

Alzheimer et médiation animale : Une thérapie aux poils

L'utilisation de la médiation animale en ergothérapie auprès de personnes apathiques atteintes de la maladie d'Alzheimer.



Mémoire d'initiation à la recherche en vue de l'obtention du diplôme d'état en ergothérapie

Présenté par Rigaudy Clémentine

-Session juin 2018-

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 50 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), * RIGAUDY Clémentine étudiant(e) en 3ème 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 Signature :

Remerciements

Je tiens à remercier :

Ma maître de mémoire Audrey Chevaleyre pour son aide, son soutien et son investissement tout
au long de ce travail.

Les ergothérapeutes qui ont répondu à mon enquête et pour leur investissement.

L'équipe pédagogique de l'IFE de Créteil pour leurs conseils.

Mes parents pour, leur confiance en mon travail et en mes capacités, leur soutien et leur aide.

Et à mes ami(e)s pour leur soutien, leur encouragement et leurs conseils.

Sommaire

Introduction	1
Partie Conceptuelle	3
I. Maladie d'Alzheimer	3
a) <u>Généralité</u>	3
i) <u>Définition et étiologie</u>	3
ii) <u>Epidémiologie</u>	4
iii) <u>Diagnostic</u>	4
iv) <u>Sémiologie</u>	6
v) <u>Evolution</u>	7
b) <u>Maladie d'Alzheimer dans la vie de tous les jours</u>	8
i) <u>Perte d'autonomie</u>	8
ii) <u>Dépendance</u>	8
iii) <u>Conséquences psychologique et social de la maladie d'Alzheimer</u>	9
II. Apathie	10
a) <u>Définition de l'apathie</u>	10
b) <u>Apathie et autonomie</u>	11
c) <u>Prise en charge de l'apathie</u>	13
III. Suivi ergothérapie	14
a) <u>Définition de l'ergothérapie</u>	14
b) <u>Ergothérapie et maladie d'Alzheimer</u>	15
c) <u>Modèle conceptuel du MOH</u>	18
i) <u>L'Être</u>	18
ii) <u>L'Agir</u>	19
iii) <u>Le Devenir</u>	19
iv) <u>L'Environnement</u>	20
v) <u>Ergothérapie, maladie d'Alzheimer, médiation animale et MOH</u>	20
IV. L'animal en ergothérapie	21
a) <u>Médiation animale</u>	21
i) <u>Définition de médiation</u>	21
ii) <u>Histoire de la zoothérapie</u>	21
iii) <u>Différents types de médiations animales</u>	22
iv) <u>Prérequis de la médiation animale</u>	23

b) <u>La thérapie assistée par l'animal</u>	24
i) <u>Bénéfices de la médiation animale</u>	24
ii) <u>L'animal auprès des personnes Alzheimer</u>	26
iii) <u>Médiation animale en ergothérapie</u>	27
iv) <u>Limites de la médiation</u>	28
Partie Pratique	30
I. <u>Méthodologie de l'enquête</u>	30
II. <u>Enquête</u>	30
a) <u>Choix de l'outil</u>	30
b) <u>Résultats</u>	31
c) <u>Présentation et analyse des résultats bruts</u>	32
i) <u>Les bénéfices thérapeutiques de la médiation animale en séance d'ergothérapie auprès de personnes apathiques atteintes de la maladie d'Alzheimer</u>	32
ii) <u>Impact de la médiation animale en séance d'ergothérapie auprès de personnes apathiques atteintes de la maladie d'Alzheimer sur la motivation et la participation</u>	34
iii) <u>Impact de la médiation animale en séance d'ergothérapie auprès de personnes apathiques atteintes de la maladie d'Alzheimer sur l'apathie</u>	36
iv) <u>Maintien de l'autonomie et la qualité de vie de la personne apathiques atteinte de la maladie d'Alzheimer par le biais de la médiation animale</u>	38
v) <u>Les limites de la médiation animale en séance d'ergothérapie auprès de personnes apathiques atteintes de la maladie d'Alzheimer</u>	36
III. <u>Discussion</u>	41
a) <u>Confrontation avec le cadre conceptuel</u>	41
b) <u>Limites et Intérêts</u>	43
Conclusion	46
Bibliographie	48
Annexes	54

Introduction

Depuis de nombreuses années, la maladie d'Alzheimer est un enjeu de Santé Publique, en particulier depuis la mise en place du Plan Alzheimer 2008-2012. D'après la CNSA, ce plan « insiste sur la nécessité d'une prise en charge globale des malades d'Alzheimer et de leur entourage ». Il insiste également sur « la nécessité d'une meilleure organisation du système médico-social autour de ces personnes » (CNSA, 2016) . L'apathie est présente chez 60% des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer d'après l'HAS (Haute Autorité de Santé). Il s'agit du trouble du comportement le plus fréquent et le plus précoce présent dans la maladie d'Alzheimer, suivit par la dépression. Il tient donc une place importante dans la prise en charge de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer.

Dans la prise en soin de la maladie d'Alzheimer, il existe différents traitements médicamenteux qui sont prescrits dans le but de ralentir l'évolution de la maladie. De nombreuses thérapies non médicamenteuses rentrent également dans la prise en soin pour stimuler et maintenir les capacités restantes de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Il y a également dans le suivi de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer l'accompagnement sociale par les assistantes sociales et la prise en charge de l'épuisement des aidants et leur accompagnement. L'ergothérapie fait partie des thérapies non médicamenteuses. Elle va permettre de stimuler les capacités cognitives, motrices et psychiques restantes de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer afin d'améliorer son autonomie et sa qualité de vie. Pour atteindre ces objectifs, l'ergothérapeute aura recours à des activités signifiantes ou/et significatives qu'il utilise comme médiateur lors de séances.

Une activité signifiante est une activité qui a du sens pour la personne, qui fait écho à des éléments de son passé, au vécu de la personne, à des choses qu'elle aime, qui l'intéresse et pour laquelle elle a des compétences. Une activité signifiante pour une personne ne l'est pas nécessairement pour une autre ; elle a une signification personnelle.

Une activité significative, quant à elle, est une activité qui a un sens pour sa prise en soin et son parcours de soin. C'est à dire que l'activité a une influence positive sur la pathologie de la personne.

Lors de mon premier stage en ergothérapie, qui se déroulait en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), l'animatrice qui y travaillait avait un chien avec lequel les patients pouvaient interagir. J'ai alors observé leurs réactions, leurs sourires, leurs intérêts pour interagir avec le chien. Lors de mon stage du cinquième semestre d'ergothérapie, que j'ai effectué dans un SSR gériatrique (Suite de Soins et de Réadaptation), j'ai également pu observer la réaction des patients face à un animal.

Avant les séances d'atelier peinture que l'on organisait avec ma tutrice, le vendredi matin, un chat est venu nous voir à plusieurs reprises. Les patients ont pris plaisir à interagir avec lui, à le caresser. Ce

dernier a favorisé les discussions entre les patients et les soignants et aussi entre patients. J'ai eu l'occasion d'observer dans la chambre de certains patients des photos de leurs animaux de compagnie. Ainsi, la médiation animale pourrait être une activité signifiante pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Et elle pourrait être utilisée comme moyen pour atteindre les objectifs ergothérapeutiques. Lors de ma deuxième année d'ergothérapie, nous avons dû mettre en place un projet par groupe de cinq. Avec mon groupe nous avons décidé de mettre en place un cours d'initiation à la médiation animale au sein de l'école d'ergothérapie. Pour ce projet je me suis renseignée sur la médiation animale, ses bénéfices sur les patients et sa possible utilisation en ergothérapie.

En prenant en compte tous ces éléments, j'ai pu formuler la problématique suivante :

En quoi le fait d'utiliser la médiation animale en séances d'ergothérapie permet de diminuer l'apathie de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ?

Pour répondre à celle-ci je commencerai par expliquer les différents éléments de ma partie conceptuelle : La maladie d'Alzheimer dans sa globalité et ses conséquences au quotidien. Puis j'expliquerai ce qu'est l'apathie et ses conséquences. Je continuerai en expliquant ce qu'est l'ergothérapie et l'importance de l'intervention en ergothérapie pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Puis j'expliquerai ce qu'est la médiation animale et sa place en séance d'ergothérapie.

Ensuite, je décrirai les éléments de mon enquête avec les résultats obtenus et leurs analyses.

Je finirai en concluant ces deux parties.

Partie Conceptuelle

I. Maladie d'Alzheimer

1. Généralités

a. Définition et étiologie

La maladie d'Alzheimer a été décrite par Alois Alzheimer en 1906.

Afin de pouvoir donner la définition de la maladie d'Alzheimer il faut dans un premier temps définir ce qu'est une démence. La démence regroupe différentes pathologies telles que la maladie d'Alzheimer, la démence fronto-temporale, la démence vasculaire, la démence à Corps de Lewy, etc.

D'après l'OMS (Mai 2017) : « *La démence est un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive, plus importante que celle que l'on pourrait attendre 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, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive.* » (DR Poirier & DR Gauthier , 2011) (Trouvé, Vivre au quotidien avec la maladie d'Alzheimer, 2011).

La maladie d'Alzheimer, qui représente environ 50 à 60% des démences est une atteinte cérébrale progressive, neurodégénérative commençant au niveau de l'hippocampe et se traduisant par l'atrophie et la mort de cellules du cerveau et de neurones (Fédération Française de neurologie , 2017).

Les causes de la maladie ne sont pas encore identifiées mais il existe plusieurs facteurs de risques tels que : l'âge, le sexe, l'historique familial. L'historique familial se réfère au fait que si un membre de la famille de la personne est atteint de la maladie d'Alzheimer, la personne a des risques de survenue de la maladie multipliés par 1,5 et par 2 si il y en a deux qui sont atteints (Amouyel, 2014). D'autres facteurs de risques peuvent être les risques cardiovasculaires (tels que l'hypertension artérielle, le diabète, la dyslipidémie¹), les microtraumatismes crâniens, les anesthésies répétées et l'obésité. Il y a également des facteurs de risques liés au mode de vie qui sont : le manque d'activité physique, le manque d'activité cognitive, un faible niveau d'études, la

¹ Anomalie qualitative ou quantitative d'un ou de plusieurs lipide(s) plasmatique(s) (VIDAL, 2007)

sédentarité, l'isolement social, une alimentation déséquilibrée, le tabagisme, la consommation nocive d'alcool. (OMS, 2017).

Les formes familiales héréditaires de la maladie sont rares et entraînent un début précoce de la maladie, c'est à dire, avant 65 ans.

b. Epidémiologie

La maladie d'Alzheimer est la première cause de démence, la deuxième étant la démence vasculaire (Alzheimer's Association, 2018). D'après l'association France Alzheimer, il y avait en 2017 un peu plus de 850 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en France et environ 225 000 nouveaux cas sont diagnostiqués par an.

L'espérance de vie augmente, dû à l'amélioration des conditions de vie, ainsi que des conditions de travail, souvent moins pénible physiquement qu'il y a plusieurs années. Elle a progressé également à la suite de meilleurs accès aux soins, et d'avancées dans les traitements de nombreuses maladies (maladies infectieuses, cancers, maladies cardio-vasculaires et respiratoires). Elle augmente également du fait d'une meilleure hygiène de vie, les personnes faisant davantage attention à leur santé et à leur corps. L'ensemble de ces éléments contribuent à l'accroissement de l'espérance de vie (Centre d'observation de la société, 2017). Ainsi, avec une population âgée croissante, l'estimation du nombre de personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer en France, en 2020, devrait être d'environ 1,3 millions (France Alzheimer, 2017).

La prévalence de cette maladie augmente avec l'âge, elle est inférieure à 2% avant 65 ans puis passe à environ 4% à 75 ans pour atteindre 15% de cas à 80 ans.

Les femmes sont plus touchées par la maladie que les hommes avec un ratio de 20,5% pour les femmes contre 13% pour les hommes, pour les personnes de plus de 75 ans (Ministère des solidarités et de la santé, 2017).

En France, seulement 50% des patients atteints de la maladie d'Alzheimer seraient diagnostiqués (France Alzheimer, 2017).

c. Diagnostic

Les troubles de la mémoire doivent être associés à un autre trouble des fonctions cognitives pour que le diagnostic de la maladie d'Alzheimer puisse être évoqué (Ministère des solidarités et de la santé, 2017). Il est nécessaire de faire des diagnostics précoces car cela permet d'anticiper les conséquences des troubles et de préserver l'autonomie de la personne. Cela permet également à la personne d'avoir un accompagnement médical, paramédical et médico-social adapté et évolutif.

Le médecin généraliste est le premier à être consulté par l'entourage de la personne atteinte pour cause de trouble mnésique et de modification du comportement (Proult, Sautou-Miranda, Montagner, Bagel-Boithias, & Chopineau, 2009).

Le diagnostic doit être posé par un médecin spécialiste tel qu'un psychiatre, un neurologue ou un gériatre. Le diagnostic repose essentiellement sur des tests des fonctions cognitives et des tests neuropsychologiques tels que le MMSE (Mini Mental State Examination). Le MMSE est un test qui permet d'évaluer l'orientation temporo-spatiale, l'apprentissage, l'attention, le calcul, la mémoire, le langage, les praxies constructives². Un score inférieur ou égal à 24 sur 30 indique la présence d'une démence (Derouzné, Poitreneau, Hugonot, Kalafat, Dubois, & Laurent, 1999). Les tests permettent d'évaluer la nature et la sévérité des troubles.

En plus des tests, le diagnostic peut être renforcé grâce à l'imagerie cérébrale qui permettra de distinguer des anomalies cérébrales associées à la maladie d'Alzheimer, c'est à dire des dégénérescences neuronales dans différentes structures cérébrales comme l'hippocampe qui est une structure primordiale pour la mémoire et l'apprentissage. L'imagerie cérébrale est réalisée à la suite des tests pour pouvoir exclure d'autres affections présentant les mêmes symptômes mais nécessitant une prise en soin différente³.

Selon le DSM-IV-TR⁴, les symptômes nécessaires pour pouvoir poser le diagnostic de cette maladie sont les troubles cognitifs suivants :

- Une altération de la mémoire
- Et une ou plusieurs des altérations suivantes : troubles des fonctions exécutives⁵, aphasie⁶, apraxie⁷, agnosie⁸.

² Capacité « de manipuler des éléments dans l'espace dans un but de construction, que celle-ci soit en plan ou en perspective » (Sève-Ferrieu, 2014)

³ Traduit par moi-même depuis . (alzheimer's association, 2017)

⁴ Manuel de Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux, texte révisé publié par l'association américaine de psychiatrie en 2000.

⁵ « Capacités nécessaires à une personne pour s'adapter à des situations nouvelles, c'est-à-dire non routinières, pour lesquelles il n'y a pas de solution toute faite. » (Degiorgio C, 2017)

⁶ « Trouble acquis de l'expression et/ou de la compréhension du langage, oral et/ou écrit » (Sabbah, 2015)

⁷ « Trouble acquis de l'exécution intentionnelle, consécutif à un déficit de la programmation de l'activité motrice volontaire en l'absence, notamment, de déficit moteur ou sensitif élémentaire » (Sabbah, 2015)

⁸ « Trouble de l'identification perceptive des objets, du corps ou de l'espace extracorporel, en l'absence de déficits sensitif, sensoriel ou intellectuels importants. Par exemple, le malade ne sait plus reconnaître tel objet, tel son, telle image » (Sabbah, 2015)

Ces altérations ne doivent pas être dues à d'autres affections.

L'apparition et le développement des troubles cognitifs cités ci-dessus entraînent une altération significative de l'état et fonctionnement antérieur de la personne. Les troubles cognitifs faisant référence à des difficultés à réaliser les opérations mentales qui permettent en temps normal de connaître et d'interagir avec nos environnements, d'avoir conscience de ces opérations et de notre être (médecine, 2013).

d. Sémiologie

Entre l'arrivée des premiers symptômes et le diagnostic posé par des spécialistes, il peut se passer plusieurs années. Un des premiers signes de la maladie est un trouble de la mémoire immédiate qui n'inquiète pas forcément la personne et/ou son entourage qui l'associe avec le vieillissement normal ou à de la fatigue. Ces troubles de la mémoire sont caractérisés par l'oubli répétitif d'éléments récents et des difficultés à apprendre de nouvelles informations. Les symptômes qui surviennent après ces troubles sont des troubles de l'orientation temporo-spatiale et des modifications de comportement.

Viens ensuite des troubles des fonctions intellectuelles telles que :

- Le langage (fonctions du langage : fonction référentielle⁹ expressive¹⁰, conative¹¹, phatique¹², métalinguistique¹³ et poétique¹⁴)
- Les gnosies (reconnaitre les personnes et les objets)
- Les praxies (faculté à utiliser les objets)

Et les fonctions exécutives qui sont :

- L'organisation
- Le raisonnement
- L'anticipation

⁹ « Le message est centré sur le référent, le sujet même du message. Le langage décrit le monde. Il s'agit bien souvent de la fonction primordiale du langage »(Etudes littéraires, 2017).

¹⁰ « Le message est centré sur l'émetteur » (Etudes littéraires, 2017).

¹¹ « Le message est centré sur le destinataire. Le message peut faire naître un certain comportement chez l'interlocuteur » (Etudes littéraires, 2017).

¹² « Le message cherche à établir ou à maintenir le contact. »(Etudes littéraires, 2017)

¹³ « Le message est centré sur le langage. Le langage sert à parler de lui-même » (Etudes littéraires, 2017).

¹⁴ « Le message est centré sur lui-même, sur sa forme esthétique. Le langage joue sur son propre code. » (Etudes littéraires, 2017)

- La prise de décision
- L'adaptation

En plus des troubles cognitifs, la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer peut présenter des troubles de l'humeur et du comportement tels que : l'apathie, la dépression, l'anxiété, l'agitation, l'agressivité verbale et/ou gestuelle, l'anosognosie. Des errances et déambulations peuvent être visibles chez une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle peut également avoir des hallucinations, des idées délirantes, des troubles du rythme du sommeil ou des troubles de l'appétit (Trouvé, Vivre au quotidien avec la maladie d'Alzheimer, 2011).

e. Evolution de la maladie

Selon le DSM-IV, « l'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu ». La maladie d'Alzheimer évolue en trois ou quatre stades qui se suivent. Ces stades représentent des altérations plus ou moins sévères des fonctions cognitives et de l'état physique de la personne. « Les symptômes des différents stades se chevauchent », le passage pour la personne atteinte d'un stade à un autre est difficilement identifiable (Trouvé, Vivre au quotidien avec la maladie d'Alzheimer, 2011). L'évolution de la maladie, des symptômes et des stades varient en fonction de la personne atteinte.

Stade I : Léger	Stade II : Modéré	Stade III : Sévère	Stade IV : Terminal
<ul style="list-style-type: none"> - Premiers troubles de mémoires à court terme¹⁵, - Difficulté d'apprentissage, - Troubles du langage et des fonctions exécutives, - Apparition de troubles de l'humeur et du comportement, - Difficulté à réaliser les actes de la vie quotidienne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Altération plus importante de la mémoire à court terme, - Aggravation des troubles cognitives dont désorientation temporo-spatiale, - Anosognosie, - Isolement social, - Besoin d'aides pour les actes de la vie quotidienne (tels que la toilette et l'habillement) 	<ul style="list-style-type: none"> - Altération importante de la mémoire à long terme¹⁶ et des fonctions cognitives , - Perte de la conscience des expériences récentes et de leur environnement, - Altération des facultés physiques (telles que la marche, la déglutition), - Dépendance importante dans les actes de la vie quotidienne (AVQ). 	<ul style="list-style-type: none"> - Perte Identitaire, - Perte total d'autonomie pour les AVQ.

¹⁵ Mémoire de travail ou mémoire immédiate

¹⁶ Mémoire épisodique, sémantique, prospective, procédurale

Tableau 1 : Stades évolutif de la maladie d'Alzheimer

2. La maladie d'Alzheimer au quotidien

Dès le début de la maladie, les différents symptômes ont une répercussion sur le quotidien des personnes, leurs habitudes de vie. Les difficultés dans la vie quotidienne augmentent au fur et à mesure de l'avancée de la maladie.

a. Perte d'autonomie

Les capacités de la personne diminuent progressivement, accompagnées de troubles du comportement dus à la maladie. Ce qui va entraîner une diminution des capacités de rendement de la personne ainsi qu'une perte progressive d'autonomie chez cette personne.

L'autonomie est définie par « la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté» (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010).

La personne va avoir des difficultés pour le raisonnement, la prise de décision, le jugement, l'adaptation à des situations nouvelles du fait des troubles des fonctions instrumentales et des fonctions exécutives et des troubles de la mémoire. Elle va également avoir des difficultés liées à l'apparition de troubles du comportement. Son autonomie sera donc diminuée.

b. Dépendance

La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est également de plus en plus dépendante d'une tierce personne que ce soit des aidants familiaux ou professionnels tels que des auxiliaires de vie.

La dépendance est « le besoin d'aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne. Elle exprime l'idée de ne pas pouvoir effectuer physiquement les prestations de base de la vie quotidienne sans l'action ou une intervention externe » qu'elle soit humaine : matérielle ou électronique (domotique) (Académie nationale de médecine, 2016). La personne va devenir de plus en plus dépendante car elle pourrait avoir des difficultés pour réussir à réaliser les tâches nécessaires pour la réalisation des activités de la vie quotidienne (AVQ).

La personne aura de plus en plus de mal à effectuer les tâches de la vie quotidienne seule et aura par conséquent besoin d'aide pour les AVQs telles que la toilette, la prise de repas, l'habillage et les déplacements. Elle aura également besoin d'aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) telles qu'utiliser le téléphone, faire ses courses, préparer le repas, faire le ménage,

faire la lessive (Alzheimer Infos, 2016). Ses habitudes, vont être affectées. Il aura besoin d'aide pour les maintenir le plus possible et les adapter à ses habilités restantes.

La dépendance va entraîner la présence d'une aide humaine, que ce soit des aidants familiaux ou professionnels (auxiliaire de vie, infirmière...). Si une personne est trop dépendante pour demeurer à domicile, elle est, soit hospitalisée, soit directement amenée à changer de lieu de vie. Elle passe alors du domicile à une structure institutionnelle telle que les EHPAD. Cela provoque donc chez la personne âgée atteinte d'Alzheimer un grand changement car elle doit quitter son environnement familial.

Lorsque la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer vit à domicile, son aidant principal, généralement le conjoint ou un autre membre de la famille peut avoir du mal à gérer sa vie et les troubles de son proche. Cela peut entraîner un épuisement pour l'aidant. Cette fatigue est importante à prendre en compte.

c. Conséquences psychologiques et sociales de la maladie d'Alzheimer

La diminution des capacités a des répercussions psychologiques sur la personne. Les troubles du comportement, et les troubles cognitifs dont l'aphasie, les troubles des fonctions exécutives et les troubles de la mémoire peuvent avoir des répercussions sur le mental de la personne et également sur son environnement social qui va se réduire.

La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, de part ses troubles et la diminution de ses capacités, va éprouver différents sentiments. Elle peut ressentir de la tristesse par rapport à l'image dégradée qu'elle a d'elle et que l'entourage pourrait avoir à son égard. Elle pourrait également ressentir de la culpabilité car elle se considère comme un poids pour sa famille. Elle peut se sentir responsable de ce qu'il lui arrive. La personne pourra également ressentir de la honte par rapport au fait qu'elle soit dans l'incapacité d'atteindre les normes sociales et se pense en situation d'infériorité par rapport aux autres. Elle pourrait également avoir honte d'elle à cause de l'image qu'elle se renvoie à elle-même et aux autres. La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer aura peut-être alors peur du regard des autres et d'être stigmatisée (De Conto, 2016). Elle peut donc se replier sur elle-même, s'isoler socialement pour fuir le regard des autres ou faire fuir les autres. Ceci va réduire ses relations sociales qu'elles soient familiales ou amicales, ses activités chez elle et à l'extérieur. Elle pourrait également faire preuve d'agressivité dans sa tentative d'évitement de l'autre. Ces différents sentiments vont avoir un impact important sur la personne.

La personne sortira donc de moins en moins, fera de moins en moins d'activités, aura des difficultés à communiquer avec les personnes qui l'entourent. Cette diminution de sorties, d'activités sera accentuée par le fait que la personne deviendra généralement de plus en plus apathique au fur et à

mesure de la progression de la maladie. C'est à dire que la personne aura un manque d'initiative et d'intérêt, ce qui entrainera une diminution de ses activités que ce soit à domicile ou à l'extérieur.

Cette diminution d'activités sera négative pour la personne car elle n'aura pas suffisamment de stimulation sur le plan physique, cognitif et psychique. Elle va également perdre en autonomie et indépendance dans son quotidien. Cette perte d'autonomie et d'indépendance est due à l'apparition et au développement des troubles de la personne, qu'ils soient moteurs, cognitifs, sensoriels comportementaux et/ou affectifs. Tout ceci va diminuer la participation occupationnelle de la personne, sa volition, ses capacités de performance et ses habilités ainsi que sa volition. Ses habilités, et son environnement seront également modifiés.

II. L'Apathie

a) Définition apathie

L'apathie est le trouble comportemental le plus fréquent dans la maladie d'Alzheimer. Il est également présent dans les autres types de démences (démence à corps de Lewy, vasculaire, fronto-temporale...) et dans la maladie de Parkinson (Broker, Benoit, & Robert, 2003). Elle est présente aux différents stades de la maladie d'Alzheimer.

La prévalence des patients apathiques est de 32 à 59% pour les patients présentant un MMSE supérieur ou égale à 20 et entre 42 et 75% quand le MMSE est inférieur à 20.

Pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer vivant en institution, la prévalence de l'apathie oscille entre 23% et 84% (Postec, 2015).

Il s'agit d'un trouble « de la motivation caractérisé par des modifications comportementales, cognitives et émotionnelles, de persévérance dans les activités entamées, une indifférence et un émoussement affectif » (Dujardin, 2015).

L'apathie présente trois dimensions différentes : la perte d'initiative, d'intérêt et l'émoussement affectif. L'émoussement affectif constitue une diminution ou absence de réponse émotionnelle, qu'elle soit positive ou négative (Derouesne, Baudoin-Madec, & Lacomblez, 2001). Ces différents changements peuvent entraîner une diminution de la participation aux activités de la vie quotidienne. L'état du patient apathique doit contraster avec son niveau de fonctionnement, son état antérieur ou les standards d'âge et de culture (HAS, Maladie d'Alzheimer et maladie apparentées: diagnostic et prise en charge de l'apathie, 2014). Ces différents éléments ne doivent pas être attribuables à un niveau de conscience diminué (confusion mentale), à des troubles cognitifs ou à des troubles délirants (Czernecki, 2006).

L'origine neurologique de l'apathie peut être due à un dysfonctionnement d'un circuit intégrant le cortex cingulaire antérieur (pour le déficit d'auto activation), le striatum ventral, le pallidum et le thalamus. Il peut également y avoir un dysfonctionnement au niveau de la région orbito-frontale (pour l'émoussement affectif) et cortex préfrontal dorso-latéral (pour l'inertie cognitive) donc il peut y avoir des atteintes de certaines aires frontales. Au niveau moléculaire, il peut s'agir d'un déficit en dopamine au niveau du putamen et un déficit sérotoninergique au niveau du cortex frontal dorso latéral (Postec, 2015).

Il existe plusieurs façons d'évaluer l'apathie : l'Apathy Evaluation Scale (AES), l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI), le Lille Apathy Rating Scale (LARS), l'Echelle d'évaluation de la démotivation (EAD) et l'Inventaire d'Apathie (IA). L'IA évalue les trois composantes de l'apathie : l'émoussement affectif¹⁷, perte d'initiative¹⁸ et perte d'intérêt¹⁹ (Postec, 2015). Le NPI est une évaluation comportementale globale pour les patients déments. Pour l'AES et l'IA, il existe une version pour les soignants, une pour le patient et une pour l'accompagnant du patient.

b) Sémiologie de l'apathie

Il est important de différencier l'apathie et la dépression pour pouvoir ajuster les traitements médicamenteux et également la prise en soin globale du patient atteint de la maladie d'Alzheimer (Brocker, Clairet, Benoit, & Robert, 2003).

Les symptômes propres à l'apathie sont :

- Le manque d'initiative (la perte d'initiative) qui est généralement le plus sévère des symptômes (Brocker, Benoit, & Robert, 2003),
- L'absence de motivation,
- La réduction des réponses émotionnelles (l'émoussement affectif),
- L'indifférence,
- Le retrait social,
- L'absence de persévérance.

¹⁷ Il s'agit d'une « Perte de réponse émotionnelles » (Brocker, Clairet, Benoit, & Robert, 2003)

¹⁸ Il s'agit d'une « Diminution des comportements dirigés vers un but » (Brocker, Clairet, Benoit, & Robert, 2003)

¹⁹ Il s'agit d'une « Diminution des cognitions dirigées vers un but » (Brocker, Clairet, Benoit, & Robert, 2003)

Les symptômes communs à l'apathie et à la dépression sont :

- La perte d'intérêt,
- Le ralentissement psychomoteur,
- La fatigue et perte d'énergie,
- L'hypersomnie ou insomnie,
- Le manque de perspicacité,
- La perte d'espoir.

Le manque de motivation a une place importante dans l'apathie. Celui-ci a un impact important sur la participation de la personne dans les AVQ et AIVQ. Il a également un impact sur les suivis paramédicaux, sur les séances de réadaptation et rééducation dont la personne peut avoir besoin. La motivation est un élément essentiel dans la volition d'une personne et permet à la personne de participer pleinement à une activité. La participation à des activités est primordiale au maintien des capacités de la personne, des interactions sociales et pour éviter le repli sur soi. La motivation est donc essentielle également au maintien de ces capacités et pour éviter le repli sur soi. L'apathie diminue la motivation et donc la volition de la personne. Les capacités de rendement de la personne peuvent également se voir impacter. Cela aura donc comme répercussions de diminuer ses habilités plus vite que pour une personne Alzheimer non apathique. L'apathie accélère le déclin cognitif et moteur de la personne. Elle entraîne une perte d'autonomie. Elle s'accompagne aussi d'une atteinte des fonctions exécutives et attentionnelles.

Elle augmente la mortalité des patients institutionnalisés en diminuant l'espérance de vie de deux ans environ. L'apathie peut également entraîner un épuisement pour l'aidant (Postec, 2015).

c) Apathie et autonomie

L'apathie est associée à un degré plus élevé d'atteinte cognitive. Elle entraîne une atteinte surtout des fonctions exécutives et de l'attention divisée.

L'apathie est associée à une perte d'autonomie fonctionnelle retentissant sur les activités de la vie quotidienne. La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et étant apathique a une conscience partielle de ses troubles, qu'ils soient cognitifs, physiques et/ou comportementaux (Brocker, Clairet, Benoit, & Robert, 2003). Elle entraîne également un épuisement plus prononcé chez les aidants. Elle pèse plus sur leur qualité de vie que la perte d'autonomie ou l'atteinte cognitive elle-même (Postec, 2015).

Selon la sévérité de l'apathie, le patient :

- Participera moins à des activités qu'avant,
- Ne présentera plus de plaisir ou de désir à faire les choses,
- Montrera une diminution de ses centres d'intérêt,
- Ne prendra plus d'initiatives par lui même,
- Aura une diminution d'envie de découvrir de nouvelles choses,
- N'éprouvera plus d'émotions devant des situations émotionnelles que ce soit positif ou négatif,
- Pourra présenter des difficultés d'autocritique et de critique par rapport à une situation qui peut s'avérer dangereuse,
- Ne fera plus l'effort de faire une action s'il la juge difficile,
- Suivra moins les conversations et ne les commencera plus, ce qui diminuera ses relations sociales,
- Présentera un retentissement sur son hygiène corporelle, l'état nutritionnel, l'alimentation, les plaies éventuelles (escarres...) et l'observance médicamenteuse

(HAS, Maladie d'Alzheimer et maladie apparentées: diagnostic et prise en charge de l'apathie, 2014).

L'apathie diminue donc l'autonomie de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Elle nécessite un suivi systématique, globale et pluridisciplinaire. La personne apathique a besoin d'être stimulée au quotidien.

« Selon une étude réalisée par Gerritsen et al., portant sur 92 patients atteints de la maladie d'Alzheimer institutionnalisés, l'apathie altérerait la qualité de vie des résidents présentant une atteinte cognitive légère et améliorerait celle des résidents avec une atteinte cognitive sévère. Ceci est dû au fait que l'indifférence des patients apathiques à l'égard de leurs problèmes de santé contrebalancerait les effets de la perte d'autonomie » (Postec, 2015).

d) Prise en charge de l'apathie

L'ergothérapeute doit accompagner la personne âgée apathique dans sa globalité avec ses habitudes de vie, ses valeurs, ses croyances, sa culture. Ainsi ce suivi sera individualisé et adapté à la personne car il prendra en compte la volition et l'habitué de la personne.

Il faut comprendre ce que ressent la personne et identifier ce qui la perturbe : pourquoi ne veut-elle pas participer ? Est-ce qu'elle trouve les tâches à réaliser trop complexes ou difficiles et a-t-elle peur de se retrouver en situation d'échec ? Est-ce qu'elle ne voit pas d'intérêt à l'activité ? Est-ce qu'elle

manque de stimulation ? Il faut pouvoir répondre à ces questions et au ressenti de la personne pour adapter son attitude face au patient et un accompagnement le plus approprié et adapté possible. L'ergothérapeute pourra également évaluer les habilités restantes de la personne pour pouvoir améliorer son investissement dans ses AVQ et la stimuler de manière adaptée afin de diminuer son apathie. Pour faire cela, l'ergothérapeute pourra essayer de stimuler la personne à l'aide d'une médiation signifiante pour la personne, qui a du sens pour cette dernière. En utilisant une activité qui était dans les habitudes de vie de la personne, que la personne aimait, l'ergothérapeute aura plus de chance que cette activité ait un impact sur la personne. Si l'activité a un impact, cela aidera la personne à sortir peu à peu de son apathie. En diminuant l'apathie, la personne sera plus impliquée dans les activités, participera davantage, ce qui aidera à la stimulation et au maintien de ses capacités restantes. Elle pourra alors participer plus activement à ses activités de vie quotidienne et ainsi aider au maintien de ses habilités et de son autonomie.

Le cadre des activités doit être un environnement connu de la personne, stimulant et sécurisant pour elle. Elle doit pouvoir se sentir à l'aise et en sécurité dans cet environnement et pendant l'activité pour favoriser sa participation et éviter le repli sur soi, ce qui permettrait de diminuer son apathie. Il est également important de valoriser la personne pour qu'elle renforce son estime de soi et l'inciter à continuer l'activité, favoriser sa participation et ainsi diminuer son apathie (HAS, Maladie d'Alzheimer et maladie apparentées: diagnostic et prise en charge de l'apathie, 2014).

Les activités peuvent se faire, soit en groupe soit en séances individuelles. Lors de séances en groupe, il est préférable d'inclure la personne dans des groupes restreints où il n'y a pas un nombre trop important de personnes. Cela permet de favoriser sa participation et sa prise d'initiative. Dans le cas contraire, elle pourrait avoir tendance à se replier sur elle-même ce qui diminuerait son implication dans l'activité.

L'ergothérapeute peut également former et informer les soignants et les aidants familiaux de la personne âgée apathique. Il peut faire cela en leur expliquant ce qu'est l'apathie, comment l'identifier et comment réagir face à une personne apathique. Il est important de leur dire que le manque de motivation de la personne n'est pas un comportement voulu et qu'ils comprennent les symptômes de ce trouble. Il ne faut pas forcer la personne à faire une activité qu'elle n'a pas envie de faire. Cela pourrait renforcer son repli sur soi et par la même occasion renforcer son apathie. Il faut éviter qu'elle s'isole et se renferme sur elle-même complètement. Ceci pourrait augmenter sa perte d'autonomie et sa dépendance. Par conséquent il est important de lui proposer, différentes sources de stimulations (motrices, cognitives, sensorielles ou sociales) et sources d'intérêt pour le patient pour éviter le repli sur soi (Postec, 2015). Ces propositions doivent être fait sans contraindre la personne. Il est important

que l'autonomie du patient dans les activités de la vie quotidienne soit encouragée et valorisée. Cela permet au patient d'être davantage acteur de son suivi. L'attitude des aidants familiaux et des soignants face à l'apathie de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer est essentielle pour que cette dernière n'augmente pas (HAS, Maladie d'Alzheimer et maladie apparentées: diagnostic et prise en charge de l'apathie, 2014).

III. Suivi ergothérapique

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont suivies par une équipe pluridisciplinaire constituée de professionnels de la santé. Parmi ces derniers, il y a l'ergothérapeute qui, comme les autres professionnels, a un champ d'intervention qui lui est propre.

a) Définition de l'ergothérapie

Etymologiquement, le mot ergothérapie vient du grec *ergon* qui signifie travail, activité et *therapia* qui signifie soin, thérapie. Ainsi l'ergothérapie est la thérapie par l'activité.

D'après l'Association Nationale Française d'Ergothérapie (ANFE) « L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. L'objectif de l'ergothérapie est de restaurer, permettre et maintenir les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société ». L'ergothérapeute exerce sous prescription médicale.

b) Ergothérapie et Maladie d'Alzheimer

L'ergothérapeute auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer peut travailler dans différents lieux de vie. Il peut travailler au domicile du patient et/ou en institution.

Il peut travailler en institutions dans :

- Un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes),
- Un accueil de jour,
- Un PASA (Pôle d'Activité de Soins Adaptés),
- Une UVA (Unité de Vie Alzheimer),
- Une UHR (Unité d'hébergement Renforcée),
- Une USLD (Unité de Soins Longue Durée).

Et il peut travailler au domicile des patients en étant en libéral ou par le biais d'une ESA (Equipe Spécialisée Alzheimer).

Il est important de prendre en compte le stade d'évolution de la maladie dans lequel se trouve la personne ainsi que le contexte environnemental dans lequel elle vit lors de la prise en soin. Les objectifs et les moyens du suivi vont dépendre de la volition de la personne, de ses capacités de rendement, de ses habitudes.

Pour chaque situation, l'ergothérapeute doit considérer la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer dans sa globalité en prenant en compte ses capacités et ses incapacités. Il doit prendre en compte les situations de handicap du patient. Cette situation de handicap est due aux éléments cités ci-dessus et à l'environnement de la personne. L'ergothérapeute doit également prendre en compte le projet de vie du patient et tenir compte de l'entourage de ce dernier.

Lorsque la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer demeure encore à son domicile, l'ergothérapeute peut intervenir pour donner des préconisations, des conseils pour aménager au mieux le lieu de vie de la personne. Il l'adapte en fonction de ses capacités et incapacités, et pour mettre en place des aides. Ces aides peuvent être humaines (auxiliaire de vie, infirmières, aides au ménage) ou matérielles. L'ergothérapeute pourra préconiser ces différentes aides que la personne peut accepter ou refuser. Il propose ces aménagements tout en tenant compte des habitudes de vie de la personne. Il peut donner des conseils et informer l'aidant principal, qui est généralement le conjoint mais qui peut également être les enfants, pour pouvoir alléger leur charge. Le but étant d'essayer de permettre à la personne de demeurer le plus longtemps possible chez elle et d'améliorer sa qualité de vie. L'ergothérapeute peut également donner des conseils aux aidants professionnels pour la mobilisation du patient lors des transferts, de la toilette, de l'habillage et/ou des soins, si besoin, tout en rappelant ses capacités. Il est important que le patient continue à faire les choses par lui-même dans la mesure de ses capacités afin de maintenir son autonomie le plus longtemps possible (Trouvé, et al., 2009).

Lorsque la maladie évolue et que la personne ne peut plus rester à domicile, elle est placée en lieu de vie encadré par du personnel soignant tel que des EHPAD. Les personnes sont alors à un stade modéré à sévère de la maladie.

L'ergothérapeute a toujours pour objectifs principaux d'améliorer la qualité de vie de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en améliorant son indépendance et son autonomie. Il aide à améliorer et/ou maintenir le rendement occupationnel et les habilités de la personne. Il doit réaliser ces objectifs en prenant en compte l'environnement social et matériel de cette dernière. Il a également

pour but de stimuler et entretenir ses habilités résiduelles, de compenser ses déficits en trouvant des moyens, des stratégies de compensation. Il va avoir pour objectifs de rééduquer, réadapter la personne aux activités de la vie quotidienne. L'ergothérapeute va également avoir pour objectif la réinsertion sociale de la personne âgée. Il peut aussi lui redonner confiance en elle et de ses capacités, d'améliorer son estime d'elle-même en la revalorisant et peut aussi essayer de diminuer les troubles du comportement de la personne en la rassurant.

L'ergothérapeute va pouvoir évaluer les capacités de rendement et les habilités de la personne de la personne à l'aide de bilans et grilles d'observations pour pouvoir adapter au mieux son accompagnement au patient de la manière la plus personnalisée possible. L'accompagnement doit également prendre en compte les habitudes du patient et ses projets.

L'ergothérapeute pourra, pour répondre à ces objectifs, mettre en place des séances, en individuel ou en groupe, en adaptant l'activité en fonction de chaque patient pour qu'ils soient en mesure de réaliser cette dernière. L'activité est réalisée à l'aide de médiations. Ces médiations peuvent être des jeux, des activités manuelles, des activités artistiques, des activités avec des animaux. Ces activités doivent également être choisies en fonction des centres d'intérêt de chaque personne présente, de leur volition, pour qu'elles aient un sens pour ces personnes. Ainsi ces dernières pourront s'investir au maximum de leurs habilités et capacités de performance. Elles prendront alors du plaisir à agir et à échanger, à partager avec le thérapeute ou entre elles, s'il s'agit d'une séance de groupe.

L'ergothérapeute peut également essayer d'améliorer positionnement au lit ou/et au fauteuil du patient en ajustant la posture de ce dernier. Il peut effectuer des réglages techniques sur le fauteuil ou le lit tel que la hauteur d'assise et en ajustant et/ou ajoutant des coussins de positionnement. Ceci permet d'améliorer l'autonomie de la personne car la personne est alors dans une position permettant à cette dernière d'avoir accès à toutes ses capacités de performance et habilités résiduel. Le travail de positionnement de l'ergothérapeute permet également d'augmenter le confort de la personne car elle se retrouve dans une position qui ne détériore pas davantage sa santé. Tout ceci permet d'améliorer la qualité de vie de la personne et sa participation. Plus la maladie d'Alzheimer est avancée et plus les habilités de la personne seront diminuées. La personne sera donc de plus en plus en fauteuil et au lit et le travail de positionnement de l'ergothérapeute sera plus important pour des personnes au stade sévère de la maladie.

De plus, la coopération et la collaboration interprofessionnelle entre l'ergothérapeute et le reste des professionnels médicaux et paramédicaux est nécessaire pour une bonne cohérence et efficacité dans la prise en soin du patient (Trouvé, et al., 2009).

c) Modèle Conceptuel du MOH

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) est un modèle conceptuel ergothérapeutique créé par Gary Kielhofner. La dernière édition du modèle réalisé par G. Kielhofner date de 2008.

Ce dernier (2008) décrit l'occupation humaine comme étant la réalisation d'activités de la vie quotidienne, de loisirs et de productivité dans un environnement physique, temporel et socio-culturel donné. Selon le MOH, l'occupation est primordiale pour l'organisation d'une personne et dépend de l'environnement. Le fait d'agir, de réaliser une activité aide la personne à se définir, se construire.

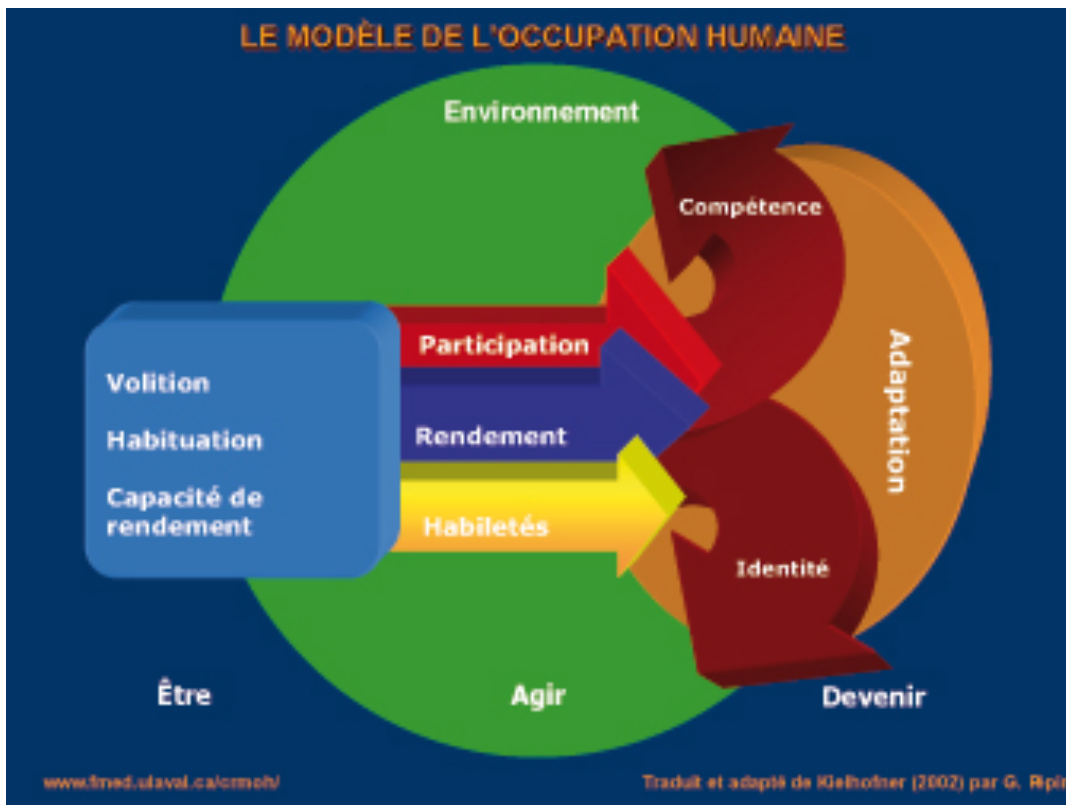


Schéma 1 : Le Modèle de l'Occupation humaine

Le MOH est constitué de quatre composants : l'être, l'agir, le devenir et l'environnement.

A. « L'Être »

L'être regroupe les caractéristiques personnelles de l'individu qui vont influencer la manière d'agir de la personne et ses choix. L'être est composé de trois parties différentes : la volition, l'habituation et la capacité de performance.

La volition correspond à la motivation d'une personne à agir sur son environnement. Elle est constituée des valeurs, intérêts et causalité de l'individu. Les valeurs correspondent à ce que la personne considère comme important et qui a du sens pour elle, qui est significatif. Les intérêts s'appliquent à ce que la personne trouve agréable et satisfaisant à faire pour elle. La causalité occupationnelle

correspond aux connaissances objectives de la personne et ce qu'elle pense connaître à propos de son efficacité et sa capacité à réaliser une tâche. La volition permet à la personne de faire des choix et de s'engager dans les activités qu'elle entreprend.

L'habituatation est l'organisation et intériorisation des comportements semi-automatisés réalisés par la personne dans un environnement qui lui est familier. Elle comprend les habitudes et les rôles de la personne. Les rôles s'appliquent au statut personnel et/ou social et les comportements, attitudes leurs correspondant. L'habituatation fait partie intégrante de l'identité de la personne.

La capacité de rendement correspond à l'aptitude à agir grâce aux composantes objectives sous-jacentes de la personne, c'est à dire son système organique (système musculo-squelettique, neurologique, cardio-respiratoire, sensoriel et cognitif) et l'expérience qu'elle a de son corps (si elle ressent de la douleur, de la fatigue, du bien-être). Ces composantes et ces ressentis vont avoir un effet sur la réalisation et l'implication dans l'activité (Morel-Bracq, Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux, 2017). L'être est essentiel à la participation de la personne aux activités, que ce soit lors de séances thérapeutiques ou activités de la vie quotidienne.

B. « L'Agir »

L'agir comprend la participation occupationnelle, la performance occupationnelle et les habilités.

La participation occupationnelle correspond au fait d'agir, de réaliser une activité et l'implication effective dans ses activités.

La performance occupationnelle s'applique à l'exécution des différentes tâches nécessaires à la réalisation d'une activité et donc à la participation occupationnelle.

Les habilités : il s'agit des capacités observables pour la réalisation d'une activité. D'après Kielhofner (2008), les habitudes sont composées des habilités motrices, cognitives et des habilités d'interaction et de communication.

C. « Le Devenir »

Il comprend l'identité occupationnelle, la compétence occupationnelle et l'adaptation.

L'identité occupationnelle est l'accumulation des expériences de la personne en prenant en compte ce que la personne est, son « être » et ce qu'elle voudrait devenir et donc ce qu'elle souhaite faire dans le futur.

Les compétences occupationnelles correspondent à la capacité de la personne à poursuivre une activité et maintenir une routine occupationnelle en accord avec son identité occupationnelle.

L'adaptation : l'identité et les compétences occupationnelles vont permettre une adaptation pour les

occupations futures de la personne en tenant toujours compte de l'environnement (Morel-Bracq, Modèle conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux, 2017) .

D. L'Environnement

L'environnement comprend l'aspect physique et temporel et l'aspect social autour de la personne tels que le lieu, les objets, le temps, les personnes, les animaux présents. L'environnement entraîne des ressources, des opportunités mais également des demandes, des exigences et des contraintes qui vont avoir un impact sur la personne, sa volition, sa participation occupationnelle dans les activités.

L'environnement est en interaction constante entre les trois autres composantes du MOH et ces derniers sont en interaction entre elles. Si l'une est modifiée alors tout le reste l'est également. L'environnement va pouvoir les faire évoluer et par conséquent faire évoluer la participation et la motivation de la personne pour l'activité (Morel-Bracq, Modèle conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux, 2017).

E. Ergothérapie, maladie d'Alzheimer, médiation animale et MOH

Le MOH « permet de structurer le recueil des données concernant la personne, de comprendre ses forces et ses faiblesses concernant son engagement dans l'activité et de mettre en place un traitement ergothérapeutique » (Morel-Bracq, Modèle conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux, 2009). L'ergothérapeute peut, à l'aide du MOH, structurer son suivi de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en se concentrant sur les éléments qui permettent l'engagement de la personne dans ses activités. Il va chercher à améliorer l'engagement dans les activités et dans ses séances thérapeutiques afin d'augmenter la participation occupationnelle de la personne. Ceci lui permettra d'améliorer ou maintenir les habilités résiduelles de la personne et ainsi de maintenir son autonomie.

L'engagement occupationnel de la personne apathique atteinte de la maladie d'Alzheimer dépend de sa volition, de ses habitudes et de ses capacités de rendement ainsi que de ses interactions avec son environnement matériel ou social. La composante de l'Etre et celle de l'Environnement étant en constante interaction, si l'une d'elle est modifiée, l'autre le sera également. Ainsi, l'ergothérapeute en utilisant l'animal comme médiation thérapeutique va pouvoir modifier l'environnement de la personne, ce qui va modifier la volition de la personne et donc sa motivation à participer à une activité. La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer peut alors vouloir participer à la médiation animale, ce qui va augmenter sa participation occupationnelle. Les habilités de la personne ainsi que son rendement occupationnel en seront impactés.

L'interaction entre l'Être, l'Agir et l'Environnement de la personne va permettre à cette dernière de développer ses compétences et son identité. Ceci va entraîner un engagement plus important de la personne dans ses activités et dans son suivi ergothérapeutique également.

IV. L'animal en ergothérapie

a) La médiation animale

i) Définition de médiation

Une médiation est une « entremise destinée à concilier des personnes ou des parties, à amener un accord » (Quélin Souligoux, 2003). Il s'agit donc d'un intermédiaire, d'un moyen entre deux entités, entre deux personnes. La médiation peut être : une activité artistique ou de création (peinture, dessin, musique, mosaïque, argile, collage, vannerie), de l'écriture, un jeu de société, jeux divers, du jeu théâtral, un animal. Un ergothérapeute peut utiliser ces médiations en tant que moyens thérapeutiques. Ces moyens pourront permettre de répondre aux objectifs que l'ergothérapeute a fixé pour le suivi du patient.

La médiation thérapeutique sert de support à la relation entre deux personnes (le thérapeute et le patient) ou plus. Elle sert également de moyen de communication en ayant une place d'intermédiaire entre ces personnes.

ii) Histoire de la zoothérapie

Il y a toujours eu une relation entre l'homme et l'animal. Il aidait les humains à survivre, que ce soit par la sécurité (chien de garde, de catastrophe, d'avalanche), de manière utilitaire, (chien guide d'aveugle, chien d'assistance, chevaux de trait, le cheval comme moyen de transport), pour se nourrir, et pour leur compagnie (animaux de compagnies) (Sarica & Zaïd, 2017) .

L'utilisation volontaire de l'animal pour améliorer le bien-être psychique débutera au XIX^e siècle en Belgique à Geel dans un établissement pour personnes « folles, idiots, imbéciles, hystériques et des épileptiques » (Sarica & Zaïd, 2017). Ces personnes s'intéressaient aux animaux présents tels que des vaches, qu'ils soignaient, ou des oiseaux en s'en occupant. Ces derniers devenaient leur compagnons (Sarica & Zaïd, 2017).

En 1792 dans le Yorkshire en Angleterre, William Tuke créa le « York Retreat » qui accueillait des « malades mentaux » où, contrairement aux asiles de l'époque, ils n'étaient ni enchaînés, ni enfermés ou battus. Il a pu observer que les patients qui étaient amenés à s'occuper des animaux présents sur

le domaine, à prendre soin d'eux, réussissaient à se concentrer, se responsabiliser et que cela leur redonnait confiance en eux (AFTAA, 2017).

En 1854 une infirmière britannique, Florence Nightingale utilisait des animaux auprès des troupes anglaises pour pouvoir améliorer le moral de ces dernières (Sarica & Zaïd, 2017).

C'est en 1953 que la zoothérapie est découverte par Boris Mayer Levinson, un pédopsychiatre américain. Un jour, alors qu'il était dans son cabinet avec son chien Jingles dont la présence était exceptionnelle, un enfant autiste et ses parents sont arrivés en consultation en urgence. Le garçon qui n'avait jamais communiqué avec le monde extérieur auparavant, va caresser le chien et va lui parler. Il demanda ensuite à ses parents s'il pourra revoir le chien. Boris M. Levinson comprend alors que Jingle peut servir de médiateur entre lui et le patient et qu'il favorise la discussion, la communication. A partir de ce moment-là, il utilisera son chien comme assistant thérapeutique pour ses différents patients (AFTAA, 2017).

Il rédigea un ouvrage intitulé « Pets and Human Development » en 1972 dans lequel il a décrit les bienfaits des animaux sur l'homme et nomme sa théorie, la « Pet Therapy », qui signifie thérapie par l'animal. Cette théorie sera par la suite renommée en « Pet oriented therapy » que l'on peut traduire par thérapie assistée par l'animal. Elle sera introduite en France en 1976 par le biais d'Ange Condoret, un vétérinaire français qui mettait au point des expériences sur la relation entre divers animaux et des jeunes enfants atteints de troubles du langage. Ces expériences lui ont permis d'observer que par l'utilisation d'animaux en séances, les enfants ont présenté des améliorations du langage. Leur développement était plus rapide et les relations sociales améliorées car ils allaient plus facilement vers les autres personnes et étaient moins repliés sur eux mêmes (Sarica & Zaïd, 2017).

iii) Différents types de médiations animales

Etymologiquement, le terme zoothérapie vient du mot grec « zoo » qui signifie animal et de « therapeia » qui signifie soin, cure. Il s'agit d'une intervention basée sur la relation homme/animal qui a pour objectif d'améliorer la qualité de vie du bénéficiaire par le biais de l'animal. L'animal joue un rôle de médiateur entre l'intervenant et le ou les bénéficiaire(s).

Le terme de zoothérapie regroupe aujourd'hui différentes pratiques :

- La Thérapie Assistée par l'Animal (TAA) : D'après la Delta Society²⁰, il s'agit d'*« une intervention dirigée vers un objectif concret dans lequel un animal répondant à des critères spécifiques fait partie intégrante du processus thérapeutique. La TAA est dispensée par un professionnel de la*

²⁰ Association à but non lucratif australienne sur la relation homme-animal et les chiens médiateurs. <https://www.deltasociety.com.au/>

santé ou du social ayant une expertise spécifique dans le cadre de sa pratique. La TAA est conçue pour promouvoir l'amélioration du fonctionnement physique, social, émotionnel et cognitif de l'humain. Ce processus doit être documenté et évalué. » La TAA doit également avoir un cadre thérapeutique établi clairement et ses objectifs doivent être thérapeutiques. La TAA peut se faire en individuel ou en petit groupe. Le professionnel de santé ou du social doit être formé à cette pratique et le chien doit lui être éduqué et choisi avec soin.

- L'activité assistée par l'animal (AAA) : D'après l'IAHAIO²¹, il s'agit d'« interactions ou visites informelles souvent menées par un bénévole et son animal avec des objectifs de motivation, d'éducation ou de récréation mais sans aucun objectif thérapeutique. Elles sont proposées généralement par des personnes n'ayant pas de qualifications ou compétences dans le domaine de la santé, de l'éducation et du soin. Le duo homme/animal doit avoir reçu une formation initiale. La personne peut être amené à travailler formellement et directement avec un professionnel de santé, il participe alors à une TAA menée par le professionnel de santé dans le cadre de sa spécialité. »

La médiation animale peut être utilisée à des fins thérapeutiques, éducatives et/ou sociales en fonctions du professionnel qui l'utilise. Cette dernière peut être utilisée dans des structures sanitaires, médico-sociales et sociales. Les médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes peuvent utiliser cette médiation ainsi que des éducateurs, des moniteurs d'équitation, des enseignants. Ces différents professionnels doivent être formés à cette médiation qui est alors une spécialisation en plus de leur profession initiale. Ils ont alors le titre de zoothérapeute. Ils peuvent se former par exemple à l'Institut de Formation en Zoothérapie (IFZ) dirigée par François Beiger.

iv) Prérequis de la médiation animale

Les animaux qui peuvent être utilisés pour la médiation animale sont le chien, le cheval, le chat, l'âne ainsi que certains rongeurs tels que des lapins ou des cochons d'inde. L'animal doit être soigneusement choisi et éduqué pour pouvoir être un animal médiateur.

Il doit :

- Etre réceptif, calme, sociable, propre,

²¹ The International Association of Human-Animal Interaction Organizations. Livre Blanc de l'IAHAIO traduit par l'association française pour la médiation animale Licorne et Phénix en 2015

- Etre obéissant,
- Posséder un comportement stable,
- Apprécier l'interaction avec les humains et avoir une confiance importante en l'humain de manière générale,
- Réagir de façon adéquate à une situation imprévisible ou inconnue
- Pouvoir supporter une situation stressante et ne manifester ni peur, ni agressivité, ni anxiété,
- Se laisser manipuler (Beiger, L'enfant et la médiation animale, une nouvelle approche parla zoothérapie, 2008) .

Une séance ne doit pas être trop longue et ne pas dépasser une heure. Elle doit se dérouler dans un lieu où le patient se sent en sécurité. Le thérapeute doit veiller au bien-être de l'animal et lui laisser des temps entre les séances pour qu'il puisse se reposer.

b) La thérapie assistée par l'animal

i) Bénéfices de la thérapie assistée par l'animal

La médiation animale peut être utilisée comme médiation auprès de différentes populations. Elle peut s'adresser aux enfants, adultes et personnes âgées en situation de handicap. Ces personnes peuvent présenter une pathologie ou fragilité physique, cognitive, psychique, sociale ou affective.

L'animal est un être doté d'une sensibilité. Il peut ressentir la joie, la tristesse, les angoisses des autres que ce soient des animaux ou des humains (Beiger, L'enfant et la médiation animale, une nouvelle approche parla zoothérapie, 2008).

« Le besoin de communiquer, de créer et de développer des liens est une nécessité » (Beiger, L'enfant et la médiation animale, une nouvelle approche parla zoothérapie, 2008). Ce dernier fait partie des besoins fondamentaux présentés dans la pyramide de Maslow (CF Annexe I). Il est donc important de les maintenir pour le bien-être de la personne et son intégration sociale. L'animal facilite la communication entre les patients et le thérapeute. Il aide ainsi à l'insertion sociale de la personne (Beiger, L'enfant et la médiation animale, une nouvelle approche parla zoothérapie, 2008). L'animal sert de médiateur entre le thérapeute et le patient. Il ne juge pas la personne et accepte la personne comme elle est. Elle se sent donc plus facilement en confiance avec l'animal. Il y a une curiosité mutuelle qui se met en place.

Un des moyens de communication entre la personne et l'animal est le toucher. Le fait de toucher un animal, de le caresser peut être source de plaisir pour la personne (Barthalot, 2001). Elle arrivera plus

facilement à aller vers et à parler à l'animal. Le toucher permet de créer des relations, les développer plus facilement et augmente l'estime de soi de la personne. Ce dernier est essentiel pour établir une relation de confiance, pour la confiance en soi, en l'autre, et pour le bien être. Il entraîne une diminution de l'anxiété, de l'agressivité. Le toucher peut être rassurant pour la personne (Beiger & Dibou, La zoothérapie auprès des personnes âgées Une pratique professionnelle, 2017) .

La Thérapie assistée par l'animale (TAA) présente différents bénéfices :

Aspect moteur :

- Améliore la motricité fine et globale et la dextérité motrice
- Améliore la coordination bi-manuelle et oculomotrice
- Améliore l'équilibre et la posture
- Améliore les habilités de déplacement, la marche et les transferts
- Stimuler le toucher et les sens (Beiger & Dibou, La zoothérapie auprès des personnes âgées Une pratique professionnelle, 2017)

Aspect cognitif :

- Améliore l'attention et la concentration
- Améliore les habilités à s'organiser et s'adapter et la flexibilité mentale
- Améliore la mémoire à court et long terme (Beiger & Dibou, La zoothérapie auprès des personnes âgées Une pratique professionnelle, 2017)

Aspect Intra-personnel :

- Réduit l'anxiété
- Améliore le sentiment d'utilité, d'accomplissement
- Améliore ou restaure l'estime de soi et la confiance en soi,
- Améliore les capacités de vigilance
- Améliore la motivation, la **volition** de la personne

Aspect Comportemental :

- Augmente la verbalisation de ce que ressent la personne
- Diminue l'agressivité et l'agitation
- Réduit les troubles du comportement (Lehotkay, Orihuela-Flores, Deriaz, & Galli Carminati, 2012)
- Améliore l'humeur de la personne
- Responsabilise la personne et revalorise la personne (Beiger & Dibou, La zoothérapie auprès des personnes âgées Une pratique professionnelle, 2017)

Aspect social :

- Améliore la communication et la socialisation,

- Apporte du réconfort,
- Diminue l'ennui,
- Rompt l'isolement et diminue le repli sur soi,
- Améliore la participation à des activités (Cano, 2017).

La TAA vise à l'amélioration de la qualité de vie de la personne (Sarica & Zaïd, 2017). La personne n'aura plus pour seul but de progresser, elle aura envie de faire plaisir à l'animal et donc sera davantage motivé pour agir. Elle peut également se sentir responsable de l'animal. L'augmentation de sa motivation permettra à la personne d'être plus active lors des activités, lors des séances de rééducation et également en dehors de ces séances (Beiger & Dibou, La zoothérapie auprès des personnes âgées Une pratique professionnelle, 2017).

« Toute amélioration de la condition de la personne est due à une volition nourrissante que ce soit avec un humain ou un animal » (Sarica & Zaïd, 2017). Donc s'il y a amélioration de la volition de la personne, par une augmentation de sa motivation, de son intérêt pour l'activité, alors ses habilités seront améliorées ou maintenues. La personne aura donc une meilleure participation occupationnelle et une meilleure qualité de vie.

ii) L'animal auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Le simple fait de la présence de l'animal peut engendrer des réactions chez les personnes atteintes d'Alzheimer. La personne ira plus facilement vers l'animal. Elle va plus facilement se confier à l'animal qui peut ainsi vite devenir son confident car elle ne va pas se sentir jugée. Cette réaction est visible sans l'animal mais prend plus de temps. Cette présence permet à la personne âgée de s'exprimer plus facilement. Ceci permet alors de créer et renforcer les liens sociaux de la personne et d'augmenter ses interactions sociales, surtout pour les personnes repliées sur elles-mêmes, apathiques. La relation est ainsi plus facile entre la personne et les autres résidents et également avec le thérapeute. Entre résidents ils vont plus facilement parler entre eux, en parlant de l'animal par exemple.

La TAA aide les personnes repliées sur elles-mêmes à sortir de leur isolement grâce à la stimulation sensorielle qu'apporte l'animal. Elle permet de réduire les troubles du comportement tel que l'apathie. Cette stimulation facilite l'expression des émotions de la personne et par conséquent peut diminuer son émoussement affectif en cas d'apathie (Vaillant-Ciszewicz, Rossi, Quaderi, & Palazzolo, 2017). Au fil des séances, les patients peuvent s'attacher à l'animal, ce qui a un effet motivant pour eux. Ils ont alors envie d'être présents lorsque l'animal est présent et ils peuvent avoir envie de participer à nouveau aux séances. Ceci permettra de maintenir leur participation occupationnelle et de maintenir

le plus longtemps possible leurs habilités résiduelles (Lehotkay, Orihuela-Flores, Deriaz, & Galli Carminati, 2012).

Par le biais de la médiation animale, les capacités de mémorisation peuvent également être améliorées. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer arrivent plus facilement à se rappeler ce qui s'est passé lors des séances, ce qu'elles ont ressenti pendant ces séances. Le lien entre les séances pourra également être plus facilement maintenu. Les activités avec l'animal sont vécues comme apaisantes et source de plaisir, de joie. Les personnes ont envie d'avoir à nouveau ces sensations et ont donc envie de revenir et de participer (Beiger & Dibou, La zoothérapie auprès des personnes âgées Une pratique professionnelle, 2017).

L'estime de soi est augmentée car la personne peut se responsabiliser en prenant soin de l'animal. La personne peut se sentir acteur et c'est à son tour d'aider à prendre soin de quelqu'un, elle se sent alors exister et elle se sent importante (Vaillant-Ciszewicz, Rossi, Quaderi, & Palazzolo, 2017). Cela peut être motivant pour la personne et ainsi, augmenter sa participation lors de l'activité avec l'animal. L'attention que ce dernier porte à la personne en allant la voir est revalorisante. Elle peut alors se sentir reconnue par l'animal et appréciée telle qu'elle est, comme l'animal ne juge pas et n'a aucun préjugé. Le besoin de reconnaissance est essentiel pour le bien être d'une personne, il fait partie des besoins fondamentaux de la pyramide de Maslow (CF Annexe I). La présence de l'animal en séance va donc améliorer le bien être de la personne atteinte d'Alzheimer, sa volition et participation occupationnelle et maintenir ses habilités. La thérapie assistée par l'animal va par conséquent améliorer la qualité de vie de la personne.

Pour la personne apathique atteinte de la maladie d'Alzheimer, le fait d'agir dans une activité avec l'animal va entraîner une augmentation de sa participation occupationnelle ce qui aidera au maintien ou à l'amélioration de son rendement occupationnel et de ses habilités. Ces changements peuvent avoir un impact sur l'être de la personne et son devenir. La volition de la personne pourra se voir augmentée. Les envies, attentes de la personne, son implication dans les activités seront modifiées.

iii) Médiation animale en ergothérapie

L'ergothérapeute doit avoir des objectifs individualisés pour chaque patient lors des séances avec l'animal. Ces objectifs seront définis préalablement aux séances de médiation animale par des bilans, des mises en situations, des observations. Les objectifs doivent d'avantage prendre en compte les capacités de la personne plus que ses déficiences. Ces différents objectifs permettent de mettre en place et structurer les séances avec l'animal. Lors de ses séances, l'ergothérapeute pourra utiliser différents moyens pour répondre à ces objectifs en utilisant des exercices directement avec l'animal ou des exercices sans l'animal, ces derniers restant sur le thème des animaux.

Il doit être capable d'observer le comportement de l'animal face aux patients et inversement.

Ainsi il pourra observer et analyser les différentes réactions et comportements de la personne lors de l'interaction avec l'animal (Beiger, L'enfant et la médiation animale, une nouvelle approche par la zoothérapie, 2008). Cela lui permettra d'observer comment la personne s'adapte à la présence et l'interaction avec l'animal. L'ergothérapeute pourra verbaliser, mettre en mots ce qui se passe, faire des liens entre ce que la personne dit et ce qu'elle ressent et son état corporel. Il est important d'observer comment la personne âgée entre en contact avec l'animal. Ceci peut permettre au thérapeute d'obtenir des informations sur l'état de la personne d'un point de vue relationnel, que ce soit avec les autres personnes ou/et avec elle-même (Beiger & Dibou, La zoothérapie auprès des personnes âgées Une pratique professionnelle, 2017).

Lors de la thérapie assistée par l'animale(TAA), une relation triangulaire se met en place entre l'ergothérapeute, le patient et l'animal. Il s'agit de trois entités différentes avec un vécu, une histoire différente. Le patient avec sa situation d'handicap, ses différents troubles, ses angoisses ; l'animal avec son éducation, son caractère et le thérapeute avec sa compétence, ici ergothérapeute, ses expériences, ses connaissances, sa façon d'être et de faire.

Une relation de confiance entre ces trois êtres est primordiale pour que la thérapie assistée par l'animal fonctionne. Une bonne complicité est également essentielle entre le thérapeute et l'animal. Le thérapeute doit bien connaître le comportement et le caractère de l'animal. L'animal est là pour aider l'ergothérapeute, il sert de médiation. Le thérapeute doit faire attention aux réactions et interactions verbales et également non verbales dans cette relation triangulaire. L'animal, de par son comportement va pouvoir aider le thérapeute à comprendre dans quel état émotionnel se trouve la personne. Ainsi le thérapeute pourra adapter son suivi et trouver des pistes de travail adaptées.

Ce dernier doit tenir compte du fait que les moyens mis en place lors d'une séance ne fonctionneront pas de la même façon à chaque fois. Il doit être toujours attentif et adapter chaque séance. Il doit également profiter des opportunités auxquelles il n'aurait pas pensé qui peuvent survenir suite à l'interaction entre le/les patient(s) et l'animal. Il est important de finir les séances sur une note positive pour laisser le patient dans un état émotionnel positif (Sarica & Zaïd, 2017). Ainsi, le patient aura envie de revenir et de continuer à participer.

L'ergothérapeute doit rester maître du cadre de la séance et veiller au bien être de l'animal et des patients. L'ergothérapeute pourra entrer en contact plus facilement avec la personne et de manière moins directe, ce qui rendra la relation plus facile à construire. La personne atteinte d'Alzheimer pourra plus facilement se confier sur ce qu'elle ressent. Un thérapeute accompagné par un animal sera ressenti comme plus aimable que sans l'animal. Il paraît moins menaçant, plus gentil surtout pour les personnes réticentes à un suivi thérapeutique ou au soin, une personne apathique, par exemple. La présence de l'animal va ainsi motiver la personne à aller vers le thérapeute.

iv) Limite de la médiation animale

La présence d'un animal en institution peut présenter des risques. Ces risques peuvent être des risques de transmission de maladie infectieuse pour l'homme par l'animal et vice-versa. Ces infections sont des zoonoses. Il peut s'agir de virus, bactéries ou parasites. Les autres risques peuvent être des risques d'allergies, de morsures, de griffures, de chutes. La venue d'un animal dans un établissement de soins se fait selon la décision du directeur de l'établissement en question. Un suivi vétérinaire mensuel est nécessaire à la venue d'un animal en institution. L'animal doit être à jour de ses vaccinations. Le choix de l'animal doit également être appuyé par un contrôle vétérinaire. Il doit également être soumis à une analyse de son comportement. (Beiger, L'enfant et la médiation animale, une nouvelle approche par la zoothérapie, 2008).

La restitution et le témoignage des pratiques de la médiation animale par des articles scientifiques ou de « communication grand publique » est encore peu présente et peu diversifiée en France. « La France est néanmoins l'un des pays d'Europe les plus avancés en terme de pratique et d'innovation sur le secteur de la médiation animale » (Pralong, 2004). Un travail de recherche sur ce sujet reste important à produire pour que cette pratique soit d'avantage connue et reconnue.

A la suite de cette partie théorique, je suis arrivé à l'hypothèse suivante :

L'utilisation de la médiation animale en ergothérapie auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer permet d'augmenter la motivation et la participation aux activités de vie quotidienne.

Partie Pratique

I. Méthodologie de l'enquête

Après avoir défini les différentes notions dans la partie théorique, je vais passer à la partie pratique qui est l'enquête. Cette partie va permettre de valider ou non mon hypothèse.

L'enquête a été réalisée avec les objectifs suivants :

- Connaître la manière dont est mise en place la médiation animale en séances d'ergothérapie.
- Connaître le ressenti des ergothérapeutes sur l'impact de la médiation animale sur les personnes âgées atteintes d'Alzheimer et apathiques.
- Déterminer s'il y a une progression de la motivation et de la participation grâce à la médiation animale.

J'ai choisi de questionner des ergothérapeutes selon les critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

Critères d'inclusion des ergothérapeutes :

- Travaillant auprès de personnes âgées apathiques atteintes de la maladie d'Alzheimer
- Utilisant la médiation animale en séance
- Travaillant en institution.

Critère d'exclusion :

- Travaillant uniquement au domicile des patients
- Utilisant la médiation animale depuis au minimum un an.

J'ai préféré questionner des ergothérapeutes qui ne travaillaient pas uniquement au domicile car le fait de travailler en institution permet l'utilisation de la médiation animale avec un groupe de patients et pas seulement en individuel. On peut aussi voir plus facilement comment la personne est au quotidien. Les répercussions des séances d'ergothérapie en dehors du temps de ces dernières peuvent être plus facilement observables.

II. Enquête

a) Choix de l'outil

J'ai décidé d'utiliser un entretien semi-directif auprès d'ergothérapeutes travaillant auprès de patients apathiques atteints de la maladie d'Alzheimer.

L'entretien permet de pouvoir connaître et analyser le ressenti d'une personne lors d'une situation donnée. Il me permettra donc de connaître leur ressenti par rapport à la manière dont se passent les séances d'ergothérapie pendant lesquelles la médiation animale est utilisée. Cela me permettra

également d'avoir leur ressenti sur l'impact de cette médiation auprès des patients et comment cette médiation peut influencer la participation de ces derniers.

Un entretien semi-directif permet une certaine liberté de parole à l'enquêteur et à la personne questionnée, ici, les ergothérapeutes. Ce type d'entretien permet aux personnes questionnées de pouvoir parler librement sur les sujets abordés afin qu'elles puissent donner un maximum d'informations et permet une liberté dans leurs réponses. Cela permet également d'obtenir des idées supplémentaires auxquelles l'enquêteur n'aurait pas forcément pensées (De Ketele & Roegiers).

Mon enquête étant sous forme d'entretiens, j'ai donc rédigé un guide d'entretien. La première partie de ce dernier me permet de constituer le profil de chaque ergothérapeute interviewé. La deuxième partie concerne la médiation animale et son lien avec l'ergothérapie avec des questions générales et d'autres plus ciblées sur mon enquête et mon hypothèse et la dernière partie concerne l'ergothérapie auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (Cf. Annexe III).

b) Résultats

Tous mes entretiens ont été entièrement retranscrits, et l'un d'entre eux est présenté en annexe (Cf. annexe IV). Les trois ergothérapeutes rencontrés sont présentés sous la forme d'un tableau. Ce tableau présente leurs années d'expériences. Je nommerai ces ergothérapeutes E1, E2 et E3. Les trois ergothérapeutes utilisent la médiation animale en séances de groupe et en séances individuelle.

		E1	E2	E3
Expérience	Ergothérapie	6 ans	2 ans	4 ans
	Maladie d'Alzheimer	3 ans	2 ans	2ans
	Médiation animale	2 ans et demi	1 ans et demi	2 ans
	Formation	Oui : Institut de formation en zoothérapie (IFZ) et D.U. Relation Homme/Animal de Villeteuse	Oui : Chien d'éveil d'Anjou	Oui : Association française de thérapie assistée par l'animal (AFTAA)
	Animal utilisé	Chien (Berger australien) et poney shetland	Chien (Ladradoodle) : Chien guide d'aveugle réformé	Chien (Golden Retriever) formé par l'association

Tableau 2 : Présentation des ergothérapeutes interviewés

c) Présentation et analyse des résultats bruts

J'ai répertorié les résultats et leur analyse selon cinq thèmes afin de les présenter. Les cinq thèmes sont :

- Les bénéfices thérapeutiques de la médiation animale,
- L'impact sur la motivation et sur la participation,
- L'impact sur l'apathie,
- Le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie et enfin,
- Et les limites de la médiation animale.

i) Les bénéfices thérapeutiques de la médiation animale en séance d'ergothérapie auprès de personnes apathiques atteintes de la maladie d'Alzheimer

E1	<ul style="list-style-type: none">- « Domaine sensoriel (...) stimuler les sens, relaxer, apaiser, diminuer les angoisses »,- « Domaine cognitif (...) on va travailler l'orientation temporo-spatiale, la structuration des étapes d'une activité, développer l'attention conjointe, travailler la mémorisation, mémoire sur le court, long terme, mémoire de travail, de l'attention, de la concentration »,- « Travailler tout ce qui est communication, relation, socialisation, favoriser la communication verbale, non verbale (...) favoriser les échanges, encourager (...) encourager l'expression spontanée »,- « Faciliter la mise en mot des questionnements, des angoisses, des émotions (...) diminuer les comportements inadaptés, l'agitation, l'agressivité, encourager le respect »,- « Domaine de la motricité, psychomotricité, déplacement, on va favoriser l'équilibre, les déplacements, les transferts, la latéralisation, l'axe corporel, le centrage, l'orientation temporo-spatiale on la remet dedans, travail du schéma corporel, image du corps dans l'espace (...) stimuler les mouvements articulaires, la motricité fine, la motricité et la coordination oculomotrice, travailler sur le dialogue tonico-émotionnel, l'apaisement, la contenance (...) travail sur les différentes parties du corps en relation avec nous(...) les différentes positions et déplacements dans l'espace comparé avec nous aussi»,- « Dimension affective (...) le chien leur permet de briser la solitude car ils peuvent tout lui dire, favoriser un investissement affectif, leur permettre de mieux canaliser leur énergie, travailler la revalorisation, la confiance en soi, le sentiment d'utilité, diminuer les angoisses, de relaxer, favoriser le bien-être avec les temps de relaxation, responsabilisation par certaines tâches, valorisation par la réponse du chien à effectuer différents ordres »,- « Récréatif, loisir (...) retrouver des sensations qu'ils ont aimées ou qu'ils auraient aimées (...) l'objectif de dynamisation, d'apport ludique, convivial, amener du rire, du bien-être et puis raviver des souvenirs agréables ».
----	---

E2	<ul style="list-style-type: none"> - « Maintenir des capacités physiques et cognitives », - « Un moment de détente », - « Diminuer les angoisses et l’anxiété », - « Crée des liens entre les résidents et surtout passer un moment convivial », - « Réconfort » - « Dédramatiser » - « Apaiser les choses et favoriser des fois certains soins à côté », - « Apport affectif », - « Il ne va pas juger, il va voir tout le monde et si la personne est réceptive il retournera vers elle ».
E3	<ul style="list-style-type: none"> - « Va permettre de travailler la motricité, les praxies, l’orientation des objets dans l’espace », - « La motricité globale avec l’augmentation d’amplitude, avec les changements de bras, la coordination bi-manuelle pour changer de main », - « Préhensions fines », - « Travailler les mémoires immédiate, mémoire de travail et mémoire à long terme, - « Praxies d’habillage », - « Travailler sur la présence de l’autre, la place de l’autre, l’orientation du corps dans l’espace », - « Peut aussi permettre de travailler sur l’héminégligence », - « Objectifs de liens sociaux de travailler davantage l’expression », - « Utilisation des phasies et possibilités d’essayer de récupérer du vocabulaire », - « Au niveau de l’anxiété aussi c’est quelque chose qui va être visible », - « Il va y avoir une évolution positive sur les troubles du comportement, sur les agitations et sur les craintes », - « Améliorations au niveau de la latéralité, au niveau de la mémoire », - « Planification, praxies et tout ça, ça va aussi être positif (...) pour l’affectif, de même », - « l’ancrage est avant tout émotionnel, après, il va y avoir, pour ceux qui en ont des capacités, un ancrage aussi mnésique avec tout ce qui est temporel ».

Tableau 3 : Résultats bruts pour les bénéfices thérapeutiques de la médiation

Analyse : D’après ce que disent les trois ergothérapeutes, il y a de multiples bénéfices et objectifs thérapeutiques avec l’utilisation de la médiation animale en ergothérapie.

Ils parlent tous les trois de bénéfices sur le plan de la motricité des patients et du fait que l’utilisation de l’animal en séance permet d’améliorer et/ou maintenir les capacités motrices de la personne. Ces capacités pouvant être, selon E3 et E1, la motricité fine et globale, la coordination bi-manuelle et oculomotrice, l’orientation d’objet et du corps dans l’espace, la latéralisation.

Les capacités cognitives peuvent aussi selon les trois entretiens être améliorées et/ou maintenues grâce à l’utilisation de l’animal en séance d’ergothérapie. Les capacités cognitives qui reviennent le plus d’après E1 et E3 sont les capacités mnésiques, les capacités de planification et d’organisation des étapes de l’activité. E1 ajoute que l’orientation temporo-spatiale, l’attention et la

concentration peuvent également être maintenues. E3 quant à elle évoque que les praxies peuvent être travaillées ainsi que l'héminégligence s'il y en a et l'augmentation du vocabulaire des patients.

Les trois ergothérapeutes sont également d'accord pour dire qu'il y a des bénéfices sur la communication, la socialisation des résidents ainsi que sur le plan affectif. E1 explique que la médiation animale permet de « briser la solitude » des patients, de favoriser leur « investissement affectif ». Ceci peut permettre de réduire l'émoussement affectif de patients apathiques et peut également augmenter leur motivation. Selon elle, la médiation pourra permettre au patients de gagner en confiance en eux, en les revalorisant et les responsabilisant. E2 ajoute que l'animal n'émet pas de jugement, ce qui va favoriser le contact avec les résidents.

Il y aura également, d'après les entretiens, des bénéfices sur les troubles du comportement des résidents. Ils vont être moins agités, moins anxieux, plus apaisés. E1 ajoute que ces bénéfices peuvent être dus à la stimulation des sens des patients par la présence de l'animal. Elle parle également du fait que la médiation peut faciliter l'expression des craintes et des émotions des résidents, ce qui va aussi favoriser le dialogue et l'apaisement des patients. Pour E2, la présence de l'animal en séances individuelles peut également aider pour les soins et ainsi rendre l'accompagnement thérapeutique du patient plus facile.

Pour E1 et E2, la présence de l'animal en séance d'ergothérapie permet un moment agréable, convivial. Elle est, selon E2, un moment de détente pour les personnes, elle les change du quotidien. C'est donc pour les résidents, un moment qu'ils apprécient et cela peut les motiver à vouloir revenir pour les séances suivantes.

Pour conclure, la médiation animale utilisée en ergothérapie présente de multiples bénéfices sur les capacités des patients, sur leur comportement, leurs interactions avec les autres et leur bien-être.

ii) Impact de la médiation animale en séance d'ergothérapie auprès de personnes apathiques atteintes de la maladie d'Alzheimer sur la motivation et la participation

E1	<ul style="list-style-type: none">- « Si je dois décrire la médiation en un mot, je dirais moteur. C'est vraiment moteur pour les résidents, pour les patients. C'est super moteur, après il faut qu'il y ait un répondant »,- « Le chien, dans la population que je peux avoir fait partie des habitudes de vie de la personne »,- « Oui, pour la séance » (participation altérée en dehors des séances),- « Par exemple pour des gens avec de l'incurie (...) ils vont se lever, se laver, s'habiller »,
----	---

	<ul style="list-style-type: none"> - « Ils vont vers ce dont ils se souviennent où ils ont passé un bon moment et ils ont envie de repasser un bon moment », - « Prennent le temps de se lever de leurs fauteuils habituels »
E2	<ul style="list-style-type: none"> - « De voir le chien, ils vont se mettre à bouger, à parler et ils peuvent se souvenir qu'il y a l'atelier et ils sont très contents d'y aller », - « Le plus important c'est en dehors des séances », - « Ils sont toujours très contents de le voir, ils l'appellent. Et ça a même plus d'impact car en séance, ça touche que six personnes, sur la semaine, c'est vingt, trente personnes. C'est le plus important », - « C'est un contact qu'ils n'ont plus forcément ».
E3	<ul style="list-style-type: none"> - « Vous travaillez sur la maladie d'Alzheimer, et je pense que c'est avec eux que c'est le plus flagrant. C'est que très souvent ils ne vont pas me reconnaître, ils ne vont pas savoir qui je suis quand j'arrive, mais le fait de voir ma chienne, ils savent. Ils savent pourquoi on est là. Ils savent qui je suis, ils repèrent tout de suite. Ils ont tout de suite le sourire, et bizarrement ils sont d'accord pour se lever et venir marcher avec moi, alors qu'ils refusent de se lever de leur siège. Donc le chien a un impact motivationnel » - « Ça va être qu'ils ont eu un chien dans le passé donc ça va faire la réminiscence », - « À la différence d'une médiation non vivante, le fait qu'elle soit vivante c'est qu'elle va créer cette première initiation que les résidents n'ont pas forcément. Donc je pense que c'est un des aspects motivationnels. Je pense que les principaux ça va être qu'ils ont un souvenir de l'animal et qu'ils ont un lien affectif avec », - « C'est parce qu'ils voient mon chien qu'ils acceptent de venir en séance ou au moins qu'ils acceptent de communiquer et de se déplacer avec moi. Donc oui, ça a un impact sur la participation », - Le fait qu'ils voient la chienne ça les convainc de venir. Et puis le fait de leur proposer de venir m'aider à m'en occuper (...), ça les motive à se mobiliser pour venir avec moi », - « Ils vont communiquer avec des personnes autour au sujet de la chienne, alors que c'est des gens qui normalement restent dans leur bulle et communiquent pas. Après, les jours d'après, ça je ne peux pas vous dire si ces communications sont maintenues étant donnée que je ne suis pas là ».

Tableau 4 : Résultats bruts pour les impacts de la médiation sur la motivation et la participation

Analyse : Les trois ergothérapeutes sont d'accord pour dire que la médiation animale a un impact sur la motivation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. E3 pense que c'est d'ailleurs avec cette population que l'impact est le plus facilement observable. E1 ajoute en disant que cette médiation est « moteur » pour les patients. Pour E1 et E3, la présence de l'animal va entraîner une réminiscence des souvenirs d'un animal qu'ils ont eu, et les habitudes de vie qu'ils ont eu avec ce dernier. Ceci va avoir un impact sur leur motivation. Les souvenirs des personnes vont jouer un rôle important dans leur motivation. Selon E1, les personnes vont se diriger vers ce dont ils se rappellent, et où ils ont de bons souvenirs, « où ils ont passé un bon moment ». Ils ont ainsi envie de revenir en séance avec l'animal car il s'agit pour les personnes d'un souvenir agréable. Ceci va alors être motivant pour ces derniers. E3 pense que ce qui va motiver le plus les patients, ça va être les souvenirs qu'ils

peuvent avoir ainsi que les liens affectifs qui se créent entre eux et l'animal. Elle explique que les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ne la reconnaissent pas forcément mais reconnaissent son chien et savent qu'il va y avoir l'activité. Ils vont alors être motivés et vont se déplacer et sourire, alors qu'ils ne le feraient pas nécessairement si l'animal n'était pas présent. E3 ajoute que l'animal peut aller de lui même vers les personnes et initier le contact et la relation, ce qui peut motiver la personne à se mobiliser. E2 est également d'accord pour dire que la présence de l'animal va motiver les personnes à se déplacer et qu'ils seront « content d'aller en séance avec l'animal ». Que cette présence va apporter un contact différent du contact qu'ils peuvent avoir lorsque l'animal n'est pas présent. Ceci va aussi pouvoir les motiver.

Pour les trois ergothérapeutes, la participation est impactée pendant et en dehors des séances de médiation animale. E1 évoque que la participation en dehors destinée à la séance est importante. Elle donne l'exemple de patients incuriés qui vont se préparer pour être propres pour aller voir l'animal alors qu'ils ne font pas forcément l'effort en temps normal. E2 pense que l'impact le plus important est en dehors des séances car la présence de l'animal va toucher et faire réagir plus de monde. Enfin, d'après E3, la présence de l'animal en séance va permettre aux patients d'avoir envie de participer à la séance et de discuter avec les autres résidents.

Pour conclure, les personnes vont avoir envie de voir l'animal, d'interagir avec lui, ce qui va les motiver et augmenter leur participation à la séance ainsi qu'en dehors des séances.

iii) Impact de la médiation animale en séance d'ergothérapie auprès de personnes apathiques atteintes de la maladie d'Alzheimer sur l'apathie

E1	<ul style="list-style-type: none"> - « Ah oui, complètement », - « Ils vont vers l'animal pour la plupart. Ils vont vers ou ils rejettent. En tout cas il y a quelque chose qui se passe car ils sortent de leur apathie », - « On sort de l'apathie et puis du coup ils vont s'intéresser à d'autres activités », - « Forcément oui, très souvent. Pas à cent pour cent non plus, mais très souvent ».
E2	<ul style="list-style-type: none"> - « On arrive à avoir des choses impressionnantes avec l'animal que l'on n'a pas avec d'autres médiateurs », - « Chez certains résidents, ils sont très réceptifs. On arrive à faire beaucoup de choses grâce au chien », - « Beaucoup vont tendre la main, vont l'appeler », - « Certains vont se déplacer vers lui ou lui parler », - « Je dirais que c'est la chose la plus importante. C'est l'observation la plus importante que l'on peut faire. Les résidents vont jouer avec lui, vont le chercher, vont essayer de le taquiner, vont même échanger entre eux, alors que quand ils sont à l'accueil ou dans une autre salle, ils n'échangent pas forcément entre eux. Le fait qu'il y a le chien, ils vont plus échanger, plus être dans le contact ».

E3	<ul style="list-style-type: none"> - « Alors, moi je dirais que oui », - « Il s'est avéré à plusieurs reprises quand on arrivait, le résidant tendait volontairement la main, souriait, parlait à la chienne (...). Donc oui, je pense que ça a un impact et c'est des résidents qui acceptaient de venir en séances, (...) donc oui ça a un lien », - « Elles vont avoir une spontanéité de mouvement envers la chienne dès que l'on va arriver. Elles vont avoir un discours assez spontané envers la chienne, qui sera adressé à personne mais elles vont avoir un discours souvent qui va être en lien avec un souvenir », - « Très souvent on m'appelle pour ces personnes-là et c'est rare que moi je les vois totalement apathiques parce que même lors de la première rencontre elles vont avoir un sourire, elles vont avoir un geste spontané, elles vont me parler de leur propre chien alors que c'est des choses que mes référents ne sont pas habitués à voir ».
----	--

Tableau 5 : Résultats bruts pour les impacts de la médiation animale sur l'apathie

Analyse : La présence de l'animal et l'utilisation de la médiation animale en ergothérapie a, pour les trois ergothérapeutes, un impact important sur l'apathie de la personne. E2 rajoute qu'il s'agit de l'élément le plus important que l'on peut observer.

D'après E1, la personne apathique atteinte de la maladie d'Alzheimer va réagir très souvent de deux façons : soit elle va aller vers l'animal et l'activité, soit, au contraire, elle va éviter l'animal et va essayer de s'éloigner le plus possible de l'activité, en s'intéressant à une autre activité ou juste en se déplaçant plus loin. Dans tous les cas, selon elle, il y a une réaction qui va permettre de sortir de l'apathie.

Pour E2 et E3, il y a également des réactions, les résidents vont tendre la main vers l'animal, lui sourire, lui parler de manière spontanée. E2 rajoute qu'il va y avoir un dialogue entre les résidents qui n'est pas toujours présent lorsque l'animal n'est pas présent. E3 évoque qu'elle n'a pas vu les personnes complètement apathiques, car dès la première rencontre avec l'animal, la personne peut présenter les réactions citées ci-dessus alors que ces réactions ne sont pas forcément présentes lorsque l'animal n'est pas présent.

Pour conclure, la présence de l'animale entraîne différentes réactions pour les résidents apathiques atteints de la maladie d'Alzheimer. Ces différentes réactions permettent de diminuer leur apathie.

iv) Maintien de l'autonomie et la qualité de vie de la personne apathiques atteinte de la maladie d'Alzheimer par le biais de la médiation animale

E1	<ul style="list-style-type: none"> - « L'exercice de l'anneau que l'on ramasse et qu'on enlève par le haut, c'est mettre le pantalon et enlever le t-shirt. On regarde au niveau articulaire et musculaire, y a la capacité de et après on peut retranscrire dans les activités de la vie quotidienne », - « Mon but c'est maintenir leurs capacités résiduelles le plus longtemps possible dans le plaisir, dans le plaisir de s'occuper du chien », - « On a réussi à lui maintenir la marche grâce au chien et donc tout ce qui va avec, les transferts et tout ça (...) pendant deux ans elle a continué à marcher, à faire ses transferts car elle était motivée pour promener le chien », - « Oui, ça améliore, pas chez tout le monde, mais ils sont contents de voir le chien », - « Ils seront apaisés, c'est un bon moment et c'est ça le plus important en fait ». - « Indépendance et autonomie (...) permettre de garder une autonomie au niveau déplacement, travail sur l'hygiène et le soin de soi en faisant justement un lien avec le toilettage du chien (...) travail sur les besoins fondamentaux des êtres vivants », - « Favoriser la prise d'initiative, les échanges sociaux spontanés ».
E2	<ul style="list-style-type: none"> - « Je ne pense pas, pas tant que ça », - « Oui, ça leur apporte quelque chose en plus dans leur quotidien », - « Beaucoup plus apaisée, moins agitée, souriante », - « Plus facile au niveau des soins », - « Ils apprennent à se connaître, ils l'appellent, ils vont chercher à le voir », - « C'est un contact qu'ils n'ont plus forcément ».
E3	<ul style="list-style-type: none"> - « C'est que ça va permettre aux résidents souvent d'être plus calmes, d'être plus posés, d'avoir des moments où ils sont souriants, où ils ont des demandes, chose qui n'était pas forcément présente avant. Donc dans ce cas-là, oui, ça améliore légèrement la qualité de vie », - « Ma résidente qui n'ouvrait plus la main maintenant l'ouvre et elle tient sa cuillère seule », - « Il y a un impact sur l'autonomie, y a un impact sur l'agitation, y a un impact sur les liens aux autres, parce que mon chien devient un sujet de conversation entre les personnes ».

Tableau 6 : Résultats bruts pour le maintien de l'autonomie et la qualité de vie

Analyse : Deux ergothérapeutes sur trois sont d'accord pour dire que la médiation animale aide au maintien et à l'amélioration de l'autonomie des patients. D'après E1, les exercices réalisés lors des séances avec l'animal peuvent être retranscrits dans les activités de la vie quotidienne, ce qui peut avoir un impact sur l'autonomie des résidents. Elle explique que la médiation permet d'aider le maintien des capacités de déplacement, de transfert, d'aider à travailler la notion d'hygiène et les « besoins fondamentaux », de « favoriser la prise d'initiative et les échanges spontanés ». E3 parle du fait qu'une de ses patientes a, suite aux séances avec l'animal, retrouvé sa capacité d'ouvrir ses mains et de tenir des couverts seule. Ceci améliore son autonomie. E2 en revanche pense qu'il n'y a pas

beaucoup d'impact sur l'autonomie des patients. Elle rajoute cependant que les résidents vont eux même chercher à voir l'animal et vont se déplacer pour le chercher.

Pour la qualité de vie de la personne, les trois ergothérapeutes sont d'accord pour dire qu'il y a un impact, que les patients sont contents et souriants suite aux séances avec l'animal. D'après, E1 et E2, la médiation animale permet d'apaiser les patients. E3 et E2 évoquent que les résidents sont moins agités et plus calmes avec la médiation animale. E2 rajoute que cette diminution d'agitation en présence de l'animal peut faciliter les soins des patients.

Pour conclure, la présence de l'animal va permettre à la personne d'améliorer et maintenir ses capacités restantes, augmenter sa participation aux activités de vie quotidienne et ainsi, son autonomie, à court terme. Elle peut également permettre à la personne d'améliorer sa qualité de vie en étant davantage calme, contente et apaisée.

v) Les limites de la médiation animale en séance d'ergothérapie auprès de personnes apathiques atteintes de la maladie d'Alzheimer

E1	<ul style="list-style-type: none"> - « En législation, il n'y a rien qui interdit un chien en milieu de soin, sauf le directeur », - « Il faut que l'animal avec lequel on travaille ait une signification pour la personne, et une signification pour que la triangulation se fasse pour que ça fonctionne », - « Faut que l'activité reste signifiante, significative », - « Le chien ne doit pas être là quand il y a tout ce qui est zoonose » - « Les limites ça va être, le bien-être animal, de bien faire attention à ça, le bien-être des résidents aussi » - « Les limites ça va être ça, de savoir en poser en fait »
E2	<ul style="list-style-type: none"> - « Certains vont croiser l'animal et il ne se passera rien » - « Ça peut être plus ou moins douloureux. Ça leur rappelle tellement leurs animaux donc ils refusent de le voir », - « On a des résidents qui n'aime pas les animaux. Du coup ils peuvent le frapper, ou des résidents qui vont donner à manger ou des choses dangereuses ou qu'il fasse tomber un résident même si c'est pas volontaire, on sait jamais », - « Quand il n'est plus là, il n'y a plus forcément le lien entre certaines personnes malheureusement » - « Le problème c'est que les salles ne sont pas assez grandes donc on n'a pas vraiment beaucoup d'espace pour évoluer avec le chien », - « Les limites pour moi sont plutôt matérielles et organisationnelles. Le fait que l'on n'a pas forcément les lieux adaptés, on peut pas forcément faire la séance comme on voudrait. »
E3	<ul style="list-style-type: none"> - « Il doit y en avoir, sauf que j'avoue que ça s'est pas encore présenté parce qu'on ne m'a pas demandé des objectifs où j'avais des limites », - « Sur le champ compétences ergo, soyons honnête, ça va être compliqué d'utiliser le chien pour tout ce qui est l'adaptation du matériel »,

	<ul style="list-style-type: none"> - « Je pense que les limites sont plus sur des trucs assez concrets de mise en situation écologique », - « Les limites ça va être avoir des structures qui acceptent qu'on rentre avec le chien, ça va être les limites financières », - « Ça va être tout ce qui est les règles de sécurité et d'hygiène, parce qu'on ne va pas pouvoir faire de séances avec quelqu'un qui est allergique au chien », - « Y a de nombreuses structures qui ne vont pas laisser rentrer l'animal parce qu'ils ont les craintes de morsures, les craintes d'hygiène. Donc c'est tout ça qui va être plus les limites du fait d'utiliser un animal », - « Il y a trois éléments qui font que je ne prendrais pas un résident, c'est qu'il est allergique, qu'il est phobique envers la chienne et encore, ça dépend des cas parce qu'il m'est arrivé de travailler sur les phobies, qu'il ait une agressivité mais voulu sur l'animal c'est à dire que dès qu'il voit l'animal arriver, il aille l'agresser».
--	--

Tableau 7 : Résultats bruts pour les limites de la médiation animale

Analyse : Les résultats des entretiens montrent différentes limites à la médiation animale. Les trois ergothérapeutes sont d'accord pour dire qu'ils ne peuvent pas proposer la médiation animale à tous les patients. E1 et E2 évoque que la présence de l'animal doit avoir un sens pour la personne. E1 rajoute que l'activité avec l'animal doit être signifiante et significative pour que la « triangulation » entre l'animal, le patient et l'ergothérapeute fonctionne. D'après E2, la présence de l'animal ne va pas forcément intéresser tout le monde. Certains ne vont pas avoir envie d'aller le voir et d'assister à la séance. E2 explique également que même si un patient aime les animaux, il n'aura pas nécessairement envie de se joindre à la séance, ou de voir l'animal, car ce dernier peut lui renvoyer des souvenirs douloureux de son ancien animal. E2 et E3 évoquent que certains patients peuvent se montrer volontairement agressifs vis à vis de l'animal, et qu'elles ne peuvent donc pas les prendre en séance pour le bien de l'animal. E3 rajoute qu'elle ne peut également pas proposer les séances avec l'animal aux patients allergiques ou aux les patients phobiques, bien que ça lui soit déjà arrivé de travailler sur les phobies avec ces derniers.

Une autre limite pour les trois ergothérapeutes est le bien être des résidents et de l'animal. Pour E2 et E3, les risques vont être des atteintes aux bien être de l'animal par les résidents, qu'elles soient voulues ou non. E2 évoque alors qu'il faut être en capacité de pouvoir garder un œil sur l'animal, lorsqu'il est en contact des résidents, que ce soit pendant les séances ou en dehors. D'après E1, une des limites va être de « savoir en poser » pour pouvoir être sûr de veiller au bien être de l'animal et également à celui des résidents. Elle explique qu'il est important de faire attention au rythme de l'animal », celui-ci ayant besoin de temps de repos pour ne pas être trop fatigué.

L'institution et sa direction peut également poser des limites. E3 explique que les structures

peuvent refuser la venue d'un animal par mesure d'hygiène et par peur des risques encourus pour la sécurité des résidents, tels que les allergies ou les morsures. Pour les institutions il y a également les limites financières à prendre en compte, avant d'accepter ou non la venue d'un animal. D'après E1, l'acceptation de l'animal au sein de l'établissement dépend de la décision de la direction.

Pour E2 l'aspect matériel et organisationnel pour les séances de médiation animale en ergothérapie présente également une limite. Elle dit qu'elle n'a pas « forcément les lieux adaptés » et que par conséquent cela la limite dans les possibilités de déplacement et d'action. Elle n'est pas libre non plus dans le choix de l'horaire de la séance ce qui peut avoir un impact par rapport au rythme de l'animal et des résidents. Ceux-ci pouvant être plus réceptifs à un moment donné, plutôt qu'à un autre ce qui peut être une limite pour la médiation. E3 ajoute que, bien qu'elle n'ait pas encore eu limites pour les objectifs demandés, elle ne peut pas réaliser de mise en situations avec le résident en présence de l'animal par mesure d'hygiène.

Pour conclure, on peut dire que les principales limites de la médiation animale sont le bien être des résidents et de l'animal. L'ergothérapeute ne peut pas proposer à tous les résidents la médiation car la présence de l'animal n'aura pas nécessairement de signification pour certains. Enfin une limite importante va être l'accord de la structure et toutes les mesures de sécurité, d'hygiène ainsi que l'organisation de la structure.

3. Discussion

a. Confrontation avec le cadre conceptuel

En vue de confronter l'analyse des résultats de l'enquête et les apports théoriques, je rappelle ma problématique : En quoi le fait d'utiliser la médiation animale en séances d'ergothérapie permet de diminuer l'apathie de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ? Suite au cadre conceptuel, j'avais émis l'hypothèse suivante : L'utilisation de la médiation animale en ergothérapie auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer permet d'augmenter la motivation et la participation aux activités de vie quotidienne.

Nous avons vu dans la partie théorique que l'apathie est le trouble du comportement le plus fréquent chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et qu'elle présente trois composantes qui sont : la perte d'initiative, la perte d'intérêt et l'émoussement affectif. D'après Dujardin, l'apathie correspond à un trouble «de la motivation caractérisé par des modifications comportementales, cognitives et émotionnelles, de persévérance dans les activités entamées, une indifférence et un

émoussement affectif ». Mon hypothèse est ainsi centrée sur le fait qu'en modifiant l'environnement de la personne par la présence d'un animal et sa participation aux activités par le biais de la médiation animale, nous pourrions augmenter sa motivation. Cela permettrait de diminuer son apathie.

Selon l'enquête réalisée, les ergothérapeutes sont du même avis pour dire que l'utilisation de cette activité a un impact sur le plan émotionnel et affectif de la personne. La présence de l'animal pouvant entraîner des réminiscences qui vont faire sourire et vont motiver certains patients à participer aux séances. Ces souvenirs, selon E2 peuvent, s'ils sont trop douloureux pour la personne, l'empêcher d'être en présence de l'animal et donc de participer aux séances. Dans tous les cas, il y a une réaction sur le plan émotionnel pour la personne. Ces réactions vont pouvoir permettre à une personne apathique atteinte de la maladie d'Alzheimer de diminuer son émoussement affectif qui, comme nous l'avons vu dans la partie théorique est une diminution ou absence de réponse émotionnelle (Derouesne, Baudoin-Madec, & Lacomblez, 2001). Ces réactions émotionnelles vont amener la personne à se mobiliser, se déplacer, soit vers la séance et l'animal, soit au contraire, loin de la séance et de ce dernier. La personne va également créer une relation avec l'animal. Son utilisation en séance d'ergothérapie peut aider au maintien des capacités mnésiques de la personne qui sont des capacités fortement impactée par la maladie d'Alzheimer. E1 et E3 évoquent toutes les deux qu'il va y avoir des bénéfices sur la mémoire des résidents. « L'ancrage est avant tout émotionnel » pour E3. La personne va avoir un attachement affectif avec l'animal et aura envie de le revoir. Elle arrivera ainsi à se souvenir plus facilement des sensations de plaisir, de joie qu'elle expérimente lors de l'activité. Elle aura envie de les avoir à nouveau. Ceci va la motiver à revenir aux autres séances et de participer (Beiger & Dibou, La zoothérapie auprès des personnes âgées Une pratique professionnelle, 2017).

Dans la partie théorique, nous avons vu que la présence de l'animal et la stimulation sensorielle qu'il apporte, par le toucher par exemple, permettrait de diminuer les troubles du comportement de la personne et de faciliter l'expression de ce qu'elle ressent. Ces éléments sont également présents dans le discours de E1 qui met en avant la stimulation sensorielle et le fait qu'elle va permettre d'apaiser la personne, lorsqu'elle dit : « stimuler les sens, relaxer, apaiser, diminuer les angoisses ». Les deux autres ergothérapeutes sont également d'accord pour dire que la présence de l'animal va apaiser la personne, diminuer ses angoisses et troubles du comportement. La médiation animale va permettre de faciliter l'expression des émotions de la personne et va également aider au dialogue de la personne avec l'animal, avec les autres résidents et avec le thérapeute. D'après Beiger, « le besoin de communiquer, de créer et de développer des liens est une nécessité ». Le fait que la personne communique davantage avec son environnement humain et animal va avoir un effet positif sur son bien-être et son comportement. Le sujet de ces dialogues étant essentiellement centré sur l'animal. Ceci va motiver la

personne à parler aux autres, à développer sa socialisation, et peut ainsi diminuer son repli sur soi et sa solitude lorsque l'animal est présent. Le retrait sur soi étant un symptôme de l'apathie, le fait de diminuer le repli sur soi va permettre de diminuer l'apathie de la personne. En revanche, d'après E2, les échanges entre résidents peuvent diminuer lorsqu'il n'y a pas de séance avec l'animal. Ceci peut indiquer que la présence de l'animal a un effet sur l'augmentation des dialogues entre les résidents mais pas forcément sur le long terme.

Ces différents éléments vont avoir d'importantes répercussions sur le plan émotionnel et affectif de la personne. Ils vont avoir un impact sur son comportement, sa motivation. Ils vont également redonner un centre d'intérêt pour la personne, car elle sera intéressée par l'animal, sera contente de le voir comme le confirme les trois ergothérapeutes. Or, comme je l'ai rappelée plus haut, la perte d'intérêt fait partie d'une des principales composantes de l'apathie. Retrouver un centre d'intérêt par l'interaction et la présence de l'animal va donc permettre de réduire l'apathie. Cela permettra également à la personne d'être davantage motivée pour se mobiliser, pour aller en séance et sa participation en séance sera également plus importante. D'après E1, il « faut que l'activité reste signifiante, significative » pour la personne pour que la médiation animale fonctionne. Les éléments que j'ai expliqués précédemment montrent que l'activité va avoir un sens pour certains résidents. Le fait que cette activité et la présence de l'animal vont être signifiantes pour la personne va être motivant pour cette dernière, et elle aura envie d'y participer.

Un autre élément qui va impacter la motivation des résidents va être le fait que la personne va pouvoir se responsabiliser en prenant soin de l'animal, en s'occupant de lui. Les rôles vont alors changer et le patient va devenir soignant. Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, il peut se sentir acteur, et ainsi va se sentir utile et importante (Vaillant-Ciszewicz, Rossi, Quaderi, & Palazzolo, 2017). E1 évoque cette responsabilisation à travers l'activité avec l'animal et rajoute qu'il va y avoir une « valorisation par la réponse du chien à effectuer différents ordres ». En effet, la personne va se sentir reconnue et appréciée par l'animal car il l'écoute et lui obéit. Cette responsabilisation et revalorisation vont être des éléments motivant pour la personne. La personne peut avoir eu l'habitude dans le passé de s'occuper d'animaux et/ ou d'enfants ainsi que de leur maison. Pouvoir avoir à nouveau des responsabilités peut, en plus d'avoir un effet motivant, lui rappeler des souvenirs et peut également lui faire plaisir et avoir un impact positif sur son humeur.

Après avoir présenté certains des processus qui influencent la motivation de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer lors des séances d'ergothérapie utilisant la médiation animale, je vais m'intéresser à la participation de la personne dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et donc

au maintien de son autonomie. L'enquête montre que l'utilisation de la médiation animale en ergothérapie permet une amélioration et/ ou un maintien des capacités de la personne et donc un maintien de son autonomie. En revanche, pour E2, la médiation animale n'a pas un impact important sur l'autonomie. Cependant elle dit également que cette activité va permettre de « maintenir des capacités physique et cognitives », ce qui semble contradictoire car le maintien des capacités de la personne va permettre de maintenir son autonomie. Elle rajoute que les résidents vont appeler l'animal, « vont chercher à le voir » par eux même, ce qui montre une prise d'initiative de leur part. E1 évoque elle aussi que l'activité va « favoriser la prise d'initiative ». La perte d'initiative étant une des trois composantes de l'apathie, ces prises d'initiatives liées à l'utilisation de la médiation animale en ergothérapie vont permettre également de diminuer l'apathie. Nous venons de voir que le maintien de l'autonomie était possible à l'aide de l'activité à court terme, en présence de l'animal. Mais est-ce le cas également à long terme ? Combien de temps la personne réussit à maintenir sa participation dans les AVQs et donc de maintenir son autonomie lorsque l'animal n'est pas présent ? Je me demande également jusqu'à quand est-il intéressant d'utiliser la médiation animale pour stimuler la personne et maintenir son autonomie par rapport à l'avancée de la maladie ?

D'après Beiger, les principales limites de la médiation animale vont être les risques de transmission de zoonoses, ainsi que les risques d'allergies, de morsures, de griffures et de chutes. Selon l'enquête, les ergothérapeutes interrogées sont d'accord pour dire que le bien être des résidents est une limite et qu'il est important de faire attention aux éléments cités dans la théorie. Elles rajoutent qu'il faut également faire attention au bien être de l'animal. Il faut en effet que l'animal soit en forme, qu'il puisse se reposer et que les résidents ne portent pas atteinte à son bien-être volontairement ou involontairement. L'ergothérapeute peut utiliser la médiation animale pour répondre aux objectifs fixés, même si l'exercice n'est pas tourné directement vers l'interaction avec l'animal. En effet, comme nous l'avons vu dans la partie théorique, l'ergothérapeute peut également passer par des exercices sans l'animal, en utilisant des moyens qui restent sur le thème de l'animal présent. Une autre limite évoquée lors des entretiens est le fait que l'ergothérapeute ne peut pas proposer la médiation à tous les résidents. Comme le dit E1, « Il faut que l'animal avec lequel on travail ait une signification pour la personne, et une signification pour que la triangulation se fasse pour que ça fonctionne ». Ainsi, pour que la médiation animale en ergothérapie ait un impact sur la volition de la personne et sur ses capacités, il faut que cette activité ait une signification pour la personne. Le fait que la présence de l'animal ait un sens pour l'animal va permettre de faciliter la relation thérapeutique par le biais de la relation triangulaire qui se crée entre le patient, l'animal et le thérapeute. Ceci permettra un meilleur suivi en ergothérapie de la personne. La relation thérapeutique demeure-t-elle la même entre le patient et l'ergothérapeute lorsque l'animal n'est pas présent ?

b. Limites et intérêts

Lors de la réalisation de ce mémoire, j'ai rencontré différentes limites.

La première limite a été le fait que même si la médiation animale est une pratique de plus en plus courante, il y a encore peu d'ergothérapeutes qui l'utilisent. Il m'a donc été difficile de trouver des professionnels pour mes entretiens. Ceci a eu un impact sur le nombre d'entretien que j'ai pu réaliser et sur les dates des entretiens, le dernier ayant eu lieu tardivement. J'ai eu initialement trois réponses positives. Malheureusement un de ces entretiens n'a pu être réalisé, malgré de nombreuses relances. J'ai donc dû rechercher de nouveaux ergothérapeutes acceptant de réaliser un entretien. Ceci a donc ralenti mon enquête.

La deuxième limite a été le fait que je n'ai pas pu réaliser d'observation compte tenu des contraintes de distance et de temps, alors que cela aurait pu me permettre de constater par moi même l'impact de la médiation animale sur les patients. L'idéal aurait été de pouvoir faire deux observation pour pouvoir également constater sur il y a une éventuelle évolution entre les deux. Enfin, les écrits sur la médiation animale utilisée en ergothérapie restent limités. Peu d'écrits ont été réalisés par des ergothérapeutes sur cette pratique.

La réalisation de ce mémoire a cependant été très enrichissante. Il m'a permis de développer mes connaissances théoriques sur la pathologie et sur l'utilisation de la médiation animale auprès de cette population en séance d'ergothérapie. Cela m'a permis de comparer ces connaissances théoriques à la pratique professionnelle sur le terrain. J'ai également pu développer ma capacité d'autocritique de mon écrit, en le modifiant et l'ajustant régulièrement. Cela m'a également appris à m'organiser dans mon travail. Enfin la pratique de la médiation animale en ergothérapie m'intéresse et je compte l'utiliser cette médiation dans ma future pratique. Ce mémoire m'a donc également permis de me renseigner et travailler sur ce sujet, sur ses bénéfices auprès de cette population et de sa mise en place en institution.

Conclusion

Au début de ce travail, j'ai établi la problématique suivante : En quoi le fait d'utiliser la médiation animale en séances d'ergothérapie permet de diminuer l'apathie de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ? Puis, suite à mes recherches, j'étais arrivés à l'hypothèse suivante : L'utilisation de la médiation animale en ergothérapie auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer permet d'augmenter la motivation et la participation aux activités de vie quotidienne.

Afin d'y répondre, j'ai mené une enquête qualitative, par le biais d'entretiens semi-dirigés avec trois ergothérapeutes utilisant la médiation animale auprès des personnes apathiques atteintes de la maladie d'Alzheimer. Selon la théorie et la pratique, mon hypothèse est validée. En effet, la médiation animale, lorsque la présence de l'animal fait réagir la personne et lorsqu'elle est signifiante pour la personne va entraîner une augmentation de la motivation de cette dernière ainsi que sa participation aux activités proposées. Cela entraîne une augmentation de la participation aux activités de la vie quotidienne et va permettre de maintenir l'autonomie de la personne. Cependant, l'autonomie de la personne est maintenue à court terme, mais ne l'est pas forcément sur le long terme. L'hypothèse est donc validée pour les impacts sur le court terme et partiellement validée pour le long terme.

Lors de mon stage du semestre 5, j'ai pu observer une séance individuelle avec une psychologue utilisant le robot thérapeutique PARO. J'ai alors pu me questionner sur les bénéfices thérapeutiques que ce robot phoque peut apporter, ainsi que sur sa possible utilisation comme médiation en ergothérapie. PARO est conçu pour que sa forme attise la curiosité et soit attrayante. Il présente deux grands yeux, un pelage blanc et doux et une petite bouche, ce qui renvoie une image inoffensive à la personne. Cette dernière ne va donc pas le craindre alors que ça pourrait être le cas avec un animal vivant tel un chien, qui pour certains peut être vécu comme impressionnant. Il n'y a également aucun risque de griffure, morsure et allergie avec PARO. Il pourra donc être utilisé auprès d'une plus large population. PARO dispose de différents capteurs qui lui permettent de réagir au toucher et au son de la personne qui interagit avec lui. Il réagit par des mouvements de petite amplitude, des bruits pour communiquer sa joie, sa surprise ou son mécontentement ce qui le rend attachant. Le fait qu'il soit apaisant et attachant peut aider à diminuer les troubles du comportement de la personne et favoriser la communication. PARO étant un robot est disponible à tout moment de la journée et n'a pas besoin de temps de repos. Il pourrait donc peut-être être une alternative ou être complémentaire à l'utilisation de la médiation animale.



Photo 1 : Le robot phoque thérapeutique PARO

<http://www.phoque-paro.fr/>

Bibliographie

- Académie nationale de médecine. (2016, 12). *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*. Consulté le 01 17, 2018, sur Académie Nationale de Médecine: <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=dependance>
- AFTAA. (2017). *Origines de la médiation animale dans le domaine du soin*. Consulté le 01 25, 2018, sur Association Française de Thérapie Assistée par l'Animal (AFTAA): <http://aftaa.net/index.php/la-therapie/experience-a-letranger/>
- Alzheimer Infos. (2016). *Activités de la vie quotidienne*. Consulté le 11 12, 2017, sur Alzheimer Infos: <http://www.alzheimer-infos.eu/glossaire/activites-de-la-vie-quotidienne>
- Alzheimer's Association. (2018). *Qu'est-ce que la démence?* Consulté le 05 27, 2018, sur Alz.org | France : <https://www.alz.org/fr/quest-ce-que-la-demence.asp>
- alzheimer's association. (2017). *Tests for Alzheimer's Disease and Dementia*. Consulté le 10 01, 2017, sur Alzheimer's association: http://www.alz.org/alzheimers_diasease_steps_to_diagnosis.asp
- Amouyel, P. (2014, 07). *INSERN*. Consulté le 09 18, 2017, sur INSERN: <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer>
- Andryushchenko-Basquin, I., & Chelly, S. (2017, 02). Le rôle d'un animal dans le processus thérapeutique: quel "profil" pour quel objectif? *Psychothérapies* (37), pp. 71-79.
- ANFE. (2017, 07 03). *Définition*. Consulté le 11 01, 2017, sur ANFE: <http://www.anfe.fr/index.php/definition>
- AOTA. (2017, 10 01). *Dementia and the Role of Occupational Therapy*. Consulté le 10 20, 2017, sur The American Occupational Therapy Association, INC.: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/PA/Facts/Dementia.aspx>
- Barthalot, C. (2001, 07-08). Animation thérapeutique et thérapie facilitée par l'animal. *Soins gériatrie* (30), pp. 41-45.
- Baurant, D. T. (2007). *Alzheimer Peut-à combattre la maladie sans médicament*. Monaco: Alpen.

- Beiger, F. (2008). *L'enfant et la médiation animale, une nouvelle approche parla zoothérapie*. Paris.
- Beiger, F., & Dibou, G. (2017). *La zoothérapie auprès des personnes âgées Une pratique professionnelle*. Malakoff.
- Brocker, P., Clairet, S., Benoit, M., & Robert, P.-H. (2003). Inventaire Apathie: évaluation de l'apathie chez les sujets présentant une maladie d'Alzheimer ou un trouble cognitif léger. *La Revue de Gériatrie*, 28 (6), 473-480.
- Cano, G. (2017, 09). Aperçu de la médiation animale en gériatrie. *Revue de l'AFEG* (34), pp. 2-7.
- Centre d'observation de la société. (2017, 01 23). *L'esperance de vie reprend sa progression*. Consulté le 01 04, 2018, sur Centre d'observation de la société: <http://www.observationsociete.fr/population/donneesgeneralespopulation/evolution-esperance-de-vie.html>
- CNSA. (2016, 07 07). *Plan Alzheimer 2008-2012*. Consulté le 12 02, 2017, sur Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie: <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/plans-de-sante-publique/plan-alzheimer-2008-2012>
- Courtois, G. (2017). Personne Agée et médiation animale. *Les Cahier de la Fondation Adrienne et Pierre Sommer*, 1 (01-27).
- Czernecki, V. (2006, 11). *Troubles Cliniques de la Motivation*. Consulté le 12 22, 2017, sur Faculté de médecine Pierre et Marie Curie: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/dus/duneuropsychotroublescliniquesmotivation.pdf>
- De Conto, C. (2016, 10). Alzheimer: le point de vue du patient. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 16 (95), pp. 285-290.
- De Ketele, J.-M., & Roegiers, X. *Méthode du recueil d'informations Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents* (éd. 4e édition).
- Degiorgio C, F. P. (2017). *Comprendre les fonctions exécutives*. Hôpital Erasme, Centre de Réadaptation Fonctionnelle Neurologique, Bruxelles.
- Denis, B., Lechowski, L., de Stampa, M., Tortrat, D., Teillet, L., Robert, P.-H., et al. (2006). L'apathie durable explique une perte rapide d'autonomie dans la maladie

d'Alzheimer. Etude de la cohorte française REAL. *La revue de Médecine Interne* , 27, S311-S312.

- Derouesne, C., Baudoin-Madec, V., & Lacomblez, L. (2001). Apathie et émoussement affectif : actualité et ambiguïtés des concepts. *La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale* , 5 (46), 5-11.
- Derouesné, C., Poitreneau, J., Hugonot, L., Kalafat, M., Dubois, B., & Laurent, B. (1999, 06 12). Le Mini-Mental State Examination. *La Presse Médicale* .
- DR Poirier, J., & DR Gauthier , S. (2011). *La Maladie d'Alzheimer*. Paris: Le Livre de Poche.
- Dujardin, K. (2015). L'apathie: définitions,diagnostic, épidémiologie et retentissement. *European Psychiatry* , 30, S17-S18.
- Etudes littéraires. (2017). *Les fonctions du langage (Jakobson)*. Consulté le 11 20, 2017, sur Etudes littéraires: <https://www.etudes-litteraires.com/fonctions-du-langage.php>
- Fédération Française de neurologie . (2017). *La maladie d'Alzheimer*. Consulté le 09 29, 2017, sur Fédération Française de neurologie: <http://www.ffn-neurologie.fr/grand-public/maladies/la-maladie-dalzheimer>
- *France Alzheimer*. (2017, Juillet). Consulté le 09 19, 2017, sur France Alzheimer: <http://www.francealzheimer.org/>
- HAS. (2012, 04). *DSM-IV*. Consulté le 09 20, 2017, sur HAS: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/dms-iv-tr.pdf>
- HAS. (2014, 07). *Maladie d'Alzheimer et maladie apparentées: diagnostic et prise en charge de l'apathie*. Consulté le 12 20, 2017, sur Haute Autorité de Santé: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/apathie_recommandations.pdf
- Institution de Sécurité Social. (2017). *Définition de la Dépendance*. Consulté le 11 11, 2017, sur Institution de Sécurité Social: <http://www.secu.lu/assurance-dependance/livre-v/chapitre-i-objet-de-lassurance/definition-de-la-dependance/>
- Lehotkay, R., Orihuela-Flores, M., Deriaz, N., & Galli Carminati, G. (2012, 02). La thérapie assistée par l'animal, description d'un cas clinique. *Psychothérapies* , 32, pp. 115-123.

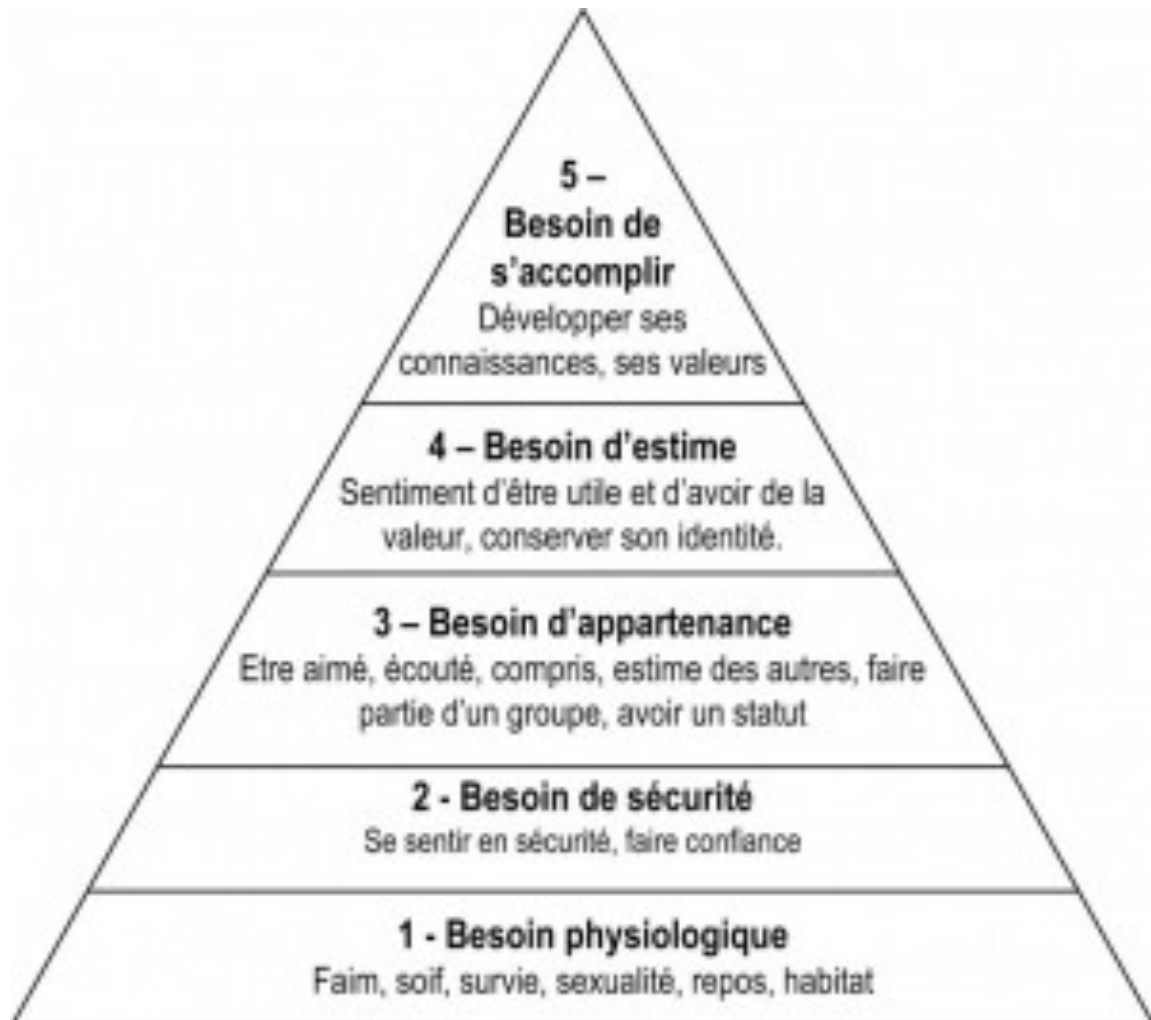
- Lexicales, C. N. (2012). *Autonomie*. Consulté le 11 10, 2017, sur Centre Nationale de Ressources Textuelles et Lexicales: <http://www.cnrtl.fr/definition/autonomie>
- Martin, S. (s.d.). La médiation animale: accompagner la personne autrement. , 118-121.
- médecine, S. f. (2013, 12 01). *Définitions des troubles cognitifs*. Consulté le 11 06, 2017, sur Smart fiches médecine: <http://smartfiches.fr/neurologie/item-129-troubles-cognitifs-sujet-age/definitions>
- *Ministère des solidarités et de la santé*. (2017, 09 06). Consulté le 09 20, 2017, sur Ministère des solidarités et de la santé: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-d-alzheimer>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Modèle conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux*. Solal Eds.
- Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèle conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux*. Louvain-la-Neuve, Belgique.
- OMS. (2017, 09). *La Démence*. Consulté le 09 21, 2017, sur OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>
- Postec, C. (2015). Apathie: point sur un syndrome psychogériatrique incontournable. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* , 13 (75), 159-165.
- Pralong, D. (2004). La relation Homme-Animal: Un lien jusqu'au bout de la vie en milieu médicalisé? *InfoKara* , 19, 71-72.
- Prault, M., Sautou-Miranda, V., Montagner, A., Bagel-Boithias, S., & Chopineau, J. (2009, 01). Epidémiologie, diagnostic et traitement de la maladie d'Alzheimer. *Actualités pharmaceutiques* , 481, p. 10 à 12.
- Quélin Souligoux, D. (2003). De l'objet à la médiation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* (41), 208.
- Sabbah, L. (2015). *Méga Guide STAGES IFSI* (éd. 2e édition). Paris .
- Sarica, J., & Zaïd, N. (2017). *Zoothérapie, Le pouvoir thérapeutique des animaux*. Paris, France.
- Sève-Ferrieu, N. (2014). Protocole test Apraxie Construction. Dans N. Sève-Ferrieu, *Neuropsychologie corporelle, visuelle et gestuelle* (éd. 4e édition, pp. 1-5).
- Starkstein, S., Jorge, R., Mizrahi, R., & Robinson, R. (2006). A prospective longitudinal study of apathy in alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* , 8-10.

- Trouvé, E. (2011). *Vivre au quotidien avec la maladie d'Alzheimer*. Marseille: Solal.
- Trouvé, E., Caire, J.-M., Exertier, C., Guimberteau, G., Houdant, A., Sortia, E., et al. (2009). *Ergothérapie en gériatrie: approches cliniques*. Marseille, France: Solal.
- Université Médicale Virtuelle Francophone. (2010). *Autonomie et Dépendance*. Consulté le 11 12, 2017, sur Université Médicale Virtuelle Francophone: <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf>
- Vaillant-Ciszewicz, A.-J., Rossi, R., Quaderi, A., & Palazzolo, J. (2017). Les effets thérapeutiques de l'animal en EHPAD. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* (17), pp. 109-113.
- VIDAL. (2007, 08 24). *Dyslipidémie* . Consulté le 10 01, 2017, sur VIDAL: https://www.vidal.fr/recommandations/1469/dyslipidemies/la_maladie/

Annexes

Annexe I : La Pyramide des Besoins de Maslow	II
Annexe II : Relation Triangulaire lors de l'utilisation de la médiation animale	III
Annexe III : Guide d'entretien.....	IV
Annexe IV : Retranscription Entretien n°1.....	VII

Annexe I : La Pyramide des Besoins de Maslow



La hiérarchie des besoins selon la pyramide de Maslow

Schéma 2 : Pyramide des besoins de Maslow

Annexe II : Relation Triangulaire lors de l'utilisation de la médiation animale



Schéma 3 : Schéma de la relation triangulaire entre le patient, l'animal et le thérapeute

Annexe III : Guide d'entretien

Profil de l'ergothérapeute

- Depuis combien de temps êtes vous diplômé(e) ?
- Quelle est votre expérience auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?
Dans quelles structures avez-vous travaillé ?
- Depuis combien de temps utilisez vous la médiation animale en séances d'ergothérapie ?
- Avez vous suivi une formation ?
- Auprès de quelle population avez-vous déjà pu observer de la médiation animale ? avez-vous utilisé la médiation animale ?
- Est ce que vous avez vue d'autres ergothérapeutes utiliser la médiation animale en séance ?
- Avez vous vu d'autres professionnels, paramédicaux, médicaux ou social utiliser la médiation animale ?

Médiation animale

- Qu'est-ce qui vous a fait choisir d'utiliser la médiation animale dans vos séances d'ergothérapie ? Il y a-t-il un élément déclencheur ? Si oui, Lequel ?
- Avec quel animal travaillez-vous ? Pour quelle raison avoir choisi cet animal ?
- Est-ce votre propre animal ou vous va-t-il été prêté par une association de médiation animale ?
- Avez-vous déjà travailler avec d'autres animaux en séance d'ergothérapie ? Si oui lesquels et pour quelles raisons ?
- Comment ont mises en place les interventions avec l'animal au sein de l'endroit où vous travaillez ?
- Etes vous la seule à utiliser la médiation animale au sein de l'endroit où vous travaillez ?
- Quels sont les éléments nécessaires à la venue d'un animal dans l'endroit où vous travaillez ?
- Où se déroule vos séances ?

- Quelle est la durée de ces séances ?
- Quelle est la fréquence de vos séances ?
- Qui est présent lors de vos séances ?
- Est ce qu'il s'agit de séances individuelles ? ou en groupe ?
- Quels sont les objectifs thérapeutiques lors des séances avec l'animal ?
- Quels sont les moyens que vous proposez lors de ses séances ?
- Utilisez-vous la médiation animale pour des mises en situation ? Pour de la rééducation ? Pour de la réadaptation ?

- Quelles sont les spécificités de la médiation animale en ergothérapie ?
- Qu'est ce qui différencie l'utilisation de la médiation animale en ergothérapie par rapport a son utilisation dans d'autres corps de métiers (médicaux, paramédicaux, social) ?

- Selon vous, l'utilisation de l'animal en séance a-t-elle un impact sur la motivation de la personne ? Si oui lequel ?
- Selon vous, l'utilisation de l'animal en séance a-t-elle un impact sur l'apathie ? Si oui lequel ?
- Selon vous, l'utilisation de l'animal en séance a-t-elle un impact sur la participation ? Si oui lequel ?

- Est-ce que la médiation animale utilisé en ergothérapie à un impact sur la qualité de vie des patients ?
- Est-ce qu'elle a un impact sur l'autonomie de la personne ?

- Il ya-t il un impact de la médiation animale utilisé lors de séance d'ergothérapie sur le patient en dehors de ces séances ?

- Il y a-t-il une évolution du comportement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à la suite des séances ?

- Quelles sont vos observations sur les capacités motrices, cognitives et affectives de la personne suite aux séances avec l'animal ?

- Comment les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et étant apathique réagissent face à l'animal lors des séances ?

- Quelles sont pour vous les limites de cette médiation en ergothérapie ?
- Quelles sont pour vous les limites de cette médiation de manière générale ?
- Selon vous, il y a-t-il des bénéfices/particularités propres à la médiation animale que l'on ne retrouve pas dans d'autres moyens ergothérapeutiques ? Si oui lesquels ?

Maladie d'Alzheimer

- Est-ce que l'ergothérapeute intervient à tous les stades de la maladie ?
- Est-ce qu'il y a des éléments qui peuvent empêcher une prise en charge en ergothérapie ?
- Quels sont les impacts de la maladie d'Alzheimer sur l'autonomie ? sur la qualité de vie de la personne ?
- Quel est l'impact de l'apathie chez une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ?
- Quels sont, selon vous, les troubles liés à la maladie d'Alzheimer qui réduisent la participation de la personne à une activité ? (Les troubles du comportement font-ils partie de ces troubles ? si oui, lesquels)

Annexe IV : Retranscription Entretien n°1

Profil de l'ergothérapeute :

Moi : Depuis combien de temps êtes vous diplômée ?

E1 : Depuis 6 ans, en 2012.

Moi : Quelle est votre expérience auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

E1 : Cela fait trois ans. Trois ans en EHPAD.

Moi : En aviez-vous déjà vu avant ?

E1 : Je n'ai pas fait de stage en gériatrie du tout à l'école. Je visais la pédiatrie. J'avais peur et beaucoup d'à priori d'aller en gériatrie en fait. J'avais peur d'être trop confrontée à la mort et en fait ça me faisait vraiment très peur. Et puis mon parcours professionnel a fait que, il a fallu combler un mi-temps que j'ai comblé à la maison de retraite au départ. Puis en fait ça m'a vachement plu. Je me suis super épanouie à la maison de retraite, enfin l'EHPAD. Du coup je suis passée à temps plein à l'EHPAD.

Moi : Et du coup, où étiez-vous avant ces trois ans ?

E1 : Ma première expérience était en SSR, en neurologie centrale, neurologie lourde d'ailleurs. J'étais avec les grands AVC, les trauma-crâniens, ruptures d'anévrismes, etc. Avec de lourdes séquelles donc avec évidemment beaucoup de matériel et très peu de récupération en fait. Et puis après, la vie a fait que j'ai dû changer de boulot, pour raisons personnelles, et donc j'ai trouvé un mi-temps en foyer d'accueil médicalisé (FAM) auprès d'adultes autistes, ce qui se rapprochait pour moi, de la pédiatrie, mon projet initial. Ils m'ont offert la première formation à l'IFZ avec le chien. Car mon chien, c'était un peu la condition d'embauche : je perdais énormément en salaire, puis c'était loin d'ici. Nous nous sommes mis d'accord : « vous me payez les formations et je veux bien (le travail). Il fallait combler le mi-temps avec l'EHPAD ». J'ai fait huit mois en mi-temps et après je suis passée à temps complet à l'EHPAD. Et là j'ai ouvert le libéral en Octobre officiellement. Mais j'ai vraiment démarré les séances en crèche au mois de Mars, enfin, en crèche et autre.

Moi : Et du coup vous avez commencé la médiation animale il y a trois ans en même temps que l'EHPAD ?

E1 : En 2015, Juillet 2015, 6 mois après l'arrivée en EHPAD. Le temps de former le chien, de me former et tout ça.

Moi : Quelle formation avez-vous suivie ?

E1 : Moi j'ai fait l'IFZ et j'ai commencé avec Jap (son chien) derrière. Je me suis retrouvée face à une situation où il y avait une dame qui avait projeté tellement de choses sur le chien que moi ça m'a dépassée complètement. La situation m'a complètement dépassée. Donc, comme je ne savais pas comment m'en sortir je lui ai retiré le chien. Sauf que du coup, elle a eu une altération de l'état général parce que le chien la maintenait encore sauf que du coup quand le chien était là, c'était pas non plus hyper bénéfique pour elle parce qu'elle projetait trop de chose dessus. Donc comment mettre la bonne distance ? La séance seule avec le chien, c'était compliqué parce qu'elle projetait tellement de choses sur le chien que du coup elle en devenait maltraitante vis à vis du chien et en même temps trop de recul, retirer complètement le chien c'était délétère aussi. Il a fallu que je trouve un juste milieu. Mais ça parce que j'ai eu le recul de le voir. Je n'ai pas forcé les choses en disant : « oui mais elle aime le chien ». Oui elle adore le chien mais ce n'est pas forcément très bon pour elle parce que je sais qu'elle a projeté des choses, qu'elle était en train de faire une projection littérale de son enfant perdu sur le chien. Pour ça il faut avoir des éléments de psychologie sans être forcément psychologue, mais avoir des notions pour savoir où on met les pieds. Et savoir dire : « stop, la situation nous dépasse et on arrête ». J'ai ensuite fait le D.U relation Homme/Animal de Villetaneuse.

Moi : Est-ce que vous aviez vu de la médiation animale déjà lors de stage, pendant la formation ?

E1 : Alors, en fait, comment ça a démarré ? C'était au centre équestre, quand je montais à cheval en centre équestre. Il y a un été où, quand on est en 2^{nde}, on arrête très tôt les cours et donc le mois de Juin en général on n'est pas en cours et donc j'avais dit à mon moniteur :

« Si tu as besoin d'aide je veux bien t'aider » et en fait, il me dit : « J'ai des groupes d'enfants handicapés, si tu veux, il faut aider à seller et brosser les poneys et tenir éventuellement un poney ». Et là, ça a été la révélation : d'aider les enfants. Je me suis dit qu'il faut que je m'oriente vers ça, alors c'est passé par « moniteur d'équitation spécialisé », ça existait, mais enfin voilà. C'était vraiment l'idée de faire ça. Puis j'ai découvert l'ergothérapie. J'ai vu que c'était compatible avec la médiation animale. Et lors de ma formation en ergo, j'ai eu la chance de rencontrer William Lambiotte parce que, pour moi j'étais fixée équithérapie, pas du tout ouverte aux autres animaux parce que je ne savais pas, je ne connaissais pas et puis parce qu'on en parlait très peu à l'époque.

Lors de mon stage en psychiatrie, j'étais en HAD à Pinel, à Amiens et on parle de choses et d'autres, d'orientation professionnelle et je dis : ben moi j'aimerais bien l'équithérapie, travailler avec les animaux. Elle dit : « Nous, on a William Lambiotte qui est un infirmier psychiatrique qui travaille avec ses chiens ». Du coup j'ai demandé à passer deux jours avec lui et ça à été une révélation donc voilà. Jap est mon premier chien et je n'ai jamais eu de chien avant. Ça à été une révélation aussi de me dire : « il a plein de choses à faire », c'est peut-être plus facile de faire rentrer un chien partout qu'un cheval. Il y a ça aussi qui m'a séduit là-dedans et puis le contact avec le chien. Au niveau des objectifs on peut quasiment faire la même chose qu'avec le cheval, après c'est pas le même contact. Ça m'a plu et du coup j'ai orienté mon cursus comme ça.

Médiation animale

E1 : Si je dois décrire la médiation en un mot, je dirais : « Moteur ». C'est vraiment moteur pour les résidents, pour les patients. C'est super moteur. Après il faut qu'il y ait un répondant. Les gens, pour qui l'animal ça ne parle pas, ben ça ne leur parle pas, et on trouve une autre médiation. En tout cas pour les gens pour qui ça parle. A l'EHPAD ça parle beaucoup car je suis dans un EHPAD qui ne capte pas internet. C'est dans un ancien couvent, encore géré par les sœurs. C'est très isolé, sur 158 résidents, il y a peut-être une vingtaine qui ont la télé. Ils ont quasiment tous travaillé dans l'agriculture ou proche, ou eu des animaux parce qu'ils avaient une petite ferme, parce qu'ils n'avaient pas beaucoup de sous. Ils avaient quatre poules pour faire des œufs, deux lapins pour manger. Du coup ça parle beaucoup, les animaux parlent beaucoup : le chien pour monter la garde et puis pour se promener ou pour la chasse.

Moi : Et puis ça rappelle beaucoup de souvenirs.

E1 : Oui, beaucoup de souvenirs. Et puis le cheval parce qu'ils ont démarré pour les agriculteurs, ils ont démarré avec les chevaux de labours ou pour se déplacer. Du coup ça parle énormément. Et après, la crèche, c'est un éveil.

Moi : Quel sont les objectifs en ergothérapie auprès de cette population ?

E1 : Je les ai classés par : domaines, objectifs, et moyens. Pour le domaine sensoriel, on va stimuler les sens, relaxer, apaiser, diminuer les angoisses, ça c'est pour les objectifs. Les moyens : le toilettage, le toucher, l'odorat, la vue, les jeux cognitifs pour chien avec l'odeur et les textures des friandises, le jeu de reconnaissance des cris des animaux, les promenades extérieures avec les odeurs de la nature, les câlins, la pâtisserie parce que j'ai des recettes pour préparer des friandises

pour le chien. C'était une demande, vu que je fais de la cuisine thérapeutique avec les mêmes résidents les jours où le chien n'est pas là.

Dans le domaine cognitif : on va travailler l'orientation temporo-spatiale, la structuration des étapes d'une activité, développer l'attention conjointe, travailler la mémorisation (nom du chien, les ordres, les consignes, quels jours il vient, etc.), mémoire sur le court, long terme, mémoire de travail, de l'attention, de la concentration. Les moyens ça va être : -le planning, le chien ne vient pas tous les jours, il vient sur des jours fixes. L'enchaînement des étapes, parce que l'activité se crée en étapes, il y a des rituels de début et de fin d'activité. Il faut que quand le chien vient, ce soit marqué sur leur planning. Du coup, ils préparent la gamelle d'eau, des petites choses comme ça. - Les promenades intérieures et extérieures, l'utilisation de jeux cognitifs pour chien, le jeu des races, le jeu des parties du corps du chien.

Après, on va travailler tout ce qui est communication, relation, socialisation, favoriser la communication verbale, non verbale parce que le chien répond aussi bien à des gestes qu'au verbal. Favoriser les échanges, encourager, car en plus quand on fait des promenades dans le parc ou dans l'établissement, je fais exprès d'aller à la rencontre d'autres résidents de l'EHPAD pour qu'ils puissent discuter ensemble, je sors les gens de l'unité. Même si le temps ne permet pas de sortir dans le parc, on va dans l'EHPAD.

L'EHPAD est construit sur dix-sept hectares, les couloirs sont très longs du coup on peut faire le tour de la chapelle et revenir, etc., on a déjà fait un kilomètre. Donc sans sortir dans le parc on peut faire tout ça. Donc, du coup, encourager l'expression spontanée, quand ils flattent le chien, quand ils se confient au chien, quand ils se confient aux autres résidents parce qu'ils parlent du chien. Facilité de la mise en mots des questionnements, des angoisses, des émotions parce qu'ils parlent au chien et nous on n'existe plus, moi je n'existe plus. Moi, ils me voient tout les jours, il y a mon nom écrit en gros sur moi. On va diminuer les comportements inadaptés, l'agitation, l'agressivité, encourager le respect, apaiser, diminuer les angoisses, se relaxer. Donc après, les moyens j'en ai parlé un petit peu, ça va : être les discussions, les échanges sur les animaux, leurs modes de vie, le travail sur le ressenti, les émotions et les comportements des animaux que l'on va mettre en lien avec nous même. Travail du comportement à observer en présence d'animaux, support photo, aide à la communication, pictogrammes, etc. parce que mon chien aussi pour l'unité Alzheimer il a un harnais avec son nom marqué dessus, donner des ordres verbaux ou gestuels au chien.

Dans le domaine de la motricité, psychomotricité, déplacement, on va favoriser l'équilibre, les déplacements, les transferts, la latéralisation, l'axe corporel, le centrage, l'orientation temporo-

spatiale : on la remet dedans. Travail du schéma corporel, image du corps dans l'espace : parce que je vais faire des parcours d'agility, encourager les différentes coordinations, œil-main, gestes-paroles, le causes à effet. Stimuler les mouvements articulaires, la motricité fine, la motricité et la coordination oculomotrice. Travailler sur le dialogue tonico-émotionnel, l'apaisement, la contenance. Les moyens ça va être le parcours moteur de type agility, ils vont être contents de faire passer le chien en dessus des barres et ils vont enjamber la barre eux aussi. Ils vont faire monter le chien sur des trucs, ils vont lâcher la laisse pour le faire passer dans le tunnel et la reprendre, donc on va travailler tout ce qui est préhension, se baisser, se relever. Et puis comme j'ai remarqué qu'ils sont très près du le chien et qu'ils se voûtent, du coup, depuis peu, pour les redresser je propose un bâton avec une espèce de petite soucoupe et une balle. Il ne faut pas faire tomber la balle : il faut se tenir droit car sinon ça penche et la balle tombe. Dissociation des aides : il faut à la fois tenir le chien, donner des ordres au chien et penser à la balle : donc aussi double tâche, puis même sur un fauteuil ils peuvent le faire, c'est nous qui poussons le fauteuil derrière, c'est eux qui tiennent le chien et la balle, ils sont contents. Et du coup ça fait participer pas mal de monde. Les jeux cognitifs pour chien pour les toutes petites préhensions : ouvrir une boîte, fermer les boîtes, lâcher, reprendre la laisse, associer un ordre verbal à un geste, préparer, donner une friandise, effectuer les soins du chien, brosser, masser, appliquer des choses parce que en fait je ne fais pas grand chose concrètement sur le chien, c'est les résidents qui le font. Ils le brossent, ils lui font le soin des oreilles, ils lui font le soin des griffes, des coussinets. Travail sur les différentes parties du corps en relation avec nous. Ils ont peint un magnifique tableau, avec un petit peu d'aide, représentant mon chien. On colle les différentes parties du corps, on les met sur lui, on regarde si nous on a une truffe, ah non ! on a un nez, on montre la truffe du chien, ça marche plutôt bien aussi et sur les différentes positions et déplacements dans l'espace comparé avec nous aussi.

Le sujet principal de l'ergo : indépendance et autonomie, donc maintenir les capacités motrices et psychomotrices au déplacement, travailler le périmètre de marche pour leur permettre de garder une autonomie au niveau déplacement. Travail sur l'hygiène et le soin de soi et faisant justement un lien avec le toilettage du chien, l'utilisation des brosses, etc.. Il m'arrive même, sur des personnes qui ont de l'incurie, d'emmener le chien sous la douche avec la personne donc on se douche aussi. Travail sur les besoins fondamentaux des êtres vivants, par exemple : le chien a soif, donc, peut-être que vous aussi vous avez soif. Travail sur la nourriture aussi : le chien a faim, vous mangez aussi, du coup on prépare ensemble, on sert la gamelle d'eau du chien, on se sert un verre. Favoriser la prise d'initiative, les échanges sociaux spontanés. Je suggère beaucoup les choses pour essayer de provoquer la prise d'initiatives, je vais par exemple sortir une boîte avec les brosses mais c'est tout. Et qui veux en prend une et brosse le chien. Des fois, selon les cas, avec la maladie

d'Alzheimer, utiliser le neurone miroir, ça marche aussi donc de montrer le geste et puis ils vont répéter.

La dimension affective aussi pour permettre de briser la solitude : ils n'ont pas beaucoup de visites en maison de retraite, le chien leur permet de briser la solitude car ils peuvent tout lui dire, favoriser un investissement affectif. Leur permettre de mieux canaliser leur énergie, travailler la revalorisation, la confiance en soi, le sentiment d'utilité, diminuer les angoisses, de relaxer, favoriser le bien-être avec les temps de relaxation, responsabilisation par certaines tâches, valorisation par la réponse du chien à effectuer différents ordres. C'est eux qui ont appris au chien à faire des petits tours. Rencontre autour du chien et des animaux en général, socialisation.

Enfin, dernier domaine, et non des moindres : tout ce qui est récréatif, loisir. En maison de retraite - et surtout avec la maladie d'Alzheimer - ils sont vraiment souvent coincés dans leurs angoisses parce qu'il y en a beaucoup qui se voient diminuer. Le fait d'être là avec le chien et de retrouver des sensations qu'ils ont aimées ou qu'ils auraient aimé. Il y en a qui n'ont jamais eu de chien mais qui auraient aimé avoir un chien ça leur apporte. Dans l'objectif de dynamisation, d'apport ludique, convivial, amener du rire, du bien-être et puis raviver des souvenirs agréables. Cela va être tous les jeux individuels ou collectifs. Voilà, je pense qu'il y a pas mal d'objectifs.

Moi : Oui c'est bien complet.

E1 : Et ça marche très très bien.

Moi : Comment ont été mises en place les interventions à l'EHPAD par rapport à l'aspect législatif et au droit d'amener un animal ?

E1 : Alors, en fait, j'ai écrit un projet en ne laissant rien au hasard : « Où ? Quand ? Quoi ? Qui ? Comment ? Pourquoi ? Etc. » J'ai répondu à toutes ces questions-là. Donc j'ai vraiment posé le cadre : « Qui ? Quel chien ? Quel moment ? Combien de temps ? » Les objectifs : quels sont les objectifs avec la population ? J'ai ciblé beaucoup le PASA (Pôle d'Activité de Soins Adapté) car à la base il intervient au PASA et après ça s'est élargi au fur et à mesure mais j'ai fait mes preuves au PASA. Le PASA accueille quatorze résidents en journée, ce sont des résidents qui habitent dans l'EHPAD donc, c'est une unité dans l'unité. Après j'ai élargi mes prises en charge sur les autres services de l'EHPAD. Au départ, j'avais une autre collègue formée avec moi à l'IFZ qui intervenait à l'unité psy et moi j'intervenais uniquement à l'unité Alzheimer, depuis qu'elle est partie, je fais aussi l'unité psy. Je suis allée voir le directeur aussi, il m'a embauchée en connaissance de cause, à

l'embauche je lui ai dit : « J'ai acheté un chien, j'ai tel projet, c'est avec vous tant mieux, ce n'est pas avec vous tant pis ». Il m'a dit : « On va voir, c'est pas gagné ». Et lui, à partir du moment où tout était défini au niveau assurance, au niveau législation. En législation, il y a rien qui interdit un chien en milieu de soins - sauf le directeur -, c'est au bon vouloir du directeur. Sinon au niveau de la loi, il n'y a rien qui l'interdit. Après il y a des choses qui sont logiques : le chien ne doit pas être en salle de soin, ne doit pas être sur le lieu de stockage et transformation alimentaire, pas être là quand le résident a une infection qui peut se transmettre au chien. Donc le chien ne doit pas être là quand il y a tout ce qui est zoonose, pas être là quand il y a une réfection de pansement, ce qui est logique pour une question d'hygiène. Après, en dehors de ça il a le droit d'être partout. Moi je fais également en sorte qu'il ne soit pas là au moment où les résidents mangent. Parce que un chien qui quémande, je trouve ça pénible et les résidents auraient tendance à tous lui donner à manger et donc après, il serait obèse. Du coup il intervient en dehors des heures de repas. Et sinon, parce qu'il n'y a pas trop d'intérêt ailleurs, en salle d'activité : soit la salle de rééducation, soit le gymnase (la salle des fêtes), le PASA ou beaucoup à l'extérieur. Dès qu'on peut, on met un manteau et on va dehors.

Moi : Quelle est la fréquence ?

E1 : Une heure de travail pour deux heures de repos. Il travaille à l'EHPAD le mercredi et le Vendredi.

Moi : Et c'est surtout en groupe ?

E1 : En fait le matin je fais de l'individuel et l'après-midi je fais du groupe. Parce que le matin, avec les temps d'habillage, avoir des groupes c'est compliqué. Donc le matin c'est plus des petits binômes en fonction de qui est prêt, soit petit binôme soit individuel. Et puis l'après-midi c'est du groupe. Ça me permet de faire les deux.

Moi : Les deux sont intéressants.

E1 : Oui, en effet.

Moi : Quelles sont les spécificités de la médiation animale en ergothérapie ? S'il y en a.

E1 : Oui, parce que forcément on est ergo et on ne peut pas nous l'enlever donc forcément on va penser à autonomie, à tout ce qui est gestuel, préhensions, etc. L'exercice de l'anneau que l'on ramasse et qu'on enlève par le haut, c'est mettre le pantalon et enlever le t-shirt. On regarde au niveau articulaire et musculaire s'il y a la capacité de, et après on peut retranscrire dans les activités

de la vie quotidienne. Je pense que chaque médiateur va travailler en fonction de sa base et de sa pensée. Moi je n'arrive pas à dissocier les deux, je fais de l'ergothérapie avant tout et j'utilise l'animal comme j'utiliserai la peinture avec des objectifs ergo derrière en tête. Moi, mon but c'est maintenir leurs capacités résiduelles le plus longtemps possible dans le plaisir. Dans le plaisir de s'occuper du chien, mais aussi au niveau articulaire on est en train d'entretenir, au niveau musculaire on est en train d'entretenir. Et dans le plaisir, car l'EHPAD est dans l'esprit CARPE DIEM, c'est une pensée. Je trouve que c'est très ergo, ce n'est pas une ergo qui l'a développé. C'est Nicole Poirier qui l'a développé, c'est une canadienne. L'idée c'est de vivre au jour le jour et de proposer des choses en rapport avec la vie du résident. Par exemple on ne va pas dire :« Oh là là, il s'est levé à quatre heures du matin c'est un trouble du comportement...», (d'ailleurs on évite de dire trouble du comportement avec Nicole Poirier), « ...on va lui donner un cachet pour dormir ».L'idée c'est pas ça. « Pourquoi il se lève à quatre heures du matin ? Ah ben il était boulanger, logique, il s'est levé toute sa vie à quatre heures du matin. A la limite on va lui proposer une activité à faire. On va essayer de se caler au plus proche des habitudes de vie de la personne pour éviter la médication qui ne lui sert à rien.

Moi : Ça va plus le dégrader qu'autre chose, presque.

E1 : Voilà c'est ça, mais il n'arrive pas à l'exprimer car des fois ils perdent le langage, donc il n'arrive pas à l'exprimer, donc lui à quatre heures du matin il fait le bazar dans l'unité, donc il faut plutôt se poser les bonnes questions sur pourquoi est-ce qu'ils font ça plutôt que tout de suite mettre un truc qui assomme, ça c'est au Canada. En France, l'idée c'est de se rapprocher le plus de cette méthode-là. On travaille avec la famille pour avoir le plus d'éléments sur les habitudes de vie quand on peut. Des fois, ils n'ont pas de famille. Et donc le chien, dans la population que je peux avoir fait partie des habitudes de vie de la personne, soit de garder le chien du voisin même s'ils n'en ont pas eu. Je trouve que c'est très ergo de parler des habitudes de vie et de partir des habitudes de vie, d'essayer de coller au plus près.

Moi : Selon vous, l'utilisation de l'animal en séance a-t-elle un impact sur la motivation de la personne ?

E1 : Oui, comme je le disais tout à l'heure, si je dois le décrire en un mot c'est un moteur. Un exemple flagrant : j'ai un groupe de prévention des chutes relevé du sol, grosso-modo je fais la même chose qu'en agility. Dans le groupe de relevé de sol ils vont faire le parcours une fois, voire deux, puis ils vont me dire que je les gonfle. Avec le chien ils vont le faire cinq ou six fois. A peu de choses près c'est la même chose et ils vont tenir la laisse du chien, ils sont contents de tenir la laisse

du chien, ils sont fiers d'avoir fait faire l'exercice au chien et ils ne se sont pas rendu compte qu'eux aussi ont fait l'exercice. C'est un moteur, ça leur parle. Un autre exemple aussi qui m'a marqué puisque c'était les toutes premières séances de mon chien : une dame que je venais d'installer en fauteuil coquille parce qu'elle n'arrivait plus à se tenir dans un fauteuil classique et en fauteuil confort c'était compliqué. Elle ne voulait plus marcher car elle a eu une tendinite et un Alzheimer bien avancé donc trouble de la compréhension. Quand elle voyait le kiné elle hurlait, elle ne voulait pas entendre parler du kiné, vraiment pas. J'ai amené le chien « Oh mais faut aller le promener ! », et elle a fait le geste de se lever, d'attraper la laisse, elle n'avait pas beaucoup d'équilibre donc du coup on l'a rattrapée tout de suite. Au fur et à mesure des séances elle a fait le tour du parc de dix-sept hectares et pendant deux ans on a réussi à lui maintenir la marche. Après la maladie l'a rattrapée. Ce n'est pas magique, ça ne guérit pas mais pendant deux ans on a réussi à lui maintenir la marche grâce au chien et donc tout ce qui va avec, les transferts et tout ça. On était en train de faire les transferts au lève malade. Pendant deux ans elle a continué à marcher, à faire ses transferts car elle était motivée pour promener le chien. On faisait plein de petites pauses, on faisait tous les bancs du parc pour faire le tour du parc mais elle était heureuse dehors, elle était heureuse de tenir le chien, en plus elle se redressait bien, on n'avait pas besoin de lui dire de se redresser, elle était fière. Quand elle croisait quelqu'un qui lui demandait de caresser le chien elle était super fière de montrer le chien. Et aussi, avec elle, j'ai fait un test : j'arrive une fois, mes collègues me disent : « je ne sais pas si tu vas réussir à faire quelque chose de Madame parce qu'elle est perturbée, elle nous parle des soldats, parce que pendant l'occupation, sa ferme a été prise. Alors elle est restée dans ce souvenir là, je ne sais pas si tu vas y arriver, on n'arrive pas à la calmer et puis elle n'est pas cohérente dans ses discours ». Je suis arrivée avec Jap : je rentre dans la salle : « Bonjour, bonjour Jap! ». Elle est super cohérente, je sors de la salle, j'attache le chien en dehors de la salle, je ré-entre dans la salle, elle était repartie dans sa guerre, son discours incohérent, je ré-entre le chien, elle est à nouveau cohérente. Donc y a des choses qui se passent, il y a beaucoup de choses comme ça qui se passent. Après avec elle, c'est parce que la présence du chien lui parlait, ça avait une signification pour elle. Il faut que l'animal avec lequel on travaille ait une signification pour la personne et une signification pour que la triangulation se fasse : pour que ça fonctionne. Ça marche en triangle, c'est-à-dire qu'il faut qu'il y ait à la fois une relation de confiance avec moi et avec l'animal, et que l'animal soit aussi en confiance avec le patient et avec moi. Je suis aussi amenée à emprunter une cavalerie quand je fais de l'équithérapie en centre équestre donc ça c'est un élément important, il faut que l'on connaisse bien le médiateur, avec lequel on travaille.

Moi : La participation aussi est grandement altérée, que ce soit pendant la séance mais aussi après la séance ?

E1 : Oui, pour la séance, j'ai réussi à jouer là-dessus, par exemple pour des gens avec de l'incurie : « Ben oui, mais le chien, il est propre quand il vient vous voir, il a fait sa toilette ! Puis il faut être habillé si vous voulez sortir dehors et promener le chien ». Bon, ben, on se lave et on s'habille. Et il y a des résidents qui n'ont pas forcément de séances, qui savent que le chien est là, et donc ils vont se lever, se laver, s'habiller pour venir caresser le chien dans mon bureau. L'EHPAD est très grande, donc il faut forcément marcher pour venir à mon bureau.

Moi : Est ce qu'il y a un impact sur les patients apathiques ?

E1 : Ah oui, complètement.

Moi : Et du coup ça a un impact sur la qualité de vie et l'autonomie de la personne ?

E1 : Oui, ça améliore, - pas chez tout le monde -, mais ils sont contents de voir le chien.

Mon chien avait été arrêté plus de trois mois parce qu'il s'était ouvert un coussinet donc il ne fallait pas qu'il marche trop et le sol de l'EHPAD n'est pas forcément propre. Quand je l'ai ramené, j'ai pris son harnais mais j'ai enlevé son nom dessus pour voir qui s'en souvenait. Moi ils me voyaient tous les jours donc c'est frustrant. « Oh, Jap, on est content de te revoir ». En fait, c'est comme ça qu'elle a développé Carpe Diem Nicole Poirier, la mémoire émotionnelle n'est pas atteinte, donc même s'ils n'arrivent pas à dire ce qu'il s'est passé, ils savent qu'ils ont passé un bon ou un mauvais moment. C'est pour ça que souvent les blouses blanches parfois ça se passe pas très bien et moi qui suis habillée en civil ça se passe très bien pour exactement la même chose.

Moi : Oui, il n'y a pas le même rattachement affectif.

E1 : Voilà, il y a des significations aussi, avec le chien on peut faire n'importe quoi. Ce n'est pas un soignant, affectivement il est là, il est présent. Il y a quelque chose qui se passe et du coup même s'ils n'arrivent pas à dire, « ah ben, j'ai fais ça c'était génial » ils seront apaisés. C'est un bon moment et c'est ça le plus important en fait. Dans Carpe Diem c'est ça le plus important, ils ont passé un bon moment et donc ils ont envie de repasser un bon moment. Ils vont vers ce dont ils se souviennent : où ils ont passé un bon moment et ils ont envie de repasser un bon moment. Souvent j'ai plein de monde à ma séance, même des gens qui n'étaient pas forcément dans la séance et qui viennent juste pour voir le chien, qui prennent le temps de se lever de leurs fauteuils habituels où ils sont assis toute la journée pour venir voir le chien. Je fais exprès d'être excentrée à chaque fois avec le chien, je passe dans l'unité et on fait l'activité un peu excentrée pour qu'ils bougent.

Moi : Et du coup c'est des groupes de combien à la base ?

E1 : A la base cinq personnes puis huit ou dix.

Moi : Et du coup il y a une évolution du comportement des personnes au fur et à mesure des séances ?

E1 : Forcément il y a la maladie qui revient, mais oui sur le long terme on peut faire évoluer les séances parce que, rien qu'avec la ritualisation ils savent qu'il faut préparer la gamelle, ils savent où elle est rangée. Ils vont la chercher, ils vont jusqu'au robinet mettre de l'eau dedans, ils savent qu'en général il faut qu'ils remplissent la carafe et se servent de l'eau, ils servent de l'eau à tout le monde et puis ils ont compris que je leur laissais choisir l'activité : donc ils sortent ce qu'ils ont envie de faire. Je leur laisse l'accès au matériel, on leur laisse l'accès à tout, c'est comme à la maison, ils ont une armoire.

Moi : Comment les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et étant apathiques réagissent face à l'animal lors des séances ?

E1 : Ils vont vers l'animal pour la plupart. Ils vont vers ou ils rejettent. En tout cas il y a quelque chose qui se passe car ils sortent de leur apathie pour : soit rejeter le chien pour certain car ils n'ont pas envie qu'il vienne leur dire bonjour. Donc ils vont dire : « Non non non, dégage » et ils vont changer d'endroit car ils n'ont pas envie de voir le chien : on sort de l'apathie et puis du coup ils vont s'intéresser à d'autres activités car ils ne veulent pas du tout qu'on les inclue dans l'activité avec le chien, donc ils vont s'intéresser à l'autre activité qui est proposée en même temps. Pour d'autres ça va être : « Ben non aujourd'hui je n'ai pas envie de faire la sieste car il y a le chien ». Alors que d'habitude ils vont à la sieste systématique, ou ils demandent d'être raccompagnés en chambre, ou ils vont demander d'être accompagné aux toilettes mais pas pour le chien.

Moi : Et donc il y aura forcément une réaction.

E1 : Forcément oui, très souvent. Pas à cent pour cent non plus mais très souvent.

Moi : Quels sont - selon vous- les limites de la médiation en ergothérapie ?

E1 : Alors, les limites. Pour l'instant je n'en ai pas trouvées. Il n'y a pas de limites dans le sens où il y a pleins d'objectifs, il y a pleins de choses à faire. Après les limites ça va être, le bien-être animal, de bien faire attention à ça. Le bien-être des résidents aussi parce que souvent on voit pleins de

choses et il faut vraiment observer le rythme de chacun, que ce soit l'animal ou le résident. Les limites ça va être ça, de savoir en poser en fait. Ça se passe souvent très très bien, y a pleins de choses à faire quand c'est bien fait, quand c'est réfléchi. Et du coup, on a envie de faire plus mais il faut penser au rythme du chien. Surtout moi, je travaille avec un berger australien, le berger, qui est très attaché à moi, il fera tout ce que je lui demande mais il se tuera à la tâche. Ça reste mon chien avant tout. Du coup j'ai envie de le préserver, le garder le plus longtemps possible comme collègue, c'est pour ça. Il pourrait travailler tous les jours mais non, même en libéral il pourrait travailler tous les jours mais non, là, il est complet en libéral. Ce ne serait pas avant juin 2019.

Moi : Il ne faut pas trop leur en demander.

E1 : Voilà, je veux que ça reste un plaisir pour lui de venir. Quand je lui dis qu'on va travailler, je veux qu'il reste avec ses petits bonds de joie à aller chercher son harnais. Il sait qu'il va passer un bon moment, qu'il va être le petit nombril sur pâte. Il aime bien être au centre de l'attention. Je veux que ça reste un plaisir pour lui, pour moi aussi parce qu'il est déjà arrivé aussi qu'une fois j'annule une séance, enfin, que je fasse complètement autre chose, je venais de perdre un proche, ça m'avait affectée terriblement, donc lui le ressentait. Ça l'avait affecté aussi parce que, ce sont de véritables éponges émotionnelles les animaux. Et du coup, je n'allais pas lui faire faire de l'agility qui est très contraignant. Très contraignant car il doit être très concentré, il ne doit pas tirer la laisse pour ne pas faire tomber la personne au bout de la laisse. Cela demande une grande concentration, je ne pouvais pas ce jour là lui demander ça, ce n'était pas possible. Puis moi, je n'avais pas une attention pleine pour à la fois faire attention aux résidents et à la fois au chien, il fallait qu'il y en ait seulement un mais pas trois. C'est pas possible donc dans ces cas là. J'ai adaptée ma séance. Ce jour là, on a fait le jeu des chiens célèbres. Au moins les résidents n'étaient pas déçus, on a fait la médiation animale, tout s'est bien passé, il n'y a pas eu d'accident. Parce qu'il y a ça aussi, travailler avec un chien fatigué, le forcer, le contraindre, c'est risquer un accident. Il peut mordre, il peut bousculer, il peut montrer de l'agacement, etc... Donc même s'ils sont très très bien dressés, ça reste un chien. Voilà, c'est ça la limite, faire attention au rythme du chien, parfois je ne l'amène pas deux, trois semaines, si je sens qu'il est un peu lassé pour pouvoir renouveler des choses. C'est pour ça aussi que j'ai plusieurs médiateurs, qu'il y a le lapin, qu'il y a le poney pour pouvoir tourner un peu. Déjà pour ne pas s'essouffler soi-même non plus. Après j'adore mon métier d'ergothérapeute un peu sans les animaux aussi. Donc je ne veux pas travailler toujours avec l'animal. J'adore aussi la cuisine thérapeutique, les évaluations toilette et habillage pour essayer de les entraîner. J'aime bien aussi. Je fais les douches au lit pour la relaxation, etc... j'aime bien. Y a plein de choses que j'aime bien faire en dehors, et qui sont hyper utiles aussi pour l'EHPAD et que je continuerai.

Moi : Est ce que vous pensez qu'il y a des bénéfiques particuliers à la médiation animale comparé à d'autres médiations en ergothérapie ?

E1 : Particuliers, c'est difficile à dire, car je dirais que ça dépend de chacun, ça dépend du public auquel on propose, ça dépend à qui on propose, ça dépend des habitudes de vie à qui on propose. Je pense qu'il faut faire en fonction de la signification pour chacun. Il faut que l'activité reste signifiante, significative. Je ne dirai pas particulièrement par rapport à une autre thérapie, je vois ça comme un tout. Je vois la rééducation ou l'éducation comme un immense puzzle et je pense qu'on peut tous s'imbriquer les uns les autres, autour du patient, et proposer des choses vraiment qui se complètent, pour essayer de travailler ensemble et avancer. Et après il y a des choses qui vont marcher, d'autres pas. Et puis savoir se remettre en question pour justement proposer la meilleure prise en charge. Je ne pense pas que ce soit mieux qu'une autre thérapie, je pense que ça se complète avec d'autres thérapies Et ça marche à partir du moment où la personne est réceptive.

Moi : Oui, où il y un bon contact.

Maladie d'Alzheimer

Moi : Est ce qu'il y a des éléments qui peuvent empêcher une prise en charge en ergothérapie ? Par exemple, des troubles du comportement.

E1 : Non, je cherche, mais non. Il n'y a pas d'élément car il y a toujours quelque chose à faire. Déjà tout ce qui est soin de confort. Si c'est quelqu'un en fin de vie, avec la maladie très avancée, il y aura toujours les soins de nursing, le positionnement anti-escarres, il y aura toujours quelque chose à faire en ergothérapie. Même si l'on n'est plus dans l'autonomie il y aura toujours le nursing donc tout ce qui est soins d'escarres.

Moi : Quels sont les impacts de la maladie d'Alzheimer sur la qualité de vie de la personne et sur son autonomie ?

E1 : Le pire, pour moi, c'est quand ils se rendent compte de leurs difficultés. C'est quand on est dans la phase où ils ont encore des moments de lucidité et où ils s'aperçoivent d'où ils sont, et les montées d'angoisses. C'est vraiment ce qu'il y a de plus terrible pour moi. Pour moi, les voir comme ça, c'est ce qu'il y a de plus terrible dans la maladie. Pour moi, c'est cette période de transition qui est la plus dure pour eux. Une fois qu'elle est passée, j'ai envie de dire : après c'est nous, niveau patient. Mais pour eux, je ne ressens pas de mal-être plus que ça, à part les montées d'angoisse

parce qu'ils ne vont pas comprendre quelque chose mais c'est lié avec la maladie. Pour moi, c'est l'angoisse qui va être le plus dur à gérer. Mais il y a pleins de choses à faire pour essayer d'apaiser.

Moi : Quel est l'impact de l'apathie sur la maladie d'Alzheimer ?

E1 : Ça va faire perdre les capacités psychomotrices très très rapidement. Et même tout ce qui est autonomie, très très rapidement parce que la personne va arrêter de faire les choses. Donc en arrêtant de faire les choses, un peu comme un marathonien qui arrête de courir : le lendemain il ne court pas un marathon. Donc ils perdent leur entraînement. C'est très compliqué, battre l'apathie, c'est super compliqué mais il y a plein de choses. Il faut persévérer, il faut essayer de trouver le truc qui va déclencher cette envie pour la personne de refaire des choses ou de faire des choses. Il y en a pour qui c'est la salle Snoezelen qui va faire que, il y en a pour qui c'est d'être dehors, il y en a pour qui c'est de regarder la télé qui va leur donner envie de tricoter car ils ont toujours tricoté devant la télé, ça peut être des choses hyper farfelues mais n'empêche que ça marche. Du coup on va essayer de sauter sur l'occasion, on va tester pleins de trucs. On va voir s'ils ont envie de dessiner, de cuisiner... Dans l'unité nous, ils font la soupe tous les jours, le soir ils font leur soupe eux même pour le soir donc l'après-midi il y a forcément un atelier soupe. Ils vont éplucher des légumes frais, ils vont faire leur soupe de A à Z.

Moi : Ça leur permet de s'intégrer dans une activité quotidienne collective.

E1 : Voilà, c'est ça. Et après, une fois par semaine il y a la cuisine thérapeutique. Et là c'est plus, on va cuisiner des gâteaux, on va cuisiner des crêpes, on va cuisiner le repas de A à Z, on fait pleins de petits ateliers. Certains font l'entrée, d'autres font le plat et d'autres le dessert, on fait le goûter. On a un champ pas loin pour ramasser les fraises l'été, du coup on va ramasser les fraises et puis pendant ce temps-là, il y en a qui préparent la pâte à tarte. On fait pas mal de photos aussi, c'est pas mal aussi pour l'ancrage et puis l'album photo aussi. Cela leur permet de renouer le lien avec la famille, avec les proches qui viennent les voir parce que, comme ils ne se souviennent pas de ce qu'ils ont fait, ils vont dire à la famille « Ben, on a rien fait ! » ou bien « Je sais pas, tous les jours se ressemblent ». Et donc on sort le classeur où ils sont en photos, mis en valeur, pas tachés ou des trucs comme ça. Du coup ils voient les photos : « Ah ben si ! tu es allé aux fraises ! ». Et puis comme ça ils ont du dialogue avec leur famille parce que des fois les familles n'osent plus amorcer les conversations et c'est très dur pour eux. Ils viennent me voir ou ils vont voir la psychologue en disant : « C'est très dur, on ne sait pas de quoi parler », ils viennent nous voir en disant : « Qu'est ce qu'ils ont fait cette semaine ? ». Et quand j'ai su ça j'ai dit : « non, il faut que l'on imprime des photos de temps en temps, régulièrement et qu'on fasse un classeur ». Avec le chien, c'est pareil,

en plus tout le monde a vu les articles dans les journaux, donc ils vont vouloir savoir ce qu'il se passe avec le chien donc on peut leur faire voir les photos.

Moi : Une dernière question ? Selon vous, quel est le ou les troubles liés à la maladie d'Alzheimer qui impactent le plus la participation aux activités de la vie quotidienne ?

E1 : En positif ou en négatif ?

Moi : En négatif.

E1 : Ben, l'apathie. C'est sûr qu'ils ne font plus rien. Après il va y avoir tout ce qui est sphère de la communication, tout ce qui est compréhension, compréhension de consigne. C'est sûr que quand ils ne comprennent pas pourquoi on leur demande de se lever, d'aller faire leur toilette, des choses comme ça, c'est sûr que des fois il y a des baffes qui partent. La compréhension ça peut être vraiment difficile parce que quand tu es dans un dialogue de sourds, que tu leur propose quelque chose mais que ce n'est pas ce qu'ils attendent au niveau de l'activité on est coincé. Donc ça, l'apathie aussi parce qu'évidemment ils n'ont rien envie de rien faire. Ce n'est même pas qu'ils n'ont envie de rien faire, c'est qu'ils ne peuvent rien faire. Ce n'ai même pas une histoire d'envie. Le terme est mal choisi mais voilà, il n'y a rien qui se passe à ce moment-là. Après il y a les montées d'angoisse aussi. Il y a aussi quand ils perdent au niveau praxie, mais ça encore, comme on est ergo, on adapte l'activité. J'en envie de dire que ce n'est pas le plus difficile. Ce n'est pas ce qui impacte le plus, parce qu'au final on arrive toujours à trouver des solutions. Donc c'est vraiment la compréhension et l'apathie.

Moi : Du coup, là où vous travaillez, ils arrivent pour la plupart à aller vers une médiation quelle qu'elle soit ?

E1 : Il faut aller les chercher, ils ne viennent pas forcément d'eux mêmes. Avec le chien quand tu passes dans le service si, sinon ça dépend des activités car pour la soupe aussi ça marche pas mal car c'est dans leur habitudes de vie d'aller faire la popote, surtout pour les dames. Ça dépend des activités qui sont proposées.

Alzheimer et médiation animale : Une thérapie aux poils

Rigaudy Clémentine

Résumé

L'apathie, qui réduit la participation aux activités de vie quotidienne est l'un des plus fréquents troubles du comportement chez une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Les ergothérapeutes peuvent utiliser différents moyens afin de diminuer l'apathie. Un de ces moyens peut être l'utilisation d'un animal. L'objectif de cette étude est de déterminer si la médiation animale utilisée en ergothérapie permet de diminuer l'apathie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Une enquête a été conduite, sous la forme d'entretiens semi-directifs, auprès de trois ergothérapeutes utilisant la médiation animale avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. D'après les ergothérapeutes interrogées, la médiation animale utilisée en ergothérapie a un impact sur la motivation, la participation et l'apathie des patients. Ils veulent interagir avec l'animal en le caressant, en jouant, en marchant avec lui, en prenant soin de lui, en parlant avec lui et à propos de lui. Cette étude montre que l'utilisation de la médiation animale en ergothérapie permet de diminuer l'apathie en augmentant la motivation et participation des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. La médiation animale est un moyen thérapeutique récent en ergothérapie ainsi qu'auprès d'autres professions paramédicales, médicales et sociales. Il y a encore peu de recherches sur ce sujet en France mais ses bénéfices devraient conduire au développement de cette approche thérapeutique.

Mots clés : Ergothérapie, Médiation animale, Apathie, Maladie d'Alzheimer

Abstract

Apathy, which reduces participation in daily life activities is one of the most frequent behavioural disorder for people with Alzheimer's disease. Occupational therapists can try to reduce apathy using different therapeutic means. One of them could be the use of an animal. The aim of this study was to determine whether animal assisted therapy (AAT) used in occupational therapy helps reduce apathy in patients with Alzheimer's disease. Three occupational therapists using AAT with patients with Alzheimer's disease were interviewed. According to the occupational therapists interviewed, AAT used in occupational therapy has an impact on the patient's motivation, participation and their apathy. The patients want to interact with the animal by petting him, playing with him, walking with him, taking care of him, talking with and about him. This study demonstrates that the use of AAT in occupational therapy helps reduce apathy by increasing the patient's motivation and participation. AAT is a relatively new therapeutic mean in occupational therapy as well as in other paramedical, medical and social professions. There are few studies on this subject in France at this stage, however the benefits for the patients should lead to the development of this therapeutic approach.

Keywords: Occupational Therapy, Animal Assisted Therapy, Apathy, Alzheimer's disease