9). Les praxies **réflexives**, **idéomotrices** et **idéatoires** seront aussi altérées mais l'apraxie idéatoire apparaîtra tardivement et au dernier stade de la maladie entraînant ainsi de fortes répercussions dans les AVQ. Il existe d'autres sous-catégories d'apraxies comme celles de **l'habillement** et **bucco-faciale** qui se retrouvent au dernier stade de la maladie (Davous & Delacourte, 1999, p. 9).

- **L'agnosie** : «impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes.» (APA, Crocq, & Guelfi, 2003). Il existe différentes agnosies : l'agnosie **auditive**, **tactile** (Kumar & Wroten, 2019) et **visuelle** qui regroupe : l'aprosognosie, l'anosognosie (Bourin, 2015), l'agnosie aperceptive et associative (Leruez, et al., 2012). L'agnosie est fréquente et tardive dans la maladie d'Alzheimer.

- **La désorientation temporo-spatiale (DTS)** : est un trouble de l'orientation spatiale et temporelle. La personne aura des difficultés pour se repérer lors de ses déplacements ou rendez-vous. Elle apparaît précocement dans la maladie en étant fluctuante puis permanente (Rigaud, 2001).

- **Les fonctions exécutives (FE)** : englobent une série de processus cognitifs de haut niveau (inhibition, planification, flexibilité cognitive, résolution de problèmes,...). Son but est de faciliter l'adaptation à des situations nouvelles, conflictuelles, complexes lorsque les habiletés cognitives sur-apprises ou les comportements familiers ne sont plus suffisants (Collette & Salmon, 2014). Leur atteinte se traduit généralement par une altération de l'inhibition et des différents types d'attentions (sélective, divisée,...), de la capacité à penser, de l'initiation, de l'organisation dans le temps, de l'adaptation d'un comportement,... (Rigaud, 2001, p. 142). Elles auront des conséquences dans les activités élaborées (cuisiner, conduire). Ces troubles reflètent à la fois la sévérité de la démence, l'extension des lésions frontales et le degré anosognosique (Davous & Delacourte, 1999).

D'autres troubles apparaîtront progressivement comme ceux de la marche qui sont précoces et fréquents, ainsi que les troubles psycho-comportementaux et de l'humeur (détaillés plus tard).

⁴ APA : American Psychiatric Association - DSM IV

⁵ Closing-in : phénomène d'accolement au modèle ou recouvrement de celui-ci.

5. Evolution

L'atteinte progressive des différentes mémoires dans la maladie d'Alzheimer entraînera donc des répercussions sur notre fonctionnement cognitif. Son évolution sera différente en fonction des personnes, de l'âge et du mode d'entrée : à début précoce (avant 65 ans) (APA, Crocq, & Guelfi, 2003), il est caractérisé par une évolution rapide à cause de l'atrophie diffusée (Pasquier, et al., 2015). A début tardif (après 65 ans) (APA, Crocq, & Guelfi, 2003), où il est retrouvé le plus souvent. Son évolution se distingue en 3 stades :

- **Le stade léger** : est caractérisé par de légers déficits cognitifs peu visibles comme des oublis bénins (noms, événements récents), fréquents au début, avec peu de répercussions dans la vie quotidienne. La mémoire épisodique est touchée en première dans cette phase et les déficits cognitifs tendent à évoluer dans le temps (France Alzheimer, 2017).

- **le stade modéré** : aussi appelé "pré-démontiel". Il se caractérise par une aggravation progressive visible de différents troubles : accentuation des troubles mnésiques, apparition ou modification du comportement et de l'humeur, DTS, apparition significative des différentes agnosies, apraxies et aphasies. La personne est consciente de ses troubles mnésiques et les AVQ commencent à être impactées (Peixoto & Yilmaz, 2016).

- **le stade sévère** : est aussi appelé "démontiel". Le syndrome aphaso-apraxy-agnosique est accentué, d'autres troubles apparaissent comme «*une perte d'autonomie, des troubles de la marche, une rigidité et une incontinence*» (Davous & Delacourte, 1999, p. 12), impactant directement les AVQ et entraînant une dépendance totale des personnes malades. "*La maladie d'Alzheimer est évolutive mais l'ordre et rythme d'apparition des symptômes varient selon les patients*" (Laîne, 2014). Leur survie est comprise entre 8-10 ans après les premiers symptômes et peut différer à cause des complications souvent liées à la maladie (cancer, cardio-vasculaires, broncho-pneumopathies, crises d'épilepsie...) (Peixoto & Yilmaz, 2016).

B. Les troubles psycho-comportementaux

1. Définition

Le comportement correspond à l' "*ensemble des réactions observables chez un individu placé dans son milieu de vie et dans des circonstances données*" (CNRTL, 2012).

Au stade modéré de la maladie, des changements de comportement ou modifications de la personnalité sont observables, ils signalent une rupture avec le fonctionnement antérieur du patient

(HAS, 2009). L'IPA⁶ a présenté, en 1996, ces troubles comme des symptômes psychologiques et comportementaux des démences (SPCD) et les définis comme «*les signes et les symptômes des troubles de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement, observés avec une grande fréquence chez les patients déments*» (Finkel, et al., 1996, p. 498). Ils représentent plus de 80 % des personnes ayant la maladie d'Alzheimer, ils sont plus ou moins précoces, interdépendants et souvent associés. Il existe une grande variabilité interindividuelle en fonction des personnes et de la sévérité de la maladie (Inserm, 2007). Les SPCD restent négligés ou sous-évalués et ont tendance à aggraver les troubles cognitifs et la tolérance de l'entourage (Rigaud, 2001). Il est nécessaire de réaliser des évaluations: le MMS situe le degré de sévérité de la démence, l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) évalue leur fréquence, leur sévérité et le retentissement sur l'aidant (familial ou professionnel) (Cummings, et al., 1994),....

2. Les différents troubles psycho-comportementaux

Selon l'HAS, le NPI⁷ regroupe plusieurs symptômes catégorisés en deux groupes :

- les symptômes comportementaux de la démence (SCD) (Anesm, 2017):

- l'agitation et l'agressivité (60%) (Mega, et al., 1996): parfois associées ensemble, ce sont des comportements vocaux ou moteurs perturbateurs (répéter les phrases, ...) avec parfois un caractère disproportionné néfaste soit pour autrui soit pour le malade lui-même (griffures ou autre contact physique, insultes,...) (Hazif-Thomas, Léger, & Thomas, 2003).

- la désinhibition (36%) (Mega, et al., 1996): est un comportement impudique, envahissant et inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales (remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues (nudité, masturbation en public,...))(HAS, 2009) qui peut entraîner une impulsivité, une labilité émotionnelle variable et des réactions rapides, mal planifiées (Van Reekum, 2002).

- les comportements moteurs aberrants (38%) (Mega, et al., 1996): «*Activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié : déambulations ou errance, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc*» (HAS, 2009, p. 6).

- les troubles somatiques : les **troubles du sommeil** (durée et qualité) se manifestent par une «*inversion du cycle nyctéméral*⁸» et «*une fragmentation du rythme veille-sommeil*» (Vellas, Gauthier, & Allain, 2005, p. 629). **Les troubles de l'appétit** (anorexie, modifications de l'appétit) et les

⁶ IPA : International Psychogeriatric Association

⁷ Voir annexe

⁸ Cycle nyctéméral : cycle diurne et nocturne.

troubles sexuels sont «plus souvent réduits qu'accrues (désinhibition, exhibitionnisme, agression sexuelle) dans la maladie» (Rigaud, 2001, p. 144) et rares (Bourin, 2015).

Les SCD apparaissent généralement avec une fréquence élevée au stade sévère de la maladie et sont majorés avec le déclin cognitif (Davous & Delacourte, 1999).

- **les symptômes psychologiques de la démence (SPD)** (Anesm, 2017):

- **les idées délirantes** (22%) (Mega, et al., 1996) : «Perceptions ou jugements erronés de la réalité, non critiqués par le sujet» (HAS, 2009, p. 16). Elles ont des thèmes de persécution (vol, préjudice) de jalousie et parfois la non-identification avec des troubles de la perception (Rigaud, 2001).

- **les hallucinations et les illusions** (10%) (Mega, et al., 1996) : «Perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir, alors que les illusions sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles. Elles sont le plus souvent visuelles» (HAS, 2009, p. 16). Elles sont retrouvées au stade sévère de la maladie et sont moins fréquentes que les SCD (Bourin, 2015).

- **Les troubles de retrait : l'apathie** (72%) (Mega, et al., 1996) est un trouble de la motivation caractérisé par une indifférence émotionnelle (Groupe FMC Gériatrie & Médecin-Co, 2014). Elle est associée à un apragmatisme avec un défaut ou une perte totale d'initiative et une démotivation pour toute activité (Fabre-Mellini, 2009). **La dépression** (38%) (Mega, et al., 1996) est caractérisée par une humeur triste durable avec une perte d'intérêt et de plaisir pour les activités, un pessimisme persistant et des idées suicidaires (Groupe FMC Gériatrie & Médecin-Co, 2014). Elle est aussi associée à une perte de l'estime de soi et un repli sur soi. **L'anxiété** (48%) (Mega, et al., 1996) est souvent associée à la dépression. Elle est caractérisée par une inquiétude sans raison apparente et peut être à l'origine de demandes incessantes de réassurance ou de réactions catastrophes de la part de la personne âgée (Anesm, 2017). Au stade modéré de la maladie, elle se manifeste par des appels à l'aide réitérés, une agitation motrice ou des fugues pouvant cacher de fortes angoisses (Rigaud, 2001). Les troubles de retrait sont les plus fréquents et apparaissent très tôt dans la maladie d'Alzheimer.

- **l'irritabilité ou instabilité de l'humeur** : tristesse, colères..., **l'exaltation de l'humeur ou euphorie** sont parfois rencontrées.

Les cris et l'opposition (verbale ou physique) aux soins et aux activités, sont aussi retrouvés en dehors du NPI (Anesm, 2017). Ils représentent des manifestations d'angoisse, d'anxiété.

Etiologie

Les SPCD évoluent en même temps et sont en étroite corrélation avec les troubles cognitifs et leurs répercussions sur l'autonomie dans la vie quotidienne (aphasie, DTS...). Ils ont aussi des origines multifactorielles comme :

- **Les facteurs biologiques** : les SCPD seront différents en fonction des zones du cerveau touchées : l'atteinte du système limbique génère l'irritabilité, la dépression ou l'anxiété... L'atteinte des lobes frontaux (gèrent les FE, comportement social,...) et pariétaux (gèrent l'organisation, la manipulation d'objets,...) génèrent l'apathie, le repli sur soi, l'agressivité... (Société Alzheimer Canada, 2018). Ces atteintes neurologiques vont rendre les patients plus sensibles aux autres facteurs étiologiques (Inserm, 2007).

- **Les causes somatiques** : sont à l'origine ou contribuent à leur présence. Elles peuvent être sous forme de maladies cardiovasculaires, d'infection des voies urinaires (fécalome, incontinence...) ou d'autres, de syndromes douloureux ou de symptômes somatiques d'origine pharmacologique (International Psychiatric Association, 2012). Ces causes entraînent des inconforts accentuant les troubles comme l'agitation physique ou verbale.

- **Les causes iatrogènes** : la polymédication et ses effets secondaires peuvent les majorer.

- **Les facteurs psychologiques ou personnels** : de la personne sont important à connaître (personnalité, antécédents psychiatriques, situations stressantes ou problèmes de santé antérieurs,...) car elle sera plus susceptible de les développer ou d'avoir une majoration des troubles déjà existants (Auguste, et al., 2006).

- **Les facteurs environnementaux** : au niveau **humain**, l'attitude des aidants (familiaux/professionnels) contribue à la précipitation ou à l'aggravation des SPCD : leur relation avec le patient (conflits), leur degré d'information et de formation, leurs capacités de communication, d'empathie, d'anticipation des besoins de ce dernier et d'adaptation à ses symptômes, les changements d'organisation de la PEC ou d'intervenants (HAS, 2008). Au niveau **physique**, les placements en institution, les contraintes environnementales (règles, organisation en EHPAD, manque de repères...) sont des sources anxiogènes pour le sujet âgé, favorisant ainsi l'apparition des troubles comme l'agitation, la dépression ou la DTS (Cohen, 1998).

C. Les conséquences au quotidien

Selon Potkin, la maladie d'Alzheimer au stade modéré, se caractérise par un déclin fonctionnel dans les AVQ associé au déclin cognitif et aux changements comportementaux (Potkin, 2002). Ce stade va avoir des répercussions sur :

- **la qualité de vie du patient** : en entraînant une perte d'autonomie et une dépendance progressive avec l'impact des AIVQ (courses,...) en premier puis des AVQ de base (toilette, repas,...) (Bouchard, et al., 2011). A cela s'ajoute des chutes répétitives, un environnement peu capacitant, dangereux et des frais d'hospitalisations importants (Inserm, 2007). La présence d'un aidant à domicile va l'aider à palier ses difficultés (gestion des rendez-vous, accompagnement, aide à l'habillage,...). Mais cette «*bienveillance*» quotidienne devenant de plus en plus difficile (Société Alzheimer Canada, 2018), va faire disparaître les libertés de la personne et majorer son agressivité (Auguste, et al., 2006, p. 234). Cette dernière peut être traduite par un sentiment d'inconfort. Ce type de communication (Pelletier & Landreville, 2007) est souvent mal interprété par l'aidant influençant ainsi la qualité de PEC et conduisant à des situations de maltraitance ou de négligence (HAS, 2009).

- **la qualité de vie des aidants** : d'après Fabre-Mellini, les dissociations automatico-volontaires empêchant «*le patient d'effectuer un geste sur ordre [...], sont vécues comme particulièrement «persécutoires» et manipulatoires pour les aidants, donnant à penser que le patient le «fait exprès» pour obtenir des bénéfices secondaires ou se jouer de l'aidant*» (Fabre-Mellini, 2009, p. 140). La souffrance de l'aidant peu averti et les conflits avec l'aidé impacteront son état physique et psychique. Il est important de réaliser un entretien et l'évaluation du fardeau de l'aidant (échelle de Zarit) afin de voir les répercussions de ces troubles au quotidien. (Inserm, 2007)

Ces facteurs associés sont la cause majeure d'**institutionnalisation** (Inserm, 2007) (David, 2014) car l'entrée en EHPAD est un facteur de désadaptation et de ruptures avec l'environnement (familial, social, affectif,...) de la personne âgée, majorant ainsi les troubles existants (anxiété, agitation, "fugues"...) (Fabre-Mellini, 2009). Les SPCD sont aussi mal interprétés en institution. Prenons les "fugues", le patient n'a pas forcément l'intention de fuir ou de s'opposer. Ce sont les conséquences des DTS associées aux déficits existants et au besoin psychoaffectif du résident de rejoindre un lieu familial (Fabre-Mellini, 2009). Ils favorisent des situations de maltraitance et représentent un facteur majeur de prescription de psychotropes (Inserm, 2007).

D. La prise en charge en EHPAD de la maladie d'Alzheimer et des troubles du comportement.

L'EHPAD est le dernier LDV du résident, il est donc important que celui-ci soit adapté à ce dernier mais ce n'est pas toujours le cas. La complexité de la PEC en EHPAD affecte aussi bien le patient que son entourage (familial, professionnel). Les SPCD «*s'accroissent avec le stress des soignants, leur mécontentement*» sur la prise en charge des résidents, «*l'absence de disponibilité et de formation*», le manque d'activités structurées, adaptées et la multiplication des intervenants (Ebbing, 2016, p. 788). De plus, la lutte incessante contre l'errance génère très souvent de l'agressivité de la part du résident (Vellas, Gauthier, & Allain, 2005). Pour améliorer les SPCD et la PEC, certaines de ces structures possèdent des unités spécialisées Alzheimer (UHR, PASA, USLD) pour proposer un lieu protégé, adapté pour le résident et avoir des bénéfices sur : les activités (jeux, AVQ,...), le traitement médicamenteux des SPCD (agressivité, errance,...) en les diminuant (Vellas, Gauthier, & Allain, 2005). L'objectif est d'améliorer la qualité de vie des résidents et des soignants (Vellas, Gauthier, & Allain, 2005) en conservant au maximum leur autonomie car «*il est possible de garder des patients autonomes pour les actes de la vie quotidienne et cela à des stades très évolués de la maladie*» (Université Toulouse III Paul Sabatier, 2008). Deux types de PEC existent : la PEC médicamenteuse et la non médicamenteuse (préférée par l'HAS et l'IPA).

1. La prise en charge médicamenteuse

Il existe deux types de traitements :

- **les traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer** respectant les autorisations de mise sur le marché : les **inhibiteurs de la cholinestérase (IACHÉ)** et les **anti-glutamates** sont proposés aux différents stades de la maladie. Ils ont des effets différents mais les données actuelles de la littérature ne permettent pas de les recommander ensemble dans la prévention et le traitement des SPCD à cause de résultats considérés comme modestes et inconstants (Vellas, Gauthier, & Allain, 2005).

- **Les psychotropes** : ne doivent pas être utilisés en cas de symptômes d'origine somatique ou iatrogène. Une évaluation préalable doit être réalisée en cas d'opposition, de cris, de déambulations. Ils sont utilisés si les interventions non-médicamenteuse (INM) sont sans effets et ils n'ont pas d'effets préventifs sur la survenue des SPCD (HAS, 2009). Il en existe plusieurs : **les antidépresseurs** (en cas d'instabilité émotionnelle, anxiété, agitation,...), **les antipsychotiques classiques et atypiques** (actifs sur l'agitation et l'agressivité), **les anxiolytiques et hypnotiques** (Benoit & Robert, 2005) doivent être limités aux situations de crise après correction des causes somatiques, relationnelles, psychologiques ou iatrogéniques.

Ces médicaments ont donc des bénéfices et des effets indésirables comportementaux et somatiques secondaires (sédation, agitation et agressivité, accentuation des troubles mnésiques, chutes,...) (Vellas, Gauthier, & Allain, 2005). La personne âgée peut aussi présenter des risques élevés de décès, d'AVC ou de syndromes extrapyramidaux (Benoit & Robert, 2005). A cela s'ajoute la polymédication souvent retrouvée chez cette population et parfois mal tolérée.

2. La prise en charge non médicamenteuse

Selon l'Inserm, elle repose sur trois types d'INM :

- **les interventions centrées sur la relation soignant-soigné** : proposent un soutien et des formations aux professionnels afin de mieux reconnaître et comprendre la maladie, les SPCD et les facteurs de risques, leur prévention, les risques iatrogènes ou de maltraitance dans les AVQ. Pour obtenir une meilleure PEC avec des attitudes comportementales adaptées aux besoins des résidents (encouragement dans les AVQ,...) et diminuer les SPCD (Benoit & Robert, 2005).

- **les interventions centrées sur l'environnement du résident** : un environnement inadapté contribue à l'aggravation des SPCD (Benoit & Robert, 2005). Il doit être suffisamment sécurisant et rassurant pour que le résident puisse avoir accès aux soins et au soutien affectif dont il a besoin. Il faut prendre en compte ses souhaits et le laisser choisir un environnement simple et adapté avec des repères spatio-temporaux familiers (couleurs, horloge, calendrier grossit...) (Benoit & Robert, 2005). Pour favoriser l'autonomie, évaluer l'adaptation, essayer de respecter son rythme de vie en institution et renforcer le rythme veille/sommeil normal en le stimulant suffisamment pour éviter l'alitement prolongé et l'apathie (HAS, 2009).

- **les interventions psychothérapeutique et socio-thérapeutique** : commencent à être de plus en plus privilégiées par rapport aux médicaments car «*elles peuvent être efficaces à visée préventive, [...] à visée curative et [...] peuvent souvent permettre d'éviter le recours à des traitements médicamenteux*» (HAS, 2009, p. 34). Elles regroupent : les **thérapies basées sur la cognition** avec la *stimulation cognitive*, la *réadaptation cognitive*, la *prise en charge orthophonique* (Michalon, Serveaux, & Allain, 2014)). Les **thérapies psychosociales et comportementales** avec la *réminiscence*, la *thérapie par l'empathie*, l'*orientation dans la réalité* (Benoit & Robert, 2005), la *médiation animale* (l'animal aura un rôle de catalyseur du geste et de la pensée du résident mais aussi social, affectif en permettant à celui-ci de s'exprimer et partager ses émotions) (Kohler, 2009)(détaillée plus tard). Les thérapies **sensorielles** avec l'*aromathérapie*, la *musicothérapie*, la *luminothérapie*, la *snoezelen* (Anesm, 2017) ou **basées sur l'activité motrice** (International Psychiatric Association, 2012).

Parallèlement à ces interventions, les PEC globales interdisciplinaires sont nécessaires aux résidents avec un stade modéré afin de les stimuler avec des exercices de différentes modalités, comme en ergothérapie.

II. L'ergothérapie et la Médiation animale

A. Définition de l'ergothérapie

«L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé» (ANFE, 2019) en s'appuyant sur trois interactions : la personne, l'occupation et l'environnement. Son objectif est d'évaluer, maintenir, restaurer et permettre les AVQ de manière sécurisée, autonome et de réduire ou éviter les situations de handicap. Il favorise la participation de la personne dans les occupations en respectant ses capacités et incapacités, ses habitudes de vie, son projet personnalisé, les facteurs psycho-sociaux et son environnement (physique et social). L'ergothérapeute intervient auprès d'enfants, d'adultes et de personnes âgées, sur prescriptions médicales et dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux. Il travaille dans différents domaines comme la prévention, la rééducation (Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), Centre de Médecine Physique et de Réadaptation (CMPR),...), la réadaptation (LDV, Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - Services d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAVS-SAMSAH),...), la réinsertion (professionnelle,...) et la plupart du temps dans une équipe interdisciplinaire (Villaumé, 2018). Il vise aussi au conseil, à la fabrication d'aides techniques (AT) ou d'appareillages afin de compenser les incapacités. Il adapte le logement et le lieu de travail afin de le rendre plus accessible et améliorer la qualité de vie des personnes concernées.

B. Ergothérapie et Maladie d'Alzheimer

D'après l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG), l'ergothérapie en gériatrie est une «*spécialité*». Son objectif est «*le maintien des activités de la vie journalière et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge*» (AFEG, 2020). Pour cela, l'ergothérapeute interviendra dans différentes structures : à domicile (Hospitalisations A Domicile (HAD), dans les SSR, les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), les Accueils de Jour, les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR), les Unités de Soins de Longue Durée (USLD), les EHPAD... (Bourrellis & Bazerolles, 2009) et pourra exercer ses différents champs de compétences.

D'après Florence De Cornelissen, ergothérapeute, il y a 5 objectifs dans la PEC des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer (De Cornelissen, 2010): **maintenir la qualité de vie du résident et**

des aidants (exemple : aménagement de l'environnement...); **conserver et/ou améliorer l'autonomie et la participation du résident dans ses A(I)VQ** (exemple : transferts, prévention des chutes...); **optimiser les capacités cognitives, sensori-motrices, sociales et de communication** grâce à l'utilisation des différentes INM; **trouver des stratégies de compensation aux situations de handicap** (exemple : AT et entraînement à leur utilisation,...); **prévenir les SPCD en lien étroit avec toute l'équipe** (exemple : mettre en place un projet de soin personnalisé et régulièrement adapté,...). A cela s'ajoute les différentes missions de la fiche de poste n°1 de l'AFEG afin d'avoir une PEC complète (AFEG, 2019).

L'ergothérapie est très importante. Elle s'adresse à cette population et a un double rôle d'information et d'accompagnement auprès des aidants. *«[...] Il s'agit d'envisager ici la valeur de langage du symptôme et de considérer la personne concernée comme un sujet et non un objet de soin. Le but de l'ergothérapeute [...] est d'accompagner le patient dans l'expression de son trouble et dans sa gestion»* ainsi que son entourage lorsqu'il est inévitable, d'avoir *«une mise en perspective davantage "palliative" que curative»* (Fabre-Mellini, 2009, pp. 142-143). L'accompagnement des résidents évolués possède deux versants : la valorisation narcissique pour favoriser le réaménagement de l'identité, le soutien au travail de deuil en autorisant la manifestation des émotions *«négatives»* (colère, tristesse...) ou les sentiments de dévalorisation en séances qui feront l'objet d'évaluations périodiques et d'élaborations de fiches de suivis individualisées afin de voir leur évolution comportementale (Fabre-Mellini, 2009).

De plus la réalisation d'activités est centrale à l'être humain, c'est un besoin davantage conservé malgré les détériorations cognitives chez les résidents ayant un stade modéré à sévère. Elle sert de médiation mais prend aussi un sens particulier avec une valeur thérapeutique car elle favorise et améliore le sentiment de bien-être et la qualité de vie. *«L'activité doit toujours avoir du sens pour la personne âgée à qui elle est proposée»* et être adaptée (Margot-Cattin, 2009, p. 128). Elle ne vise pas à la récupération des capacités perdues à ces stades mais au maintien de celles encore présentes (Margot-Cattin, 2009). De plus d'après Wojtasik, *«plusieurs études ont démontré le maintien d'habiletés acquises antérieurement à la maladie chez les résidents»* ayant parfois ces stades là. Elles suggèrent que la pratique régulière et *«le degré d'expertise pré-morbide rendraient certaines capacités cognitives moins vulnérables au processus démentiel»* (Wojtasik, et al., 2009, pp. 188-189). Ainsi proposer une PEC précoce et adaptée en EHPAD au stade modéré de la maladie, réduira l'impact des troubles cognitifs et des SPCD liés sur la vie quotidienne des résidents. Elle optimisera leur fonctionnement tout au long de l'évolution en exploitant leurs capacités préservées ainsi que l'ensemble des facteurs susceptibles d'améliorer leur performance ou bien-être dans une activité valorisante et plaisante (Wojtasik, et al., 2009).

C. Choix du modèle conceptuel

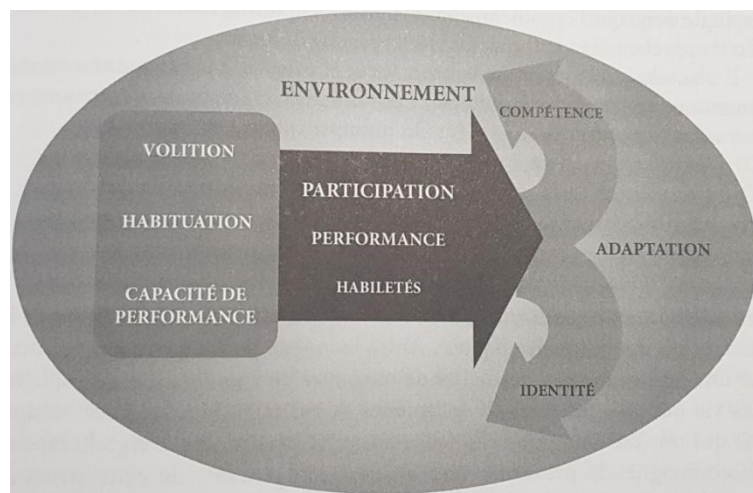
Le but de l'ergothérapie est d'améliorer la performance occupationnelle du résident en rééducation, en réadaptation ou en réinsertion. L'évaluation en ergothérapie permet d'identifier ses problèmes, de les comprendre, de les expliquer puis de les coter et les interpréter. L'ergothérapeute et le résident pourront déterminer ensemble les objectifs, choisir les interventions les plus efficaces et surmonter les difficultés qui limitent la performance occupationnelle (Margot-Cattin, 2009).

1. Explications et objectifs du MOH

Suite à mes lectures, j'ai choisi d'utiliser le MOH élaboré par Gary Kielhofner fin des années 1980. Ce modèle est centré à la fois sur la personne, sur ses occupations et son environnement. Kielhofner définit l'occupation humaine comme la réalisation du travail, de loisirs ou d'AVQ d'une personne dans un contexte temporel, physique et socioculturel. Il a donc une vision globale et détaillée de la personne en s'intéressant à sa nature occupationnelle qui donne un sens à sa vie et, en lui permettant de s'adapter aux exigences de la vie en société (Belanger, Briand, & Marcoux, 2006). L'objectif de ce modèle est d'expliquer les relations complexes et dynamiques de l'engagement d'une personne dans l'occupation entre sa motivation, ses habiletés et les exigences de l'environnement dans le but d'avoir des interventions thérapeutiques ciblées sur son adaptation et sa participation occupationnelle.

2. Définition des composants du MOH

Selon Kielhofner, il est composé de 3 grandes parties : l'Être, l'Agir et le Devenir associées à l'environnement.



Modèle de l'Occupation Humaine d'après Morel-Bracq (Morel-Bracq, 2017).

«L'Être»

Il regroupe les composantes et la motivation de la personne dans le choix de ses activités (Kielhofner, 2002). Il possède 3 composantes (Morel-Bracq, 2017) :

- **La volition** fait référence à la motivation d'une personne à agir et comprend : **les valeurs**, ce qui est important et significatif pour la personne (sens social et personnel). **Les centres d'intérêts**, ce qui rend l'activité plus attirante, agréable et satisfaisante à réaliser. **La causalité personnelle** est la connaissance de la personne sur son efficacité et ses capacités à réaliser une activité. Ces trois sous-parties sont souvent altérées à cause de l'évolution de la maladie. Les résidents deviennent peu à peu apathiques, dépressifs en l'absence d'activités significatives et peuvent se mettre en danger en ayant moins conscience de leurs limites (Cano, 2014). D'après Kielhofner, la volition engage la personne dans une activité (Kielhofner, 2002). Elle peut être représentée sous forme de boucle : la personne va **expérimenter** des activités puis les **interpréter** afin d'anticiper et de **faire des choix** pour **recommencer** à nouveau (Morel-Bracq, 2017).

- **L'habituat**ion fait référence à des comportements semi-automatiques dans l'organisation de notre quotidien en fonction de nos **habitudes** (Ex : routines) et du **rôle** que nous avons (social ou personnel) (Kielhofner, 2002). Chez la personne âgée avec la maladie d'Alzheimer qui entre en institution, ces routines vont être bouleversées. Elle va avoir un manque d'estime de soi, son identité personnelle s'effacera progressivement entraînant ainsi des comportements d'anxiété ou d'apathie. Il est intéressant de poursuivre en ergothérapie, le maintien de ses routines et de lui redonner un rôle, un sentiment d'importance afin de maintenir son autonomie le plus longtemps possible et favoriser sa participation (Olano, 2019).

- **La capacité de performance** correspond aux possibilités que possède une personne à agir en prenant en compte ses **composantes objectives** (physique, mentale, musculosquelettique, neurologiques...) et **son expérience subjective du corps** (ressentis, capacités/limitations vécues) (Kielhofner, 2002). Le résident perdra ces possibilités d'agir. L'ergothérapeute devra prendre en compte l'influence de ses composants sur la réalisation des activités et les adapter pour lui permettre de participer (Salinier, 2019) sans accentuer les SPCD.

«L'Agir»

Est soutenu par les composantes de l'Être influençant ainsi la manière d'agir. Il possède trois niveaux:

- **la participation occupationnelle** correspond à **l'engagement** du résident dans ses activités productives (travail), ses loisirs et de la vie quotidienne dans des contextes personnels et socioculturels (Belanger, Briand, & Marcoux, 2006).

- **la performance occupationnelle** (ou rendement) fait référence à la **réalisation** de l'ensemble des tâches ou activités qui soutiennent sa participation (Morel-Bracq, 2017).

- **les habiletés** correspondent à un ensemble d'actions différentes observables dirigées vers des buts (Morel-Bracq, 2017). Elles sont composées **d'habiletés motrices** (déplacements, déplacements d'objets), **opératoires** (organisation et adaptation des actions pour réussir la tâche) et de **communication et d'interaction** (faire connaître nos besoins et intentions envers les autres, coordination des comportements pendant les échanges) (Belanger, Briand, & Marcoux, 2006). Au cours de la maladie, les personnes âgées perdront progressivement ces habiletés (Cano, 2014) notamment la communication, favorisant ainsi une perte d'autonomie, d'indépendance et une faible participation dans les AVQ instrumentales ou de bases.

«Le Devenir»

Est la somme des deux sphères précédentes, il permet à la personne de développer une **identité** (ce qu'elle est et souhaite devenir) et des **compétences occupationnelles** (capacité à mettre en place et à maintenir une routine d'occupations cohérentes avec l'identité) favorisant son adaptation à de nouvelles situations (Belanger, Briand, & Marcoux, 2006). Ces trois sphères sont en interdépendance continue avec l'environnement (Morel-Bracq, 2017).

«L'Environnement»

Qu'il soit social (humain et socioculturel) ou physique (objets, espaces...), la personne sera toujours dans un contexte environnemental qui lui offrira des opportunités, des exigences mais aussi des contraintes qui influenceront sa participation (Morel-Bracq, 2017). En EHPAD, les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer sont sous-stimulées, manquent de repères ou ont des déplacements restreints (errance et accès confiné)..., par le personnel, leur entourage ou l'espace de vie influençant ainsi leur participation et les SPCD (Beiger & Dibou, 2017). Les trois sphères et l'environnement vont évoluer et se redéfinir constamment pour façonner les individus au cours de leurs expériences (Belanger, Briand, & Marcoux, 2006).

L'ergothérapeute accompagnera les résidents à retrouver un équilibre dans les sphères de leur vie quotidienne pour les faire participer, vers des changements de la structure occupationnelle en essayant d'agir sur un ou plusieurs facteurs identifiés grâce à l'évaluation. Il les évalue grâce au recueil d'informations, la passation de bilans comme les MES, fondés sur l'observation (ACIS ou AMPS), sur l'auto-évaluation (OSA), l'entretien (OPHI-II) et les outils combinés (MOHOST) (Morel-Bracq, 2017).

J'ai choisi ce modèle car il est spécifique et respecte les valeurs de l'ergothérapie. Il est adapté à ma problématique chez le résident avec la maladie d'Alzheimer en ayant une vision singulière de ce dernier et globale de sa situation. L'ergothérapeute s'intéressera à la motivation du résident pour une occupation ou activité, à son organisation pour la réaliser en prenant en compte ses capacités et limitations. Dans le but de l'accompagner dans son adaptation et de lui redonner un sentiment d'importance, de rôle et de bien-être. De plus, la médiation animale entre dans cette approche humaniste puisque l'animal va porter son attention sur le résident quelque soit ses valeurs ou intérêts, il favorisera sa participation souvent complexe à obtenir à cause de la dépendance progressive et des SPCD (apathie, dépression, l'errance...) (Cano, 2014).

D. La Médiation animale

1. Définition

D'après l'Institut Français de Zoothérapie (IFZ), la médiation animale (MA) est «*une médiation qui se pratique professionnellement en individuel ou en petit groupe de deux ou trois personnes maximum, à l'aide d'un animal familier, consciencieusement sélectionné et éduqué, sous la responsabilité d'un professionnel, appelé « **l'Intervenant Professionnel en médiation animale** » dans l'environnement immédiat de personnes chez qui l'on cherche à éveiller des réactions visant à maintenir ou à améliorer leur potentiel cognitif, physique, psychosocial ou affectif*» (IFZ, 2003). Elle est utilisée également dans les domaines éducatif, thérapeutique ou social (Fondation AP Sommer, 2017) et auprès de publics variés : enfants, adultes et personnes âgées (De Villiers, 2015).

D'après l'association Les 1001 pattes ont du cœur, la MA correspond à la spécialisation d'un thérapeute de formation initiale (comme un ergothérapeute) qui décide de se former, d'exercer en utilisant cette médiation (Les 1001 pattes ont du coeur, 2010) mais d'autres professionnels formés, qui ne sont pas thérapeutes, peuvent également l'utiliser (détaillé plus tard). Elle est maintenant reconnue par l'Etat et l'ensemble des Pays Européens (Institut Agatée) par l'Arrêté ministériel du 17 décembre 2018 - JORF n°0295 du 21 décembre 2018 texte n° 63 (Légifrance, 2018).

L'animal servira de médiateur et non de médicament miracle, il aidera dans la PEC en servant de lien auprès des patients. Avant de la développer en ergothérapie, intéressons-nous d'abord à ses origines pour mieux la comprendre.

2. Histoire de la Zoothérapie

Depuis toujours l'animal fascine, de nombreux chercheurs comme Descartes, Condillac ou Lorenz cherchent à comprendre son intelligence, son langage, son comportement et sa sensibilité

afin de découvrir son fonctionnement complexe. Les premières prémices de la zoothérapie ont été mises au point par William Tuke, philanthrope et humaniste du 18^e siècle. Auprès de patients psychiatriques en leur confiant la responsabilité de s'occuper de lapins et de volailles afin de réduire leurs troubles, de les revaloriser et de mettre en avant leurs capacités aux yeux de la société. Ce n'est qu'à la fin des années 1950 que l'animal commence à être évoqué comme déclencheur social auprès de l'homme par Boris Levinson, pédopsychiatre américain qui fut le premier à en parler. Il a accidentellement découvert, en 1964, que son chien facilitait la PEC d'un de ces patients autistes lorsqu'il était en séance. C'est à partir de cette expérience qu'il développa la théorie *pet-oriented child psychotherapy* communément appelée « zoothérapie » (Beiger, 2016).

De nombreux chercheurs ont essayé de développer ses travaux, comme le couple psychiatres Corson, en mettant en place un programme de zoothérapie dans une unité psychiatrique en 1977 à l'Ohio. Les patients ont montré des améliorations de leur comportement grâce aux chiens utilisés. Ils ont servi de déclencheur social auprès des patients, de lien avec le personnel et de renforçateur au niveau de leur indépendance et de confiance en eux (Beiger, 2016, pp. 7-9). D'après Levinson, «*les animaux sont particulièrement utiles aux personnes qui atteignent des stades plus fragiles de leur vie (perte d'autonomie, vieillissement, maladies, isolement, solitude, déprime)*» (Beiger & Dibou, 2017, p. 2). Ces études viennent alors appuyer mon choix de l'utilisation du chien auprès des résidents Alzheimer en EHPAD.

3. Médiation animale et zoothérapie : quelle différence ?

Comme nous venons de le voir, il existe plusieurs termes pour parler de cette médiation : médiation animale, zoothérapie,... D'après l'International Association of Human-Animal Interaction Organizations (IAHAIO) et sa traduction française, le terme «**Médiation Animale**» (MA) est très utilisé dans les pays francophones mais ne possède pas d'équivalent anglophone. Pour s'en rapprocher, le terme «**Human-Animal Interaction**» (HAI) ou Interaction Homme Animal (IHA) en français, est utilisé. Parmi ces IHA, deux sont différenciées : l'**Activité Assistée avec l'Animal** (AAA) et l'**Intervention Assistée par l'Animal** (IAA) (IAHAIO, 2014) (Licorne & Phénix, 2015).

L'**IAA** est «*une intervention avec des objectifs orientés où l'animal est intentionnellement présent pour agir dans le domaine de la santé, l'éducation et le champ social [...] dans le but d'apporter des effets thérapeutiques chez le bénéficiaire*». Les IAA «*sont menées par un duo humain / animal au service de l'humain*» (Licorne & Phénix, 2015, p. 6). D'après l'IAHAIO, la **Thérapie Assistée par l'Animal** (TAA) fait partie des IAA car elle est réalisée par des professionnels de santé, de l'éducation ou du soin dans le but d'améliorer le «*fonctionnement physique, cognitif, comportemental et / ou socio-affectif du bénéficiaire*». Ces professionnels doivent évaluer les effets

de l'intervention et laisser une trace de leurs séances à travers des écrits (transmissions, rapports,...). Les autres interventions à visée thérapeutique comme la zoothérapie, l'équithérapie,... en font également parties.

L'AAA est quant à elle, une interaction *«informelle planifiée et orientée à des fins de motivation, d'éducation et [...] récréatives»* (Licorne & Phénix, 2015, p. 6) et non à des buts thérapeutiques. Les personnes n'ont pas de qualification dans le domaine de la santé, de l'éducation ou du soin mais peuvent être amenées à travailler avec des soignants venant de ces domaines.

Nous pouvons donc dire que la MA regroupe un ensemble de pratiques *«hétéroclites»* (l'équithérapie, la Thérapie Avec le Cheval, les Activités Associant l'Animal, la zoothérapie,...) et est en plein développement (De Villiers & Servais, 2016, p. 82). Elle varie en fonction des pratiques, des animaux utilisés et des professionnels. Elle crée cependant une certaine confusion avec les différents termes et le manque de choix commun, les pratiques professionnelles, l'absence d'une définition claire et générale (Association Résilienfance),....

Le terme *«thérapie»* prête aussi à la confusion car de nombreuses pratiques l'utilisent sans faire la différence entre un usage récréationnel (AAA) et à but thérapeutique. En grecque, *«therapeía»* signifie *«cure»*. L'autre mot associé *«therapéuô»* signifie *«soigner, traiter, prendre soin de»* (Wikidictionnaire, 2019). Il est donc préférable que ce terme soit utilisé par les professionnels para/médicaux en explicitant leur pratique pour avoir davantage de crédibilité et de reconnaissance (De Villiers & Servais, 2016). L'utilisation du terme *«médiation»* permet de regrouper ces différentes pratiques (thérapeutiques ou non) *«associées à la mise en relation d'un humain avec un animal sous une dénomination commune»* (Salinier, 2019, p. 26). De plus, d'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, la médiation est défini comme le *«fait de servir d'intermédiaire entre deux ou plusieurs choses»* (CNRTL) en créant des liens entre plusieurs entités.

Pour la suite du mémoire, je parlerai de "**médiation**" animale et canine car il est pertinent d'envisager *«la médiation à travers le prisme de la thérapie, ce qui apportera une dimension spécifique»* (De Villiers & Servais, 2016, p. 82) à la médiation animale. Le chien occupera alors une place de médiateur dans l'IHA en servant d'intermédiaire en ergothérapie, d'où le terme retenu pour évoquer cette pratique (De Villiers, 2015).

E. La Médiation Canine

1. Le lien homme-animal

Depuis toujours, les animaux ont été domestiqués et utilisés par l'homme dans diverses domaines (nourriture, vêtements, transports, guerre, aides pour personnes en situations de handicap...). Au fil des années, les interactions et la relation homme-animal se sont créées (Bokkers, 2006) en fonction de l'utilité de celui-ci, de l'environnement et du milieu auquel appartient l'homme (Beiger, 2016). Les interactions avec les animaux lui permettront d'évoluer et d'acquérir des «*compétences*» comme la responsabilité, avoir une attitude et un comportement attentionnés envers un compagnon, un soutien social, la sécurité, le confort, de l'amusement ou de l'affection. «*Les animaux peuvent aussi promouvoir le respect, l'estime de soi, la compassion pour les animaux et la nature en général, et en apprendre davantage sur les faits de la vie*» (Bokkers, 2006, p. 31).

2. Les différents animaux

Dans la MA, nous retrouvons cinq grandes familles d'animaux comme : les **chiens**, les **chats**, les **équidés** (chevaux, poneys, ânes), les **rongeurs** (lapins, cochons d'indes), les **oiseaux** (perroquets, perruches,...) et d'autres animaux comme les chèvres, les dauphins.... Le choix de ces animaux variera en fonction du contexte ou lieu d'activités, de la population et des objectifs thérapeutiques. Ils apportent trois bénéfices communs d'après la Fondation AP SOMMER : **stimuler la communication** en rétablissant un lien entre la personne et son entourage, **entretenir et développer l'autonomie** en s'occupant des animaux, **retrouver sa place dans la société** en reprenant confiance en soi et envers les autres (Fondation AP Sommer).

3. Pourquoi le chien ?

Le chien est souvent utilisé dans divers domaines (chasse, protection...) y compris dans l'assistance des personnes en situation de handicap moteur, mental, psychique ou même sensoriel (Handi'Chiens). D'après une méta-analyse (Nimer & Lundahl, 2007) et les études incluses dedans, il est le plus utilisé grâce : à sa domestication et son dressage accessible, aux observations faites par les prestataires sur son impact auprès de différentes populations et pathologies dont les SPCD dans la maladie d'Alzheimer, et aux résultats obtenus qui montrent que le chien a plus de chances d'être efficace que les autres animaux.

De plus, il est privilégié depuis le début par la MA grâce à «*ses qualités et sa proximité avec l'humain depuis des millénaires qui font de lui le parfait partenaire pour initier des actions de médiation pérennes et bénéfiques*» (Fondation AP Sommer). Ses qualités seront utilisées et valorisées dans un cadre thérapeutique précis comme : sa sociabilité, sa sensibilité, son attention ou encore son adaptabilité en décodant un large éventail de comportements ou d'odeurs. Mais aussi en modulant

son comportement par rapport au contexte, à la situation, à l'environnement tout en se basant sur ses propres expériences (Montagner, 2007). «*Le chien ne juge pas, aide à sortir de l'isolement, de la solitude, apporte chaleur et réconfort*». Il permet aux personnes d'être valorisées, de retrouver confiance en elles, de canaliser leurs émotions et sert de support de communication en facilitant l'entrée en contact avec un tiers (Fondation AP Sommer).

Cependant, le chien doit être sélectionné (caractère, race adaptée,...) et suivre une éducation spécifique dès son plus jeune âge (de 2-4 mois à 15 mois) sans contrainte pour lui. Il devra avoir confiance en son maître, obéir, être propre, réceptif, se laisser manipuler, réagir et s'adapter à n'importe quelle situation sans manifestations agressives ou de peur et avoir appris les bases de communications gestuelles et verbales. Cela facilitera l'apprentissage d'exercices adaptés aux différentes pathologies et d'avoir un chien médiateur de qualité (Beiger & Dibou, 2017). Il est primordial de respecter les normes préétablies de santé, de comportement et d'éducation en milieu institutionnel (prudence, éthique et sécurité) grâce à un programme de médiation canine en séance. A condition d'avoir une bonne lecture de l'animal et connaissance des problèmes vécus par les patients (IFZ, 2003). Il faut toutefois faire la différence entre chien visiteur (qui vient plusieurs fois par semaine avec un professionnel) et chien résident (qui vit dans la structure). Mon sujet se base sur le chien visiteur accompagné de l'ergothérapeute.

4. La médiation canine en ergothérapie et les résidents avec la maladie d'Alzheimer

[Le lien avec l'ergothérapie](#)

L'utilisation du chien en ergothérapie ne visera pas seulement à l'amélioration des fonctions (motrices, cognitives...) (Salinier, 2019) des résidents Alzheimer. Elle aidera à favoriser ou maintenir une certaine autonomie et qualité de vie, leur participation dans les AVQ et à diminuer les SPCD (anxiété, errance, apathie...). Objectifs également recherchés par l'ergothérapeute. De plus, il est en lien direct avec les compétences de celui-ci comme la N°4 : «*Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les **aides** techniques ou **animalières** et les assistances technologiques*» d'après le référentiel de compétences de l'arrêté du 5 juillet 2010 (Ministère de la santé et des sports, 2010).

Grâce à lui, l'ergothérapeute proposera au résident une qualité de présence, un cadre et une activité médiatrice signifiante avec des buts précis (précisés plus tard). Mme Simon, ergothérapeute travaillant dans un EHPAD, décrit cette médiation comme étant «*une activité à visée thérapeutique utilisant le chien comme médiateur dont l'objectif général est de permettre à la personne d'occuper sa place d'individu dans sa singularité et non à travers sa maladie*» (Simon, 2011). Le résident pourra alors manifester son ressenti, exprimer ses ressentiments et explorer une estime de soi renouvelée.

Cela permettra de mettre en mots les SPCD et de les diminuer. Il développera aussi des compétences afin d'améliorer sa participation et son engagement occupationnel (Fabre-Mellini, 2009). Le résident «*a besoin de prendre du plaisir mais aussi de faire plaisir, de reconnaissance, de donner et d'apprendre à d'autres, d'affection et de tendresse, de contact physique, de se dépenser, d'activités intellectuelles*» (Fabre-Mellini, 2009, p. 144). La médiation canine en ergothérapie est donc adaptée. Elle permettra de répondre à tous ses besoins, sera en symbiose avec les objectifs ergothérapeutiques tout en respectant la lenteur gestuelle et idéatoire du résident, ainsi que sa fatigabilité et ses limites d'attention et de concentration.

Objectifs et moyens avec le chien

Pour cela, l'ergothérapeute mettra en place des objectifs fonctionnels, éducatifs ou thérapeutiques, occupationnels et ludiques (IFZ, 2003) (Salinier, 2019) propres à chaque résident à travers différents domaines en utilisant le chien comme médiateur. Il sera une source de motivation ou d'engagement dans les activités afin de maintenir au maximum leurs capacités et habiletés lors des séances. Nous pouvons distinguer plusieurs sous-objectifs et apports dans différents domaines (Association Anim'EnVie, 2019):

- **Au niveau sensoriel** : le chien **stimulera les sens** des résidents (caresses, aboiements, contact physique...) (Tanasa, 2009), leur permettra **d'entrer en relation** avec lui et de créer des liens d'attachements qui leur procura un environnement sécurisant (Martin, 2013). Il les aidera aussi à retrouver d'anciennes et nouvelles sensations corporelles qui les apaiseront grâce au toucher (Beiger & Dibou, 2017).

- **Au niveau cognitif** : il **stimulera les fonctions cognitives** grâce aux repères spatio-temporels donnés par l'ergothérapeute en réalisant des séances régulières (Lopez, 2009), aidera à la réminiscence de souvenirs avec des questions posés par l'ergothérapeute en lien avec le chien, à retrouver «*une identité sociale passée qui fait sens et qui réarme moralement*» (Tanasa, 2009, p. 16) le résident avec l'évocation de son passé. Il améliorera la concentration et l'attention en devenant le centre d'intérêt de l'activité (Martin, 2013), stimulera la mémoire à court terme et l'apprentissage avec les ordres donnés par les résidents et les consignes de l'ergothérapeute pour l'activité (Arenstein & Lessard, 2010).

- **Au niveau moteur** : il **favorisera la mobilité** et le travail de l'équilibre en étant une source de motivation lors des parcours de marche, des activités de balles (Lopez, 2009), de la prévention des chutes (Simon, 2011) avec une approche ludique. Les résidents travailleront pour lui et avec plaisir (Handi'Chiens). Il **travaillera la motricité des membres supérieurs, les préhensions** (fines et globales) (ETMA, 2019) et les **troubles praxiques et gnosiques** avec le brossage, la manipulation d'accessoires,

de balles, en le nourrissant,... (Simon, 2011). Ce qui permettra aux résidents d'améliorer ou maintenir certains gestes fonctionnels et de les transposer dans les AVQ.

- **Au niveau social ou relationnel** : Il favorisera la socialisation (ETMA, 2019), «*le chien est un animal social qui aime interagir avec l'homme*» (Beiger & Dibou, 2017, p. 62). Grâce à lui, la relation thérapeutique s'installera créant ainsi une triangulation entre le résident, le chien et le thérapeute (Bernatchez) (Beiger & Dibou, 2017). Il favorisera la **communication verbale et non verbale** (ETMA, 2019), les échanges et le respect de l'autre avec des activités en groupe, l'expression des angoisses et des émotions chez les résidents qui ont du mal à communiquer.

- **Au niveau psychoaffectif** : il améliorera le **fonctionnement psychoaffectif des résidents** grâce aux différentes interactions (visuelle, tactile ou verbale) avec le chien diminuant ainsi le stress, l'anxiété, l'angoisse (Fondation AP Sommer), les syndromes dépressifs et améliorera l'humeur (Palley, O'rourke, & Niemi, 2010). Il brisera la solitude (sociale et affective) des résidents en étant un stimulus vivant et significatif, en initiant l'action de lui parler, d'échanger sur leurs souvenirs positifs avec des animaux (Bernatchez) et de s'en occuper. Cette thérapie leur permettra de se revaloriser (Simon, 2011), de se responsabiliser en participant et en s'occupant du chien (Martin, 2013), de retrouver une confiance/ estime de soi et un sentiment d'utilité (Bernatchez). L'intervention doit être centrée sur le résident pour que les objectifs soient pertinents tout en conservant une vision globale de celui-ci (Salinier, 2019).

[D'autres bénéfiques](#)

De nombreuses études ont montré que la médiation canine avait un réel impact sur les différents domaines cités ci-dessus. Il a également d'autres bénéfiques auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer avec des SPCD comme :

- **Au niveau physiologique** : nous retrouvons une baisse significative de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque (Velde, Fisher, & Cipriani, 2005) (Filan & Llewellyn-Jones, 2006) (Arenstein & Lessard, 2010) grâce au toucher et à la présence du chien, entraînant ainsi un effet relaxant et calmant chez les résidents (Lehotkay, et al., 2012).

- **Au niveau psychologique** : l'effet antistress de l'animal (Lehotkay, et al., 2012) par sa simple présence en séance, remonte le moral des résidents. Les caresses permettent d'avoir un objet merveilleux vers lequel ils vont exprimer leur affection et leurs sentiments (Therapy Dog International, 2020). Cette relation peut faciliter l'apprentissage, apporter du réconfort, favoriser un sentiment de sécurité, de bien-être et améliorer l'estime de soi (Velde, Fisher, & Cipriani, 2005). Le fait de s'occuper du chien permet de développer le sens des responsabilités ce qui favorisera

l'autonomie, l'engagement dans les activités, l'interaction sociale entre les individus (Therapy Dog International, 2020) et brisera la solitude (Bernatchez).

- **Au niveau des SPCD** : de nombreuses études montrent des résultats positifs et modérément forts sur le bien-être médical et les comportements (Nimer & Lundahl, 2007). La médiation canine diminue principalement l'agitation, l'agressivité (physique ou verbale) (Filan & Llewellyn-Jones, 2006) et les troubles de retrait avec l'apathie notamment (Zisselman, et al., 1995) (Palley, O'rourke, & Niemi, 2010). Elle a un impact sur les autres SPCD comme l'anxiété (Velde, Fisher, & Cipriani, 2005), l'angoisse, les troubles alimentaires (Filan & Llewellyn-Jones, 2006), les comportements irritables, la déambulation (Zisselman, et al., 1995), l'humeur et la dépression (Palley, O'rourke, & Niemi, 2010).

- **Au niveau des AVQ** : il permet d'utiliser des outils de toilettage afin de soutenir la mise en place d'une routine de soins personnels pour le résident. La modification des objets utilisés dans les soins du chien pourrait aider soutenir une activité significative dans le mode de vie des résidents et les aider à transposer cette activité pour eux. L'utilisation du chien en ergothérapie leur fournira un environnement réactif (Velde, Fisher, & Cipriani, 2005) et rassurant pour certaines AVQ (toilette,...).

Cette efficacité est due à la présence de l'animal en séance qui joue le rôle de catalyseur temporisant ainsi les comportements agités, les agressivités et les tensions entre les résidents et l'équipe (Tanasa, 2009). La médiation canine en EHPAD auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer a donc des effets bénéfiques sur les différents domaines cités et les SPCD. Mais aussi auprès des soignants en facilitant la relation et l'expression des résidents (Quibel, et al., 2017) (Poujol, 2009). Elle aura également une influence sur la qualité de vie des résidents et les AVQ en luttant contre les SPCD (Cano, 2014), en favorisant leur compréhension et leur expression. *«Les signes verbaux et physiques de tristesse et d'inconfort sont reconnus comme des symptômes d'agitation»* rendant ainsi les résidents plus calmes et plus communicatifs (Karefjard & Nordgren, 2019, p. 438).

5. Les limites de cette médiation

Cette médiation possède de nombreux avantages mais également des limites. La médiation animale en général a une intervention différente en fonction de l'animal utilisé, de l'établissement, de ses règles d'hygiène (hôpital, service de réanimation, ...) et de la population (intervention et animal adapté) (Nimer & Lundahl, 2007).

«L'une des très grandes préoccupations du personnel des institutions, c'est l'hygiène» (Tanasa, 2009, p. 24). Les animaux peuvent transmettre des agents pathogènes, appelés "zoonoses",

«d'origines bactériennes, virales ou fongiques» (Arenstein & Lessard, 2010, p. 12) transmissibles aux humains. «Les agents infectieux peuvent provenir des poils, de la peau, de la salive ou des matières fécales de l'animal» (Arenstein & Lessard, 2010, p. 12). Pour les prévenir, le suivi vétérinaire (vaccins, antiparasitaires...), les soins d'entretien réguliers de l'animal et le lavage des mains après contact sont nécessaires. Le chien peut aussi provoquer des allergies (poils, salives,...) et limiter ou annuler la participation des résidents en séances (Tanasa, 2009), il faudra alors privilégier certaines races moins allergènes (Arenstein & Lessard, 2010).

Le bien-être et la santé des résidents font partis de notre PEC mais ceux de l'animal doivent l'être aussi (Palley, O'rourke, & Niemi, 2010). Il est important de respecter l'animal et ses limites, lui accorder des pauses et réaliser des séances de travail courtes (1h maximum) avec un nombre limité de résidents (en individuel ou en groupe). De plus pour avoir une médiation de qualité, il faudra respecter l'implication des personnes en séance avec la présence du chien (peur, dégoût...), la tolérance des résidents, du personnel soignant et privilégier les personnes intéressées avec cette médiation (Filan & Llewellyn-Jones, 2006).

Aujourd'hui, la médiation animale gagne en popularité dans de nombreux établissements de soins grâce aux différentes études et à ses bénéfices auprès des résidents (Palley, O'rourke, & Niemi, 2010). Mais l'absence de normes et la grande diversité des études (objectifs différents, échantillon trop petit, durée des effets,...) ne permettent pas de généraliser ni de recommander cette médiation sur la base des résultats obtenus, ni de les quantifier (Quibel, et al., 2017). Elles entraînent des doutes sur sa valeur, ses bienfaits et empêchent les médecins d'en tenir compte dans les traitements (Palley, O'rourke, & Niemi, 2010). Malgré ces nombreuses études, il reste un manque significatif de recherches publiées dans la littérature sur l'ergothérapie et dans les AVQ (Cipriani, et al, 2013).

Après toutes ces recherches et lectures, je me suis alors demandée : ***En quoi la médiation canine en ergothérapie, a-t-elle un impact auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer avec des troubles psycho-comportementaux en EHPAD ?***



Partie Expérimentale

I. Méthodologie de recherche et résultats

A. Objectifs de l'enquête

Mon enquête se base sur l'hypothèse que : ***l'ergothérapeute permettra, grâce à la médiation canine, une diminution des troubles psycho-comportementaux des résidents dans les AVQ à plus ou moins long terme.*** Ma démarche de recherche va tenter de vérifier si ces troubles diminuent lors des séances d'ergothérapie, dans les AVQ et si cette diminution perdure dans le temps grâce à cette médiation. Les objectifs de mon enquête sont :

- D'étudier **l'influence de la médiation canine** sur les **résidents** atteints de la maladie d'Alzheimer avec des SPCD en EHPAD lors des **séances d'ergothérapie**.

Critères d'évaluation :

- Présence de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et présentant des SPCD lors des séances d'ergothérapie.
- Présence d'un champ lexical positif sur le ressenti de l'ergothérapeute.
- Présence d'un champ lexical positif sur l'influence de la médiation canine sur les SPCD.

- D'identifier si les **SPCD** sont **diminués** pendant la **séance d'ergothérapie** grâce à cette **médiation**.

Critères d'évaluation :

- Présence d'une diminution de ces troubles au cours de la séance avec l'utilisation du chien comme médiateur.

- D'étudier la continuité de **l'influence de la médiation canine** sur les **SPCD** dans les **AVQ** des résidents atteints de la **maladie d'Alzheimer à plus ou moins long terme**.

Critères d'évaluation :

- Présence d'un champ lexical positif sur le ressenti de l'ergothérapeute.
- Présence d'un champ lexical positif sur la continuité de l'influence de la médiation canine sur les SPCD dans les AVQ.
- Présence d'un champ lexical positif sur les effets à plus ou moins long terme de la diminution des SPCD dans les AVQ des résidents.

B. Choix de la population

Suite à la pandémie mondiale de Corona virus, aux mesures de protection et de confinement qui en ont découlé, j'ai dû réajuster mon projet d'enquête pour des raisons de faisabilité. Je voulais interroger, en plus des ergothérapeutes, des soignants pour savoir s'ils trouvaient des effets à long terme sur la diminution des SPCD dans les AVQ après les séances de médiation canine en ergothérapie.

La population interrogée sera uniquement composée d'ergothérapeutes diplômés d'Etat utilisant la médiation canine dans leur pratique, exerçant auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et présentant des SPCD en EHPAD. Cependant, ces échantillons ne pourront pas être suffisamment représentatifs car trop peu d'individus seront interrogés au cours de mon enquête. La recherche pour avoir des ergothérapeutes disponibles pratiquant cette médiation en EHPAD a été compliquée à cause de la crise sanitaire actuelle. J'ai pour cela élargi mes critères d'inclusion concernant ma population.

Critères d'inclusion :

- L'ergothérapeute devra soit travailler en EHPAD ou dans un LDV avec cette population car c'est le dernier lieu de résidence des personnes âgées en perte d'autonomie et dépendantes. Nous y retrouvons également davantage de maladies neurodégénératives dont la maladie d'Alzheimer. Il devra avoir déjà travaillé en EHPAD et avoir de l'expérience auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer avec des SPCD associés. Il connaîtra les résidents, la maladie et les problèmes rencontrés dans la PEC notamment avec les SPCD. Il sera donc impliqué dans leur suivi et pourra répondre à mes questions.

- Il devra être formé en médiation animale, exercer ou aura exercé uniquement avec le chien auprès de cette population en EHPAD car la médiation animale nécessite une formation pour être considérée comme une médiation thérapeutique (et non de l'animation). Il pourra décrire et observer plus facilement les effets de cette médiation sur les SPCD des résidents lors des séances.

C. Choix de l'outil d'investigation

Pour mon étude, je cherche à savoir l'impact de la médiation canine auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer avec des SPCD en EHPAD. Pour cela, les ergothérapeutes seront interrogés à l'aide d'un entretien. D'après Lallemand et Gronier, *«l'entretien est une méthode de recueil de données qualitatives où un membre de l'équipe en contact direct avec un participant l'interroge sur son expérience, ses attitudes et ses comportements»* (Lallemand & Gronier, 2016, p. 48). Il fait partie des techniques d'enquêtes les plus utilisées en matières de méthodes qualitatives

(Romelaer, 2005). Il va me permettre «*d'explorer en profondeur les attitudes, opinions, préférences, croyances, ou encore représentations mentales de la personne interrogée*» (Lallemand & Gronier, 2016, p. 48) et de recueillir des informations en relation avec mon but recherché (Chiara, 2012).

Pour mon enquête, il me semblait pertinent de l'utiliser car il me permettra de m'intéresser à la pratique professionnelle des ergothérapeutes utilisant la médiation canine au cours de leurs séances. De recueillir «*le sens*» qu'ils vont donner à leur pratique, à cette médiation et «*aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs*» (Blanchet & Gotman, 2007) notamment sur les problèmes rencontrés avec les SPCD et les effets de cette médiation sur les résidents dans les AVQ.

Ici, j'utiliserai l'entretien semi-directif. D'après Romelaer, c'est un mode d'entretien où j'amènerai les personnes interrogées à communiquer des informations nombreuses, détaillées et de qualité sur les sujets liés à ma recherche. Elles seront peu influencées et me donneront «*des garanties d'absence de biais allant dans le sens d'une bonne scientificité*» (Romelaer, 2005). Il permettra aux interviewés d'avoir un cadre avec des thématiques prédéfinies et structurées afin d'avoir des réponses précises. Ils auront une liberté d'expression pour leurs opinions et une neutralité bienveillante à leur égard pour ma part (Aubert-Lotarski, 2007). Il sera également possible pour l'interviewer de poser de nouvelles questions lors de l'entretien, de relancer l'interviewé et, de créer une discussion et une mise en confiance entre les deux (Gaspard, 2019). Cependant, l'utilisation de cet outil requiert l'élaboration d'un guide d'entretien avec les questions définies correspondant aux thèmes choisis dans le but de répondre aux objectifs réalisés précédemment en lien avec mon hypothèse (Combessie, 2007).

Concernant le déroulement des entretiens, je vais commencer par me présenter et décrire brièvement le sujet de ma recherche afin de ne pas influencer les futures réponses des interviewés. Ensuite, je présenterai la façon dont l'entretien se déroulera. Je demanderai l'autorisation d'enregistrer afin de récupérer un maximum d'informations pour la retranscription et l'analyse des données. Cela me permettra de prendre vraiment part à la discussion et de débiter une relation avec la personne interrogée.

D. Recherche et passation

Pour la recherche des entretiens, j'ai contacté par mail plusieurs EHPAD à la recherche d'ergothérapeutes exerçant la médiation canine, même si je savais que les réponses allaient être peu nombreuses à cause du coronavirus. Je n'ai eu aucune réponse. J'ai envoyé des messages sur les réseaux sociaux, sur plusieurs groupes différents (en EHPAD, sur la médiation animale,...). Des ergothérapeutes m'ont répondu que peu d'entre eux allaient être disponibles pour la réalisation

d'entretiens même téléphoniques à cause de la crise sanitaire. J'ai recherché des ergothérapeutes auprès d'associations comme l'IFZ ou d'autres, je les ai ensuite contacté par mail. Dans l'ensemble, j'ai eu peu de réponses : soit les ergothérapeutes ne correspondaient pas aux critères attendus, soit je n'ai pas eu de retour, soit les ergothérapeutes ne donnaient pas suite après la prise de contact. J'ai quand même réussi à avoir quelques réponses positives au bout de plusieurs relances sur les réseaux sociaux, par mail et grâce à mes amies qui m'ont également aidé à en trouver.

Pour la passation, les entretiens ce sont fait uniquement par téléphone à cause de la crise sanitaire actuelle m'empêchant ainsi de me déplacer et d'interroger directement les ergothérapeutes sur leur lieu de travail ou ailleurs. Les objectifs de l'entretien ainsi que son déroulement ont été présentés aux ergothérapeutes interrogées. Les questions de mon entretien sont au nombre de 15 dont une question ouverte à la fin pour que les ergothérapeutes puissent donner librement d'autres informations de leur choix et développer certains points qui n'auraient pas été abordés.

La grille d'entretien⁹ est composée de : **questions générales** qui présentent les ergothérapeutes pour vérifier mes critères d'inclusions et avoir la vision de la médiation canine en ergothérapie. Elle peut se différencier sur certains points ou être complémentaire par rapport à leur expérience professionnelle et à leur ancienneté avec cette pratique. Elles précisent le contexte de la pratique de la médiation canine (objectifs, déroulement des séances, nombre et du type de chien utilisés), la durée des effets sur cette population selon la fréquence, la durée des séances et le choix du chien par rapport aux autres animaux. Les **questions principales sont composées** : d'une partie sur la maladie d'Alzheimer et les SPCD (connaissances sur la maladie et les SPCD, origines des SPCD, conséquences au quotidien et difficultés rencontrées dans les PEC, adaptation de celle-ci) et d'une partie sur les effets de la médiation canine par l'ergothérapeute auprès des résidents qui viendra répondre à mes objectifs d'enquête. J'ai également prévu des questions de relances afin d'approfondir certains points et pour rechercher d'autres informations plus précises.

La réalisation des entretiens

J'ai réussi à réaliser 3 entretiens pour mon enquête :

- L'entretien 1 (A) s'est réalisé par téléphone, il a duré 27 min. (Voir annexe 4)
- L'entretien 2 (B) s'est réalisé par téléphone, il a duré 37 min. La communication et la retranscription ont été difficile à réaliser car la communication chez l'ergothérapeute ne passait pas par moments.

⁹ Voir en annexe

- L'entretien 3 (C) s'est réalisé aussi par téléphone, il a duré 33 min.

Ces 3 entretiens me permettront d'avoir un maximum d'éléments de comparaison et de complémentarité pour l'analyse de mes résultats et la discussion. Dans le but de respecter l'anonymat des ergothérapeutes interviewées, j'utiliserai les lettres A,B et C correspondant chacune à un entretien.

E. Présentation et analyse des résultats

Maintenant, je vais vous présenter mes résultats obtenus et les analyser à travers une étude qualitative transversale. J'ai regroupé les questions qui répondent à mes objectifs et à mon hypothèse sous forme de thèmes, je les analyserai pour répondre à ma question de recherche. Les quatre premiers thèmes ne répondent pas aux objectifs mais sont nécessaires pour présenter les ergothérapeutes, la pratique, justifier le choix du chien, faire un état des lieux sur les SPCD chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer en EHPAD. Sans oublier les conséquences au quotidien avant de voir les effets et bénéfices qu'a la médiation canine sur cette population.

1. Présentation des personnes interrogées et de la pratique de la médiation canine

Ergothérapeute (E)	A	B	C
Âge	27 ans	34 ans	26 ans
Année du diplôme	2015	2010	2017
Parcours professionnel	«J'ai travaillé du coup deux ans dans un EHPAD», «aujourd'hui, je suis à mon compte depuis 2017», «aujourd'hui, ce n' est pas un EHPAD, ce sont des personnes en perte d'autonomie qui vivent encore au domicile avec aide partielle».	«J'ai travaillé 1 an dans un EHPAD», «après j'ai fait 1 an à 50% dans une clinique orthopédique et rééducation avec un autre 50% en EHPAD», «depuis 2012, je travaille à 50% dans un ESA, à 30 % sur de l'accueil de jour, PASA et service plus classique d'EHPAD avec des Unités Protégées», j'ai aussi 20% de libéral».	«J'ai travaillé pendant 1 an et demi dans un EHPAD, j'ai travaillé 3 mois dans l'enfance.» «Cela fait 1 an et demi aujourd'hui que je travaille dans un FAM auprès d'adultes handicapés mentaux et vieillissants».
Formation en médiation animale	Oui	Oui	Oui
Pratique de la médiation canine* (MC) auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer	3 ans et demi	9 ans	2 ans et demi
	«Je ne suis plus toute seule», «il y a un troisième être vivant qui	«C'est un plus [...] qui me permet de rentrer plus facilement en relation	«Ça leur ramène quelque chose de familial qu'ils n'ont plus

La MC* associée à l'ergothérapie permet	interagit avec le patient», «on est dans une relation triangulaire», «les objectifs, ce sont exactement les mêmes qu'en ergothérapie [...] mais par l'intermédiaire des animaux».	avec les résidents, d'amener le résident à ce qu'il soit plus en confiance et du coup plus participatif», «je ne fais pas d'interventions avec des objectifs très précis», «ma manière de pratiquer est plutôt très globale, c'est-à-dire que l'idée de la présence du chien, c'est déjà qu'il apporte du soutien, de l'affection, qu'il apporte ou favorise la motivation des résidents, de l'intérêt».	en EHPAD et ça facilite encore plus l'échange», «de favoriser le bien-être», «l'objectif suivant auprès des personnes Alzheimer avec des troubles du comportement, c'était d'apaiser ces troubles du comportement et de pouvoir retrouver un lien social», «de transmettre les bénéfices obtenus en séance aux autres professionnels et intervenants».
Fréquence des séances	1 fois par semaine (l'après-midi)	1 à 3 fois par semaine en fonction des lieux d'interventions (en fin de matinée ou en début d'après-midi)	1 fois par semaine (le mardi en fin de matinée)
Activité en groupe/individuel et durée des séances	en individuel et en groupe = 2h	en groupe = 1h30 à 2h	en individuel et en groupe = 1h30
Co-animateur	Non, seule	Oui, animatrice/ AMP/ psychologue	Oui, infirmière ou autre professionnel
Animal utilisé	Berger australien (chien)	Finnois de Laponie (chien)	Berger allemand croisé malinois (chien)

Tableau 1 : Synthèse des réponses relatives au thème : «*Présentation des personnes interrogées et de la pratique de la MC*».

Les ergothérapeutes interrogées sont trois femmes. Elles ont une expérience professionnelle entre 2 ans et demi à 9 ans dans la médiation animale auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer avec des SPCD. Elles ont toutes exercé minimum 6 mois en EHPAD avec cette médiation et interviennent toujours avec auprès de cette même population mais dans des lieux de vie différents (à domicile, en EHPAD avec un service PASA, accueil de jour, unité protégée, en FAM). Les trois ergothérapeutes s'accordent à dire que la médiation canine associée à l'ergothérapie leur permet de faciliter la relation thérapeutique en y intégrant un troisième être vivant, on parle de relation triangulaire. EB précise aussi qu'elle facilite la relation de confiance et la participation des résidents. EC rajoute également qu'elle apporte quelque chose de familial perdu en EHPAD et favorise le bien-être. Pour EA et EC, les objectifs sont associés à ceux de l'ergothérapie en gériatrie de manière général mais EC rajoute également d'autres objectifs : apaiser les SPCD, retrouver du lien social et transmettre les bénéfices obtenus aux autres professionnels. Pour EB, les objectifs sont

globaux et portés uniquement sur la médiation canine (soutien, affection, motivation,...) pour le moment mais souhaite réaliser séances individuelles.

Elle travaillent toutes avec un chien de moyenne à grande taille, les séances se déroulent au moins 1 fois par semaine soit en fin de matinée soit en fin d'après-midi. Elles se font en individuel et en groupe sauf pour EB et durent en moyenne 1h30 à 2h. Les trois ergothérapeutes s'accordent à dire que l'idéal est de réaliser des séances le matin car les résidents ont fini leur toilette, sont prêts et sont plus actifs le matin que l'après-midi après le repas, qui est le moment de la digestion et de la sieste. Pour EA et EB, le planning dépend de l'organisation des structures où elles interviennent. EA n'est pas accompagnée d'autres professionnels contrairement à EB et EC pour une question de sécurité, de gestion du chien, du résident et du matériel.

2. Le choix du chien

Cette question a été réellement intégrée dans mon guide d'entretien à la suite de mon premier entretien car elle fût intéressante et pertinente pour mon enquête. Elle justifie le choix du chien fait par les ergothérapeutes en comparant les avantages et inconvénients de celui-ci avec les autres animaux.

Questions	Réponses
<p>Pourquoi avez-vous choisi de travailler avec le chien dans vos PEC ?</p>	<p>EA : «J'avais envie d'avoir un chien à ce moment-là», «c'est un animal peut-être le plus connu et le plus facilement transportable», «je travaille avec elle 90% du temps».</p>
	<p>EB : «J'adore les chiens, je ne peux pas m'en passer clairement», «avec le chat en terme d'éducation, ce n'est quand même pas facile».</p> <p>«Je travaille aussi avec des cochons d'inde, ils sont intéressants parce qu'on peut les poser sur les résidents», «faire parler les résidents autour des animaux de la ferme et puis le côté nutrition», «mais en terme d'affectivité, je trouve que ce n'est pas pareil».</p> <p>«Le chien, c'est tout simplement une superbe approche et la plupart des chiens sont très proches de l'homme», «il comprend énormément de chose».</p> <p>«Sa taille peut être impressionnante mais c'est intéressant car il peut être facilement à la portée de certains résidents.»</p> <p>«Le côté gros du chien et le côté nounours, ce n'est pas pareil qu'un cochon d'inde», «Avec le chien, on va être plus porté sur le jeu, la caresse, la promenade, ce ne sont pas les mêmes pratiques».</p>
	<p>EC : «Le chien est l'un des animaux qui nous parle le plus», «c'est un animal qui est familier», «ma formatrice utilisait des chinchillas, des cochons d'inde, j'en ai vu mais jamais eu».</p> <p>«Alors qu'un chien, les 3/4 de la population en ont eu dans leur vie ou dans l'entourage, ça parle à tout le monde», «est habituel ou qui nous ramène à nos habitudes de vie», «permet en plus de faire travailler la réminiscence avec les</p>

	souvenirs liés à l'image de l'animal, les émotions».
--	--

Tableau 2 : Synthèse des réponses relatives au thème : «*Le chien*».

Le choix du chien est une envie personnelle pour les trois ergothérapeutes. Elles s'accordent à dire que c'est l'animal le plus connu, le plus familier et que la plupart des personnes en ont déjà eu un ou via son entourage (EC). EC précise que les autres animaux sont connus mais sont moins répandus que le chien. EB rajoute que la pratique est différente avec eux car le chat ne s'éduque pas pareil, le cochon d'inde, qui est facilement accessible aux patients, ne possède pas la même affectivité et possibilités d'exercices. Alors que le chien, est très proche de l'homme avec une «*superbe approche*» d'après elle, il comprend et peut faire beaucoup de choses. Il ramène aux habitudes de vie et représente quelque chose d'habituel d'après EC. La taille peut faire peur, impressionner mais est intéressante car «*il est à la portée des résidents*» selon EB, le côté gros du chien peut faire penser à un nounours donnant ainsi un côté rassurant à l'animal. Il permet en plus de travailler la réminiscence, les émotions, d'aborder le jeu, les caresses et les promenades d'après EB et EC.

3. Les SPCD, origines et conséquences

Ce thème fait un point sur les connaissances des ergothérapeutes sur les SPCD, leur représentation et leur compréhension au niveau de leurs origines. Au cours de mes lectures, j'ai pu constater que les origines des SPCD étaient peu connues de la part de nombreux soignants rendant ainsi la compréhension du résident et la PEC difficile. Il me paraissait donc pertinent de les demander aux ergothérapeutes car je trouve important de connaître et comprendre l'origine d'un tel comportement, les conséquences qu'il peut provoquer dans la prise en charge pour ensuite y répondre de façon la plus adaptée possible.

Questions	Réponses
Que savez-vous des troubles du comportement ?	EA : «Ils arrivent au fur et à mesure que la maladie avance. Il y en a beaucoup, ça peut-être par exemple [...] les symptômes obsessionnels. [...] Ce qu'on appelle des TOC vulgairement, [...] des personnes qui vont froter, crier des choses, [...] avoir vraiment des mimiques gestuelles quotidiennes».
	«Ça peut être au niveau de l'humeur, des personnes qui vont être très agitées, très agressives qui vont être aussi paranoïaque,[...] qui vont penser qu'on leur a volé de l'argent».
	EB : «Ils sont nombreux et sont liés avec l'évolution de la maladie. Ceux que l'on peut retrouver en général sont l'apathie, l'agressivité et la désinhibition».
	EC : «Il y en a énormément. Ça peut varier d'un moment à l'autre et ça dépend aussi beaucoup de notre habitude à nous, bien souvent. La personne qui se trouve en face du résident peut créer un peu des troubles du comportement.» , «Il peut y avoir

	aussi de l'agitation, l'agressivité, des risques de fugues parce que la personne ne comprend pas pourquoi elle est là et veut retourner par exemple, revoir ses parents ou autres».
Selon vous, quelles sont les origines ou causes de ces troubles ?	EA : «Je sais que c'est lié à la maladie mais après vous dire quelles sont les causes. Les personnes qui de toute manière perdent leurs repères déjà au domicile, donc c'est vrai que l'entrée en EHPAD.... Ah après savoir si c'est telle ou telle chose qui provoque ça, je ne pourrais pas vous le dire».
	EB : «Ils sont très clairement symptomatiques d'un problème somatique ou autre que somatique, de quelque chose qui ne convient pas à la personne». «Par exemple quelqu'un qui a mal au ventre et qui est incapable de l'exprimer, du coup elle va l'exprimer d'une autre manière que par le verbal». «[...] après la question c'est d'essayer de savoir "de quoi ?" et de tout faire pour traiter ça. Si possible, avant que le trouble du comportement arrive mais bien souvent c'est après[...]».
	EC : «Ça vient du passé, de la personne, de ce qu'elle a pu vivre. Ce que nous même on génère chez elle, par exemple on peut très bien avoir un comportement, qui va lui ramener des choses qu'elle aura eu dans son enfance, une phrase, un geste, quelqu'un qui a été battu dans son enfance». «[...]On peut très bien avoir justement des troubles du comportement à ce moment-là, qui sont générés».
Quelles sont les conséquences de ces troubles ?	EA : «Au niveau du comportement, ce sont des personnes qui vont avoir des comportements complètement rythmés par exemple, [...] elles ont des comportements un peu obsessionnels». «Au niveau de l'humeur, ce sont des personnes qui sont très instables, qui peuvent être complètement euphoriques et ensuite très déprimées. [...] Ce sont des personnes qui s'isolent généralement puisqu'elles ne vont plus rentrer, on va dire dans le moule des comportements acceptables par les autres personnes de l'EHPAD».
	EB : «Ce n'est pas toujours facile d'être en face d'une personne qu'on ne comprend pas, parce qu'on est là pour adapter l'environnement, la prise en charge et les exercices. Et si on ne comprend pas, ce n'est pas facile d'être en face d'agressivité verbale ou gestuelle». «C'est très frustrant de ne pas toujours comprendre et de ne pas arriver à satisfaire les besoins des résidents. [...] On aura beau mettre en place tout le nécessaire pour la personne, il arrive assez fréquemment aussi que ça ne dure pas dans le temps tout simplement. Mais pas que par manque d'accompagnement des soignants mais tout simplement laisser discuter la personne. La personne va oublier le fonctionnement, ne va pas l'intégrer, ne va arriver à se servir de ce qu'on lui propose».
	EC : «On peut avoir une mise en danger de la personne, du soignant qui est là et qui sans le faire exprès peut lui avoir générer sans s'en rendre compte», «[...] une mise en danger de l'animal quand on a des comportements agressifs envers lui», [...] une opposition dans la prise en charge», «[...] au niveau de l'accompagnement qui bloque énormément».

Tableau 3 : Synthèse des réponses relatives au thème : «*Les SPCD, origines et conséquences*».

Les trois ergothérapeutes sont d'accord sur le fait que les SPCD sont nombreux, EA et EB rajoutent qu'ils sont liés à l'évolution de la maladie. D'après elles, il y a l'apathie, la désinhibition l'agitation, les risques de fugues (EB et EC). EA rajoute les comportements obsessionnels et l'humeur

qui peut être associée à l'agressivité et la paranoïa. EC précise qu'ils varient selon les moments et les habitudes des soignants. L'étiologie de ces troubles est principalement «*symptomatique d'un problème somatique*» ou d'autre chose d'après EB. EC rajoute que le vécu de la personne et le comportement des soignants y contribuent en faisant ressurgir certains événements négatifs (maltraitance,...). EA évoque aussi la perte des repères avec l'entrée en EHPAD mais n'a pas su me dire les causes de ces comportements. D'après les ergothérapeutes, les conséquences qui en découlent sont les comportements obsessionnels, l'instabilité émotionnelle (euphorie, dépression), l'isolement des résidents à cause de leurs comportement "dérangeants" (EA), une incompréhension des résidents et de leurs troubles par les soignants, le manque d'accompagnement qui en découle (EB), une mise en danger (résident, soignant, animal) lors de comportements agressifs et une opposition dans l'accompagnement (EC). Toutes ces conséquences vont avoir un impact direct dans la PEC mas aussi sur les soignants et les résidents.

4. Les SPCD les plus fréquents dans la PEC

D'après les connaissances des ergothérapeutes, nous avons vu que les SPCD étaient différents ainsi que leurs origines, leurs conséquences au quotidien et dans la PEC. Passons à présent, à ceux qu'elles rencontrent le plus dans leur PEC.

Questions	Réponses
Quels troubles du comportement rencontrez-vous le plus fréquemment lors des séances d'ergothérapie ?	EA : «Ce sont les comportements moteurs aberrants et les comportements de retrait».
	EB : «Ceux que moi je retrouve le plus c'est clairement l'apathie et le refus». «Il y a la dépression aussi mais ça encore je ne dirais pas que c'est le plus, le côté agitation en général qui peut être avec les troubles moteurs aberrants».
	EC : «Souvent, c'est énormément de répétitions, de focalisations, l'échange véritable dans le sens où la personne reste sur son idée à elle. Parfois l'agitation, surtout quand la personne doit attendre son tour, on créé de la frustration». «C'est arrivé rarement mais [...] de l'agressivité envers l'animal dans les situations où il y avait énormément d'agitation et pas dans les conditions idéales». «Les troubles de l'humeur [...] sont un peu présentes de façon constantes mais ne sont pas un obstacle à la prise en charge, et l'apathie généralement».

Tableau 4 : Synthèse des réponses relatives au thème : «*les SPCD les plus fréquents dans la PEC*».

Les trois ergothérapeutes s'accordent à dire que les troubles les plus fréquents sont les comportements moteurs aberrants, les troubles de retrait avec l'apathie principalement. EB précise aussi le refus en lien avec l'apathie. L'agitation est également présente (EB et EC) et peut être accompagnée d'agressivité si elle est majorée (EC). D'après EC, les troubles de l'humeur sont présents de façon constante mais ne gênent pas la PEC.

5. Les effets et bénéfices de la MC sur les résidents Alzheimer avec des SPCD.

Dans ce thème, je mets en lumière les différents effets et bénéfices qu'a la MC sur les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer avec des SPCD en EHPAD. Il fait également référence à mon premier objectif.

Questions	Réponses
<p>Quels sont les effets/ bénéfices de la MC auprès de cette population ?</p>	<p>EA : «La médiation canine avec ces personnes là, permet déjà de donner un sens à ce qu'ils font. [...] Avec l'animal on va donner un sens à sa déambulation donc on ne va pas juste marcher sans but, on va aller promener l'animal, chercher le sac de l'animal». «Ça peut éveiller les personnes apathiques, [...] qui sont complètement en retrait, [...] ils vont se mettre à interagir avec l'animal même si c'est sur un plan court». «[...] A l'inverse, ce sont des personnes qui sont très agitées très bruyantes, très désinhibées, ça peut [...] les apaiser, le temps de [...] quelques minutes, le fait de voir l'animal ou de le toucher».</p> <p>«Au niveau social, ça les fait s'ouvrir au groupe, [...] des discussions qui vont s'ouvrir autour des animaux en général ou autour de l'animal présent». «Il fait vraiment le lien entre le résident et le thérapeute».</p> <p>«Au niveau cognitif, ça va être [...] un support de discussion, on va pouvoir travailler la mémoire, le prénom, les couleurs de l'animal, leur mémoire personnelle, [...] mais ce n'est pas quelque chose qui va rester [...] longtemps, ce n'est pas une solution miracle pour faire retrouver la mémoire. C'est un support d'ouverture[...]».</p> <p>«Au niveau moteur, ça les fait aussi retravailler certains gestes, certaines prises au niveau des praxies notamment mettre un collier au chien, mettre le mousqueton sur la laisse, sur le collier, [...] enfile le harnais[...]».</p> <p>EB : «Au niveau de l'apathie, ça peut permettre à la personne, [...] de la sortir de son apathie. J'ai vu des résidents qui se sont mis à parler alors qu'ils ne parlaient plus depuis des années, [...] d'autres qui ne parlaient qu'en séance parce qu'il n'y avait que ça qui les interpellaient». «Au niveau de la dépression, ça apporte de l'affection. Ça peut permettre de retravailler sur la revalorisation personnelle, sur les sentiments d'utilités». «Au niveau de l'agitation et du coup du refus, ça peut permettre de poser les émotions et d'arriver à une acceptation du soin, [...]de la personne à faire ce qu'on lui propose et à être plus en confiance. [...] Ça permet vraiment de mettre en place une relation de confiance qui aide la personne à être actrice et volontaire sur sa prise en charge».</p> <p>«Sur le plan social, il favorise la discussion soit avec les jeux, soit autour de la nutrition éventuellement». «Il favorise le lien entre les résidents, après ça dépend avant tout des résidents. Si ce sont 2 résidents qui sont très apathiques et qui ne sont pas en lien en général, ça va être plus compliqué que si c'est un résident qui a tendance déjà à être plus ouvert à l'autre, et qui est là, à côté d'un autre résident qui est très apathique. Là, cela peut peut-être permettre plus facilement une interaction sociale[...]». «Il aide énormément</p>

	<p>dans la relation thérapeutique parce que même si j'ai la blouse, ils me voient en tant que le maître du chien, ils ne me voient pas vraiment que thérapeute qui va venir[...]»</p> <p>«Sur le plan cognitif, à mon niveau je le vois un tout petit peu moins parce que je le travaille moins. Parce que je ne suis pas non plus amenée à en faire suffisamment au quotidien [...]». «Après souvent, ils se souviennent du prénom du chien et pas de moi, [...] ils ont quand même intégré l'information. C'est le côté émotionnel qui a fait qu'ils ont intégré l'information. J'utilise aussi des photos avec des jeux d'associations, autour de l'utilité des animaux, des chiens principalement».</p> <p>«Sur le côté moteur, [...] ça permet de les motiver à faire un petit parcours de marche ou à aller faire une balade alors que ce sont des résidents qui ne veulent pas se lever de leur chaise». «Il permet de travailler certaines préhensions avec le brossage, les jeux de balles ou en donnant des petites croquettes et petits gâteaux».</p> <p>EC : «Du lien social parce que déjà les gens nous parle à nous. La personne ne nous voit plutôt par nous mais par notre animal. Il y a une relation de confiance qui s'établit d'autant plus, parce qu'ils connaissent des choses qui viennent de notre vie». «Ils parlent aussi entre eux avec l'activité de groupe [...] parce qu'il y a l'animal. Des fois oui, rompre l'isolement pour certains, le fait de voir l'animal même si cet isolement n'est rompu qu'avec l'animal, [...] la personne a quand même une interaction envers quelqu'un».</p> <p>«Au niveau cognitif, avec l'animal on travaille beaucoup justement sur l'enfance de la personne, sur leur vie antérieure, d'essayer d'échanger un petit peu la dessus, [...] sur que eux veulent bien nous dire».</p> <p>«Au niveau des troubles du comportement, déjà de l'apaisement pour la plupart. Ce sont des personnes qui sont énormément dans la répétition, les résidents sont souvent à beaucoup interroger, [...] beaucoup de stress, d'anxiété, de nervosité. Et quand l'animal est là, il n'y a plus du tout d'anxiété, d'interrogations, plus aucun stress, la personne est détendue et nous parle normalement. J'ai vraiment vu un gros effet sur ça».</p> <p>«Au niveau moteur, il favorise la participation des résidents dans les parcours de marche. Pour travailler l'équilibre, je viens renforcer en faisant des jeux de ballons avec le chien et des jeux d'obéissance». «Le but était vraiment de détourner le fait qu'on était en train de travailler et de centrer le résident sur le fait que l'animal était là et qu'on jouait avec lui, qu'on s'occupait de lui».</p>
--	---

Tableau 5 : Synthèse des réponses relatives au thème : «*L'impact de la médiation canine auprès des résidents Alzheimer avec des SPCD en EHPAD*».

Au cours de cette question, les trois ergothérapeutes s'accordent à dire que la MC a des effets positifs sur les résidents et plusieurs thèmes en sont ressortis. **Au niveau des SPCD**, elles disent que cette médiation a des effets sur : les troubles de retrait en favorisant la communication et l'ouverture aux autres, la déambulation en y donnant du sens (EA), sur l'agitation (EA et EB), les

troubles moteurs aberrants et les signes de stress ou d'anxiété avec la simple présence du chien (EC). EB précise que pour la dépression, elle donne de l'affection, revalorise les résidents et leur redonne un sentiment d'utilité. Pour le refus, elle permet de poser les émotions, de mettre en place une relation de confiance ce qui favorise l'acceptation des soins et des activités de la part des résidents. Elle les aide à devenir acteurs et volontaires dans leur PEC. EA et EC utilisent le terme «*apaisant*» pour qualifier les effets de cette médiation sur ces nombreux SPCD.

Les trois ergothérapeutes disent spontanément qu'au **niveau social**, le chien favorise la discussion en groupe, soit autour de lui ou des autres animaux, soit autour des jeux ou de la nutrition (EB). Elles rajoutent aussi qu'il favorise le lien entre les résidents et avec les intervenants en renforçant cette relation thérapeutique. Elles ne sont plus vues comme thérapeute mais comme la maîtresse du chien (EB et EC). Il arrive parfois à rompre l'isolement mais seulement entre le résident et lui. Même si le thérapeute n'est pas dans ce lien, «*la personne a quand même une interaction envers quelqu'un*» (EC). **Au niveau cognitif**, elles sont toutes les trois d'accord que la MC fait travailler la mémoire à plusieurs niveaux : la mémoire autobiographique et épisodique, la temporalité (EC), la mémoire à court et à long avec l'intégration du prénom du chien (EA et EB) grâce côté émotionnel (EB), les couleurs (EA), les photos, des jeux cognitifs (EB). EA rajoute que c'est un support qui aide à travailler la mémoire mais ce «*pas une solution miracle pour faire retrouver la mémoire*». **Au niveau moteur**, les ergothérapeutes s'accordent à dire qu'il favorise la marche, l'équilibre et la participation des résidents dans les activités (EC). Qu'il permet de travailler les praxies, les préhensions et certains gestes comme les accessoires (EA), le brossage, la nourriture (EB) et les jeux (EB et EC). EC rajoute qu'il détourne ce côté travail de l'activité en côté ludique pour que le résident puisse se centrer sur le chien et s'en occuper tout en travaillant inconsciemment.

6. La diminution des SPCD avec la MC en ergothérapie.

Après avoir vu les différents effets que la MC avait sur les résidents et sur les SPCD, le thème suivant me permettra d'approfondir comment cette médiation agit sur les résidents avec des SPCD. C'est-à-dire comment sentent-ils, comment les effets vus ci-dessus sont possibles et voir s'il y a une diminution des mêmes SPCD évoqués précédemment. De plus, l'acceptation du chien de la part des résidents est primordial si l'on veut avoir une influence sur les SPCD avec une certaine durée. Il fait également référence à mon deuxième objectif.

Questions	Réponses
	EA : «C'est souvent du plaisir, on peut avoir de la nostalgie, des personnes qui vont être nostalgiques de leur vie d'avant quand elles avaient leurs animaux. [...]des émotions positives en tout cas».

<p>Quelles sont les réactions des résidents en présence du chien ?</p>	<p>EB : «Alors la plupart, la première phase est l'étonnement. Et la deuxième phase, c'est plus le côté, qu'ils ont envie de le papouiller, de lui faire des caresses, de lui donner des petites croquettes, de jouer éventuellement avec lui». «Il arrive aussi que j'ai des résidents qui aiment bien le voir et l'observer mais qui, par contre ne veulent pas qu'on les sollicite trop». on a la réaction du résident qui n'aime pas, qui n'a pas envie, qui refuse. on sait qu'il n'y a pas d'intervention à prévoir. Et encore ! Ça fait réagir, j'ai envie de dire».</p> <p>EC : «Elles peuvent être très différentes. Parfois de l'euphorie, parfois des pleurs mais souvent c'est beaucoup de curiosité et d'intérêts généralement».</p>
<p>Comment se sentent-ils pendant et après la séance ?</p>	<p>EA : n'a pas répondu.</p> <p>EB : «La plupart du temps pendant la séance, ça se passe bien. Ils apprécient, ils sont contents, ils sont pour la plupart apaisés. Après, les bienfaits au long terme sont compliqués à juger [...]».</p> <p>EC : «Pendant la séance, ils sont avec l'animal, ils sont dans la séance et ne font pas attention à ce qu'il se passe autour. A chaque fois, nous avons le droit à un "merci pour la séance" et que ça leur avait fait du bien. Il a fallu beaucoup de temps pour avoir des résultats en dehors des séances parce que c'est très long».</p>
<p>Remarquez-vous une diminution des troubles du comportement ? Lesquels ?</p>	<p>EA : «Oui ! Il va y avoir une diminution pendant la séance. Après les séances, ils sont fatigués donc forcément il y a diminution des troubles aussi. [...] ils vont dormir mais à leur réveil ils ne vont pas être plus apaisés parce qu'ils ont eu une séance de médiation avant».</p> <p>«[...] les comportements de retrait et les comportements déambulatoires qui sont diminués, qui sont vraiment beaucoup plus ouverts pendant les séances».</p> <p>EB : «La plupart du temps oui. L'apathie déjà et puis au niveau de l'agitation, toutes les personnes qui sont très angoissées, qui montrent de l'angoisse, de l'énerverment, de l'agacement. La plupart du temps, ça permet de poser les choses».</p> <p>EC : «Pendant les séances, oui. Dans la vie quotidienne des personnes, au quotidien non.» «C'est tout ce qui est répétition, isolement, agitation et l'apathie généralement. L'animal justement cette présence là, avait tendance je trouve, à diminuer cette apathie et au contraire à redonner du sens et plus de vivant à la personne.»</p>

Tableau 6 : Synthèse des réponses relatives au thème : «*La diminution des SPCD avec la médiation canine en ergothérapie*».

Les ergothérapeutes s'accordent à dire que les résidents présentent des émotions positives, de l'intérêt, de la curiosité en présence du chien. EA rajoute la notion de «plaisir» qu'il procure aux résidents. Mais d'après EC et EA, il peut aussi provoquer de la nostalgie ou tristesse en souvenir des animaux passés. EB précise que certains résidents n'aiment pas que le chien soit trop sollicité ou ne l'aime pas du tout, dans les deux cas les personnes réagissent. Pendant les séances, les résidents sont généralement calmes, apaisés (EB) et très expressifs sur le bien que leur fait le chien (EC). Mais elles s'accordent sur le fait qu'après les séances, il y a une courte continuité de ces bienfaits (EA et EB) et que cela nécessite un certain temps (EC). Les SPCD diminuent pour les trois ergothérapeutes pendant la séance, nous retrouvons les troubles de retrait (EA et EB), l'agitation (EB et EC), les troubles moteurs aberrants (EA et EC) et l'isolement (EC). EC rajoute qu'elle n'a pas pu voir cette diminution au quotidien chez ces personnes.

7. La durée des effets sur les SPCD en séance et dans les AVQ.

Nous avons donc pu voir que le chien était accepté par les résidents et provoquaient chez la plupart, des émotions positives avec des notions de plaisir ce qui favorisait la diminution de différents SPCD en séance. Il est donc intéressant maintenant d'avoir la durée des effets obtenus et de savoir s'ils perdurent à plus ou moins long terme dans les AVQ. Il fait également référence à mon troisième objectif.

Questions	Réponses
<p>Selon vous, quelle est la durée des effets de la MC sur ces résidents Alzheimer avec des troubles du comportement ?</p>	<p>EA : «L'effet, il est durant la séance. Ça peut être à moyen terme parce que je leur donne des petits objets qui font le lien entre les séances, donc ça peut être soit une photo prise pendant les séances et du coup, le fait de voir la séance tous les jours [...], quand ils revoient l'animal, ce n'est pas une découverte nouvelle à chaque fois[...] c'est surtout sur du court terme et du moyen terme». «Je sais très bien qu'avec la maladie d'Alzheimer, nous n'avons pas de solution miracle notamment avec des interactions non médicamenteuse comme ça.»</p>
	<p>EB : «Après, les bienfaits au long terme sont compliqués à juger, dans le sens où ils ont une mémoire assez déficitaire, les bienfaits peuvent être limités dans le temps. Des fois, ça va permettre d'apaiser la personne pendant plusieurs minutes voire plusieurs heures. Ça va rarement après plusieurs heures, s'il n'y a pas d'autres interventions ou d'autres sollicitations autour de la présence animale, alors pas forcément l'animal en lui-même, mais ça peut être une soignante qui va montrer des photos d'animaux, des choses comme ça. Ça peut être une peluche, ça peut être n'importe quoi en rapport avec l'animal. Les bienfaits sur ma population, restent limités à quelques heures après l'intervention».</p>
	<p>EC : «C'est vraiment bref, enfin il y a des effets tout le temps mais voilà à court terme c'est vraiment la séance. Après pour avoir des effets à moyen plutôt long terme, il faut vraiment des séances régulières et une temporalité qui s'installe pour ensuite avoir une durée importante dans le temps. [...] Après au foyer, au bout d'1 an et demi, oui voilà ils ont enfin temporalisés que le chien vient le mardi, ils ont enfin retenus sont prénom. Le mien toujours pas mais le chien oui. Ils savent quand on leur en parle, ils discutent, ça les apaisent, ça les occupent et a fallu 1 an et demi pour avoir ça. Chose que je n'ai pu avoir dans l'EHPAD.»</p>
	<p>EA : «L'animal peut être présent par exemple pour le fait de sortir dehors [...], donc là, ils vont être contents parce que du coup, ils sont acteurs vraiment de la séance».</p> <p>«Voilà, je détourne vraiment ma venue, je leur dit [...] : "<i>Je suis passée par ici et je me suis dit que ça vous ferait plaisir de nous voir</i>" donc on s'arrête un petit peu et je leur dis : "<i>Voilà, Nova n'a pas eu le temps de sortir ce matin, est-ce que ça vous dit de venir avec nous ?</i>" Et là, je vais leur dire : "<i>Par contre, il fait hyper froid aujourd'hui donc regardez, moi je suis bien couverte. Nova, elle est bien habillée aussi, donc on va peut être enfiler un petit manteau</i>". Et là, ça aide à s'habiller par exemple, mais parce que c'est dans le but de. Mais ce sont des effets à court terme, c'est sur le moment. Pareil pour les repas [...]. Ça les dynamise beaucoup».</p> <p>«Les apprentissages moteurs ce font, après ils vont s'oublier comme comment enfiler un pantalon, comment faire du café. Les praxies et la mémoire, sur le</p>

Et dans les AVQ ?	moment ça marche et puis à long terme, ils oublient».
	EB : «Je suis intervenue que très rarement sur les AVQ». «Après les quelques interventions que j'ai fait, étaient notamment 2 interventions auprès de résidents qui avaient des troubles du comportement pendant la toilette, qui ne supportaient pas du tout ce temps là. [...] les soignantes avaient énormément de mal et les 2 fois ou 3 fois où je suis intervenue, ça a vraiment permis d'apaiser les choses. Mais par contre, c'était sur le moment». «Après je pense que si j'étais intervenue plusieurs fois sur une semaine pendant plusieurs semaines, là peut être que la soignante aurait pu mettre en place quelque chose derrière pour les jours où je n'étais pas là avec le résident». «Après j'entends aussi dans ce que vous me dites, c'est aussi le côté réapprentissage des AVQ. Je ne suis pas suffisamment intervenue pour pouvoir répondre. Je pense qu'il y a des bienfaits sincèrement après il faudrait faire au moins une séance hebdomadaire individuelle pour chaque résident concernés.»
	EC : «Il a fallu beaucoup de temps pour avoir des résultats en dehors des séances parce que c'est très long. Au départ, les résidents étaient calmes que pendant la séance et dès que je partais, les troubles du comportement revenaient. Il m'a fallu 5-6 mois au moins dans l'EHPAD, pour commencer à avoir des répercussions sur le comportement même après la séance. Par exemple, comme il y avait le repas du midi qui arrivait 5-10 min après que je partais, on voyait moins de troubles du comportement pendant le repas, moins d'agitation, un repas plus serein ce jour-là.»

Tableau 7 : Synthèse des réponses relatives au thème : *«La durée des effets sur les SPCD en séance et dans les AVQ»*.

Les trois ergothérapeutes s'accordent à dire que les effets sur les SPCD sont principalement à court terme pendant les séances. Il peut y avoir des effets à moyen terme, quelques heures, (EB et EA) grâce aux objets/photos donnés aux résidents pour continuer ce lien. Mais pour avoir des effets sur du plus long terme, il faut avoir un suivi régulier, long (EB et EC) et une sollicitation des soignants (EB). Cependant, elles n'ont pas pu remarquer d'effets à long terme car *«avec la maladie d'Alzheimer, nous n'avons pas de solution miracle notamment avec des interactions non médicamenteuses comme ça»* (EA). Au niveau des AVQ, il y a principalement des effets à court terme et à moyen terme sur les SPCD car le chien permet *«d'apaiser les choses»* d'après EB et d'avoir des moments *«sereins»* (EC) pour ensuite faciliter les déplacements (EA), le repas (EA/EC), l'habillage (EA), la toilette (EB) pendant les séances ou si elles sont suivies par une de ces activités. Cependant pour avoir des effets à long terme sur les SPCD dans les AVQ, EB et EC précisent qu'il faut un suivi long (plusieurs fois par semaine pour EB), régulier avec une temporalité fixe et en individuel. Chose que les trois ergothérapeutes n'ont pas pu faire jusqu'à présent. EA dit que les réapprentissages moteurs se font sur le moment mais à long terme, avec l'évolution de la maladie, les praxies et la mémoire s'oublient chez cette population.

F. Discussion

Suite à mes différents entretiens et à l'analyse brut des résultats obtenus, je vais maintenant les interpréter à travers une discussion en les mettant en lien avec ma partie conceptuelle puis, je réfléchirai aux intérêts et aux limites de mon travail. Pour rappel, le but de cette enquête est de répondre à la question de recherche suivante : ***En quoi la médiation canine en ergothérapie, a-t-elle un impact auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer avec des troubles psycho-comportementaux en EHPAD ?*** Afin d'y répondre de manière structurée et synthétique, les différentes parties de ma discussion seront en lien avec les objectifs établis lors de mon enquête.

1. Les SPCD, une PEC difficile au quotidien.

D'après les ergothérapeutes, les SPCD sont nombreux, ont des origines (somatiques, environnementales ou humaines) et conséquences diverses entraînant ainsi un impact direct dans la PEC, sur les soignants et les résidents. Discutons à présent des effets de la MC sur cet impact.

2. L'impact de la MC sur les SPCD chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

Au cours de ces différents entretiens, les trois ergothérapeutes sont en accord sur le fait que la médiation canine a des bénéfices positifs sur les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer avec des SPCD et cinq domaines en sont ressortis :

Les SPCD : Selon elles, le chien a des effets sur les SPCD. Nous retrouvons principalement les troubles de retrait (anxiété, apathie et dépression), l'agitation, l'agressivité, les troubles moteurs aberrants (la déambulation) (Cummings, 1994-1996) et les signes de stress liés à ces troubles. Ces résultats rejoignent ceux décrits dans la littérature (Karefjard & Nordgren, 2019) (Zisselman, Rovner, Shmueli, & Ferrie, 1995) (Sellers, 2005) (Richeson, 2003). EA insiste sur le fait que le chien permet de donner du sens à la déambulation notamment en cherchant les affaires du chien et en allant se promener. EB rajoute également qu'en plus de donner de l'affection et de poser les émotions, il revalorise et donne un sentiment d'utilité aux résidents ce qui leur permet de retrouver une place d'acteur dans leur PEC, d'être volontaire et plus en confiance avec le thérapeute pour accepter les soins et les activités proposés par celui-ci. D'après Karefjard, cette médiation a des effets positifs chez les résidents atteints «*de démence modérée à sévère*», «*ils sont plus calmes, plus communicatifs et plus positifs*» (Karefjard & Nordgren, 2019, p. 438). Le terme d'«*apaisement*» revient aussi d'après EA et EC. Ces résultats sont en accord avec l'association Therapy Dog International (Therapy Dog International, 2020) et la revue de Quibel en 2017 (Quibel, et al., 2017).

L'aspect social : Les trois ergothérapeutes disent qu'il favorise la communication dans le groupe soit autour de lui ou des autres animaux, soit autour des jeux ou de la nutrition (EB). D'après Karefjard, cette communication est difficile à obtenir auprès de cette population. Utiliser le chien permettra aux résidents de s'ouvrir, de s'engager dans la discussion de groupe (Karefjard & Nordgren, 2019) et de maintenir les habiletés de communication et d'interaction. Les ergothérapeutes rajoutent qu'il favorise aussi le lien entre le résident et le thérapeute en renforçant la relation thérapeutique. EB et EC ont précisé qu'elles ne sont plus vues comme "thérapeute" mais comme maîtresse du chien. Ce résultat est aussi retrouvé dans l'article de Quibel en 2017 (Quibel, et al., 2017) et de Sellers où *«l'animal agit comme un agent de liaison»* (Sellers, 2005, p. 63) et que, l'atténuation des SPCD et l'encouragement à la communication grâce au chien *«pourraient réamorcer le dialogue entre soignants et soignés, et ainsi [...] améliorer l'accompagnement»* (Quibel, et al., 2017, p. 37). EC ajoute qu'il peut réussir à rompre l'isolement de certains résidents mais que cela se passera uniquement avec lui malgré ces tentatives d'inclusion. D'après elle, *«la personne a quand même une interaction envers quelqu'un»*. Nous pouvons dire que d'une certaine manière, ses interactions sociales sont augmentées (Richeson, 2003) (Martin, 2013).

L'aspect cognitif : Elles sont toutes d'accord sur le fait que le chien stimule les différents aspects de la mémoire comme la mémoire épisodique et autobiographique, la discussion autour du chien ravivera des souvenirs positifs ou des sentiments agréables chez les résidents. Ils pourront parler de leur passé plus facilement (Karefjard & Nordgren, 2019). Pour la temporalité (EC), le chien *«optimise les repères spatio-temporels»* (Quibel, et al., 2017, p. 36) grâce aux horaires fixes des séances (Martin, 2013). Les résidents établissent alors un lien entre l'activité, devenue signifiante pour eux, et le lieu (Quibel, et al., 2017). Favorisant ainsi, le maintien de la volition des résidents avec le souhait de retourner en séance, la possibilité de retrouver des compétences occupationnelles et ce plaisir perdu dans l'institution, en proposant une routine agréable pour eux. D'après EA et EB, il stimule aussi la mémoire à court et à long terme avec l'intégration du prénom du chien grâce au côté émotionnel selon EB ou au travers des activités avec des photos et des jeux. Ces résultats sont en accord avec la littérature. D'après Martin en 2013, les résidents atteints *«de la maladie d'Alzheimer ressentent, fonctionnent et vivent avec les émotions»*, cela favorise donc l'intégration des informations. Cependant l'intérêt de ces activités ne doit pas être porté uniquement sur la stimulation cognitive mais aussi sur la notion de plaisir partagé (Martin, 2013, p. 120). EA rajoute que c'est un support qui aide à travailler la mémoire mais ce *«pas une solution miracle pour faire retrouver la mémoire»*.

L'aspect moteur : Selon elles, il favorise la marche, l'équilibre, la participation des résidents dans les activités d'après EC. Rappelons que dans le MOH, cette participation occupationnelle est possible grâce à l'engagement que provoque le chien chez les résidents, leur permettant ainsi de maintenir leurs habiletés motrices. Il permet aussi de faire travailler les praxies, les préhensions et certains gestes avec la manipulation d'accessoires (EA), le brossage, la nourriture et les jeux de balles d'après EB et EC. Ceci est en accord avec la Therapy Dog International qui ajoute que *«caresser le dos d'un chien entraîne plus de mouvements du patient et [...] une augmentation de l'activité physique»* (Therapy Dog International , 2020) et l'article de Lopez en 2009 (Lopez, 2009). EC précise qu'il détourne ce côté travail de l'activité en côté ludique permettant ainsi au résident de se centrer uniquement sur le chien qui est le centre d'attention et de s'en occuper tout en travaillant inconsciemment. Ce constat est aussi retrouvé dans l'article de Sellers en 2005 qui dit que l'animal est utilisé *«comme point focal de la séance»* et qu'il *«fournit une intervention thérapeutique ciblée [...] et conçue pour intervenir dans les comportements»* (Sellers, 2005, p. 64).

3. Apaisement et diminution des SPCD en séance d'ergothérapie.

Nous avons vu précédemment que la MC avait une influence sur les SPCD, résultat aussi trouvé dans la littérature (Filan & Llewellyn-Jones, 2006) (Velde, Fisher, & Cipriani, 2005).... De plus, les ergothérapeutes s'accordent à dire qu'elle procurait généralement des émotions positives (plaisir) de l'intérêt, de la curiosité et parfois de la tristesse en souvenir des animaux passés. Comme en témoigne l'article de Lopez en 2009 : *«Quand je lui ai présenté Capsule, elle l'a serrée fortement contre elle, et après l'avoir longuement embrassée, m'a beaucoup parlé de sa vie avec sa chienne et combien elle lui manquait»* (Lopez, 2009, p. 445). D'après EB, les résidents sont calmes et apaisés lors des séances et très expressifs sur le bien que ça leur procure (EC). Cependant, les ergothérapeutes s'accordent sur le fait qu'il y a une courte continuité après les séances, d'après EB et EC, cela nécessite du temps. Ces résultats sont en accord avec ceux de Quibel en 2017 (Quibel, et al., 2017) et de Lopez en 2009 (Lopez, 2009). Grâce à cet apaisement, les trois ergothérapeutes disent que les SPCD diminuent pendant la séance d'ergothérapie. Comme en témoigne l'étude de Karefjard : *«une base de preuves scientifiques croissante indique que les DAI¹⁰ peuvent réduire les SPCD»* (Karefjard & Nordgren, 2019, p. 433). Elles retrouvent principalement les troubles de retrait l'agitation et l'agressivité qui l'accompagne (EB et EC), les troubles moteurs aberrants et l'isolement pour EC. Ces résultats sont aussi en accord avec ceux de nombreuses études comme Zisselman (Zisselman, et al., 1995), Karefjard (Karefjard & Nordgren, 2019), Quibel (Quibel, et al., 2017), (Majic, et al.,2013),....

¹⁰ DAI : Dog-assisted interventions

4. La continuité des effets de la médiation canine sur les SPCD dans les AVQ.

D'après le thème précédent, les SPCD diminuent pendant la séance d'ergothérapie avec la MC. Cependant, les ergothérapeutes s'accordent à dire que cette diminution des SPCD est principalement à court terme pendant les séances. D'après EB et EA, elle pourrait se continuer à moyen terme sur quelques heures, grâce aux objets ou photos donnés aux résidents pour continuer ce lien après les séances. Ces résultats sont en accord avec ceux de Quibel, ils «*semblent se limiter au cadre des séances*» (Quibel, et al., 2017, p. 37). Mais l'utilisation «*d'objets non humains familiers*» appartenant à l'animal créera «*une atmosphère familière*» rappelant ainsi la maison et l'environnement familial de ces derniers et gardera un lien en dehors des séances (Velde, Fisher, & Cipriani, 2005, p. 46). EB et EC rajoutent qu'il pourrait y en avoir sur du long terme à condition d'avoir un suivi long et régulier. EB évoquent également la participation des autres soignants dans cette perdurance des effets (je développerai cette partie en conclusion dans l'ouverture). Elles n'ont donc pas pu remarquer cet effet à long terme car leurs séances ne sont pas assez régulières et nombreuses, d'après elles. Ce constat fait écho avec de nombreuses études comme celle de Majic en 2013 qui explique que «*les effets à long terme n'ont pas été évalués*» (Majic, et al., 2013, p. 1057) mais qu'ils pourraient être présents (Hu, Zhang, Li, & Leng, 2018). Cependant, aucune conclusion ne peut être tirée «*en raison de petites études avec de petits échantillons qui rendent difficile la généralisation des résultats*» (Karefjard & Nordgren, 2019, p. 433).

Au niveau des AVQ, la diminution des SPCD se fait aussi à court et à moyen terme. Le chien permet «*d'apaiser les choses*» d'après EB, d'avoir des moments «*sereins*» d'après EC. Et d'après les trois ergothérapeutes, il facilitera cette diminution, favorisera la participation et la performance occupationnelle des résidents dans les AVQ comme les déplacements, le repas, l'habillage, la toilette pendant les séances et après si elles sont suivies par une de ces activités. D'après Velde, les résidents «*continuent de pratiquer des activités*» plus longtemps quand les animaux sont présents augmentant les avantages de l'ergothérapie avec cette médiation. Le chien les aide «*à se concentrer et à rester attentif pendant de plus longues périodes*» ce qui permettrait de faciliter et maintenir ses effets dans les AVQ (Velde, et al., 2005, p. 45). EB et EC maintiennent la même chose en ce qui concerne les conditions pour avoir des effets à long terme dans les AVQ. Les séances doivent être réalisées plusieurs fois par semaine avec une temporalité fixe et plus en individuel. Chose que les ergothérapeutes n'ont pas pu faire jusqu'à présent, elles n'ont pas pu voir la diminution à long terme des SPCD dans les AVQ. D'après EA, les apprentissages moteurs se font sur le moment mais s'oublie avec l'évolution de la maladie et qu'il y a pas «*solution miracle notamment avec des interactions non médicamenteuses comme ça*».

Après toutes ces recherches et constats, **mon hypothèse de recherche** selon laquelle: l'ergothérapeute permettra, grâce à la médiation canine, une diminution des troubles psycho-comportementaux des résidents dans les AVQ à plus ou moins long terme semble donc **partiellement validée**. Car à ce jour, aucune étude n'a été faite sur la diminution des SPCD dans les AVQ sur du long terme.

5. Les limites et les apports de l'enquête

La première limite à mon travail d'initiation à la recherche est le **faible nombre d'entretien semi-directif** car je voulais en faire 5 pour avoir un maximum de retour de la part d'ergothérapeutes pratiquant cette pratique. Malgré les relances et à cause de la crise sanitaire actuelle, je n'ai eu que très peu de réponses. La deuxième est la **non-représentativité de l'échantillon** car trop peu d'individus ont été interrogés au cours de mon enquête. De ce fait, mon analyse et mon interprétation des données ne peuvent pas aboutir à une généralisation des résultats au vue de la faible représentativité des données. Cette limite s'inscrit dans le temps imparti pour réaliser l'étude. La troisième est le **manque d'étude** concernant la pratique de la médiation canine en ergothérapie et sur les effets à long terme de cette médiation sur les SPCD et dans les AVQ, m'empêchant ainsi de valider totalement mon hypothèse et d'apporter plus d'éléments théoriques dans la discussion.

Cette initiation à la recherche m'a permis d'acquérir des **connaissances spécifiques** sur la maladie d'Alzheimer avec des SPCD chez les résidents dépendants en EHPAD. Elles me seront très utiles dans ma pratique future car je souhaite faire une formation en médiation animale et intervenir avec le chien auprès des personnes âgées en EHPAD. Elle m'a permis de **mener une réflexion autour d'une pratique validée et reconnue**. La construction et la mise en œuvre du mémoire ainsi que sa méthodologie de recherche ont été éprouvantes. Mais il m'a permis de **mener à bien un projet et de le présenter à des professionnels** dans le but d'essayer de **faire évoluer cette pratique dans le monde de l'ergothérapie**. Je la trouve vraiment intéressante avec une approche unique pour notre métier et, elle pourrait être bénéfique à la fois pour nous en tant que thérapeute mais aussi auprès des patients.

Conclusion

Ce mémoire de fin d'études en ergothérapie m'a permis d'acquérir davantage de connaissances sur l'accompagnement des personnes âgées dépendantes en EHPAD. Mes recherches se sont centrées sur la maladie d'Alzheimer et les SPCD, troubles souvent associés à partir du stade modéré de la maladie. Ils engendrent des situations de handicaps, en lien avec l'ergothérapie en EHPAD notamment lors des AVQ. Mais aussi sur la médiation canine, cette pratique est de plus en plus utilisée par les professionnels de santé y compris par les ergothérapeutes auprès des personnes âgées, adultes et enfants. Alors, en quoi la médiation canine en ergothérapie, a-t-elle un impact auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer avec des troubles psycho-comportementaux en EHPAD ?

J'ai développé le cadre théorique autour des grands concepts qui sont la maladie d'Alzheimer associée aux SPCD en EHPAD, l'ergothérapie et la médiation animale. J'ai porté beaucoup d'intérêt aux SPCD car ces troubles sont encore mal compris de la part de nombreux professionnels. J'ai pu le constater sur le terrain et notamment au niveau de leurs origines (somatiques ou autres). Avec l'évolution de la maladie, ces troubles s'accroissent et rendent difficiles la PEC en EHPAD, en ergothérapie et dans les activités des résidents au quotidien. De ce fait, j'ai voulu cibler les champs d'intervention de l'ergothérapeute sur ces troubles dans les AVQ en utilisant la médiation canine. Elle possède de nombreux bénéfices auprès de cette population d'après la littérature et de ce que j'ai pu voir au cours de certains stages. Je voulais également savoir si elle avait des effets qui pouvaient perdurer au-delà des séances à moyen et long terme. Dès lors, j'ai émis l'hypothèse que l'ergothérapeute permettra, grâce à la médiation canine, une diminution des troubles psycho-comportementaux des résidents dans les AVQ à plus ou moins long terme.

Pour vérifier l'hypothèse, j'ai construit une enquête qui vise à déterminer l'impact de la médiation canine en ergothérapie, sur les SPCD des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer dans les AVQ et s'il avait des effets à moyen et long terme, via des entretiens semi-directifs téléphoniques (à cause de la crise sanitaire). Les résultats ont mis en avant que les SPCD les plus fréquents en EHPAD d'après les ergothérapeutes sont principalement les troubles de retrait avec l'apathie en premier, l'agitation associée parfois à l'agressivité, les troubles moteurs aberrants comprenant également la déambulation et qu'ils avaient un certain impact sur les soignants, les résidents et dans la vie quotidienne en EHPAD. L'utilisation de la médiation canine par l'ergothérapeute, possède de nombreux bénéfices (moteurs, cognitifs, social) y compris sur les SPCD en les calmant, en leur donnant un sens et en permettant aux résidents de retrouver de l'affection, du plaisir, un sentiment de revalorisation, de bien-être et d'utilité (objectif 1 validé). Cette étude a également permis de montrer que les SPCD étaient diminués au cours de la séance d'ergothérapie grâce au chien et à son

effet apaisant et rassurant. En étant une source d'engagement, il favorise ainsi la confiance des résidents dans la relation thérapeutique et leur participation occupationnelle en les rendant acteurs dans la PEC (objectif 2 validé). Cependant, cette diminution des SPCD et la performance occupationnelle dans les AVQ seront limitées à court terme (au moment de la séance) et à moyen terme (quelques heures après). Enfin, les ergothérapeutes et la littérature s'accordent à dire que pour le moment la diminution des SPCD dans les AVQ chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer avec un stade modéré en EHPAD, ne sont pas visibles (objectif 3 non validé). Des articles disent que pour ce stade et le stade sévère, il pourrait y avoir des bénéfices à plus long terme mais des études doivent être réalisées sur ce sujet (Hu, Zhang, Li, & Leng, 2018) (Sellers, 2005) (Majic, Gutzmann, Heinz, & Lang, 2013). Car à ce jour, aucune étude n'a été faite sur la diminution des SPCD dans les AVQ sur du long terme. Par conséquent, l'hypothèse est partiellement validée.

Les axes d'amélioration concernent **la méthode de recherche qui reste à approfondir notamment synthétisation des informations, l'argumentation et la justification de mes choix qui seront indispensables dans ma pratique professionnelle**. Comme l'a dit l'ergothérapeute B dans son entretien, *«la pratique de l'ergothérapeute, c'est aussi de faire des essais et de se réadapter tout le temps»*.

Nous avons également constaté que les ergothérapeutes évoquaient la participation des autres soignants pour avoir une continuité avec la médiation canine en dehors des séances. Dans le cadre d'un accompagnement en ergothérapie, il serait intéressant d'informer les autres soignants sur la médiation canine, ses apports et *«l'importance de leur propre implication»* (Quibel, et al., 2017, p. 38) afin de les impliquer davantage dans la PEC de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en EHPAD. Et de réfléchir à des moyens compensatoires lors des AVQ en dehors des séances, pour permettre une continuité des effets de la médiation canine sur les SPCD à long terme et pour faciliter leur intervention.

«Cette piste de réflexion, ainsi que la façon de sensibiliser les familles et les professionnels mériteraient d'être étudiées dans une recherche de plus grande ampleur» avec des échantillons plus importants, dans plusieurs EHPAD, avec un suivi à plus long terme et des séances plus rapprochées (Quibel, et al., 2017). Et d'après Palley, si la médiation animale *«peut être établie de manière convaincante comme une option de traitement efficace, sûre et rentable, elle pourrait faire progresser les soins de santé de nombreuses manières pour de nombreux patients»* (Palley, O'rouke, & Niemi, 2010, p. 204) et notamment dans le domaine de l'ergothérapie.

Bibliographie

AFEG. (2020). Consulté le 01 04, 2020, sur Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie: <http://www.afeg.asso.fr/>

AFEG. (2019). *Ergothérapeute DE en Etablissement pour personnes âgées dépendante (EHPAD)*.

Consulté le 06 01, 2019, sur AFEG:

http://www.afeg.asso.fr/index_htm_files/Fiche%201%20afeg%20EHPAD.pdf

Anesm. (2017, Juillet 5-6). *Analyse de la littérature nationale et internationale portant sur l'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative (MND) en Pôle*

d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et en Unité d'Hébergement Renforcé (UHR). Consulté le 12 15, 2019, sur [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_troubles_comportement_1.pdf)

[03/anesm_troubles_comportement_1.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_troubles_comportement_1.pdf)

ANFE. (2019, Février 1). *L'ergothérapie : définition*. Consulté le 12 30, 2019, sur Association Nationale Française des Ergothérapeutes: <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>

APA, Crocq, M.-A., & Guelfi, J. D. (2003). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson.

Arenstein, G.-H., & Lessard, J. (2010). *La zoothérapie - Nouvelles avancées*. Québec: Option Santé.

Association Anim'EnVie. (2019). *Ateliers de Médiation Animale par objectif*. Consulté le 01 20, 2020,

sur Association Anim'EnVie : <http://www.animenvie.com/la-mediation-animale.html>

Association Résilienfance. (s.d.). *Médiation animale*. Consulté le 05 18, 2020, sur Association d'Aide à l'Enfance par la Médiation Animale: <https://www.resilienfance.org/definition-mediation-animale>

Aubert-Lotarski, A. (2007). *Études et conseils : démarches et outils*. Consulté le 02 21, 2020, sur ESEN:

<http://www.ih2ef.education.fr/conseils/recueil-de-donnees/operations/construction-des-outils-de-recueil/entretien>

Auguste, N., Federico, D., Dorey, J.-M., Sagne, A., Thomas-Antérion, C., Rouch, I., et al. (2006).

Particularités sémiologiques des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence en fonction de la personnalité antérieure, de l'environnement familial et de la sévérité de la démence.

Psychol NeuroPsychiatr Vieil, vol. 4, n° 3 227-235.

Baddeley, A. (2000). The episodic buffer: a new component of working memory? *Trends in Cognitive Sciences*, 417-423.

Barkat-Defradas, M., Sophie, M., Rico Duarte, L., & Brouillet, D. (2008). Les troubles du langage dans la maladie d'Alzheimer. *HAL*, HAL Id: hal-00321233.

Beiger, F. (2016). *L'enfant et la médiation animale : une nouvelle approche par la zoothérapie*.

Malakoff: 2e édition, DUNOD.

Beiger, F., & Dibou, G. (2017). *La zoothérapie auprès des personnes âgées, une pratique*

professionnelle. Malakoff: DUNOD.

- Belanger, R., Briand, C., & Marcoux, C. (2006). Le modèle de l'occupation humaine. *Le partenaire* , 13(1):8-15.
- Benoit, M., & Robert, P. (2005). Symptômes psychocomportementaux de la démence dans la maladie d'Alzheimer. *La revue du praticien* , 1-8.
- Bernatchez, A. (s.d.). *La TAA en tant qu'approche d'intervention auprès des personnes âgées vivant l'expérience de la solitude en institution*. Consulté le 02 03, 2020, sur Zoothérapie Québec: <http://zootherapiequebec.ca/wp-content/uploads/2012/11/TAASolitudeInstitution.pdf>
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *Série « L'enquête et ses méthodes » : L'entretien*. Paris: Armand Colin.
- Bokkers, E. A. (2006). Effects of interactions between humans. Dans J. Hassink, & M. Van Dijk, *Farming for health* (pp. 31-41). Wageningen: Springer, Dordrecht.
- Bouchard, J., Bouchard, B., Potvin, A., & Bouzouane, A. (2011). L'intelligence artificielle au service des personnes atteintes d'Alzheimer et de leurs proches. *ResearchGate* , 1-24.
- Bourin, M. (2015). Comment diagnostiquer la Maladie d'Alzheimer ? *PSN* , 43-50.
- Bourrellis, C., & Bazerolles, M.-C. (2009). La filière gérontologique et gériatrique : parcours de vie/parcours de soin. Dans C. E. TROUVE, *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (pp. 39-61). Marseille: DeBoeck supérieur.
- BRUN, E. (2019). *Mémoire : Maladie d'Alzheimer, équilibre occupationnel et qualité de vie*. Clermond-Ferrand.
- Cano, G. (2014). *Maladie d'Alzheimer et médiation animale : quel impact sur les troubles du comportement*. Mémoire d'initiation à la recherche, Montpellier: Institut de Formation en Ergothérapie.
- Chiara, D. (2012). L'enquête de terrain: la connaissance de l'autre par l'entretien. Dans J.-R. Fanlo, *Chercher : objets, méthodes, limites et contraintes* (pp. 99-114). Aix-en-Provence: Presses Universitaires de Provence.
- CIM-10 . (2008). *Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (F00-F09)*. Consulté le 10 10, 2019, sur CIM-10 Version 2008: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F00-F09>
- Cipriani, J., Cooper, M., Digiovanni, N. M., Nichols, A. L., Litchkofski, A., & Ramsey, A. (2013). Dog-Assisted Therapy for Residents of Long-Term Care Facilities: An Evidence-Based Review with Implications for Occupational Therapy. *Journal Physical & Occupational Therapy In Geriatrics* , Volume 31, Issue 3, 214-240.
- CNRTL. (2012). Consulté le 12 14, 2019, sur CNRTL: <https://www.cnrtl.fr/definition/comportement>
- CNRTL. (s.d.). *Médiation*. Consulté le 12 21, 2019, sur Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales: <https://www.cnrtl.fr/definition/m%C3%A9diation>

Cohen, J. (1998). L'environnement physique et psychosocial : les facteurs à considérer dans les unités de soins spécialisés. *Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer* , 18-20.

Collette, F., & Salmon, E. (2014). Les effets du vieillissement normal et pathologique sur la cognition. *Revue Médicale de Liège* , pp. 265-269.

Combessie, J.-C. (2007). *La méthode en sociologie*. La découverte.

Croisile, B. (2009). Approche neurocognitive de la mémoire. *Gérontologie et société* , 11-29.

Cummings, J. (1994-1996). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Dans P. Robert, *Traduction française du NPI* (pp. 1-11). Nice: Centre mémoire de ressources et de recherche .

Cummings, J., Mega, M., Gray, K., Rosemberg-Thompson, S., & Gornbein, T. (1994). The neuropsychiatric Inventory : Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* , 2308-2314.

David, R. (2014). *Alzheimer et états comportementaux*. Paris: Dunod.

Davous, P., & Delacourte, A. (1999). Maladie d'Alzheimer. Dans *Encycl Méd Chir, Neurologie; 17-056-A-10*, (pp. 1-15). Paris: Elsevier.

De Cornelissen, F. (2010). Rôle de l'ergothérapeute dans les PASA et les UHR. *Pôles d'activités et de soins adaptés et unités d'hébergement renforcées dans les EHPAD* (pp. 1-12). Paris: Journée nationale d'information organisée par la DGCS.

De Villiers, B. (2015). La science [humaine] des chiens. Dans V. Servais, *La science [humaine] des chiens* (pp. 219-248). Lormont: Le Bord de l'eau.

De Villiers, B., & Servais, V. (2016). La médiation animale comme dispositif technique. Dans *La médiation : théorie et terrains* (pp. 81-102). Bruxelles: De Boeck Supérieur.

Dérouesné, C. (Juin 2008). La maladie d'Alzheimer : regards sur le présent à la lumière du passé. Une approche historique. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* , vol 6, n°2 115-128.

Ebbing, K. (2016). Symptômes comportementaux et psychologiques dans les démences : quelles alternatives à la pharmacothérapie ? *Revue Médical Suisse* , volume 12, 786-789.

ETMA. (2019). Consulté le 01 16, 2020, sur ETMA - ErgoThérapie par la médiation d'un animal: <https://ergotma.jimdofree.com/>

Fabre-Mellini, A. (2009). L'évaluation ergothérapique en gériatrie et gérontologie. Dans E. Trouve, *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (pp. 99-111). Marseille: Deboeck Supérieur.

Fabre-Mellini, A. (2009). L'intervention auprès des personnes âgées présentant de troubles du comportement et des troubles psycho-affectifs. Dans E. TROUVE, *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (pp. 137-157). Marseille: Deboeck Supérieur.

Filan, S. L., & Llewellyn-Jones, R. H. (2006). Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. *International Psychogeriatrics* , 18:4, 597-611.

Finkel, S. I., Costa E Silva, J., Cohen, G., Miller, S., & Sartorius, N. (1996). Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia : a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. Dans I. P. Association, *International Psychogeriatrics* (pp. 497-506). New York: Springer Publishing Company.

Fondation AP Sommer. (s.d.). *3 bénéfiques de la médiation animale*. Consulté le 01 10, 2020, sur Fondation AP Sommer: <https://fondation-apsommer.org/3-benefices-de-la-meditation-animale/>

Fondation AP Sommer. (2017, Septembre). *Médiation animale ou zoothérapie ?* Consulté le 05 18, 2020, sur <https://fondation-apsommer.org/zoothérapie-médiation-animale/>

Fondation Recherche Médicale . (2019, mise à jour Août). *Maladie d'Alzheimer*. Consulté le 09 22, 2019, sur FRM: <https://www.frm.org/recherches-maladies-neurologiques/maladie-d-alzheimer>

France Alzheimer. (2017, Juillet). *Causes et évolutions de la maladie d'Alzheimer*. Consulté le 10 02, 2019, sur <https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/causes-evolutions-de-maladie-dalzheimer/>

France Alzheimer. (2017, Juillet). *Mieux connaître la maladie d'Alzheimer*. Consulté le 10 02, 2019, sur <https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/mieux-connaître-maladie-dalzheimer/>

Gaonac'h, D., & Fradet, A. (2003). Chapitre 3. La mémoire de travail : développement et implication dans les activités cognitives. Dans M. Kail, & M. Fayol, *Les sciences cognitives et l'école* (pp. 91-150). Presses Universitaires de France.

Gaspard, C. (2019, 10 25). *L'entretien de recherche : définition, utilisation, types et exemples*. Consulté le 02 21, 2020, sur SCIBBR: <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-recherche/>

Groupe FMC Gériatrie & Médecin-Co. (2014, 02 06). Procédure de dépistage et de prise en charge des symptômes psychocomportementaux de la démence. Toulouse, Haute-Garonne, Midi-Pyrénées.

Handi'Chiens. (s.d.). *Nos Handi'Chiens*. Consulté le 01 30, 2020, sur Handi'Chiens: <https://handichiens.org/chiens-dassistance-handichiens/>

HAS. (2008, 12). *Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*. Consulté le 10 02, 2019, sur <http://www.centre-alzheimer-jeunes.fr/wp-content/uploads/2015/12/Recommandations-HAS-Diagnostic-et-prise-en-charge-2008.pdf>

HAS. (2009, 05). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. Consulté le 10 02, 2019, sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf

Hazif-Thomas, C., Léger, D., & Thomas, P. (2003). Agitation et agressivité du sujet âgé : de la clinique avant toute chose ! *La Revue de Gériatrie* , Tome 28, N°4, 349-356.

Hu, M., Zhang, P., Li, C., & Leng, M. (2018). Intervention assistée par l'animal pour les personnes ayant une déficience cognitive. *Psychiatry Res* , 418-427.

IAHAIO. (2014). *White Paper on animal assisted intervention*. IAHAIO.

IFZ. (2003). *Zoothérapie de A à Z*. Consulté le 05 19, 2019, sur Institut Français de Zoothérapie: <https://www.institutfrancaisdezootheapie.com/zootheapie-de-a-a-z.ifz#.XNbXM44zZPY>

Inserm. (2019, 01 08). *Alzheimer (maladie d') Une maladie neurodégénérative complexe mais de mieux en mieux comprise*. Consulté le 09 25, 2019, sur Inserm: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie>

Inserm. (2007). *Maladie d'Alzheimer : Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux*. PARIS: les éditions Inserm.

Institut Agatée. (s.d.). Consulté le 12 29, 2019, sur Agatée: <http://www.agatea.org/>

Institut du cerveau et de la Moelle épinière. (2009). *Tout savoir sur la Maladie d'Alzheimer : définition, symptômes, tests et traitements*. Consulté le 11 01, 2019, sur ICM: <https://icm-institute.org/fr/alzheimer/>

International Psychiatric Association. (2012). *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : Specialists Guide*. Randwick.

Karefjard, A., & Nordgren, L. (2019). Effects of dog-assisted intervention on quality of life in nursing home residents with dementia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* , 433-440.

Kielhofner, G. (2002). *A Model of Human Occupation: Theory and Application*. Baltimore: 3e édition Lippincott, Williams and Wilkins, 565 p.

Kohler, R. (2009). L'animal : une approche humaniste en maison de retraite – 1re partie – Un outil à la disposition des thérapeutes. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation* , 118-123.

Kumar, A., & Wroten, M. (2019, Septembre 11). *Agnosia*. Consulté le 12 05, 2019, sur NCBI PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29630208>

Laheurte, A. (2018). *Média canin en ergothérapie agir sur la qualité de vie de personnes avec démences de type Alzheimer vivant en institution*. Marseille: Institut de Formation d'Ergothérapie d'Aix Marseille, Mémoire.

Laîne, S. (2014, Juin 27). *Les différents stades de la maladie d'Alzheimer*. Consulté le 12 02, 2019, sur Doctissimo santé: <https://www.doctissimo.fr/html/dossiers/alzheimer/11746-alzheimer-stades-maladie.htm>

Lallemand, C., & Gronier, G. (2016). *Méthodes de design UX : 30 méthodes fondamentales pour concevoir et évaluer des systèmes interactifs*. Paris: EYROLLES.

Lardenois, O., Besnard, J., & Allain, P. (2018). Théorie de l'esprit et maladies neurodégénératives sous-corticales : profils de déficits et conséquences fonctionnelles. *Revue de neuropsychologie* , volume 10, 121-129.

Légifrance. (2018, 12 17). *Arrêté du 17 décembre 2018 portant enregistrement au répertoire national des certifications professionnelles*. Consulté le 12 29, 2020, sur Légifrance:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037839660&categorieLien=id>

Lehotkay, R., Orihuela-Flores, M., Deriaz, N., & Galli Carminati, G. (2012). La thérapie assistée par l'animal, description d'un cas clinique. *Psychothérapies* , 32 (2), 115-123.

Leruez, S., Annweiler, C., Etcharry-Bouyx, Verny, C., Beauchet, O., & Milea, D. (2012). Les troubles visuels au cours de la Maladie d'Alzheimer. *Journal Français d'ophtalmologie* , 308-311.

Les 1001 pattes ont du coeur. (2010). *Médiation animale? Zoothérapie?* Consulté le 05 18, 2019, sur Les 1001 pattes ont du coeur: <https://www.lavieilleferme.net/prestations-1>

Licorne & Phénix. (2015). *Livre blanc de l'IAHAIO : Définitions concernant les Interventions Assistées par l'Animal et les recommandations pour assurer le bien-être des animaux associés à ces activités*. Association française pour la médiation animale.

Lopez, C. (2009). Syndromes démentiels et médiation animale: la «méthode Capsule». *LA REVUE FRANCOPHONE DE GÉRIATRIE ET DE GÉRONTOLOGIE* , Tome XVI, n°158, 444-445.

Majic, T., Gutzmann, H., Heinz, A., & Lang, U. E. (2013). Animal-Assisted Therapy and Agitation and Depression in Nursing Home Residents with Dementia. *The American journal of geriatric psychiatry* , 1052-1058.

Margot-Cattin, I. (2009). La place de l'activité dans l'intervention auprès des personnes âgées présentant une démence avancée. Dans E. TROUVE, *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (pp. 125-136). Marseille: Deboeck Supérieur.

Martin, S. (2013). La médiation animale : accompagner la personne âgée autrement. *Empan* , n° 91, 118 à 121.

Mega, M., Cummings, J., Fiorello, T., & Gornbein, J. (1996). Le spectre des changements de comportement dans la maladie d'Alzheimer. *Neurologie* , 130-135.

Michalon, S., Serveaux, J.-P., & Allain, P. (2014). Communiquer avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer: Apports des neurosciences cognitives et affectives. *Revue Neurologique* , 285-318.

Ministère de la santé et des sports. (2010, juillet 5). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute : Diplôme d'Etat d'ergothérapeute, référentiel d'activités*. Consulté le 01 31, 2020, sur SIFEF (Syndicat des Institut de Formaton en Ergothérapie Français): <https://www.sifef.fr/profession-ergotherapeute/>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2015, 12 15). *La maladie d'Alzheimer*. Consulté le 09 25, 2019, sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-d-alzheimer>

Montagner, H. (2007). L'enfant et les animaux familiaux : Un exemple de rencontre et de partage des compétences spécifiques et individuelles. *ERES : Enfances & Psy* , n°35, 15-34.

- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. PARIS: De Boeck Supérieur.
- Nimer, J., & Lundahl, B. (2007). Animal-Assisted Therapy : A Meta-Analysis. *Anthrozoös* , Volume 20, issue 3, 225-238.
- Olano, S. (2019). *Mémoire : Les médiations thérapeutiques en ergothérapie : favoriser le bien-être de nos aînés en EHPAD*. Marseille.
- OMS. (2019, Mai 14). *La démence*. Consulté le 10 13, 2019, sur OMS: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Palley, L. S., O'rourke, P. P., & Niemi, S. (2010). Mainstreaming Animal-Assisted Therapy. *ILAR journal / National Research Council, Institute of Laboratory Animal Resources* , 51(3), 199-207.
- Pasquier, F., Rollin, A., Lebouvier, T., & Lebert, F. (2015). Maladie d'Alzheimer du sujet jeune. Dans B. Dubois, & A. Michon, *Démences* (pp. p. 259-272). PARIS: DOIN.
- Peixoto, S., & Yilmaz, M. (2016, Novembre). Travail de maturité. *La maladie d'Alzheimer* . Lausanne, Suisse.
- Pelletier, I. C., & Landreville, P. (2007). Discomfort and agitation in older adults with dementia. *BMC Geriatrics* , 1-8.
- Piolino, P. (2006). La mémoire autobiographique : théorie et pratique en neuropsychologie. *Revue Québécoise de Psychologie*, 27(3) , 1-20.
- Potkin, S. G. (2002). The ABC of Alzheimer's Disease: ADL and Improving Day-to-Day Functioning of Patients. *International Psychogeriatric Association* , 7-26.
- Poujol, A. (2009). *La thérapie facilitée par le chien auprès des personnes âgées résidant en institution*. Thèse d'exercice, Médecine Vétérinaire, Toulouse: Université Paul-Sabatier de Toulouse.
- Quibel, C., Bonin, M., Bonnet, M., Gaimard, M., Mourey, F., Moesch, I., et al. (2017). Évaluation de l'effet thérapeutique de la médiation animale dans la maladie d'Alzheimer. *Soins Gériatologie* , 35-38.
- Richeson, N. E. (2003). Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adults with dementia. *Am J Alzheimer's disease and other dementias* , 353-358.
- Rigaud, A.-S. (2001). Symptômes de la Maladie d'Alzheimer : point de vue du médecin. *Gérontologie et société* , 139-150.
- Romelaer, P. (2005). L'entretien de recherche. Dans P. Roussel, & F. Wacheux, *Management des ressources humaines : Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales* (pp. 101-137). Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Salinier, A. (2019). *La médiation animale par le chien en ergothérapie : Perspective sur l'amélioration de la participation occupationnelle du sujet âgé atteint d'un syndrome démentiel*. Mémoire de fin

d'études, Université de Limoges: Institut Limousin de FORMATION aux MÉTIERS de la Réadaptation Ergothérapie.

Sellers, D. M. (2005). The Evaluation of an Animal Assisted Therapy Intervention for Elders with Dementia in Long-Term Care. *Activities Adaptation & Aging* , 61-77.

SIFEF. (s.d.). Consulté le 01 31, 2020, sur Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français: <https://www.sifef.fr/profession-ergotherapeute/>

Simon. (2011). Ergothérapie en gériatrie : quelle place pour la médiation animalière ? *Expériences en ergothérapie : vingt-quatrième série* , P. 223-228.

Société Alzheimer Canada. (2018, Août 08). À propos du cerveau. Consulté le 12 20, 2019, sur Société Alzheimer Canada: <https://alzheimer.ca/fr/Home/About-dementia/Alzheimer-s-disease/About-the-brain>

Tanasa, M. (2009). *La zoothérapie, une autre thérapie en EHPAD*. Paris V, DIU de Médecin Coordinateur d'EHPAD: Université René Descartes.

Therapy Dog International . (2020). *Maisons de repos*. Consulté le 02 01, 2020, sur TDI: <https://www.tdi-dog.org/OurPrograms.aspx?Page=Nursing+Homes>

Université Toulouse III Paul Sabatier. (2008, Avril). *Chapitre XIV : Maladie d'Alzheimer*. Consulté le 05 10, 2020, sur http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module05/63_poly_alzheimer.pdf

Vaincre Alzheimer. (2005). Consulté le 10 10, 2019, sur <https://www.vaincrealzheimer.org/causes-maladie-alzheimer/>

Van Reekum, R. (2002). La désinhibition dans la maladie d'Alzheimer : évaluation, prévalence et traitement. *La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer* , 4-9.

Velde, B. P., Fisher, G., & Cipriani, J. (2005). Resident and therapist views of animal-assisted therapy: Implications for occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal* , 43-50.

Vellas, B., Gauthier, S., & Allain, H. (2005). Consensus sur la démence de type Alzheimer au stade sévère. *La Revue de Gériatrie* , Tome 30, N°9, 627-640.

Villars, H., Gardette, V., Sourdet, S., Lavallart, B., Flouzat, J.-P., Nourhashemi, F., et al. (2009). Unités spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement: réflexion sur les critères de définition et missions. *Les cahiers de l'unité gérontologiques* , 48-49.

Villaumé, A. (2018). Rôle de l'ergothérapie en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* , 30-38.

Wikidictionnaire. (2019, Octobre 2). *thérapie*. Consulté le 05 18, 2020, sur <https://fr.wiktionary.org/wiki/th%C3%A9rapie>

Wojtasik, V., Lekeu, F., Quittre, A., Olivier, C., Adam, S., & Salmon, E. (2009). Réadaptation cognitive pour les activités de vie quotidienne dans la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et Société* , volume 32, n°130, 187-202.

Zisselman, M., Rovner, B., Shmuely, Y., & Ferrie, P. (1995). A Pet Therapy Intervention With Geriatric Psychiatry Inpatients. *The American Journal of Occupational Therapy* , 47-51.

Annexes

Annexes 1 - Le DSM-5.....	78
Annexes 2 - Le NPI.....	79
Annexes 3 - La fiche 1 de l'AFEG.....	90
Annexes 4 - Grille d'entretien.....	91
Annexes 5 - Entretien 1	93

Annexes 1 - Le DSM-5

Critères diagnostiques de la démence de type Alzheimer, DSM-IV-TR

A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

1. une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;
2. une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
 - a. aphasie (perturbation du langage)
 - b. apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)
 - c. agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
 - d. perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.

D. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :

1. à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (par exemple : maladie cérébro-vasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématomme sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale) ;
2. à des affections générales pouvant entraîner une démence (par exemple : hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH) ;
3. à des affections induites par une substance.

E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un syndrome confusionnel.

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (par exemple : trouble dépressif majeur, schizophrénie).

Codification fondée sur la présence ou l'absence d'une perturbation cliniquement significative du comportement :

Sans perturbation du comportement : si les troubles cognitifs ne s'accompagnent d'aucune perturbation cliniquement significative du comportement.

Avec perturbation du comportement : si les troubles cognitifs s'accompagnent d'une perturbation cliniquement significative (par exemple : errance, agitation) du comportement.

Préciser le sous-type :

À début précoce : si le début se situe à 65 ans ou avant.

À début tardif : si le début se situe après 65 ans.

Annexes 2 - Le NPI

Inventaire neuropsychiatrique – NPI

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, JL Cummings, 1994.
Traduction française PH Robert. Centre mémoire de ressources et de recherche - Nice – France 1996.

A. IDÉES DÉLIRANTES (NA)

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le patient/la patiente est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses. »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente croit-il/elle être en danger ou que les autres ont l'intention de lui faire du mal ?
2. Le patient/la patiente croit-il/elle que les autres le/la volent ?
3. Le patient/la patiente croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?
4. Le patient/la patiente croit-il/elle que des hôtes indésirables vivent sous son toit ?
5. Le patient/la patiente croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ?
6. Le patient/la patiente croit-il/elle qu'il/elle n'est pas chez lui/elle dans la maison où il/elle habite ?
7. Le patient/la patiente croit-il/elle que des membres de sa famille ont l'intention de l'abandonner ?
8. Est-ce que le patient/la patiente croit-il/elle que des personnes que l'on voit à la télévision ou dans des magazines sont réellement présentes dans sa maison ? (essaie-t-il/elle de leur parler ou de communiquer avec elles ?)
9. Croit-il/elle en d'autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces idées délirantes.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. **1**

Assez souvent : environ une fois par semaine. **2**

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3**

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : les idées délirantes sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente. **1**

Moyen : les idées délirantes sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente. **2**

Important : les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de trouble du comportement (l'utilisation de médicaments « à la demande » indique que les idées délirantes ont un degré de gravité important). **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 **Minimum** 1 **Légalement** 2 **Modérément** 3 **Sévèrement** 4 **Très sévèrement, extrêmement** 5

B. HALLUCINATIONS (NA)

« Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? Je ne parle pas du simple fait de croire par erreur à certaines choses par exemple affirmer que quelqu'un est encore en vie alors qu'il est décédé. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente voit ou entend vraiment des choses anormales ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente dit-il/elle entendre des voix ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle entendait des voix ?
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?
3. Le patient/la patiente dit-il/elle voir des choses que les autres ne voient pas ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle voyait des choses que les autres ne voient pas (des personnes, des animaux, des lumières, etc.) ?
4. Le patient/la patiente dit-il/elle sentir des odeurs que les autres ne sentent pas ?
5. Le patient/la patiente dit-il/elle ressentir des choses sur sa peau ou semble-t-il/elle ressentir des choses qui rampent sur lui/elle ou qui le/la touchent ?
6. Le patient/la patiente dit-il/elle avoir des goûts dans la bouche dont on ne connaît pas la cause ?
7. Le patient/la patiente décrit-il/elle d'autres sensations inhabituelles ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces hallucinations.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. **1**

Assez souvent : environ une fois par semaine. **2**

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3**

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : les hallucinations sont présentes mais semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente. **1**

Moyen : les hallucinations sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente. **2**

Important : les hallucinations sont très perturbantes et représentent une source majeure de trouble du comportement. Il peut se révéler nécessaire d'administrer des médicaments « à la demande » pour les maîtriser. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Minimum 1 Légèrement 2 Modérément 3 Sévèrement 4 Très sévèrement, extrêmement 5

C. AGITATION/AGRESSIVITÉ (NA)

« Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essayent de s'occuper de lui/d'elle ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?
2. Le patient/la patiente est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ?
3. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif(ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?

4. Le patient/la patiente a-t-il/elle d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ?
5. Le patient/la patiente crie-t-il/elle ou jure-t-il/elle avec colère ?
6. Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pied dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets ?
7. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette agitation.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. **1**

Assez souvent : environ une fois par semaine. **2**

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3**

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. **1**

Moyen : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. **2**

Important : l'agitation est très perturbante pour le patient/la patiente et représente une source majeure de difficultés ; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal.

L'administration de médicaments est souvent nécessaire. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Minimum 1 Légèrement 2 Modérément 3 Sévèrement 4 Très sévèrement, extrêmement 5

D. DÉPRESSION/DYSPHORIE (NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente pleure facilement ou sanglote, ce qui semblerait indiquer qu'il/elle est triste ?
2. Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est triste ou qu'il/elle n'a pas le moral ?
3. Le patient/la patiente se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu'il/elle a l'impression d'être un(e) raté(e) ?
4. Le patient/la patiente dit-il/elle qu'il/elle est quelqu'un de mauvais ou qu'il/elle mérite d'être puni(e) ?
5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ?
6. Le patient/la patiente dit-il/elle qu'il/elle est un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?
7. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes de dépression ou de tristesse ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cet état dépressif.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. **1**

Assez souvent : environ une fois par semaine. **2**

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3**

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : l'état dépressif est éprouvant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. **1**

Moyen : l'état dépressif est éprouvant pour le patient/la patiente ; les symptômes dépressifs sont exprimés spontanément par le patient/la patiente et sont difficiles à soulager. **2**

Important : l'état dépressif est très éprouvant et représente une source majeure de souffrance pour le patient/la patiente. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Minimum 1 Légèrement 2 Modérément 3 Sévèrement 4 Très sévèrement, extrêmement 5

E. ANXIÉTÉ (NA)

« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ?

Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente dit-il/elle se faire du souci au sujet des événements qui sont prévus ?
2. Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente se sent mal à l'aise, incapable de se relaxer ou excessivement tendu(e) ?
3. Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente a (ou se plaint d'avoir) le souffle coupé, il/elle cherche son souffle ou soupire sans autre raison apparente que sa nervosité ?
4. Le patient/la patiente se plaint-il/elle d'avoir l'estomac noué, des palpitations ou le cœur qui cogne du fait de sa nervosité ? (symptômes non expliqués par des problèmes de santé)
5. Le patient/la patiente évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux(se) comme par exemple circuler en voiture, rencontrer des amis ou se trouver au milieu de la foule ?
6. Le patient/la patiente est-il/elle nerveux(se) ou contrarié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e) de vous (ou de la personne qui s'occupe de lui/d'elle) ? (S'agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e)) ?
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'anxiété ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette anxiété.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. **1**

Assez souvent : environ une fois par semaine. **2**

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3**

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux

dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ?

Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : l'état d'anxiété est éprouvant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. **1**

Moyen : l'état d'anxiété est éprouvant pour le patient/la patiente ; les symptômes d'anxiété sont exprimés spontanément par le patient/la patiente et sont difficiles à soulager. **2**

Important : l'état d'anxiété est très éprouvant et représente une source majeure de souffrance pour le patient/la patiente. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout **0** Minimum **1** Légèrement **2** Modérément **3** Sévèrement **4** Très sévèrement, extrêmement **5**

F. EXALTATION DE L'HUMEUR/EUPHORIE (NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle se sentir trop bien ou être trop heureux(se) par rapport à son état habituel ?

2. Le patient/la patiente trouve-t-il/elle drôle ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôles ?

3. Le patient/la patiente semble-t-il/elle avoir un sens de l'humour puéril et une tendance à rire sottement ou de façon déplacée (lorsqu'une personne est victime d'un incident malheureux par exemple) ?

4. Le patient/la patiente raconte-t-il/elle des blagues ou fait-il/elle des réflexions qui ne font rire personne sauf lui/elle ?

5. Fait-il/elle des farces puériles telles que pincer les gens ou prendre des objets et refuser de les rendre juste pour s'amuser ?

6. Le patient/la patiente se vante-t-il/elle ou prétend-il/elle avoir plus de qualités ou de richesses qu'il/elle n'en a en réalité ?

7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes révélant qu'il/elle se sent trop bien ou est trop heureux(se) ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette exaltation de l'humeur/euphorie.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. **1**

Assez souvent : environ une fois par semaine. **2**

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3**

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ?

Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : l'humeur joyeuse est perçue par les amis et la famille mais ne perturbe pas le patient/ la patiente. **1**

Moyen : l'humeur joyeuse est nettement anormale. **2**

Important : l'humeur joyeuse est très prononcée ; le patient/la patiente est euphorique et pratiquement tout l'amuse. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Minimum 1 Légèrement 2 Modérément 3 Sévèrement 4 Très sévèrement, extrêmement 5

G. APATHIE/INDIFFÉRENCE (NA)

« Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins spontané(e) ou actif(ve) que d'habitude ?
2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation ?
3. Par rapport à son état habituel, le patient/la patiente se montre-t-il/elle moins affectueux(se) ou manque-t-il/elle de sentiments ?
4. Le patient/la patiente participe-t-il/elle moins aux tâches ménagères (corvées) ?
5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins s'intéresser aux activités et aux projets des autres ?
6. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?
7. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêt habituels ?
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant qu'aucune activité nouvelle ne l'intéresse ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette apathie/indifférence.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. **1**

Assez souvent : environ une fois par semaine. **2**

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3**

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

DEGRÉ DE GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : l'apathie est perceptible mais a peu de conséquences sur les activités quotidiennes ; la différence est légère par rapport au comportement habituel du patient/de la patiente ; le patient/la patiente réagit positivement lorsqu'on lui suggère d'entreprendre des activités. **1**

Moyen : l'apathie est flagrante ; elle peut être surmontée grâce aux persuasions et encouragements de la personne s'occupant du patient/de la patiente : elle ne disparaît spontanément qu'à l'occasion d'événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille. **2**

Important : l'apathie est flagrante et la plupart du temps aucun encouragement ni événement extérieur ne parvient à la faire disparaître. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Minimum 1 Légèrement 2 Modérément 3 Sévèrement 4 Très sévèrement, extrêmement 5

H. DÉSHIBITION (NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Fait-il/elle des choses qui sont embarrassantes pour vous ou pour les autres ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes ?
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ?
3. Le patient/la patiente dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ?
4. Le patient/la patiente dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel, chose qu'il/elle n'aurait pas faite habituellement ?
5. Le patient/la patiente parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général, en public ?
6. Le patient/la patiente prend-il/elle des libertés, touche-t-il/elle les gens ou les prend-il/elle dans ses bras d'une façon qui lui ressemble peu ?
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôle de ses impulsions ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette désinhibition.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. **1**

Assez souvent : environ une fois par semaine. **2**

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3**

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : l'impulsivité est perceptible mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose et en le/la conseillant. **1**

Moyen : l'impulsivité est flagrante et peut difficilement être surmontée par la personne s'occupant du patient/de la patiente. **2**

Important : l'impulsivité est insensible à toute intervention de la personne s'occupant du patient/ de la patiente et est une source de gêne ou d'embarras en société. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Minimum 1 Légèrement 2 Modérément 3 Sévèrement 4 Très sévèrement, extrêmement 5

I. IRRITABILITÉ/INSTABILITÉ DE L'HUMEUR (NA)

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? Je ne parle pas de la contrariété résultant des trous de mémoire ou de l'incapacité d'effectuer des tâches habituelles. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente fait preuve d'une irritabilité, d'une impatience anormales, ou a de brusques changements d'humeur qui ne lui ressemblent pas. »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente a-t-il/elle mauvais caractère ? Est-ce qu'il/elle « sort de ses gonds » facilement pour des petits riens ?
2. Le patient/la patiente a-t-il/elle des sautes d'humeur qui font qu'il/elle peut être très bien l'espace d'un moment et en colère l'instant d'après ?
3. Le patient/la patiente a-t-il/elle de brusques accès de colère ?
4. Est-il/elle impatient(e), supportant mal les retards ou le fait de devoir attendre les activités qui sont

prévues ?

5. Le patient/la patiente est-il/elle grincheux(se) et irritable ?
6. Le patient/la patiente cherche-t-il/elle les disputes et est-il/elle difficile à vivre ?
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'irritabilité ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette irritabilité/instabilité de l'humeur.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. **1**

Assez souvent : environ une fois par semaine. **2**

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3**

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ?

Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur sont perceptibles mais il est généralement possible de les atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose et en le/la rassurant. **1**

Moyen : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur sont flagrantes et peuvent difficilement être surmontées par la personne s'occupant du patient/de la patiente. **2**

Important : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur sont flagrantes ; elles sont généralement insensibles à toute intervention de la personne s'occupant du patient/de la patiente et sont très éprouvantes. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Minimum 1 Légèrement 2 Modérément 3 Sévèrement 4 Très sévèrement, extrêmement 5

J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ou enrouler de la ficelle ou du fil ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente tourne-t-il/elle en rond dans la maison sans but apparent ?
2. Le patient/la patiente farfouille-t-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs ?
3. Le patient/la patiente n'arrête-t-il/elle pas de mettre et d'enlever ses vêtements ?
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle des activités répétitives ou des « manies » qu'il/elle recommence sans cesse ?
5. Le patient/la patiente a-t-il/elle des gestes répétitifs comme par exemple tripoter des boutons ou des choses, enrouler de la ficelle, etc. ?
6. Le patient/la patiente a-t-il/elle trop la bougeotte, semble-t-il/elle incapable de rester tranquillement assis(e) ou lui arrive-t-il fréquemment de balancer les pieds ou de tapoter des doigts ?
7. Y a-t-il d'autres activités que le patient/la patiente ne cesse de répéter ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ce comportement moteur aberrant.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. **1**

Assez souvent : environ une fois par semaine. **2**

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3**

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : le comportement moteur aberrant est perceptible mais il a peu de conséquences sur les activités quotidiennes du patient/de la patiente. **1**

Moyen : le comportement moteur aberrant est flagrant mais il peut être maîtrisé par la personne s'occupant du patient/de la patiente. **2**

Important : le comportement moteur aberrant est flagrant. Il est généralement insensible à toute intervention de la personne s'occupant du patient/de la patiente et est très éprouvant. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Minimum 1 Légèrement 2 Modérément 3 Sévèrement 4 Très sévèrement, extrêmement 5

K. SOMMEIL (NA)

« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ? Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Est-ce que le patient/la patiente éprouve des difficultés à s'endormir ?
2. Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ?
3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ?
4. Est-ce que le patient/la patiente vous réveille durant la nuit ?
5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ?
6. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt qu'il/elle en avait l'habitude) ?
7. Est-ce que le patient/la patiente dort de manière excessive pendant la journée ?
8. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres comportements qui vous préoccupent et dont nous n'avons pas parlé ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces troubles du sommeil.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. **1**

Assez souvent : environ une fois par semaine. **2**

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3**

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs. **1**

Moyen : des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du *caregiver*. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente. **2**

Important : des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent

être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du *caregiver*) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). 3

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Minimum 1 Légèrement 2 Modérément 3 Sévèrement 4 Très sévèrement, extrêmement 5

L. APPÉTIT/TROUBLES DE L'APPÉTIT (NA)

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le patient/la patiente est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Est-ce que le patient/la patiente a perdu l'appétit ?
2. Est-ce que le patient/la patiente a plus d'appétit qu'avant ?
3. Est-ce que le patient/la patiente a maigri ?
4. Est-ce que le patient/la patiente a grossi ?
5. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans son comportement alimentaire comme de mettre par exemple trop de nourriture dans sa bouche en une seule fois ?
6. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans le type de nourriture qu'il/elle aime comme de manger par exemple trop de sucreries ou d'autres sortes de nourritures particulières ?
7. Est-ce que le patient/la patiente a développé des comportements alimentaires comme par exemple manger exactement le même type de nourriture chaque jour ou manger les aliments exactement dans le même ordre ?
8. Est-ce qu'il y a eu d'autres changements de son appétit ou de sa façon de manger sur lesquels je ne vous ai pas posé de questions ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces changements de son appétit ou de sa façon de manger.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. 1

Assez souvent : environ une fois par semaine. 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. 4

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents mais n'ont pas entraîné de changement de poids et ne sont pas perturbants. 1

Moyen : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents et entraînent des fluctuations mineures de poids. 2

Important : des changements évidents dans l'appétit et les aliments sont présents et entraînent des fluctuations de poids, sont embarrassants et d'une manière générale perturbent le patient/la patiente. 3

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Minimum 1 Légèrement 2 Modérément 3 Sévèrement 4 Très sévèrement, extrêmement 5

NPI

Nom : _____ Âge : _____ Date de l'évaluation : _____

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = fréquence x gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5

Score total 12

Annexes 3 - La fiche 1 de l'AFEG

afeg
Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie
French Association of Occupational Therapists in Geriatrics

FIGURE 1

Ergothérapeute DE en Établissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes [EHPAD]

IDENTIFICATION DU POSTE

Emploi type Ergothérapeute DE
Filière Soins
Position 2
Niveau 1 (Technicien)

PRÉSENTATION

L'objectif de l'ergothérapie en gériatrie est le maintien des activités de la vie journalière et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge.

Ses techniques prennent en charge les différents facteurs intervenant dans la perte d'autonomie et le handicap : l'entraînement fonctionnel, l'apprentissage de compensations, l'aide aux aidants, les modifications de l'environnement, les aides techniques.

L'ergothérapie repose sur une démarche scientifique, fait appel à des techniques éprouvées, ainsi, l'ergothérapeute peut mettre sa méthode et son savoir au service d'une démarche qualité de l'établissement.

L'ergothérapie en gériatrie est une spécialité.

Missions

- / Améliorer l'indépendance et l'autonomie des résidents.
- / Mettre en œuvre des actions de réadaptation, de rééducation, de prévention, de confort et de sécurité.

Missions spécifiques

Autonomie dans les activités de la vie quotidienne

- / Renforcer, stimuler la participation aux activités de la vie quotidienne (rééducation, stratégies de compensation, aides techniques, aménagements de l'environnement).
- / Accompagner les équipes soignantes dans la prise en charge des activités de la vie quotidienne (outils de communication, formations).

Réadaptation de la mobilité et des transferts

- / Améliorer, maintenir les schémas moteurs par des techniques de réactivation ergomotrices, des aménagements, des aides techniques, des ateliers d'activité physique.

Réadaptation des troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer et apparentées)

- / Renforcer, stimuler les capacités cognitives restantes, développer les stratégies de compensation lors des activités de la vie quotidienne (aides techniques, modification des activités et de l'environnement, ateliers de stimulation de groupe).

Prévention et traitement des risques de chute

- / Préconisation d'aménagements de l'environnement et d'aides techniques.
- / Rééducation, réadaptation posturale et des stratégies sécuritaires lors des activités de la vie quotidienne, ateliers équilibre et prévention des chutes.
- / Programmes d'alternatives aux contentions.

Positionnement, installation des troubles posturaux assis et allongés

- / Préconisation, réglage et adaptation des fauteuils roulants.
- / Préconisation, réalisation d'aides techniques à la posture.
- / Préconisation, réalisation de dispositifs d'aides à la prévention et au traitement des escarres.

Aides techniques

- / Préconisation et entraînement à l'utilisation d'aides techniques pour la mobilité, l'équilibre, les repas, la toilette, l'habillement, les loisirs, la cognition...
- / Aménagement de la chambre et des lieux de vie.

Assurer la formation, le conseil, l'éducation

- / Des soignant(e)s : ergomotricité, prévention des troubles musculo-squelettiques, accompagnement des sujets Alzheimer et maladies apparentées, accompagnement des troubles sensoriels et moteurs.
- / Des stagiaires : assurer l'accueil et l'encadrement pédagogique des étudiants et stagiaires.

Participer à une démarche qualité

- / Assurer la continuité des soins, rendre compte de son intervention et de ses résultats aux différents intervenants.
- / Assurer une veille professionnelle, appliquer les connaissances actualisées en gériatrie.

FIGURE 1 > afeg.asso.fr > afeg.orgo@alicoadsl.fr

Annexes 4 - Grille d'entretien

Les questions générales

Informations personnelles :

- Quel âge avez-vous ? Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel en ergothérapie ?
(Relance : Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ? Depuis combien de temps avez-vous travaillé/ travaillez-vous ou intervenez-vous dans l'EHPAD ? Êtes-vous formé en médiation animale ?)

Informations sur la pratique de la Médiation Canine :

- Depuis combien de temps pratiquez-vous la Médiation canine ? dans l'EHPAD ?

- Pouvez-vous me décrire cette pratique en ergothérapie ? *(Relance : que vous apporte-elle ? quels sont les objectifs de cette médiation ?)*

- Comment se déroule les séances de médiation canine en ergothérapie ? *(Relance : A quelle moment de la journée (matin/après-midi)? pourquoi ? Combien de fois par semaine ? Les séances sont-elles en groupe ou en individuel ? Travaillez-vous seul(e) ou avec un autre professionnel ?)*

- Avec combien de chiens et quelle(s) race(s) exercez-vous ?

- Pourquoi avez-vous choisi de travailler avec le chien dans vos PEC ?

Les questions principales

Informations sur la PEC ergothérapique, la médiation canine et résidents atteints de la maladie d'Alzheimer avec des troubles du comportement :

- Que savez-vous de la maladie d'Alzheimer ? Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer dans votre prise en charge ? Comment adaptez-vous votre prise en charge ergothérapique avec cette population ?

- Que savez-vous des troubles du comportement ? Selon vous, quelles sont les origines ou causes de ces troubles ? Quelles sont les conséquences de ces troubles ?

- Quels troubles du comportement rencontrez-vous le plus fréquemment lors des séances d'ergothérapie ? *(Relance : agressivité, agitation, désinhibition, les comportements moteurs aberrants, troubles somatiques, idées délirantes, hallucinations et illusions, troubles de retrait, troubles de l'humeur (irritabilité, exaltation, euphorie...)).*

- **Quels sont les effets/ bénéfiques de la médiation canine auprès de cette population ?** (Relance : au niveau de l'humeur/ moral, troubles du comportement, cognitif, motricité, social)
- **Le chien a-t-il une influence sur l'environnement social des résidents ?** (Relance : Entre eux ? Relation thérapeutique facilitée avec vous lors des séances ?)
- **Quelles sont les réactions des résidents en présence du chien ? Comment se sentent-ils pendant et après la séance ?** (Relance : Remarquez-vous une diminution des troubles du comportement ? Lesquels ?)
- **Selon vous, quelle est la durée des effets de la médiation canine sur ces résidents Alzheimer avec des troubles du comportement ?** (Relance : Effets à long/moyen ou court terme? Dans les AVQ ?)
- **Quelles sont les limites de cette médiation ? Y a-t-il des contres indications à la médiation canine ?** (Relance : Lesquelles ?)
- **Avez-vous d'autres remarques ou éléments à me raconter ?**

Cette question permettra à la personne de donner d'autres idées, son opinion ou de s'exprimer plus librement sur certains sujets ou certaines choses qui n'auraient pas été évoquées.

Annexes 5 - Entretien 1

Informations personnelles :

- **Quel âge avez-vous ?** Alors, j'ai 27 ans.

- **Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel en ergothérapie ?**

Alors j'ai fait mes études d'ergothérapeute à Nancy de 2012 à 2015. Et ensuite, j'ai fait un master en éducation thérapeutique du patient directement après la fin de mes études d'ergothérapeute. Et en parallèle, j'ai travaillé du coup deux ans dans un EHPAD à Reims, sur une ouverture de poste, sur le CHU de Reims et aujourd'hui, je suis à mon compte depuis 2017.

- **(Relance) Avez-vous pu exercer la médiation canine ?**

Oui, j'ai pu exercer la médiation canine sur l'EHPAD de Reims pendant 1 an dès ma formation en faite. Je me suis formée, j'ai pris ma chienne et puis au début je ne peux pas dire que c'était de la médiation canine puisqu'elle était encore bébé. Donc c'était plus une découverte pour les résidents et pour ma chienne et au fur et à mesure, les séances ce sont construites avec son éducation.

Informations sur la pratique de la Médiation Canine :

- **Depuis combien de temps pratiquez-vous la Médiation canine ? dans l'EHPAD ?**

Depuis 3 ans et demi. Dans l'EHPAD, je l'ai fait pendant 1 an. J'interviens auprès des personnes âgées en médiation animale depuis novembre 2017. Par contre aujourd'hui, ce n' est pas un EHPAD, ce sont des personnes en perte d'autonomie qui vivent encore au domicile avec aide partielle qui se retrouvent chaque semaine autour d' un espace partagé.

- **Pouvez-vous me décrire cette pratique en ergothérapie ?**

La pratique de la médiation canine en ergothérapie ?

- **Oui, (relance) que vous apporte-elle ? Quels sont les objectifs de cette médiation ?**

Alors déjà ce qu'elle m'apporte lorsque je fais mes séances, je ne suis plus toute seule. Donc il y a un troisième être vivant qui interagit avec le patient. Nous ne sommes plus dans une relation soignant-soigné, on est dans une relation triangulaire. Et ensuite les objectifs, ce sont exactement les mêmes qu'en ergothérapie : motricité, cognition, sensorialité mais par l'intermédiaire des animaux.

- Comment se déroule les séances de médiation canine en ergothérapie ?

Alors l'animal va travailler 50% du temps on va dire, parce qu'il n'a pas les mêmes capacités fonctionnelles que nous. Donc sur une séance d'une demi heure, l'animal travaille 15 min, sur une séance d'une heure, l'animal travaille 30 min. Et sinon le reste du temps, c'est moi qui fait du coup la même chose, les séances, qui vise les objectifs que j'ai posé que ce soit moteur, cognitif, sensoriel ou au niveau de la vie affective mais sans que l'animal soit physiquement... (coupure).

- (Relance) Qu'avez-vous dit sur la fin ? Ça a coupé.

Donc je disais que l'animal du coup travaillait 50% du temps des séances. Et que le temps où il ne travaillait pas, je continuais de viser les objectifs posés en amont mais sans que l'animal soit physiquement actif.

- (Relance) Et à quel moment de la journée sont réalisées les séances ?

Alors là pour la manière dont je travaille aujourd'hui, vu que je suis à mon compte, ce n'est pas forcément moi qui décide des horaires. Donc aujourd'hui, les séances se passent toutes de 14h à 16h en gros. Ce n'est pas un très bon créneau, si je devais choisir, je pense que je les ferais vers 10h30-11h.

- (Relance) Pourquoi ?

Parce que 14h c'est l'heure de la sieste. Sur des personnes âgées, c'est pas du tout le moment de les faire de les faire réfléchir ou travailler. Et 10h30-11h, c'est le créneau parfait je trouve, parce qu'ils ont généralement fini les soins, les toilettes, l'habillage. Et en fait comme ça au moment où moi je les quitte, alors je ne les laisse pas seuls sans rien. Je les quitte en leur disant que c'est l'heure du repas et donc il y a quelque chose de positif qui arrive à la fin de la séance.

- (Relance) Et à quelle fréquence les réalisez-vous ?

1 fois hein. Les résidents je ne les vois pas plus d'une fois par semaine et je vois plusieurs groupes donc des fois j'ai plusieurs séances mais les résidents sinon, individuellement c'est une fois par semaine.

- (Relance) Travaillez-vous seul(e) ou avec un autre professionnel ?

Non, je travaille seule.

- Avec combien de chiens et quelle(s) race(s) exercez-vous ? Pourquoi avez-vous choisi de travailler avec le chien dans vos PEC ?

Alors actuellement que je travaille que avec ma chienne. Donc elle a 3 ans et demi et c'est un berger australien.

Informations sur la PEC ergothérapique, la médiation canine et résidents atteints de la maladie d'Alzheimer avec des troubles du comportement :

- Que savez-vous de la maladie d'Alzheimer ?

Alors, c'est une démence qui ne se soigne pas, où les troubles vont apparaître par stades ou par phases avec au fur et à mesure, une perte de la mémoire, une perte des capacités à gérer les tâches de plus en plus complexes. Les personnes peuvent faire un déni au fur et à mesure que la maladie approche, avance plutôt. Et puis après forcément perte au niveau moteur, en fait ce sont des personnes qui vont se mettre à déambuler beaucoup, qui ne vont plus donner de sens du tout à ce qu'elles font et puis voilà. A la fin, on arrive sur une régression psychomotrice générale et généralement les personnes ne meurent pas de la maladie d'Alzheimer mais elles meurent des troubles associés.

- Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer dans votre PEC ?

Ça peut-être au niveau de la sécurité, par exemple ce sont des personnes qui vont déambuler énormément, qui ne vont pas par exemple, prendre leur déambulateur ou leur canne, qui vont se mettre en insécurité tant au niveau de la déambulation qu'au lit; ce sont des personnes qui vont chuter souvent de leur lit. Après au niveau ergo, à part tout ce qui va être gestion de l'environnement pour leur permettre de se repérer au mieux dans l'espace, ce n'est pas forcément avec ces personnes là que je vais travailler le plus. Il y a aussi le manque de régularité dans les séances avec les difficultés liées aux planning- financier. Parfois, il y a un sur ou sous investissement des tierces personnes que ce soit à domicile ou en EHPAD mais aussi les personnes qui n'aiment pas les animaux.

- Comment adaptez-vous votre PEC ergothérapique avec cette population ?

Je réajuste mes ateliers en fonction des résidents, de leur état du jour et aussi de l'état de ma chienne. Après l'intervention des animaux auprès des résidents permet de donner un but aux

comportements inadaptés, par exemple les promenades permettent de donner un but ou sens à la déambulation de ces résidents.

- Que savez-vous des troubles du comportement ?

Alors les troubles du comportement, ils arrivent au fur et à mesure que la maladie avance. Il y en a beaucoup, ça peut-être par exemple tout ce qui va être les symptômes obsessionnels. Donc des personnes qui vont avoir un peu, ce qu'on appelle des TOC vulgairement, donc des personnes qui vont froter, crier des choses, qui vont avoir vraiment des mimiques gestuelles quotidiennes. Ça peut être au niveau de l'humeur, des personnes qui vont être très agitées, très agressives qui vont être aussi comment ça s'appelle. Qui vont, je ne sais plus le mot, mais en gros qui vont penser qu'on leur a volé de l'argent ou que.

- Persécutée ?

Oui un peu persécutée et puis, ce n'est pas ça le mot que je cherche mais. Non ce n'est pas méfiant, c'est paranoïaque. Voilà.

- Selon vous, quelles sont les origines ou causes de ces troubles ?

Oh alors là, (soupir) je sais que c'est lié à la maladie mais après vous dire quelles sont les causes. Les personnes qui de toute manière perdent leurs repères déjà au domicile, donc c'est vrai que l'entrée en EHPAD. Ah après savoir si c'est telle ou telle chose qui provoque ça, je ne pourrais pas vous le dire.

- Quelles sont les conséquences de ces troubles ?

C'est ce que je vous ai dit un petit peu. Au niveau du comportement, ce sont des personnes qui vont avoir des comportements complètement rythmés par exemple, quand je vous disais qu'elles frottaient par exemple des surfaces, qu'elles criaient, elles ont des comportements un peu obsessionnels. Après au niveau de l'humeur, ce sont des personnes qui sont très instables, qui peuvent être complètement euphoriques et ensuite très déprimées. En tout cas, ce sont des personnes qui s'isolent généralement puisqu'elles ne vont plus rentrer, on va dire dans le moule des comportements acceptables par les autres personnes de l'EHPAD.

- Quels troubles du comportement rencontrez-vous le plus fréquemment lors des séances d'ergothérapie ?

(silence) Alors, je ne les ai pas tous en tête. Est-ce que vous pourriez me les rappeler ou pas ?

- Oui, alors il y a l'agressivité, l'agitation, la désinhibition, les comportements moteurs aberrants (déambulation, errances, activités répétitives), les troubles somatiques, les idées délirantes, les hallucinations et illusions, les troubles de retrait (apathie, dépression, anxiété), les troubles de l'humeur (irritabilité, instabilité, exaltation, euphorie...)).

Ok, alors je dirais que ce sont les comportements moteurs aberrants et les comportements de retrait.

- Quel sont les effets/ bénéfiques de la médiation canine auprès de cette pop ?

La médiation canine avec ces personnes là, permet déjà de donner un sens à ce qu'ils font. Par exemple, les personnes qui déambulent sans raison, avec l'animal on va donner un sens à sa déambulation donc on ne va pas juste marcher sans but, on va aller promener l'animal, chercher le sac de l'animal, on donne un but à cette déambulation. Après ça peut éveiller les personnes apathiques, les personnes qui sont complètement en retrait, qui vont plus du tout interagir avec les autres, ils vont se mettre à interagir avec l'animal même si c'est sur un plan court. Ça va quand même les éveiller quelques secondes, quelques minutes ou à l'inverse, ce sont des personnes qui sont très agitées très bruyantes, très désinhibées. Ça peut aussi avoir l'effet de les apaiser en fait, le temps pareil de quelques seconde ou quelques minutes. Le fait de voir l'animal ou de le toucher.

- (Relance) Et par rapport aux autres niveaux : cognitif, moteur, social ?

Au niveau social, ça les fait s'ouvrir au groupe donc il peut y avoir des discussions qui vont s'ouvrir autour des animaux en général ou autour de l'animal présent. Au niveau cognitif, ça va être effectivement un support de discussion, donc on va pouvoir travailler la mémoire, le prénom, les couleurs de l'animal, leur mémoire personnelle, s'ils ont eu des animaux mais ce n'est pas quelque chose qui va rester. Ça ne reste généralement pas longtemps, ce n'est pas une solution miracle pour faire retrouver la mémoire. C'est un support d'ouverture mais ça ne fait pas retrouver la mémoire aux gens. C'est juste un support mais ça marche. Après au niveau moteur, ça les fait aussi retravailler certains gestes, certaines prises au niveau des praxies notamment mettre un collier au chien, mettre le mousqueton sur la laisse sur le collier. Après, ça peut être enfile le harnais, il y a pleins de choses qui peuvent faire travailler les praxies mais autour des animaux, donc ça fait aussi travailler le

moteur. Les apprentissages moteurs ce font, après ils vont s'oublier comme ils oublient comment enfiler un pantalon, comment faire du café, c'est pareil qu'au niveau de la mémoire. Les praxies et la mémoire, sur le moment ça marche et puis à long terme, ils oublient.

- Le chien a-t-il une influence sur l'environnement social des résidents ?

C'est un peu ce que j'ai pu dire avant, il favorise le lien entre eux en leur permettant de s'ouvrir, de discuter entre eux autour des animaux en général ou du chien pendant les séances.

- (Relance) Et du coup, la relation thérapeutique avec vous est-elle facilitée lors des séances ?

Alors oui ! Oui, il fait vraiment le lien entre le résident et le thérapeute. Les personnes se souviennent du prénom du chien et pas du votre mais par contre ils se souviennent du binôme donc ça favorise les soins, bien sûrs oui.

- Quelles sont les réactions des résidents en présence du chien ?

Généralement, c'est souvent du plaisir, on peut avoir de la nostalgie, des personnes qui vont être nostalgiques de leur vie d'avant quand elles avaient leurs animaux aussi. Voilà, c'est souvent des émotions positives en tout cas.

- (Relance) Et comment se sentent-ils pendant et après la séance ? Remarquez-vous un diminution de certains troubles du comportement ?

Oui ! Il va y avoir une diminution pendant la séance. Après les séances, ils sont fatigués donc forcément il y a diminution des troubles aussi. Du coup quand ils sont fatigués, ils vont dormir mais à leur réveil ils ne vont pas être plus apaisés parce qu'ils ont eu une séance de médiation avant.

- (Relance) Et quels sont troubles du comportement qui sont diminués ?

C'est un peu pareil, les comportements de retrait et les comportements déambulatoires qui sont diminués, qui sont vraiment beaucoup plus ouverts pendant les séances.

- Selon vous, quelle est la durée des effets de la médiation canine sur ces résidents Alzheimer avec des troubles du comportement ?

L'effet, il est durant la séance. Ça peut être à moyen terme parce que je leur donne des petits objets qui font le lien entre les séances, donc ça peut être soit une photo prise pendant les séances et du coup, le fait de voir la séance tous les jours, sur leur mur de chambre, à la maison ou sur le frigo. Quand ils revoient l'animal, ce n'est pas une découverte nouvelle à chaque fois, donc il y a peut être un effet quand même sur du moyen terme mais c'est surtout sur du court terme et du moyen terme. Mais surtout du court terme pendant les séances, c'est vraiment très bien. Et moi, on va dire que ça me suffit. Je sais très bien qu'avec la maladie d'Alzheimer, nous n'avons pas de solution miracle notamment avec des interactions non médicamenteuse comme ça. Donc si l'effet dans la séance se produit, c'est gagné c'est très bien !

- (Relance) Et dans les Activités de Vie Quotidienne ?

L'animal peut être présent par exemple pour le fait de sortir dehors par exemple, quand je dis aux personnes qu'on va sortir, par contre je vais leur dire : *"Nova a vraiment besoin de sortir, est-ce que vous voulez bien m'aider pour aller promener Nova ?"* Donc là, ils vont être contents parce que du coup, ils sont acteurs vraiment de la séance. Je ne dis pas que c'est une séance, que je vais les voir, je viens passer un moment avec eux. Voilà, je détourne vraiment ma venue, je leur dit par exemple : *"Je suis passée par ici et je me suis dit que ça vous ferait plaisir de nous voir"* donc on s'arrête un petit peu et je leur dis : *"Voilà, Nova n'a pas eu le temps de sortir ce matin, est-ce que ça vous dit de venir avec nous ?"* Et là, je vais leur dire : *"Par contre, il fait hyper froid aujourd'hui donc regardez, moi je suis bien couverte. Nova, elle est bien habillée aussi, donc on va peut être enfiler un petit manteau"*. Et là, ça aide à s'habiller par exemple, mais parce que c'est dans le but de. Mais ce sont des effets à court terme, c'est sur le moment. Pareil pour les repas, par exemple ça peut être : *" On va faire une grosse sortie, il faut qu'on prenne des forces. Donc vous voyez j'ai fini toute mon assiette, Nova a fini toute sa gamelle, donc vous pouvez manger encore un petit peu et puis ensuite on va y aller"*. Ça les dynamise beaucoup.

- Quelles sont les limites de cette médiation ?

Les limites de cette médiation avec ces personnes Alzheimer, c'est que nous n'arrivons pas à faire prolonger les effets dans le temps. C'est sur le moment et puis nous n'allons pas aller plus loin. Enfin nous pouvons peut-être aller un petit peu plus loin que lorsque les animaux ne sont pas là, mais moi j'aimerais bien qu'il y ai un effet peut être un petit peu plus long ou voilà que l'on arrive à progresser un petit peu plus. Mais voilà, ce n'est pas... Les animaux ne sont pas un remède contre la maladie.

Donc ça aide c'est bien, sur le moment c'est chouette, ça leur fait plaisir, il y a beaucoup d'émotions mais on ne va pas guérir les résidents.

- Y a-t-il des contres indications à la médiation canine ? Si oui, lesquelles ?

Oui. Il ne faut pas forcer quelqu'un qui n'a pas envie de venir voir les animaux. Et surtout ça ne sert à rien de faire des séances avec des gens qui n'aiment les animaux. Parce que du coup, on arrive à des situations de violence sur les animaux, et ça met l'animal dans une situation d'inconfort, ça met le maître en situation d'inconfort. Moi je déteste ça, que l'on fasse du mal à mes animaux donc voilà, quelqu'un qui n'a pas envie d'être là, quelqu'un qui n'aime pas les animaux, on va trouver une autre manière d'aller travailler avec elle mais on va pas la forcer à être en présence des animaux. Le bien-être des animaux, c'est la première chose à penser lorsque l'on fait de la médiation animale. Il y a le patient ok mais l'animal qui est tout aussi important et c'est le travail de la personne qui fait de la médiation d'être très vigilante à ça. C'est tout aussi voir plus important, parce que c'est l'animal qui est le lien avec le thérapeute et le patient, donc si l'animal ne va pas bien, on ne peut pas travailler.

- Avez-vous d'autres remarques ou éléments à me raconter ?

Alors moi, j'insiste beaucoup sur le fait que lorsque nous faisons de la médiation par l'animal, les animaux c'est un engagement sur tout au long de leur vie. Il ne faut pas prendre un animal juste pour travailler, il faut prendre un animal parce qu'on a envie de le prendre, parce qu'on va l'aimer toute sa vie. Et prendre soin d'eux c'est toute l'année, pas que les jours où ils viennent travailler avec nous. Donc ça, c'est vraiment important je trouve, d'aborder ce sujet là parce qu'on ne travaille pas une guitare, on ne travaille pas avec une tablette de crayon de couleurs mais avec des êtres vivants qui nous accompagnent dans notre travail. Donc il faut en prendre soin tout le temps, toute leur vie. Et moi je trouve vraiment que voilà, c'est quelque chose de super. Si les soignants peuvent s'ouvrir encore plus à ça et que ce soit bien encadré, bien fait, je trouve que c'est une technique qui devrait être encore plus connue.

Question personnelle : Pourquoi avez-vous choisi de travailler avec le chien dans vos PEC ?

Parce que j'avais envie d'avoir un chien à ce moment-là. Et que c'est un animal peut-être le plus connu et le plus facilement transportable. Donc pour l'instant, je travaille avec elle 90% du temps. Je travaille aussi avec un des mes chats et je travaille avec des ânes, qui ne sont pas les miens pour le moment mais je suis un peu en train d'ouvrir mon cercle d'animaux médiateurs mais pour le moment

c'est vraiment Nova qui travaille 80% même plus de 90% du temps. Mais je suis en train d'ouvrir vraiment beaucoup sur les ânes là et puis sur les chats sur l'année qui va arriver, je pense qu'ils travailleront un peu plus aussi. Voilà, mais c'était surtout une envie personnelle. Parce que comme je vous l'ai dit, on ne prend pas un animal juste pour le boulot. Moi Je voulais un chien voilà, du coup je travaille avec elle.

Résumé

La maladie d'Alzheimer est la 4ème cause de mortalité en France. L'absence de traitement, la majoration des troubles (cognitifs, moteurs,...) et l'apparition des troubles psycho-comportementaux (SPCD), font qu'elle représente la première cause de dépendance et d'entrée en institution. Les SPCD engendrés altèrent fortement les activités vie quotidienne (AVQ) et la prise en charge du résident atteint de la maladie d'Alzheimer. Dans la littérature, l'utilisation de la médiation canine se développe et a de nombreux effets sur cette population. Cette étude de recherche vise à déterminer si l'utilisation de la médiation canine pour le résident en ergothérapie permet d'améliorer ses AVQ en diminuant ses SPCD sur du moyen et long terme. L'enquête est composée de trois entretiens semi-directifs réalisés auprès d'ergothérapeutes travaillant avec cette population. A cause de la crise sanitaire, mes critères ont été élargit avec des ergothérapeutes travaillant aussi dans d'autres lieux de vie avec cette même population. L'analyse des entretiens montrent que l'utilisation de la médiation canine en ergothérapie permet de diminuer les SPCD à court et à moyen terme dans les AVQ mais les résultats n'ont pas pu être constaté sur le long terme. Ces résultats sont en accord avec la littérature et à ce jour, aucune étude n'a pu valider les effets à long terme. Mon hypothèse est partiellement validée. Dans la prise en charge du résident, il serait intéressant d'approfondir cette recherche sur l'implication des autres soignants sur la médiation canine, ses apports, de réfléchir à des moyens compensatoires dans les AVQ pour perdurer ses effets sur les SPCD et faciliter leur intervention.

Mots clés : Maladie d'Alzheimer, SPCD, EHPAD, Ergothérapie, Médiation Canine

Abstract

Alzheimer's disease is the 4th cause of death in France. The lack of treatment, the increase in disorders (cognitive, motor, etc.) and the appearance of psycho-behavioural disorders (PBSD) make it the leading cause of dependency and institutionalization. The resulting PBSDs greatly impair the activities of daily living (ADLs) and care of residents with Alzheimer's disease. In the literature, the use of dog mediation is developing and has many effects on this population. The purpose of this research study is to determine whether the use of canine mediation for the occupational therapy resident improves his ADLs by reducing his PBSDs over the medium and long term. The survey consists of three semi-directive interviews conducted with occupational therapists working with this population. Because of the health crisis, my criteria have been expanded with occupational therapists who also work in other places with this population. The analysis of the interviews shows that the use of dog mediation in occupational therapy allows a decrease in PBSD in the short and medium term in ADLs, but the results could not be observed in the long term. These results are in agreement with the literature and to date, no study has been able to validate the long-term effects. My hypothesis is partially validated. In the management of the resident, it would be interesting to deepen this research on the involvement of other caregivers in dog mediation, its contributions, to think about compensatory means in the ADLs to sustain its effects on the PBSDs and facilitate their intervention.

Key words: Alzheimer's disease, PBSD, EHPAD, Occupational therapy, dog mediation