

Un chien en psychomotricité ?

L'apport de la médiation canine en prise en charge psychomotrice

**Mémoire présenté par Estelle Guinard en vue de l'obtention du D.E. de psychomotricien
Session de Juin 2011**

Maître de mémoire : Mme Marie-Ange Giron



Emilie Massal

Un chien en psychomotricité ?

L'apport de la médiation canine en prise en charge psychomotrice

Remerciements

Marie-Ange, maître de stage et de mémoire, pour toutes tes questions qui m'ont fait réfléchir encore plus, toutes nos discussions, pour toutes tes compétences de psychomotricienne.

Danièle, pour ton accueil tellement amical, le partage de ta passion, de tes connaissances et de tes compétences.

Corine, pour ton dynamisme et le partage de tes connaissances.

L'association Parole de chiens et plus particulièrement Isabelle de Tournemire et Catherine Ringuier pour leur aide.

L'association Handi'chiens pour son travail et sans qui je n'aurais pas pu concrétiser ce projet.

Les enfants de l'I.E.M. et de l'école maternelle et primaire pour leur spontanéité, leur attachement, leur simplicité, pour être des enfants tout simplement.

La maison de retraite et l'association Sid' avenir pour leur ouverture d'esprit.

Ma famille qui comprend si bien mes passions et me soutient dans mes projets.

Laure, sans qui je n'aurais sûrement pas connu ce métier.

Alex, qui m'a fait découvrir la nécessité d'un chien auprès des enfants.

Aux coupines pour avoir partagé ces trois années extraordinaires et je suis sûre qu'il y en aura encore beaucoup d'autres.

A mes amis, parce que vous êtes précieux.

Louis, pour être là malgré la distance.

Les « pros » à quatre pattes: Enzo, Polo, Elfe, Tech, Bill, Craquotte et Frosties pour leur travail fait au jour le jour; pour être à la fois chien de famille et chien de travail.

Mes chiens, passés et présents, qui ont fait germer tellement de choses.

Sommaire

I. Introduction.....	p.6
II. Historique des relations hommes-chiens.....	p.8
1. Premières relations hommes-animaux et les débuts de la médiation canine.....	p.8
❖ Les premières traces.....	p.8
❖ L'association hommes-chiens.....	p.9
❖ Le chien comme médiateur.....	p.9
❖ Les premiers travaux concernant la médiation canine.....	p.10
2. Critères de sélection d'un chien médiateur.....	p.12
❖ L'élevage.....	p.12
❖ Le caractère du chien.....	p.13
❖ L'aspect physique du chien.....	p.12
❖ Un bon chien médiateur.....	p.15
III. Médiation canine auprès d'enfants de maternelle.....	p.16
1. Présentation théorique de la population.....	p.16
❖ Les stades libidinaux de S. Freud.....	p.16
❖ Le développement de l'intelligence selon J. Piaget.....	p.18
❖ Théorie de la maturation.....	p.19
❖ Théorie de l'apprentissage.....	p.20
❖ Théorie de l'attachement.....	p.20

2. Approche psychomotrice.....	p.21
❖ La sensorialité.....	p.22
❖ La motricité.....	p.22
❖ L'espace.....	p.23
❖ Le temps.....	p.24
❖ Le schéma corporel et l'image du corps.....	p.25
❖ Le langage.....	p.26
❖ Le jeu.....	p.26
 3. Illustration clinique.....	p.27
❖ Première séance.....	p.28
❖ Deuxième séance.....	p.28
❖ Troisième séance.....	p.29
❖ Dernière séance.....	p.31
 IV. Médiation canine auprès de jeunes atteints de paralysie cérébrale.....	p.33
1. Description de la population.....	p.33
❖ I.M.C.....	p.34
❖ I.M.O.C.....	p.34
❖ Le polyhandicap.....	p.34
❖ La paralysie cérébrale.....	p.34
 2. Approche psychomotrice.....	p.35
 3. Illustrations clinique.....	p.36
❖ La toilette du chien.....	p.37
❖ Les parcours psychomoteurs.....	p.38
❖ Les jeux spontanés.....	p.39

❖ Les promenades avec le chien.....	p.41
❖ Temps calme avec le chien.....	p.42
V. Médiation canine auprès de personnes âgées atteinte de démence de type Alzheimer (DTA).....	p.45
1. Description de la population.....	p.45
❖ La personne âgée.....	p.45
❖ La démence de type Alzheimer.....	p.46
❖ La chute chez le sujet âgé.....	p.47
2. Approche psychomotrice.....	p.48
❖ La personne âgée présentant une DTA.....	p.49
❖ La chute chez le sujet âgé.....	p.50
3. Illustrations clinique.....	p.51
❖ En maison de retraite.....	p.51
❖ Dans un service de gérontologie.....	p.56
VI. Discussion.....	p.59
1. Les aspects positifs de la médiation canine.....	p.59
❖ Les items psychomoteurs mis en avant.....	p.59
❖ Un nouveau point de vue.....	p.59
2. les contraintes de la médiation canine.....	p.61
❖ Du côté du patient.....	p.61
❖ Du côté de l'administration et des équipes.....	p.62

3. Et ailleurs ?.....	p. 63
❖ Les autres pathologies.....	p.63
❖ Les autres animaux.....	p.63
❖ Du côté du psychomotricien.....	p.63
❖ En complémentarité avec d'autres métiers.....	p.64
 Glossaire	p.65
 Annexes	p.69
 Bibliographie	p.79
 Webographie/Cours	p.82
 Crédits photographiques	p.83

Au commencement Dieu créa l'homme et la femme. Mais voyant leur faiblesse il leur donna le chien.

(Anonyme)

Je chante les chiens calamiteux [...] qui ont dit à l'homme abandonné avec des yeux clignotants et spirituels : « Prends-moi avec toi, et de nos deux misères nous ferons peut-être une espèce de bonheur ! »

(Charles Baudelaire)

I. Introduction

La psychomotricité est un métier extrêmement diversifié tant au niveau des populations rencontrées qu'au niveau des médiations utilisées. Du nourrisson jusqu'à la personne en fin de vie, le psychomotricien trouve une légitimité et travaille avec nombre de médiations reconnues pour leur réel impact thérapeutique comme la musique, l'eau, le dessin, les arts martiaux ou les techniques de relaxation; pour ne citer que celles-ci.

Pourquoi alors vouloir introduire cette nouvelle médiation qu'est le chien? Quel est l'intérêt et l'effet d'une telle médiation sur les différentes populations auxquelles le psychomotricien peut être confronté?

Les chiens ont une forme de pensée, certes différente de la nôtre, mais qui existe. C'est peut-être la vision nouvelle que nous apporte le chien qui fait toute l'originalité de la médiation canine: penser le patient et notre relation à lui sous un autre point de vue mais aussi aborder notre travail de psychomotricien sous un autre angle car « l'outil » de la médiation a ses désirs propres et des réactions non mécaniques.

C'est là justement la force de cette médiation: le chien est un être vivant, qui ressent la douleur et qui a des sentiments positifs et négatifs variables selon les jours. Le psychomotricien trouvera dans le chien un médiateur extraordinaire pour faire accepter son travail auprès du patient. Le psychomotricien, le patient et le chien forment un triangle thérapeutique en mouvement constant, avec une infinité de possibilités puisque tous les éléments en présence sont des êtres vivants dotés de sentiments et de volonté...

Toutes les médiations sont tout à fait légitimes et utiles en psychomotricité, mais les animaux et le chien en particulier ont un aspect universel et intemporel unique. Car, même si l'homme construit des civilisations depuis la nuit des temps, une seule chose reste: la présence des animaux et en particulier le chien, premier animal domestiqué par l'homme.

Voilà brièvement le but de ce mémoire: montrer l'intérêt d'une médiation à part car faisant intervenir du vivant (avec tous les aléas que cela implique), accessible à tous et applicable aux différents champs de la psychomotricité: prévention, rééducation, thérapie. Cet écrit va donc suivre un plan précis.

Une première partie sera consacrée à un historique rapide des relations qui ont pu exister et qui existent encore entre l'homme et l'animal avec une précision pour les relations entre l'homme et le chien.

Les trois parties suivantes traiteront de la médiation animale auprès de trois types de populations différentes ordonnées selon leur âge: les enfants de maternelle, les enfants atteints de paralysie cérébrale et enfin les personnes atteintes par des démences de type Alzheimer (DTA). Chacune de ces trois parties se déroulera toujours sur le même plan: en premier lieu une définition de la population sera énoncée en prenant appui sur les différentes théories existantes, puis les spécificités psychomotrices de cette population seront décrites suivant un aspect théorique et pratique. Pour finir des exemples cliniques illustreront l'apport du chien en psychomotricité.

Une dernière partie sera consacrée au bilan de ce mémoire avec les questionnements qu'il a pu susciter.

II. Historique des relations hommes-chiens

1. Les premières relations hommes-animaux et les débuts de la médiation canine

❖ Les premières traces

Les hommes ont toujours été -et sont encore- dépendants de la Nature. C'est au sein même de la Nature que l'homme extrait de quoi subsister. C'est de cette nécessité qu'est née la promiscuité avec les animaux. Dès le Paléolithique, on trouve des représentations rupestres en Australie (-50 000 av. J.C.) qui prouvent que les animaux ont marqué notre imaginaire et reflètent nos préoccupations les plus profondes. « Les animaux nous ont ainsi permis d'exprimer nos exploits, notre religiosité, notre place dans la vie réelle mais aussi notre interprétation de la mort »¹. Les animaux ont aussi empreint la médecine : les premières traces écrites remontent à l'époque de Pline en 100 ap. J.-C.² et aujourd'hui encore, la médecine traditionnelle chinoise confère à certaines parties animales de grandes vertus thérapeutiques.

On ne sait comment les premières relations concrètes ont commencé mais on peut supposer que les animaux domestiqués devaient assurer un maximum de bénéfices (travaux de force, transport, nourriture, garde) avec un entretien minimum pour l'humain. Les hommes sont donc devenus moins dépendants des ressources du milieu naturel et moins vulnérables vis-à-vis des agressions extérieures (climat, animaux, autres humains...). C'est certainement à cette époque que la sélection a débuté, car c'est désormais l'homme qui maîtrise les déplacements et la reproduction de ses animaux.

L'animal a donc eu tout d'abord une fonction utilitaire, puis avec le développement des civilisations, il a pu prendre d'autres rôles comme celui d'animal de compagnie, ou celui d'animal familier³.

¹ Cyrulnik, B. (2001), p.52.

² Clutton-Brock (1981).

³ Montagner, H. (2002).

❖ L'association hommes-chiens

Les premières associations hommes-chiens sont très intimement liées aux relations hommes-animaux mais il convient d'apporter quelques précisions. En effet, pour l'humain, le chien a une place à part. Il s'agit de la première espèce qui a été obtenue grâce à la domestication du loup. De plus, le chien est présent sur tous les continents ce qui implique que toutes les cultures de toutes les ères ont eu des relations proches avec lui.

C'est à partir du début de la sédentarisation humaine que le processus de domestication commence et que le loup devient le *canis familiaris* c'est-à-dire le chien⁴. Grâce aux études archéologiques, il a été établit que les premiers chiens partagent la vie des hommes depuis 12 ou 14 000 ans⁵. Cependant, de récentes recherches sur l'ADN mitochondrial estiment que le loup et le chien ont génétiquement commencé à se différencier il y a environ 135 000 ans, ce qui situerait la domestication du loup bien plus précocement que ce que les fossiles ne laissaient penser⁶.

❖ Le chien comme médiateur

A la fin du XVIIIe siècle, la Société des Amis en Angleterre met une nouvelle pratique thérapeutique en place, en décalage total avec les pratiques de l'époque concernant les malades mentaux. La York Retreat, fondée par William Tuke, possédait des jardins et des animaux. Le but était de normaliser les patients qui portaient leurs propres vêtements (et non des uniformes) et de s'intéresser aux soins quotidiens des plantes et animaux. William Tuke pensait que les soins prodigués aux animaux et aux plantes encourageaient les patients à être plus responsables, capables d'un meilleur contrôle d'eux-mêmes et surtout de les ouvrir vers l'extérieur afin de les détourner de leur détresse interne⁷.

En 1867, l'institution Bethel en Allemagne fonctionnait sur le même principe. L'institution abritait des fermes, un centre équestre et toutes sortes de petits animaux qui

4 Grandjean & coll., (2003).

5 Clutton-Brock, J. (1995); Coren, S. (1994).

6 Budiansky, S. (1999).

7 Meslon, G. (2009).

étaient la thérapeutique d'abord d'épileptiques puis de personnes atteintes de troubles mentaux ou physiques.

En 1944, le centre de convalescence de l'armée de l'air de Pawling (état de New-York) ajouta des chiens, des chevaux et des animaux de ferme pour améliorer le quotidien des militaires convalescents⁸.

Tous ces exemples ne sont restés malheureusement que des tentatives isolées et non des études scientifiques à proprement parler. C'est n'est que depuis récemment que le monde scientifique s'est penché sur les bénéfices physiologiques et psychologiques amenés par le contact d'un chien.

On peut citer une étude présentée au congrès de l'American Heart Association en 2005 qui démontre que la présence d'un chien auprès des malades permet de diminuer chez eux le stress et la tension artérielle dans le cadre de la thérapie assistée par l'animal. La présence d'un chien aurait donc un réel effet sur la santé des patients. La coordinatrice de l'étude souligne que « cette étude démontre que la compagnie d'un chien, même durant une courte durée, a de réels bénéfices » (annexe I).

❖ Les premiers travaux concernant la médiation canine

Concernant les effets psychologiques positifs de la présence d'un chien, on peut citer des travaux que l'on peut considérer comme les fondements de la médiation canine.

Dans les années 1950, Boris Levinson est un psychologue américain spécialisé dans les enfants atteints de retrait ou d'autisme sévère. C'est au cours de l'une de ses prises en charge que Levinson réalisa l'effet que pouvait avoir son chien, Jingles, sur un de ses jeunes patients souffrant d'un retrait sévère. Lors d'une visite inopinée de la mère avec son enfant dans le bureau du psychologue, le chien accueille amicalement les visiteurs et se met à lécher le visage de l'enfant qui répond par des caresses. A la fin de la

⁸ Beck, A. (2000).

séance l'enfant demande de revenir jouer avec le chien. Les séances suivantes, l'enfant était entièrement accaparé par ses discussions avec Jingles. Levinson décida d'entrer dans cette dyade en parlant lui aussi au chien. Le chien servit de médiateur pour que le thérapeute puisse entrer en relation avec l'enfant. C'est ainsi que débute la théorie de la « Pet Oriented Child Psychotherapy »⁹.

Dans les années 1970, on peut aussi signaler les initiatives des Corson, couple de psychiatres américains qui observèrent les effets bénéfiques des chiens sur des adolescents perturbés ne réagissant pas aux traitements médicaux. Les Corson adaptèrent leur méthode au milieu gériatrique et formulèrent les théories de la « Pet Facilitated Therapy ».

Le Dr Condoret, vétérinaire français filme à la même époque la transformation spectaculaire d'une enfant de 3 ans et demi souffrant de graves troubles envahissant du développement grâce aux battements d'ailes d'une colombe. Grâce à ses nombreux autres travaux, le Dr Condoret comprit que les animaux et le chien en particulier étaient « déclencheur de communication ».

Les bases de la thérapie assistée par l'animal sont donc posées mais ne concernent que les aspects physiologiques ou psychologiques. Aucun écrit ne montre les bénéfices de la médiation canine en psychomotricité.

⁹ Melson, G. (2009).

2. Les critères de sélection pour un chien médiateur

Comme n'importe quel médiateur, le chien utilisé dans le cadre de la médiation animale doit répondre à plusieurs critères essentiels pour effectuer le meilleur travail possible auprès des patients.

❖ L'élevage

Quelle que soit la race choisie, il est important de bien choisir le lieu de naissance de son futur chien médiateur. L'éleveur devra avoir sélectionné au préalable les parents du chiot au niveau de l'aspect physique mais surtout au niveau du caractère. L'éleveur aura aussi pris soin de laisser le chiot en contact avec sa mère et sa fratrie jusqu'à au moins ses 8 semaines et lui aura offert un milieu à la fois stimulant et rassurant pour son bon développement.

Une fois le chiot retiré de l'élevage, la personne référente du chien, c'est-à-dire le psychomotricien, devra offrir une vie de famille (de meute) afin de favoriser au mieux l'équilibre et l'intégration du chiot. Il est plus que nécessaire de continuer le travail de socialisation commencé par l'éleveur et de confronter dès que possible le chiot à toutes sortes de situations et de contextes.

Ce n'est que sous ces conditions que l'on pourra avoir un chien médiateur socialisé au maximum, à l'aise en toutes circonstances, confiant dans l'humain même inconnu, n'ayant aucune réactions d'agressivité ou de peur face à un contexte particulier ou inhabituel.

Bien sûr, des bâtards, des chiens traumatisés ou sous-stimulés durant leur enfance peuvent faire de très bon chien médiateur. Cela demandera cependant plus d'investissement et de temps passé à pallier les erreurs passées et un résultat positif (devenir un chien médiateur) sera plus délicat à obtenir.

❖ Le caractère du chien

Même si le chien doit avoir les capacités d'intégrer une certaine quantité d'ordres qu'il devra par la suite exécuter, il est important que le chien puisse garder sa spontanéité et son caractère propre.

Le travail du psychomotricien étant basé sur le lien et la communication, cela ne peut se faire de manière mécanique ou induite uniquement par des ordres. De par son implication dans la prise en charge en psychomotricité, le chien doit chercher et apprécier le contact humain à travers des caresses ou le jeu, résister au stress, gérer les agressions possibles des humains sans réaction de recul ou d'agressivité.

Il existe de nombreux tests comportementaux à la disposition des éleveurs et des particuliers. Le plus connu est le test de Campbell (annexe II). Il permet d'apprécier globalement le caractère d'un chiot d'au moins 7 semaines: dominants agressifs, volontaires, équilibrés et adaptables, soumis ou inhibés. Dans le cadre de la médiation canine un chiot considéré comme équilibré et adaptable serait le plus à même de devenir un bon chien médiateur.

❖ L'aspect physique du chien

Il est important de tenir compte de l'aspect physique du chien. C'est de la première rencontre que dépend la mise en place de l'alliance thérapeutique entre le patient, le chien et le psychomotricien. La race, la taille et l'aspect du poil sont autant de critères à intégrer pour le choix du futur chien médiateur.

La race du chien doit être facilement identifiable car cela permet une meilleure mémorisation et donc une meilleure implication de la part du patient. Une race très répandue peut favoriser la reviviscence chez les personnes atteintes de démence de type Alzheimer ou créer un début de lien avec toutes sortes de populations. Le Berger Allemand par exemple, est le chien de ferme et le chien de guerre pour les personnes âgées. C'est aussi le chien star de nombreuses émissions télévisées pour les plus jeunes (*Rex*). Le Labrador est l'archétype du chien de famille: un travail sur le lien et la famille de manière plus large peut ainsi être enclenché grâce à la race du chien. Une race peu

connue peut aussi être le support d'une ouverture d'esprit et d'une curiosité au monde que le psychomotricien pourra travailler (en particulier avec les enfants).

La taille du chien est à prendre en compte: un petit chien pourra sauter sur les genoux, être pris dans les bras, être porté et materné ce qui favorisera le travail sur le holding et le handling, par exemple. Un chien plus gros restera à terre et sera plus imposant, mais il sera plus facile d'accès car à hauteur de mains pour les caresses ou le brossage pour les personnes qui ne peuvent pas se pencher ou qui ont des problèmes de vue. Les hommes peuvent préférer être avec un gros chien qui aura un aspect moins féminin (petit chien = chien de femme). Ceci participera au travail d'estime et de revalorisation de soi car de manière générale, l'on considère comme plus difficile de se faire obéir d'un gros chien que d'un petit chien. La satisfaction procurée par la capacité à s'imposer au chien sera d'autant plus grande que la taille est importante. Les adolescents peuvent aussi aimer se confronter à un chien d'allure athlétique, en faisant la course par exemple. Les jeunes filles pourront préférer l'aspect poupée à travers le brossage, un collier ornementé.

La longueur et la couleur de poils: un chien à poils longs ou à poils courts n'a pas les mêmes impacts. Le poil long apporte le côté peluche, rassurant et stimule le toucher. Le poil court est plus facile pour le toilettage, laisse moins de traces sur les vêtements, permet de mieux sentir la chaleur dégagée par le corps... La couleur du poil est aussi à prendre en compte. Une couleur trop foncée peut faire peur (enfants ou adultes) ou être associé à la mort (pour les personnes âgées). Sur un plan plus technique, un chien de couleur foncée a un regard plus difficile à capter et semble moins expressif ce qui est pénalisant lorsque le travail s'axe sur la communication ou l'établissement du lien.

Si le psychomotricien travaille avec plusieurs chiens, chacun doit être différentiable des autres par son aspect (*le petit, le poilu, le vieux...*), mais aussi avec des prénoms peu similaires à la prononciation, afin d'éviter toute confusion.

❖ Un bon chien médiateur

Au-delà de tous les critères énumérés ci-dessus, une chose reste cependant essentielle: l'entente du couple psychomotricien-chien. Comme pour toute médiation, la maîtrise de celle-ci et donc le comportement du psychomotricien vis-à-vis d'elle reste le premier critère. Si le couple thérapeutique psychomotricien-chien n'est pas dans une parfaite entente, aucune alliance thérapeutique efficace ne pourra être établie avec le patient et la prise en charge ne répondra pas aux attentes de chacun.

Le chien de par sa longue histoire commune avec l'homme, est la seule espèce capable de s'adapter aussi bien à celui-ci et de le stimuler de manière unique. Un même chien peut ainsi éveiller le toucher, favoriser les praxies, stimuler la parole et l'estime de soi, créer du lien et de l'attachement, développer le schéma corporel et l'image du corps...

Le chien utilisé comme médiateur est le seul à pouvoir travailler tous les items psychomoteurs, selon les besoins. Le chien a un rôle: rassurant, anxiolytique et sécuritaire (affectif et physique), dynamisant, favorisant le développement des coordinations dynamiques générales, la motricité fine, les praxies, la coordination oculo-manielle, le contrôle tonico-postural, l'autonomisation, l'apprentissage du respect, l'entrée en communication sur un mode adapté, l'imaginaire et la créativité.

Tous ces aspects seront développés dans les parties suivantes s'appuyant sur diverses populations: les enfants dits normaux de maternelle, les jeunes atteints de paralysie cérébrale et les personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer.

III. Médiation canine auprès d'enfants de maternelle

L'enfance est l'âge de tous les apprentissages et de toutes les découvertes. C'est durant cette période que le futur adulte se construit selon certains schémas. Ainsi on retrouve dans le développement normal de l'enfant différents aspects qui s'influencent les uns les autres et par conséquent influent sur le développement lui-même. Une première partie exposera les différentes théories qui permettent de comprendre le développement affectif et intellectuel normal de l'enfant. Une seconde partie permettra de situer le développement psychomoteur normal de l'enfant et le rôle du psychomotricien auprès de celui-ci et une troisième partie montrera l'intérêt de la médiation canine dans le cadre de prévention psychomotrice avec des enfants présentant un développement normal de petite et moyenne section de maternelle.

1. Présentation théorique de la population

De nombreuses théories tentent d'expliquer le développement normal de l'enfant mais toujours en séparant le développement affectif du développement intellectuel. Freud s'est intéressé au développement psycho-affectif et Piaget au développement de l'intelligence. Les théories de l'apprentissage, de la maturation et de l'attachement sont aussi à prendre en compte.

❖ Les stades libidinaux de S. Freud

Classiquement, Freud considère que le développement libidinal de l'enfant peut se diviser en plusieurs stades, chacun étant sous la domination d'une zone érogène et ayant une relation à l'autre (relation d'objet) spécifique. Les stades suivent une certaine chronologie mais peuvent se chevaucher et ils sont fonction des investissements et des intérêts de l'enfant. Il est aussi possible que le passage d'un stade à un autre soit marqué par une régression temporaire au stade précédent. La libido peut être définie comme une pulsion de vie. La pulsion est un processus dynamique constituant une poussée qui amène l'organisme vers un but.

- Le stade oral 0-1 an: l'enfant découvre la tension au travers de la faim et l'apaisement via la tétée. La source de la pulsion est la zone buccale. L'objet pulsionnel correspond à la prise de nourriture, et le but de la tension libidinale est d'éprouver le plaisir procuré par la tétée en elle-même, par l'odeur, par le toucher, c'est-à-dire d'incorporer la mère. C'est durant cette période que l'activité psychique débute car l'introjection de la mère correspond au début de l'incorporation du monde extérieur c'est-à-dire à la prise de conscience du monde environnant et la mise en place de la créativité.
- Le stade anal 1-3 ans: la zone érogène est la zone anale et le but de ce stade est la maîtrise de l'objet au travers le contrôle des muscles sphinctériens (rétention et expulsion des selles). De manière globale, l'enjeu de ce stade est la différenciation et l'affirmation de soi ainsi que la vérification de l'emprise sur l'environnement. Ce stade est très important pour la construction de l'image du corps, en particulier au niveau des limites corporelles. Ce stade coïncide avec l'acquisition de la propreté.
- Le stade phallique 3-6ans: est subdivisé en deux stades, le stade urétral et le complexe d'Œdipe.

Le stade urétral correspond à l'unification des pulsions au niveau des organes génitaux. La source du plaisir se situe dans la zone urétrale. Le plaisir procuré par la miction ou la rétention de la miction est d'une part auto-érotique et d'autre part en lien avec l'environnement (faire plaisir à l'autre en faisant pipi dans le pot). L'enfant commence à manifester une certaine curiosité sexuelle avec la question de l'origine de la vie. L'enfant est fixé sur le phallus qui est le symbole de la puissance.

Le complexe d'Œdipe est un stade fondamental car c'est grâce au dépassement de l'Œdipe que l'enfant intègre l'interdit de l'inceste, la différence intergénérationnelle, la différence des sexes et s'identifie au parent du même sexe. L'enfant n'est plus satisfait de l'auto-érotisme et comprend la nécessité d'un autre perçu comme différent de soi pour éprouver du plaisir. L'enfant dépasse le complexe d'Œdipe grâce au processus d'identification au parent du même sexe. Durant cette période les jeux de fiction sont privilégiés. L'enfant peut y prendre la place des adultes, des héros auxquels il s'identifie et dans lesquels il se projette.

- La période de latence 7-12 ans est une période de questionnement et d'intense réorganisation mentale avec l'éloignement de la problématique oedipienne, une réorganisation des mécanismes de défenses et une réorganisation de la relation d'objet. On assiste à une ouverture sociale ce qui permet à l'enfant de déplacer ses pulsions dans la curiosité au monde, les apprentissages scolaires. Ce processus d'ouverture correspond à la sublimation des pulsions. L'enfant durant cette période est heureux et fier de lui.

❖ Le développement de l'intelligence selon J. Piaget

L'intelligence est un des outils du psychisme constituée de différentes fonctions qui permet à l'individu de connaître son environnement et de s'y adapter grâce à des combinaisons originales de conduites. Piaget décrit classiquement 4 stades:

- Le stade sensori-moteur 0-2 ans: est divisé en 6 phases durant lesquelles l'enfant développe et coordonne ses capacités sensorielles et motrices pour passer du stade de l'acte réflexe à l'acte intentionnel tendant vers un but. Piaget considère que l'intelligence sensori-motrice apparaît avant le langage, elle est une intelligence toute pratique qui porte sur la manipulation des objets et qui l'utilise, à la place des mots et des concepts, des perceptions et des mouvements organisés en schèmes d'action.

L'achèvement de la période sensori-motrice correspond à l'invention de moyens nouveaux par combinaison mentale (l'intelligence symbolique). L'enfant peut réfléchir avant d'agir pour obtenir un but fixé. S'il y a encore quelques tâtonnements, l'enfant à cet âge est capable de s'arrêter et de réfléchir à son action.

- Le stade pré-opératoire 2-7 ans. L'enfant commence à élaborer des raisonnements à partir d'objets concrets mais cette pensée est axée sur l'enfant lui-même qui ne peut construire et se représenter le monde que de son point de vue. Ce stade est divisé en deux périodes: la pensée symbolique (entre 2 et 4 ans) où l'enfant peut se représenter mentalement ce qu'il évoque et a accès aux jeux symboliques et la

pensée intuitive (entre 4 et 7 ans) qui est une pensée pré-logique, adaptée au réel mais dépendant encore beaucoup de la manipulation de l'objet.

Le langage tient une place importante dans le développement de l'intelligence car la pensée peut ainsi se dégager de l'action en ordonnant les évènements dans le temps avec un passé, un présent et un futur, en évoquant des objets absents.

- Le stade opératoire 7-12 ans: l'enfant va acquérir le nombre, la classification, la sériation ainsi que la conservation de la substance, du poids et du volume. L'enfant se fixe moins sur ses perceptions et il est capable de décentration.
- Le stade formel à partir de 12-16 ans: l'enfant n'a plus besoin de manipulations concrètes pour réfléchir. Il peut tenir un raisonnement totalement abstrait avec des hypothèses et des déductions. L'enfant dépasse la simple maîtrise du réel pour aborder l'univers tout entier du possible.

❖ Théorie de la maturation

La théorie de la maturation (neurologique) concerne la myélinisation des neurones. En effet, même si le nouveau-né possède un nombre défini de neurones, le nombre des connexions neuronales n'est fixé que vers l'adolescence¹⁰. On considère que la maturation neurologique se termine vers l'âge de 12 ans, lorsque les syncinésies disparaissent. Les connexions neuronales sont, en grande partie, dépendantes des stimulations reçues durant l'enfance.

10 Lacombe, J. (2010).

❖ Théorie de l'apprentissage

Selon cette théorie, les acquisitions se font par l'expérimentation et l'expérience. Piaget considère que l'acquisition de nouvelles structures se fait par combinaison de réponses élémentaires innées ou dissociation de schèmes complexes en éléments plus simples qui serviront à leur tour dans d'autres constructions¹¹. Autrement dit, chaque expérience est mémorisée et transposée lors de situations nouvelles. Toutefois la sur-stimulation comme la sous-stimulation ont des effets négatifs. C'est uniquement avec des réussites que l'enfant tire du plaisir de ses actes¹² et aura donc envie de continuer ses explorations qui favoriseront son développement.

Il est important de prendre en considération que ces deux théories ne sont pas antinomiques mais complémentaires. L'expérience amène de nouvelles données qui seront traitées par le cerveau, ce qui favorisera la maturation neurologique. Mais sans un certain niveau de maturation, certaines actions ne sont pas réalisables¹³.

❖ Théorie de l'attachement

L'affectivité joue aussi un rôle indissociable et complémentaire des deux autres théories décrites ci-dessus. Bowlby et Harlow ont montré en 1958 que l'attachement est un besoin primaire. Le besoin d'attachement et de contact social est tout aussi fort que le besoin de s'alimenter. L'attachement désigne selon Bowlby « un lien d'affection spécifique d'un individu avec un autre »¹⁴. L'attachement va amener une sécurité intérieure qui sera en lien direct avec les capacités de l'individu à gérer la peur de la séparation.

Pour que l'attachement puisse se faire, l'enfant doit être capable d'attachement c'est-à-dire avoir les capacités à envoyer des signaux d'attachement à la mère qui, de son côté, doit être capable ce que Winnicott appelle la « préoccupation maternelle primaire » c'est-à-dire être dans un état particulier la rendant réceptive aux signaux envoyés par l'enfant et la rendant capable d'ajuster son comportement aux besoins de l'enfant. Une

11 Carric, J.-C. (2001).

12 Lacombe, J. (2010).

13 Ibid.

14 Carric, J.-C. (2001).

mère « suffisamment bonne » créera donc un espace sécurisant pour l'enfant qui, en retour, connaîtra une sécurité intérieure assez efficace pour s'ouvrir à l'autre (le monde au-delà de sa mère).

À partir de la notion d'attachement, Spitz décrit très bien les effets de l'hospitalisme c'est-à-dire des privations affectives précoce : « sans les stimulations du milieu, même si le besoin alimentaire est assuré, l'enfant ne peut se développer jusqu'à devenir un être humain, il meurt physiquement et ne naît pas psychiquement »¹⁵.

Spitz décrit plusieurs étapes. Tout d'abord un comportement de protestation avec des cris et des pleurs, puis un comportement de désespoir pour aboutir à une phase de détachement où l'enfant paraît ne plus avoir de désir et peut même se laisser mourir. L'hospitalisme est un syndrome parentel dont les effets sont d'autant plus marqués que la privation affective survient tôt dans la vie de l'enfant et dure dans le temps, avec des effets plus massifs entre 6 et 12 mois.

Grâce à ces différents auteurs on comprend que l'enfant se développera correctement s'il possède un équipement de base adéquat qu'il utilisera et expérimentera dans un cadre « suffisamment bon ».

2. Approche psychomotrice

Le développement psychomoteur commence dès la naissance et s'achève à la fin de la croissance. Il concerne toutes les acquisitions motrices que peut faire l'individu durant son enfance.

Le travail du psychomotricien auprès d'enfants non pathologiques est avant tout un travail de prévention et d'éveil psychomoteur. Pour cela, il prendra soin de stimuler les fonctions sensorielles, la motricité, l'espace, le temps, le schéma corporel et l'image du corps. L'acquisition du langage peut aussi être stimulée.

15 Cité par Carric, J.-C. (2001), p.53.

❖ La sensorialité

Les fonctions sensorielles regroupent tous les récepteurs recevant des informations du monde extérieur. Les informations reçues permettront à l'individu de s'adapter au monde extérieur et établir des relations avec celui-ci. Ce sont les bases de l'échange et de la communication.

Les stimulations sensorielles permettent aussi à l'enfant d'éprouver son corps, d'en prendre conscience et de le connaître. C'est le début de l'élaboration du schéma corporel et de l'image du corps. Les six sens (ouïe, vue, odorat, toucher, goût et système vestibulaire) jouent un rôle complémentaire dans le développement des fonctions sensorielles.

Même si l'humain utilise prioritairement de la vue, la défaillance de l'un des sens entraînera des troubles ou des retards. Il est donc important que chacun d'eux soient stimulés pour favoriser un développement sensoriel harmonieux.

❖ La motricité

Entre 0 et 7-8 ans, la motricité se construit et pose ses bases. Au-delà, il ne s'agit que de perfectionnement. Comme le montre Piaget, c'est le développement de la motricité qui favorise le développement de l'intelligence. Grâce à la motricité l'enfant découvre d'abord son corps propre puis le monde extérieur. Le développement moteur permet à l'enfant de s'adapter au monde et d'agir sur lui afin de s'autonomiser face à l'adulte.

C'est grâce à la motricité que l'enfant peut intégrer des règles et des concepts nécessaires à son bon développement psychique: le jeu du for-da décrit par Freud montre la capacité de l'enfant à rejouer la présence/absence de la mère au travers de à la présence/absence de l'objet. La frustration de l'absence de la mère est remise en scène par l'enfant qui a ainsi l'impression de maîtriser la situation et arrive à mieux gérer le stress engendré par la séparation. C'est aussi en s'amusant à remplir et à vider le contenu de ses jouets que l'enfant acquiert les notions de dedans/dehors et par conséquence, ses limites corporelles.

La motricité qu'elle soit globale (locomotion), fine (préhension) ou ayant un sens de communication (expression de la personnalité) se développera sous l'égide de la maturation neurologique, l'équipement anatomique, le tonus, la variabilité et la richesse des expériences vécues, l'entraînement et l'interaction humaine (l'affectivité). Le but du psychomotricien est donc de proposer des activités variées qui permettent à l'enfant d'exercer sa motricité en toute sécurité afin de développer la structuration temporo-spatiale, le schéma corporel, l'image du corps et le langage.

❖ L'espace

La structuration de l'espace. L'espace extérieur se construit d'abord à partir du corps de l'enfant, qui est son point fixe. Le monde extérieur se construit donc grâce à la différenciation du soi et du non-soi, grâce à l'organisation des gestes et des déplacements, à l'établissement de relations entre le corps propre et le monde extérieur et de relations entre les objets.

De manière générale, l'organisation de l'espace se construit de manière progressive grâce aux fonctions sensorielles qui amènent des informations de l'espace extérieur, à l'évolution de la posture qui permet de varier et donc d'enrichir la perception de l'espace, au développement de la motricité globale qui favorise l'exploration spatiale, et à la motricité fine pour manipuler l'espace proche. Ces facteurs sont bien évidemment dépendants de la maturation neurologique et de l'interaction humaine car il ne faut pas oublier que de la maturation neurologique influe sur le fonctionnement de tous les systèmes et que l'interaction humaine, c'est-à-dire l'affectivité, comme l'a montré Bowlby est un facteur très important dans le développement de l'enfant.

L'espace est une notion complexe et la maîtrise de celui-ci est longue et passe par différentes étapes.

- Entre 0 et 3 mois, l'espace est subi. L'enfant reçoit des informations sensorielles instantanées et morcelées.
- Entre 4 mois et 2 ans l'enfant est dans une période d'espace vécu: l'espace est en lien direct avec ses manipulations, ses expérimentations, ses actions.

- De 2 à 7 ans, l'enfant acquiert l'espace perceptif. Durant cette période l'enfant découvre, perçoit et établit des rapports topologiques entre les objets. L'enfant établit les rapports spatiaux en fonction de son point de vue. C'est le stade pré-opératoire de Piaget.
- Après 7 ans. L'espace est représenté. L'enfant est capable de décentration, c'est-à-dire que l'enfant peut prendre en compte un point de vue autre que le sien. C'est à cette période que s'établit la latéralité (entre 6 et 12 ans).

L'espace est donc une construction complexe avec son corps propre comme point de référence et de départ pour s'étendre jusqu'à l'infini. Cette construction est liée aux expériences sensorielles, à la motricité (pour l'espace externe) et à l'affectivité (pour l'espace interne). Le psychomotricien pourra donc travailler sur la connaissance des notions spatiales, l'orientation spatiale (orienter son corps puis les objets dans l'espace) et la structuration spatiale (capacité de diviser l'espace) et l'aspect psycho-affectif de l'occupation spatiale.

❖ Le temps

La structuration temporelle permet à l'individu de s'organiser, d'agir, de vivre et d'avoir une histoire en lien avec son environnement. La perception du temps est un processus acquis et peut dépendre des processus biologiques, subjectifs (psychologiques) et objectifs.

Mais pour accéder à cela, l'enfant passe d'abord par un temps vécu entre 0 et 2 ans. Le temps est fonction des rythmes internes puis avec le développement moteur, il sera fonction des actions présentes. Entre 2 et 7 ans, l'enfant acquiert le temps objectif en comprenant le vocabulaire pour découper et organiser le temps.

En psychomotricité, on peut travailler sur la structuration temporelle qui correspond à la capacité de découper le temps en intervalles et à s'y ajuster, sur l'orientation temporelle qui correspond à la capacité à se situer et à s'orienter dans le temps, sur l'organisation spatiale qui équivaut à la capacité de s'organiser dans le temps en combinant divers éléments afin d'atteindre un objectif.

❖ Schéma corporel et image du corps

Le schéma corporel et l'image du corps se construisent progressivement. L'image du corps évolue au cours de la vie de l'individu.

Le schéma corporel est édifié selon J. de Ajuriaguerra « sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles. Le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »¹⁶. Le schéma dépend des sensations sensorielles passées et présentes mais aussi de la verbalisation faite par l'adulte.

L'intégration neurologique des diverses stimulations apportées par l'environnement et par la motricité en elle-même ainsi que l'étayage verbal fait par l'adulte permettent à l'enfant de ressentir son corps et de mettre en mots ses ressentis, ce qui lui permet d'accéder à une représentation mentale de son corps.

Dolto souligne aussi l'importance du langage: « s'il n'y a pas eu de paroles, l'image du corps ne structure pas le symbolisme du sujet » car « c'est par la parole que des désirs révolus ont pu s'organiser en image du corps ». Chez le jeune enfant qui n'a pas encore accès au langage, on comprend le rôle de pare-excitation de la mère décrit par Winnicott. La mère, par la verbalisation des ressentis de son bébé aide ce dernier à intégrer et dépasser ses ressentis et émotions et ainsi se construire psychiquement.

Le psychomotricien au-travers de ses verbalisations peut aussi prendre ce rôle de pare-excitation. Une fois que l'enfant aura accès au langage, il pourra exprimer ses affects, faire partager l'intention de transformer des événements ou d'établir un contact social. Il aura ainsi intégré le rôle de communication du langage.

Pour Schilder l'image du corps correspond à l'image de notre propre corps, que nous formons dans notre esprit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes. Il s'agit donc d'une création active, fondée sur les activités du cerveau et sur les données sensorielles multiples. Il existe dans la création de l'image du corps une expérience

16 Cité par Aouès, L. (2008).

subjective au sein des éprouvés corporels. Ce n'est donc pas un reflet objectif de ce que nos organes perçoivent, mais un reflet subjectif qui aboutit à une présence corporelle. Cette façon d'être au monde varie en fonction des moments, des événements, des circonstances de la vie.

❖ Le langage

Même si le langage n'est pas une spécificité psychomotrice, il n'en reste pas moins que l'enfant de maternelle entre réellement dans le langage et la quantité de son vocabulaire explose. Car même si le nouveau-né est capable de discriminer les sons et le langage, ce dernier se développe durant les 3 et 4 premières années. En plus de travailler avec son corps (et celui de l'autre), le psychomotricien verbalise ce qu'il observe et suggère la verbalisation des émotions et des ressentis. Ceci demande un certain vocabulaire que le psychomotricien peut proposer lors de ses prises en charge.

❖ Le jeu

L'enfant normal joue. Beaucoup d'apprentissages passent par le jeu: il permet à l'enfant d'expérimenter son corps, de se socialiser, de stimuler sa créativité. D. W. Winnicott théorise les origines du jeu dans son livre *Jeu et réalité*, qui résume quarante années de réflexion. Pour Winnicott, le jeu est un phénomène universel qui apparaît dans une aire où se développent les phénomènes transitionnels.

Les phénomènes transitionnels sont un espace entre la mère et l'enfant qui ne peuvent émerger que si la mère est « suffisamment bonne ». La mère doit savoir adapter ses réponses en fonction des besoins de l'enfant ce qui procure un sentiment de continuité d'existence à l'enfant. Grâce à cette sécurité interne, l'enfant devient capable d'imaginer sa mère lors de l'absence de celle-ci. Et c'est ainsi qu'émerge le jeu. Pour Winnicott, ne peut pas pouvoir jouer seul est un signe clinique de dépression chez l'enfant.

Les phénomènes transitionnels et donc le jeu selon Winnicott permettent de comprendre la façon dont l'homme se sent réel et dont il ressent la réalité du monde. De

manière plus simple, le jeu échappe aux contraintes de l'extérieur et favorise le développement et l'autonomie de l'enfant car jouer c'est faire. Il faut faire avant de penser.

Le jeu reflète les préoccupations du moment de l'enfant. En prenant des objets externes il exprime sa réalité interne ce qui permet de canaliser ses angoisses, « jouer est une thérapie en soi »¹⁷. Le jeu engage le corps et socialise l'enfant car il existe un développement direct qui va « des phénomènes transitionnels au jeu, du jeu au jeu partagé, et de là, aux expériences culturelles »¹⁸.

On comprend donc la place essentielle du jeu dans le développement de l'enfant. En tant que psychomotricien, il est plus que nécessaire de privilégier l'aspect ludique dans toutes les activités proposées, d'une part pour obtenir l'intérêt de l'enfant et d'autre part pour favoriser ce que décrit Winnicott: la canalisation des angoisses, la socialisation et l'engagement corporel.

3. Illustration clinique

Voici l'illustration de la médiation canine utilisée dans le cadre de la prévention psychomotrice chez des enfants.

L'intervention du psychomotricien se déroule généralement sur quatre séances hebdomadaires d'une heure trente chacune. Le projet est validé par l'Éducation Nationale et possède donc un aspect pédagogique important mais qui laisse amplement la place à l'éveil psychomoteur des enfants. La troisième séance sera plus détaillée car faisant intervenir un parcours psychomoteur. L'école est située en Seine-et-Marne et le groupe est constitué d'une vingtaine d'enfants de petite et moyenne section, âgés entre 3 et 5 ans. Tous ces enfants suivent un développement normal.

17 Winnicott, D.W. (2007), p.102.

18 Ibid., p. 105.

❖ Première séance

La première séance est axée sur la découverte de la sensorialité avec un travail oral de comparaison avec le chien.

La perception sensorielle, la communication, le fonctionnement comportemental et intellectuel sont abordés. Les enfants découvrent donc que le chien ne vit pas dans le même monde sensoriel que le leur: il ne voit pas de la même façon qu'eux, il utilise plus volontiers son ouïe ou son odorat contrairement à eux qui privilégient la vue. Les enfants découvrent la communication non-verbale grâce au chien: en effet, les enfants savent que le langage est un outil de communication mais il découvre l'impact du langage corporel. Le psychomotricien peut montrer différentes images montrant les principales attitudes corporelles d'un chien. les enfants arrivent sans difficulté à trouver les différences et les conséquences chez l'autre de chaque attitude.

Tout ceci est fait de manière ludique et en interaction avec les enfants. Le psychomotricien part toujours des représentations initiales des enfants qu'il fait évoluer jusqu'à la zone proximale de développement, c'est-à-dire un peu au-dessus de ce que les enfants peuvent comprendre. Les enfants intègrent de nouvelles connaissances biologiques, physiologiques et proxémiques sous un aspect ludique et vivant (grâce à la présence du chien).

Le chien est la base d'une stimulation intellectuelle qui favorise une ouverture sur le monde et le vivant. C'est une activité qui est très appréciée par certains enfants qui participent activement aux discussions en partageant leurs connaissances et leurs impressions. Les pairs valorisent ces enfants ce qui participe à l'estime de soi et la socialisation entre pairs. Tous les enfants peuvent s'appuyer sur ce qui a été proposé en séance pour faire part de leur vécu.

❖ Deuxième séance

Le psychomotricien amène un chien en peluche à taille réelle. La peluche permet aux enfants de réinvestir les connaissances nouvellement acquises pour construire des hypothèses sur le comportement adéquat à adopter face à un chien inconnu.

Par exemple, les notions de sensorialité sont réabordées car le chien n'entre pas en interaction de la même façon que l'enfant puisque le premier privilégie l'odorat et le second la vue. Les notions de communication sociale et de proxémie sont aussi abordées: contrairement aux humains, certains chiens ne supportent pas le contact œil à œil avec un inconnu. Les enfants apprennent qu'il faut en premier lieu demander l'autorisation au maître avant de toucher au chien. Grâce au faux-chien qui est manipulé et mis en situation, l'enfant à une représentation concrète sur laquelle s'appuyer pour réfléchir, ce qui correspond au stade pré-opératoire de Piaget.

❖ Troisième séance (annexes III et IV)

Lors de la troisième séance, le psychomotricien utilise un vrai chien pour expérimenter les situations abordées lors de la séance précédente.

Etre confronté au chien peut être assez déstabilisant pour de petits citadins. Dans un contexte sécurisant l'enfant expérimente les situations préalablement abordées avec le faux chien avec tous les ressentis qu'accompagnent cette nouvelle rencontre: peur, attirance... Le psychomotricien est là pour mettre en mots les émotions de l'enfant, le rassurer ou l'encourager si besoin. L'enfant apprend aussi à contrôler son tonus car son état d'excitation influera celui du chien, ce qui permet d'aborder de manière détournée le dialogue tonico-émotionnel: l'état émotionnel de l'enfant agit sur le chien et inversement.

Un parcours peut être proposé. Le psychomotricien explique oralement le déroulement du parcours pour stimuler la représentation mentale des enfants puis illustre ses explications en effectuant le parcours avec le chien. Les enfants passent chacun leur tour, sans ordre précis, suivant les volontés de chacun. Le parcours peut être composé d'obstacles à enjamber, de poteaux à contourner... La fin du parcours est signifiée par un cerceau dans lequel l'enfant doit se placer puis faire asseoir le chien. Une fois le chien assis, l'enfant pose une friandise par terre. Le chien peut y toucher uniquement si l'enfant lui en a donné l'ordre.

C'est l'occasion pour l'enfant d'apprendre à agir sur le chien en se faisant comprendre clairement par celui-ci: le chien ne répondra aux attentes de l'enfant que lorsque ce dernier enverra des messages cohérents. L'enfant apprend donc à moduler sa communication et à faire correctement passer un message mais sans sanction ou jugement de l'adulte. Il expérimente le fait de donner des ordres et d'être obéi. Pour cela, il doit être cohérent, compréhensible, avoir un projet. Le psychomotricien est là pour l'aider à élaborer la représentation mentale de l'enfant et ainsi montrer l'intérêt de la préparation à l'action. L'enfant s'ajuste et s'adapte aux capacités du chien. L'enfant se trouve ainsi dans une situation valorisante puisque le chien exécute ses directives.

Si le chien n'obéit pas à l'enfant, le psychomotricien intervient et verbalise et l'encourage à trouver d'autres solutions, à prendre des risques. Il soumet d'autres possibilités de communication verbale ou non-verbale ou bien avance des hypothèses sur le pourquoi de l'échec. L'enfant ne s'est pas exprimé clairement, n'a pas parlé assez fort, ou n'a pas utilisé la bonne intonation. Après avoir expliqué les raisons de son échec à l'enfant, le psychomotricien encourage l'enfant à recommencer pour qu'il puisse réussir. Tous les enfants en fin de parcours retournent à leur place manifestement satisfaits de ce qu'ils viennent d'exécuter.

Le parcours psychomoteur permet de stimuler l'organisation spatiale car l'enfant doit effectuer le parcours dans un certain ordre, d'exercer sa motricité globale et par conséquent son schéma corporel et son image du corps. la tenue de la laisse et la manipulation de la friandise mettent en jeu sa motricité fine. Le langage est mis en avant grâce aux ordres donnés au chien.

En fin de séance, les enfants caressent le chien couché sur le sol. Ce temps calme permet aux enfants de faire retomber l'excitation créée par les jeux avec le chien et aussi d'expérimenter au niveau sensoriel le corps du chien. Le psychomotricien peut ainsi faire le lien avec ce qu'il avait expliqué lors des séances précédentes sur les différences entre eux et le chien. C'est aussi un moment de complicité et de tendresse que les enfants partagent avec le chien, car comme nous l'avons vu précédemment, l'affection joue un rôle déterminant dans le développement de l'enfant.

❖ Dernière séance

La dernière séance répond davantage au projet pédagogique de la classe. Celle-ci permettra de réaliser un lien entre les séances construites par le psychomotricien et les situations d'apprentissage qui seront réinvesties par la suite.

Le psychomotricien répond aux objectifs définis dans le projet élaboré par les enseignants de l'école. Cette dernière séance, qui permet de travailler sur le transfert de la pratique psychomotrice vers l'enseignement, peut donc être axée sur la pratique de la langue orale, l'enrichissement du vocabulaire, la représentation mentale et l'évocation, la réalisation d'écrits.

Il est par exemple possible de demander aux enfants de dessiner ce qu'ils ont fait durant la séance précédente afin de stimuler la mémoire, le graphisme, l'organisation spatiale de la feuille. Un travail autour de l'histoire du chien ou des métiers du chien peut aussi être proposé afin de proposer des stimulations cognitives. Chaque enfant fait la lecture descriptive d'une photo et la classe en entier tente de déduire l'activité en utilisant ses connaissances. En plus de la verbalisation, et de la réalisation de liens (la photo permet de trouver la bonne réponse), cette activité permet solliciter la coopération et la socialisation entre pairs et de favoriser l'ouverture sur le monde.

Un travail sur la morphologie des chiens et leur utilisation peut aussi être proposé. Les enfants doivent trouver les différences entre deux races distinctes :(le labrador qui est un chien de chasse adapté à évoluer dans un environnement froid et escarpé avec un lévrier, grand sprinter, adapté à un environnement plutôt désertique, par exemple. Même les plus jeunes peuvent participer et trouver les différences : chien trapu avec une peau épaisse et des oreilles tombantes pour le labrador et une morphologie aérodynamique pour le lévrier avec une grande cage thoracique, des muscles visibles, une peau très fine....

Avec les plus grands, il est possible de travailler sur l'anatomie et/ ou la physiologie ce qui amène les interrogations les plus vives : comment peut-on savoir que le chien ne voit pas le rouge ?, que sont les ultra-sons ?, comment le chien peut-il développer une analyse

aussi fine de son milieu avec son odorat ?... Ces questions les amènent vers des réponses neurophysiologiques : c'est l'occasion de travailler la perception sensorielle, la somatognosie et donc le schéma corporel ainsi que le fonctionnement comportemental.

Cette démarche permet d'apporter des extensions concrètes utilisables ultérieurement par l'enseignant. La médiation peut ainsi offrir un levier pour aborder et travailler toutes les notions tant scolaires que liées au domaine du développement psychomoteur et de la prévention globale pour un épanouissement harmonieux de l'individu.

Le chien dans le cadre de la prévention psychomotrice permet donc de stimuler le bon développement de l'enfant en mettant en jeu la motricité (globale et fine), la sensorialité, le schéma corporel, l'image du corps, le langage, la valorisation et la confiance en soi, l'autonomie, l'espace et la cognition.

Au-delà de l'aspect préventif du chien en psychomotricité, il est aussi possible d'intégrer la médiation canine dans la thérapie psychomotrice, c'est-à-dire d'agir sur le psychisme afin de permettre au sujet une meilleure adaptation. Mieux il se connaîtra, plus il pourra saisir son environnement et y interagir à sa façon, adéquate selon ses moyens, ses potentialités et sa manière d'être au monde, en dehors de toute normativité. C'est le travail qu'un psychomotricien peut effectuer auprès d'enfants atteints de paralysie cérébrale. Une première partie sera consacrée à la définition de cette pathologie, puis dans un second temps, les aspects psychomoteurs spécifiques seront abordés. En dernier lieu, des exemples cliniques viendront illustrer l'apport d'un chien en prise en charge psychomotrice.

IV. Médiation canine auprès de jeunes atteints de paralysie cérébrale

1. Présentation théorique de la population

❖ I.M.C.

Guy Tardieu considère que « l'infirmité motrice cérébrale (I.M.C) est due à des atteintes cérébrales survenues dans la période périnatale qui entraînent des troubles de la posture et du mouvement sans caractère évolutif. Ces atteintes cérébrales ont suffisamment préservé les facultés intellectuelles pour permettre une scolarisation »¹⁹. Il s'agit donc de lésions cérébrales non évolutives et définitives qui entravent de manière plus ou moins graves les fonctions motrices, sensorielles ou comportementales.

Il y a en France entre 1 à 2 naissances d'enfants I.M.C. pour 1000 naissances par an. On ne connaît que très mal les causes de l'I.M.C. mais on retrouve fréquemment des problèmes périnataux (prématurité, retard de croissance intra-utérin, anoxie périnatale sévère), des pathologies maternelles affectant la circulation fœtale. Il est aussi possible de ne trouver aucun facteur anormal amenant l'I.M.C.

Il faut retenir que l'I.M.C. regroupe de nombreux troubles moteurs variables en intensité et en localisation. Cette variabilité dépend intimement de la localisation et de l'étendue de la lésion. Cependant il est essentiel de noter que les rééducations kinésithérapeutique, orthopédique et psychomotrice ont une influence certaine sur ces capacités fonctionnelles et sur l'évolution motrice de ses enfants. Ici, les capacités d'apprentissage ne sont pas touchées, et les enfants peuvent donc suivre une scolarité tout à fait normale.

19 Le Métayer, M. (1993), p.11.

❖ I.M.O.C

L'infirmité motrice d'origine cérébrale (I.M.O.C.) regroupe les mêmes symptômes que l'infirmité motrice cérébrale avec une déficience intellectuelle associée.

❖ Le polyhandicap

La définition légale selon la circulaire n°86 du 6 mars 1986 est que « le polyhandicap est un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère peu profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation ».

On considère donc que le polyhandicap recouvre les troubles physiques, psychiques, sensoriels, somatiques et intellectuels qui se multiplient entre eux et créés le polyhandicap.

Les causes du polyhandicap sont très larges et restent inconnues dans 30% des cas. (50% de causes pré-natales, 15% de causes périnatales, 5% de causes post-natales).

❖ La paralysie cérébrale

Au niveau international, le terme de cerebral palsy (ou paralysie cérébrale) est plus volontiers utilisé. La paralysie cérébrale désigne un groupe de troubles permanents du développement du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activité, imputables à des évènements ou atteintes non progressives survenus sur le cerveau en développement du fœtus ou du nourrisson. Les troubles moteurs de la paralysie cérébrale sont souvent accompagnés de troubles sensoriels, perceptifs, cognitifs, de la communication et du comportement, par une épilepsie et par des problèmes musculo-squelettiques secondaires²⁰.

L'écrit présenté ici utilisera uniquement le terme de paralysie cérébrale, qui en définitive regroupe les définitions de l'I.M.C., l'I.M.O.C. et du polyhandicap.

20 Rosenbaum & coll. (2007).

2. Approche psychomotrice

Pour une prise en charge en psychomotricité avec des enfants ou des adultes atteints de paralysie cérébrale, il faut tout d'abord être conscient que la prise en charge ne peut être évaluée que sur du long terme (plusieurs années). Malgré cela, des effets positifs sont visibles sur le moment et c'est ce qui conforte l'idée que la psychomotricité a entièrement sa place auprès de ce type de population.

Du fait de la variabilité des symptômes et du niveau d'atteinte, tous les items psychomoteurs sont à travailler avec des personnes atteintes de paralysie cérébrale en n'oubliant pas de les adapter aux capacités et aux envies de chaque patient. On peut citer à titre d'exemple:

- avec une hémiplégie la prise en charge psychomotrice travaillera plus spécifiquement la négation ou le refus de l'hémicorps paralysé voire même l'héminégligence, les éventuels problèmes de latéralité contrariée
- lors d'une diplégie spastique de graves troubles praxiques apparaissent ainsi que des troubles mnésiques; la prise en charge s'oriente fortement sur la rééducation et la sur-stimulation
- avec un patient atteint d'une ataxie cérébelleuse l'accent est mis sur la régulation tonique, activation inhibition des tremblements

Globalement, le psychomotricien axera son travail sur le schéma corporel qui est difficilement acquis d'une part à cause de la maturation neurologique perturbée par les lésions cérébrales provoquées par la paralysie cérébrale, mais aussi à cause des nombreux outillages présents sur le corps de l'enfant et parfois dès le plus jeune âge (coque, corsets, attelles...). Pour Piéron, le schéma corporel correspond à la « représentation que chacun se fait de son corps et qui lui sert de repère dans l'espace »²¹. Comme le souligne Bergès, le schéma corporel sert donc « d'armature, d'enveloppe de notre corps dont nous aurions connaissance en tant que telle, frontière avec le monde extérieur »²².

21 Carric, J.-C. (2001). p.167.

22 Ibid.

On comprend donc ici l'importance de l'élaboration du schéma corporel en tant que repère dans l'espace (interne et externe) et dans la relation au monde. Wallon considère que cette représentation est élaborée à partir des sensations kinesthésiques, tactiles, visuelles et labyrinthiques et que son intégration est sous le contrôle du cerveau.

Or le cerveau de patient atteint de paralysie cérébrale met beaucoup plus de temps à atteindre son niveau maximal de maturation et il ne sera pas le même qu'une personne non- touchée par cette pathologie. L'élaboration du schéma corporel est donc beaucoup plus longue, et comme l'on sait que le schéma corporel est en constant remaniement via les différentes informations sensorielles reçues, on comprend l'importance d'axer la prise en charge psychomotrice sur cet item.

3. Illustrations cliniques

Voilà des illustrations de thérapie psychomotrice avec une médiation canine faites dans un Institut d'Éducation Motrice (I.E.M) en région parisienne auprès d'un groupe de 8 jeunes atteints de paralysie cérébrale tous âgés 12 ou 13 ans.

Le premier exemple montrera les effets de la toilette du chien au niveau de la somatognosie, des notions spatiales de bases, de la motricité manuelle et fine, du respect du cadre.

Viendra ensuite l'exemple d'un parcours psychomoteur pour mettre en avant le schéma corporel, la motricité globale, l'espace, le temps, l'équilibre, l'ajustement tonico-postural, la motricité fine.

Des activités de jeux spontanés sont aussi possibles grâce au chien. Sous impulsion de l'enfant ou du chien de nombreux items psychomoteurs peuvent être mis en avant.

Des temps en individuel de détente sont aussi tout à fait envisageables afin d'entrer en communication avec l'extérieur, de proposer des stimulations multi-sensorielles pour une prise de conscience du corps, induire une détente musculaire et un bien-être psychique.

❖ La toilette du chien

Les séances de la toilette du chien ont lieu en groupe fermé tous les vendredis pendant une heure. Le chien est installé sur une planche légèrement en hauteur. Les jeunes peuvent s'asseoir par terre autour du plan surélevé et ainsi être à bonne hauteur pour participer ou regarder selon leur souhait.

Le psychomotricien sort la trousse de toilette du chien qui contient tout ce qu'il faut pour permettre le toilettage: brosse, gant, brosse à dents et dentifrice, produit pour les oreilles, lingettes... C'est souvent l'occasion pour ceux qui peuvent marcher d'aider l'installation du plan surélevé ou de mettre le collier et la laisse au chien pour l'installer. Ici, on peut noter qu'un travail sur la préhension, les praxies et la motricité fine sont mise en avant. Celui qui amène le chien sur le plan surélevé peut aussi lui donner l'ordre verbal ou en LSF (langue française des signes) de se coucher. Cela permet de travailler sur la communication. Le jeune manifeste alors sa fierté d'avoir été écouté par le chien, ce qui renforce sa confiance en lui.

Le fait de devoir ouvrir le mousqueton de la laisse peut être un exercice difficile mais très efficace et stimulant au niveau de la motricité fine. Il est intéressant de noter les stratégies mises en place par certains pour pallier leurs difficultés. Ils peuvent adopter une autre manière de fermer le collier, ou plus simplement se faire aider par un camarade. Cette activité commune autour d'un but précis. Cela permet de stimuler la socialisation et de créer des liens entre pairs.

Durant la toilette à proprement parler, certains jeunes préfèrent tenir le chien et le caresser pendant que d'autres s'occupent de la toilette en elle-même. Celui qui le souhaite peut préparer les affaires et produits qui vont être utilisés. C'est l'occasion pour lui de travailler sa motricité fine en ouvrant la fermeture éclair la trousse de toilette, en dévissant les bouchons des bouteilles des produits en fonction de la demande du psychomotricien. Cette activité permet à l'enfant de ne pas être uniquement dans l'agir mais de planifier son geste, mettre en place des stratégies pour s'organiser et s'exécuter afin d'accéder à un but. Ici, le jeune exerce donc sa représentation mentale.

Brosser ou nettoyer les oreilles du chien sont l'occasion de stimuler la préhension mais aussi de prendre conscience de l'autre en tant qu'individu: brosser trop fort ou tirer les oreilles fait mal au chien, et il le manifeste. L'autre a donc des sentiments propres et

différents des siens. Le brossage est l'occasion de renforcer la connaissance du schéma corporel de l'autre: lorsqu'un jeune passe la brosse sur une partie précise du chien, le psychomotricien peut lui demander de signer et de montrer sur lui à quelle partie de son corps cela correspond. On voit ici que le schéma corporel de l'enfant est renforcé et que son intégration est suffisante pour réussir à faire le parallèle entre son corps d'humain et le corps du chien.

Une fois la toilette du chien terminée, il est aussi possible de travailler les notions spatiales de bases: dessus, dessous, à côté, devant, derrière. Une chaise est utilisée comme objet de référence. La place du chien est donc donnée en fonction de la chaise. En parallèle, les jeunes ont à disposition une série de photos illustrant le chien dans les différentes positions qui mettent en avant les notions spatiales de base. Il est alors demandé à chaque enfant de signer la position de la chienne et de montrer la photo correspondante. Le psychomotricien peut aussi demander à un des membres du groupe de placer le chien à un endroit précis au niveau de la chaise. Il est aussi possible de laisser choisir le jeune : il doit alors annoncer où il veut placer le chien et s'exécuter. Une fois cela fait, le reste du groupe peut affirmer ou infirmer ce qui a été fait.

Le chien sert de point de départ pour un travail en psychomotricité. Il apporte l'aspect ludique et vivant que ces jeunes aiment avoir pour stimuler leur curiosité, les impliquer et soutenir leur attention durant ce type d'exercice.

❖ Les parcours psychomoteurs

Les parcours psychomoteurs se font avec les jeunes valides en salle ou dehors si le temps le permet. La séance dure environ une heure. Dans un premier temps, le psychomotricien explique verbalement (et par LSF) le parcours à effectuer afin de stimuler la représentation mentale, l'attention et la mémoire. Puis, pour illustrer ses propos et afin d'expliquer une seconde fois, il réalise avec le chien le parcours. Ensuite, chaque jeune passe tour à tour. D'abord accompagné du chien puis une fois rassuré, seul pour travailler sur le processus d'autonomisation.

Le parcours psychomoteur est l'occasion de travailler :

- les notions spatiales en demandant, après démonstration du psychomotricien, où se situe le chien par rapport à un obstacle ou comment il doit se positionner pour franchir tel obstacle. Lors du passage seul, le psychomotricien demande le même travail de mentalisation de préparation à l'action. Passer sans chien permet à l'enfant de prendre confiance en lui et possession de l'espace.
- l'équilibre et l'ajustement tonico-postural via le franchissement des obstacles ou d'un plan incliné. L'enfant doit en effet constamment prévoir les mouvements du chien et ajuster sa posture et son équilibre en conséquence. Par exemple, si le chien saute en premier un obstacle et que l'enfant reste de l'autre côté, il doit - entre autre- prendre en compte le déséquilibre potentiel que cette situation peut provoquer et mettre en jeu sa capacité d'ajustement tonico-postural.
- la motricité fine et la régulation tonique grâce à la tenue efficace de la laisse du chien.

❖ Les jeux spontanés (annexe V)

Des jeux spontanés avec le chien sont aussi observables durant les temps libres des enfants. Nous avons vu dans la partie précédente que le jeu est un des facteurs essentiel dans le développement de l'enfant. Winnicott précise bien qu'un enfant qui ne sait pas jouer est un enfant malade. Même avec leur handicap, les jeunes atteints de paralysie cérébrale sont capables de jouer, d'inventer des jeux, de faire de nouvelles expériences, de grandir.

Mohammed est un garçon d'origine turque qui a contracté un cytomégalovirus (CMV) durant la période fœtale. Il s'agit d'un enfant sourd profond avec un retard statural, une incontinence salivaire et un trouble de la déglutition. La surdité n'a été diagnostiquée qu'à l'âge de 7 ans, un apprentissage de la LSF et de la communication par pictogrammes ne se fait que depuis cette date.

Mohammed est un garçon inventif dans les jeux, sociable, dans la communication mais qui a besoin d'être très cadre pour respecter les règles sous peine de caprices ou de colères. L'éducation reçue à la maison contribue certainement grandement à cette situation.

Malgré sa phobie des chiens, Mohammed a très vite investi le chien de l'institution. Il l'a beaucoup aidé dans son processus de responsabilisation et est un véritable compagnon de jeu. De plus, sa présence lui permet de pratiquer la LSF, au travers d'ordres qu'il peut lui donner.

Voilà ce que l'on peut constater très régulièrement: Mohammed prend la laisse et le collier du chien, l'attache et l'amène dehors. Soit il fait le tour de la cour de l'institution en courant avec le chien soit, il l'intègre dans un jeu déjà existant.

Par exemple, durant un période de temps libre, Mohammed décide de prendre un casque de vélo et de le mettre sur sa tête. Il ajoute un gilet réfléchissant et part en courant dehors. Il s'assoie sur un siège à roulettes et se laisse glisser le long des très légères pentes de la cour. N'allant pas assez vite à son goût, Mohammed retourne à l'intérieur, demande le collier et la laisse du chien qu'il met seul et retourne dehors accompagné de l'animal. Il réitère son jeu, mais cette fois-ci les descentes se font plus vite et en terrain plat il n'a plus besoin de faire d'efforts pour avancer puisque le chien le tracte sur son siège. Ce jeu est source de grande joie pour Mohammed qui sourit, vocalise (comme dans toutes situations émotionnellement fortes) et interpelle l'adulte pour montrer fièrement sa création.

La scène visible de tous, attire de nombreux enfants qui en profitent pour courir autour et prendre le chien une fois que Mohammed a eu fini son jeu. Le chien devient donc un véritable compagnon qui partage des moments essentiels dans la vie d'un enfant: le jeu. Le chien provoque aussi une véritable mise en mouvement du corps qui permet à l'enfant de développer sa motricité et donc son schéma corporel et son image du corps.

Cet exemple permet d'illustrer que le chien stimule les praxies, la motricité fine, l'autonomisation, la valorisation de soi et la socialisation. Tout ceci est fait dans le plaisir et dans le jeu.

Un autre exemple de jeu met en avant les capacités d'interaction entre l'enfant et le chien. Mohammed durant un après-midi de temps libre trouve un ballon et va jouer dehors avec d'autres enfants et un adulte. Le chien rejoint le groupe, prend le ballon et

une course-poursuite commence. Mohammed de par sa grande mobilité arrive en premier à attraper le chien et à lui faire lâcher le ballon sur ordre. Il récupère le ballon et décide de faire aboyer le chien avant de lui lancer la balle. Ce jeu d'échange entre l'enfant et le chien peut être réitéré plusieurs fois et se finit souvent lorsque le chien arrête le jeu soit en se couchant, soit en s'en allant, mais il signifie toujours clairement la fin de l'activité à l'enfant qui comprend le message.

Le chien arrive à poser des limites et donc un cadre structurant pour l'enfant uniquement grâce à de la communication non verbale, et sans aucune agressivité.

❖ Les promenades avec le chien (annexe VI)

D'autres enfants préfèrent des activités plus calmes avec le chien. Par exemple, le prendre en laisse et partir faire un tour dans le jardin de l'institution.

C'est le cas de Malick, adolescent de 16 ans (né en 1995) qui est atteint par la maladie de Pelizaeus. Malick présente un handicap moteur de type diplégie spastique (il se déplace en fauteuil électrique), avec un trouble de la communication (retard de langage). Sa motricité est entravée à cause du port d'un corset pour traiter une scoliose. Il a aussi un varus équin.

Malick est un jeune très agréable avec ses pairs et les membres de l'équipe. Il est bien intégré au sein de son groupe et a toujours envie de travailler. Il possède un réel désir d'agir sur lui-même et sur son environnement. Le chien ne fait pas partie de son groupe, il n'y a donc aucun projet thérapeutique faisant intervenir la médiation canine pour Malick. Malgré cela, le chien est libre dans l'institution et des rencontres sont tout à fait possibles.

C'est souvent l'occasion pour Malick de se promener avec le chien. Malick parle au chien, lui donne des ordres et le félicite lorsqu'il s'exécute. Il est dans la communication et l'échange. Les sourires et les commentaires de Malick prouvent le plaisir que lui procure cette activité. Une simple promenade permet à Malick d'agir sur son environnement direct (ici le chien), d'être responsable et autonome, ce qui induit une valorisation et une satisfaction de soi certaine.

La fin de la promenade est très souvent signifiée lorsque le chien monte sur les genoux de Malick sous impulsion verbale du psychomotricien. Malick peut abondamment caresser le chien, avoir un contact corps à corps sécurisant et un contact œil à œil plus que structurant et rassurant.

❖ Temps calme avec le chien (annexe VII)

Des moments de détente avec le chien peuvent aussi être proposés. C'est ce qui est fait pour Wilfrid, jeune garçon de 12 ans (né en 1999).

Wilfrid est atteint d'une encéphalopathie anténatale d'origine inconnue qui se manifeste par une tétraplégie, une surdité accompagné de mutisme, une dysmorphie, une épilepsie (traitée et contrôlée), des troubles neurovisuels et des problèmes ostéo-tendineux qui ont nécessité une opération. Wilfrid est depuis peu sur le groupe mais des changements sont déjà notés : il est plus éveillé et cherche un peu le regard de l'autre. Il a tout de suite beaucoup investi le chien d'institution qui est devenu une grande source de stimulation et de plaisir pour Wilfrid.

Les temps de détente avec le chien permettent à Wilfrid de sortir de son fauteuil coque, de changer de position et d'avoir un contact corps à corps et œil à œil avec le chien, de travailler le schéma corporel et l'image du corps grâce aux nouvelles stimulations et à la détente psychique.

Wilfrid est allongé avec son corset sur un tapis, en appui sur une poire, afin qu'il puisse être dans une position semi-allongée. Le psychomotricien demande au chien de s'allonger le long de l'enfant, du côté droit. La main droite est plus mobile que la main gauche qui est atteinte d'une forte spasticité et de déformations osseuses peu propices aux caresses avec la main en entier. Ici, ce sont les stimulations sensorielles qui sont mises en avant et non un travail sur la spasticité qui peut être fait en parallèle, lors d'une autre prise en charge (en kinésithérapie, par exemple).

Tout le corps du chien est en contact avec le côté droit de Wilfrid. La queue touche le pied et le mollet, l'arrière-train est collé contre la jambe et une partie du tronc, l'avant-main du chien est contre la partie haute du tronc et la tête arrive au niveau de l'épaule. Dans cette position l'enfant voit le chien. Grâce à ce corps à corps avec le chien, l'enfant

éprouve de nombreuses stimulations sensorielles: les vibrations dues à la respiration, la chaleur corporelle dégagée par le chien, la douceur du pelage dans la main et cherche son regard et caresse toute la partie antérieure du chien (tête, cou, épaule, cage thoracique).

Au bout de quelques minutes, nous avons pu constater une attitude plus relâchée du corps de Wilfrid avec une respiration moins rapide, plus profonde et plus régulière, un sourire sur son visage et surtout la recherche constante du regard du chien. On constate donc que la présence du chien et les échanges qui ont eu lieu permettent à l'enfant d'accéder à une détente musculaire, un état de bien-être et à chercher le contact avec l'autre.

Un dialogue tonico-émotionnel entre le chien et l'enfant s'est établi: le calme du chien a aidé Wilfrid à se détendre. Un temps calme est ainsi aménager. La durée de celui-ci est souvent fonction de l'état émotionnel de Wilfrid mais aussi des réactions du chien.

Durant toutes ces étapes, les verbalisations du psychomotricien accompagnent et mettent en mots les ressentis de Wilfrid. Ce travail de « pare-excitation » du psychomotricien (au sens de Winnicott) permet à l'enfant d'avoir des paroles sur ses ressentis et donc de pouvoir les intégrer psychiquement, ce qui diminuera son angoisse face à des sensations brutes et favorisera l'intégration du schéma corporel.

Pour procurer encore plus de plaisir à Wilfrid, la séance se termine avec les aboiements du chien. Sur ordre du psychomotricien, le chien aboie à plusieurs reprises. Les aboiements font systématiquement rire aux éclats Wilfrid. C'est le seul moyen de faire rire Wilfrid au sein de l'institution.

Lors de ce temps de détente, on peut noter le travail fait sur la prise de conscience corporelle et donc sur le schéma corporel et l'image du corps. La recherche du contact œil à œil avec le chien apparaît uniquement durant ces moments de partage privilégiés qui prouvent les possibilités et la volonté de communication de Wilfrid, malgré ses troubles. Le chien est donc ici déclencheur de communication.

Au travers ces illustrations cliniques, on peut constater qu'un chien est une médiation très intéressante en psychomotricité pour des personnes atteintes de paralysie cérébrale.

Tout d'abord, le chien est très souvent le point de départ d'un jeu collectif ou duel. Il stimule les enfants dans leur créativité et leur socialisation. Ensuite, les manipulations autour du chien (mettre le collier, mettre la laisse) sont des occasions en plus de travailler la motricité fine, difficile chez Mohammed et chez beaucoup d'enfants atteints de paralysie cérébrale. Enfin et surtout, le chien stimule la communication, il procure du plaisir, il est point de départ de jeux, favorise l'estime et la valorisation de soi et montre que l'autre peut avoir des désirs différents de soi et force à les accepter, ce qui permet de poser des limites.

Des temps calmes favorisent l'entrée dans la communication, stimulent les systèmes sensoriels et par conséquent le schéma corporel et l'image du corps, induisent une détente musculaire et un bien-être.

V. Médiation canine auprès des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer (DTA)

1. Présentation théorique de la population

En France, l'espérance de vie à la naissance est de 81,3 ans en 2008. L'augmentation de l'espérance de vie (20 ans d'espérance en plus, en 5 décennies) et l'actuel taux de fécondité font que le nombre de personnes âgées est en constante augmentation. Le gouvernement français a mis en place en 2008 un plan Alzheimer comprenant 44 mesures réparties sur 3 axes: améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, connaître pour agir, se mobiliser pour un enjeu de société (annexe VIII).

Une première partie synthétisera les définitions du vieillissement normal, de la DTA et de la chute.

Ensuite, une présentation de l'approche psychomotrice de ces trois concepts sera faite pour finir sur deux exemples cliniques de médiation canine en psychomotricité avec des personnes âgées présentant une DTA et des personnes âgées hospitalisées en gérontologie.

❖ La personne âgée

Selon l'O.M.S. (organisation mondiale de la santé), toute personne de plus de 65 ans est considérée comme une personne âgée. Il est aussi possible d'élargir cette définition à toute personne qui a mis fin à toutes activités professionnelles ou sociales.

Le vieillissement est un état d'être (c'est-à-dire non pathologique) qui regroupe l'ensemble des processus qui touchent les fonctions physiologiques, psychologiques, cognitives et motrices du sujet. Ces modifications sont dépendantes de la génétique et de l'environnement.

Les principaux troubles perceptifs présents chez les personnes âgées présentant un vieillissement normal atteignent tous les systèmes sensoriels: visuel, auditif, tactile,

proprioceptif, vestibulaire, et olfactif²³. La personne âgée possède donc des systèmes sensoriels moins fins, plus lents à s'adapter et moins fiables.

❖ La démence de type Alzheimer

On considère qu'il existe aujourd'hui en France 1 million de personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est très difficile à poser, car on ne connaît que les lésions cérébrales décrites dès 1909 par le neurobiologiste allemand qui a donné son nom à ce syndrome démentiel présentant des lésions neuroanatomiques caractéristiques : au niveau biologique, on observe la présence excessive de plaques séniles et d'une dégénérescence fibrillaire. Le diagnostic définitif ne peut être posé qu'après analyses effectuées en anatomopathologie²⁴.

A partir des deux classifications internationale et française (DSM IV et CIM 10) on peut considérer trois grands stades évolutifs:

- Le stade léger est caractérisé par des troubles légers qui ont un retentissement sur la vie quotidienne mais des stratégies compensatoires sont mises en place. Des troubles mnésiques, phasiques, attentionnels et des fonctions exécutives ainsi que des manifestations dépressives ou anxieuses sont observés.
- Le stade modéré : on trouve des troubles sévères de la mémoire (surtout épisodique), des troubles gnosiques importants, des troubles praxiques (idéomotrice, de l'habillage ...), des troubles psycho-comportementaux, un retentissement majeur sur la vie quotidienne, une aphasicie de Wernicke, une aphasicie de Broca et des altérations des fonctions exécutives et du jugement. Tout ceci a un retentissement majeur sur la vie quotidienne. La personne est dépendante et doit souvent avoir une aide constante à domicile et fini par être institutionnalisée.

23 Albaret, J.-M. & Aubert, E. (2001).

24 Ibid.

- Le stade sévère: la personne a une perte totale de l'autonomie avec : une déstructuration complète des facultés cognitives, des troubles psycho-comportementaux majeurs (déambulations, agressivité...), une anosognosie des troubles, une désorientation temporo-spatiale ; une altération du schéma corporel et de l'image du corps, difficultés majeures de communication, des manifestations somatiques (dénutrition, escarres, déambulations, raideurs articulaires, déformations ostéo-tendineuses etc.) et neurologiques diverses comme un syndrome extra-pyramidal .

❖ La chute chez le sujet âgé

Selon l'O.M.S., la chute est la conséquence de tout événement qui fait tomber à terre une personne contre sa volonté. La chute concerne un tiers des plus de 60 ans, elle représente 90% des accidents chez le sujet âgé et entraîne 9000 décès par an.

Parmi les phénomènes favorisant la chute on peut citer:

- les causes physiologiques avec une diminution de la sensibilité proprioceptive, une diminution de l'efficience motrice et des muscles antigravitaire et une fragilisation osseuse (risque de fractures spontanées)
- les causes somatiques (vasculaires, neurologiques, alimentaires avec la dénutrition et la déshydratation)
- les causes psychologiques (dépressivité, isolement)
- les causes iatrogènes

Plus le temps passé au sol est long, plus les conséquences de la chute au niveau psychologique et psychomoteur seront importantes. Au niveau psychologique, la chute amène de l'anxiété chez le patient, et l'impossibilité de se relever seul entraîne un sentiment d'impuissance et de dépendance²⁵.

25 Cité par Albaret, J-M. & Aubert, E. (2001).

En plus des fractures, on peut noter de manière générale trois grands types de conséquences de la chute:

- la peur de tomber de nouveau
- la phobie de la marche
- syndrome post-chute

S'il n'y a pas de prise en charge le syndrome post-chute peut évoluer vers un syndrome de régression motrice voire même d'un syndrome de glissement. Le syndrome de régression motrice constitue un trouble psychomoteur majeur avec un volet psychologique très proche du syndrome post-chute et un volet moteur avec une posture spécifique (tronc rejeté en arrière, défaut d'antépulsion, disparition des ajustements posturaux anticipatoires). Le syndrome de glissement se définit comme un état où la personne se désintéresse de toutes choses, a un ralentissement des fonctions intellectuelles et un refus de bouger et de s'alimenter. Ce syndrome a un pronostic très sombre.

2. Approche psychomotrice

Tous les changements physiologiques du vieillissement normal entraînent au niveau psychomoteur un ralentissement de la sélection et de la programmation de la réponse motrice, une augmentation du temps exécution de celle-ci, des changements concernant le maintien équilibre et posture, la marche et les coordinations dynamiques générales, une altération de la motricité manuelle et des fonctions visuospatiales²⁶.

26 Ibid.

❖ La personne âgée présentant une DTA

Concernant les personnes avec une DTA, il existe un travail psychomoteur spécifique qui est axé sur:

- des troubles de la mémoire les troubles de la mémoire épisodique et de la mémoire de travail sont un signe précoce de la maladie d'Alzheimer. Les troubles de la mémoire sémantique et des troubles du langage apparaissent durant l'évolution de la maladie.
- des troubles de l'attention qui se manifestent par des difficultés à maintenir son attention de manière prolongée.
- des troubles praxiques et gnosiques assez rares en début de maladie mais systématique durant l'évolution et forment le syndrome aphaso-apraxo-agnosique.
- des troubles des fonctions exécutives qui permettent d'effectuer un geste, une activité, qui tend vers un but. Dans la DTA, la grande difficulté se trouve dans des contextes de double-tâche.
- des troubles du schéma corporel liés à l'agnosie, qui provoquent des angoisses de relation au corps (angoisse de chute ou de morcellement) et par conséquent une forte anxiété.

Le but du psychomotricien est de conserver le plus longtemps possible les acquis du patient afin de maintenir au maximum son autonomie. Il travaillera tant sur les aspects du vieillissement normal que sur ceux amenés par la maladie.

Des activités favorisant l'effort physique, la motricité fine et la stimulation des processus cognitifs pourront être ainsi proposées. Concernant les aspects du vieillissement pathologique dus à la DTA, le psychomotricien essayera de ralentir au maximum les pertes de repères dues à l'aphasie, l'agnosie, l'apraxie et l'amnésie, alors que le patient est encore présent au niveau relationnel et sensoriel et ce, dans un cadre rassurant et contenant.

Un travail sur les troubles psycho-comportementaux peut aussi être effectué dans le cadre d'une prise en charge en psychomotricité afin d'essayer de pallier les comportements excessifs, agressifs, régressifs ou désinhibés qui peuvent apparaître au cours de l'évolution de la pathologie.

Le psychomotricien veillera donc à mettre en avant les items psychomoteurs altérés par la DTA: l'espace, le temps, les gnosies, les praxies, la mémoire et l'expression des affects (pour lutter contre l'anxiété).

❖ La chute chez le sujet âgé

La chute concerne toutes les personnes âgées, celles présentant un vieillissement normal comme celles présentant un vieillissement pathologique (en particulier ici la DTA).

Voici des exemples de propositions psychomotrices complémentaires dans le cadre d'un travail de prévention de la chute:

- la prise de conscience du corps: le corps est un point de référence qui évolue, même dans le vieillissement normal .Des troubles du schéma corporel ou de la représentation corporelle peuvent apparaître à cause ralentissement physiologique. La diminution des espaces sensoriels et le ralentissement du fonctionnement neurologique participent à ces difficultés.
- améliorer l'équilibre est possible au travers d'exercices pour favoriser le contrôle du mouvement, la stabilité posturale, l'équilibre statique ou la marche.
- travailler sur les coordinations générales, sur l'efficacité du geste.
- apprendre le relevé du fauteuil et à s'asseoir. Pour se lever correctement du fauteuil, la personne âgée doit se mettre en avant de l'assise, les pieds à plat au sol. Une fois les mains mises en appui sur les accoudoirs ou les genoux, la personne peut donner l'impulsion pour se lever, sans risque de chute. S'assoir fait

appel au même schéma: coller les mollets à la chaise, s'appuyer sur les accoudoirs ou les genoux et s'asseoir en essayant de freiner au maximum le mouvement arrière.

- stimuler l'organisation spatiale afin de lutter contre la désorientation temporo-spatiale et par conséquent l'anxiété.
- apprendre le relevé du sol au travers d'exercices spécifiques. Ceci concerne surtout les personnes âgées encore capables d'intégrer de nouveaux schèmes moteurs. Les personnes atteintes de démences avancées ou de DTA ne sont que très peu concernées.

3. Illustrations cliniques

❖ En maison de retraite (annexe IX)

Voici l'exemple de deux groupes thérapeutiques fermés ayant lieu une fois par semaine en maison de retraite. Les deux séances durent environ une heure chacune.

Chaque groupe est constitué de 4 à 7 personnes. Les patients sont tous atteints par une démence de type Alzheimer à différents stades d'évolution. Certains n'ont que des troubles mnésiques légers alors que d'autres ont une aphasicie de Broca, des troubles psycho-comportementaux majeurs ou des manifestations neurologiques (comme un syndrome extra-pyramidal). Le psychomotricien mène le groupe avec ses quatre chiens. Une aide-soignante est aussi présente pour amener et raccompagner les patients en début et en fin de séance et intervient durant la séance auprès de patient pouvant éventuellement perturber la dynamique du groupe.

Tous les différents items psychomoteurs altérés par la maladie d'Alzheimer ainsi que la prévention de la chute peuvent être travaillés avec la médiation canine.

Le travail sur la mémoire et les gnosies. La mémoire est une des premières fonctions cognitives altérées par la maladie. Toute occasion est bonne pour favoriser une pratique mnésique.

Ainsi pour stimuler la mémoire à long terme, chaque séance commence par la présentation des chiens. Le psychomotricien demande aux patients le nom de chaque chien, éventuellement sa race et la couleur de chaque collier porté.

La mémoire des mots est stimulée avec des exercices simples : le chien apporte à un patient désigné par le psychomotricien un petit panier contenant 4 fruits ou légumes en plastique : chaque patient pioche un élément et doit le nommer puis le donner au chien pour qu'il l'apporte au psychomotricien afin que ce dernier le mette de côté. Le psychomotricien profite de la réponse du patient pour l'interroger sur le genre (fruit ou légume), la couleur et sur une manière de le cuisiner. Les autres membres du groupe peuvent évidemment participer. Cela permet un travail au niveau de la mémoire sémantique, la mémoire à long terme et la reviviscence.

Une fois que tous les éléments ont été piochés, le psychomotricien les cache et demande à l'ensemble des patients d'énumérer ceux qui ont été piochés afin de stimuler la mémoire de travail : le rappel peut être libre ou indiqué via l'intervention du psychomotricien.

Redéfinir le cadre temporo-spatial à chaque début de séance (la date du jour, le moment de la journée, dans quelle salle on est) stimule la mémoire et l'orientation temporo-spatiale. La fixité des séances permet aussi de créer un cadre spatio-temporel contenant et rassurant pour les patients: ils savent que chaque mardi après-midi *les chiens viennent*. Les chiens arrivent en liberté dans la salle prévue pour la séance. Ils peuvent ainsi aller saluer tous les patients. C'est un moment très apprécié des patients qui attendent avec impatience l'arrivée des chiens afin de pouvoir prendre de leurs nouvelles, les caresser, leur parler *Comment ça va aujourd'hui ?, tu as bien dormi ?*

La séparation est aussi travaillée puisqu'un rituel de fin de séance a été mis en place : tous les patients qui le peuvent saluent les chiens avant de sortir de la salle et les chiens aboient en retour.

Le contact œil à œil avec le chien permet de créer un cadre sécurisant, essentiel pour des personnes qui connaissent une importante anxiété patente.

Pour l'orientation spatiale certains exercices peuvent être effectués. Le patient décide d'un endroit où il veut cacher un objet. Une fois la décision prise, il explique l'endroit au psychomotricien qui va placer l'objet. Le chien assiste à la scène mais reste immobile, ce n'est qu'une fois que l'ordre a été donné par le patient que le chien part à la quête de l'objet et le rapporte au psychomotricien.

Dès que le patient entre dans la salle de l'atelier, il l'associe immédiatement aux chiens. On peut donc penser qu'il y a ici un investissement émotionnel important et prégnant chez la personne. On peut aussi remarquer le sourire présent sur la plupart des visages des patients qui cherchent en même temps les chiens du regard. S'ils ne sont pas visibles, il n'est pas rare qu'un patient s'inquiète de savoir où sont passés les chiens, ce qui prouvent un lien affectif fort et donc l'implication du patient dans sa pris en charge.

La reviviscence provoquée par le chien est aussi visible. Elle permet un travail sur la mémoire épisodique, un partage des expériences et du vécu avec les autres, mais aussi l'expression des émotions. *Ils sont gentils ces chiens, il ne leur manque que la parole.// J'en ai eu des Polo.// On dirait mon Duc... C'était un bon chien, Duc viens!*

La motricité fine et les praxies sont stimulées grâce au chien. Les patients peuvent brosser le chien et doivent donc prendre une brosse dans une main afin d'effectuer l'exercice. Ce travail de préhension est d'autant plus utile que l'on connaît les différentes manifestations neurologiques, raideurs articulaires et déformations ostéo-tendineuses qui touchent le sujet âgé atteint de DTA.

Les praxies sont stimulées lors d'exercices de ballon. Un patient prend une balle et la lance au chien qui va la chercher et la ramène au lanceur. Il est aussi possible de proposer le même type d'exercice mais en demandant au patient de lancer la balle dans un cerceau. Cela mettra l'accent sur l'ajustement moteur et la coordination oculo-motrice. A chaque fois que la personne prend un objet pour le tendre au chien ou qu'elle récupère un objet rapporté par le chien, la motricité manuelle est stimulée : le patient doit tendre

sa main, prendre l'objet et fermer sa main (et la maintenir fermée). Cet exercice permet de travailler sur l'initiative motrice et les praxies.

Il est aussi possible d'effectuer un autre exercice avec une balle. La personne dit où elle veut lancer la balle, puis la lance et demande au chien de la rapporter. Ce type d'exercice permet de stimuler la programmation du geste. Favoriser la parole, l'expression des vécus et la reviviscence, la rupture de l'isolement, le contact physique rassurant, créer un cadre contenant et provoquer un apaisement chez la personne ne sont pas travaillés uniquement en psychomotricité, mais il est certain que la présence d'un chien provoque tout cela à travers le contact œil à œil, l'initiative motrice, la capacité de reproduire et d'imiter.

Un autre exercice peut aussi être mis en place. La psychomotricienne place une petite friandise de la taille d'une croquette au creux de la main d'un patient. Soit celui-ci ouvre la main à plat et le chien peut venir prendre la friandise soit le patient ne peut ouvrir totalement sa main et passe par l'intermédiaire du psychomotricien. Celui-ci tend sa main et attend que le patient lui donne la friandise (annexe X). Dans les deux cas de figures, la motricité fine est travaillée. Si le patient ouvre sa main et se fait lécher par le chien qui prend sa friandise, on remarque le travail de prévention contre l'apparition des signes neurologiques dus au vieillissement et à la pathologie. De plus la langue chaude et humide apporte des stimulations sensorielles intéressantes dans le cadre la prise de conscience du corps. Si le patient ne peut pas ouvrir sa main, la manipulation de la friandise permet une mobilisation des doigts et correspond aux capacités de la personne.

Dans le cadre de la prévention de la chute, les items psychomoteurs concernés peuvent être mis en avant. Par exemple, le chien peut être le support de stimulations sensorielles au niveau plantaire: le patient est assis, déchaussé, et caresse le chien avec ses pieds. Le contact avec le poil, la chaleur dégagée par le chien et la respiration de l'animal sont autant de stimulations sensorielles pour la personne qui provoquent de nouvelles sensations qui favoriseront le maintien de son schéma corporel. Cela permet aussi de maintenir la musculature et la mobilité des membres inférieurs.

Un travail sur la posture assise et la musculature peut aussi être proposé: le patient doit être assis pieds au sol, jambes serrées, et le dos appuyé contre le dossier, ce qui provoque un redressement de l'axe. Une fois cette position obtenue, un petit chien

peut venir sur les genoux et s'asseoir quelques instants, le temps d'une caresse, d'un câlin ou d'une friandise. Le chien passe ensuite sur les genoux de la personne voisine, sans descendre à terre et recommence le même exercice. En serrant les genoux pour que le chien puisse venir s'assoir permet à la personne d'entretenir la musculature de ses membres inférieurs.

On peut aussi proposer des jeux de balle: le patient lance la balle, le chien va la chercher, la personne doit se pencher pour récupérer la balle dans la gueule du chien venu s'assoir devant le fauteuil de la personne ce qui entretient la musculature axiale.

Le psychomotricien rappelle aux patients dès qu'il le faut la bonne position assise à avoir (jambes décroisées, pieds au sol, dos droit, pas trop en arrière de l'assise) et la bonne manière de se lever ou de s'assoir (vue plus haut).

A cause du vieillissement, la dégradation des systèmes perceptifs font que le schéma corporel change et des troubles peuvent apparaître. Proposer des stimulations sensorielles multiples et simultanées peut permettre de prévenir ou de pallier ces troubles. Dès qu'il y a contact avec le chien, la prise de conscience du corps entre en jeu. Lors des stimulations plantaires proposées dans le cadre de la prévention de la chute, la personne âgée sent la chaleur du chien, la texture du poil, les mouvements respiratoires de la cage thoracique, le bruit ou le souffle de la respiration du chien.

Lorsque le chien lèche la personne âgée d'autres sensations sont possibles: la chaleur, l'humidité, la rugosité de la langue sont autant d'informations kinesthésiques favorisant la prise de conscience du corps. La sensation de froid ou de vent faite par la trace humide de la langue sur la partie du corps concernée est encore un autre type de sensation que le patient traitera et qui permettra l'actualisation de son schéma corporel.

Grâce au chien, les items psychomoteurs altérés par le vieillissement et par la DTA sont travaillés. On peut remarquer qu'un travail sur la vigilance, le tonus axial, la discrimination perceptive, le schéma corporel et l'image du corps; ce qui favorise la communication et une ouverture sur le monde. On remarque une baisse des agitations psychomotrices, des déambulations et du repli sur soi, mais aussi un ralentissement des régressions psychomotrices. Le chien apporte une dynamique par son unique présence. Cela rend l'attention des patients beaucoup plus facile à capter et à maintenir. Étant un

être vivant, le chien apporte spontanéité, chaleur, sécurité et apaisement à des personnes ressentant beaucoup d'angoisse et d'anxiété.

❖ Dans un service de gérontologie

J'ai aussi pu observer des visites individuelles en chambre. C'est ce que propose les chiens-visiteurs d'une association parisienne. « L'association Parole de Chien recrute et forme des maîtres bénévoles avec leur chien, pour réaliser des visites et des animations auprès de personnes âgées ou handicapées dans des hôpitaux, maisons de retraite et établissements spécialisés. Leur objectif est de mettre à profit le contact spontané du chien pour rompre l'isolement de personnes en difficulté et leur procurer un mieux-être. Les interventions avec les chiens permettent aux personnes visitées de recréer des liens sociaux, grâce à la présence complice de l'animal et à sa capacité à motiver les échanges. Les visites et les animations visent à stimuler: la mobilité, les sens, l'expression et la mémoire »²⁷.

Du fait du petit nombre de bénévoles, les visites ne se font qu'une fois par semaine dans le service de gérontologie, et ce ne sont pas systématiquement les mêmes personnes qui sont vues. Cela n'est malheureusement pas propice à la mise en place d'un cadre spatio-temporel rassurant pour les patients. Cependant, j'ai pu noter un travail sur la mémoire, la motricité fine, la rupture de l'isolement, l'apport de réconfort psychologique et psychique, et un travail sur la communication.

Une visite en chambre se passe toujours selon un certain modèle: le bénévole entre accompagné de son chien tenu en laisse et se présente au patient.

S'il s'agit d'une première fois, le bénévole explique le but de sa visite et introduit le chien. C'est l'occasion de nouer des premiers liens en demandant si la personne a déjà eu des chiens, si elle connaît la race... C'est donc l'occasion de stimuler la mémoire épisodique.

S'il y a déjà eu quelques rencontres, l'entrée dans la chambre est l'occasion de stimuler la mémoire à long terme du patient en lui demandant le nom du chien, sa race,

27 <http://www.parole-de-chien.com>

s'il se souvient de la dernière visite, etc. C'est très souvent dès l'entrée en chambre que la personne manifeste une grande joie à l'égard du chien tant au niveau verbal *ah, oui je me rappelle, ça me fait plaisir de te voir, tu sais!*, qu'au niveau tonico-postural: la personne sourit, se redresse dans son lit ou dans son fauteuil et tend la main pour caresser le chien. Le chien favorise donc le contact avec l'extérieur et stimule les capacités d'attention.

Dans un second temps, après les présentations ou les retrouvailles, le bénévole peut proposer différentes activités en fonction de l'état du patient, de ses envies, de sa disponibilité et de celle du chien. Classiquement, le chien se fait brosser par le patient ou ce dernier lui donne des friandises en récompense à un ordre qu'il lui a donné. Si le patient est dans l'incapacité de parler, la friandise est posée dans la main de patient et le chien la prend directement dans sa main. En brossant le chien, le patient stimule sa prise digitale, sa motricité fine et favorise donc les praxies. Le brossage est souvent l'occasion de caresses voire même de câlins avec le chien. Ce contact direct avec le chien stimule l'initiative motrice et apporte réconfort, apaisement et sécurité *je suis contente de t'avoir fait un câlin, tu aimes les câlins, hein?*.

Après avoir brossé ou câliné le chien, le bénévole propose de donner une friandise au chien *pour lui faire plaisir*. Si la personne âgée peut parler et le souhaite, elle donne au chien l'ordre de s'assoir. Une fois le chien assis, soit la personne âgée lance la friandise que souvent le chien attrape au vol, soit elle est dans l'incapacité d'effectuer l'ordre ou le geste, et le chien se lève et va chercher la friandise dans la main qui doit être bien ouverte et à plat. Cet exercice est très apprécié des patients et le font souvent plusieurs fois *qu'il est drôle, on dirait un chien de cirque!*

Au niveau psychomoteur, lancer la friandise permet de travailler les praxies et donc l'efficience du geste. Mettre la friandise dans la main en demandant à ce qu'elle soit le plus ouverte et à plat possible permet de mobiliser les articulations et de diminuer les conséquences de l'enraissement musculaire et articulaire. La langue, chaude et humide, du chien apporte des sensations kinesthésiques nouvelles qui stimulent le maintien du schéma corporel. De plus, donner un ordre au chien (et être obéi) revalorise la personne et augmente son estime de soi.

Durant toute la visite, la personne âgée mobilise son corps en entier, ce qui permet de lutter contre la fonte musculaire, les escarres et stimule le schéma corporel.

Pour finir, la personne âgée se passe les mains à la solution hydroalcoolique. Au-delà de l'aspect hygiénique du geste, ici encore on trouve l'occasion d'amener des sensations kinesthésiques différentes (froid et liquide) pour stimuler le schéma corporel. C'est aussi un rituel de séparation important pour signifier clairement la fin de la visite.

Tout au long de la visite, le bénévole pose des questions, stimule verbalement la personne âgée afin d'obtenir un échange et un dialogue.

Le chien est un prétexte pour entrer en communication et obtenir une mobilisation attentionnelle, cognitive et corporelle du patient, qui le fera avec plaisir sans réaliser le travail exécuter.

Même s'il est certain que ces initiatives apportent soutien et réconfort aux personnes concernées, il n'y a pas de mise en place de projet thérapeutique, d'alliance thérapeutique ni de suivi ou de réadaptation par le soignant, ce qui serait encore plus bénéfique pour la personne. Cet exemple concret de chien-visiteur fait par un particulier montre la potentialité de cette médiation et on ne peut que déplorer le manque de psychomotricien dans ce secteur.

VI. Discussion

1. Les aspects positifs de la médiation canine

Cet écrit a essayé de mettre en avant les aspects positifs et originaux que la médiation canine peut apporter en prise en charge psychomotrice auprès de différentes populations que sont les enfants en école maternelle, les jeunes atteints de paralysie cérébrale et les personnes âgées présentant une DTA.

❖ Les items psychomoteurs mis en avant

Avec un même chien, il est possible de travailler tous les items psychomoteurs spécifiques à chaque population décrite (espace, temps, motricité, tonus, praxies, mémoire, attention, schéma corporel et image du corps...). C'est au psychomotricien de penser au mieux sa prise en charge et d'utiliser de manière optimale la médiation proposée (ici le chien), tout en s'adaptant au patient.

❖ Un nouveau point de vue

Le chien est un être vivant qui apporte au psychomotricien un point de vue différent sur le patient. Le chien possède un équipement sensoriel qui lui permet de capter très finement les informations non verbales et les attitudes corporelles de l'humain. Le chien appréhende donc au plus juste les différentes situations puisqu'il tient uniquement compte de la vérité corporelle du patient à travers le dialogue tonico-émotionnel, alors que le psychomotricien, en tant qu'humain, aura tendance à davantage tenir compte du discours énoncé.

Grâce à l'absence de jugement de la part du chien et grâce à la création de liens affectifs entre le chien et le patient, ce dernier peut alors montrer des capacités qui n'auraient pas été exprimées dans une autre situation : un enfant qui ne dit pas un mot en classe peut soudainement parler clairement pour donner un ordre au chien, ou une personne âgée très altérée dans sa DTA et qui ne fait plus que vocaliser dans le service arrive à parler clairement en s'adressant au chien. Le chien est donc le révélateur des potentialités cachées du patient lui-même et parfois même du psychomotricien.

Et enfin, la médiation canine permet aussi aux autres membres d'une équipe pluridisciplinaire de porter un autre regard sur le patient, ce qui optimisera la suite des prises en charge discutées lors de réunions d'équipe.

❖ Une grande adaptabilité à l'homme

Le chien est un animal façonné par l'homme depuis des millénaires, ce qui le rend remarquablement adaptable à celui-ci et en recherche constante de contact. Ceci permet des interactions sociales et affectives de qualité. La simple présence du chien crée un cadre contenant et rassurant, propice à l'établissement de l'alliance thérapeutique mais aussi d'une réassurance auprès de personnes présentant des carences affectives.

Le chien est déclencheur de communication et favorise la création de liens sociaux et affectifs car il prend l'individu dans sa globalité, n'apporte aucun jugement de valeur, est toujours prêt à l'interaction. « Le chien soutient et harmonise le fonctionnement psychique de l'être humain »²⁸.

Le chien sert aussi de lien entre les séances ce qui crée une continuité spatio-temporelle et un cadre rassurant dans la prise en charge. Il devient aussi un appui à la représentation mentale et amène une ouverture pour la création de l'alliance thérapeutique.

Les illustrations cliniques de cet écrit permettent d'affirmer que la médiation canine a une réelle place en psychomotricité. Il serait intéressant de développer plus avant en pratique mais aussi au niveau théorique ce qui apporterait un appui supplémentaire dans la reconnaissance de cette médiation.

Le chien peut devenir un élément fédérateur d'une équipe pluridisciplinaire en étant utilisé par les membres de cette équipe. Dans ce cadre, le chien aura le statut de chien d'institution et plus seulement médiation psychomotrice.

²⁸ Schulz, P. (2010). p.11.

Le chien est un être vivant à qui il est difficile de ne pas reconnaître une sensibilité affective²⁹. C'est entre autre grâce à cette sensibilité que le chien est un médiateur particulier.

Cette sensibilité est à prendre en considération par le psychomotricien : des altérations comportementales peuvent apparaître chez le chien, dues à un stress trop intense. Il est important de ne pas utiliser le chien comme un objet inanimé. L'attention et les soins apportés par le psychomotricien seront source de satisfaction pour le chien qui sera d'autant plus efficace durant les prises en charge. C'est de la complicité entre le psychomotricien et son chien que naîtra l'efficacité de la médiation psychomotrice.

2. Les contraintes de la médiation canine

Même si cet écrit montre clairement la légitimité du chien en tant que médiation en psychomotricité, il ne faut pas négliger les contraintes que le chien en tant qu'animal peut amener.

❖ Du côté du patient

Avec la culture ou l'éducation, l'attrait pour un chien peut être minimisé voire inexistant. De même que certaines allergies aux poils de chien peuvent exister.

Il convient donc de ne pas forcer les personnes n'éprouvant aucun attrait à la présence canine. Le psychomotricien doit pouvoir s'adapter à chaque patient et proposer une prise en charge en lien avec les craintes et les refus de chacun.

²⁹ Kohler, R. et Handi'chiens, (2009).

❖ Du côté de l'administration et des équipes

Les réticences de l'administration en lien avec la présence d'un animal au sein de l'institution sont très présentes en France mais beaucoup moins dans d'autres pays d'Europe (Suède, Norvège, Belgique, Suisse) ou d'Amérique du Nord (Etats-Unis, Canada, Québec) et tendent à diminuer grâce aux nombreux travaux et résultats de la médiation canine.

Ces réticences peuvent se résumer à deux points principaux : l'aspect sanitaire et l'aspect juridique.

Au niveau sanitaire, l'accueil d'un chien peut amener des nuisances de tout type (odeurs, aboiements, dégradation des locaux...). Le chien peut aussi être vecteur de maladies ou de zoonoses. Mais une bonne hygiène générale de l'animal permet de diminuer presque entièrement cet aspect. Le psychomotricien prendra soin de laver, vermifuger et vacciner régulièrement son chien, ce qui réduira au minimum les risques sanitaires.

Au niveau juridique, la présence d'un chien peut présenter des risques (de chute, de morsures, de griffures). L'éducation reçue par le chien et les connaissances éthologiques du psychomotricien diminueront considérablement les risques. De plus, les assurances de responsabilité civile couvriront les impondérables.

Des réunions d'équipe permettront de présenter le projet à tout le personnel. Même si seul le psychomotricien utilisera le chien comme médiation psychomotrice, il n'en reste pas moins que cette présence animale concerne tout l'établissement et l'équipe pluridisciplinaire. Sans un soutien de l'administration et des équipes soignantes, l'introduction d'un chien comme médiation en psychomotricité peut être compromise, voire même vouée à l'échec.

Comme dans toute médiation, il y a des contraintes. Une fois que celles-ci sont connues, acceptées et maîtrisées par toutes les parties en présence (psychomotricien, patient, administration, personnel), tous les bénéfices du chien en tant que médiateur pourront être exploités en toute sérénité.

3. Et ailleurs ?

❖ Les autres pathologies

Ce mémoire n'a présenté que trois types de population. Cependant, la médiation canine en psychomotricité peut être applicable à d'autres populations ou pathologies. Les personnes souffrant de carences affectives ou éducatives, de troubles de la personnalité, des personnes présentant un retard mental ou ayant des maladies psychiatriques pourraient tout à fait répondre à ce type de médiation.

❖ Les autres animaux

Le chien est encore peu connu et utilisé comme médiation animale en psychomotricité. D'autres animaux sont cependant utilisés avec succès.

L'exemple le plus probant est certainement celui du cheval et des équidés en général. Les effets du cheval auprès de patients présentant de nombreuses pathologies comme la paralysie cérébrale ou un retard mental ne sont plus à démontrer.

D'autres animaux pourraient répondre aux besoins de la psychomotricité. C'est au psychomotricien de montrer son sérieux et sa créativité en proposant d'autres animaux.

❖ Du côté du psychomotricien

L'intérêt de la médiation canine est l'ouverture qu'elle provoque. Celle du côté du patient a été démontrée tout au long de cet écrit. Le chien en psychomotricité est le point de départ de nombreux progrès et améliorations qui n'auraient pas été visibles aussi rapidement ou de manière aussi probante.

Mais il y a aussi l'ouverture que le chien provoque chez le psychomotricien. Au final, ce qui est valable pour le patient l'est aussi pour le soignant. Le chien amène sécurité, confiance en soi, aisance et ouverture sur le monde et les autres.

❖ En complémentarité avec d'autres métiers

C'est de cette ouverture que peut naître des projets comme les fermes thérapeutiques ou pédagogiques.

Ces structures font appel à la complémentarité des animaux entre eux, mais aussi et surtout à la complémentarité des métiers médicaux, paramédicaux et sociaux.

Les ovins, les caprins, ou les rongeurs sont autant d'exemple d'animaux médiateurs utilisés dans les fermes thérapeutiques. En fonction des désirs et des pathologies de chacun, tel ou tel animal sera plus facilement proposé.

Ce type de projet prend l'individu en tant que tel dans sa globalité. La psychomotricité y est travaillée au travers d'activités quotidiennes qui ont un sens pour le patient. Diriger une brouette demande des efforts de concentration, de gestion de l'espace, d'ajustement postural, de préparation à l'action et de représentation mentale. Cette action qui a un sens pour le patient (porter du foin qui servira de nourriture ou de litière) sera plus facilement acceptée que des exercices psychomoteurs faisant appel aux mêmes items. Le patient acceptera cette activité et en tirera de la gratification parce qu'elle a un but : apporter du bien-être à l'animal, être vivant et pensant qui a sa sensibilité, auquel il s'est attaché et dont il se sent responsable.

La diversité est signe de richesse.

Glossaire

Agnosie : Trouble de la reconnaissance des objets, inexplicable par un déficit sensoriel et traduisant un déficit intellectuel spécialisé (Carric, J-C, 2001).

Amnésie : Trouble plus ou moins profond de la mémoire (Ibid.).

Anosognosie : Méconnaissance par un malade de son affection cependant évidente (Ibid.).

Aphasie de Broca : L'aphasie de Broca est une perturbation de l'élocution avec un manque du mot, des troubles de la syntaxe et de la prosodie. Cette aphasie est due à une lésion de l'aire de Broca en zone frontale gauche du cerveau. L'aphasie de Broca peut être associée à une hémiplégie droite (Ibid.)

Aphasie de Wernicke : C'est une perturbation de la compréhension du langage oral et un trouble de la répétition associés à un discours souvent jargonné qui est dû à la lésion de l'aire de Wernicke en zone temporelle gauche du cerveau (Ibid.)

Aphasie : Trouble qui porte sur l'expression et la compréhension du langage et qui n'est ni lié à un état démentiel, ni à une atteinte sensorielle, ni à un déficit de l'appareil d'exécution (Ibid.)

Apraxie : Trouble de la mobilité volontaire qui n'est pas dû à une paralysie ou à une incoordination motrice et qui apparaît en l'absence d'agnosie, de troubles de la compréhension et d'un déficit intellectuel important (Ibid.).

Coordinations dynamiques générales : Activités sollicitant rapidité et combinaison de mouvements dans l'exécution d'une tâche (Albaret, J-M, Aubert, E., 2001, p.33).

Cytomégalovirus : Le cytomégalovirus fait partie de la famille des Herpès-virus, il s'agit d'un virus très fréquent puisqu'environ 50% de la population française serait porteuse. En ce qui concerne l'infection du nouveau-né, celle-ci est relativement courante puisqu'on a recensé 1 cas pour 100 naissances. Il n'existe néanmoins des séquelles que pour environ 1 cas pour 1000 naissances. Les séquelles peuvent être : une surdité, un retard mental, des calcifications intracérébrales. Le cytomégalovirus entraîne l'augmentation de taille des lymphocytes, qui est le symptôme principal. Il faut aussi noter une variabilité dans les degrés d'atteintes.

Désorientation temporo-spatiale : Perte de la notion de l'espace et du temps consécutive à la perte mnésiques dans les DTA (Albaret, J.-M., Aubert, E., 2001).

Dialogue tonico-émotionnel : mise au diapason du tonus entre deux individus. Lors d'une interaction, le tonus de chacun se coordonne et s'adapte en fonction des variations toniques de l'autre.

Epilepsie : crises paroxystiques dues à des décharges hypersynchrones de neurones hautement organisés (Carric, J.-C., 2001).

Handling : notion développée par D. Winnicott qui correspond à la manière dont l'enfant est porté, manipulé, soigné (Winnicott, D.W., 2006).

Héminégligence : Perte de la conscience d'une moitié du corps (Carric, J-C, 2001).

Hémiplégie : Paralysie d'une moitié de corps.

Holding : notion développée en 1923 par W.D. Winnicott qui correspond à la manière dont l'enfant est psychiquement porté par sa mère (Winnicott, D.W., 2006).

Image du corps : elle est, selon Françoise Dolto, éminemment inconsciente, liée au sujet et à son histoire. Elle est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles (Dolto F., 1984).

Latéralité : La latéralité correspond à une asymétrie fonctionnelle apparaissant dans les segments corporels, de manière prévalente, pour les conduites motrices impliquant un

certain niveau d'éveil cortical. Cette asymétrie amène un segment latéral au premier plan de l'action mais il ne faut pas exclure pour autant le rôle complémentaire des segments collatéraux. (Carric, J-C., 2001).

Maladie de Pelizaeus-Merzbacher : L'enfant atteint présente très tôt des troubles du développement moteur : hypotonie, nystagmus, mouvements désordonnés de l'axe et des membres qui rappellent certaines formes de chorées. L'enfant malade peut réaliser des progrès jusqu'à l'adolescence. Par la suite, la gravité de la maladie va dépendre du niveau moteur acquis entre 5 et 10 ans. Dans les formes graves, les patients décèdent en général dans l'adolescence de complications de décubitus. Dans la forme la plus modérée, les patients sont capables d'acquérir une marche avec soutien ainsi qu'un langage compréhensible. Leur survie est prolongée même si une dégradation très lente est observée après l'adolescence.

Mémoire de travail : temporaire des informations (Albaret, J.-M., Aubert, E. (2001)., p.141).

Mémoire épisodique : sollicitée lors d'une récupération consciente de l'information durant une tâche de rappel ou de reconnaissance (Albaret, J.-M., Aubert, E., 2001).

Mémoire épisodique : Mémoire qui permet l'acquisition et l'évocation de souvenirs (Ibid.).

Mémoire sémantique: mémoire des mots, du vocabulaire (Ibid.)

Praxies : Habiléti motrice et systèmes de mouvements coordonnés en fonction d'un résultat ou d'une intention (Carric, J-C, 2001).

Schéma corporel : Selon Piéron, il s'agit de la représentation que chacun se fait de son corps et qui lui sert de repère dans l'espace. Le schéma corporel se construit à partir de données tactiles, visuelles, kinesthésiques et labyrinthiques et il est constamment remanié par celles-ci. C'est l'expérience que chacun a de son corps en statique ou en mouvement dans un cadre temporo-spatial et en relation avec l'environnement (Ibid.).

Syndrome extra-pyramidal : syndrome neurologique qui regroupe trois types de signes. Un tremblement de repos qui s'observe surtout aux extrémités des membres supérieurs. Il est lent, régulier, de faible amplitude, disparaît totalement (ou s'atténue considérablement) lors du mouvement volontaire et du sommeil. Une hypertonie ou une rigidité qui correspond à la résistance à la mobilisation passive d'un segment de membre. La résistance est immédiate, permanente et plastique. Cependant elle n'est pas régulière et peut s'exagérer par à-coups: c'est le phénomène de la roue dentée. Le troisième signe du syndrome extra-pyramidal est une akinésie qui s'exprime par des mouvements rares et une perte de l'initiative motrice (Ibid.)

Syndrome post-chute : Le syndrome post-chute est une conséquence psychomotrice fréquente et grave de la chute et qui peut amener à un état grabataire. Le syndrome post-chute concerne 35% des sujets qui ont chuté et ont été hospitalisé. Le versant moteur de ce syndrome se caractérise par des troubles de la statique, des troubles posturaux en station debout et assise, mais aussi troubles posturaux lors de la marche. Le versant psychologique met en avant des affects dépressifs voire souvent une dépression (Albarete, J.-M., Aubert, E., 2001).

Annexes

Animal Assisted Therapy and heart failure, 2005³⁰

Une étude présentée au congrès de l'American Heart Association vient démontrer que la présence d'un chien auprès des malades permettait de diminuer chez eux le stress et la tension artérielle.

Afin d'étudier les éventuels bienfaits d'une thérapie assistée par animal (Animal Assisted Therapy), une équipe de l'UCLA Medical Center de Los Angeles a rassemblé 76 patients hospitalisés pour troubles cardiaques.

Ces patients ont été répartis en 3 groupes :

- le premier groupe a reçu la visite d'un volontaire accompagné d'un chien,
- le second la visite d'un volontaire,
- le dernier aucune visite.

Chaque visite durait 12 minutes. L'activité cardiaque des patients a été mesurée avant, durant et après la visite, tout comme le taux d'épinéphrine (hormone du stress) et de norépinéphrine. Un test d'anxiété a également été pratiqué, selon l'échelle de Spielberger.

Résultats :

Le taux d'anxiété a diminué de 24% chez les patients ayant reçu la visite d'un chien, et de 10% chez les patients du groupe 2.

Aucune amélioration cependant dans le groupe sans visite.

Conclusion :

La présence d'un chien aurait donc un réel effet sur la santé des patients. "Cette étude démontre que la compagnie d'un chien, même durant une courte durée, a de réels bénéfices physiologiques et psychologiques chez les patients" souligne Kathie Cole, coordinatrice de l'étude.

³⁰ <http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1131564228720AHADOGSVNR.wmv>

Test de Campbell

Le test de Campbell a été créé en 1975 initialement pour les éleveurs afin qu'ils puissent repérer dans une portée les chiots dominants, volontaires, équilibrés et adaptables, soumis ou inhibés. Cependant, ce test d'exécution rapide peut être effectué par n'importe qui d'étranger au chiot et peut se révéler efficace s'il est exécuté dans les bonnes conditions. Dans l'optique d'obtenir un chien médiateur, une majorité de 3 sera préconisée. Voici un exemple de grille de passation du test³¹.

TESTS DE CAMPBELL

*Ils permettent de définir les grandes lignes de la personnalité du chiot.
Mais il faut toujours garder à l'esprit que l'inné, même s'il est prépondérant, peut être modifié par tous les soins prodigues par le nouveau propriétaire à son chien : il renforcera ainsi certains côtés de sa personnalité et en affaiblira d'autres.*

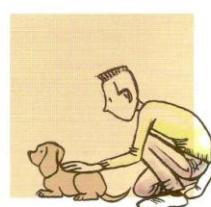


Test d'attraction

Il peut être effectué sur un chiot d'environ sept semaines.

Après avoir posé doucement le chiot à terre, éloignez-vous de quelques mètres, frappez légèrement des mains et observez le comportement de l'animal :

1. Il accourt immédiatement, queue haute, vous saute dessus et vous mordille les mains.
2. Il accourt immédiatement, queue haute, gratte vos mains avec ses pattes.
3. Il accourt immédiatement en remuant la queue.
4. Il vient, hésitant, queue basse.
5. Il ne vient pas.

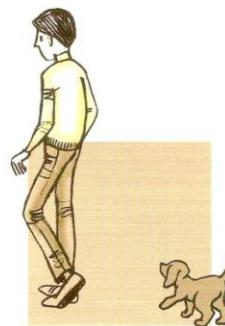


Test d'acceptation de la domination

Il doit être exécuté par une personne inconnue du chiot.

Carez le chiot, en position de sphinx, en exerçant une pression sur sa tête et sur son dos :

1. Il se débat en griffant, se retourne grogne et mordille.
2. Il se débat et se retourne pour griffer.
3. Il se débat, se calme et lèche vos mains.
4. Il se retourne sur le dos et vous lèche les mains.
5. Il s'éloigne.



Test d'aptitude à suivre

On le pratique avec un seul chiot à la fois et sans l'aide de la voix.

Levez-vous et déplacez-vous lentement dans le champ visuel du chiot :

1. Il vous suit immédiatement, queue haute, en vous mordillant les pieds.
2. Il agit de même, mais sans mordiller.
3. Il vous suit immédiatement, queue basse.
4. Il vous suit en hésitant, queue basse.
5. Il ne vous suit pas et s'éloigne.



Test de la position soulevée

À effectuer par une personne inconnue du chiot.

Soulevez le chiot de vos deux mains placées sous sa poitrine et maintenez-le ainsi 30 secondes :

1. Il se débat violemment, grogne et mord.
2. Il se débat violemment.
3. Il se débat, se calme et lèche vos mains.
4. Il ne se débat pas et lèche vos mains.



Test d'acceptation à la contrainte

Il doit être fait par une personne inconnue du chiot.

Après avoir doucement mis le chiot sur le dos, maintenez-le 30 secondes en appliquant une main sur sa poitrine :

1. Il se débat violemment et mordille.
2. Il se débat jusqu'à se libérer.
3. Il se débat et finit par se calmer.
4. Il ne se débat pas et lèche vos mains.

Résultats

Majorité de réponses 1 :
dominant agressif. À déconseiller comme chien de compagnie. Pourra faire un bon chien de travail ou de garde s'il est bien dressé.

Majorité de réponses 2 :
volontaire. Chien de travail qui demande une éducation ferme.

Majorité de réponses 3 :
équilibré et adaptable.

Majorité de réponses 4 :
soumis. Animal peu adapté au travail.

Majorité de réponses 5 :
inhibé. Chien mal socialisé, imprévisible. Il se peut que les résultats paraissent contradictoires. Il est conseillé de les recommencer, car le contexte a pu être inadapte (chiot trop jeune, repas, stress, sommeil...).

³¹ Grandjean D. & coll. (2003). p. 477

Enfants de maternelle

Nouvelles expériences sensorielles grâce aux caresses: découverte de la texture du poil, de la chaleur dégagée par le chien.



Apprendre à stimuler le chien, à s'imposer et communiquer clairement sa volonté.

Faire un parcours...



...et s'ajuster au niveau tonico-postural en fonction des réactions du chien.

Jeunes atteints de paralysie cérébrale

Le chien devient compagnon de jeu, stimule la créativité, la motricité, le plaisir.



Faire aboyer le chien sur ordre permet de travailler communication, l'estime de soi.

Promenades avec le chien

Quand un jeune le souhaite, pendant les temps libres, il peut partir se promener dans le jardin de l'institution. C'est l'occasion de passer un moment privilégié avec le chien, seul à seul et de travailler sur l'autonomisation, la valorisation et l'estime de soi.



Détente et prise de conscience du corps



Le chien collé à l'enfant apporte plusieurs sortes de stimulations sensorielles: le poids du chien contre lui, ses mouvements respiratoires, sa chaleur, son odeur.

Orientation ciblée du geste.
Recherche du regard.
Stimulations sensorielles nouvelles (le poil, la chaleur, l'haleine du chien).



Faire aboyer le chien amène des éclats de rire chez Wilfrid. Ce sont les seuls moments où il rit au sein de l'institution.

Les 11 objectifs principaux du plan Alzheimer 2008-2012

AXE I. AMELIORER LA QUALITE DE VIE DES MALADES ET DES AIDANTS

Objectif n°1 Apporter un soutien accru aux aidants

Objectif n°2 Renforcer la coordination entre tous les intervenants.

Objectif n°3 Permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile

Objectif n°4 Améliorer l'accès au diagnostic et optimiser le parcours de soins

Objectif n°5 Améliorer l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Objectif n°6 Valoriser les compétences et développer les formations des professionnels

AXE II. CONNAITRE POUR AGIR

Objectif n°7 Fournir un effort sans précédent pour la recherche

Objectif n°8 Organiser un suivi épidémiologique

AXE III. SE MOBILISER POUR UN ENJEU DE SOCIETE

Objectif n°9 Informer et sensibiliser le grand public

Objectif n°10 Promouvoir une réflexion et une démarche éthique

Objectif n°11 Faire de la maladie Alzheimer une priorité européenne

Personnes âgées atteintes de DTA



Travail sur la motricité fine et les manifestations neurologiques dues au vieillissement et à la pathologie.

Stimulations sensorielles au niveau plantaire dans le cadre de la prévention de la chute et de la prise de conscience du corps.



Bibliographie

Ouvrages :

- Albaret, J.-M., Aubert, E. (2001). Vieillissement et psychomotricité. Marseille, France: Solal, coll. Psychomotricité.
- Beck, A. (2000). *The use of animals to benefit humans* in Handbook on animal assisted therapy. New York: Academic press.
- Beiger, F. (2008). *L'enfant et la médiation animale, une nouvelle approche par la zoothérapie*. Paris, France: Dunod.
- Bowlby J. (1969). *Attachement et perte*. Paris, France: PUF, collection fil rouge. 2002.
- Budiansky, S. (1999). *The truth about dogs*. Atlantic monthly, p.39-54.
- Carric, J.-C (2000). *Développement psychomoteur de l'enfant normal*. Paris: Vernazobres-Greco.
- Carric, J.-C. (2001). *Lexique du psychomotricien*. Paris: Vernazobres-Greco.
- Clutton-Brock, J. (1981). *Domesticated animals from early times*, Londres: Heinemann, p. 44.
- Clutton-Brock, J. (1995). *Origins of the dog: domestication and early history*. In the domestic dog. Cambridge university press.
- Coren, S. (1994). *The intelligence of dogs. Canine consciousness and capabilities*. The tree press.
- Cyrulnik, B., Lou Matignon, K., Fouega, F. (2001). *La fabuleuse aventure des hommes et des animaux*. Paris, France : Hachette littératures.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. France: Éditions du Seuil.
- Doron, R., & Parot, F. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. France: P.U.F.
- Freud, S. (1915). *Métapsychologie*. Paris: Gallimard.
- Grandjean D. & coll. (2003). *L'encyclopédie du chien*. Paris, France : Aniwa Publishing.

- Juhel, J.C. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée. Réfléchir, agir et mieux vivre*. Québec, Canada: PUL.
- Kohler, R. & handi'chiens, (2009). *Les activités associant l'animal en milieu sanitaire, social et médico-social. L'approche démographique, juridique et managériale*. Saint-Etienne, France.
- Lacombe, J. (2007). *Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans. Approche théorique et activités corporelles*. Bruxelles, Belgique: De Boeck. 2010.
- Lorenz, K. (1970). *Essai sur le comportement animal et humain*. Paris, France : Seuil.
- Melson, G. (2001). *Les animaux dans la vie des enfants*. Paris : France. Petite bibliothèque Payot. 2009.
- Montagner, H. (2002). *L'enfant et l'animal, les émotions qui libèrent l'intelligence*. Paris, France: Odile Jacob.
- Piaget, J. & Inhelder, I. (1966). *La psychologie de l'enfant*. Paris, France: P.U.F., Que sais-je?, 2003.
- Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, Dan B, Jacobsson B.,(2007). The Definition and Classification of Cerebral Palsy. Dev. Med Child Neurol p.49: 1-44.
- Schulz, P. (2010). *Consolation par le chien*. France: P.U.F.
- Serpell, J. (2000). *Animal companions and human well-being: an historical exploration of the value of human-animal relationships* in Handbook on animal assisted therapy. New York: Academic press, p.3-17, p.10.
- Serpell, J., (1996). *In the companion of animals: a study of human-animal relationships*. New York: Cambridge University Press p. 91-92.
- Speilberg, C. D., Gorsuch, R. L., Luschene R., Vaag P. R., Jacobs G.A.(1983). *Manual for the State-Trait Anxiety inventory (STA)*, from Y Palo Alto: consulting psychologist press.
- Spitz, R.A. (1973), *De la naissance à la parole*. Paris, France: PUF. 2002.
- Stierlin, H. (1993). *L'or des pharaons*. Paris, France: Terrail/Finest.
- Tardieu, G. (1969). *Les feuillets de l'infirmité motrice cérébrale*. Paris: Association nationale des Infirmes Moteurs Cérébraux.
- Teroni, E., & Cattet, J. (2000). *Le chien, un loup civilisé*. Bellegarde, France: E.T & J.C. Auteurs Editeurs.

Winnicott, D.W., (1971). *Jeu et réalité*, France : Gallimard, Folio/Essais. 2007.

Winnicott, D.W., (1996). *La mère suffisamment bonne*. Paris, France : Payot & Rivages. 2006.

Thèse :

Pujol, A. (2009). *La thérapie facilitée par le chien auprès de personnes âgées résidant en institution*. Thèse d'exercice, médecine vétérinaire. Université de Toulouse, France.

Webographie

http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mbd/life_expectancy/atlas.html

<http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1131564228720AHADOGSVNR.wmv>

<http://www.medicopedia.net/term/14681,1,xhtml#ixzz1L62DKZGC>

<http://www.parole-de-chien.com/>

<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/plan-alzheimer-2008-2012.pdf>

<http://www.who.int/fr/>

Cours

Aouès, L. (2008). *Espace et psychomotricité. Les différents aspects de l'environnement spatial.* ISRP1. Paris.

Bekier, S. (2008). *Tonus et motricité.* ISRP1. Paris.

Goussard, J. (2010). *L'investissement pulsionnel du corps,* ISRP3. Paris.

Scialom, P. (2008). *Cours de psychologie clinique,* ISRP1. Paris. p.37-40.

Gamé, F. (2008). *TD sur le développement de l'intelligence: Piaget,* ISRP1. Paris.

Crédits photographiques

Première de couverture et annexe IX : © Emilie Massal emiliemassal@gmail.com

Reste de l'ouvrage : © Estelle Guinard estelleguinard@gmail.com

Résumé

Le chien est une médiation encore peu utilisée en psychomotricité. Cependant, elle possède une réelle place en prise en charge psychomotrice.

Le psychomotricien peut intervenir avec cette médiation auprès d'une grande variabilité de population, tant que le plan préventif, rééducatif que thérapeutique.

En tant qu'être vivant, le chien apporte sa spontanéité et ses affects dans la prise en charge psychomotrice.

Trois exemples de populations variées (enfants de maternelles, jeunes atteints de paralysie cérébrale et personnes âgées atteintes de DTA) illustreront les nombreux aspects positifs d'un chien en tant que médiateur en psychomotricité.

Mots-clés : médiation canine, chien, enfants normaux, paralysie cérébrale, personnes âgées, démence type Alzheimer, cynothérapie, médiateur.

Summary

The dog is a mediation still little used in psychomotoricity. However, it has a real place in psychomotor management.

The psychomotrician can involve with this mediation on a large variability of population, as the preventive, rehabilitative and the therapeutic way.

As a living being, the dog brings spontaneity and emotions in the psychomotor management.

Three examples of various populations (children in kid's garden, youth with cerebral palsy, senior citizen with an Alzheimer's dementia) will illustrate the many positive aspects of a dog as a mediator in psychomotricity.

Key-words: dog mediation, dog, normal children, cerebral palsy, elderly, Alzheimer's dementia, cynotherapy, mediator.