

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE
- MONTPELLIER -

**MALADIE D'ALZHEIMER ET MEDIATION
ANIMALE :
QUEL IMPACT SUR LES TROUBLES DU
COMPORTEMENT**

Mémoire d'initiation à la recherche
UE 6.5 S6

Guillaume CANO
Juin 2014

Remerciements

*« Sous la direction de Nadège SIMON,
Ergothérapeute en EHPAD à St Jean de Vedas »*

Je tiens à remercier les nombreuses personnes qui m'ont permis de réaliser ce mémoire par leurs disponibilités, leurs conseils, leur gentillesse,...

Je tiens avant tout à remercier Nadège SIMON, ma maître de mémoire, pour son investissement, ses conseils avisés et ses remarques enrichissantes. Elle a été présente tout au long de ce travail et a su s'adapter à merveille pour me donner le meilleur accompagnement possible.

Je remercie également tous les enseignants et intervenants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier pour tout ce qu'ils m'ont apporté, et plus particulièrement Mme GRISONI, référent mémoire pour son aide, ses connaissances et son expérience qu'elle a partagée pour me permettre de progresser et d'évoluer au cours de la réalisation de ce mémoire.

Un grand merci aux ergothérapeutes qui m'ont accueilli en stage et permis d'acquérir une réflexion et une pratique de l'ergothérapie.

Je voudrais ensuite remercier les trois ergothérapeutes qui ont accepté de répondre à cette étude, ils ont rendu ce travail de recherche possible, avec enthousiasme et sérieux.

Pour finir je remercie grandement ma famille et mes amis pour leur soutien et encouragement constant et inconditionnel. Enfin je remercie mes animaux An-ki et Thor, pour leur présence et ce qu'ils m'apportent au quotidien.

Sommaire

Introduction	1
I. Problématique pratique.....	2
1. Maladie d'Alzheimer.....	2
1.1. Définition	2
1.1. Épidémiologie.....	3
1.2. Sémiologie et évolution.....	3
2. Les troubles du comportement	5
2.1. Définition	5
2.2. Etiologie	6
2.3. Conséquences des troubles du comportement	7
2.4. Prise en charge des troubles du comportement.....	8
3. Médiation animale et ergothérapie	12
3.1. L'ergothérapie	12
3.2. La zoothérapie	13
3.3. Les objectifs de la médiation animale.....	14
3.4. La médiation animale et les personnes atteintes de démence de type Alzheimer.....	15
II. Problématique Théorique	17
1. Le modèle de l'occupation humaine	17
1.1. La volition.....	18
1.2. L'habituation	19
1.3. Les capacités de rendement.....	20
1.4. L'environnement.....	21
2. L'inventaire neuropsychiatrique (NPI) (Annexe II).....	21
3. Le modèle de Riley et Riley	23
3.1. Le modèle.....	23
3.2. Lien avec l'étude	24
III. Méthode	24
1. Choix de la population	24
1.1. Critères d'inclusion.....	24
1.2. Critères d'exclusion.....	25
2. Choix de la méthode.....	25
2.1. Elaboration du questionnaire de l'entretien.....	25
2.2. Questions d'entretien (Annexe III).....	28
3. La réalisation des entretiens	30
IV. Les résultats	31

1.	Présentation des personnes interrogées.....	31
2.	Résultats qualitatifs.....	32
3.	Résultats quantitatifs.....	37
V.	Discussion et critiques	38
1.	Discussion.....	38
2.	Critiques et biais de l'étude.....	45
2.1.	Biais dans la méthode.....	45
2.2.	Biais dans les résultats.....	46
	Conclusion.....	48
	Bibliographie	
	Annexes	

Introduction

J'ai décidé de m'intéresser dans ce mémoire à la personne âgée et plus précisément à la problématique de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. En effet, je porte un grand intérêt à cette population et j'ai donc voulu approfondir dans le cadre de ce mémoire mes connaissances sur cette maladie et sa prise en charge.

Au cours de mon cursus dans l'institut de formation en ergothérapie de Montpellier, en première année j'ai eu l'occasion d'assister à une conférence sur la médiation animale lors du congrès Expérience en ergothérapie de 2011. En deuxième année, un cours nous a été proposé sur ce même thème. Ces deux présentations ont été réalisées par Madame SIMON devenue par la suite ma maître de mémoire. La médiation animale reste malgré tout un sujet assez peu connu en ergothérapie. J'ai choisi de traiter ce sujet dans mon mémoire en partant d'un constat simple, les animaux domestiques seraient en France plus de 40 millions, on peut donc en déduire qu'ils font partie intégrante de nos habitudes de vie les plus courantes et seraient un élément significatif pour un nombre important de personnes.

Je me suis donc renseigné sur la pratique de la médiation animale notamment avec les personnes âgées. J'ai eu la chance de pouvoir assister à une séance de médiation animale dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) réalisée par une animatrice extérieure à l'établissement. J'ai pu voir par moi-même certains effets de cette thérapie qui semblait émerveiller les résidents qui étaient alors plus éveillés, portant un intérêt important aux chiens et lapin présents. Je me suis donc posé la question suivante : quels sont les effets de la médiation animale sur les personnes atteintes de démences de type Alzheimer ?

Je vais tenter de répondre à cette question en utilisant une démarche scientifique, c'est-à-dire en utilisant une documentation bibliographique me permettant de faire un état des lieux sur la pratique de la médiation animale avec des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Ce travail me permettra de cibler une problématique que j'essaierai de résoudre par une démarche de recherche élaborée à l'aide d'outils théoriques comme des modèles et des concepts. Pour finir j'analyserai et interpréterai les résultats fournis par mon outil de recherche dans le but de répondre à cette problématique.

I. Problématique pratique

1. Maladie d'Alzheimer

1.1. Définition

D'après la dixième révision de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM 10) la démence est « *un syndrome dû à une affection cérébrale, habituellement chronique et progressive, caractérisé par une perturbation de nombreuses fonctions corticales supérieures [...]* » [1].

Parmi les démences la maladie d'Alzheimer est la plus fréquente. On parle souvent de démences de type Alzheimer pour regrouper les démences qui ont les caractéristiques de la maladie d'Alzheimer. Les autres démences les plus diagnostiquées sont les démences vasculaires, les démences à corps de Lewy et les démences associées à la maladie de Parkinson, les démences fronto-temporales et la maladie de Creutzfeldt-Jakob [49].

Selon la CIM 10 la maladie d'Alzheimer est « *une maladie cérébrale dégénérative primitive, d'étiologie inconnue dont la neuropathologie et la neurochimie sont caractéristiques. Elle débute habituellement de façon insidieuse et progresse lentement mais régulièrement en quelques années. [...] La démence de la maladie d'Alzheimer est actuellement irréversible.* »

Cette maladie se caractérise principalement par deux éléments anatopathologiques qui sont la dégénérescence neurofibrillaire et l'apparition de plaques séniles composées en grande partie de substance amyloïde. Concrètement la maladie altère le fonctionnement des neurones et des neurotransmetteurs dans un premier temps et cause la mort de ces derniers dans un second temps [11].

Toutes ces modifications ne peuvent être repérées qu'après la mort du patient, elles sont invisibles lors d'imagerie cérébrale. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer se base donc sur les signes cliniques que présente la personne.

La maladie d'Alzheimer a des conséquences biologiques, psychologiques et sociales pour le patient.

1.1. Épidémiologie

La maladie d'Alzheimer représente en France un problème de santé publique majeur. Pour y répondre, en 2008 est lancé le Plan Alzheimer sur une durée de cinq ans avec un coût de 1,6 milliard d'euros [53].

Le nombre de malades ne cesse de croître, ils seraient en France plus de 850000 personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Chaque année, 225 000 nouveaux cas sont diagnostiqués [48].

De plus, d'après l'étude PAQUID, seulement une démence sur deux serait diagnostiquée et une sur trois au stade précoce [50].

A ce jour, l'étiologie exacte de la maladie d'Alzheimer reste inconnue mais certains facteurs de risques ont pu être identifiés [48]. Il s'agit des troubles vasculaires (dont l'hypertension artérielle), du diabète, des troubles lipidiques et du tabac. On retrouve aussi des formes familiales et certains facteurs génétiques. Le plus important de ces facteurs est l'avancée en âge, en effet, à partir de 65 ans, l'incidence double pratiquement tous les 5 ans. La prévalence de la maladie d'Alzheimer est alors de 15% à 80 ans [50]. On retrouve un risque d'apparition de la maladie plus grand chez les femmes, notamment après 80 ans.

1.2. Sémiologie et évolution

1.2.1. Sémiologie

On retrouve dans la CIM 10 [30] et le DSM IV [2] (Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition, 2004) les signes cliniques permettant d'établir le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Je me baserai sur les critères diagnostiques du DSM IV car ils sont plus fréquemment utilisés [51].

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer repose sur la présence de plusieurs symptômes. Le premier étant une altération de la mémoire. La mémoire à court et long terme est touchée par la maladie, la mémoire sémantique reste mieux conservée que la mémoire épisodique plus précocement atteinte. La mémoire procédurale sera moins affectée et restera longtemps conservée [10].

L'altération de la mémoire est accompagnée d'une ou plusieurs perturbations d'un autre secteur cognitif correspondant à :

- Une aphasic : c'est un trouble qui touche le langage (écrit ou oral) que ce soit au niveau de l'expression ou de la compréhension.

- Une apraxie : c'est la perte de la capacité de coordonner ses mouvements dans le but de réaliser un geste en l'absence de déficit sensitif ou moteur. L'apraxie constructive est souvent altérée dès le début de la maladie puis évolue jusqu'au phénomène de closing in. Les praxies idéomotrices et idéatoires sont également altérées. Dans les stades plus avancés de la maladie d'Alzheimer peut apparaître une apraxie de l'habillage ou encore lors de la marche [10].
- Une agnosie : caractérisée par l'impossibilité qu'a la personne de reconnaître des objets. Cela englobe par exemple la reconnaissance des visages.
- Perturbation des fonctions exécutives : ce sont les fonctions permettant de s'adapter aux situations. Elles concernent la planification, la programmation, les capacités de jugement ou encore l'inhibition et l'auto-surveillance.

Ces déficiences ont pour conséquences des dysfonctionnements significatifs dans la vie sociale ou professionnelle de la personne. Ces troubles seront également apparents dans les activités de la vie quotidienne.

Le DSM IV sépare deux sous-types dans la maladie d'Alzheimer qui sont avec ou sans perturbation du comportement. En effet durant l'évolution de la maladie s'installent des troubles du comportement souvent en lien avec les déficits cognitifs. L'expression de ces troubles peut soit correspondre à un renforcement des traits pré-morbides, soit être différents [10].

1.2.2. Evolution

La maladie d'Alzheimer débute progressivement et le déclin cognitif est continu [2]. On distingue deux modes d'entrée différents qui sont à début précoce (avant 65 ans, souvent la maladie évoluera rapidement avec des troubles plus importants) ou à début tardif (après 65 ans). Les premiers signes sont l'altération de la mémoire puis viennent petit à petit le syndrome aphaso-apraxo-agnosique et les troubles des fonctions exécutives. Ces différents troubles gagnent en intensité au cours de la maladie. Généralement, la durée entre les premiers symptômes et le décès du malade est d'une dizaine d'année.

La maladie affecte chaque personne différemment, les symptômes, l'ordre de leur apparition et la durée de chaque stade varient selon les personnes.

Le score obtenu au MMS (Mini Mental State) permet d'illustrer l'évolution de cette pathologie, avec en moyenne une perte de 3 à 4 points par an [2]. Il est à noter que les

symptômes de cette maladie ne sont pas constants d'une personne à l'autre tout comme leur intensité.

On peut distinguer trois stades dans la maladie d'Alzheimer [31] qui sont :

- Le stade léger : aussi appelé stade précoce, parfois asymptomatique, le score au MMS est supérieur à 20. Il se caractérise principalement par le début des troubles cognitifs.
- Le stade modéré : également appelé stade intermédiaire, le score au MMS est compris entre 10 et 20. Les détériorations se font plus importantes et commencent à avoir un impact non négligeable sur les activités de la vie quotidienne. Les troubles du comportement sont fréquents à ce stade.
- Le stade avancé : ou stade grave avec un MMS inférieur à 10. Les déficits cognitifs importants ne permettent plus à la personne de réaliser ses activités de manière autonome. Progressivement la personne devient grabataire et perd ses capacités comme la communication et ses capacités motrices (la marche par exemple).

2. Les troubles du comportement

2.1. Définition

Le comportement correspond à « *l'ensemble des réactions observables chez un individu placé dans son milieu de vie et dans des circonstances données* » [46]. Il reflète les conséquences de l'activité psychique [11].

Dans la maladie d'Alzheimer, on constate fréquemment un changement significatif dans la manière d'agir de la personne, on regroupe ces changements sous le terme de troubles du comportement. Plus de 80% des patients auraient des troubles du comportement [51]. Ils peuvent apparaître dès le début de la maladie jusqu'au stade le plus sévère [29]. En général, ils augmentent en intensité et en fréquence au cours de la maladie [34] (Vellas & col, 2005), leurs apparitions étant fluctuantes ou épisodiques [49].

Les troubles du comportement sont caractérisés par un changement par rapport à l'état antérieur de la personne, ils vont aboutir à des difficultés relationnelles ainsi qu'à des réactions inadaptées de la part de la personne [49].

Il existe différents bilans permettant d'évaluer et de mesurer les troubles du comportement comme l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI), l'Echelle de Dysfonctionnement Fronto-temporal (EDF), l'Echelle d'Evaluation des Troubles du Comportement dans la Démence

Sévere (ECD GRECO), la BEHAVE-AD (échelle comportementale dans la maladie d'Alzheimer) ou encore le Frontal Behavioral Inventory (FBI) [51]. On retrouve dans ces bilans les notions de fréquence, de gravité ou sévérité et de répercussion des troubles sur les aidants qu'ils soient professionnels ou non.

L'inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour évaluer les troubles du comportement. Les douze domaines du NPI peuvent être divisés en deux groupes de symptômes [19] :

- Les troubles du comportement perturbateurs : idées délirantes, hallucinations, agitation / agressivité, comportements moteurs aberrants, désinhibition, troubles du rythme veille-sommeil.
- Les autres troubles du comportement : instabilité de l'humeur, euphorie, dépression, anxiété, apathie et troubles de l'appétit.

Les troubles du comportement les plus fréquemment rencontrés dans la maladie d'Alzheimer sont l'apathie (dans 55,5% des cas), la dépression (44,9%) et l'anxiété (42%) [51].

2.2. Etiologie

Afin de mieux comprendre et traiter les troubles du comportement, il faut connaître leurs causes. L'origine de ces troubles est souvent multifactorielle, les différents facteurs étant en interaction constante [49].

Les facteurs sont :

2.2.1. La maladie et son évolution

En effet, dans la maladie d'Alzheimer, le fonctionnement du cerveau est atteint. Les troubles cognitifs (comme la mémoire, l'orientation, le jugement, la communication...) apparaissent et ont pour conséquence une mauvaise adaptation du patient dans sa vie quotidienne. Selon les zones du cerveau atteintes, la personne va présenter des troubles spécifiques [43]. Par exemple lors de l'atteinte du système limbique (qui régule les émotions, la mémoire, le sommeil, l'alimentation...), des troubles du comportement de types irritabilité, dépression ou anxiété pourront apparaître. De la même façon, la dégénérescence du lobe frontal (fonctions exécutives, comportement social...) pourra avoir comme conséquence des comportements apathiques ou d'anhédonie par exemple.

2.2.2. Une cause somatique

Elle n'est pas toujours évidente à repérer dans le cadre de la démence mais il est important de la contrôler car elle peut être rapidement prise en charge avec efficacité. Il peut s'agir de douleur, d'un fécalome, d'une rétention d'urine, d'un mauvais positionnement, etc.

2.2.3. Une cause iatrogène

Beaucoup de traitements ont pour effet secondaire l'apparition de troubles du comportement. De plus les personnes âgées ont généralement une polymédication.

2.2.4. Une cause environnementale

- Humaine : par rapport à l'attitude des personnes, leur style de communication, leur anticipation des besoins du patient et leur capacité d'adaptation.
- Matérielle : l'environnement architectural mais surtout organisationnel peut engendrer des troubles du comportement (l'organisation de la journée dans un EHPAD par exemple avec des horaires fixes pour le lever, les repas...)

2.2.5. Une cause psychologique

Liée à l'inquiétude ou l'anxiété créée par la maladie. La symptomatologie de cette pathologie peut induire des comportements de stress ou d'incompréhension voire d'agressivité.

Quelle qu'en soit la cause, ces symptômes comportementaux peuvent avoir une signification bien précise pour le patient, ils peuvent traduire une tentative de communication que ce soit pour exprimer un mal-être ou entrer en relation [34].

2.3. Conséquences des troubles du comportement

Les troubles du comportement ont des conséquences dans le quotidien de la vie de la personne mais également de son entourage. Leur présence diminue la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et accroît les probabilités d'une hospitalisation [34]. Ils peuvent engendrer une fatigue importante (errances, cris...) et des situations anxiuses, voire angoissantes pour les malades.

L'entourage souffre de ces comportements gênants, irritants et parfois dangereux (comme l'agressivité, les fugues, les idées délirantes par exemple) [11]. Cette souffrance constitue ce que l'on appelle le fardeau de l'aide et est une des principales raisons de l'institutionnalisation du malade [34], elle peut être évaluée grâce à l'échelle de ZARIT [17]. Les troubles du

comportement bouleversent l'équilibre familial, la vie affective et relationnelle de la personne [29 et 49].

Les troubles du comportement rendent la prise en charge plus complexe et ont une incidence sur le pronostic de la maladie [49]. En effet ils augmentent les situations à risque pour le patient que ce soit à court (chutes, fugues...) ou long terme (trouble du sommeil et alimentaire).

2.4. Prise en charge des troubles du comportement

On distingue deux grands types de prise en charge des troubles du comportement. Ce sont les prises en charge médicamenteuses et non médicamenteuses. Elles peuvent être complémentaires. La HAS recommande d'utiliser en première intention les thérapies non médicamenteuses [49].

2.4.1. Les thérapies médicamenteuses

La balance entre les bénéfices et les risques liés à la prise de traitement pharmacologique doit être évaluée [34]. La HAS recommande la prescription d'une thérapie médicamenteuse uniquement lorsque les traitements non médicamenteux sont inefficaces.

Les traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer (inhibiteurs de la cholinestérase, mémantine...) ne sont pas recommandés pour le traitement des troubles du comportement [49].

Les différents traitements sont : [49]

- Les psychotropes : ils sont utilisés lorsque la sévérité des troubles est importante et met en danger le patient ou son entourage, et lorsque son fonctionnement en est altéré. Leur utilisation n'exclut pas les autres techniques de soins. Ils n'ont pas d'effet préventif sur d'éventuelles apparitions des troubles du comportement. Les antipsychotiques classiques et atypiques sont utilisés sur les comportements d'agitation et d'agressivité principalement.
- Les antidépresseurs : ils sont prescrits pour l'anxiété, les comportements d'impulsivité, d'agitation, d'instabilité émotionnelle ou encore d'idées délirantes.
- Les anxiolytiques et hypnotiques : leur usage doit être de courte durée et limité aux situations de crise.

- Les thymorégulateurs ne sont pas recommandés pour le traitement des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer.

Malgré leurs bénéfices, ces traitements possèdent des risques non négligeables. Par exemple, l'utilisation de psychotropes peut induire des accidents vasculaires cérébraux ou la mort. Ces médicaments ont pour effets secondaires des symptômes extrapyramidaux, une sédation, des troubles de la marche, un gain de poids ainsi que des dysfonctionnements métaboliques. Certaines difficultés peuvent être rencontrées dans le cas de polymédication souvent rencontrée avec les personnes âgées, induisant alors des interactions entre les différents traitements.

2.4.2. Les thérapies non médicamenteuses

On distingue deux approches différentes de thérapies non médicamenteuses qui sont complémentaires l'une de l'autre. Ce sont les interventions sur l'environnement et les interventions sur la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer [49].

2.4.2.1. Les interventions sur l'environnement

L'environnement humain : il s'agit de la formation (groupe de parole, éducation à la santé, information...) adressée aux aidants, qu'ils soient professionnels ou naturels [13]. Les aidants doivent également savoir prendre soin d'eux-mêmes et déléguer certaines tâches à d'autres personnes [32] (Trouvé, 2011). Le soutien affectif que peut recevoir la personne dans son environnement joue également un rôle [49].

L'environnement matériel : l'adaptation de l'environnement permet de diminuer ou d'éviter l'apparition de troubles du comportement [32]. L'aménagement de l'environnement doit amener une ambiance calme, apaisante et sécurisante. Les changements sont souvent des facteurs déclencheurs alors que les routines diminuent ces troubles [32].

Dans les institutions, le dossier patient et les transmissions ciblées facilitent le recueil des informations et la traçabilité des troubles du comportement. Cela permet une évaluation interdisciplinaire optimale de ces derniers et d'établir par la suite une prise en charge adaptée et efficace [13].

2.4.2.2. Les interventions sur la personne

Les quatre groupes de thérapies centrées sur la personne utilisés dans la maladie d'Alzheimer peuvent avoir une incidence sur les troubles du comportement : les interventions cognitives, les thérapies psychosociales, la stimulation sensorielle, la thérapie par le mouvement [16] (Gardette, Coley & Andrieu, 2010). Ces thérapies étant nombreuses, je présenterai les plus couramment utilisées :

- Les interventions cognitives :

Elles reposent sur l'hypothèse de la plasticité du cerveau qui serait capable d'exécuter une nouvelle fonction ou de récupérer une fonction perdue en réagissant à des contraintes environnementales. Les fonctions cognitives et le comportement de la personne étant liés, ces thérapies peuvent avoir une influence sur les éventuels troubles du comportement.

- L'entraînement cognitif : l'objectif de l'entraînement cognitif est l'amélioration ou le maintien de la mémoire et de la cognition.
- La réadaptation cognitive : c'est une thérapie qui se base sur l'adaptation du patient et de son entourage aux déficiences causées par la maladie d'Alzheimer dont les troubles du comportement.
- La stimulation cognitive : elle consiste à stimuler les fonctions cognitives et sociales des patients grâce à une variété d'activités et d'échanges verbaux. Cette thérapie permet d'éviter le déclin cognitif causé par un manque de stimulation.
- L'orientation à la réalité : c'est une réactivation cognitive à travers une stimulation sensorielle et sociale. Son objectif est de remettre la personne dans un dynamisme de réorientation dans le réel, de la revaloriser et de la resocialiser [19] (Kalfat, 2008). Cette thérapie aurait des effets significatifs sur la cognition et sur les symptômes comportementaux [12].

- Les thérapies psychosociales :

- La réminiscence : elle se réalise souvent en groupe, où des souvenirs de chaque participant sont évoqués (à travers des médias comme la photographie, la musique...). Cette thérapie diminue les troubles du comportement,

principalement ceux liés à l'humeur [9 et 27] et aux symptômes dépressifs [12]. Cela favoriserait aussi les relations sociales et le bien-être des participants [19].

- La validation : c'est une thérapie développée par Naomie Feil à partir de 1963 qui facilite la communication avec les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Elle part de la théorie qu'il y a toujours une raison derrière le comportement des personnes. La communication est basée sur l'empathie. Elle permet la diminution de l'anxiété, de l'angoisse et une amélioration du comportement social et de la confiance en soi [14] (Feil, 1977).
 - La thérapie par présence simulée : cette thérapie implique l'utilisation d'enregistrements sonores effectués par la famille. Elle permet aux patients la remémoration de souvenirs passés et de stimuler la personne par rapport à son environnement familial [27] (O'Neil & Freeman, 2011).
 - La médiation animale : c'est l'utilisation d'un animal comme média dans une activité thérapeutique. Elle permet une diminution de l'agitation et d'autres troubles du comportement. La médiation animale intervient sur la socialisation et diminue les comportements apathiques [43]. La présence de l'animal est conseillée pour son aspect anxiolytique [32] (Trouvé, 2011) et affectif [28 et 32].
- La stimulation sensorielle :
 - La luminothérapie : c'est une thérapie qui consiste à exposer le patient à une lumière d'intensité et de spectre lumineux spécifiques. Elle réduit les troubles du comportement qui sont liés au sommeil [27].
 - La musicothérapie : les interventions qui utilisent le média musical visent à améliorer le comportement social, la communication, et à réduire les comportements d'errance, d'irritabilité, et d'agitation [27 et 41].
 - L'aromathérapie : elle consiste à utiliser des huiles parfumées. Elle aurait des effets bénéfiques sur le sommeil. Peu de preuves démontrent son efficacité pour les symptômes comportementaux de l'agitation [27].
 - Snoezelen ou Stimulation multi sensorielle : cette thérapie combine l'utilisation de la lumière, des surfaces tactiles, de la musique et des arômes [28]. Son objectif

est d'améliorer l'humeur, encourager la communication et de diminuer les troubles du comportement.

- La thérapie par le mouvement :

- L'activité physique : la stimulation motrice (souvent réalisée par des activités de gym douce) a démontré son efficacité dans le traitement des troubles du comportement, en particulier le sommeil et la dépression [27 et 28].
- Le massage et toucher thérapeutique : ces thérapies visent à réduire la dépression, l'anxiété et d'autres symptômes comportementaux de la démence [27].

Les thérapies non médicamenteuses sont nombreuses et variées. Elles peuvent être réalisées par différents professionnels dans le cadre de la prise en charge. Par ses diverses compétences et champs d'interventions possibles, l'ergothérapeute possède une place privilégiée dans ces thérapies non médicamenteuses. En effet, un ergothérapeute peut agir sur l'environnement et la personne, il peut utiliser dans sa prise en charge les médias et outils nécessaires à l'accomplissement de ses objectifs thérapeutiques. Il pourra donc proposer des interventions en stimulant les fonctions cognitives, psychosociales, sensorielles ou les mouvements.

3. Médiation animale et ergothérapie

3.1. L'ergothérapie

L'ergothérapeute est un professionnel de santé dont l'exercice est légiféré principalement par le décret du 21 novembre 1986 (décret d'exercice) et l'arrêté du 5 juillet 2010 (référentiel de compétences (annexe I).) [44 et 53]. Sa pratique est fondée sur le lien entre l'activité humaine et la santé. L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines et ainsi de réduire ou d'éviter les situations de handicap. L'ergothérapeute va favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie. Pour cela, il va prendre en compte les habitudes de vie, les activités signifiantes pour la personne, les facteurs psycho-sociaux et son environnement. Il peut préconiser et concevoir des aides techniques et des appareillages pour pallier les incapacités ou encore adapter le lieu de vie afin de le rendre accessible et sécurisé.

3.2. La zoothérapie

3.2.1. Historique

L'utilisation d'animaux à des fins thérapeutiques n'est pas nouvelle, au XIème siècle dans la ville de Gheel en Belgique, les convalescents s'occupaient des oiseaux. Plus tard, en 1792 William Tuke enseigne aux malades dans un asile à s'occuper de petits animaux. On observe également l'utilisation d'animaux dans certains centres de convalescence à la fin de la première et seconde guerre mondiale, notamment aux Etats Unis. [8].

Boris Levinson (1907-1984), un psychiatre américain, va s'apercevoir lors d'une séance avec un enfant du potentiel thérapeutique de la présence d'un animal. Il développa la « pet-oriented child psychotherapy », cela va permettre à la zoothérapie de s'étendre et de se développer scientifiquement [8]. De plus, la place des animaux dans notre société est de plus en plus importante et correspond donc à une habitude de vie non négligeable (en France, il y a plus de 42 millions d'animaux de compagnie) [8].

3.2.2. Définition

Actuellement, on distingue deux grands types de zoothérapie : les activités assistées par l'animal (AAA) et les thérapies assistées par l'animal (TAA) ou médiation animale [38]. Concernant les activités assistées par l'animal, l'animateur n'a pas besoin d'avoir une formation et il n'y a pas d'objectif thérapeutique défini [38 et 42]. La médiation animale correspond à une prise en charge avec des objectifs précis, les séances sont animées par un professionnel formé dans le domaine de la santé ou du social [38 et 42]. L'animal est utilisé comme média entre le patient et le thérapeute, dans le but de stimuler le fonctionnement physique, social, émotionnel ou cognitif de la personne [42]. L'animal utilisé le plus couramment est le chien [26] (Nimer & Lundahl, 2007).

Cette thérapie peut s'adresser à un large public [42], des enfants (trouble envahissant du comportement, autisme...) [6] aux personnes âgées [3] (Arenstein & Lessard, 2010). La médiation animale peut se réaliser avec des patients handicapés physiques ou mentaux [52]. Elle est également utilisée pour des populations plus spécifiques comme les personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral [3], en psychiatrie [4] (Barker & Dawson, 1998) ou en soins palliatifs [3].

3.2.3. Le contexte

Par sa présence, l'animal modifie l'environnement de la personne. Cette activité de médiation permet une réduction de la stigmatisation de la pathologie ainsi qu'une normalisation de l'environnement physique (la présence d'un animal de compagnie étant associée au domicile) [33] La présence de l'animal au cours de la prise en charge peut modifier le ressenti des patients en donnant du sens aux activités thérapeutiques. Cette approche est alors un élément permettant d'obtenir une meilleure qualité de vie lors d'hospitalisation ou d'institutionnalisation [35] (Vernay, 2004).

3.3. Les objectifs de la médiation animale

Ils dépendront de chaque patient, l'animal pouvant servir de source de motivation, d'incitation à s'engager dans une thérapie ou encore de stimulation et de renforcement dans une tâche spécifique visant à maintenir ou améliorer le fonctionnement du patient [5] (Beaudet & Arenstein, 2013).

Les objectifs peuvent alors être physiologiques, par exemple diminuer la pression artérielle [5] par l'association de la diminution du stress et de l'activité du système sympathique [52]. Les bénéfices recherchés peuvent aussi être physiques (dans la rééducation fonctionnelle, l'équilibre, la dextérité, la marche...) ou encore cognitifs en stimulant les fonctions supérieures (attention, mémoire, orientation temporelle...) [3]. Au niveau de la socialisation, la médiation animale permet d'augmenter et d'améliorer les interactions et rapports sociaux [52]. De même le langage verbal et non verbal [3] ainsi que le désir de communiquer sont accrus [22].

Enfin, la médiation animale a pour objectif d'améliorer le fonctionnement psycho-affectif de la personne. En effet le contact visuel, tactile et verbal avec l'animal a pour effet une diminution du stress, de l'anxiété et de l'angoisse [8, 4 et 52]. Elle permet une amélioration de l'humeur [22] ainsi qu'une diminution des symptômes dépressifs [52]. De plus, la médiation animale rend le traitement plus agréable aux patients, leur donnant du plaisir [22], et permettant donc un plus grand intérêt dans leur prise en charge, et augmentant ainsi leur motivation et participation [33]. Elle contribue par ailleurs à une baisse du sentiment de solitude [22] et rompt un possible isolement [3]. Cette thérapie peut également améliorer l'estime de soi, la confiance en soi et induire un sentiment d'utilité par rapport à l'animal.

3.4. La médiation animale et les personnes atteintes de démence de type Alzheimer

Un certain nombre d'études a démontré des améliorations significatives lors de séances de médiation animale avec des personnes atteintes de démences de type Alzheimer.

En effet, les interventions utilisant la médiation animale permettraient de stimuler et maintenir les fonctions cognitives. Elles donneraient à la personne des repères temporels (dates et attentes des séances) [21], une réminiscence de souvenirs en lien avec les animaux [8 et 37]. La mémoire à court terme ainsi que l'apprentissage (comme l'utilisation d'ordres à un chien) sont aussi stimulées [3].

Ces études montrent des résultats concluants sur les capacités physiques des personnes. Tout d'abord en incitant les patients à l'exercice physique avec une activité signifiante [8] et [53] (Mossello & col, 2011), l'animal peut jouer un rôle d'initiateur du mouvement [3]. Cette thérapie peut notamment permettre un travail sur l'équilibre et la marche [21 et 25] en réalisant des parcours avec l'animal par exemple. Des objectifs plus spécifiques peuvent être développés comme le gain d'amplitude articulaire, de la force ou encore une amélioration des gestes fonctionnels [3].

L'amélioration du comportement social est fréquemment mise en valeur dans les études réalisées sur la médiation animale. Le rôle de l'animal y est souvent décrit comme étant un catalyseur favorisant une augmentation des comportements sociaux et ce qui permet ainsi d'éviter un possible isolement [15] (Filan & Llewellyn-Jones, 2006) et [40]. La présence de l'animal permet d'initier, de stimuler ou d'améliorer les capacités de communication qu'elles soient verbales ou non verbales [25, 36 et 37]. Ces interactions sociales réunissent les personnes atteintes de démence de type Alzheimer, les professionnels et les familles [3 et 21]. L'animal entraîne une relation naturelle, spontanée et sans jugement avec les patients ; cela peut expliquer le rôle facilitateur de la médiation animale par rapport à la communication [42].

Les dimensions psychologiques et affectives sont également touchées par la médiation animale. Le plaisir [24] et l'intérêt que portent les personnes vis-à-vis de l'animal permettent un meilleur investissement des patients dans la prise en charge en améliorant leurs motivations [25] et en créant un lien affectif avec l'animal [42]. Ce lien affectif peut alors diminuer le sentiment de solitude ressenti par les personnes [3, 8 et 38]. Cette activité peut être réalisée dans le but de réduire les symptômes dépressifs [24, 38 et 40]. La personne se trouve valorisée dans sa relation avec l'animal [3], se sent ainsi plus confiante et a une estime de soi accrue [52 et 39]. Finalement, dans sa relation établie avec l'animal, la personne peut ressentir un sentiment

d'utilité (brossage, nourriture, promenade...) ou encore réaffirmer son identité sociale passée par l'évocation de souvenirs [21].

Enfin, la médiation animale peut être recommandée pour diminuer les troubles du comportement dans les démences de type Alzheimer. D'après une revue de littérature américaine réalisée en 2011 sur les traitements non pharmacologiques des troubles du comportement, la médiation animale diminue principalement l'agitation, les comportements moteurs aberrants et l'apathie [27]. Cette thérapie permet donc une diminution des comportements agités [15, 25 et 40] et de l'agressivité qu'elle soit verbale ou physique [15 et 37]. On retrouve également des bénéfices par rapport à d'autres comportement perturbateurs [37] comme les cris répétitifs, l'irritabilité, l'apathie [36], la déambulation, les troubles du comportement alimentaire. D'après une autre revue de littérature américaine parue en 2007, la médiation animale serait une thérapie efficace face aux troubles du comportement dans la démence [15]. Cette efficacité serait due à la présence de l'animal qui temporise les tensions, réduit l'anxiété et permet une meilleure régulation des émotions [21]. C'est donc l'effet calmant et de détente produit par l'animal sur les personnes qui permettrait de réduire les troubles du comportement [37 et 42].

La médiation animale en EHPAD avec des personnes atteintes de démence de type Alzheimer peut donc avoir des effets bénéfiques sur les fonctions cognitives, physiques, psycho-affectives, sur la socialisation et sur les troubles du comportement.

Les études ne démontrent pas de résultats significatifs de la médiation animale dans le temps [24, 27 et 40] mais on peut noter un effet positif retrouvé sur le personnel soignant [37].

Enfin, de manière plus générale, la médiation animale influence la qualité de vie des personnes âgées souffrant de démence de type Alzheimer notamment en luttant contre les comportements de type apathiques [39].

Cette première partie développant un état des lieux par rapport à la pratique de la médiation animale avec les personnes souffrant de démences de type Alzheimer m'a permis de préciser ma question de recherche :

Quel est l'impact de la médiation animale sur les troubles du comportement des patients qui ont une démence de type Alzheimer ?

II. Problématique Théorique

Un mémoire de recherche doit s'appuyer sur des modèles et des concepts dans l'objectif d'acquérir une valeur scientifique. En effet, un modèle est une représentation mentale d'un processus menant à une organisation de la pensée et à un raisonnement qui permet d'élaborer une pratique professionnelle. Le choix de ces modèles et concepts est important car ils vont être les fondations sur lesquelles l'étude va pouvoir se construire.

Suite à ma question de recherche j'ai choisi le modèle de l'occupation humaine (MOH) et un bilan mesurant les troubles du comportement qui est l'inventaire neuropsychiatrique (NPI). Le MOH me permet dans un premier temps de voir l'individu dans sa globalité au travers d'un modèle spécifique à l'ergothérapie. Quant au NPI, il me permettra de cibler ma recherche sur les troubles du comportement. Enfin je présenterai le modèle de communication de Riley et Riley qui me permettra d'illustrer le cadre thérapeutique de la médiation animale.

1. Le modèle de l'occupation humaine

Le modèle de l'occupation humaine (MOH) est un modèle conceptuel général spécifique à l'ergothérapie construit par KIELHOFNER Gary (2008 pour la dernière édition). D'après MOREL-BRACQ M.-C. (2009) [23], l'objectif de ce modèle est « *d'élaborer une théorie pertinente pour les ergothérapeutes afin de mieux comprendre l'importance et le processus de l'engagement humain dans l'activité, structurant le recueil de données et la pratique* ». C'est un modèle humaniste centré sur l'occupation humaine et qui rassemble les activités significatives (sens donné socialement par les autres) et signifiantes (sens donné par la personne). L'activité est décrite comme résultante de l'interaction dynamique entre la personne, sa motivation, son style de vie, ses capacités et son environnement.

Dans ce modèle KIELHOFNER G. donne les trois composantes de l'être humain comme étant la volition, l'habituation et les capacités de rendement. Elles sont inséparables et interdépendantes de l'environnement humain et matériel. Ces trois composantes peuvent être altérées au cours d'une maladie ou d'un handicap. Leurs interactions et interdépendances créent la dynamique favorable à l'émergence de nos pensées, de nos émotions et de nos comportements. Donc, toute modification à l'une des structures de ce modèle aura une incidence sur les autres.

J'ai choisi ce modèle car il est spécifique à l'ergothérapie et se base donc sur les valeurs et théories de cette profession (vision holistique). Ce modèle me permet de recueillir une vision globale de l'individu. La médiation animale correspond à l'aspect humaniste de ce modèle par l'importance portée à l'individu en tant qu'individu avec ses intérêts et ses valeurs. De plus, les patients atteints de démences de type Alzheimer sont une population souvent difficile à impliquer dans leurs des prises en charge (dépression, apathie...). L'engagement dans l'activité étant une des bases de ce modèle, cela va permettre d'approfondir cette problématique par rapport à la médiation animale.

Je vais maintenant présenter les différentes composantes de ce modèle [7] (Belanger, Briand & Marcoux, 2007) et [23].

1.1. La volition

C'est la motivation d'une personne à agir sur son environnement. La volition nous permet de comprendre le processus d'engagement de la personne dans l'activité. Elle aboutit au choix de l'activité, à son anticipation et à son ressenti. Ce concept met en valeur le besoin d'être acteur de ses choix occupationnels.

La volition est fréquemment atteinte chez les personnes âgées en institution que ce soit par des états dépressifs (dévalorisation, anhédonie...), par des déficiences cognitives ou encore par les troubles psychologiques causés par la maladie (incurabilité...).

On peut diviser cette composante en trois parties que sont les déterminants personnels, les valeurs et les intérêts d'une personne.

1.1.1. Les déterminants personnels

Le sentiment d'efficacité : il correspond au ressenti de la personne âgée par rapport à l'activité. Avec des capacités qui diminuent, la personne âgée en institution perd peu à peu ce sentiment et on assiste alors à une diminution de sa participation.

La conscience de ses capacités et incapacités : c'est la connaissance qu'a la personne de ce qu'elle peut ou ne peut pas réaliser. L'autonomie et l'indépendance des personnes âgées ne cessent de décroître. A un certain stade de la maladie, les patients peuvent ne plus avoir conscience de leur limite et se mettre en danger ; ce sera par exemple le cas d'une personne qui voudra se lever du fauteuil alors que ses capacités de marche ne lui permettent pas. Cela concerne aussi la réaction de ces personnes qui peuvent alors agir de manière différente (apathie, tristesse, agressivité...).

Les réactions face à la réussite ou à l'échec : c'est le comportement de la personne face aux situations. C'est l'élaboration de solutions face à un problème et donc à l'adaptation de la personne ainsi que sa persévérance. Les capacités d'adaptation sont souvent altérées dans la maladie d'Alzheimer même à un stade peu avancé.

1.1.2. Les valeurs

Ce sont « *les éléments importants et significatifs pour la personne* » [7]. Il s'agit d'éléments personnels liés aux désirs de la personne, à ses volontés. Elles ont un sens particulier pour la personne par rapport à son contexte, sa morale, ses croyances et jouent un rôle dans ses habitudes. Les valeurs sont à prendre en considération dans l'élaboration du projet de vie de la personne. Il est important d'en tenir compte car il s'agit du filtre par lequel la personne voit le monde.

1.1.3. Les intérêts

Ils correspondent à la notion de plaisir, de satisfaction ressentie par la personne dans la réalisation de l'activité. C'est un élément clef pour entreprendre une prise en charge avec des personnes pouvant être d'humeur dépressive, avec une perte d'intérêt pour les activités. L'intérêt va comprendre plusieurs notions (fierté, estime de soi, sentiment d'utilité) qui vont influencer la motivation de la personne à réaliser l'activité.

1.2. L'habituat

Elle permet d'organiser et de simplifier la vie quotidienne. Elle est constituée de deux entités que sont :

1.2.1. Les habitudes

Ce sont des comportements que la personne réalise de façon répétitive et de manière semi-automatique ou automatique. Elles sont liées à un environnement connu. Leurs répétitions ont pour conséquence une bonne connaissance de l'activité tandis que leurs réalisations automatiques permettent de dépenser moins d'énergie à leurs réalisations. Les habitudes d'une personne âgée qui entre en institution sont bouleversées, de plus les capacités d'adaptation sont souvent déficientes. Les habitudes antérieures doivent être poursuivies au maximum pour préserver l'autonomie et limiter les situations de dépendance.

1.2.2. Les rôles

Ce sont les comportements dus aux attentes de l'environnement humain qu'il soit social, familial ou culturel. Ils permettent l'acquisition par l'individu d'un statut reconnu par les autres membres du groupe. Les personnes atteintes de démence de type Alzheimer souffrent d'un manque de statut, leur identité personnelle peut être amoindrie et disparaître derrière leur maladie. Le sentiment d'utilité et de productivité peut être diminué, notamment par l'institutionnalisation.

1.3. Les capacités de rendement

Ce sont les capacités permettant à la personne de réaliser ses activités. G. KIELHOFNER prend en compte dans le MOH l'aspect objectif du système organique (musculo-squelettique, neurologique, cardio-respiratoire, sensoriel et cognitif) mais aussi son aspect subjectif qui implique le ressenti de la personne par rapport à ses facultés. Ce dernier aspect correspond au vécu de la personne.

Les capacités de rendement se composent des habiletés motrices, des habiletés opératoires et des habiletés d'interaction et de communication.

1.3.1. Les habiletés motrices

Ce sont la mobilité, la force, la coordination, la posture et la marche. Ces différents items sont diminués chez les sujets âgés.

1.3.2. Les habiletés opératoires

Elles correspondent aux capacités d'orientation temporo-spatiale, aux fonctions instrumentales, à l'utilisation des connaissances et aux capacités d'adaptation. Elles font référence aux fonctions cognitives, qui sont déficientes lors de démences de type Alzheimer.

1.3.3. Les habiletés d'interaction et de communication

Il s'agit des capacités physiques et cognitives en lien avec les relations sociales et le langage. C'est la communication qu'elle soit verbale ou non verbale. Fréquemment, les personnes atteintes de démences de type Alzheimer voient leurs interactions sociales diminuées jusqu'à l'isolement en raison des difficultés qu'elles et leur entourage éprouvent lors des échanges sociaux. En plus de l'aphasie possible, les pertes de mémoire, ou encore les déficits de l'attention sont des obstacles aux relations.

Les capacités de rendement sont de plus en plus réduites avec l'avancée en âge et l'évolution de la maladie. Le vécu de cette perte peut avoir des conséquences sur l'humeur et le comportement de la personne.

1.4. L'environnement

Les trois composantes que sont la volonté, l'habituat et les capacités de rendement sont interdépendantes et inséparables de l'environnement (matériel et humain). Cet environnement apporte d'autres éléments qui peuvent être soit des contraintes et exigences soit des ressources et opportunités. C'est dans cet environnement que vont s'exprimer les trois composantes de la personne. En conséquence, ce modèle tient compte de la représentation de l'environnement par la personne avec son aspect subjectif en plus de l'aspect strictement objectif.

1.4.1. L'environnement matériel

Ce sont l'espace et les objets. Cela correspond à l'EHPAD, son architecture, sa signalisation, les espaces de vie commune et les chambres. Cela comprend également le ressenti de la personne vis-à-vis de cet environnement (sentiment de sécurité, de confort, se sent elle chez elle ?...).

1.4.2. L'environnement humain

Il correspond à toutes les personnes qui gravitent autour de la personne âgée. Il peut s'agir de sa famille, des amis, de l'équipe soignante et des autres résidents.

2. L'inventaire neuropsychiatrique (NPI) (Annexe II)

L'inventaire neuropsychiatrique (NPI) est l'échelle d'évaluation des troubles du comportement recommandée par la HAS [49].

Le NPI a été développé par J.L CUMMING en 1994, il regroupe douze symptômes parmi les plus fréquents dans les démences de type Alzheimer [49]. L'évaluation de ces troubles et leurs descriptions permettent de mettre en place des traitements médicamenteux et non médicamenteux adaptés [17]. Ce bilan est aussi bien utilisé en clinique que dans le cadre de la recherche.

Le mode de passation du NPI se fait sous la forme d'une interview par un évaluateur externe, sans la présence du patient pour faciliter une discussion ouverte. Les réponses porteront sur des comportements nouveaux par rapport au début de la maladie, ces symptômes étant présents durant les quatre dernières semaines ou sur une autre période définie [45] (Centre Mémoire de Ressources et de Recherche de Nice). De plus il est intéressant de noter quelle est la relation qu'entretient l'évaluateur avec le malade ainsi que le temps qu'il passe avec celui-ci. Le traitement médicamenteux et ses éventuelles modifications sont également à prendre en compte.

Le NPI [45] existe sous différentes formes selon la méthode d'évaluation et l'évaluateur [17] :

- le NPI sous sa forme initiale, destiné aux patients vivant à domicile et coté par leur proche (aidant principal).
- Le NPI-R qui est une version réduite, sous la forme d'un auto-questionnaire à remplir par l'accompagnant de la personne malade. La fréquence des troubles n'est alors pas prise en compte.
- Le NPI-ES pour les personnes vivant en institution, l'évaluation se fera alors par l'équipe soignante.

Les douze domaines comportementaux du NPI [45] sont :

- ❖ Idées délirantes
- ❖ Hallucinations
- ❖ Agitation / Agressivité
- ❖ Dépression / Dysphorie
- ❖ Anxiété
- ❖ Exaltation de l'humeur / Euphorie
- ❖ Apathie / Indifférence
- ❖ Désinhibition
- ❖ Irritabilité / Instabilité de l'humeur
- ❖ Comportement moteur aberrant
- ❖ Sommeil
- ❖ Appétit / Troubles de l'appétit

Au niveau de la cotation, on retrouve pour chaque domaine comportemental quatre items qui sont la présence ou non du comportement, sa fréquence, sa gravité et son retentissement [45]. La fréquence est cotée de 1 à 4, la gravité de 1 à 3, le retentissement de 0 à 5. Pour chaque item, un score élevé est synonyme de sévérité plus importante.

3. Le modèle de Riley et Riley

3.1. Le modèle

Un modèle de communication me permettra de lier la médiation animale animée par l'ergothérapeute et les effets sur le patient. J'ai choisi le modèle de John. W. Riley et Mathilda W. Riley (1959), un couple de sociologues américains, car ils définissent la communication non seulement comme une transmission d'informations mais également comme un phénomène d'interaction entre l'émetteur et le récepteur [47].

D'autres théoriciens ont également construit des modèles sur la communication comme Shannon et Weaver (en 1948 ; modèle linéaire du récepteur qui envoie un message pouvant être parasité à un récepteur), Lasswell (en 1948 ; qui, dit quoi, à qui, avec quels effets et par quel canal ?), Berlo (en 1960 ; importance de la source, du message, du canal et du récepteur) ou encore Jakobson (dans les années 60 sur le langage).

Selon Carl Hovland, psychologue américain, la communication se définit par le processus par lequel une personne transmet des stimuli pour modifier le comportement des autres individus [20]. Cette définition peut se rapporter à la pratique de la médiation animale qui serait alors le canal utilisé par le thérapeute dans la prise en charge des patients.

Riley et Riley ont développé ce modèle pour illustrer l'implication sociologique dans la communication. Ils expliquent dans ce modèle que les individus appartiennent à des groupes (communauté, famille...) qui vont influencer leur jugement, leur façon de voir les choses. Un individu peut appartenir à plusieurs groupes pouvant être de grande taille (système social d'ensemble dont font partie l'émetteur et le récepteur) ou plus restreints (famille) [20 et 47]. L'émetteur et le récepteur seront inclus dans des groupes communs et séparés.

Un des points essentiels de ce modèle est une boucle de rétroaction liant l'émetteur et le récepteur créant ainsi une interaction entre eux. Ainsi, l'émetteur et le récepteur sont interdépendants et indissociables dans le processus de communication [20 et 47].

L'action de l'émetteur sur le récepteur peut être de différentes natures comme un renforcement positif ou négatif [20].

3.2. Lien avec l'étude

Ce modèle va donc me permettre dans mon étude de lier les différents éléments avec des relations de cause à effet.

Tout d'abord l'ergothérapeute et le patient appartiennent à un groupe commun dans l'établissement. Ils font tous les deux partie intégrante de la relation thérapeutique. Au sein de ce groupe, des sous-groupes vont se former, chacun ayant un rôle propre, interagissant avec les autres.

Ce modèle me permettra donc d'identifier les différents aspects du cadre thérapeutique de la médiation animale. En effet l'ergothérapeute (l'émetteur), la médiation animale (le canal / le média), les patients (récepteur) ainsi que les effets de la médiation animale (l'effet feedback) illustreront les composantes de ce modèle.

III. Méthode

Mon enquête se base sur l'hypothèse que la médiation animale a un impact sur les troubles du comportement présents dans la maladie d'Alzheimer. La démarche de recherche suivante tente de préciser quel est cet impact, c'est-à-dire de savoir quels sont les troubles du comportement modifiés par la médiation animale ?

1. Choix de la population

1.1. Critères d'inclusion

Puisque mon étude porte sur l'impact de la médiation animale en EHPAD, j'ai choisi d'interroger des professionnels travaillant à temps plein dans ces établissements depuis au moins six mois. Ils pourront ainsi décrire au mieux les effets de cette thérapie par rapport aux troubles du comportement rencontrés chez les personnes atteintes de démences de type Alzheimer. Ces professionnels peuvent être des ergothérapeutes, des infirmiers, des aides-soignants ou des AMP (aides médico-psychologiques) qui travaillent dans un EHPAD où un ergothérapeute utilise la médiation animale.

1.2. Critères d'exclusion

Je n'interrogerai donc pas pour mon enquête tous les professionnels ne travaillant pas à temps plein ou dans une autre structure qu'un EHPAD. J'ai décidé de prendre en compte dans mon étude uniquement les EHPAD dont c'est l'ergothérapeute qui anime les séances de médiation animale, j'exclus donc de ce fait tous les établissements ayant recours à cette thérapie avec un autre professionnel. Etant donné qu'une formation spécifique en zoothérapie n'est nullement obligatoire pour exercer et non reconnue, je n'exige pas que l'ergothérapeute soit formé.

2. Choix de la méthode

L'objectif de mon travail de recherche est de savoir quel est l'impact de la médiation animale sur les troubles du comportement des personnes atteintes de démences de type Alzheimer. Afin de répondre à cette question j'ai choisi d'utiliser une méthode clinique basée sur une pratique professionnelle, c'est-à-dire une méthode qualitative qui prend compte du discours des professionnels à l'aide d'un support qu'est le questionnaire d'entretien. Les questions semi directives permettront à la personne interrogée de répondre librement et d'exprimer ses opinions. Je réaliserai trois entretiens que j'enregistrerai sur support audio dans le but de les retranscrire et de les analyser de manière qualitative et quantitative.

2.1. Elaboration du questionnaire de l'entretien

La matrice est l'outil permettant la construction du questionnaire de l'entretien. Elle est basée sur les éléments théoriques développés précédemment dans la problématique théorique. Elle se présente sous la forme d'un tableau où est renseigné le contenu des modèles et théories dont l'objectif est de préciser les éléments à prendre en compte dans l'étude.

Modèles / concepts / théories	Critères	Indicateurs	Indices
Modèle de l'occupation humaine (G. Kielhofner)	Volition	Déterminants personnels	Sentiment d'efficacité
			Conscience de ses capacités et incapacités
			Réactions face à la réussite ou à l'échec
		Valeurs	Eléments importants et significatifs pour la personne
		Intérêt	Plaisir et satisfaction à réaliser une activité

			Motivation
	Habituation	Habitude	Comportement semi-automatique ou automatique
			Connaissance de l'activité
			Energie et adaptation
		Rôle	Social
			Familial
			Culture
	Capacité de rendement	Habiletés motrices	Mobilité
			Force
			Coordination / Dextérité
			Posture
			Marche
		Habiletés opératoires	Orientation temporo-spatiale
			Fonctions instrumentales
			Utilisation des connaissances
			Capacités d'adaptation
		Habiletés d'interaction et de communication	Cohérence des propos
			Initier une relation
			Communiquer
	L'environnement	Environnement matériel	Orientation dans l'espace
			Architecture
			Ressenti face à l'environnement
		Environnement humain	Reconnaissance des personnes
			Place dans le groupe
			Equipe soignante
			Famille
NPI (inventaire neuropsychiatrique ; J.L CUMMING)	Symptômes négatifs.	Dépression/dysphorie	La personne est triste ou déprimée
		Apathie/indifférence	La personne n'a aucun intérêt pour le monde qui l'entoure
		Appétit/troubles de l'appétit	La personne a plus d'appétit

			La personne a moins d'appétit
Symptômes positifs	Idées délirantes		La personne croit être en danger
			La personne est convaincue d'une idée non réelle
Hallucinations			La personne se comporte comme si elle entendait des voix
			La personne se comporte comme si elle voyait des choses non existantes
Agitation/agressivité			Comportement moteur ou verbal excessif ou/et inapproprié.
Comportement moteur aberrant			La personne fait des gestes répétés sans significations apparentes
			Errance de la personne dans l'institution
Sommeil			La personne a des troubles du sommeil
Exaltation de l'humeur/ euphorie			La personne est d'une humeur joyeuse ou heureuse de manière excessive et sans raison
Désinhibition			La personne agit de façon impulsive et sans réfléchir
			La personne fait ou dit des choses inadaptées en public
Anxiété			La personne semble nerveuse, tendue, effrayée ou inquiète
Irritabilité/instabilité de l'humeur			La personne fait preuve d'une irritabilité ou impatience anormale

			L'humeur de la personne est très changeante
Modèle de Riley et Riley (1959)	Emetteur	Ergothérapeute	Utilise l'animal comme média. Objectifs thérapeutiques
	Canal	Médiation animale	L'animal, son attitude, ses caractéristiques
	Récepteur	Le patient	Individuel
	Effet Feedback	Phénomène d'interaction	Mécanisme de rétroaction, résultat de la médiation animale. Le comportement du patient.

2.2. Questions d'entretien (Annexe III)

Dans un premier temps, les objectifs de l'entretien et son déroulement sont présentés à la personne. Les questions de l'entretien sont au nombre de huit, elles sont précédées de questions signalétiques qui présentent la personne et précisent le contexte dans lequel elle utilise la médiation animale. Les différents éléments de la matrice (modèles / concepts, critères, indicateurs, indices) sont regroupés dans ces questions, il se peut que certains de ses éléments ressortent dans plusieurs. J'ai prévu des questions de relance pour certaines questions afin de rechercher des informations plus précises ou d'approfondir certains points. La dernière question permet à la personne de rajouter des remarques ou des questionnements sur les sujets qu'elles n'auraient pas pu aborder dans les questions précédentes.

Les questions signalétiques :

A propos de la personne : *Quelle est votre profession ? Quel est votre âge ? En quelle année avez-vous eu votre diplôme ? Depuis combien de temps exercez-vous dans cet EHPAD ?*

A propos de sa pratique : *Depuis combien de temps proposez-vous de la médiation animale ? Quand ont lieu les séances (Matin / Après-midi / quel jour de la semaine) ? A quelle fréquence ? Avec quel animal ?*

Ces questions sont nécessaires car elles seront à prendre en compte lors de l'analyse des résultats. En effet, le point de vue sur la médiation animale peut différer selon les professions, l'expérience professionnelle et l'ancienneté. De plus, les effets de la médiation animale peuvent être différents selon le moment des séances et l'animal utilisé. Il est intéressant de savoir depuis

combien de temps cette thérapie est mise en place et à quelle fréquence car cela nous renseigne sur la durée des effets et nous permet de savoir si la personne interrogée s'appuie sur de nombreuses expériences ou au contraire si elle se base sur un nombre restreint de séances.

Les questions principales :

1 Que connaissez-vous de la maladie d'Alzheimer, quelles sont les spécificités du travail en EHPAD ? Rencontrez-vous des difficultés dans cette prise en charge ?

Cette question générale sur la maladie d'Alzheimer et le travail en EHPAD permet d'initier le questionnaire tout en me renseignant sur la représentation de cette maladie et sa prise en charge par la personne.

2 Les résidents en EHPAD présentent-ils des troubles du comportement ? Quelles étiologies peuvent avoir ces troubles ?

Cette deuxième question permet de se centrer sur le thème de mon enquête, et d'avoir l'avis du professionnel interrogé sur les troubles du comportement et leur étiologie. En effet, il me semble important de savoir quelle est l'opinion de la personne sur ce qu'est un trouble du comportement et la raison de leur présence.

3 Pour vous, quels sont les effets de la médiation animale ? (relance possible sur : humeur / moral, troubles du comportement, cognitif et motricité)

Cette question met en avant le potentiel thérapeutique de la médiation animale. Elle est volontairement vague pour laisser à la personne la possibilité de donner ses premières impressions par rapport aux bénéfices qu'elle a observés. Les questions de relance permettent dans un second temps soit de développer un thème abordé de manière rapide, soit de connaître l'opinion de la personne sur un sujet précis.

Un certain nombre d'éléments théoriques peuvent ressortir par rapport à cette question. Elle peut concerner notamment les aspects volitionnels ou de rendement (en particulier les habiletés motrices ou opératoires) du MOH. Les items du NPI peuvent apparaître dans les effets de la médiation animale.

4 Quel intérêt les résidents portent-ils à cette activité ?

Il est question ici de l'engagement du patient dans l'activité médiation animale. La réponse nous renseignera sur le critère de volition et en priorité sur l'indicateur de l'intérêt. D'autres critères peuvent apparaître dans cette réponse comme ceux du NPI (apathie, anxiété...).

5 *Pensez-vous que la médiation animale modifie la vision que la personne a d'elle-même, sa façon d'être ?*

Il pourra être développé ici des éléments du MOH comme les déterminants personnels ou l'habituation. En effet l'animal pourrait donner par exemple un sentiment d'utilité ou une valorisation qui permettrait une diminution des troubles du comportement (décris dans le NPI).

6 *Est-ce que cette activité influence l'environnement social du résident ? (relance : avez-vous des retours de la part des familles ?)*

L'environnement est toujours une cause à rechercher quand il y a des troubles du comportement. On le retrouve dans le MOH qu'il soit sous la forme humaine ou matérielle. Cette socialisation peut alors modifier le comportement de la personne. Je m'intéresse aussi aux retours possibles de la part des familles qui apporteraient de nouvelles informations avec une relation et un point de vue différents.

7 *Quelle est la durée des bénéfices de la médiation animale ? (Relance possible : Peut-on y voir un effet à plus long terme ? Et dans les actes de la vie quotidienne (repas, sommeil, toilette...)) ?*

Après avoir développé les effets de la médiation animale, il est intéressant de savoir la durée de ces derniers. Je cherche donc à savoir comment les patients se comportent une fois la séance terminée à court et plus ou moins long terme comme dans les activités de la vie quotidienne (on retrouve les indicateurs du NPI sommeil et appétit).

8 *Avez-vous d'autres remarques ?*

A la fin de l'entretien, je laisse un dernier temps à la personne pour qu'elle puisse exprimer des remarques ou des informations supplémentaires qu'elle n'aurait pas pu évoquer.

3. La réalisation des entretiens

J'ai réalisé trois entretiens au cours de mon enquête :

L'entretien 1 (E1) s'est déroulé dans l'EHPAD où travaille l'ergothérapeute A, dans son bureau dans la salle de rééducation. Il a duré 17 minutes. (Annexe IV)

L'entretien 2 (E2) s'est réalisé par téléphone, il a duré 32 minutes. Un problème technique du dictaphone a rendu très difficile la retranscription du dialogue. (Annexe V)

L'entretien 3 (E3) s'est également fait par téléphone. Il a duré 24 minutes. (Annexe VI)

IV. Les résultats

1. Présentation des personnes interrogées

L'ergothérapeute A (EA) travaille depuis 10 ans dans le même EHPAD, il a 37 ans et a eu son diplôme d'état en 2002. Il propose aux résidents des séances de médiation animale une fois par mois depuis maintenant un an. Les séances ont lieu le mardi après-midi et c'est avec son chien qu'il anime ses séances. Au cours de cet après-midi, il voit certains résidents individuellement et d'autres en groupe.

L'ergothérapeute B (EB) a 26 ans, elle travaille au sein du même EHPAD depuis 2 ans. Elle a eu son diplôme d'état en 2010. Elle a effectué sa première séance de médiation animale il y a environ 7 mois. Elle organise ses séances individuelles et de groupe un vendredi sur deux dans la matinée avec son chien de type croisé golden et labrador.

L'ergothérapeute C (EC), quant à elle, a 26 ans, elle a eu son diplôme d'état en 2009 et travaille dans un EHPAD depuis 3 ans. C'est au sein du pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) qu'elle utilise la médiation animale en coanimation avec une assistante de soins en gérontologie (ASG) depuis 18 mois. Elles réalisent une séance tous les deux mois en groupe. L'animal utilisé est le chien de l'ASG qui est un teckel nain.

Tableau récapitulatif des questions signalétiques :

Ergothérapeute	A	B	C
Age	37 ans	26 ans	26 ans
Date du diplôme	2002	2010	2009
Ancienneté dans l'établissement	10 ans	2 ans	3 ans
Introduction de la médiation animale	12 mois	7 mois	18 mois
Fréquence des séances	1 par mois l'après-midi	1 tous les 15 jours le matin	1 tous les 2 mois
Nombres de séances potentielles	12	14	9
Groupe / Individuelle	Groupe et individuelle	Groupe et individuelle	Groupe
Animal	Chien	Chien	Chien

2. Résultats qualitatifs

Réponse à la question 1 : Que connaissez-vous de la maladie d'Alzheimer, quelles sont les spécificités du travail en EHPAD ? Rencontrez-vous des difficultés dans cette prise en charge ?

Ergothérapeute A : La maladie d'Alzheimer est une « *pathologie dégénérative du cerveau qui entraîne différents troubles* ». Il mentionne l'existence d'un service dédié à ces personnes, avec une prise en charge adaptée. Les difficultés de cette prise en charge dépendent des troubles du comportement (violence verbale et physique).

Ergothérapeute B : La maladie d'Alzheimer comprend des apraxies, agnosies, amnésies, il peut également y avoir des troubles du comportement et de la communication. La prise en charge s'adapte lors des différentes phases de la maladie. Il y a un secteur fermé notamment pour les patients qui déambulent et risquent de fuguer, la difficulté est alors de pouvoir canaliser leur attention. Les troubles du comportement rendent complexe la prise en charge

Ergothérapeute C : « *La maladie d'Alzheimer est une maladie évolutive, il n'y a pas de traitement, avec des troubles de mémoire, des troubles de communication, des troubles du comportement [...], avec des amnésies, des apraxies, des troubles du langage [...], un ralentissement moteur* ». Les troubles du comportement sont variés, avec des idées délirantes, de l'agressivité, des troubles de l'humeur, de l'apathie. Elle utilise la médiation animale dans le cadre d'un PASA. Les troubles du comportement rendent plus compliquée la prise en charge.

Synthèse des réponses : Les trois ergothérapeutes interrogés s'accordent à dire que la maladie d'Alzheimer est une maladie évolutive, EC précise qu'il n'y a pas de traitement. On retrouve dans cette pathologie différents troubles que EB et EC ont développés : apraxie, agnosie, amnésie, des troubles de la communication, du langage et du comportement (EC : idées délirantes, agressivité, trouble de l'humeur, apathie. EB : déambulation / fugue). Tous les trois sont d'accord sur le fait que les troubles du comportement rendent plus difficile la prise en charge et précisent l'existence de services spécialisés (secteur fermé pour EA et EB, PASA pour EC) avec une prise en charge adaptée.

Réponse à la question 2 : Les résidents en EHPAD présentent-ils des troubles du comportement ? Quelles étiologies peuvent avoir ces troubles ?

Ergothérapeute A : les résidents peuvent présenter des troubles du comportement. Leurs étiologies sont diverses, comme l'évolution de la maladie ou les effets secondaires des médicaments.

Ergothérapeute B : les troubles du comportement rencontrés sont liés à l'évolution de la maladie.

Ergothérapeute C : les résidents peuvent présenter des troubles du comportement, cela est dû à l'évolution de la maladie.

Synthèse des réponses : La réponse est unanime, les résidents peuvent présenter des troubles du comportement. Ils sont dus à l'évolution de la maladie, EA précise qu'ils peuvent également être dus à l'effet secondaire de certains médicaments.

Réponse à la question 3 : Pour vous, quels sont les effets de la médiation animale ?

Ergothérapeute A : avant tout, il décrit l'animal comme un outil dans sa prise en charge et le fait que les résidents vont s'adresser à lui plutôt qu'aux soignants. Durant l'entretien il insiste sur le fait que la médiation animale apaise les résidents, l'animal « *déplace l'objet de leurs attentions* ». Au niveau de l'humeur, les résidents sont « *contents* » de voir l'animal. Cela permet également de travailler la marche en jouant sur la motivation de la personne.

Ergothérapeute B : le premier effet de la médiation animale est de permettre de mobiliser l'attention des résidents déambulant. Elle permet aussi de « *détourner l'attention* » du résident en refus de soins (toilette). En groupe, la communication est favorisée par « *un intérêt commun* » (notamment en secteur fermé). Les objectifs des séances individuelles sont ciblés par les transmissions et observations. Des effets sont perçus sur l'humeur avec plus de sourires. La médiation animale entretient les fonctions cognitives comme la mémoire biographique. La marche est également travaillée, la présence de l'animal donnant une motivation supplémentaire. Enfin la personne est valorisée, elle présente moins d'anxiété et les troubles du comportement vont diminuer.

Ergothérapeute C : pour elle, la médiation animale permet avant tout de faciliter la communication, d'échanger autour de l'animal. Les interactions entre les résidents sont ainsi favorisées. L'animal permet aux personnes de s'ouvrir sur leur environnement. La mémoire est stimulée durant les séances par rapport aux souvenirs liés aux animaux. Au niveau de l'humeur, les résidents sourient et rigolent mais cela ne dure pas lorsque l'animal quitte la pièce. « *Les troubles du comportement diminuent le temps de la séance* » comme par exemple l'apathie ou l'agitation (effet apaisant).

Synthèse des réponses : avant de répondre à cette question, EA précise que l'animal est utilisé en tant qu'outil. Spontanément, EA et EB parlent de la communication qui est facilitée par l'animal, EC en parle également, elle pense que l'animal devient alors un intérêt commun au groupe, elle ajoute que l'animal permet aux personnes de s'ouvrir sur leur environnement. EB débute sa réponse avec l'effet positif observé dans les troubles du comportement et notamment pour les personnes déambulant qui arrivent alors à avoir une meilleure attention et concentration. Elle rajoute qu'elle observe également des résultats lors de comportements d'opposition et sur l'anxiété. EC pense aussi que les troubles du comportement diminuent avec la médiation animale avec une baisse de l'apathie et de l'agitation. EA et EC utilisent le terme « *apaisant* » pour qualifier la médiation animale. EB et EC pensent que cette thérapie peut avoir des effets bénéfiques sur la mémoire. EA et EB parlent aussi d'un travail de la marche réalisé grâce à l'attrait du chien, pour eux l'animal permet de déplacer l'objet de l'attention des résidents. Enfin, les trois ergothérapeutes soulignent le plaisir qu'ont les résidents pour cette activité ainsi que la valorisation qu'elle peut apporter (EB).

Réponse à la question 4 : Quel intérêt les résidents portent-ils à cette activité ?

Ergothérapeute A : les résidents sont « *très intéressés par cette activité* ». Ils essayent beaucoup d'interagir avec l'animal (ils l'appellent, veulent jouer avec lui et donner des gâteaux).

Ergothérapeute B : c'est une activité très attendue par les résidents. Elle insiste dans cette question sur le fait que s'occuper de l'animal est naturel, demandant peu d'effort pour les personnes.

Ergothérapeute C : les résidents « *adorent* » cette activité. Il y a spontanément des sourires et des interactions avec l'animal. Les résidents faisant partie du groupe sont choisis en fonction de leur intérêt pour les animaux.

Synthèse des réponses : les résidents portent un grand intérêt à cette activité. L'animal semble être une source de motivation et de curiosité.

Réponse à la question 5 : Pensez-vous que la médiation animale modifie la vision que la personne a d'elle-même, sa façon d'être ?

Ergothérapeute A : les résidents sont plus enjoués, plus volontaires. Il précise qu'il est difficile d'évaluer la vision que les personnes peuvent avoir d'elles même. Par contre ces changements ne durerait pas dans le temps et s'estomperaient une fois la séance finie.

Ergothérapeute B : la médiation animale modifie la vision qu'ont les résidents d'eux-mêmes, il n'y a pas d'échec avec l'animal, ce qui permet une valorisation importante pour la personne.

Ergothérapeute C : la médiation animale modifie la façon d'être des résidents. Ils vont plus communiquer, « *échanger avec l'environnement* ». Il y a « *un apaisement général aussi, par rapport à la déambulation notamment* ».

Synthèse des réponses : EA et EC notent qu'il est difficile d'évaluer la vision que les résidents ont d'eux-mêmes. Par contre ils pensent que la médiation animale modifie la façon d'être des résidents (EA : plus volontaire, enjoué ; EC : plus d'échanges avec l'environnement ainsi qu'un apaisement). EB quant à elle, pense que c'est la vision que les résidents ont d'eux-mêmes qui change, avec une valorisation de la personne.

Réponse à la question 6 : Est-ce que cette activité influence l'environnement social du résident ? (lien avec les soignants, les autres résidents ou la famille)

Ergothérapeute A : la présence de l'animal permet aux résidents de communiquer entre eux et avec les soignants. Il a eu des retours de la part de familles et raconte une anecdote « *Une dont le parent n'avait pas parlé dans, ne parlait plus depuis plusieurs jours, et quand le chien est arrivé elle s'est mise à parler au chien et ça a beaucoup ému la famille et elle est venue m'en parler après* ».

Ergothérapeute B : la communication est facilitée entre les résidents ou avec les soignants. Par contre les effets ne durent pas une fois l'animal parti. Elle n'a pas eu de retour de la part des familles.

Ergothérapeute C : les résidents vont porter leur attention prioritairement sur la propriétaire de l'animal et lui poser beaucoup de questions. Il n'y a pas de retour de la part des familles car les résidents n'ont pas les capacités mnésiques pour restituer le contenu de la séance à leur famille.

Synthèse des réponses : les trois ergothérapeutes pensent que la médiation animale facilite la communication. EA et EB mettent l'accent sur les échanges entre résidents ou avec les soignants tandis qu'EC observe une communication portée principalement vers la propriétaire de l'animal. Seulement EA a eu des retours de la part de familles.

Réponse à la question 7 : Quelle est la durée des bénéfices de la médiation animale ?

Ergothérapeute A : les effets de la médiation animale seraient de courte durée et disparaîtraient très rapidement une fois la séance finie. Sur les activités de la vie quotidienne, il pense qu'il faut que le chien soit présent pour voir des effets.

Ergothérapeute B : la durée des bénéfices dépend des objectifs travaillés. Il est difficile de voir la durée sur le maintien des capacités. Au niveau des troubles du comportement l'effet peut durer jusqu'en milieu d'après-midi ou en soirée pour une séance réalisée le matin. Pour les activités de la vie quotidienne, le chien qui est présent lors du repas de midi permet un apaisement, une meilleure attention, et donc une meilleure alimentation. Lors d'un refus de toilette, le chien peut permettre d'amener la personne à accepter le soin. Elle finit en disant qu'il faut saisir ces opportunités car ces effets ne sont dus qu'à la présence du chien et ne permettent pas de régler un problème hors de sa présence.

Ergothérapeute C : l'effet de la médiation animale est avant tout sur le moment, cela peut durer deux heures après. Mais certains résidents se souviennent des séances et donc peuvent en rediscuter après. Au niveau des repas, la présence de l'animal permet une meilleure alimentation, avec plus de plaisir et un intérêt à certains aliments qu'ils refusent d'habitude (viande par exemple en donnant des morceaux au chien).

Synthèse des réponses : tous trois s'accordent sur le fait que les bénéfices principaux de la médiation animale sont sur le moment, au cours de la séance. EA ne voit pas de bénéfice lorsque le chien n'est plus là, il arrive à EC de voir des effets qui durent sur une ou deux heures tandis que pour EB les effets durent sur quelques heures. D'ailleurs EB précise que la durée des effets est en rapport avec les objectifs, elle évoque la difficulté pratique de mesurer ce résultat par rapport au maintien des fonctions cognitives. Pour les activités de la vie quotidienne, avec la présence du chien EB et EC voient des améliorations lors du repas avec une meilleure alimentation. Lors de la toilette, seule EB me cite un exemple où le chien a permis de réaliser le soin alors que le patient était en opposition.

Réponse à la question d'ouverture (n°8) : Avez-vous d'autres remarques?

Ergothérapeute A : pas de remarques supplémentaires.

Ergothérapeute B : l'aspect interprofessionnel est important dans la médiation animale, il faut que ce soit un projet d'équipe et de l'établissement. L'animal ne peut pas être toujours là, « *il ne peut pas travailler toute une journée* ».

Ergothérapeute C : dans le cadre du PASA dans laquelle elle travaille se pose la question sur la présence permanente d'un animal. Cela contribuerait à « *recréer un peu le rythme de la maison* ». Elle insiste sur le fait de pouvoir donner aux résidents l'ambiance du domicile au PASA. Cette présence animale entraînerait une routine avec des habitudes et des tâches à réaliser. Cela augmenterait les échanges entre les résidents.

Synthèse des réponses : EB appuie sur le fait que la médiation animale doit être réalisée en interprofessionnalité. EC se pose la question des bénéfices que pourrait avoir la présence permanente d'un animal dans la structure où elle travaille.

3. Résultats quantitatifs

J'ai réalisé une étude quantitative par rapport aux mots et expressions récurrents dans le discours des trois ergothérapeutes interrogés (Annexe VII, VIII et IX). Pour cela je n'ai pris en compte que les réponses 3 à 8 excluant les deux premières questions qui n'ont pas de rapport avec la médiation animale et ses effets. J'ai construit par rapport à ces résultats un tableau par entretien où apparaissent les thèmes abordés et le nombre de mots qui y sont liés.

Tableau récapitulatif des résultats quantitatifs :

Thèmes abordés	E1	E2	E3	E1+E2+E3
Troubles du comportement	11 (20 %)	30 (28 %)	13 (15 %)	54 (22 %)
Intérêt	6 (11 %)	8 (7%)	10 (11,5 %)	24 (10 %)
Communication	11 (20 %)	13 (12 %)	22 (25 %)	46 (18,5 %)
Activités de la vie quotidienne	1 (2 %)	9 (8 %)	10 (11,5 %)	20 (8 %)
Humeur	7 (13 %)	6 (6 %)	8 (9 %)	21 (8 %)
Fonctions cognitives	0	12 (11 %)	9 (10 %)	21 (8 %)
Aspect Psycho-affectif	8 (14,5 %)	16 (15 %)	6 (7 %)	30 (12 %)
Motricité	8 (14,5 %)	6 (6 %)	3 (3 %)	17 (7 %)
Environnement social	3 (5 %)	5 (5 %)	6 (7 %)	14 (6 %)
Inter-professionnalité	0	1 (1 %)	0	1 (0,4 %)
Total	55	106	87	248

Les effets de la médiation animale les plus abordés au cours des différents entretiens sont principalement les troubles du comportement (22 %) et la communication (18,5 %). Viennent ensuite l'aspect psycho-affectif apporté par l'animal (12 %) et l'intérêt que portent les résidents à cette activité (10 %).

V. Discussion et critiques

1. Discussion

Les troubles du comportement font partie du tableau clinique de la démence de type Alzheimer. Les trois ergothérapeutes interrogés à ce propos affirment qu'ils rendent plus complexe la prise en charge, ce qui nécessite une adaptation des soins proposés.

Différents thèmes ont été abordés durant ces trois entretiens. Afin de mieux percevoir les effets de la médiation animale, je présenterai chaque thème à la suite, tout en les reliant aux éléments théoriques de la matrice. L'ordre dans lesquels je les présente correspond à celui du plus représenté dans le discours au moins présent.

Les troubles du comportement (22 %) :

Je reprends dans cette partie les troubles du comportement comme me les ont définis les personnes interrogées. En effet, la définition de ce qu'est un trouble du comportement n'est pas la même pour tout le monde, E1 et E2 les définissent dans leurs discours plus comme des éléments perturbateurs (agitation, agressivité, déambulation...) contrairement à EC qui est plus proche de la définition donné par le NPI en y incluant également les idées délirantes, les troubles de l'humeur et l'apathie. Cette différence peut s'expliquer au niveau de la spécificité du travail de EC, en effet on retrouve dans le cahier des charges d'un PASA l'obligation d'évaluer chaque résident avec le NPI [53].

Selon les trois ergothérapeutes, la médiation animale peut jouer un rôle dans la diminution de ces troubles. Elle diminuerait principalement l'agitation, le terme d'« *apaisement* » revient d'ailleurs dans les trois entretiens. Cela est en accord avec les revues de littératures américaines d'O'NEIL et FREEMAN en 2011 [27] et de FILAN et LLEWELLYN-JONES en 2006 [15].

Selon les entretiens 2 et 3, cette thérapie aurait un bénéfice pour les personnes déambulant (comportement moteur aberrant dans le NPI). L'ergothérapeute B insiste beaucoup sur ce travail, son but étant de permettre à ces personnes de mobiliser leur attention avec le chien

pour cesser ce comportement. On retrouve cette même caractéristique (déplacer l'objet de l'attention) dans l'entretien 1.

Dans l'entretien 2, il est également question de trouble du comportement à type d'opposition. Le chien, toujours en fixant l'attention du résident va permettre de faciliter les soins. Les bénéfices sur les comportements agressifs qui se retrouvent aussi dans le discours de l'ergothérapeute A, sont couramment rapportés dans la littérature [15].

L'ergothérapeute C ajoute dans ces troubles du comportement l'apathie que je traiterai dans la partie suivante.

La Communication (18,5 %) :

Les troubles liés à la communication sont présents dans la maladie d'Alzheimer comme le précise l'ergothérapeute C dans la question 1. D'ailleurs elle fait référence à l'apathie comme trouble du comportement (indicateur du NPI dans la matrice). Les éléments liés à la communication sont majoritaires dans son discours (25 %) contrairement à l'ergothérapeute B (12 %). Pour l'ergothérapeute A les éléments de communication sont aussi important que les troubles du comportement (20 %). Cette différence est peut-être due au fait que l'ergothérapeute C, contrairement aux autres ne réalise des séances de médiation animale qu'en groupe et non en individuelles.

Dans le MOH, la communication se retrouve dans les capacités de rendement, et plus précisément dans les habiletés d'interaction et de communication.

Les trois personnes interrogées sont d'accord sur les bénéfices de la médiation animale dans la communication. Ces résultats sont similaires à d'autres études qui ont également démontré des effets positifs sur les interactions sociales [27]. Les ergothérapeutes A et B parlent plus de la relation entre les résidents et avec les soignants tandis que l'ergothérapeute C voit plus une communication duelle entre les résidents et la propriétaire de l'animal. Ces interactions renvoient au MOH avec l'indicateur de l'environnement humain dans la matrice qui se compose donc des résidents et des soignants avec un intérêt particulier pour la propriétaire de l'animal (reconnaissance des personnes).

La communication se fait aussi avec l'animal, spontanément, les résidents « *parlent au chien* » (entretien 1), ils essayent de rentrer en relation avec l'animal.

La médiation animale aurait donc un effet positif sur le comportement apathique dans le sens où l'arrivée d'un animal permettrait aux résidents d'entrer en relation avec l'animal dans un premier temps, puis avec les personnes présentes par la suite.

L'aspect psycho-affectif (12 %) :

J'ai mis dans cette partie tout l'aspect affectif et psychologique retrouvé dans la relation avec l'animal. L'aspect psycho-affectif est présent dans les trois entretiens réalisés, le 1 et le 3 portent plus sur la relation physique avec l'animal avec des termes comme « *jouer avec l'animal* » (E1 et E3), le verbe aimer (E1 et E3) ou encore « *le caresser* » (E1). Le deuxième entretien insiste d'avantage sur l'aspect psychologique du résident avec les termes suivants : « *Valorisation, angoisse, anxiété...* ». L'ergothérapeute B précise d'ailleurs que la valorisation du résident peut avoir pour conséquence une diminution des troubles du comportement.

On peut noter que l'anxiété est un item du NPI. L'aspect psycho-affectif est également présent dans le MOH, notamment dans le critère de volition avec les déterminants personnels, au niveau du sentiment d'efficacité à mettre en lien avec la valorisation apportée dans la relation avec l'animal. Dans la question 5, l'ergothérapeute B décrit dans la relation avec l'animal une impossibilité de mise en échec, où il n'y a pas de bonne ou de mauvaise façon de faire. Cette dernière idée correspond dans le MOH à la réaction face à l'échec ou la réussite dans la volition.

L'intérêt (10 %) :

J'ai réuni dans ce thème les éléments me permettant de savoir comment les résidents se comportaient par rapport à cette activité. Les résultats des trois entretiens me permettent de dire que la médiation animale est une activité que les résidents trouvent très intéressante.

Cela vient faire écho avec l'aspect volitionnel du MOH avec l'indicateur sur les valeurs. Les ergothérapeutes ont tous déclaré que les résidents aimaient la médiation animale (E1 : « *motivation* », E2 : « *ils l'attendent* », E3 : « *ils l'adorent* »). C'est donc une activité significative pour eux. Ensuite vient l'indicateur de l'intérêt qui correspond au plaisir et à la motivation, tous deux rencontrés lors des entretiens. Cet attrait pour l'animal peut aussi diminuer le comportement apathique (NPI).

C'est grâce à cet intérêt que les ergothérapeutes peuvent alors amener les résidents à travailler que ce soit sur la communication ou sur d'autres axes comme la motricité que nous verrons plus tard.

L'humeur (8 %) :

Les trois ergothérapeutes sont unanimes, l'humeur des résidents s'améliore avec la médiation animale. Durant les séances les ergothérapeutes peuvent observer des sourires, du

plaisir, l'ergothérapeute A revient plusieurs fois sur le mot « *content* » pour décrire l'humeur des résidents. Cela est en accord avec une étude réalisée en 2011 par MOSSELLO, RIDOLFI et MELLO qui a eu pour résultat une diminution de la tristesse et une amélioration des émotions positives comme le plaisir [24].

On peut en déduire que certains items du NPI peuvent être influencés par ces bénéfices comme la dysphorie ou encore l'irritabilité.

Les fonctions cognitives :

L'ergothérapeute A ne voit pas d'effets sur les fonctions cognitives lors de la médiation animale, tout comme une étude réalisée en 2011 [24]. Les ergothérapeutes B et C pensent qu'il y a une stimulation de la mémoire par rapport aux souvenirs que peut avoir un résident. Dans l'entretien 2, on apprend que la médiation animale permet de réaliser un travail de maintien sur la mémoire.

Dans le critère d'habituation du MOH, il y a l'habitude qui peut ici faire appel à la connaissance antérieure de l'activité. Il faut savoir si la personne avait un animal, et là, elle peut retrouver alors certains automatismes.

Ce travail peut avoir une répercussion sur les troubles du comportement car on sait qu'un comportement n'est autre que le reflet de l'activité psychique d'un individu.

Activités de la vie quotidienne :

J'ai voulu savoir dans ces entretiens si la médiation animale pouvait diminuer les troubles du comportement lors des activités de la vie quotidienne (AVQ). Tout d'abord l'ergothérapeute A n'a pas vu d'effet sur les AVQ. En effet il anime ses séances de médiation animale l'après-midi et n'a donc pas eu d'opportunité à ce niveau. L'ergothérapeute B soulève bien ce problème quand elle dit « *après ça c'est de l'opportunité, il faut être là au moment avec l'animal* ».

L'ergothérapeute B est la seule à avoir vu un effet lors de la toilette, où l'animal a permis de réaliser un soin alors que le résident était en opposition au début. Elle a su déplacer son attention sur l'animal et l'amener à la salle de bain.

Au niveau des repas, les ergothérapeutes B et C pensent que la médiation animale peut apporter des bénéfices. L'ergothérapeute B insiste plus sur le fait d'arriver à apaiser des résidents déambulant et leur permettre ainsi de manger. L'ergothérapeute C décrit son intervention avec le chien comme un élément plaisant pour les résidents et ce moment de partage permet finalement aux résidents de mieux s'alimenter.

On peut conclure pour les AVQ que la présence de l'animal permet principalement un bénéfice lors du repas et que des effets sont possibles dans un autre contexte selon les opportunités. Afin de profiter au mieux de ces opportunités, il faudrait pouvoir rendre disponible l'animal et le thérapeute sur ces moments en cas de besoins (pour la toilette par exemple). Cela se rapporte à l'item trouble de l'appétit dans le NPI mais également à la volition du MOH par le fait que l'animal amène les résidents à avoir un intérêt nouveau pour la nourriture et donc pour ce moment qu'est le repas (pour en partager avec le chien dans l'entretien 3).

La motricité (7 %) :

La médiation animale a un effet sur la motricité des résidents. L'ergothérapeute C fait plus allusion à un travail sur les membres supérieurs quand elle dit « *ils prennent l'animal dans les bras* » tandis que les ergothérapeutes A et B parlent plutôt de la marche avec le chien. Ces derniers ont remarqué que le chien facilitait ce travail par une meilleure motivation de la part des résidents. En effet le chien permet de donner du sens à cette activité (promener le chien par exemple).

MOSSELLO, RIDOLFI et MELLO (2011) trouvent également comme résultat une motricité accrue en raison d'un plus grand intérêt en présence du chien [24].

Cela peut faire référence aux capacités de rendement du MOH avec les habiletés motrices.

L'environnement social (6 %):

J'ai regroupé dans cette partie les idées non pas sur la communication, mais celle de l'entourage du résident comme sa famille ou ses amis. Aucun des ergothérapeutes n'a mentionné de rapport entre les amis d'un résident et la médiation animale. Par contre l'ergothérapeute A a eu des retours de la part de familles : une d'entre elles, très émue lui a relaté que son parent avait parlé grâce à la présence du chien alors qu'il ne parlait plus depuis des jours.

L'environnement humain est présent dans le MOH, on retrouve la famille dans les indices de la matrice.

Maintenant que l'on a pu analyser ces différents thèmes abordés lors des trois entretiens, je vais essayer de répondre à la question suivante : quel est le cadre thérapeutique de la

médiation animale ? Le modèle de Riley et Riley va me permettre d'analyser les différents concepts de cette activité.

L'émetteur : l'activité est animée par des ergothérapeutes dans le cadre de leur prise en charge. Il est à noter que l'ergothérapeute C coanime cette thérapie avec une ASG. L'ergothérapeute utilise la médiation animale comme activité thérapeutique, programmée dans leur planning à des fréquences définies. Comme l'indique l'ergothérapeute A, l'animal est utilisé comme un outil, on peut donc en déduire que l'animal n'est autre qu'un média permettant d'atteindre des objectifs thérapeutiques. D'ailleurs l'ergothérapeute B nous indique que ce cadre de médiation animale permet de travailler des activités.

Le canal : c'est le moyen utilisé par les ergothérapeutes pour atteindre leurs objectifs. Le canal correspond donc à la médiation animale. J'ai pu comprendre dans ces trois entretiens que les ergothérapeutes utilisent l'animal pour des raisons bien précises. L'ergothérapeute B parle de la nature de l'animal permettant par exemple de mobiliser l'attention des résidents. Elle utilise le terme de « *naturelle* » également lorsqu'elle évoque la relation qu'il entraîne avec les résidents. Finalement elle évoque l'aspect de l'absence de jugement en disant « *Il prend la personne comme elle est* ».

Le récepteur : les résidents sont le public visé par cette thérapie. Les trois ergothérapeutes utilisent la médiation animale en groupe mais seulement les ergothérapeutes A et B l'utilisent également lors de prise en charge individuelle. La formation des groupes est différente selon les ergothérapeutes, par exemple l'ergothérapeute B prend des groupes déjà préétablis par l'organisation de l'établissement tandis que l'ergothérapeute C forme ses groupes par rapport à l'intérêt que portent les résidents aux animaux. Ces trois entretiens me permettent d'affirmer que la médiation animale peut être utilisée avec des patients atteints de démences de type Alzheimer ayant des troubles du comportement. De plus, les personnes interrogées évoquent toutes lors de la question 1 dans les spécificités du travail en EHPAD l'existence de services spécialisés comme les secteurs fermés (E1 et E2) ou le PASA (E3).

L'effet feedback : ce sont les résultats de la médiation animale, on retrouve dans ces trois entretiens les effets observés par les ergothérapeutes par rapport à cette pratique. Par contre ces données récoltées ne semblent pas être le fruit de bilans validés mais des observations. L'ergothérapeute A évoque d'ailleurs à plusieurs reprises la difficulté d'évaluer les effets de la médiation animale. Au niveau des prises en charge individuelles, l'ergothérapeute B pose ses objectifs en utilisant les transmissions des autres professionnels sur le dossier patient, ainsi elle adapte sa prise en charge.

La durée des effets de la médiation animale m'a paru importante à évaluer car c'est un des facteurs essentiels à connaître dans l'utilisation d'une thérapie.

Selon l'ergothérapeute A, les effets de cette thérapie disparaissent très rapidement lorsque la séance est terminée. Cela va dans le même sens que l'étude réalisé par POUJOL en 2009 [40], c'est-à-dire que la présence du chien n'a pas eu d'influence dans le temps sur les comportements agités. Dans cette même recherche, l'auteur cite une autre étude (réalisé par CHURCHILL en 1999) où les effets positifs de la médiation animale sur le comportement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avaient duré après la séance. L'étude de CHURCHILL rejoint le point de vue de l'ergothérapeute B qui observe une persistance des effets sur le comportement sur quelques heures. Quant à l'ergothérapeute C elle se situe entre ces deux opinions car elle pense que les effets de la médiation animale sur les troubles du comportement sont avant tout sur le moment mais observe toutefois un maintien des bénéfices sur une ou deux heures. Ces résultats sont à nuancer car la fréquence des séances n'est pas la même pour les trois ergothérapeutes (de une séance tous les quinze jours pour EB à une tous les deux mois pour EC).

Enfin, au niveau de la question d'ouverture, l'ergothérapeute B insiste sur l'aspect interprofessionnel de la médiation animale. Il faut que ce soit un travail d'équipe et que cela s'inscrive dans le projet de l'établissement pour que ce soit efficace.

L'ergothérapeute C pose la question de l'intérêt de la présence permanente d'un animal. Elle avance quelques arguments comme le fait de « *recréer le rythme de la maison* », « *d'avoir un animal comme à la maison* », et donner ainsi des « *habitudes* », et des tâches à réaliser comme « *nourrir* » l'animal, de « *l'entretenir* ». Cet animal permettrait aussi de créer « *des échanges entre les résidents* ».

Synthèse :

Les résultats quantitatifs montrent que les thèmes les plus abordés sont les troubles du comportement puis la communication et l'aspect psycho-affectif de la médiation animale. Dans le MOH, le critère le plus fréquemment rattaché aux discours des ergothérapeutes interrogés est la volition, mais on observe également que l'habituation, les capacités de rendement ainsi que l'environnement sont aussi mis en lien avec leurs discours. Les indicateurs du NPI mis en avant lors des entretiens sont principalement l'agitation, l'apathie, les comportements moteurs aberrants (déambulation), et les troubles de l'appétit ; l'anxiété, la dysphorie et l'irritabilité sont

également citées. Certains items du NPI n'apparaissent pas dans les résultats de ma recherche : ce sont les idées délirantes, les hallucinations, le sommeil, l'exaltation de l'humeur et la désinhibition.

2. Critiques et biais de l'étude

2.1. Biais dans la méthode

La méthodologie que j'ai choisie pour réaliser cette enquête est une étude clinique basée sur le discours de trois professionnels, elle m'a permis de recueillir des données qualitatives mais ne peut pas être généralisée. Une méthode différentielle permettrait peut-être de mieux cerner les variations des troubles du comportement sur un ou plusieurs échantillons (groupe de personnes âgées par exemple) à l'aide du NPI. De plus lors d'un entretien, la personne interrogée n'a pas le temps d'organiser sa pensée et peut omettre des informations ou des détails et le résultat peut ne pas refléter sa pratique.

Ensuite vient le choix des personnes interrogées qui a dû être réalisé malgré certaines contraintes. En effet je voulais interroger des professionnels de santé sur les effets des séances de médiation animale animées ou coanimées par un ergothérapeute dans un EHPAD. J'ai eu beaucoup de difficultés à remplir ces critères d'inclusion, et n'ai pas trouvé d'autres professionnels à interroger que des ergothérapeutes. Cela rend plus précise mon analyse des résultats par rapport à l'ergothérapie et à sa pratique mais supprime par la même occasion un point de vue extérieur sur les séances. Les trois ergothérapeutes utilisent le chien dans la médiation animale, cela améliore la valeur des résultats obtenus en enlevant une variable, par contre je ne peux pas affirmer que l'utilisation d'un autre animal aurait eu les mêmes effets.

Le questionnaire de l'entretien a été construit par rapport à une matrice réalisée à partir d'éléments théoriques et donc de manière objective, mais également subjective par le fait que j'ai dû construire cet entretien et choisir la présence ou non de certains items. Les questions n'étaient alors pas toutes ciblées sur les troubles du comportement dans le but de laisser une liberté importante au discours de la personne interrogée. Cette décision est due à la définition de ce qu'est un trouble du comportement, différente selon les personnes interrogées, j'ai donc décidé de poser des questions assez générales puis de me référer au NPI dans l'analyse pour y déceler les troubles du comportement.

On retrouve également des biais dans la passation des entretiens, qui n'ont pas la même durée (de 17 minutes pour l'entretien 1 à 32 minutes pour le deuxième), cela peut s'expliquer

pour le premier entretien car n'ayant pas l'habitude de cet exercice, je n'ai pas relancé la discussion de manière à recueillir plus de données. De plus, les deux derniers entretiens ont été réalisés par téléphone à la différence du premier, de vive voix ; les conditions n'étaient donc pas les mêmes (communication non verbale, hésitations moins évidentes...). La retranscription de l'entretien 2 a été très difficile et non complète pour certaines phrases à cause d'un problème technique du dictaphone utilisé.

Comme le disent O'NEIL et FREEMAN en 2011 [27] dans leur étude, les recherches sur la thérapie assistée par l'animal sont souvent basées sur un niveau de preuve assez léger, cela peut être un biais dans ma recherche car je me suis appuyé sur ces sources pour construire ma question de recherche et analyser les résultats.

2.2. Biais dans les résultats

Au début de mes entretiens j'ai précisé que les questions porteraient uniquement sur les démences de type Alzheimer. Il est compliqué de savoir si les ergothérapeutes interrogés ont appliqué cela lorsqu'ils ont répondu aux questions ou ont vu les effets de la médiation animale d'un point de vue plus général.

Quelques biais au niveau des résultats ont pu exister dans cette enquête. Avant tout, lorsque les ergothérapeutes utilisent le terme de troubles du comportement, il est difficile de savoir quelle est leur définition à ce propos. Il est apparu dans la première question que ce terme était souvent utilisé pour les troubles perturbateurs, qui ont tendance à gêner le groupe.

Je n'ai pas posé de questions sur l'évaluation des troubles du comportement ou des effets de la médiation animale, sur quoi se basent leurs discours (observations, évaluations ?).

Le choix des résidents participant à la médiation animale peut également être un biais pour les résultats de cette étude car ils sont souvent choisis par rapport à l'intérêt qu'ils portent aux animaux.

L'analyse qualitative des résultats se base sur le discours obtenu des trois personnes interrogées mais j'ai dû rassembler les informations recueillies de manière subjective. Forcément, les interprétations que j'ai pu faire lors de l'analyse des résultats peuvent comporter des biais et une autre personne aurait fait différemment.

Enfin, les ergothérapeutes qui ont répondu à ces entretiens ne pratiquent pas la médiation animale depuis assez de temps pour en voir tous les effets. De plus la fréquence de réalisation

des séances reste faible. Il faudrait plus de recul à ces professionnels pour saisir la portée de leur travail à plus long terme. En effet, ils utilisent la médiation animale depuis 7 à 18 mois pour un total de séances de 9 à 14.

De plus en plus d'études sont réalisées sur les effets de la médiation animale, c'est une pratique professionnelle récente en ergothérapie, on en a l'exemple avec les trois ergothérapeutes interrogés pour mon enquête. Beaucoup de thèmes restent encore à développer, que ce soit sur les effets de la présence permanente d'un animal en EHPAD ou encore sur la médiation animale par rapport aux personnes âgées. Il serait maintenant intéressant de pouvoir mener des études plus approfondies avec un niveau de preuve suffisant afin de démontrer les bénéfices de cette thérapie.

Ce travail de recherche m'a apporté de nouvelles connaissances théoriques sur la maladie d'Alzheimer et la médiation animale. Cela m'a permis une initiation à la méthodologie de recherche et une réflexion sur ma future pratique professionnelle. La rencontre avec les ergothérapeutes interrogés, la qualité de leurs discours et de leurs points de vue, leurs différentes manières d'aborder la maladie et sa prise en charge, ont enrichi mon expérience et influenceront certainement ma pratique professionnelle.

La recherche en ergothérapie est essentielle à l'évolution de cette profession. Ce mémoire est une participation modeste à ce processus continu qui permet à l'ergothérapie de se fonder et se construire sur des valeurs scientifiques.

Conclusion

Actuellement même si la médiation animale se développe de plus en plus dans les EHPAD, elle reste cependant assez peu utilisée. Cette thérapie peut être animée par divers professionnels dont les ergothérapeutes. Dans le cadre de ce mémoire de fin d'étude, je me suis intéressé aux personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer en EHPAD et à ce que la médiation animale pourrait leur apporter comme bénéfices. Suite à des recherches bibliographiques, j'ai axé mon étude sur les troubles du comportement, en effet ces derniers semblent assez récurrents dans les démences de type Alzheimer et complexifient les prises en charge.

J'ai ainsi réalisé une étude clinique grâce à des entretiens auprès de trois ergothérapeutes exerçant en EHPAD et utilisant la médiation animale. Les résultats obtenus lors de cette démarche de recherche semblent affirmer que l'utilisation de la médiation animale peut être un moyen de diminuer certains troubles du comportement comme l'agitation, l'apathie ou la déambulation mais aussi de permettre aux personnes présentant ces troubles d'avoir une meilleure alimentation lors des repas. Il est néanmoins ressorti de cette enquête que les effets bénéfiques de cette thérapie sur ces comportements disparaissaient rapidement lorsque l'animal n'était plus présent et ne pouvait durer sur du long terme. Les effets positifs de la médiation animale sur les troubles du comportement mériteraient d'être plus approfondis notamment par une étude quantitative. En effet il serait intéressant de mener une étude de plus grande envergure avec un niveau de preuve suffisant sur les effets de la médiation animale par rapport aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée.

De plus, la médiation animale ne s'adresse pas uniquement aux personnes démentes de type Alzheimer. Les résidents participant à cette activité ne sont pas choisis selon leurs pathologies mais par rapport à d'autres critères (comme des troubles du comportement, des symptômes dépressifs...) qui vont permettre à l'ergothérapeute de poser ses objectifs thérapeutiques. Il serait donc intéressant de pouvoir étudier l'impact de la médiation animale sur une autre population rencontrée en EHPAD, ou encore par rapport à un trouble spécifique avec une population plus large.

Bibliographie

- 1 Aalten, P. et coll. (2008). *Consistency of Neuropsychiatric Syndromes across Dementias: Results from the European Alzheimer Disease Consortium* in Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 25(1), p1-8
- 2 American psychiatric association, Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2004). *DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- 3 Arenstein, G.-H., Lessard, J., (2010). *Zoothérapie: nouvelles avancées*, Canada, Québec : Option Santé.
- 4 Barker, S. B., & Dawson, K. S. (1998). *The effects of animal-assisted therapy on anxiety ratings of hospitalized psychiatric patients* in Psychiatric Services, 49(6), p797-801.
- 5 Beaudet, R., Arenstein G-H., (2013), *Zoothérapie: quand l'animal devient assistant-thérapeute*, Canada, Québec : Marcel Broquet.
- 6 Beiger, F., (2011), *Autisme et zoothérapie communication et apprentissages par la médiation animale*. Paris: Dunod.
- 7 Belanger, R., Briand, C. & Marcoux, C., (2006), « *Le modèle de l'occupation humaine*», in Le partenaire, Victoriaville, vol. 13, n°1, p8-15
- 8 Belin, B. (2000). *Animaux au secours du handicap*. Paris; Budapest; Torino: l'Harmattan.
- 9 Cotelli, M., Rosa M., Orazio Z., (2012), *Reminiscence Therapy in Dementia: A Review*, in Maturitas, 72(3), p203-205.
- 10 Delacourte, A., Campion, D., & Davous, P. (2007). *Maladie d'Alzheimer* in EMC - Neurologie, 4(3), p1-26
- 11 Derouesné, C. & Selmès, J. (2005). *La maladie d'Alzheimer*. Montrouge: J. Libbey Eurotext.
- 12 Dorenlot, P., (2006), *Démence et interventions non médicamenteuses : revue critique, bilan et perspectives*, in Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement, 4(2), p135-144.
- 13 Fabre-Mellini, A., (2008), *L'intervention auprès des personnes âgées présentant des troubles du comportement et des troubles psychoaffectifs* in Ergothérapie en gériatrie: approches cliniques, Marseille: Solal.
- 14 Feil, N., (1977), *Validation, mode d'emploi: techniques élémentaires de communication avec les personnes âgées séniles atteintes de démence type Alzheimer*, Paris: Editions Pradel.
- 15 Filan, S. L., & Llewellyn-Jones, R. H. (2006). *Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature* in International Psychogeriatrics, 18(04), p597-611.
- 16 Gardette, V., Coley, N., Andrieu, S., (2010), *Les traitements non pharmacologiques : une approche différente de la maladie d'Alzheimer*, in La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences, 13(3), p13-22.
- 17 Hugonot-Diener, L., et coll. (2008) *GRÉMOIRE: tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés*, Marseille : Solal

- 18 Patterson, C., (1999) *La conférence canadienne de consensus sur la démence* in Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer 3(2) p8-13.
- 19 Kalfat, H., (2008), *L'intervention auprès des personnes âgées présentant des troubles psycho-cognitifs*, in Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques, Marseille : Solal, p113-124.
- 20 Lee, D. (1993). *Developing effective communications*. University of Missouri, Extension and Agricultural Information, CM109, reviewed October.
- 21 Lopez, C. (2009). *Syndromes démentiels et médiation animale: la «méthode Capsule»* in La Revue francophone de gériatrie et de gérontologie, 16(158), p444-445.
- 22 Macauley, B. L. (2006). *Animal-assisted therapy for persons with aphasia: A pilot study*. Journal of rehabilitation research and development, 43(3), p357-365.
- 23 Morel-Bracq, M-C. (2009), « *Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux* ». Marseille: Solal.
- 24 Mossello, E. et coll. (2011). *Animal-assisted activity and emotional status of patients with Alzheimer's disease in day care* in International psychogeriatrics, 23(06), p899-905.
- 25 Mudzyk, A. et coll. (2011). *Zoothérapie dans un Centre de long séjour* in Soins gérontologie, (88), p11-13.
- 26 Nimer, J., & Lundahl, B. (2007). *Animal-assisted therapy: A meta-analysis*, in Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of the Interactions of People & Animals, 20(3), p225-238.
- 27 O'Neil, M., & Freeman, M., (2011), *A systematic evidence review of non-pharmacological interventions for behavioral symptoms of dementia*, Washington, DC, USA : Department of Veterans Affairs.
- 28 Pancrazi, M. P., & Métais, P. (2005), *Prise en charge non médicamenteuse dans les démences sévères, Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 3(1), p42-50.
- 29 Pedretti, L. W., Pendleton, H. M., & Schultz-Krohn, W. (2013). *Pedretti's occupational therapy: practice skills for physical dysfunction* (7th ed.). St. Louis, Mo: Elsevier.
- 30 Pull, C. B., & Organisation Mondiale de la Santé. (1993). *Classification Internationale des Maladies - Dixième révision - Chapitre V (F): troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Genève; Paris: OMS ; Masson.
- 31 Tanguay, A., (2002). *Tableau didactique sur l'évolution de la maladie d'Alzheimer* in La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer, 5(1) p10-13.
- 32 Trouvé, E., (2011), *Vivre au quotidien avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée: livret-guide*, Marseille: Solal.
- 33 Velde, B. P., Cipriani, J., & Fisher, G. (2005). *Resident and therapist views of animal-assisted therapy: Implications for occupational therapy practice* in Australian Occupational Therapy Journal, 52(1), p43-50.
- 34 Vellas, B. et coll., (2005). *Consensus sur la démence de type Alzheimer au stade sévère*, in Revue Neurologique, 161(8-9), p868-877

- 35 Vernay, D. (2004). *Les activités à orientation thérapeutique associant l'animal, pour une meilleure qualité de vie à l'hôpital*, Paris, Académie vétérinaire de France, en ligne : <http://hdl.handle.net/2042/47739> consulté le 07/05/2014

Mémoires et thèses :

- 36 Charbonnier, L. (2010). *Thérapie facilitée par l'animal et maladie d'Alzheimer : Quels bénéfices pour la communication ?*, Université de Nice-Sophia-Antipolis faculté de médecine école d'orthophoniste, Mémoire d'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste.
- 37 Fradin, E. (2009). *Introduction d'un chien dans un secteur hospitalier spécialisé en gériatrie*, Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse - ENVT Thèse pour obtenir le grade de docteur vétérinaire diplôme d'état.
- 38 Meyer, M., (2009), *La zoothérapie au service de la personne âgée : Quand la zoothérapie intervient pour soulager le sentiment de solitude des personnes âgées institutionnalisées*, Haute Ecole de Santé, Fribourg Filière soins infirmiers, Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers.
- 39 Monie, M., (2010), *Infuence de l'outil « chien » en ergothérapie sur la qualité de vie des personnes âgées souffrant de démence type Alzheimer en EHPAD*, institut de formation en ergothérapie de Montpellier, Mémoire de fin d'étude d'ergothérapie.
- 40 Poujol, C., (2009), *La thérapie facilitée par le chien auprès des personnes âgées résidant en institution*, Université Paul-Sabatier, Toulouse, Thèse pour obtenir le grade de docteur vétérinaire diplôme d'état.
- 41 Snyder, A. (2012)., *Music Therapy and Quality of Life: The Effects of Musical Interventions on Self-Reported and Caregiver-Reported Quality of Life in Older Adults with Symptoms of Dementia*, Western Michigan University, Thèse.
- 42 Tanasa, D. M., (2009), *La zoothérapie, une autre thérapie en EHPAD*, Université René Descartes, Paris V, Thèse de DIU de Médecin Coordonnateur d'EHPAD.

Sitographie

- 43 <http://www.alzheimer.ca> (consulté le 01/05/2014)
- 44 <http://www.anfe.fr/> (consulté le 01/05/2014)
- 45 <http://www.cmrr-nice.fr> (consulté le 01/05/2014)
- 46 <http://www.cnrtl.fr/definition/comportement> (consulté le 01/05/2014)
- 47 <http://communicationtheory.org/riley-riley-model-of-communication/> (consulté le 01/05/2014)
- 48 <http://www.francealzheimer.org/comprendre-maladie/chiffres/692> (consulté le 01/05/2014)
- 49 <http://www.has-sante.fr> (consulté le 01/05/2014)
- 50 <http://www.inserm.fr/> (consulté le 01/05/2014)

- 51 « Maladie d'Alzheimer : Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux ». Consulté le 10/02/2014,
<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Sommaire.html>
- 52 <http://www.mira.ca> (consulté le 21/08/2013)
- 53 <http://www.sante.gouv.fr> (consulté le 01/05/2014)

Annexes

Annexe I : extrait de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapie (tiré du site internet <http://www.legifrance.gouv.fr>)

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE
MINISTÈRE DE LA SANTE ET DES SPORTS

ANNEXE I

DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE

Référentiel d'activités

L'ergothérapeute est un professionnel de santé. L'ergothérapie s'exerce dans les secteurs sanitaire et social et se fonde sur le lien qui existe entre l'activité humaine et la santé. Elle prend en compte l'interaction personne – activité – environnement. L'activité s'entend selon la définition du terme anglo-saxon « occupation » (1) : « un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société ». Elles comprennent notamment les soins personnels, le travail et les loisirs. L'ergothérapie intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif ou social.

L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. Il collabore avec la personne et son entourage, l'équipe médicale et paramédicale, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif afin d'établir des projets d'intervention pertinents. L'ergothérapeute agit sur prescription médicale lorsque la nature des activités qu'il conduit l'exige.

L'ergothérapeute accompagne la personne dans l'élaboration de son projet de vie en proposant un cadre d'intervention repéré dans le temps et dans l'espace. Il s'attache à recevoir le consentement éclairé du bénéficiaire de son intervention.

L'ergothérapeute évalue les intégrités, les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les données pathologiques, les environnements humains et matériels, et les habitudes de vie. Il élabore ainsi un diagnostic ergothérapeutique.

L'ergothérapeute exploite le potentiel thérapeutique de l'activité en permettant aux personnes de s'engager dans des activités qui sont importantes pour elles selon leur environnement humain et matériel, leur histoire et leur projet de vie. Ces activités, qu'elles soient à visée de soins personnels, de productivité ou de loisirs, favorisent l'entretien et l'amélioration des fonctions, et réduisent les limitations fonctionnelles. Elles développent les capacités résiduelles, sollicitent les ressources d'adaptation et d'évolution et ainsi permettent aux personnes de conserver ou développer leur potentiel physique, cognitif, sensoriel, psychique et relationnel, d'indépendance et d'autonomie.

L'ergothérapeute utilise des exercices, des jeux, des activités d'artisanat, des activités projectives ou des mises en situation d'activités quotidiennes, des tâches domestiques, des gestes professionnels, des activités sociales, culturelles ou sportives... Tout au long de ces mises en situation, l'ergothérapeute évalue la personne en activité dans son environnement. Selon les nécessités, il apporte des conseils et adapte les éléments liés à la personne, à l'activité ou à l'environnement pour favoriser une activité adaptée et sécurisée et lutter contre les situations de handicap.

Pour faciliter l'engagement dans les activités et leur réalisation, l'ergothérapeute étudie, conçoit et aménage l'environnement pour le rendre facilitant et accessible. Il préconise et utilise des appareillages de série, des aides techniques ou animalières et des assistances technologiques. Dans un cadre exclusivement institutionnel, en l'absence d'une orientation médicale impliquant un professionnel de l'appareillage, l'ergothérapeute conçoit et réalise du petit appareillage provisoire, extemporané et adapté à la morphologie du patient sans utilisation de la technique du moulage : orthèses à visée fonctionnelle ou de positionnement et orthèses à visée d'aide technique.

L'ergothérapeute rend compte de son intervention et de ses résultats aux bénéficiaires et aux différents intervenants concernés et formule des préconisations.

L'ergothérapeute facilite le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence.

L'ergothérapeute exerce au sein des institutions sanitaires, médico-sociales ou sociales mais aussi à l'extérieur des institutions dans les milieux de vie, dans le cadre d'associations, de services de maintien à domicile, de réseaux, de maisons départementales des personnes handicapées, de prestations libres et prescrites.

L'exercice est réglementé par l'article L. 4331-1 du code de la santé publique et il respecte le champ d'intervention des autres professions réglementées.

(1) ENOTHE : European network occupational therapy in higher education.

Définition du métier, dans le respect de ce qui précède

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social.

Il évalue les intégrités, les lésions, les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapique.

Il met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne.

Il conçoit des environnements de manière sécurisée, accessible, adaptée, évolutive et durable. Afin de favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie, il préconise des aides techniques et des assistances technologiques, des aides humaines, des aides animalières et des modifications matérielles. Il préconise et utilise des appareillages de série, conçoit et réalise du petit appareillage, provisoire, extemporané. Il entraîne les personnes à leur utilisation.

Activités

1. Recueil d'informations, entretiens et évaluations visant au diagnostic ergothérapique.
2. Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale.
3. Application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques.
4. Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions.
5. Réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement.
6. Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information.
7. Gestion des ressources.
8. Veille professionnelle, formation tout au long de la vie, études et recherche.
9. Formation et information des professionnels et des futurs professionnels.

Annexe II : Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) (image tirée du site internet <http://www.cmrr-nice.fr>)

1

**INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE
NPI**

Nom:	Age:	Date de l'évaluation					
Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement	
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[__]	1 2 3 4 5	
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[__]	1 2 3 4 5	
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[__]	1 2 3 4 5	
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[__]	1 2 3 4 5	
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[__]	1 2 3 4 5	
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[__]	1 2 3 4 5	
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[__]	1 2 3 4 5	
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[__]	1 2 3 4 5	
Irritabilité/Instabilité De l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[__]	1 2 3 4 5	
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[__]	1 2 3 4 5	
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[__]	1 2 3 4 5	
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[__]	1 2 3 4 5	

NA = question inadaptée (non applicable)

F x G = Fréquence x Gravité

Annexe III : Questionnaire d'entretien vierge

Entretien

Cet entretien me permettra d'étudier l'impact de la médiation animale pour les personnes atteintes de démence de type Alzheimer et notamment sur les troubles du comportement. Il se compose d'une première partie avec des questions portant sur le contexte dans lequel les séances de médiation animale sont réalisées. Dans un second temps, je vous poserai huit questions où nous aborderons les effets de la médiation animale sur les patients ayant une démence de type Alzheimer. Toutes les questions sont spécifiques aux personnes ayant une démence de type Alzheimer. Par contre elles ne sont pas toutes spécifiques aux troubles du comportement.

Cet entretien sera enregistré sur dictaphone, il sera anonyme et aura une durée maximale de 45 minutes.

Questions signalétiques :

- Quelle est votre profession ?
- En quelle année avez-vous eu votre diplôme ?
- Quel est votre âge ?
- Depuis quand exercez-vous dans cet EHPAD ?
- séance de médiation animale : Depuis quand proposez-vous la médiation animale ? quand ont lieux les séances : (matin/ après-midi ? jour de la semaine), à quelle fréquence, quel animal, groupe/individuel) ?

Questions principales :

- 1 Que connaissez-vous de la maladie d'Alzheimer, quelles sont les spécificités du travail en EHPAD ? Rencontrez-vous des difficultés dans cette prise en charge ?
- 2 Les résidents en EHPAD présentent-ils des troubles du comportement? Quelles étiologies peuvent avoir ces troubles ?
- 3 Pour vous, quels sont les effets de la médiation animale ? (Relances possibles : humeur / moral, troubles du comportement, cognitif, travail moteur...)
- 4 Quel intérêt les résidents portent-ils à cette activité ?
- 5 Pensez-vous que la médiation animale modifie la vision que la personne a d'elle-même, sa façon d'être ?
- 6 Est-ce que cette activité influence l'environnement social du résident ? (relance : avez-vous des retours de la part des familles ?)
- 7 Quelle est la durée des bénéfices de la médiation animale ? (Relance possible : Peut-on y voir un effet à plus long terme ? Et dans les actes de la vie quotidienne (repas, sommeil, toilette...)) ?
- 8 Avez-vous d'autres remarques?

Annexe IV : Entretien n°1

Entretien numéro 1 : 17 minutes

Questions signalétiques :

- Quelle est votre profession ? ergothérapeute
- En quelle année avez-vous eu votre diplôme ? Juin 2002
- Quel est votre âge ? 37
- Depuis quand exercez-vous dans cet EHPAD ? 10 ans
- séance de médiation animale : Depuis quand proposez-vous la médiation animale ? 1an. Quand ont lieux les séances : (matin/ après-midi ? jour de la semaine), à quelle fréquence, quel animal, groupe/individuel) ? le mardi après-midi, une fois par mois avec chien personnel en groupe et individuel

Questions principales :

1 Que connaissez-vous de la maladie d'Alzheimer, quelles sont les spécificités du travail en EHPAD ? Rencontrez-vous des difficultés dans cette prise en charge ?

Alors, la maladie d'Alzheimer, c'est une pathologie dégénérative du cerveau qui entraîne différents troubles de démences en fonction des zones du cerveau qui sont touchées qui interviennent au fur et à mesure du vieillissement de la personne. Euh. La spécificité du travail en EHPAD c'est qu'on a un service dédié, un service sécurisé pour la prise en charge de ces personnes avec du personnel dédié et des activités qu'on essaye d'adapter pour eux spécifiquement, comme les ateliers snoezelen, la médiation animale pour essayer de diminuer les troubles du comportement. On peut rencontrer des difficultés dans cette prise en charge selon les troubles du comportement qui sont rencontrés on n'arrive pas forcément à les canaliser et ça, on se confronte à un peu de violence verbale ou physique ça peut arriver.

2 Les résidents en EHPAD présentent-ils des troubles du comportement? Quelles étiologies peuvent avoir ces troubles ?

Alors, est-ce qu'ils présentent des troubles du comportement, c'est oui. Après les étiologies elles peuvent être diverses. Euh, ben ça peut être lié à une évolution de la maladie, ça peut être des effets secondaires des médicaments, ça peut être assez varié. Le plus souvent c'est quand même une évolution de la maladie d'Alzheimer.

3 Pour vous, quels sont les effets de la médiation animale ?

Euh L'animal, il ... C'est un outil Euh, c'est-à-dire que les résidents ils ne vont plus s'adresser à nous, ils vont s'adresser à l'animal et par contre, à l'animal il n'y a pas de violence physique envers lui, on parle calmement, on lui parle calmement, on cherche à le caresser, à jouer avec lui et avec un résident qui est agressif, l'arrivée du chien a tendance à apaiser les résidents qui sont en crise entre guillemets.

(Relance) Et par rapport à l'humeur, leur moral ?

Oui, ils sont toujours contents que la plupart aime les animaux, ils sont toujours contents de voir arriver un animal, un animal qui vient vers eux, qui vient chercher des caresses ou une récompense. Euh donc du coup ils sont toujours contents de le voir, ils ont plaisir à le voir et du coup euh, ça a tendance à leur donner un bon moral de voir l'animal voilà. Voilà où je voulais en venir.

(Relance) Par rapport aux troubles du comportement :

Sur les troubles du comportement, ça a tendance à les apaiser. Le fait de voir le chien, ils parlent au chien, et ils parlent plus à nous. Et ils ont tendance à être fâchés après nous parce qu'on va à l'encontre de ce qu'ils voudraient alors que le chien, le fait de voir arriver le chien ça déplace leur euh comment dire, ça déplace l'objet de leur attention et du coup ça a tendance à les apaiser.

(Relance) Par rapport aux fonctions cognitives ?

J'avoue que je ne sais pas.

(Relance) Par rapport à la motricité ?

La motricité, oui, parce qu'on va arriver à faire marcher des gens qui n'ont pas forcément envie de marcher avec le personnel de rééducation mais le fait de leur dire ben venez on va promener le chien, eh ben de suite ils vont plus avoir envie de bouger et ça va leur donner une autre motivation pour se lever et marcher.

4 Quel intérêt les résidents portent-ils à cette activité ?

Eh bien, ça les intéresse beaucoup, ils appellent le chien, ils essayent de jouer avec lui, lui donner des gâteaux, de lui lancer son jouet, donc ils sont très intéressés par cette activité.

5 Pensez-vous que la médiation animale modifie la vision que la personne a d'elle-même, sa façon d'être ?

Euh, sur le moment peut-être, après sur la portée à long terme du mieux-être euh c'est un peu plus compliqué à évaluer, mais sur le moment je dirais que oui euh leur vision d'eux-mêmes change et leur façon d'être change quand il y a le chien mais après quand le chien n'est plus là rapidement, ils retombent. Leur façon d'être, on les sent plus enjoués, on les sent plus volontaires, on voit qu'ils ont plus envie de se bouger que quand le chien n'y est pas. Après sur la vision d'eux-mêmes c'est un peu plus difficile à évaluer.

6 Est-ce que cette activité influence l'environnement social du résident ?

Avec les soignants ils vont parler des animaux qu'ils ont eu avant, euh, comment ils s'appelaient, et qu'est-ce qu'ils faisaient, avec les autres résidents ils vont discuter entre eux de la même chose.

(Relance) Avez-vous des retours de la part des familles ?

Moi j'ai eu des retours des familles. Une dont le parent n'avait pas parlé dans, ne parlait plus depuis plusieurs jours, et quand le chien est arrivé elle s'est mise à parler au chien et ça a beaucoup ému la famille et elle est venue m'en parler après.

7 Quelle est la durée des bénéfices de la médiation animale ?

Euh, c'est ce que je disais tout à l'heure, ça peut être variable, souvent, on voit un mieux-être pendant la séance mais les effets ont tendance à disparaître rapidement après la séance. Après c'est difficile d'évaluer quantitativement mais voilà les effets ont tendance à disparaître rapidement après la séance.

(Relance) Et dans les actes de la vie quotidienne (repas, sommeil, toilette...) ?

Ça honnêtement je ne pense pas mais c'est pareil, la relation entre les améliorations sur ce type d'activité et la médiation animale, il faudrait que l'animal soit là à ce moment-là et chez nous il n'est pas là pendant ces moments - là, il est là pendant les temps d'animation mais il n'est pas là pendant les activités de la vie quotidienne.

8 Avez-vous d'autres remarques?

Non

Merci beaucoup

De rien.

Annexe V : Entretien n°2

Entretien 2 : 32 minutes

Questions signalétiques :

- Quelle est votre profession ? Ergothérapeute au sein d'un EHPAD
- En quelle année avez-vous eu votre diplôme ? 2010
- Quel est votre âge ? 26ans
- Depuis quand exercez-vous dans cet EHPAD ? 2 ans, avant dans un autre EHPAD
- séance de médiation animale : Depuis quand proposez-vous la médiation animale ? Novembre de l'an dernier. Quand ont lieux les séances : (matin/ après-midi ? jour de la semaine), à quelle fréquence, quel animal, groupe/individuel) ? Un vendredi sur deux en matinée avec un chien de type croisé labrador / golden en groupe et en individuel

Questions principales :

1 Que connaissez-vous de la maladie d'Alzheimer, quelles sont les spécificités du travail en EHPAD ? Rencontrez-vous des difficultés dans cette prise en charge ?

Alors, la maladie d'Alzheimer de toute façon on connaît, avec des apraxies, des agnosies, des amnésies, enfin voilà quoi, on trouve des troubles tant au niveau cognitif et parfois des troubles du comportement donc nous euh il faut savoir que l'on a au sein de l'EHPAD des malades de type Alzheimer à la fois en secteur fermé, en protégé pour les, pour les patients déambulant, avec des risques de fugues notamment, et des malades de type Alzheimer on en a aussi sur le secteur ouvert avec soit la maladie au stade moins sévère soit très sévère lorsqu'il n'y a plus de déambulation possible vous voyez. Donc voilà après au niveau des particularités de prise en charge, on n'agit pas de la même manière avec des patients déambulant qu'avec des personnes en début de maladie ou un autre stade de la maladie on va dire euh, avec les personnes déambulant euh la plus grande difficulté c'est de réaliser d'optimiser le temps qu'ils nous accordent en fait (d'accord), parce qu'on va parfois ... parce que on va être dans autre chose, la déambulation ça va être plus difficile à porter son attention sur quelque chose alors que en début de maladie voilà, on arrive encore à canaliser beaucoup plus leurs attentions et en stade sévère les fonctions liées à la communication sont beaucoup plus touchées, euh les ... la prise en charge est complètement différente voilà pour les trois phases, ces trois phases ont leurs spécificités dans la prise en charge (oui) quelle était la question ? (oui, est-ce que vous rencontrez des difficultés dans cette prise en charge ?) On va dire que voilà, ... respecter on arrive à, à partir du moment, après on peut avoir des difficultés pour mettre en place la prise en charge avec les troubles du comportement il faut s'adapter dans cette pathologie.

(Ok donc on passe à la deuxième question)

2 Les résidents en EHPAD présentent-ils des troubles du comportement? Quelles étiologies peuvent avoir ces troubles ?

Alors, oui ils présentent, ils peuvent présenter des troubles du comportement euh qui peuvent être liés à la démence de type Alzheimer. Alors on a la spécificité dans cet EHPAD d'avoir pas mal de personnes présentant des troubles psychiatriques (d'accord), donc ils sont différents de la démence mais donc beaucoup présentent des troubles du comportement. Voilà donc . . . plus de type psychiatrique. Après des comportements au niveau de la démence, nous principalement on a peu de personnes agitées. (D'accord). On a aussi des démences à corps de Levy encore plus particulière que la démence de type Alzheimer où là effectivement dans la journée on peut avoir des phases d'agitation qui n'ont rien à voir avec une personne démente de type Alzheimer.

(Alors maintenant, pour vous)

3 Pour vous, quels sont les effets de la médiation animale ?

Alors pour moi on va dire que le premier effet qu'on demande à la médiation animale c'est une prise en charge euh, notamment avec les personnes démentes déambulant qui sur lesquelles ils portent longtemps leur attention. Donc c'est vrai que moi je travaille beaucoup sur la concentration avec ces personnes-là parce que en fait l'animal, la nature de l'animal à ce moment-là va changer en fonction de leurs interventions par rapport à l'animal et ça permet aussi de travailler une activité tout en étant dans ce cadre de médiation animale. Je ne sais pas si je suis clair (oui, oui c'est clair). Donc en fait ça va permettre justement de mobiliser leur attention beaucoup plus longtemps sans compter qu'on est en train de travailler. Sinon j'utilise la médiation animale notamment chez des personnes chez lesquelles on a un refus de soins ou un refus de toilette, ou n'importe quel refus, . . . mais on ne va pas forcer les gens (oui), mais en fait le chien va arriver et ce qu'on va faire c'est détourner l'attention sur quelque chose d'autre, et par le chien ça va permettre de faire rentrer dans le soin par un biais différent en fait. On va pouvoir dire, venez le chien va aller doucement par la chambre, puis salle de bain et le soin peut se faire et le chien disparaître et le soin peut se faire en tout autre condition que le refus qui avait été mené et qui a été là au départ. (D'accord) Après d'autres euh, d'autres . . . euh je ne m'organise pas c'est-à-dire que je ne constitue pas un groupe, je prends des groupes qui sont déjà créés par l'organisation de l'institution et là en fait je vais favoriser la communication par un intérêt commun qui est l'animal, notamment en secteur fermé parce que c'est euh, notamment là qu'on va dire que l'on trouve le plus on va dire de troubles du comportement. Par exemple le secteur fermé on va dire qu'un moment donné il y a beaucoup de troubles du comportement liés à la démence, la déambulation, ou les cris, ou toutes autres choses qui peuvent gêner en fait le groupe et à un moment donné peuvent créer des tensions et de la non communication au sein de ces personnes, et justement avoir un intérêt et un attrait commun avec le chien va permettre de créer des relations qui peuvent parfois être tendues avec les autres. Je travaille donc énormément en groupe . . . pour le groupe. (D'accord) Euh (Oui allez-y) Les prises en charge individuelles sont beaucoup plus ciblées. (D'accord et justement comment elles sont ciblées ces prises en charge individuelles?). Ben moi j'ai la chance de travailler à temps plein dans l'EHPAD, donc on a l'évolution des patients, enfin, j'ai le temps de voir chaque patient et d'entendre aussi toutes les transmissions qui sont pas forcément faites sur le dossier du patient, donc j'ai toutes les informations des équipes qui parfois quand on est pas à temps plein . . . toutes ces informations on les a pas, enfin, qui n'ont pas forcément le temps d'être en place donc moi je suis beaucoup les transmissions écrites pour me dire dans 15 jours je vais voir telle ou telle personne parce que il y a des difficultés à un moment où on s'aperçoit que par exemple au moment du repas la concentration est compliquée donc je vais me dire que je vais travailler la concentration avec

madame un tel ou monsieur un tel. (D'accord). C'est toutes ces petites transmissions qui peuvent paraître anodines qui vont moi me guider dans ma prise en charge en médiation animale (D'accord) Après il y en a d'autres que pour la maladie d'Alzheimer. Pour la maladie d'Alzheimer ... moins de suivi que d'autres pathologies ? Ou là ils ont besoin d'être plus resitués dans le temps. Et voilà.

(Et par rapport à l'humeur, le moral. Y a-t'il un effet par rapport à la médiation animale ?)

Oui, notamment chez les personnes, là je pense à une patiente particulièrement triste, elle est un peu mélancolique et depuis que j'ai instauré la médiation animale en place j'ai, c'est une dame qui avait énormément d'animaux à la maison (oui), et qui en fait, elle n'est pas très bien orientée dans le temps mais l'arrivée de l'animal va, enfin, voilà, le vendredi je passe la porte et tout à coup quand l'animal est là elle est, enfin voilà il y a une réelle, elle a des souvenirs, elle est souriante, elle est joyeuse, voilà pour l'humeur après pour le temps, euh, je n'ai pas encore assez de recul pour voir si dans le temps il y a, si ça porte son fruit ou pas. Au final moi la médiation animale..... (D'accord).

(Et par rapport aux fonctions cognitives ?)

Les fonctions cognitives ben je ne peux pas dire que ça améliore, je n'irai pas jusque-là euh, par contre on est sûr qu'on est dans le maintien en fait (dans le maintien, oui). Euh dans le maintien voilà, euh, de là à dire que ça les améliore je ne pense pas, sincèrement, mais on est vraiment dans le maintien et du coup on va toucher en fait principalement l'aspect cognitif en fait dans la relation à l'animal qui est le plus longtemps dans la démence de type Alzheimer qui est l'aspect émotionnel et par ce biais là en fait des souvenirs parfois reviennent. Pour la mémoire et pour la mémoire biographique notamment, c'est vrai qu'on travaille pas mal parce qu'en fait il y a beaucoup de souvenirs au contact de l'animal. Donc là-dessus par contre c'est pareil on est dans le maintien de la mémoire et notamment biographique.

(D'accord, et toujours avec les personnes atteintes de démences de type Alzheimer, par rapport à la motricité ?)

Oui et notamment dehors, moi je propose aux personnes ambulantes Il y a moins d'attrait à l'extérieur, de marche euh on va dire avec un objectif et là euh, je travaille beaucoup sur la marche notamment avec le chien c'est-à-dire qu'on part à l'extérieur, on part pas longtemps mais on part à l'extérieur et on va marcher avec un chien qui va, voilà, le chien s'adapte mais la personne aussi s'adapte au chien, elle va marcher à une allure qui va quand même être plus soutenue que d'habitude. On va travailler sur la motricité au niveau de la marche (D'accord).

(Et donc oui, vous m'en avez déjà parlé, par rapport aux troubles du comportement ?)

Alors on va travailler justement sur ce qui est troubles du comportement à type de déambulation, ... on peut travailler sur l'attention, sur euh, sur la valorisation, on va énormément valoriser la personne, ce qui va diminuer les troubles du comportement, (D'accord) ils vont se sentir beaucoup moins en insécurité en fait. Le chien, enfin l'animal en général, pour moi c'est le chien, ne va pas voir si ils font bien ou font mal donc on ne va pas avoir l'anxiété à bien faire ou mal faire. (Très bien d'accord).

4 Quel intérêt les résidents portent-ils à cette activité ?

Ils l'attendent, ils l'attendent énormément. Euh. Pour eux, en tout cas mon ressenti, je ne pense être trop loin, c'est un moment où ils retrouvent, où on leur dit pas ce qu'il faut faire, où c'est plus naturel en fait (D'accord) voilà. Dans la démence de type Alzheimer, à un moment donné rien, enfin, tout va demander à un moment donné un effort, pour manger par exemple ça va être comment se servir d'une fourchette, comment on se sert d'un couteau, euh, "attention fait pas comme ça fait", ce n'est pas malveillant mais..., moi je vais orienter, je vais faire faire à l'animal et au patient mais c'est plus naturel et

5 Pensez-vous que la médiation animale modifie la vision que la personne a d'elle-même, sa façon d'être ?

Alors, est-ce que ça modifie sa vision d'être, euh, c'est son vécu, sa façon d'être, qui est propre euh c'est quoi l'autre chose ? (C'était la vision que la personne a d'elle-même) Oui, ça oui, c'est ce que je disais tout à l'heure en fait, il n'y a pas d'échec avec l'animal, il n'y a jamais d'échec (oui), même si, enfin, même si c'est un échec, ça sera l'animal donc c'est pas, "c'est pas moi, c'est l'animal qui n'a pas exécuté" c'est pas la personne. Donc c'est vrai que ça apporte beaucoup beaucoup de valorisation pour la personne. Le chien, voilà, qu'on soit de mauvaise humeur ou qu'on n'est pas voulu quelque chose, quand le chien arrive, il prend la personne comme elle est (D'accord).

6 Est-ce que cette activité influence l'environnement social du résident ?

Alors l'environnement social, euh. Alors avec les autres résidents oui, parce qu'on va justement faciliter la communication entre eux, ça va être un temps très très précis et malheureusement la pathologie des résidents reprend le dessus c'est-à-dire que ils vont avoir oublié. Avec les soignants, c'est comme un facteur de médiation qui peut les aider, donc ils vont pouvoir reprendre ce qui ce qui a pu se passer en séance, ils vont communiquer avec la personne. Maintenant au niveau familial, étant donné qu'elles ne sont pas sur l'institution et moi ma possibilité elle n'est que le vendredi matin pour faire ça sinon le chien serait là de 14 heure à 18 heure et c'est impossible, euh, donc au niveau social il y a peu d'implication avec l'animal, maintenant si la personne arrive le vendredi après-midi, que sa maman sera plus détendue et forcément il y aura un meilleur relationnel mais ça malheureusement pour l'instant les familles ne m'ont pas fait de retour. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'en voit pas une amélioration mais pour l'instant je n'ai pas de retour.

7 Quelle est la durée des bénéfices de la médiation animale ? (Relance possible : Peut-on y voir un effet à plus long terme ?)

Ben alors, ... C'est un peu difficile de dire sur combien de temps ils auraient perdu leurs capacités si on n'avait rien fait. Je n'ai pas encore fait d'étude là-dessus. Mais bon, au niveau du comportement, et des troubles du comportement, on va dire qu'une fois que la séance est terminée, ils en ressentent au moins les bénéfices jusque le milieu de l'après-midi au moment de la soirée. Après il y a peut-être des angoisses et notamment les angoisses nocturnes de certains résidents qui prennent le pas sur la séance. Mais voilà jusqu'au milieu de l'après-midi à peu près. (D'accord) Après c'est un travail de longue haleine.

(Et dans les actes de la vie quotidienne, vous en avez déjà un peu parlé (repas, sommeil, toilette...) ?)

Oui, je pense que oui, si on arrive à travailler un peu sur la concentration et dans les moments des repas ça peut ... la personne. Ils vont arriver à mieux se poser et à pouvoir manger tranquillement et pour la concentration. Sur le temps du repas je trouve que c'est un moment important pour la concentration, que d'être apaisé pour accepter d'être assis sur une chaise pendant au moins un temps pour avaler le repas. Avec le chien on travaille vraiment sur la concentration. Si on a du mal à manger on va prendre un gâteau et puis le résident va manger et en donne au chien et c'est vraiment un partage. Donc on va pouvoir travailler sur l'alimentation, ça c'est sûr et voilà. Moi il m'est arrivé de pouvoir aider mes collègues dans une situation de refus total et là enfin je suis arrivé à créer du lien affectif avec lui avec le chien, de détourner par ce lien affectif le soin et d'arriver à la salle de bain. Par l'attrait de l'animal, eh bien, on arrive à la salle de bain et le soin se passe beaucoup mieux parce que ce lien affectif a permis de l'apaiser. Après ça c'est de l'opportunité, il faut être là au moment avec l'animal (oui). On ne peut pas voir ça à long terme, par exemple si je viens le vendredi avec le chien, je ne vais pas régler le problème du lundi mais c'est quand même un intérêt à exploiter. (D'accord).

8 Avez-vous d'autres remarques? Par rapport à la médiation animale, les troubles du comportement.

Euh, d'autres remarques, pas forcément. Euh non, là comme ça je ne vois pas. Je pense qu'il faut qu'on soit à l'aise avec l'animal, et être sûr de son animal et il faut déjà être convaincu soi-même pour arriver déjà à entraîner toute l'équipe dans la médiation animale parce que si on fait ça tout seul, c'est compliqué, on a moins de résultats alors que l'on a vraiment besoin de toute une équipe. Je n'imagine pas de la faire toute seule. Et au niveau du projet de l'établissement car il faut que l'animal soit accepté, moi je sais que voilà, je passe avec mon animal à l'accueil, enfin voilà. Si le projet d'établissement ne va pas dans ce sens, c'est très compliqué. L'animal il ne peut pas être là toute une journée, il ne peut pas travailler toute une journée, ce n'est pas possible. (Oui) Ce ne serait pas aussi efficace. Et l'intérêt de la médiation n'y serait plus.

Annexe VI : Entretien n°3

Entretien numéro 3 : 24 minutes

Questions signalétiques :

- Quelle est votre profession ? ergothérapeute notamment dans un PASA
- En quelle année avez-vous eu votre diplôme ? 2009
- Quel est votre âge ? 26
- Depuis quand exercez-vous dans cet EHPAD ? 3 ans
- séance de médiation animale : Depuis quand proposez-vous la médiation animale ? 18 mois. Quand ont lieux les séances : (matin/ après-midi ? jour de la semaine), à quelle fréquence, quel animal, groupe/individuel) ? Co animation médiation animale ergo / ASG 1 séance tous les 2 mois (pas encore bien ancré) chien teckel nain (de l'ASG) en groupe

Questions principales :

1 Que connaissez-vous de la maladie d'Alzheimer, quelles sont les spécificités du travail en EHPAD ? Rencontrez-vous des difficultés dans le cadre de cette prise en charge ?

Euh non, dans le cadre de la prise en charge au PASA, on fait les ateliers thérapeutiques en début de journée, ça se passe très bien, euh, après qui est compliqué à prendre en charge au quotidien c'est les troubles du comportement. On n'a pas de difficulté à proprement parlé. Là justement, grâce à la mise en place d'un PASA on a les moyens humains pour faire justement euh (oui); pour prendre en charge la personne Alzheimer et offrir des ateliers thérapeutiques euh, corrects quoi. (D'accord, et donc la première partie de la question, que connaissez-vous de la maladie d'Alzheimer ?) La maladie d'Alzheimer c'est une maladie évolutive, il n'y a pas de traitements, avec des troubles de mémoire, des troubles de communication, des troubles du comportement, et après je peux détailler, avec des amnésies, des apraxies, (oui), des troubles du langage, j'ai dit, euh, un ralentissement moteur, ben des troubles du comportement, après ça englobe plein de choses, il y a les, la dépression, les troubles du comportement alimentaires, les troubles du sommeil, je sais pas, qu'est-ce que je peux dire encore ? (ça c'est à vous de voir), c'est déjà pas mal, non ? (oui, oui) Je crois que j'ai fait à peu près le tour, peut-être que du coup je peux donner un peu plus de détails euh, je suis en train de chercher du coup, euh, parfois des idées délirantes, parfois un peu d'agressivité, euh, des troubles de l'humeur, l'apathie, j'ai oublié l'apathie euh, voilà je pense qu'on est pas mal. (Oui donc on va passer à la deuxième question) .

2 Les résidents en EHPAD présentent-ils des troubles du comportement? Quelles étiologies peuvent avoir ces troubles ?

Oui, ben euh les troubles du comportement c'est des démences de type Alzheimer, qui sont des démences apparentées, des démences vasculaires, euh dans le cadre du PASA c'est des personnes qu'on prend en charge. (D'accord) On ne prend pas les gens qui ont des troubles du comportement suite à une pathologie psychiatrique n'interviennent pas dans le cadre du PASA. (Oui) On n'a pas le droit de les prendre en charge. Et du coup on les a pas c'est gens-là. (Euh, d'accord, et donc les étiologies par rapport à la maladie d'Alzheimer ?) Qu'est-ce que vous

entendez par étiologie ? (eh les causes en fait, pourquoi il y a des troubles du comportement donc dans la maladie d'Alzheimer ?) Parce que c'est dans l'évolution de la maladie, ça fait partie du tableau clinique en fait, ces troubles du comportement (D'accord).

3 Pour vous, quels sont les effets de la médiation animale ?

Les effets de la médiation animale, les tous premiers je pense que c'est la communication, ça permet, la présence de l'animal, euh les gens se mettent à échanger, à communiquer autour de l'animal, euh, chose qu'ils ne font plus en fait. (D'accord). C'est vraiment le gros bénéfice de la présence d'un animal c'est que ça apporte de la communication, des échanges entre les résidents. La plupart du temps les résidents qui, qui communiquent encore ne communiquent plus qu'avec le soignant, et ils ne communiquent pas forcément avec les autres résidents. Et là grâce à l'animal ils s'expriment, ils échangent entre eux en fait. (Euh d'accord. Et ça a un effet aussi quand même au niveau moteur, des gens qui ont une position un peu prostrée ou fermée, euh, s'ouvrent en fait, quand l'animal est là ils s'ouvrent et ils vont vers l'animal, ils prennent l'animal dans les bras, ils voilà, ils interagissent avec l'environnement alors que habituellement ils sont complètement fermés. (D'accord).

Et par rapport aux fonctions cognitives ?

Ben euh, c'est la communication, c'est la mémoire, parce que du coup la présence de l'animal va rappeler des souvenirs au résident donc il va faire appel à sa mémoire, euh si le résident a eu un animal chez lui, (oui), avant en fait. Donc ça va faire travailler la mémoire.

Et par rapport à l'humeur, au moral du résident ?

Ah ben le résident est, oui il s'ouvre, il s'ouvre dans tous les sens du terme c'est-à-dire qu'il va se mettre à sourire, à rigoler à jouer avec l'animal, euh, alors que ça peut être à la base un résident qui est plutôt apathique. On a des résidents, on arrive ils sont complètement fermés, ils repartent de la séance souriants. (D'accord). Ils sont plus ouverts sur l'environnement. Et ça dure pas forcément le temps que le résident quitte la pièce que parfois le retour à un environnement habituel que pour beaucoup de résident reprend la position, un comportement voilà.

Et par rapport aux troubles du comportement ?

Les troubles du comportement diminuent le temps de la séance c'est certain, après il y a quelques résidents on a observé un apaisement dans les minutes qui vont suivre l'atelier, euh, parfois sur trente minutes, une heure et puis c'est tout, ça va pas beaucoup plus loin. Après ça va être plus sur le positionnement du résident et sa façon de communiquer. Quand je dis sur le positionnement ça veut dire sur la position un peu renfermée apathique, euh, voilà.

4 Quel intérêt les résidents portent-ils à cette activité ?

Et bien ils l'adorent, oui l'intérêt c'est voilà. Ils ne sont pas forcément prévenus, euh, de la présence de l'animal, dès fois ça se fait un peu en dernière minute. Euh, donc par contre quand il arrive dans la pièce, la quasi-totalité des résidents est ravie, et tout de suite il y a un sourire, il y a des échanges avec l'animal. (D'accord). En sachant que le comportement, que les résidents que l'on prend pour ces ateliers là c'est des résidents qui ont une sensibilité à l'animal. Si on a des résidents qui n'aiment pas les animaux, on ne va pas les chercher dans cet atelier. (Oui). Ça paraît évident. Après on ne connaît pas forcément le résident. Nous dans le cadre du PASA on

connait les résidents puisqu'on les prend en charge en longueur de semaine. Quand l'animal vient on sait qui aime et qui n'aime pas les animaux.

5 Pensez-vous que la médiation animale modifie la vision que la personne a d'elle-même, sa façon d'être ?

Elle modifie sa façon d'être, ça c'est certain, euh, elle modifie la vision qu'elle a d'elle euh, je ne peux pas le certifier. Pour sa façon d'être ça revient sur l'ouverture en fait, c'est la facilité à communiquer à échanger avec l'environnement. (Oui). Et un apaisement général aussi, par rapport à la déambulation notamment, je n'en ai pas parlé, mais à un moment ils vont habituellement déambuler et en général, quand il y a la présence de l'animal, il va réussir à rester assis et à porter son attention sur l'animal.

(D'accord, euh, on passe à la prochaine question)

6 Est-ce que cette activité influence l'environnement social du résident ?

Ben, il y a même des fois où nous on est là mais on n'est pas là. On est là physiquement mais finalement les résidents qui habituellement se reportent beaucoup à nous, là vont vraiment avoir l'attention, se concentrer sur l'animal, et vont porter l'attention uniquement sur la propriétaire de l'animal, (D'accord), mais les autres soignants on est présent dans la pièce mais on ne fait pas forcément partie des échanges du coup. Il y a beaucoup d'échanges avec la propriétaire de l'animal, il y a des gens qui sont très curieux, ils posent des questions, sur euh, le comportement de l'animal habituellement, sur ce qu'il est capable de faire, de savoir s'il aboie souvent, combien de fois par jour elle va le promener tout ça. Euh oui il y a un intérêt, je reviens par rapport à l'intérêt qu'ils portent, c'est aussi un intérêt par rapport à l'animal et comment est l'animal au quotidien.

Est-ce que vous avez des retours de la part des familles ?

Euh, non malheureusement, parce que les résidents que l'on prend en charge au PASA ne sont pas en capacité de restituer à leur famille après. Les résidents profitent de l'atelier mais la plupart une demi-heure après l'atelier ne se souviennent même plus qu'ils ont eu un atelier en fait. Donc au niveau famille, à moins que la famille vienne juste après l'atelier (oui), sinon on n'a pas eu de retours, euh, mais la difficulté c'est les troubles de mémoire.

7 Quelle est la durée des bénéfices de la médiation animale ?

Euh, sur le moment, et puis, euh, oui je pense jusqu'à pour certains une heure, deux heures, (oui), après l'atelier, qu'ils se souviennent qu'il y a eu un animal qui est venu et voilà, euh, après si on a quand même des résidents, après on a des résidents qui se souviennent de l'animal et, donc on en rediscute avec eux.

Et dans les actes de la vie quotidienne (repas, sommeil, toilette...) ?

Euh, la toilette, non, euh, sur les repas, oui, du coup l'animal reste pendant les repas thérapeutiques et du coup, euh, l'animal participe au repas entre guillemets, je ne sais pas comment on peut mettre ça mais du coup les résidents se mettent à table et sont impatients de

pouvoir, enfin voilà, donner un petit bout de viande à l'animal. Et c'est un plaisir de manger car ils vont partager quelque chose avec l'animal pendant le repas (D'accord). Donc on a des résidents qui peut-être ne mangent pas de viande ou de la viande hachée, et là auraient bien voulu peut-être donner un bout de viande à l'animal donc ils vont porter un intérêt à un aliment alors que d'habitude ils n'en mangent pas. Voilà.

8 Avez-vous d'autres remarques?

Euh, non, des remarques, euh, de la question ben si, la question se pose depuis l'ouverture du PASA de la présence d'un animal au sein du PASA. (D'accord). Euh, à savoir, est-ce qu'on pourrait avoir un animal au PASA donc du coup c'est une pièce qui est fermée, de recréer un peu le rythme de la maison, c'est pour ça que lorsqu'on vient le matin en atelier, on prend un petit café, après on fait l'atelier et après on mange ensemble, et après on fait la vaisselle ensemble donc la question c'est est-ce qu'on ne pourrait pas avoir un animal comme à la maison et avoir ce lien qui voilà, avoir ses habitudes, avoir un rythme bien précis, on a le temps de faire les choses, donc on a le temps si c'est un chien d'aller le promener, un autre animal, de le nourrir, d'entretenir, je ne sais pas, la litière, enfin voilà. Pour un aquarium, nettoyer l'aquarium, donner à manger aux poissons, voilà. Toujours dans l'idée de créer des habitudes. Ça serait un animal résident, pas juste une fois de temps en temps.

Un animal qui ne demande pas trop d'entretien mais que ce soit intéressant pour qu'il y ait des échanges entre les résidents et voilà.

Annexe VII : Résultats quantitatifs de l'entretien n°1

Entretien 1

Thèmes abordés	Mots / Expressions	Total
Troubles du comportement	<i>Violence physique (1), Calmement (2), Agressif (1), Apaiser (3), En crise (1), Troubles du comportement (1), Etre fâchés (1), Déplace l'objet de leur attention (1)</i>	11 (20 %)
Intérêt	<i>Envi (3), motivation (1), intéresse (2)</i>	6 (11 %)
Communication	<i>S'adresser (2), Ils parlent au chien (2), Ils appellent (1), Avec les soignants (1), Parler (4), Avec les résidents (1)</i>	11 (20 %)
Activité de la vie quotidienne	<i>Activité de la vie quotidienne (1)</i>	1 (2 %)
Humeur	<i>Content (3), Plaisir (1), Un bon moral (1), Plus enjoués (1), Volontaire (1)</i>	7 (13 %)
Fonctions cognitives		0
Aspect Psycho-affectif	<i>Le caresser (2), Jouer avec lui (3), Aime les animaux (1), Donner des gâteaux (1), Donner une récompense (1)</i>	8 (14,5 %)
Motricité	<i>Motricité (1), Marcher (3), Promener (1), Bouger (2), Se lever (1)</i>	8 (14,5 %)
Environnement social	<i>Familles (2), Parent (1)</i>	3 (5 %)
Inter-professionnalité		0
		Total : 55

Annexe VIII : Résultats quantitatifs de l'entretien n°2

Entretien 2

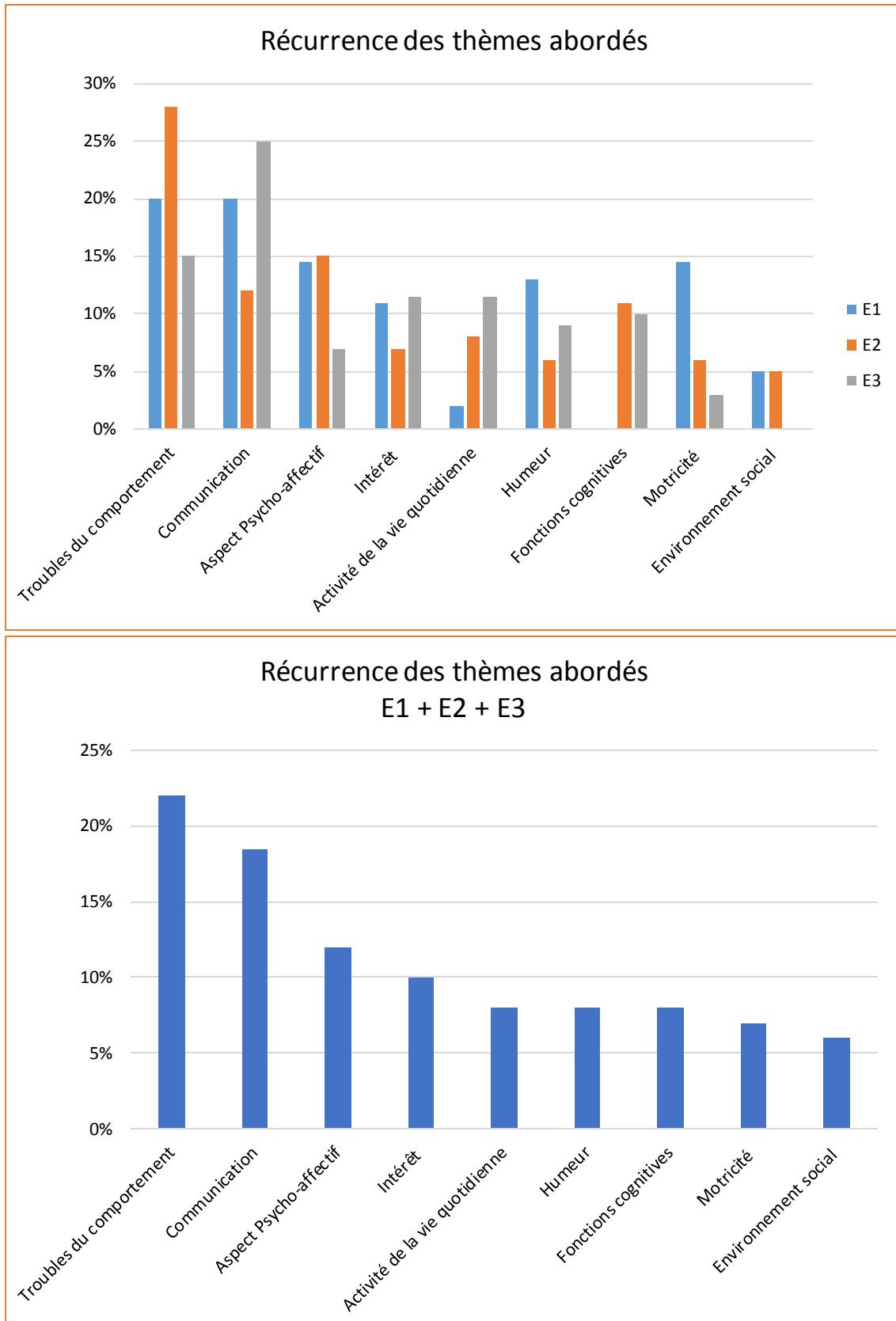
Thèmes abordés	Mots / Expressions	Total
Troubles du comportement	<i>Personnes déambulant (4), Arrêter de déambuler (Porter / mobiliser son attention (3), Concentration (7)), Tranquillement (1), Apaiser (2), Refus (opposition) (5), Détourner l'attention (1), Un biais différent (1), Cris (1), Gêner le groupe (1), Troubles du comportement (4)</i>	30 (28 %)
Intérêt	<i>attrait (2), ils l'attendent (2), naturel (2), Intérêt (2)</i>	8 (7%)
Communication	<i>Groupe (4), Relation (3), Communication (4) Avec les résidents (1), Avec les soignants (1)</i>	13 (12 %)
Activité de la vie quotidienne	<i>Repas(3), Manger (3), Alimentation (1), Salle de bain (2)</i>	9 (8 %)
Humeur	<i>Triste (1), Mélancolique (1), Souriante (1), Joyeuse (1), Humeur (2)</i>	6 (6 %)
Fonctions cognitives	<i>Souvenir (3) Mémoire (3) Maintien (4), Fonctions cognitives (1), Cognitif(1)</i>	12 (11 %)
Aspect Psycho-affectif	<i>Emotionnel (1), Valorisation (3), Echec (3), Insécurité (1), Anxiété(1), Psycho-affectif (2), Tension (3), Angoisse (2)</i>	16 (15 %)
Motricité	<i>Marche (5), Motricité (1)</i>	6 (6 %)
Environnement social	<i>Familial (2), Sa maman (1), Environnement social (2)</i>	5 (5 %)
Inter-professionnalité	<i>Equipe (1)</i>	1 (1 %)
		Total : 106

Annexe IX : Résultats quantitatifs de l'entretien n°3

Entretien 3 :

Thèmes abordés	Mots / Expressions	Total
Troubles du comportement	<i>Apathique (1), Fermés (2), Troubles du comportement (1), Apaisement (2)</i> <i>Positionnement apathique (3), Ouverture (par rapport au comportement apathique) (1), Déambulation (2), Porter son attention sur l'animal (1)</i>	13 (15 %)
Intérêt	<i>Ils l'adorent (1), Intérêt (5), Sensibilité à l'animal (1), Curieux (1), Posent des questions (1), Impatients (1)</i>	10 (11,5 %)
Communication	<i>Communication (9), Echanger (7), Entre les résidents (2), Avec le soignant (1), Ils s'expriment (1), Propriétaire de l'animal (2)</i>	22 (25 %)
Activité de la vie quotidienne	<i>Toilette (1), Repas (4), Se mettent à table (1), Manger (3), Aliment (1)</i>	10 (11,5 %)
Humeur	<i>Il s'ouvre (2), Sourire (3), Rigoler (1), Ravis (1), Plaisir (1)</i>	8 (9 %)
Fonctions cognitives	<i>Mémoire (4), Souvenirs (1), Attention (1), Se concentrer (1), Se souvenir (2)</i>	9 (10 %)
Aspect Psycho-affectif	<i>Aller vers l'animal (1), Jouer avec l'animal (1), Aimer (3), Partager avec l'animal (1)</i>	6 (7 %)
Motricité	<i>Moteur (1), Position (1), Prennent l'animal (1)</i>	3 (3 %)
Environnement social	<i>Interagissent avec l'environnement (1), Environnement (3), Famille (2)</i>	6 (7 %)
Inter-professionnalité		0
		Total : 87

Annexe X : Résultats quantitatifs : graphiques des thèmes abordés dans les entretiens



RESUME

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont nombreuses en France. Elles représentent une population grandissante et peuvent être prise en charge dans les établissements spécialisés que sont les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande en première intention l'utilisation de thérapies non médicamenteuses pour prendre en charge les différents troubles que peuvent présenter les personnes et notamment les troubles du comportement. La médiation animale fait partie de ces thérapies, elle est actuellement de plus en plus utilisée dans les EHPAD. L'objectif de ce mémoire est de connaître l'impact de la médiation animale par rapport aux troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer. Les résultats de cette étude se baseront sur trois entretiens d'ergothérapeutes utilisant cette thérapie en EHPAD.

Mots clefs : médiation animale, maladie d'Alzheimer, troubles du comportement

ABSTRACT

People with Alzheimer's disease are numerous in France. They represent a growing population and can be accompanied in specialized institutions working as accommodation's structures for elderly dependent people (EHPAD). The French National Authority for Health (HAS) recommends first-line use of non-pharmacological therapies to accompany the various disorders this people can present, especially the behavioral disorders. The animal assisted therapy is part of these kind of therapies, which is increasingly used in EHPAD nowadays. The goal of this study is to know the effects of animal assisted therapy to behavior disorders in Alzheimer's disease. The results is based on three interviews with occupational therapists using this therapy in EHPAD.

Keywords: animal assisted therapy, Alzheimer's disease, behavioral disorders

