Mémoire de fin d'études

Université de Limoges

Institut Limousin de FOrmation aux MÉtiers de la Réadaptation

Ergothérapie

La médiation animale par le chien en ergothérapie

Perspective sur l'amélioration de la participation occupationnelle du sujet âgé atteint d'un syndrome démentiel

Mémoire présenté et soutenu par

Agathe Salinier,

Le 17 juin 2019

Mémoire dirigé par

Brigitte DEVANNEAUX

Cadre de santé au CH de La Rochefoucauld et ergothérapeute

ars Agence Régionale de Santé

CHU Centre hospitalier universitaire Limoges

Région Nouvelle-Aquitaine

Remerciements

J'adresse mes remerciements sincères,

A **Madame Brigitte DEVANNEAUX**, cadre de santé au CH de La Rochefoucauld et ergothérapeute, pour s'être rendue disponible afin d'échanger avec moi autour de mon travail. Merci de ne pas avoir jugé mes faiblesses et de m'avoir sans cesse tirée vers le haut pour parfaire mes compétences d'ergothérapeute. Merci aussi pour vos nombreux conseils qui ont enrichi ma vision humaniste et ergothérapique,

A **Stéphane MANDIGOUT**, pour ces moments de pédagogie autour de la recherche qui ont toujours été teintés d'un humour perspicace,

A **Messieurs Thierry SOMBARDIER et Patrick TOFFIN**, référents pédagogiques de la filière ergothérapie de l'ILFOMER, pour la construction de mon savoir ergothérapique.

A **Madame Céline COURBET**, infirmière en médiation animale au CH Esquirol, pour m'avoir accueillie pendant trois jours pour découvrir sa pratique et pour avoir accepté de relire mon travail afin de l'améliorer.

A **Marine REGNAULT**, ergothérapeute DE, pour avoir accordé de son temps à ma recherche en effectuant des observations ciblées.

A **tous les professionnels** ayant répondu à mon enquête et sans qui ce travail n'aurait pas pu être.

J'envoie toute mon affection,

A **ma grand-mère**, pour ses « tonnerres de Brest » dans mon enfance,

A **mes parents** qui ont su me soutenir tout au long de mes études malgré les difficultés rencontrées,

A mes sœurs, **Marine et Emilie**, pour leurs nombreuses relectures et leur soutien sans faille pendant l'ensemble de la formation. Leurs amours sans limite nourrissent ma vie.

A **Guillaume**, pour sa contribution à mon parcours d'étudiante et sa présence indispensable et infaillible,

A **mes ami(e)s**, pour leur aide, leurs conseils et les moments de rire que nous avons partagés. Puissions-nous nous retrouver lorsque nous serons séparés.

A **Onyx**, pour le bonheur qu'a été ton entrée dans ma vie. Tu incarnes la réalisation d'un rêve : avoir un compagnon affectueux à quatre pattes que le commun des mortels nomme chien.
Les moments que nous partageons ensemble m'apportent tant et m'apporteront plus encore pendant de nombreuses années. Ce travail est le reflet de mon intérêt pour ton espèce et pour les bienfaits qu'elle apporte à l'Homo Sapiens.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

« Regarde ton chien dans les yeux et tu ne pourras affirmer qu'il n'a pas d'âme. »

Victor Hugo

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

Boris Levinson

« *Même si une personne atteinte de démence a du mal à se souvenir, elle n'a pas oublié qui elle était.* »

Maud Graff

« L'activité ne peut se concevoir comme thérapeutique que si elle est porteuse de sens. »

Isabelle Pibarot

Agathe Salinier, | Mémoire de fin d'études | ILFOMER | 2019
Licence CC BY-NC-ND 3.0

Droits d’auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »
disponible en ligne : *http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/*

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussignée Agathe Salinier,

Atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS NA – site de Limoges et de m'y être conformée.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, le lundi 13 mai 2019

« Article 2 :

Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source.

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non-présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit ».

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Vérification de l’anonymat

Mémoire DE Ergothérapeute

Session de juin 2019

Attestation de vérification d’anonymat

Je soussignée Agathe Salinier,

Etudiante de 3e année d’ergothérapie,

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l’anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin, l’anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à Limoges,

Le mercredi 15 mai 2019

Signature de l’étudiante :

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Glossaire

Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) : activités nécessaires pour prendre soin de sa personne d'un point de vue physique et psychique.

Activités productives (*selon le MOH*) **:** activités visant à rendre un service ou à créer des biens, des savoirs.

Apathie : état amotivationnel accompagné d'une indifférence ou d'une absence d'émotions et de désirs.

Bradypsychie : ralentissement du fonctionnement cognitif provoquant une baisse des fonctions intellectuelles.

Cognitif : qui concerne l'acquisition des connaissances.

Cortex cérébral : tissu organique appelé aussi substance grise qui recouvre les deux hémisphères.

Corticale : relatif aux zones du cortex cérébral.

Délirium : désordre des facultés intellectuelles caractérisé par l'élaboration d'idées erronées, manquant d'évidence et ne tolérant pas la critique.

Différences interindividuelles : qui concerne les différences entre les individus.

Dysexécutif : troubles des fonctions exécutives.

Equipes Spécialisées Alzheimer : équipe pluridisciplinaire intervenant à domicile et sur prescription médicale pour réaliser des séances de réhabilitation et d'accompagnement auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et auprès de leur aidant familial.

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes : structure médico-sociale dédiée à l'accueil des personnes âgées de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie physique et/ou psychique et qui ne peuvent plus vivre au sein de leur domicile.

Fonctions exécutives : capacités nécessaires à une personne pour s'adapter à des situations nouvelles, c'est-à-dire non routinières, pour lesquelles l'individu doit adapter ses actions. L'inhibition, la planification, la flexibilité mentale, l'attention en font partie.

Groupe contrôle : ensemble d'individus qui ne sont pas affectés par le traitement testé. L'objectif est de pouvoir comparer leur état au groupe traité.

Hippocampe : structure cérébrale impliquée dans les informations mnésiques.

Holistique : qui s'intéresse à l'objet, la personne dans son ensemble.

Iatrogénie : trouble consécutif à la prise d'un ou de plusieurs médicaments.

Idéation : formation et enchaînement des idées.

Infarctus cérébral diffus : diminution brutale de l'apport sanguin dans le cerveau et qui impacte des zones cérébrales étendues.

Infarctus cérébral focal : diminution brutale de l'apport sanguin dans le cerveau dans une zone bien circonscrite et localisée.

Innocuité : qualité de ce qui n'est pas nuisible.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Interaction médicamenteuse : modification de l'effet d'une subtance par son interaction avec un ou plusieurs principes actifs présent(s) au même moment dans l'organisme.

Justice occupationnelle : équité permettant à tous les individus de s'épanouir en faisant ce qui a du sens pour soi et la société.

MMSE : évaluation validée et largement utilisée afin d'estimer le niveau cognitif global et mental d'une personne.

Neuroleptique : médicament ayant gloablement une action calmante sur le système nerveux.

Observance : respect des prescriptions d'un médecin.

Occupation : ce à quoi une personne consacre son temps et ayant une signification personnelle.

Polymédication : administration d'un grand nombre de médicaments.

Qualité de vie : combinaison de facteurs psychologique, physique, social et matériel pour évaluer le bien-être de l'individu.

Randomisation : échantillonage aléatoire destiné à réduire ou supprimer l'interférence de variables autres que celles qui sont étudiées.

Rapport bénéfice / risque : évaluation des effets bénéfiques thérapeutiques en comparaison des risques liés à la sécurité d'emploi d'un médicament.

Schizophrénie : psychose caractérisée par une grave division de la personnalité et la perte de la réalité.

Scientificité : caractère de ce qui est scientifique.

Sémiologie : discipline médicale qui étudie les symptômes des maladies.

Sous-cortical : relatif aux zones situées sous la surface du cortex cérébral (ganglions de la base notamment).

Substance blanche : tissu du système nerveux central, principalement composé des axones myélinisés des neurones. Elle relie différentes aires de la substance grise où se situent les corps cellulaires des neurones.

Substance noire : noyau du système nerveux situé en profondeur du cortex cérébral.

Symptomatologie : étude des symptômes d'une maladie.

Syndrome aphaso-apraxo-agnosique : syndrome regroupant des troubles du langage, de la coordination gestuelle et de la reconnaissance des objets ou des personnes.

Syndrome crépusculaire : aggravation des symptômes psycho-comportementaux des démences au crépuscule ou en début de soirée.

Syndrome extra-pyramidal : syndrome regroupant des troubles neurologiques comme des mouvements incrontrôlés et une rigidité des muscles. Il est notamment retrouvé chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson.

Syndrome parkinsonien : ensemble des symptômes englobant ceux de la maladie de Parkinson et définissant des pathologies associées avec des signes moteurs notamment.

Troubles gnosiques : troubles affectant la reconnaissance d'un objet. La forme, la représentation et la signification de cet objet peuvent être impactées.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Troubles mnésiques : troubles de la mémoire.

Troubles phasiques : troubles qui affectent le langage à l'écrit comme à l'oral.

Troubles praxiques : troubles affectant le contrôle et les enchaînements moteurs dirigés vers un but.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Table des abréviations

AAA : Activité Assistée par l'Animal

AOTA : American Occupational Therapy Association

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

CEN : Collège des Enseignants en Neurologie

DSM : manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

Groupe ENOTHE : European Network of Occupational Therapy in Higher Education

HAS : Haute Autorité de Santé

IAA : Intervention Assistée par l'Animal

IAHAIO : International Association of Human-Animal Interaction Organizations

IFZ : Institut Français de Zoothérapie

IHA : Interaction Humain – Animal

INM : Intervention Non Médicamenteuse

MA : Médiation Animale

MAAD : Maladie d'Alzheimer et Autres Démences

MAMA : Maladie d'Alzheimer et Maladie Apparentées

MMSE : Mini-Mental State Examination

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MOHOST: Model Of Human Occupation Screening Tool

MOHOST-USO : Model Of Human Occupation Screening Tool – Une Seule Observation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAAD : Personne Âgée Atteinte de Démence

Plateforme CEPS : Plateforme universitaire collaborative d'Evaluation des Programmes de prévention et des Soins de support

PO : Participation Occupationnelle

SPCD : Symptômes Psycho-Comportementaux de la Démence

TAA : Thérapie Assistée par l'Animal

TFA : Thérapie Facilitée par l'Animal

TMA : Thérapie Médiatisée par l'Animal

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Table des matières

Introduction 15
1. Les syndromes démentiels 17
1.1. Définition des démences 17
1.2. Classification des démences et leurs sémiologies 18
1.2.1. Les démences corticales 18
1.2.2. Les démences sous-corticales 19
1.2.3. Les démences mixtes 19
1.3. Epidémiologie 19
1.4. Répercussions d'une démence dans la vie quotidienne 20
2. Prise en soins des syndromes démentiels 22
2.1. La prise en soins médicamenteuse 22
2.2. Les interventions non médicamenteuses 22
2.2.1. Définitions 23
2.2.2. Les différentes catégories 23
2.2.3. Objectifs des INM 24
2.2.4. Réglementation et pratique des INM 24
3. L'animal au service du soin 25
3.1. L'interaction Homme-Animal : des définitions à préciser 25
3.1.1. Des dénominations et des nuances multiples 25
3.1.2. Des controverses sur le terme de thérapie 26
3.1.3. La médiation animale 26
3.2. Réglementation des pratiques de médiation animale 27
3.3. Les objectifs en médiation animale 27
3.4. Le choix de l'animal pour les séances 28
3.5. Impacts de la médiation animale 28
3.1.1. La sphère sensori-motrice 28
3.1.2. La sphère cognitive 29
3.1.3. La sphère psycho-comportementale 29
3.1.4. La sphère sociale 30
3.1.5. Qualité de vie et MA 30
4. Ergothérapie 32
4.1. Définition de l'ergothérapie 32
4.2. L'intervention ergothérapique auprès des personnes âgées atteintes de démence 32
4.2.1. Domaine physique 33
4.2.2. Domaine cognitif 33
4.2.3. Domaine occupationnel 33
4.3. La médiation animale en ergothérapie auprès des PAAD 34
5. Le cadre conceptuel de la participation occupationnelle 36
5.1. Le concept de participation en ergothérapie 36
5.1.1. La participation sociale 36
5.1.2. La participation occupationnelle 37
5.2. Le concept du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) 37
5.2.1. L'outil dérivé du MOH : le MOHOST 39
6. Problématique 40

Licence CC BY-NC-ND 3.0

7. Méthodologie....41
7.1. Description du protocole....41
7.1.1. Objectifs de l'étude....41
7.1.2. Type d'étude et déterminants du protocole....41
7.2. Description de la population cible....41
7.3. Mise en place du protocole....42
7.3.1. Choix de l'outil de recherche....42
7.3.2. Recherche de contacts....42
7.3.3. Construction et description du questionnaire....42
7.3.3.1. Informations générales....43
7.3.3.2. Les séances de médiation animale....43
7.3.3.3. Objectifs et apports de la médiation animale avec le chien sur les personnes âgées atteintes de démence....43
7.3.3.4. La participation occupationnelle des PAAD lors des activités....43
7.3.3.5. Données complémentaires....44
7.3.3.6. Observation éventuelle de la participation occupationnelle d'un sujet pris en soin……....44
7.3.3.7. Déroulement de l'enquête....44
8. Résultats....45
8.1. Description de l'échantillon....45
8.1.1. Le groupe 1....45
8.1.2. Le groupe 2....46
8.2. Relation thérapeutique et adhésion aux soins....46
8.3. Objectifs et effets de la médiation animale....48
8.3.1. Pour le groupe 1....48
8.3.2. Pour le groupe 2....49
8.4. Participation occupationnelle....50
8.4.1. Pour le groupe 1....50
8.4.2. Pour le groupe 2....51
9. Discussion....53
9.1. Description professionnelle de la PO des PAAD lors de MA....53
9.2. La pratique de la médiation animale....54
9.3. Relation de confiance, adhésion aux soins et médiation animale....55
9.4. Ergothérapie et participation occupationnelle....55
9.5. Biais de l'étude....56
9.6. Limites et perspectives....56
Conclusion....58
Références bibliographiques....60
Annexes....67

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Table des illustrations

Figure 1 : Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) 38

Figure 2 : Répartition des réponses concernant l'adhésion aux soins des personnes âgées atteintes de démence dans le cadre des séances de médiation animale.....46

Figure 3 : Estimation des raisons de refus de prise en soin « classique » 47

Figure 4 : Estimation des raisons de refus de séances de médiation animale 47

Figure 5 : Stimulation des différentes sphères de la compétence occupationnelle (selon le MOH) dans les séances de médiation animale – Groupe 1 48

Figure 6 : Stimulation des différentes sphères de la compétence occupationnelle (selon le MOH) dans les séances de médiation animale – Groupe 2 50

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Table des tableaux

Tableau 1 : Critères d'inclusion et de non-inclusion à l'étude.....41

Tableau 2 : Répartition des différents répondants en fonction de leur profession 45

Tableau 3 : Années d'expérience des ergothérapeutes dans la pratique de la médiation animale 46

Tableau 4 : Principaux objectifs des professionnels dans leur pratique de la médiation animale – Groupe 1.....48

Tableau 5 : Principaux objectifs des ergothérapeutes dans leur pratique de la médiation animale – Groupe 2.....49

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Introduction

La constante amélioration de l'espérance de vie est l'un des traits les plus marquants de la réalité démographique actuelle. Ainsi, en Europe et plus particulièrement en France, cette réalité a soulevé des problématiques essentielles. Le vieillissement de la population engendre l'accroissement de pathologies variées chez nos aînés. Celles-ci peuvent concerner aussi bien la sphère physique que mentale. Dans ce travail, nous nous intéresserons aux démences (Section 1), qu'elles soient neurodégénératives ou vasculaires, qui ne dérogent d'ailleurs pas à cette règle.

Dans le but de pallier les troubles associés à ces pathologies, des préconisations de prise en soin existent (Section 2). De nombreux traitements médicamenteux sont proposés aux personnes âgées. Ces derniers ne sont pas curatifs, mais agissent sur les symptômes des démences. Cependant, ils présentent des limites claires et assez importantes, qui ne sont actuellement pas compensées par la recherche. Dans le but de garantir une qualité de vie optimale, il est donc nécessaire de pouvoir répondre différemment aux symptômes liés à la démence, afin de prévenir les risques d'effets indésirables ou d'interactions médicamenteuses, qui font partie du concept de l'iatrogénie. Les Interventions Non Médicamenteuses (INM) ont ainsi été développées. Il s'agit d'un ensemble de techniques de soin, d'approches environnementales ou humaines. Les INM ont pour objectif de traiter et/ou de soulager certains symptômes, de permettre l'amélioration de la qualité de vie et la recherche d'un état de bien-être.

Lorsque nos aînés passent de personnes vieillisantes à objets de soins, elles font face à une modification de leurs rôles sociaux, particulièrement dans le cas des syndromes démentiels. Ces rôles se retrouvent chamboulés, et les attentes de la société envers cette population deviennent moindres, voire nulles. Ils peuvent alors se retrouver confrontés à un manque évident d'occupation et, par voie de conséquence, de droit à la participation occupationnelle. Ces notions seront reprises et explicitées dans le développement de ce travail.

Les INM reposent sur l'accès au bien-être et favorisent ainsi la participation de ces bénéficiaires. Cette notion est considérée par certains auteurs comme la finalité de l'ergothérapie. Mais face à cet objectif, comment trouver des occupations qui font sens pour la personne et pour la société ? Comment permettre à nos aînés de regoûter à un sentiment de satisfaction et d'utilité ? Comment éviter qu'ils ne soient réduits à un corps dominé par des troubles ?

Le lien entre l'Animal et l'Homme est très ancien et documenté dans la littérature. Depuis environ 40 ans, l'émergence de la médiation animale (Section 3) est particulièrement prépondérante en France. Les bénéfices que nous apportent les animaux qui nous entourent sont nombreux, et facilement décelables pour certains. Ils nous mettent en activité et nous procurent joie, détente et plaisir. Cependant, certains bénéfices de la relation homme-animal ne sont pas visibles à l'œil « ingénu ». L'utilisation de l'animal à des fins thérapeutiques laisse supposer les bienfaits qu'il peut apporter aux personnes atteintes de démence. Ces derniers peuvent être d'ordre sensori-moteur, psycho-comportemental, cognitif ou social.

D'un point de vue personnel, les bienfaits de cette relation m'interrogent depuis longtemps et j'ai donc choisi de m'y intéresser dans mon mémoire de fin d'études. Au travers de mon expérience en tant que future professionnelle de l'ergothérapie, j'ai pu constater qu'il

Licence CC BY-NC-ND 3.0

est difficile de parvenir à une prise en charge optimale lorsque le patient n'adhère pas à sa prise en soin. Il peut être extrêmement déroutant et difficile de trouver un moyen de permettre à l'individu de s'impliquer et de participer pleinement à son projet thérapeutique. C'est pourtant un moyen efficace de répondre aux objectifs de prise en soin d'un ergothérapeute en gériatrie (Section 4).

De plus, les sciences de l'occupation m'interpellent et soulèvent de nombreuses autres questions. La prédominance du jeunisme dans notre mode de vie actuelle a laissé peu de place à nos proches vieillissants pour trouver une signification à leur existence et je m'interroge donc sur la place de nos aînés dans notre société. Notre travail s'inscrit donc dans une perspective occupationnelle et, notamment, de ce qui façonne l'être humain dans ses occupations. Ces processus sont mis en avant par le concept de participation en ergothérapie et sa place dans le cadre conceptuel du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (Section 5).

Comme tous ces questionnements en témoignent, il est particulièrement primordial de tenter d'insuffler de l'intérêt au patient et ce, par différentes techniques de soin, comme la médiation animale à l'aide d'un chien. Celle-ci permet d'engager la personne dans une activité signifiante, c'est une manière de prendre soin d'eux à travers le prendre soin de l'animal. Les sphères occupationnelles stimulées par ce biais peuvent permettre à la personne d'accroître sa participation occupationnelle.

Toutes ces réflexions nous ont conduits à nous interroger sur **la mesure dans laquelle la médiation animale avec le chien améliore la participation occupationnelle d'un sujet âgé atteint de démence dans une prise en charge ergothérapique.**

Pour répondre à ce questionnement, nous allons mettre en place une méthodologie de recherche où nous décrirons l'outil utilisé, qui est ici un questionnaire (Section 7). Les résultats de notre enquête seront ensuite détaillés (Section 8) afin de permettre un temps de discussion (Section 9) sur l'analyse de ces résultats ainsi que les perspectives professionnelles qui peuvent émerger à la suite de notre étude.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

1. Les syndromes démentiels

1.1. Définition des démences

Le mot dément tire son origine du latin « de-mens ». Littéralement, ce mot signifie « qui a perdu l'esprit » dans le sens de lucidité intellectuelle. Ce terme fait donc appel au sens cognitif de la personne. Ainsi, l'origine de ce mot différencie cette pathologie de celles de la déficience intellectuelle ou de maladies mentales pures comme la schizophrénie. La démence, qu'elle quelle soit, est un syndrome puisqu'il existe de nombreuses causes différentes à cet affaiblissement progressif des fonctions intellectuelles (1).

D'après la dixième Classification Internationale des Maladies, la démence est « *un syndrome dû à une maladie cérébrale, habituellement chronique et progressive* » et est irréversible. La démence engendre une dégradation progressive de multiples fonctions cérébrales comme la mémoire, l'idéation, l'orientation spatiale et temporelle, la compréhension objective et subjective des situations en association avec les facultés de jugement, les fonctions de calcul, l'aptitude à l'apprentissage, les fonctions langagières, etc. (2).

Pour plus de clarté dans la description des symptômes principaux des démences, nous avons choisi de détailler les critères du *Manuel diagnostique et Statistique des troubles Mentaux* dans sa quatrième version (*DSM IV*) et de mettre ensuite en exergue les différences entre celle-ci et la version la plus récente (*DSM V*).

D'après le *DSM IV* (3), la démence est un syndrome clinique caractérisé par :

A. *« Des troubles de la mémoire »* qui engendrent des difficultés dans l'acquisition de nouvelles données ou dans la récupération des anciennes.
B. La manifestation d'un ou de plusieurs de ces « troubles cognitifs » :
    a. Des troubles du langage, dits « *phasiques* », qui peuvent se constater autant à l'oral qu'à l'écrit.
    b. Des troubles dans l'exécution de gestes moteurs, dits *« praxiques »,* et ce *« malgré des fontions motrices intactes ».*
    c. Des troubles dans la reconnaissance ou l'identification d'objets, dits *« gnosiques »,* et ce *« malgré des fonctions sensorielles intactes ».*
    d. Des troubles se rapportant aux *« fonctions exécutives »,* dits dysexécutifs, qui engendrent par exemple des difficultés lors de planifications et d'événements se rapportant à des conceptions logiques ou abstraites.
C. Des manifestations négatives de ces troubles dans les cadres professionnel, ludique et social, et qui se répercutent donc dans le quotidien des intéressées.
D. Des manifestations de ces troubles ne se déroulant pas seulement au sein d'un *« délirium ».*

Le *DSM V* (4), publié dans sa version française en 2015, apporte quant à lui de nouvelles précisions. En effet, de nouvelles recherches ont permis de se rendre compte que certaines démences n'étaient plus caractérisées, au stade initial, par une perte de la mémoire. Ce critère de diagnostic a donc été retiré. Les démences sont également appelées « *troubles neurocognitifs majeurs* » dans cette nouvelle édition du manuel diagnostic. Elles sont désormais caractérisées par une perte significative des compétences cognitives antérieures (4).

D'après le *Guide de recommandation des bonnes pratiques concernant le diagnostic et la prise en charge des démences de tout type* de la Haute Autorité de Santé (HAS) (5), le

Licence CC BY-NC-ND 3.0

terme « démence » signifie que les troubles cognitifs ont un retentissement dans la vie quotidienne du patient. Ainsi, celui-ci doit être aidé ou supervisé dès le début de la maladie, au moins pour les activités les plus élaborées. Cette appelation n'a pas de connotation négative.

1.2. Classification des démences et leurs sémiologies

D'après l'ouvrage *L'Ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants* (6), il existe différents types de démence et chaque démence a ses propres caractéristiques. Les symptômes précis de la maladie varient selon le type de démence et en fonction de son stade.

En effet, les syndromes démentiels évoluent par stades. Ces derniers provoquent des transformations chez la personne atteinte qui se répercutent progressivement dans sa vie quotidienne (7). La catégorie du syndrome démentiel et l'avancement de la pathologie étant fluctuantes d'une personne à l'autre, il est difficile de prévoir quel sera l'ordre d'apparition et la fréquence des symptômes. Ainsi, la temporalité de chacun des stades diffère énormément d'un sujet à l'autre. Pour une grande majorité des individus, le syndrome démentiel s'intensifie peu à peu. Les manifestations des multiples stades se chevauchent alors, de sorte que le passage d'une phase à une autre est difficilement identifiable (7).

La classification des démences n'est pas figée dans le temps. En effet et depuis quelques années, elle est en constante évolution (6). Il existe donc plusieurs manières de classifier les syndromes démentiels. Selon la localisation des lésions dans le cerveau, la communauté scientifique distingue trois groupes majeurs de ces syndromes (8). Une différenciation importante est également apportée entre la démence dégénérative et la démence vasculaire. La première est une affection au cours de laquelle les neurones disparaissent progressivement (8). A l'heure actuelle, les mécanismes associés à cette destruction ne sont pas très bien connus. La démence vasculaire est quant à elle une détérioration cognitive due à la destruction du tissu cérébral suite à un infarctus cérébral focal ou à des infarctus diffus (9).

Nous allons maintenant décrire les trois grands groupes de démence. Afin de mieux percevoir les zones d'atteintes au niveau du cerveau et leurs fonctions respectives, une illustration est présente en **Annexe I**.

1.2.1. Les démences corticales

Tout d'abord, il existe les démences corticales dont les anomalies sont situées au niveau du cortex cérébral (6). Elles sont majoritairement dégénératives. La maladie d'Alzheimer fait partie de cette catégorie de démence ainsi que l'ensemble des démences fronto-temporales (8).

Ces syndromes démentiels sont caractérisés par des dysfonctionnements mnésiques. D'autres troubles sont également présents comme l'aphasie, l'apraxie et l'agnosie, pouvant être nommés comme syndrome aphaso-apraxo-agnosique. Celui-ci est le reflet d'une atteinte des lobes temporaux et pariétaux (8).

De plus, certaines fonctions supérieures qu'on appelle exécutives sont également altérées. Il est alors courant que la personne éprouve des difficultés de raisonnement, de calcul, de pensée abstraite, etc. L'individu peut aussi être désorienté sur le plan temporo-

Licence CC BY-NC-ND 3.0

spatial. L'analyse et la lecture de l'heure sont par exemple impactées, ce qui rend l'orientation dans le temps encore plus complexe (6).

1.2.2. Les démences sous-corticales

Les stigmates des démences sous-corticales se trouvent au niveau de la matière blanche de la partie interne du cerveau. Elles peuvent être d'origine dégénérative ou vasculaire. Un rétrécissement des parties du cerveau situées sous le cortex cérébral est observé. La maladie de Parkinson en est un exemple (6).

Ces démences sont souvent associées à des manifestations extra-pyramidales comme des mouvements anormaux et non contrôlés. Leur principale caractéristique symptomatique est un grand ralentissement idéatoire, c'est ce qu'on appelle la bradypsychie. Par conséquent, une personne atteinte de ces démences a besoin d'un temps de réflexion supplémentaire allongeant la durée de réponse avant l'action entreprise (8).

D'autres altérations sont associées. Des troubles mnésiques sont en effet également présents dans cette forme de démence. Ces difficultés résident surtout dans la récupération de l'information. La personne âgée ne parvient à la retrouver qu'après mûre réflexion ou par l'intermédiaire d'associations, notamment auditives. De plus, une dégradation de l'humeur est constatée dans la plupart des cas. Cette dernière peut inclure des changements de l'état émotionnel, des symptômes relatifs à une dépression, ou des conduites apathiques (6).

1.2.3. Les démences mixtes

Dans la pratique, une majorité de personnes âgées souffrent cependant d'une forme mixte de démence (6). En effet, une combinaison des démences corticales et sous-corticales peut apparaitre chez de nombreux individus, ce qui en rend le diagnostic plus complexe (6).

D'après le Collège des Enseignants en Neurologie (CEN) (8), les syndromes démentiels corticaux et sous-corticaux sont courants. Ils associent un syndrome démentiel tel que décrit pour les démences corticales, à des signes moteurs sous-corticaux. Sont ainsi souvent constatés des syndromes parkinsoniens. Ils prennent les caractéristiques d'une démence dégénérative ou vasculaire.

1.3. Epidémiologie

La démence est une pathologie qui touche surtout les personnes d'âge très avancé (6). La fréquence des Maladie d'Azheimer et Autres Démences (MAAD) augmente fortement avec l'âge puisqu'elle varie de 2% chez les 40-64 ans à 60% chez les 65 ans et plus (10). Puisque le nombre de personnes âgées croît sans cesse, du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, le nombre de personnes atteintes de démences de tout type ne cesse d'augmenter également.

Le nombre de personnes souffrant de MAAD, qu'on nomme aussi Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées (MAMA), en France a été estimé à 1 200 000 personnes en 2014 (11). Les MAAD touchent environ 2 fois plus fréquemment la femme que l'homme. Les prévisions futures sont assez alarmantes puiqu'en 2030, 1 750 000 personnes devraient être atteintes (11). Au niveau mondial, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère la démence comme une priorité de santé publique (12). En effet, le nombre de cas de démence dans le monde pourrait doubler d'ici 2030 et tripler d'ici 2050.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

La maladie d'Alzheimer est la cause principale de syndromes démentiels et représente au moins deux tiers des cas. Les autres causes fréquentes sont la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy, la démence compliquant la maladie de Parkinson et la dégénérescence lobaire fronto-temporale (5).

Un tableau récapitulatif des principales démences et de leurs symptômes est présent en **Annexe II**.

1.4. Répercussions d'une démence dans la vie quotidienne

Dans les MAMA, de nombreux troubles du comportement sont notables, nommés Symptômes Psycho-Comportementaux de la Démence (SPCD). Nous pouvons par exemple citer des sautes d'humeur, le repli sur soi, une agitation marquée, une indifférence aux autres et au monde extérieur, une dépression et une anxiété marquée, ainsi qu'une aggressivité verbale et/ou gestuelle (7). Ces troubles du comportement viennent entacher le fonctionnement optimal de l'individu dans son quotidien et déclenche un mal-être important, également ressenti par l'entourage familial et professionnel (3). Cependant, il est important de préciser que le terme de démence n'implique pas forcément la présence de SPCD chez la personne (5). Ces troubles sont courants mais leur présence n'est pas obligatoire.

Un graphique récapitulatif de la progression de ces maladies et un tableau synthétique des différentes sphères des Activitiés de la Vie Quotidienne (AVQ) touchées par les MAAD sont présents en **Annexe III**.

Pendant plusieurs années, la perte d'autonomie des Personnes Âgées Atteintes de Démence (PAAD) n'est pas forcément sévère (13). La HAS stipule que la répercussion des altérations cognitives sur les AVQ doit être évaluée.

L'autonomie dans la vie quotidienne est une capacité recherchée par tous (7). Or, l'évolution des syndromes démentiels engendre une baisse graduelle de cette autonomie chez un malade, qui s'accompagne d'un besoin d'aide grandissant pour effectuer ses AVQ. Le quotidien devient plus complexe. Il est teinté de difficultés et d'échecs qui peuvent créer une dévalorisation et de l'angoisse (7). La diminution des capacités du malade engendre ainsi chez lui un sentiment d'inefficacité, d'inutilité au sein de la société (6). L'individu se renferme alors sur lui-même et ce, en pratiquant de moins en moins d'activités.

De plus, il faut prêter attention à ce que les aidants, qu'ils soient professionnels ou familiaux, ne remettent pas en cause la capacité d'agir de l'individu. Lors du diagnostic d'une démence, notre société a trop souvent tendance à partir du postulat que la personne doit être accompagnée dans la plupart des sphères du quotidien. La PAAD est perçue comme incapable d'être dans l'action, d'occuper des rôles et de décider par elle-même. Une croyance sociale veut que ces personnes ne sachent plus rien (6). Une revue de littérature sur les représentations de la maladie d'Alzheimer (14) met en exergue la stigmatisation de la maladie. Cette revue spécifie que « *le malade disparaît de la scène sociale et de l'humanité avant son décès* ». Cette « disqualification » peut apparaître précocément dans la maladie, alors que le propre de l'humain est d'agir et de s'engager dans des activités qui provoquent en lui un sentiment d'existence (15). Malgré les nombreuses détériorations cognitives ou les troubles du comportement qui peuvent survenir chez une PAAD, le besoin d'activité reste central (16). La possibilité de continuer à pratiquer des occupations signifiantes est le concept même de la justice occupationnelle développée par Townsend et Wilcock (17).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Bien qu'il faille favoriser une sécurité pour ces patients, il est important de trouver un juste équilibre pour maintenir l'autonomie. Il est primordial de tenter de pondérer les déficiences et les pertes que la personne subit en la laissant fonctionner par elle-même le plus fréquemment possible (6). Ainsi, il faut rechercher, avec la personne, les activités qu'elle souhaite continuer à faire par elle-même.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

2. Prise en soins des syndromes démentiels

Plus la maladie évolue, plus les aidants familiaux sont mis en difficulté au domicile. Le recours à l'institutionnalisation est alors courant. Les structures peuvent mettre en place des interventions spécifiques à la prise en soin de cette population. Il est également possible de faire intervenir des structures d'aide à domicile comme les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA). D'après les recommandations de la HAS (13), il existe deux grandes catégories de prise en soin des MAMA. La première est la médication, l'autre catégorie de prise en soin réside dans les interventions non médicamenteuses (INM). Le diagnostic et la prise en charge de ces maladies nécessitent des compétences pluridisciplinaires, faisant intervenir des professionnels d'horizons et de pratiques différents.

2.1. La prise en soins médicamenteuse

Il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement curatif contre les MAAD.

La médication associée à ces syndromes est axée sur différents types de médicaments en fonction de la forme de démence. Elle peut ralentir l'évolution de la maladie. Certains médicaments semblent avoir un rôle dans le ralentissement de la dégradation des fonctions cognitives (18). Les traitements médicamenteux sont, de plus, utilisés dans le but d'impacter les SPCD et les problèmes d'humeur du patient. Ainsi, les médecins ont souvent recours à la prescription de neuroleptiques afin de pallier à ces symptômes. Il est possible de stabiliser ou d'atténuer temporairement la manifestation symptomatique de la maladie (19).

Par cette description, les limites des traitements pharmacologiques auxquelles font face l'entourage des PAAD sont aisément visibles. En effet, la médication n'intervient que sur certains symptômes avec une action et une période d'efficacité très fluctuantes en fonction des différences interindividuelles. En outre, les preuves de son efficacité sur le long terme ne sont que très modestes (18) et des interactions médicamenteuses peuvent apparaître et entraîner une mise en danger de la personne. Ainsi, la qualité de vie de la personne peut être encore diminuée par la prise de médicaments, puisque le rapport bénéfice/risque ne semble pas optimal (18).

2.2. Les interventions non médicamenteuses

Comme vu précedemment, les traitements médicamenteux des démences ont de nombreuses limites et ne répondent pas obligatoirement à la balance bénéfice-risque. Il y a donc une nécessité importante de pouvoir fournir aux PAAD d'autres types d'intervention.

Pour autant, il faut s'attacher à améliorer la qualité de vie de la personne autant que faire se peut. D'après B. Kennes dans l'ouvrage *La Prise en charge des démences*, « *le principal est non pas de donner des années à la vie mais plutôt de garantir de la qualité à la vie* » (1). Ainsi, d'autres accompagnements se sont de plus en plus développés depuis plusieurs années, qui sont identifiés comme thérapies, approches ou interventions non médicamenteuses.

D'après l'HAS (20), « *elles doivent être préférées au traitement médicamenteux qu'il est envisageable d'instaurer ou de poursuivre* ». Cette recommandation réside dans le fait que ces interventions permettent aux PAAD de diminuer leur recours à la polymédication. Parfois, le recours à ces interventions amplifie l'observance et le fonctionnement des traitements médicamenteux. Ainsi, leurs effets bénéfiques sur la qualité de vie des personnes sont réputés

Licence CC BY-NC-ND 3.0

et ces approches tiennent désormais une place majeure dans la prise en soin des personnes atteintes de syndromes démentiels.

2.2.1. Définitions

D'après la Plateforme universitaire collaborative d'Evaluation des Programmes de prévention et des Soins de support (Plateforme CEPS) (21), une INM « *est une intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. Elle est reliée à des mécanismes biologiques et/ou des processus psychologiques identifiés. Sa mise en œuvre nécessite des compétences relationnelles, communicationnelle et éthiques* ». Elle peut avoir différents types d'action : préventive, thérapeutique, curative… D'après l'HAS (22), les INM sont des approches spécifiques portant sur la qualité de vie, la cognition, l'activité motrice, le comportement et sur la prise en soin psychologique. La définition de ces thérapies semble coïncider particulièrement avec les champs de compétences de l'ergothérapeute.

Les INM font partie intégrante du parcours de soins de la PAAD (23). Ainsi, elles peuvent permettrent de soulager le patient dans ses soins quotidiens en provoquant un sentiment de bien-être. Elles peuvent être administrées de manière pontuelle ou durable en fonction de multiples facteurs : volonté du patient, disponibilité de l'intervenant, objectifs de l'intervention (23)… Elles permettent la création d'une alliance thérapeutique plus forte car elles sont centrées sur la personne et donc sur le versant relationnel de la prise en soin. Par l'intermédiaire de ces approches, l'individu n'est plus un corps dominé par des troubles. Certaines d'entre elles impliquent la participation active du patient qui se retrouve toujours pris en soin, mais de manière moins consciente. Elles remettent alors la personne en activité (23). C'est pour ces raisons qu'il est important de proposer une approche qui a du sens pour une PAAD.

Les approches non médicamenteuses sont nombreuses et adaptables aux besoins et au contexte de vie du patient, le choix d'une intervention doit donc se baser sur ses intérêts et ses désirs (22). Cependant, pour être administrées, elles doivent également faire leurs preuves en ce qui concerne leur efficacité et leur innocuité sur la santé (23).

2.2.2. Les différentes catégories

Un rapport de la HAS distingue trois catégories : les thérapeutiques physiques, les règles hygiéno-diététiques et les traitements psychologiques (24). La classification de ces interventions n'est cependant pas fixe puisque de nombreuses approches apparaissent au fur et à mesure, et certaines d'entre elles sont difficilement classifiables. La plateforme CEPS travaillant spécifiquement sur le sujet a identifié cinq catégories et 19 sous-catégories d'INM (23). Celles-ci sont représentées en **Annexe IV**.

Une tableau non exhaustif des principales thérapies non médicamenteuses et de leurs bénéfices respectifs se trouvent en **Annexe V**. Ce tableau est une création de DomusVi (25), une organisation privée possédant des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et une structure d'aide à la personne.

D'après Pascale Dorenlot (26), depuis une vingtaine d'année, un développement d'études visant à évaluer les interventions non médicamenteuses auprès des personnes atteintes de MAMA voit le jour. Ainsi, de nombreuses recherches visent à présenter les bénéfices des INM. De multiples facteurs sont impliqués dans la réussité d'une INM et la scientificité de ces approches est donc mise à mal. En effet, d'après les recherches de Pascale

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Dorenlot (26), les résultats en ce qui concerne les effets significatifs des INM sur les MAMA sont relativement modestes. Cependant, cette portée limitée apparaît souvent contradictoire par rapport à la perception des équipes, des proches et des personnes malades elles-mêmes sur les effets des INM.

2.2.3. Objectifs des INM

Elles visent à résoudre un problème de santé ciblé. Ce dernier peut prendre la forme d'un symptôme, d'une maladie, d'un comportement…. Les professionnels de santé associent des objectifs précis à la mise en place d'une INM auprès d'un patient (23). Ainsi, elles peuvent porter sur une amélioration de la qualité de vie, la prévention de maladies et la diminution des symptômes, la potentialisation des effets d'un traitement conventionnel, l'augmentation de la durée de vie, voire même la guérison d'une pathologie.

2.2.4. Réglementation et pratique des INM

Les INM auprès des PAAD sont prodiguées par des professionnels ayant bénéficié d'une formation spécifique à la gériatrie et aux syndromes démentiels. En effet, il est important que cette personne soit à même de développer des réponses appropriées en termes de communication et de réactions aux SPCD qui pourraient se produire lors des séances. Ces professionnels doivent également avoir suivi une formation spécifique à la pratique de l'INM en question.

Les catégories de personnes pouvant pratiquer une INM auprès de patients ne sont pas entièrement délimitées. Cependant, la majorité de celles-ci est dispensée par des professionnels de santé en établissements de soin. De plus, ce sont souvent les thérapeutes qui s'en chargent. Parmi ceux-ci, les psychologues, les orthophonistes, les psychomotriciens, l'éducateur d'activité physique adaptée, l'art-thérapeute et l'ergothérapeute sont particulièrement concernés. Toutefois, il arrive régulièrement que d'autres soignants, voire même des personnes engagées par l'établissement, puissent proposer des INM aux personnes atteintes de démence.

Ces différents professionnels peuvent se former à une INM spécifique, puisqu'il existe de nombreuses fomations privées afin de pouvoir adapter au mieux sa pratique au bénéficiaire concerné. Cependant, aucune instance gouvernementale ne s'est saisie du sujet en France. Ce domaine ne dispose pas de réglementation satisfaisante, de stratégie de développement et d'une recherche scientifique de haute qualité. Actuellement, des initiatives voient le jour afin de référencer et d'effectuer des recherches sur les différentes INM. C'est, par exemple, le cas de la Plateforme CEPS précédemment citée.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

3. L'animal au service du soin

L'entrée en institution représente un tournant dans la vie de la personne âgée. En effet, dans la grande majorité, les personnes âgées termineront leurs vies dans une institution. Ce tournant est un « *véritable bouleversement, parfois un traumatisme* » (27). Comme le souligne S. Hermabessière (28), les répercussions du changement de lieu de vie sont importantes. En effet, elles entraînent souvent une perte de repère chez les personnes atteintes de démences. Ainsi, il va y avoir un impact direct sur l'humeur et le comportement qui peuvent conduire à des conséquences défavorables sur l'état de santé du patient.

Lors d'une institutionnalisation, les sujets vont subir une perte et une réduction des zones géographiques et sociales auxquelles ils peuvent accéder (29) et leurs rôles sociaux et identitaires vont être bouleversés. Ils vont alors être définis par une identité sociale peu enviable (30). Les seules attentes sociétales envers ces personnes seront normatives et concerneront leur autonomie et leur indépendance. La personne institutionnalisée peut alors développer un manque d'initiative et de motivation pour continuer d'entretenir ses capacités. Les faibles attentes de la société et du sujet envers lui-même peuvent conduire à offrir moins d'opportunités. Ainsi, son environnement lui demande peu d'engagement au quotidien, notamment dans le domaine de la productivité, ce qui provoque parfois une véritable déprivation occupationnelle (31).

Il faut alors chercher à fournir à l'individu d'autres perspectives et de nouveaux liens à construire avec son nouvel environnement. Il est primordial de prendre le temps de remettre en activité la personne en cherchant à stimuler sa participation occupationnelle (PO) dans les AVQ, mais aussi dans la prise en soin ergothérapique. C'est dans ce contexte que la médiation animale (MA) a sa place et peut être développée professionnellement.

3.1. L'interaction Homme-Animal : des définitions à préciser

3.1.1. Des dénominations et des nuances multiples

Le terme de MA est spécifique aux pays francophones et n'a pas d'équivalent anglophone précis, mais le terme anglophone pouvant s'en approcher est « Human Animal Interaction » ou Interaction Humain Animal (IHA) en français. Parmi celles-ci, une distinction est faite entre Activité Assistée par l'Animal (AAA) et Intervention Assistée par l'Animal (IAA).

D'après le livre blanc de l'International Association of Human-Animal Interaction Organizations (IAHAIO) (32) et sa traduction française (33), une Intervention Assistée par l'animal (IAA) « *est une intervention avec des objectifs orientés où l'animal est intentionnellement présent pour agir dans le domaine de la santé, l'éducation et le champ social dans le but d'apporter des effets thérapeutiques chez le bénéficiaire. Les interventions assistées par l'animal sont menées par un duo humain/animal au service de l'humain* ».

D'après IAHAIO, la Thérapie Assistée par l'Animal (TAA) (32) (33) est l'intervention fournie par des professionnels travaillant aussi bien dans le monde de la santé que du social et de l'éducation. Leurs actions consistent principalement à améliorer les fonctions physique, cognitive, psycho-comportementale et socio-affective de la personne accompagnée. Ces professionnels laissent une trace de leurs séances et des évaluations associées dans leurs écrits professionnels. C'est donc le cas de la TAA, mais aussi de la Thérapie Médiatisée par l'Animal (TMA), de la Thérapie Facilitée par l'Animal (TFA), de la zoothérapie…

Licence CC BY-NC-ND 3.0

D'après les sources précédemment citées (32) (33), les AAA sont des interventions effectuées principalement par des bénévoles avec leurs animaux personnels. Ces personnes n'ont pas de connaissance dans le domaine médical ou paramédical. Ils peuvent être amenés à travailler avec des soignants afin de mener des interventions en MA.

Comme vu ci-dessus, la MA est en plein développement et fait référence à un ensemble hétéroclite de pratiques (34). De nombreux termes existent pour désigner cette interaction Homme-Animal. Ceux-ci présentent des nuances plus ou moins fortes et ne favorisent pas une clarté optimale quant aux pratiques associées. Ainsi, un énorme manque de consensus sur les termes à utiliser est présent et induit une dérive au sein des pratiques ainsi qu'un manque de reconnaissance et de compréhension des professionnels exerçant cette activité. Toutefois, ce biais permet une créativité accentuée pour les professionnels qui ne sont pas contraints par des normes strictes en ce qui concerne la spécificité des activités proposées.

3.1.2. Des controverses sur le terme de thérapie

Les controverses existant sur l'emploi du terme « thérapie » pour définir l'interaction Homme-animal compliquent davantage sa définition claire et précise. Ainsi, la littérature fait une distinction importante entre les dénominations ne faisant pas allusion à la notion de thérapie et celles qui la reprennent dans leur appellation. Cependant, le terme de médiation animale permet de regrouper les différentes pratiques associées à la mise en relation d'un humain avec un animal sous une dénomination commune.

Le mot thérapie vient du grec *therapeía* qui signifie « cure » dont le verbe associé *therapévô* signifie « servir, prendre soin de, soigner, traiter ». Il paraît alors clair que seuls les professionnels avec une formation médicale ou paramédicale peuvent utiliser une appellation contenant thérapie. Les nombreux termes faisant référence à la notion de thérapie semblent synonymes. Ainsi, ils mettent en exergue le rôle thérapeutique et la volonté du professionnel d'interagir avec le bénéficiaire en formulant des objectifs thérapeutiques précis associés à sa profession initiale.

3.1.3. La médiation animale

Dans notre travail, nous avons choisi d'utiliser le terme de médiation animale, qu'elle soit à visée thérapeutique ou non. En effet, celui-ci se veut généraliste et recouvre les différentes perspectives associées à l'interaction Homme-Animal. Cette appellation semble également coïncider avec ce qui se produit lors de la mise en relation d'un humain avec un animal. Celle-ci est initiée par un autre être humain ayant une volonté particulière et des représentations associées à cette interaction (35).

La MA est un terme souvent utilisé pour caractériser la présence animale auprès d'une population vulnérable. D'après la fondation Adrienne et Pierre Sommer, « *c'est la mise en relation* [volontaire] *entre l'humain et l'animal dans un programme social, thérapeutique ou éducatif ; dans l'intérêt de l'un et le respect de l'autre* » (36). D'après l'association Résilienfance (37), la MA est une interaction homme-animal visant à prévenir ou apporter des bénéfices thérapeutiques dans laquelle un professionnel se sert de l'animal comme outil vivant. Elle fait partie d'une nouvelle discipline particulière : les interactions Homme-animal.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Cette triangulation entre le thérapeute, l'animal et le bénéficiaire a pour finalité d'améliorer les interactions sociales.

Par la première partie de cette définition, nous percevons bien la correspondance avec la définition des INM. La singularité de la MA réside dans l'intégration d'un médiateur vivant dans la relation soignant-soigné. L'animal est alors médiateur entre le patient et le thérapeute. Cependant, ces approches ne sont pas une médecine, elles ne guérissent pas (29). Elles viennent en complément des pratiques usuelles. En effet, ces interventions ne font pas seulement partie du traitement médical, du *cure*, mais prennent aussi essence dans le « prendre soin », le *care*, et l'accompagnement psycho-social du bénéficiaire (38).

La contribution des animaux dans les pratiques de soin est de plus en plus importante depuis environ une trentaine d'années. Elle s'effectue dans de multiples domaines de l'accompagnement à la personne. En effet, les populations prises en soin dans le cadre de cette médiation peuvent être jeunes, adultes ou même vieillissantes.

3.2. Réglementation des pratiques de médiation animale

En France, aucun encadrement législatif n'a été créé pour les pratiques de MA. Les activités utilisant l'animal peuvent être utilisées mais ne sont pas encadrées par la loi dans le domaine de la santé.

Aussi, de nombreux organismes privés forment des personnes, qui n'ont pas de compétences ou même de connaissances dans le domaine du handicap, à la MA. Ceci peut induire une dérive au sein des pratiques ainsi qu'un manque de reconnaissance et de compréhension des professionnels exerçant cette activité. Cependant, il est important de préciser que les travailleurs issus d'autres domaines de soins peuvent tout à fait fournir des interventions de qualité aux personnes vulnérables, si elles ont la volonté de se former à cet accompagnement spécifique.

Une instance représentative réglementaire pourrait aider à mettre des perspectives et donner des lignes directrices pour conduire à l'évolution de la pratique. De plus, elle pourrait donner des indications pour faire face à la confusion et la profusion des termes utilisés. Des groupes de travail existent afin d'essayer de mettre en place une terminologie plus reconnue mais certaines difficultés persistent comme le manque de concertation entre ces différents groupes. Pourtant, cela servirait à une reconnaissance accrue de la pratique et faciliterait la mise en place de recherches scientifiques à ce sujet.

3.3. Les objectifs en médiation animale

Les objectifs que poursuivent les séances de MA sont nombreux : fonctionnels, éducatifs ou thérapeutiques, parfois occupationnels et ludiques (34). Selon l'intervention, il peut s'agir de favoriser l'exécution de certains gestes ou encore la réalisation de différentes postures. Elles peuvent également permettre d'effectuer des apprentissages, d'atteindre des objectifs communicationnel ou thérapeutique. En outre, elle favorise le bien-être, la quiétude, le confort et dans une perspective plus large, améliore la qualité de vie et donc la santé. La diversité des objectifs mentionnés soutient une grande variété de démarche et de savoir-faire. Pour finir, la MA permet de maintenir les capacités résiduelles et de consolider les acquis.

La construction des objectifs thérapeutiques requiert une vision globale du bénéficiaire. C'est ce que l'on nomme une approche holistique. L'intervention doit également être centrée sur le patient afin que les objectifs soient les plus pertinents possible. Le professionnel se doit

Licence CC BY-NC-ND 3.0

de maximiser favorablement l'utilisation de l'animal au cours de la thérapie (39). Afin de garantir la réalisation de ces objectifs, le choix de l'animal n'est pas anodin et doit être mûrement réfléchi.

3.4. Le choix de l'animal pour les séances

L'animal est un outil particulier lors d'une activité médiatisée. En effet, il est vivant, chaud, bouge et peut rentrer en interaction directe par son regard, ses mouvements, son mode de communication non verbal (29). Le professionnel doit donc prendre en compte le bien-être de l'animal puisque ce n'est pas un objet qui est utilisé mais bien un être vivant. Les intervenants sont responsables du bien-être de l'animal avec lequel ils travaillent. D'après Simon (40), l'animal est un médiateur vivant alimentant la thérapie. Celui-ci a donc sa propre sensibilité et des besoins spécifiques qui ne doivent pas être négligés.

Parmi tous les types d'animaux pouvant être utilisés dans le cadre de la médiation par l'animal, nous avons choisi de nous intéresser plus particulièrement au chien pour plusieurs raisons. Premièrement, il fait partie des animaux les plus souvent utilisés en MA. En effet, de nombreuses études scientifiques sur le sujet traitent de l'interaction entre l'homme et le monde canin. De plus, le chien est un animal grégaire et sociable qui peut stimuler, de manière spontanée, de nombreuses sphères de la vie quotidienne, notamment celles des personnes âgées. Ainsi, il peut avoir un rôle moteur, sensoriel, cognitif, relationnel, psychique et affectif (29) pour les publics auprès desquels il est inséré. La MA par le chien peut parfois être aussi appelée cynothérapie ou canithérapie.

3.5. Impacts de la médiation animale

Les recherches expérimentales incluses dans cette revue ont été effectuées grâce à l'utilisation d'animaux auprès des PAAD. Certains de ces travaux utilisent des chiens résidents, qui sont des chiens vivant dans des établissements concernés. Dans d'autres cas, ce sont des chiens visiteurs qui eux sont amenés ponctuellement par des professionnels. Dans les deux cas, les activités sont, pour la plupart, réalisées dans un cadre groupal. La majorité de ces études a été menée en comparaison avec un groupe contrôle, c'est-à-dire qu'il ne recevait pas d'intervention assistée par un animal. Le chien est le principal médiateur lors de ces études. Cependant, nous supposons que l'effet est transposable si l'animal présent n'est pas un canidé.

Nous allons maintenant explorer plusieurs aspects qui peuvent être stimulés lors de séances de MA. En effet, cette médiation peut avoir un impact sur différentes sphères (sensori-motrice, cognitive, psycho-comportementale et sociale). Tous ces impacts peuvent générer une amélioration indirecte de la qualité de vie par la MA. Nous étudierons également la littérature y afférente.

3.1.1. La sphère sensori-motrice

Dans l'étude d'Herbert et Greene (41), les chercheurs ont étudié le processus de marche avec et sans la présence du chien. Ils ont pu constater que les individus du premier groupe avaient une plus longue endurance à la marche que les personnes qui marchaient seules. Ainsi, une amélioration des capacités motrices est notée. Un intérêt pour cette activité semble avoir été ressenti par les personnes bénéficiant du programme. L'intérêt suscité, lors

Licence CC BY-NC-ND 3.0

des promenades chez les patients appréciant la présence et le contact du chien, semble engendrer un renforcement de la performance des capacités motrices.

D'après l'expérience récente d'Olsen et al. (42), une amélioration de l'équilibre des patients peut être induite par la MA. En effet, les scientifiques ont comparé, sur trois mois, les bénéfices de programmes de MA. Leurs résultats supposent une amélioration de l'équilibre des patients ayant participé aux balades avec un chien. De plus, ce bénéfice était durable dans le temps puisque les progrès obtenus pendant cette période ont été préservés au-delà de l'arrêt des séances de MA. Effectivement, trois mois après la fin du programme, les patients présentaient encore leurs acquis permis par le programme.

Deux autres études récentes ont également montré un niveau d'activité supérieure lors de la présence d'animaux. En effet, Dabelko-Schoeny et al. (43) ont montré que, lors d'activités proposées en présence d'un cheval, les participants étaient plus engagés physiquement pendant l'activité que le groupe contrôle qui effectuait des activités communes au sein de leur résidence. Friedmann et al. (44) ont comparé le niveau d'activité des patients atteints de démence quand ils étaient impliqués dans des activités liées au chien. Ces activités prenaient la forme de toilettage, de moment de jeu avec le chien, de mouvements assistés par le chien, etc. Les chercheurs ont constaté que le niveau de dépense calorique était plus fort chez les personnes du groupe d'intervention que dans le groupe contrôle.

3.1.2. La sphère cognitive

La sphère cognitive est également étudiée mais elle est, à l'heure actuelle, encore peu documentée. Les résultats dans ce domaine sont souvent contradictoires et reste peu signifiants pour la pratique.

Ainsi, Moretti et al. (45) ont trouvé une tendance à l'amélioration des scores aux Mini Mental State Examination (MMSE) avant et après l'intervention de MA. Ceci tend à prouver que la MA permet une amélioration des fonctions cognitives. En effet, le score au MMSE du groupe d'intervention avait une hausse plus importante que celui du groupe contrôle. Ce résultat semble coïncider avec celui de l'étude de Bono et al. (46) qui montre que le score d'une échelle de déficiences intectuelles, augmentant proportionnellement avec l'importance des troubles cognitifs chez un patient, est diminué par la MA. En effet, l'augmentation de cette échelle avait été statistiquement plus basse chez les bénéficiaires de MA que dans le groupe contrôle. Ceci peut représenter un ralentissement de la déficience cognitive dans les démences.

Mossello et al. (47), quant à eux, n'ont pas trouvé de modifications des fonctions cognitives suite à leur étude sur les effets de la MA. Ils expriment le fait que d'autres études avaient déjà noté cette inefficacité de la MA sur les fonctions cognitives.

3.1.3. La sphère psycho-comportementale

Cette sphère semble être la plus documentée dans la littérature. De nombreux troubles psycho-comportementaux sont à l'étude dans le cadre de séances de MA avec le chien. Nous pouvons trouver en particulier, parmi les SPCD, les comportements d'agitation et d'agressivité. La survenue de ces derniers semble décroître grâce la MA. Afin d'effectuer un travail sur ces troubles, le praticien utilise une activité ludique et agréable.

De nombreuses études (43) (48) (44) (49) (45) ont montré une baisse significative des comportements d'agitation et d'agressivité lors de l'implantation d'un programme de MA. Une

Licence CC BY-NC-ND 3.0

étude (50) a également montré ce déclin significatif lors du syndrome crépusculaire. Majic et al. (51) n'ont pas retrouvé cette différence, mais le niveau d'agitation et d'agressivité du groupe contrôle pendant la période de l'étude de 10 semaines avait fortement augmenté. Les auteurs constatent que l'association du traitement médicamenteux usuel et de la MA permettent une amélioration de la qualité de vie des patients par une baisse de la fréquence et de la gravité des symptômes d'agitation et d'agression. Le niveau de dépression est également en déclin : la médication et les séances de MA semblent être complémentaires dans leurs effets.

L'étude de Mossello et al. (47) a montré que, grâce à l'implantation d'un programme de MA, une baisse de l'anxiété, de la tristesse et une augmentation de la vigilance générale et du plaisir étaient à espérer. Le rythme cardiaque des patients s'est vu diminué. La MA semble également avoir un impact sur la douleur puisqu'elle a un effet sur la souffrance ressentie par les bénéficiaires.

Les résultats de Richeson (52) vont dans le même sens que ceux précédemment cités. Ainsi, cette recherche a montré que les troubles de l'agitation verbale et des comportements agressifs ont diminué avec la MA. Elle paraît donc avoir une incidence sur la déambulation, qui est un symptôme souvent présent dans les MAMA. Les résultats de cette étude et ceux de Mossello (47) semblent similaires en ce qui concerne l'anxiété.

Cependant, certains des résultats sont moins probants. En effet, Moretti et ses collègues (45) ont montré que les personnes ne recevant pas de MA présentent, elles aussi, une amélioration de leurs troubles dépressifs. Toutefois, une diminution de la sévérité des symptômes peut être espérée.

3.1.4. La sphère sociale

La sphère sociale est également étudiée dans de nombreuses études qui retrouvent, pour la plupart, des répercussions positives de la MA sur cette sphère. En effet, ces recherches (53) (54) (55) notent une augmentation significative des comportements sociaux des personnes atteintes de démences lors d'interventions en groupe. De plus, Thodberg et al. (55) ont également montré que seul le chien engendrait des comportements sociaux positifs et durables au fil du temps. Cette comparaison s'est effectuée avec des animaux robotiques comme PARO (56). De plus, Swall et al. (54) ont noté que les bénéficiaires de MA avaient pu mieux s'exprimer sur eux-mêmes et qu'ils étaient plus orientés dans le temps. Enfin, Marx et al. (57) ont exposé que les participants étaient plus conscients du monde qui les entoure.

Les quatre études suivantes montrent que la sensation de solitude et la communication ont évolué grâce à des interventions de MA. Ainsi, le sentiment de solitude a diminué quand la communication verbale ou non verbale a augmenté. De plus, Banks et Banks (58) et Mossello et al. (47) ont constaté des différences significatives dans les interactions sociales lorsque le chien est présent par rapport aux moments où il est absent. Ces constatations sont également visibles dans les études de Richeson (52) et de Clémence Quibel et al. (59).

3.1.5. Qualité de vie et MA

Nous avons pu relever 4 études qui traitent de l'impact de la MA sur la qualité de vie. Nordgren et Engström (60) ont remarqué une augmentation significative de la qualité de vie des PAAD qui ont reçu ce type d'intervention en comparaison avec un groupe contrôle. Cette

Licence CC BY-NC-ND 3.0

comparaison en faveur de la MA a également été notée dans l'étude de Travers et al. (61), et une étude récente d'Olsen et al. (62) a elle aussi retrouvé cette augmentation, mais seulement pour les patients dans une phase sévère de démence. Une autre étude (42) du même auteur et de la même année ne retrouve pas de changement significatif dans la qualité de vie avec des interventions de MA.

En conclusion, nous pouvons noter que la littérature sur les effets de la MA auprès de PAAD est riche. Cependant, de nombreuses études se contredisent les unes les autres et les auteurs regrettent souvent le manque de méthodologie précise. En effet, rares sont celles qui sont randomisées et la recherche sur ce sujet souffrent donc de nombreux biais. Les auteurs préconisent, pour la plupart, de regrouper un échantillonnage plus important afin que les données puissent être généralisables au plus grand nombre. Ainsi, les résultats pourraient être plus significatifs.

Nous avons vu que les sphères pouvant être impactées par la MA sont nombreuses. Mais qu'en est-il de leur correspondance avec les compétences de l'ergothérapeute ?

Licence CC BY-NC-ND 3.0

4. Ergothérapie

4.1. Définition de l'ergothérapie

La racine *ergon* signifiant activité donne son origine au terme d'ergothérapie. Grâce à des prescriptions médicales, l'ergothérapeute se déploie en tant que professionnel de santé dans les champs sanitaires et sociaux (63). Il intervient dans les domaines préventif, rééducatif, réadaptatif mais également dans celui de la réinsertion.

Il s'agit d'une profession dont le fondement repose sur l'association entre santé et activités humaines (63). Il a été prouvé que l'activité a un but thérapeutique permettant le maintien et la récupération des performances et des habiletés du patient. Cette activité que met en place l'ergothérapeute permet aux sujets d'enrichir leurs compétences *« physiques, cognitifs, sensoriels, psychiques et relationnels, d'indépendance et d'autonomie* » (63). Son objectif est d'assurer l'existence des activités humaines dans la sécurité, l'autonomie et l'efficacité.

L'environnement et les habitudes de vie de la personne concernée par les soins sont pris en compte par l'ergothérapeute. Il s'appuie sur les trois piliers fondamentaux que sont pour lui « l'autonomie, la dépendance et l'activité » (64).

En outre, par son exploitation du potentiel thérapeutique des activités, l'ergothérapeute encourage le sujet à s'engager dans celles qui correspondent à ses intérêts. Il ne lui faut pas oublier de prendre en compte le contexte humain et matériel de ce dernier, ainsi que son vécu et son devenir (63).

Les activités thérapeutiques mises en place visent à prodiguer « *des soins personnels, de productivité ou de loisirs* » (63), en utilisant les facultés de progression et d'adaptation du bénéficiaire et en développant ses *« capacités résiduelles »* (63). Ainsi, elles maintiennent ou favorisent l'indépendance et l'autonomie.

4.2. L'intervention ergothérapique auprès des personnes âgées atteintes de démence

Les objectifs les plus courants que les ergothérapeutes établissent auprès des personnes âgées visent à maintenir les activités de la vie quotidienne et à prévenir les complications des pathologies liées à la vieillesse (64). Ces objectifs s'effectuent notamment dans les domaines physique, sensoriel, cognitif et occupationnel. Les ergothérapeutes ont également la volonté d'améliorer les habiletés du patient tout en permettant un transfert des acquis dans leur vie quotidienne (65). Ces finalités sont travaillées par des moyens qui prennent la forme de différentes activités.

Les activités réalisées se doivent d'avoir un sens pour le patient et donc d'être signifiantes. Il est préférable qu'elles soient réalisées dans les lieux habituels de vie afin de permettre un transfert des acquis dans le fonctionnement quotidien des personnes âgées. Ces activités ont pour finalité première de favoriser « *la performance et la participation »,* surtout en ce qui concerne la mobilité, le quotidien domestique, la communication et les échanges avec un tiers. (63). En ergothérapie, l'activité est donc un moyen utilisé pour permettre l'optimisation de l'autonomie, l'indépendance et la qualité de vie (65). Par ces définitions, la constation de la pertinence de la MA en ergothérapie semble particulièrement prégnante. En effet, comme vu précédemment, cette activité semble correspondre aux buts de l'ergothérapeute en gériatrie.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

4.2.1. Domaine physique

Grâce à des prises en soins individuelles et/ou collectives, l'ergothérapeute participe de manière constante à la réadaptation motrice des individus, en particulier celle des sujets âgés (63) (66) (67). D'après Villaumé (64) et Trouvé (67), les facultés motrices d'un patient âgé, indispensables au bon fonctionnement de ses activités et à sa participation, sont assurées et développées par l'ergothérapeute. De plus, un travail de consolidation des acquis est souvent nécessaire pour que les capacités motrices soient transférables et utilisables lors des AVQ. Une fois de plus, l'exécution et la répétition du geste dans sa globalité facilitent la récupération dans la mémoire motrice.

4.2.2. Domaine cognitif

A l'aide de séances pouvant prendre différentes formes, l'ergothérapeute aide également les sujets âgés à maintenir leur capacité cognitive. Dans le but de renforcer les stratégies compensatrices du sujet et leurs performances dans les activités de la vie quotidienne, les mises en situation peuvent avoir un réel impact. Par un travail qui peut paraître répétitif, les capacités d'adaptation, d'acquisition ou de réacquisition de processus cognitifs et bien d'autres, peuvent être permises par ces mises en situation (63). Dans le champ cognitif, les efforts de l'ergothérapeute peuvent ainsi porter sur la réminiscence, l'orientation dans la réalité et la stimulation cognitive (64).

4.2.3. Domaine occupationnel

D'après la HAS (66), l'ergothérapeute stimule et promeut la participation des personnes âgées. D'après Villeman (64), l'ergothérapeute peut compléter ses interventions à l'aide d'activités ludiques, qui facilitent la participation du PAAD par l'expérience du loisir (68). Ainsi, le jeu est une caractéristique importante auprès de sujets atteint par les MAMA (69), c'est pourquoi il ne faut pas infantiliser ce type d'activités, mais au contraire les valoriser. Comme dit précedemment, il faut que l'atelier ait un sens pour le sujet afin que le cadre ludique soit bénéfique en stimulant les capacités préservées, l'autonomie et l'estime de soi. Ce concept peut être rapproché de celui d'INM, si nous prêtons attention à leurs similarités. Il tend ainsi à favoriser l'occupation au sens ergothérapique du terme.

Ainsi, l'occupation est une notion majeure de la pratique de l'ergothérapie. Elle prend, à l'heure actuelle, une place grandissante, notamment dans l'ergothérapie française (70). L'American Occupationnal Therapy Association (AOTA) définit ce terme comme les « *divers types d'activités de la vie dans lesquels les personnes, les groupes ou les populations s'engagent* » (71). Le groupe European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE) (72) l'a, quant à lui, définit comme « *un groupe d'activités, culturellement dénommées qui a une valeur personnelle et socio-culturelle et qui est le support de la participation à la société* ». Cette notion englobe toujours le sentiment de sens pour le sujet et son sentiment d'être actif. Ainsi, l'occupation peut nous renvoyer à la réalisation d'activités diverses et quotidiennes, comme lire, manger, dormir… Or, pour qu'occupation il y ait, le sujet doit s'engager dans ces activités et leur accomplissement.

La notion d'engagement est donc importante. Le groupe ENOTHE la définit comme « *le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation* ».

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Si l'ergothérapeute prête attention à adapter l'activité en fonction des spécificités de la PAAD, il répond alors à une double problématique : il la valorise et lui montre qu'elle est toujours existante et capable d'actions, tout en prodiguant un besoin fondamental d'occupation. L'ergothérapeute permet par ce biais de maintenir la participation chez elle (66).

4.3. La médiation animale en ergothérapie auprès des PAAD

A travers l'utilisation d'une médiation par l'animal, l'ergothérapeute ne s'arrête pas à la promotion de l'amélioration de certaines fonctions (motrices, sensorielles, cognitives, etc). En effet et d'après les points sus-nommés, la MA peut permettre d'encourager le patient à s'engager dans des activités qui ont sens pour lui. L'AOTA considère d'ailleurs que la relation entre la personne et son animal est si importante que le soin à l'animal fait partie intégrante des activités instrumentales de la vie quotidienne (71).

D'après l'AOTA (71), la MA en ergothérapie peut inclure la promotion, la remédiation, la restauration, le maintien ou la prévention. En ergothérapie, la MA est considérée comme une activité ayant un sens et des buts particuliers : elle est choisie pour soutenir le développement des compétences dans le domaine de la performance afin d'améliorer l'engagement occupationnel (71). Les ergothérapeutes peuvent prendre avantage des multiples facteurs motivants que la MA fournit. Un contexte privilégié est alors mis en place par la présence de l'animal. L'accompagnement thérapeutique peut ainsi être facilité et la personne accompagnée est plus disposée à réaliser les activités proposées (73). La MA et l'ergothérapie ont des buts similaires comme améliorer les compétences sociales, la participation, l'estime de soi et réduire l'anxiété, la solitude et l'isolement.

D'après Cusack (74), les animaux sont amusants à cotoyer et réconfortants à tenir. Leur joie inspire l'humour et l'insouciance, un retour à l'enfance. Ceci peut-être mis en relation avec les objectifs de réminiscence de l'ergothérapeute en gériatrie. La présence de l'animal semble alors être un moyen thérapeutique judicieux afin de proposer une activité ludique. De plus, d'après le même auteur, prendre soin d'un animal encourage l'attention, la responsabilité et permet d'agir pour autrui et de mettre de côté les craintes d'un avenir incertain (74). Les animaux utilisés en MA vivent dans l'instant immédiat et l'interaction de ces derniers avec une personne lui fait prendre conscience du présent teinté de joie. Ceci peut également être mis en relation avec l'objectif d'orientation dans la réalité de l'ergothérapeute.

D'après Andreansen et al. (75), l'adjonction de la MA à une ergothérapie traditionnelle peut permettre aux professionnels d'utiliser cette médiation comme moyen d'accomplir des objectifs ergothérapiques. De plus, cette revue de littérature précise également que les ergothérapeutes s'efforcent d'améliorer la qualité de vie globale à travers l'engagement dans les occupations. Elle met en avant le fait que la MA peut aider à y parvenir. Par conséquent, nous pouvons dire que l'ergothérapie considère la MA comme un moyen de stimuler le bénéficiaire de l'intervention dans sa réadaptation.

Ainsi, des activités peuvent être proposées par l'ergothérapeute lors de séances de MA. Il peut proposer au bénéficiaire de prendre soin de l'animal en le brossant, lui donnant à manger ou à boire… Il peut également jouer avec lui en lui lançant des jouets. Ces activités s'inscrivent dans la stimulation des aptitudes motrices et peuvent ainsi participer au maintien de la fonctionnalité des membres supérieurs ou inférieures.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Au niveau sensoriel, la caresse de l'animal permet également la stimulation du toucher et recentre la personne dans la réalité. Cette sensation permet également de rejoindre les sphères émotionnelles. Elle peut stimuler la communication et les échanges sociaux.

Au niveau cognitif, il est intéressant pour l'ergothérapeute d'effectuer des activités en lien avec l'animal qui peuvent être diverses. Il peut, par exemple, demander à la personne de trouver différents accessoires du chien ou de lui constituer un petit parcours d'agility, ce qui stimulera les fonctions exécutives.

Au niveau psychologique et comportemental, l'ergothérapeute peut apporter un bien-être émotionnel au sujet en insérant un animal dans la prise en soin. L'animal peut aider à apaiser les SPCD.

Au niveau social, des activités de groupe peuvent être mises en place afin de favoriser la communication verbale et même non verbale des sujets.

Finalement, les compétences et les concepts de la profession d'ergothérapeute permettent de proposer de multiples activités à l'individu qui peuvent être porteuses de sens notamment en MA. Cette pratique spécifique est complémentaire de l'ergothérapie et favorise un état de bien-être général, notamment par un développement de la participation occupationnelle. La notion occupationnelle de la MA apparaît alors et la possibilité pour l'individu de s'engager plus facilement dans des activités le motivant émerge. C'est pourquoi il est important d'ancrer ce travail dans une perspective conceptuelle de l'occupation humaine.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

5. Le cadre conceptuel de la participation occupationnelle

5.1. Le concept de participation en ergothérapie

Le concept de participation est présent dans de nombreuses professions de la santé et du social. Ce concept est introduit pour la première fois dans les années 2000. En effet, des textes de loi y font référence dans le domaine de la santé publique et de l'action sociale (76). La loi du 11 février 2005 (77) la priorise de façon évidente par son titre qui est « *l'égalité des droits et des chances, de la participation et de la citoyenneté des personnes handicapée* ». Cette notion ne fait pas l'unaminité dans sa définition et son application sur le terrain car son évolution est constante (78), c'est pourquoi la recherche et la littérature foisonnent à ce sujet.

D'après Desrosiers (79), pour appréhender de façon optimale l'impact de cette notion sur la qualité de vie et la santé des personnes accompagnées, les ergothérapeutes sont une catégorie professionnelle privilégiée pour effectuer des recherches.

5.1.1. La participation sociale

La participation sociale est définie comme étant l'implication de l'individu dans des occupations, qui s'ancrent d'ailleurs dans un versant social et ont une forte valeur sociétale. Elle est donc entièrement interdépendante de l'identité du sujet, de ses valeurs, de ses principes et de ses rôles sociaux. En effet, selon Desrosiers et Levasseurs, l'interaction et les échanges avec l'environnement social sont permis par les rôles occupés par l'individu.

Cette notion se traduit dans deux grands domaines distincts mais complémentaires. Premièrement, l'ensemble des occupations doit être réalisé dans des espaces sociaux cotoyés par l'individu. Deuxièmement, le niveau de partipation se révèle important et repose sur l'objectif de l'activité et le degré d'interaction sociale qu'elle implique.

Les habitudes de vie permettent d'avancer et d'assurer l'épanouissement de la personne dans la societé tout au long de sa vie. La participation est, selon Fougeyrollas (80), un système de production de signifiant, c'est-à-dire que la participation sociale mène à sélectionner les occupations qui ont un sens pour la personne.

Pour Desrosiers, la participation se révèle dans l'exécution d'une activité quotidienne en respectant les rôles sociaux attendus (79). D'après Levasseur, la participation se retrouve lorsque l'individu effectue une activité qui permet d'interagir avec d'autres personnes dans son environnement social (78). Tremblay (81) y rajoute la notion de reconnaissance sociale, c'est-à-dire que l'activité doit être valorisante et gratifiante pour d'autres personnes que l'individu concerné.

Ainsi, par la participation, l'individu peut faire l'expérience d'une plus grande autonomie et d'une autodétermination.

Cette notion a donc été reprise et développée dans différents modèles conceptuels et adaptée à la pratique centrée sur l'occupation que peut effectuer l'ergothérapeute. Celle-ci se nomme alors participation occupationnelle. Nous allons maintenant la présenter de manière plus précise.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

5.1.2. La participation occupationnelle

La PO est le résultat d'un processus dynamique d'interaction entre la motivation, face à l'activité, les habitudes, les rôles et les capacités de la personne concernée, et l'environnement.

La PO se définit par la participation aux situations de la vie quotidienne, celle-ci pouvant être d'ordre professionnelle, familliale ou de loisir. Assez récemment, ce concept est devenu central dans la profession d'ergothérapeute puisqu'il s'est développé comme la finalité de l'intervention ergothérapique. Pour Law (82), elle serait même la raison d'être de ce métier puisque la participation volontaire conduit à une plus grande satisfaction de son existence. Law (82) ajoute que de multiples pathologies peuvent venir altérer la qualité et le niveau de participation de la personne.

Pour Townsend et Polatajko (83), un des objectifs de l'ergothérapie est de favoriser et promouvoir la participation des bénéficiaires. Pour cela, il faut faciliter l'accès aux occupations du sujet, qui peut participer et s'engager si certaines conditions sont remplies. Ainsi, l'environnement ne doit pas être contraingnant pour l'individu.

La PO s'effectue, la plupart du temps, par le biais des occupations. Pour Larivière, la spécificité de cette notion est qu'elle prend essence dans l'implication volontaire et actif du sujet dans ses occupations sociales (84) (85). La qualité de la participation des bénéficiaires aux activités proposées ne peut être prise en compte que si l'approche adoptée est centrée sur le patient, et ceci doit être recherchée par les ergothérapeutes (83).

Whiteford et Townsend (86) plaident pour une ergothérapie plus audacieuse. En effet, ils promeuvent des interventions qui facilitent l'autodétermination des bénéficiaires. Ces derniers doivent prendre les décisions sur leur destin dans la société. Mais face à une personne démente, qui comme nous l'avons vu fait face à de multiples chamboulements notamment du point de vue des rôles sociaux qu'elles occupent et de la valorisation de sa personne, quels sont les moyens à mettre en place afin de favoriser cette prise de pouvoir ? De plus, les déficiences associées à la démence peuvent entacher les processus motivationelles de la personne. Il faut alors prêter attention aux différents niveaux de participation. En effet, une personne peut être complètement passive ou au contraire, vouloir régir toute sa prise en soin. Le juste équilibre doit alors être recherché : c'est la collaboration avec le thérapeute (72).

Pour conclure, la notion de PO regroupe de multiples formes d'engagement. La personne peut être simplement présente lors d'une activité et prendre part en ne faisant rien d'autre qu'observer tandis que sa participation active va engendrer une action dans une situation de vie réelle. La condition *sine qua none* de la participation est qu'elle suposse un échange avec un ou plusieurs tiers. Ce tiers peut prendre la forme d'un animal selon les lectures que nous avons pu faire à ce sujet. La participation n'implique pas non plus la pleine performance d'une activité, c'est-à-dire la réalisation de toutes ses composantes (son choix, son organisation et sa réalisation, etc.)

5.2. Le concept du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Le MOH de Kielhofner (15) est un modèle holistique, centré sur le patient qui s'intéresse à la signification de l'activité du sujet. Il comprend des concepts qui permettent de mieux comprendre le patient dans sa globalité et comment celui-ci s'engage dans une activité.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Pour l'auteur, l'être humain est un être occupationnel. Pour lui, l'occupation est essentielle dans l'organisation de la personne. C'est en agissant que les personnes façonnent et construisent ce qu'elles sont. Il ne peut pas y avoir de changement sans engagement dans l'activité. Il place la motivation humaine au premier plan de son modèle. Pour ce faire, ce concept est orienté sur deux types d'activités. Les activités signifiantes, qui sont importantes pour la personne, et les activités significatives, qui elles sont dirigées vers la société.

Le MOH peut se décrire en trois grandes sphères, qui sont en interaction permanente. Ces trois parties sont la personne (l'être), l'activité (l'agir) et le devenir. Une schématisation du processus d'adaptation occupationnelle de ce modèle est présente ci-dessous.

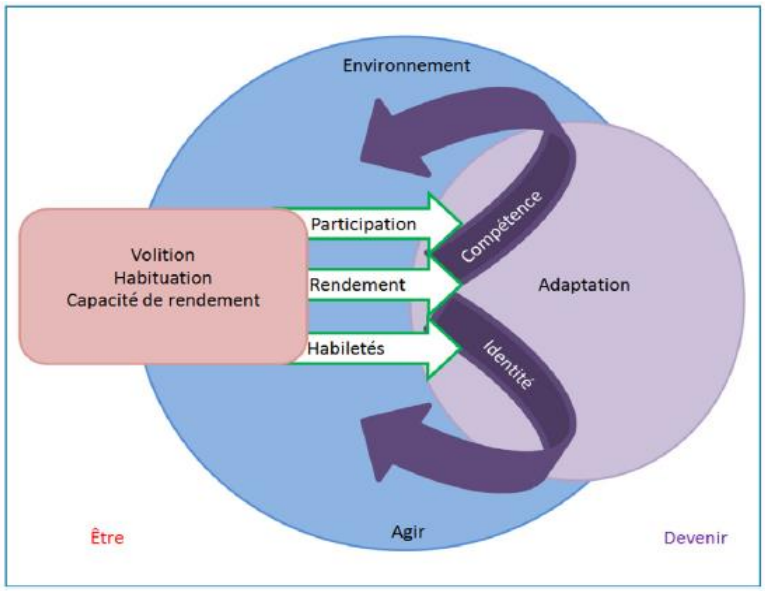


Figure 1 : Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) -
D'après Kielhofner

L'être peut se comprendre selon trois composantes :

- La volition est la sphère motivationnelle du sujet. Elle lui permet de faire le choix de ses activités.
- L'habituation concerne les habitudes qui régissent le quotidien de la personne. Elle fait référence aux rôles qu'elle prend dans son environnement socio-culturel.
- Les capacités de rendement ou de performance permettent l'action. Elles prennent en compte les différents systèmes physiologiques du sujet (organiques, musculosquelettique, neurologique, perceptif et cognitif) et sont donc objectives. Elles ont également une composante subjective puisque la personne a ses propres ressentis et sensations de l'activité.

Ces trois composantes sont en constante interaction avec l'environnement, qu'il soit physique ou social. Celui-ci peut être favorable au fonctionnement de la personne ou au contraire être contraignant.

L'agir est composé de trois niveaux :

- La participation est l'engagement du patient dans des activités qui lui font sens (travail, loisirs, etc.)
- La performance est l'efficience du sujet dans une AVQ (faire un gâteau, etc.)
- Les habilités sont des actions observables et judicieusement effectuées lors d'une occupation. Il en existe de plusieurs types :

Licence CC BY-NC-ND 3.0

- Motrices, renvoyant aux mouvements de personnes et d'objets.
- Opératoires, incluant la planification des actions et de leurs adaptations. Elles renvoient donc aux fonctions exécutives du sujet.
- D'interaction et de communication, influant la capacité à exprimer ses désirs et ses intentions et à adapter ses comportements sociaux.

L'agir fait donc référence aux capacités d'adaptation du patient à l'environnement. Par ses différents aspects, il développe l'identité et les compétences occupationnelles du sujet.

Un tableau représentant les dimensions de l'Agir pour une personne âgée est présent en **Annexe VI**.

Le devenir se compose de deux niveaux :

- L'identité est la perception de la personne de ce qu'elle est. Elle donne direction à son avenir. La participation contribue à sa création.
- La compétence se définit comme l'aptitude à affirmer sa participation en accord avec son identité occupationnelle. Elles incluent les attentes sociétales et les stratégies que la personne met en place afin de remplir ses responsabilités.

L'adaptation occupationnelle est construite par une identité positive. Celle-ci s'inscrit par la réalisation d'un niveau de compétence satisfaisant.

La finalité du MOH est de permettre une meilleure adaptation des activités afin que le projet d'intervention soit pertinent et personnalisé pour la personne. Les activités ainsi mises en place conduisent à optimiser l'action auprès du public atteint de démence. Dans son modèle, Kielhofner définit 3 domaines d'occupation : les soins personnels, la productivité et les loisirs.

Ainsi, par ces descriptions, nous pouvons voir que le syndrome démentiel peut impacter différentes sphères occupationnelles. En effet, les différentes composantes de l'être, de l'agir et du devenir se retrouve transformées par la survenue d'une telle pathologie.

5.2.1. L'outil dérivé du MOH : le MOHOST

Le Model Of Human Occupation Streening Tool (MOHOST), ou Outil d'évaluation de la participation occupationnelle en français, mesure la PO de la personne. Le MOHOST-USO (Une Seule Observation) permet d'observer la PO sur une seule séance. Dans cet outil, les concepts du MOH sont très présents.

La PO y est définie comme « *l'engagement dans le travail, les loisirs ou les activités de la vie quotidienne, au sein du contexte social* » (87). Elle ne correspond pas seulement à la réalisation d'une occupation mais « *au fait de faire quelque chose ayant une signification personnelle et sociale* » (87). Ainsi, faire du bénévolat, être étudiant peut conduire à la PO. Celle du sujet peut être sollicitée par la valorisation de l'individu, le fait de la guider dans la réalisation de l'activité, dans l'adaptation aux incapacités et le retour sur l'expérience vécue et les sensations associées. Ce dernier point est aussi appelé feedback (87).

La MA peut induire une forme de PO puisque le sujet va interagir avec l'animal et par voie de conséquence, prendre soin d'un autre être vivant en satisfaisant les besoins de ce dernier (boire, jouer, nettoyer en utilisant une brosse…). De plus, cette médiation va entretenir un rôle social en étant valorisée par les personnes de l'environnement proche (autres résidents, soignants, aidants familiaux…). Le thérapeute sera constamment présent afin de rassurer la personne et lui faire prendre confiance en ses compétences.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

6. Problématique

Karen Whalley Hammell, dans son discours commémoratif pour le prix Muriel Driver de 2017 (88), affirme que la place de l'ergothérapeute doit être réinventée. Il ne faut pas se restreindre à la seule prise en compte des déterminants occupationnels en ce qui concerne les trois catégories citées par Kielhofner. Il faut alors prendre en compte des occupations plus diverses que celles regroupées dans les soins personnels, la productivité et les loisirs. Même si l'AOTA considère le soin à l'animal comme une activité instrumentale de la vie quotidienne, qu'en est-il de la médiation animale ? Pouvons-nous élargir nos pratiques afin de prendre en compte cette dimension spéciale qui semble pourtant correspondre à la définition de l'occupation ?

Comme précédemment cité, les syndromes démentiels impactent de plus en plus d'individus du fait du vieillissement croissant de la population mondiale. Ceux-ci génèrent une modification des rôles sociaux et une qualité de vie amoindrie puisque ces personnes n'ont pas forcément la possibilité d'interagir avec leur environnement par le biais d'occupations signifiantes. La prise en soin de ces pathologies s'effectue en grande partie par le biais des INM au vu de l'inexistence de traitements médicamenteux complètement efficients tant sur le plan symptomatique que sur le plan de l'iatrogénie. Parmi celles-ci, la MA semble pouvoir stimuler de nombreuses sphères de la personne âgée et conduire à une plus grande qualité de vie. Enfin, elle semble recouvrir les domaines de l'occupation en ergothérapie et correspondre à la définition de la PO.

Au vu des objectifs de l'ergothérapeute quant au maintien des capacités, de l'autonomie, de l'indépendance et de la participation aux activités, nous nous interrogeons sur la mesure dans laquelle la MA avec le chien peut avoir un impact sur la participation occupationnelle des personnes atteintes de démence. Tout cela nous amène à établir la question de recherche suivante :

Dans quelle mesure la médiation animale par le chien améliore-t-elle la participation occupationnelle d'un sujet âgé atteint de démence dans une prise en charge ergothérapique ?

Pour répondre à cette problématique, les hypothèses suivantes sont posées :

- La médiation animale par le chien facilite la relation de confiance et l'adhésion aux soins,
- L'ergothérapeute est un professionnel privilégié dans la réalisation de séance de médiation animale afin de prendre en compte la participation occupationnelle de la personne âgée atteinte de démence,
- La médiation animale par le chien améliore la participation occupationnelle des sujets âgés lors des séances de médiation animale par la construction d'une identité et d'une compétence occupationnelles satisfaisantes.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

7. Méthodologie

Afin de répondre à la problématique, nous avons mis en place une méthodologie de recherche qui est détaillée dans les sections suivantes.

7.1. Description du protocole

7.1.1. Objectifs de l'étude

Dans cette étude, nous avons cherché à répondre à plusieurs objectifs :

- Décrire l'état de la pratique actuelle de la médiation animale assistée par le chien.
- Recueillir des points de vue professionnels sur la relation de confiance et l'adhésion aux soins de la personne lorsqu'elle est accompagnée par la médiation animale.
- Mettre en avant la place prépondérante de l'ergothérapeute dans la prise en compte de la participation occupationnelle.
- Apprécier l'impact de la médiation animale avec le chien sur la participation occupationnelle des personnes âgées atteintes de démence.

7.1.2. Type d'étude et déterminants du protocole

Cette étude a comparé les pratiques des différents professionnels exercant la médiation animale avec le chien. Pour cela, nous avons constitué deux groupes distincts :

- Le groupe 1 était constitué de professionnels non ergothérapeutes.
- Le groupe 2 était constitué d'ergothérapeutes diplômés d'Etat.

Nous avons souhaité prendre deux groupes que leurs effectifs rendaient significativement représentatifs. Une homogénéité dans la composition numéraire des deux groupes était également préférable.

7.2. Description de la population cible

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
- Professionnels issus de toutes professions dans le domaine de la santé, du social et du comportement animalier - Effectuer des séances de médiation animales avec le chien - Effectuer ces séances auprès de personnes âgées atteintes de démences - Effectuer ces séances dans n'importe quel type de structure	- Ne pas effectuer de séances de médiation animale avec le chien - Ne pas effectuer ces séances auprès de personnes âgées atteintes de démences

Tableau 1 : Critères d'inclusion et de non-inclusion à l'étude

Licence CC BY-NC-ND 3.0

7.3. Mise en place du protocole

7.3.1. Choix de l'outil de recherche

Pour atteindre nos objectifs, nous avons cherché à reccueillir des informations auprès de la population cible. Nous pouvions pour cela utiliser des entretiens ou des questionnaires. Nous avons choisi de privilégier les questionnaires.

D'une part, au moment de l'étude en France, il existait peu d'ergothérapeutes qui utilisaient la MA avec le chien dans leur pratique. De plus, ils étaient répartis sur l'ensemble du territoire français. Les rencontrer dans le cadre d'un entretien aurait été compliqué à mettre en place. D'autre part, l'utilisation de questionnaires permettait d'obtenir des résultats plus généraux, contrairement aux entretiens, dont les réponses sont généralement plus subjectives et presque entièrement qualitatives. Ainsi, par le biais d'un questionnaire, nous avons pu obtenir des données quantitatives aussi bien que qualitatitves.

7.3.2. Recherche de contacts

Aucune base de données ne répertoriait à ce jour tous les professionnels utilisant la MA par l'intermédiaire d'un chien dans leur pratique. C'est pourquoi nous avons dû nous rapprocher de plusieurs organismes afin d'obtenir un maximum de coordonnées.

En expliquant notre démarche et le public visé par notre enquête, nous avons d'abord contacté l'Institut Français de Zoothérapie (IFZ). Ils ont alors pu nous transmettre des adresses mail d'ergothérapeutes ayant suivi une formation de MA non spécifique à la pratique avec un chien. De plus, il existait un organisme cordonné par l'IFZ qui regroupait les professionnels ayant suivi leur formation et pratiquant la MA. Nous avons donc collecté ces adresses afin de leur envoyer un mail d'invitation pour répondre au questionnaire établi.

Le questionnaire a également été diffusé par l'intermédiaire des réseaux sociaux notamment sur plusieurs groupes dédiés à la pratique de la MA regroupant des professionnels de formations initiales diverses. Des relances ont été effectuées sur une période d'un mois et demi afin d'avoir le plus de réponses possibles.

7.3.3. Construction et description du questionnaire

Afin de réaliser notre enquête et de la diffuser, nous avons choisi de la construire à l'aide de la base internet Sphinx. Cela permettait en effet d'envoyer des questionnaires et d'en recevoir directement les réponses par Internet. Cela facilitait le traitement des données en vue de l'exploitation des résultats. L'enquête débutait par une présentation rapide et une brève explication du sujet de recherche et de la démarche entreprise. La dernière partie était constituée des remerciements. Le questionnaire se trouve en **Annexe VII**.

Cette enquête se divisait en 6 parties appelées respectivement :

- « Informations générales »,
- « Les séances de médiation animale »,
- « Objectifs et apports de la médiation animale avec le chien sur les personnes âgées atteintes de démence »,
- « La participation occupationnelle des personnes âgées atteintes de démence lors des activités »,
- « Données complémentaires » et,
- « Observation éventuelle de la participation occupationnelle d'un sujet pris en soin ».

Licence CC BY-NC-ND 3.0

7.3.3.1. Informations générales

Pour débuter le questionnaire, nous avons choisi de collecter des informations générales permettant de mieux identifier la population professionnelle exerçant la MA avec le chien auprès de personnes âgées atteintes de démence.

Cette section était composée de 10 questions dont une n'était pas obligatoire. Ces questions étaient destinées à relever le sexe des intervenants ainsi que leur formation initiale avec l'année de son obtention. En ce qui concerne la pratique spécifique de la MA, il leur a été demandé s'ils avaient suivi une formation spécifique à la pratique de ces interventions non médicamenteuses pour ensuite leur demander depuis combien de temps ils la pratiquaient avec la population des personnes âgées atteintes de démence et également leur nombre d'années d'expérience avec une autre population. Nous avons choisi de collecter également les informations concernant leur(s) établissement(s) d'intervention et enfin leur(s) motivation(s) à travailler avec un chien dans leur pratique de la MA. La dernière question leur permettait de développer la précédente s'ils le jugeaient nécessaire.

7.3.3.2. Les séances de médiation animale

Cette section était composée de 16 questions. Les quatre premières questions étaient consacrées aux critères d'inclusion et d'exclusion aux séances de MA. Ensuite, le type de séance (individuelle ou collective), leur durée et leur fréquence étaient abordées afin de mieux percevoir le cadre environnemental, temporel et thérapeutique des interventions proposées. Deux questions interrogeaient les professionnels sur les outils d'évaluation mis en place pour quantifier l'impact de leurs séances et leurs formes. Les trois dernières questions de la section étaient centrées sur la co-animation éventuelle des séances individuelles ou de groupe et la formation des co-animateurs.

7.3.3.3. Objectifs et apports de la médiation animale avec le chien sur les personnes âgées atteintes de démence

Cette section était composée de 16 questions. Les deux premières portaient sur les objectifs thérapeutiques des différents professionnels lors de leurs séances. Les deux questions suivantes se focalisaient sur les activités pratiquées lors de leurs interventions. Deux questions étaient ensuite centrées sur la stimulation de ces activités sur une composante du MOH : la compétence occupationnelle. Deux autres questions s'orientaient sur la relation thérapeutique liée à la présence du chien. Huit questions étaient ensuite dirigées vers l'adhésion aux soins des personnes âgées atteintes de démence lors et en dehors des séances de MA.

7.3.3.4. La participation occupationnelle des PAAD lors des activités

Cette section débutait par une description de ce qu'était la PO afin de pouvoir renseigner les professionnels sur cette notion pour qu'ils puissent répondre aux questions qui suivaient. Celles-ci étaient au nombre de 12. Trois questions se concentraient sur l'intérêt porté par les professionnels dans leur pratique à la notion de PO et par la façon dont ils la prenaient en compte. La question suivante se focalisait sur les éléments qui favorisaient, selon les professionnels, la participation d'une personne atteinte de démence à une activité spécifique. Ensuite, deux questions étaient orientées sur les problématiques de participation aux activités de la vie quotidienne des personnes âgées atteintes de démence. Les 4 questions suivantes étaient centrées sur l'impact des séances de MA sur la PO, pendant et après ces prises en

Licence CC BY-NC-ND 3.0

soin. Les deux dernières questions interrogeaient les professionnels sur leurs connaissances du modèle conceptuel du MOH et de l'un des outils associés à ce modèle conceptuel, le MOHOST. Ces deux questions n'étaient pas affichées pour les ergothérapeutes répondant au questionnaire.

7.3.3.5. Données complémentaires

Cette section était composée d'une unique question à expression libre permettant aux professionnels de rajouter quelque chose sur l'ensemble du sujet de recherche qui n'aurait pas été abordé dans le questionnaire. Le questionnaire s'arrêtait sur cette section pour tous les professionnels exceptés pour les ergothérapeutes.

7.3.3.6. Observation éventuelle de la participation occupationnelle d'un sujet pris en soin

Cette section était uniquement à destination des ergothérapeutes et comportait 4 questions. Elle débutait par une brève présentation du MOH et du MOHOST et la proposition d'effectuer une observation sur un nombre restreint de sujets à l'aide du MOHOST-USO. Comme précédemment cité, il permettait l'observation de la PO auprès de toute population. En effet, nous souhaitions pouvoir obtenir des grilles d'observation de personnes âgées atteintes de démence sur une même activité avec l'absence du chien sur une séquence et la présence de ce dernier sur une autre séquence. Cette section comportait deux questions sur la connaissance du MOH et du MOHOST par les ergothérapeutes répondants. Leur consentement afin de les contacter par mail leur a été ensuite demandé. En effet, il nous aurait été bénéfique d'avoir une observation de la PO de sujet(s) choisi(s) par leurs soins. Une dernière question portait sur les moyens de les contacter par mail s'ils avaient consenti à être contactés.

7.3.3.7. Déroulement de l'enquête

Le questionnaire était resté à la disposition des professionnels durant 1 mois et demi. Durant cet intervalle, les réponses ont été rassemblées dans la section « Données » de la plateforme « Sphinx ». Ensuite, il nous a fallu exporter directement les données dans un document Excel. De cette manière, toutes les réponses ont été directement enregistrées dans ce même fichier, ce qui a permis d'en faciliter le recueil. Ceci a également permis une meilleure visibilité des résultats obtenus, et a facilité le traitement de ces derniers dans le but de construire la partie « Résultats » de notre étude.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

8. Résultats

8.1. Description de l'échantillon

La méthodologie mise en place nous a permis de collecter 33 réponses de professionnels exerçant la MA auprès des PAAD. Parmi ces 33 réponses, nous pouvons individualiser 32 femmes et 1 homme. Ci-dessous, un tableau récapitulatif du nombre de participants compte tenu de leur profession.

	Effectifs	% Obs.
Ergothérapeute	6	18,2%
Psychologue	2	6,1%
Assistant(e) de Soins en Gérontologie	3	9,1%
Psychomotricien(ne)	1	3%
Infirmier(e)	4	12,1%
Aide-soignant(e)	5	15,2%
Kinésithérapeute	0	0%
Orthophoniste	3	9,1%
Aide Médico-Psychologique (AMP)	1	3%
Animateur(trice)	0	0%
Autre, préciser	8	24,2%
Total	**33**	**100%**

Tableau 2 : Répartition des différents répondants en fonction de leur profession

La catégorie professionnelle « autre » regroupait deux assistantes sociales, deux comportementalistes animaliers, deux intervenantes en MA, une éducatrice sportive et une éducatrice technique spécialisée en MA.

Dans cet échantillon de 33 personnes, nous avons choisi de distinguer deux groupes :

- Le **groupe 1** représentait les professionnels qui n'étaient pas ergothérapeutes de formation initiale et qui correspond à 81,8 % des réponses.
- Le **groupe 2** représentait les ergothérapeutes diplômés d'Etat et correspond à 18,2 % des réponses.

8.1.1. Le groupe 1

Ce groupe se composait de 27 personnes parmi lesquels se trouvaient 26 femmes et 1 homme.

L'année moyenne d'obtention du diplôme des répondants était l'année 2007 (min : 1972 et max : 2017). Le plus haut pourcentage relevé était de 40,7 % dans la période de 2013 à 2017.

En ce qui concerne la formation des professionnels à la pratique de la MA, ils étaient 84,8% à avoir bénéficié d'une formation spécifique à cette pratique. Ils ont exercé la MA depuis 11 ans et plus pour 9,1% et depuis 1 à 2 ans pour 45,5%.

Ils étaient 19 à citer les EHPAD comme leur lieu d'intervention. Ce lieu d'exercice était donc majoritaire.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

8.1.2. Le groupe 2

Ce groupe se composait de 6 ergothérapeutes de sexe féminin.

L'année moyenne d'obtention de leur diplôme était l'année 2007 (min : 2000 et max : 2015). 3 d'entre elles ont été diplômées entre 2000 et 2003 et 3 autres entre 2011 et 2017.

Elles étaient 83,3% à avoir bénéficié d'une formation spécifique à la zoothérapie. Leurs années d'expérience de la pratique de la MA sont récapitulées dans le tableau ci-dessous.

	Effectifs	% Obs.
2	2	33,3%
3	2	33,3%
10	1	16,7%
15	1	16,7%
Total	**6**	**100%**

Tableau 3 : Années d'expérience des ergothérapeutes dans la pratique de la médiation animale

Elles étaient 5 à citer un EHPAD comme lieu d'intervention pour leur pratique de la MA. Deux situaient également cette pratique au sein d'un hôpital gériatrique.

8.2. Relation thérapeutique et adhésion aux soins

Pour ces notions, nous avons choisi de présenter les résultats globaux de l'enquête puisqu'aucune différence ne semblait notable sur l'ensemble des deux groupes. Les résultats suivants représentent donc les réponses du groupe 1 et du groupe 2.

Les professionnels des deux groupes étaient unanimement convaincus que la relation de confiance était favorisée grâce à la présence du chien. Parmi les raisons qui selon eux favorisaient la relation de confiance, il a souvent été fait référence au fait que le chien ne jugeait pas. De plus, l'affection qui était rapidement développée envers l'animal était, pour les différents professionnels, souvent transférée sur l'intervenant qui accompagnait le chien. Ainsi, un résident a exprimé à une professionnelle le fait que *« les personnes qui aiment les animaux et qui prennent correctement soin d'eux sont forcément de belles personnes »*.

En ce qui concernait l'avis des professionnels quant à la question « l'adhésion aux soins des personnes âgées est-elle facilitée dans le cadre de séances de médiation animale ? », ils ont répondu de la manière suivante :

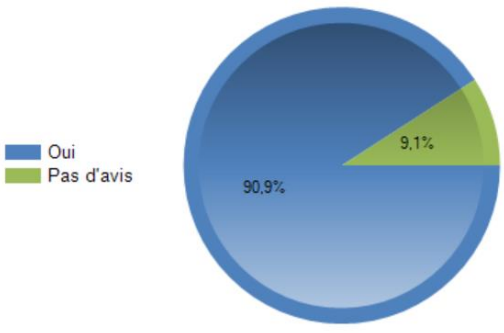


Figure 2 : Répartition des réponses concernant l'adhésion aux soins des personnes âgées atteintes de démence dans le cadre des séances de médiation animale

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Les 9,1% des « pas d'avis » représentaient 3 professionnels. Ceux-ci étaient de formations initiales suivantes : assistante de soins en gérontologie, comportementaliste animalier, aide-soignante.

Ces résultats ont été confirmés par la comparaison entre l'estimation des refus de séances classiques et celle des refus de séances de MA.

Les refus de séances « classiques » étaient côtés à 17% pour le groupe 1 et 36% pour le groupe 2. Les raisons de ces refus étaient classées en fonction de leur répétition par les professionnels du groupe 2 dans la figure suivante. Les refus de séances de MA étaient estimés à 9% pour le groupe 1 et 6% pour le groupe 2. Une diminution de 8% pour le groupe 1 et de 30% pour le groupe 2 entre les deux types de séance a donc été notée. En ce qui concerne les raisons de ces refus de se rendre à ces deux types de séances, elles sont représentées par le graphique ci-dessous.

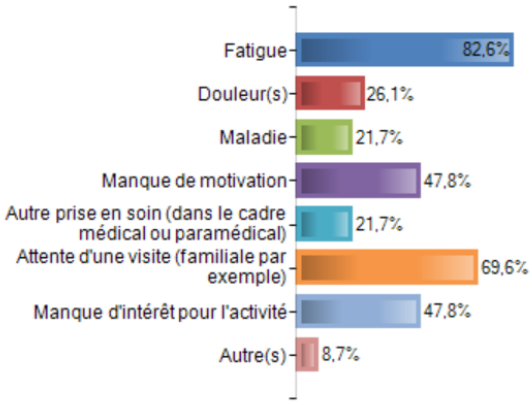


Figure 3 : Estimation des raisons de refus de prise en soin « classique »

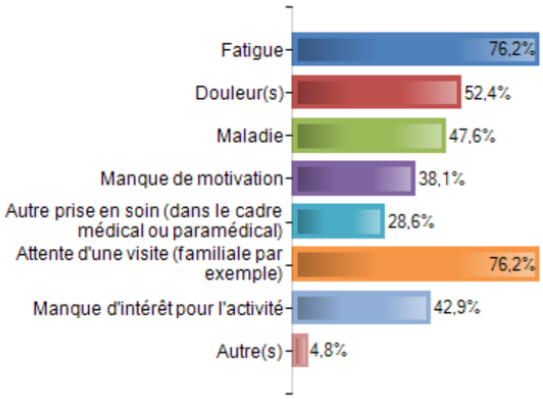


Figure 4 : Estimation des raisons de refus de séances de médiation animale

Une diminution de 9,7% a été notée pour l'item « manque de motivation » et une baisse de 4,9% a été constatée pour l'item « manque d'intérêt pour l'activité » en ce qui concernait les séances en présence ou non de l'animal.

Les professionnels ont jugé que l'adhésion aux soins était renforcée par le fait que le chien était un catalyseur social. Les personnes âgées voulaient lui faire plaisir, le voir, le caresser… Il apaisait et décentrait de la notion de soins. Les aînés prenaient alors un nouveau rôle, comme le dit une participante : « *la possibilité de vivre une situation du prendre soin inversé (par rapport à l'animal, la personne âgée est cette fois-ci celle qui prend soin, il y a inversion des rôles) ».* Ils agissaient alors sans se rendre compte qu'ils étaient toujours en situation de soin et que l'intervention avait un but défini dans leur prise en soin. Cette notion a été clairement retrouvée dans le discours de 12 professionnels, soit près d'un tiers de notre échantillon. L'aspect motivationnel de la présence du chien a été également noté par 8 professionnels. Pour plusieurs professionnels, le chien permettait également de rassurer la personne âgée et d'augmenter son estime de soi.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

8.3. Objectifs et effets de la médiation animale

8.3.1. Pour le groupe 1

Concernant les objectifs principaux des séances de MA, les professionnels du groupe 1 ont répondu de la manière suivante.

	Importance	Effectifs	% Obs.
Améliorer / Maintenir la mobilité	3,52	22	81,5%
Améliorer / Maintenir les capacités cognitives	4,11	24	88,9%
Améliorer / Maintenir la stimulation des fonctions sensorielles	4,11	26	96,3%
Favoriser la communication (verbale ou non-verbale)	4,33	26	96,3%
Transférer les acquis dans les activités de la vie quotidienne	1,81	17	63%
Autre(s)	0,89	7	25,9%
Total		**27**	

L'importance est calculée comme le rang moyen auquel la modalité a été citée.

Tableau 4 : Principaux objectifs des professionnels dans leur pratique de la médiation animale – Groupe 1

Les 7 réponses de la catégorie « autre(s) » étaient : « *Consacrer du temps aux personnes / entrer en relation avec elles* », « *Faciliter l'adaptation au lieu de vie pour les nouveaux résidents* », « *Objectifs psychologiques* », « *Réminiscences et émotions* », « *Diversion lors des soins, accompagnement de fin de vie, éviter le syndrome de glissement* », « *Plaisir et recherche de bien être* » et « *Rompre l'isolement, favoriser le lien social* ».

En ce qui concernait l'intérêt des séances de MA sur la compétence et l'identité occupationnelle des PAAD, les professionnels ont estimé les différents items proposés comme suit :

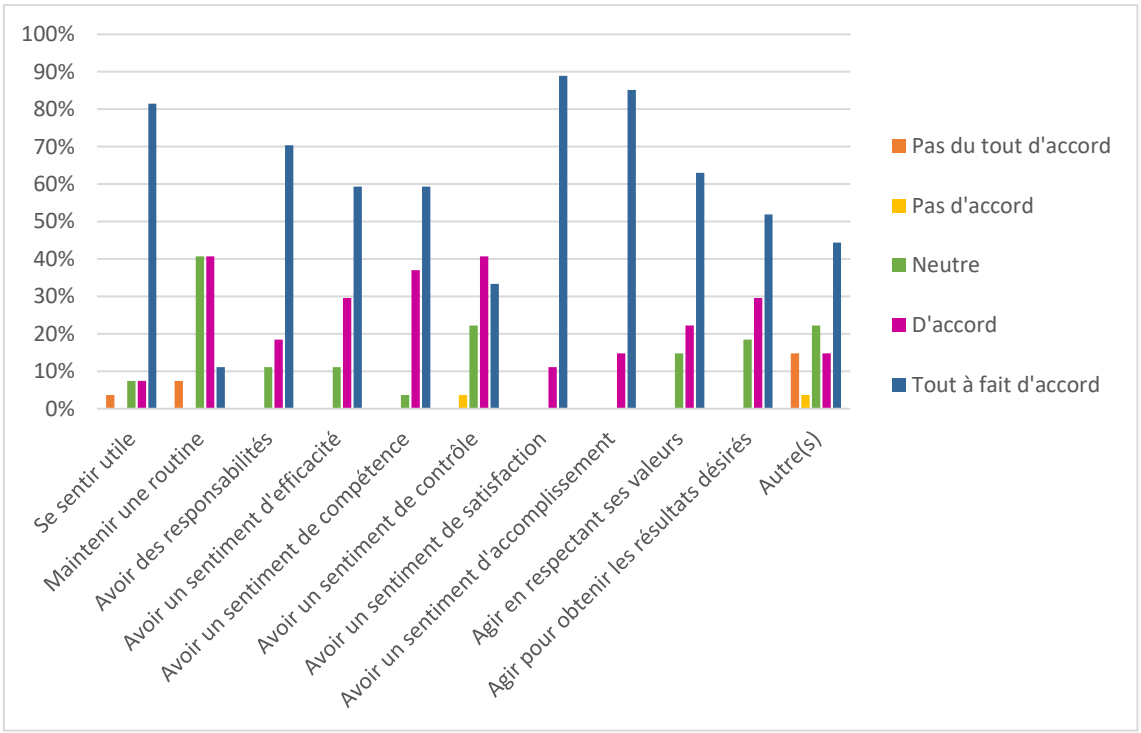


Figure 5 : Stimulation des différentes sphères de la compétence occupationnelle (selon le MOH) dans les séances de médiation animale – Groupe 1

Licence CC BY-NC-ND 3.0

D’après ce graphique, les points les plus notables étaient :

- Tous les items, excepté deux d’entre eux (avoir un sentiment de contrôle et maintenir une routine), retrouvaient un pourcentage plus haut dans la cotation « tout à fait d’accord ».
- Les items « avoir un sentiment de contrôle » et « maintenir une routine » se retrouvaient avec un pourcentage plus haut dans la deuxième catégorie positive « d’accord ».

De plus, certains professionnels ont répondu par des explications plus précises pour la catégorie autres. Certains propos se rapportaient directement à la sphère occupationnelle comme « *devenir acteur* », « *garder un lien avec le monde extérieur* », « *participer de façon active et consciente à une activité ludique* ». Plusieurs professionnels nommaient également le bénéfice de « *lien social* ». Les autres dires des professionnels étaient moins en rapport avec des bénéfices dans le domaine de la science de l’occupation.

8.3.2. Pour le groupe 2

Concernant les objectifs principaux, les professionnels du groupe 2 ont répondu de la manière suivante.

	Importance	Effectifs	% Obs.
Améliorer / Maintenir la mobilité	3,17	4	66,7%
Améliorer / Maintenir les capacités cognitives	3,5	5	83,3%
Améliorer / Maintenir la stimulation des fonctions sensorielles	2,67	4	66,7%
Favoriser la communication (verbale ou non-verbale)	4,67	6	100%
Transférer les acquis dans les activités de la vie quotidienne	2,17	4	66,7%
Autre(s)	2,17	3	50%
Total		**6**	

L'importance est calculée comme le rang moyen auquel la modalité a été citée.

Tableau 5 : Principaux objectifs des ergothérapeutes dans leur pratique de la médiation animale – Groupe 2

La catégorie autre(s) regroupait les réponses suivantes : « *Permettre l'expression d'un désir, d'une motivation* », « *Réminiscence* » et « *Maintenir un élan vital en limitant l'apathie* ».

D’après la figure 6 ci-dessous concernant les sphères de l’identité et de la compétence occupationnelle stimulées par la MA avec le chien selon les professionnels du groupe 2, les points les plus notables étaient :

- Les différents items ont été évalués avec des cotations positives et selon les ergothérapeutes, ils étaient mobilisés lors des séances de MA.
- Seul le sentiment d’efficacité n’a pas été associé à une cotation positive forte à son plus haut pourcentage.

De plus, tous les ergothérapeutes ont répondu par des explications plus précises pour la catégories « autre(s) ». Ainsi, nous avons retrouvé : « *sentiment d’existence, d’action* », « *motivation* », « *avoir un rôle à jouer* », « *plaisir* ». Deux ergothérapeutes notaient également chez la personne bénéficiaire en MA son « *rôle aux yeux des autres résidents* » et l’« *image positive d’elle qui modifie le regard des autres* ». Une ergothérapeute exprimait le fait que les autres « *regardent différemment celui qui est avec le chien, voire plus tard l'identifie au chien*

Licence CC BY-NC-ND 3.0

même quand ce dernier n'est pas là ». Ainsi, la « *valorisation , la confiance en soi et l'estime de soi* » ont été apportées aux bénéficiaires de MA.

En ce qui concerne la stimulation des différentes sphères de la compétence et de l'identité occupationnelle lors des séances de la MA, les professionnels du groupe 2 ont estimé leurs convictions comme suit :

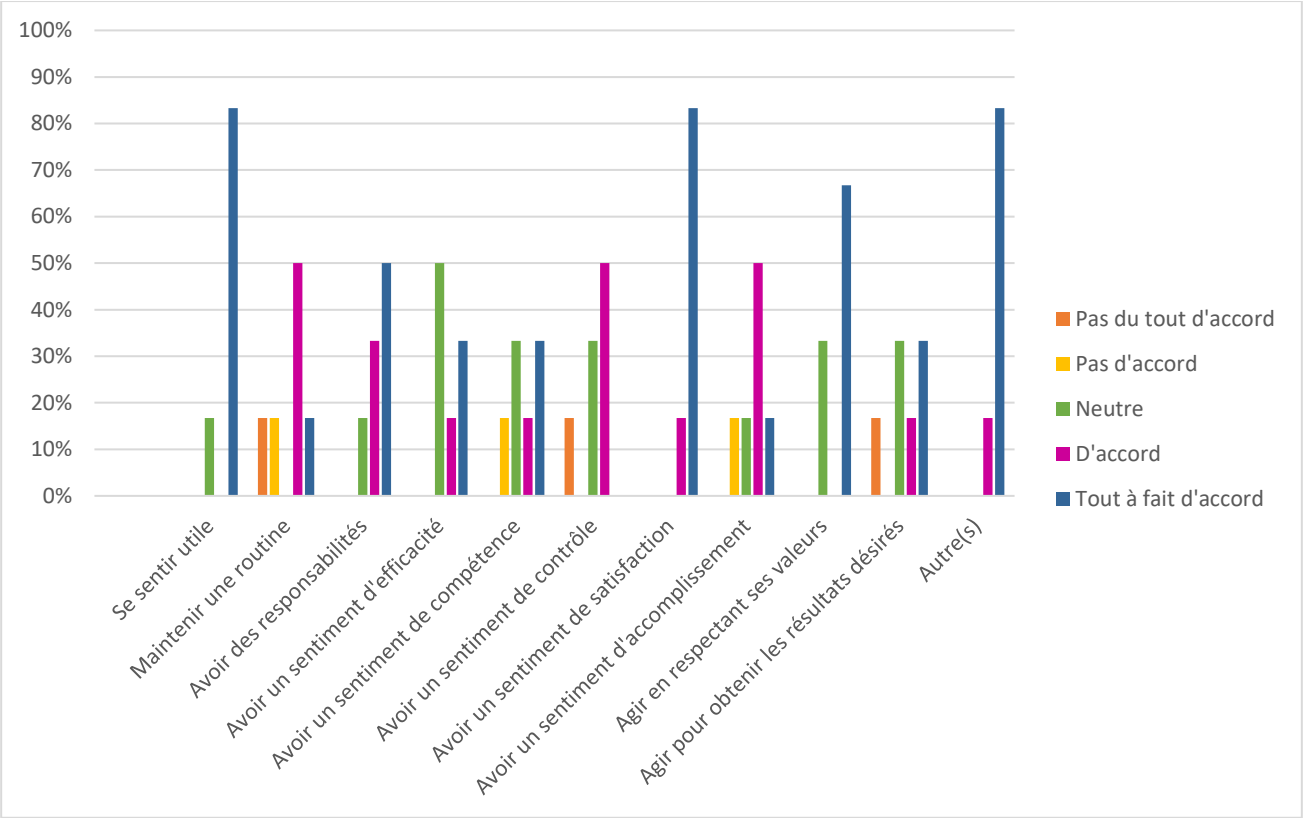


Figure 6 : Stimulation des différentes sphères de la compétence occupationnelle (selon le MOH) dans les séances de médiation animale – Groupe 2

8.4. Participation occupationnelle

8.4.1. Pour le groupe 1

En ce qui concernait les résultats, 70,4% des professionnels non-ergothérapeutes semblaient percevoir l'intérêt de cette notion, contre 22,2% qui n'étaient pas sensibilisés à celle-ci et 7,4% « ne savaient pas ». Parmi ces professionnels, 63% l'ont prise en compte dans leurs pratiques de la MA. 85,2% de ces professionnels considéraient que les personnes âgées atteintes de démence présentaient des problématiques liées à leur participation dans les activités de la vie quotidienne.

Les professionnels, qui ont pris en compte cette notion de participation, évoquaient différents procédés et moyens par lesquels ils y parvenaient. Certains d'entre eux citaient des outils d'observation et d'autres du matériel mis à la disposition des personnes pendant les activités. Un des professionnels a dit pratiquer « *des activités de la vie de tous les jours* » *comme « donner à boire au chien puis arroser les plantes* » ou encore « *donner à manger au chien puis mettre la table* ». Un autre a dit proposer « *aux personnes de [l']aider à prendre soin de [s]on chien, en le sortant avec [lui], en le brossant, en lui proposant des activités qu'il*

Licence CC BY-NC-ND 3.0

aime ». Plusieurs d'entre eux ont précisé qu'il était important de « *laisser le choix à la personne de faire* » en cherchant « *des objectifs motivants que les personnes vont vouloir essayer d'atteindre* ». Une des professionnels évoquait le fait que « *lors de la construction d'un programme de médiation animale, [elle abordait] toujours cette notion. Dans le cadre de [s]es actions, [elle] essa[yait] de construire un programme [visant] à favoriser la participation volontaire*. ».

En ce qui concerne la vision des professionnels sur ce qui pouvait favoriser la participation d'un sujet âgé atteint de démence à une activité spécifique, un professionnel citait « *l'accompagnement via la philosophie des approches non médicamenteuses* ». Un autre évoquait le fait de « *ne pas forcer et adapter l'exercice au bénéficiaire. [De] ne jamais mettre en échec* ». Un des professionnels exprimait également : « *le fait que le soignant se focalise pendant un temps donné sur cette personne lui montre de l'intérêt et [il] ne la voit plus comme un « patient » mais comme une personne. Dès que cela est acquis, n'importe quelle activité est possible, même avec les personnes âgées les plus démentes, car on sera toujours à leur portée* ». Un des professionnels abordait également le fait que « *se sentir utile, donner un sens* » était primordial pour que la participation de la personne âgée soit favorisée. La motivation et l'intérêt pour l'activité proposée étaient également retrouvés plusieurs fois. L'affect et la relation avec l'animal étaient également cités plusieurs fois ainsi que « *la manière dont l'activité [était] présentée et l'état émotionnel à l'instant T* ». La réminiscence positive semblait être un concept important pour plusieurs professionnels.

Les professionnels relataient des difficultés dans les activités de la vie quotidienne, notamment les loisirs, les soins personnels, le refus d'autres activités, le manque d'intérêt pour les autres ateliers…

Ils étaient 85,2% à noter des évolutions de participation **lors des séances** de MA. Toutefois, ils n'étaient plus que 81,5% à exprimer une participation augmentée lors de ces séances tandis que 18,5% disaient que la participation était stable. **Après les séances** de MA, les professionnels notaient une participation augmentée dans 66% des situations et ils étaient 37% à considérer la participation comme stable.

Enfin, 92,6% d'entre eux ne connaissaient pas le modèle conceptuel du MOH et 88,9% l'outil du MOHOST.

8.4.2. Pour le groupe 2

La notion de PO parlait à 66,7% des ergothérapeutes du groupe 2, mais une d'entre elles n'était pas du tout sensibilisée à cette notion et la sixième a choisi la proposition « ne sais pas ». La PO était donc prise en compte par 50% d'entre elles tandis que 33,3% ne s'en préoccupaient pas et que la dernière a coché « ne sait pas ». Deux ergothérapeutes qui prenaient en compte cette notion l'ont fait par les procédés suivants :

- « *Trouver une activité signifiante et significative, valorisante pour le résident. Lui donner un rôle, même si c'est temporaire, le temps de la séance. Lui redonner une activité de loisir, voire productive.* »
- « *Demande[r] à la personne ce qu'elle souhaite faire, observation des mimiques…* »

Selon l'expérience des 6 ergothérapeutes, la participation du sujet âgé atteint de démence a été favorisée par :

- « *Son intérêt* »,
- « *La confiance, la juste proposition de l'activité face à ses aptitudes, le plaisir* »,

Licence CC BY-NC-ND 3.0

- « *La patience et le respect de ses moments de pause, venir avec des activités plaisantes* »,
- « *Son intérêt pour le médiateur* »,
- « *Si elle a déjà beaucoup réalisé l'activité par le passé et appréciait, une autonomie et indépendance restent parfois conservées alors que les troubles sont fortement présents. La présence des objets spécifiques à l'activité suffit parfois à ce que le résident s'en munisse de lui-même* »,
- « *Lorsque l'activité est simple, ludique et lorsqu'elle est en corrélation avec l'histoire de vie du patient* ».

Les ergothérapeutes étaient unanimes sur le fait que les personnes prises en soin dans le cadre de la MA présentaient des problématiques de participation aux activités de la vie quotidienne. Pour ces professionnelles, ces problématiques se répercutaient notamment dans les domaines suivants :

- « *Refus de soins et/ou de toilettes, déambulation sans fin* »,
- « *En EHPAD la participation occupationnelle est rudement mise à mal, d'autant plus pour les personnes avec une démence* »,
- « *Autonomie dans les soins, fuite des locaux, difficulté à s'intégrer aux activités car redondance importante de propos…* »,
- « *Soins personnels* »,
- « *Les personnes démentes que je rencontre participent de moins en moins aux AVQ, que cela soit dû à leur état pathologique ou au fonctionnement de l'établissement qui n'est pas stimulant ou dont les activités ne sont pas adaptées, les soignants non formés* »,
- « *Soins personnels, loisirs, déambulation, échanges* ».

Cinq ergothérapeutes ont noté des changements de participation **lors des séances** de MA et la sixième « ne savait pas ». Pourtant, elles étaient unanimes sur le fait que, lors des séances de MA avec le chien, la participation du sujet âgé atteint de démence était augmentée. **Après les séances** de MA, les effets semblaient moins pérennes puisque 4 des 6 ergothérapeutes ont observé une modification de participation tandis que les deux autres n'ont pas fait référence à un changement particulier. Les modifications ont été estimées par une augmentation de la participation pour 4 d'entre elles et les 2 autres ergothérapeutes ont relaté une participation stable.

En ce qui concerne le MOHOST pour le groupe 2, elles étaient 83,3% à connaître le MOH et 50% connaissaient également le MOHOST.

Nous n'avons pas pu récolter des observations de sujets pris en soin de la part d'ergothérapeutes dans le cadre du MOHOST-USO.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

9. Discussion

9.1. Description professionnelle de la PO des PAAD lors de MA

Dans ce mémoire d'initiation à la recherche, j'ai souhaité m'intéresser à la pratique de la MA auprès de PAAD et plus particulièrement au lien qu'il pourrait y avoir entre ces séances et la PO de ces individus. D'après les résultats présentés ci-dessus, il semble que les professionnels soient d'accord pour énoncer le fait que les PAAD présentent des problématiques en lien avec la PO comme le suggère l'article de Mary Egan (89). Les problématiques relevées par les professionnels sont également en rapport avec ceux de l'étude précedemment citée. De plus, un grand nombre de professionnels, qu'ils soient ergothérapeutes ou non, ont pu observer que la PO de ces sujets était augmentée lors des séances de MA. Certains d'entre eux évoquent même une augmentation de la participation après les séances bien que nous n'ayons pas pu quantifier la durée et le caractère reproductible de celle-ci.

Nos résultats vont dans le sens de ceux avancés par plusieurs études traitant de la participation mais pas seulement d'un point de vue occupationnelle. En effet, l'étude de Sung et al. (90) traite de la participation à l'activité de MA mais avec des animaux non vivants comme le phoque PARO (56). L'étude de KAWAMURA et al. (91) présente les effets de la MA sur différentes sphères atteintes dans la démence. Ces atteintes viennent gêner le fonctionnement au quotidien des personnes âgées et donc leur participation. Les auteurs précisent également que la participation active des personnes aux séances leur permet d'améliorer leurs fonctions cognitives ainsi que leur communication pendant au moins 6 mois puisque l'étude porte sur une période plus longue que dans la plupart des autres études. La dernière étude de Bernstein et al. (92) porte essentiellement sur la composante sociale de la participation mais, comme vu précedemment, celle-ci est essentielle dans la réalisation de la PO, cette dernière s'effectuant dans une sphère sociale en premier lieu.

La littérature sur la PO des aînés atteints de démence est, à l'heure actuelle, pauvre et aucune étude rondement menée n'a pu faire ressortir de résultats significatifs qui permettraient de corroborer les résultats qu'expriment les professionnels dans notre enquête. Une étude de 2016 (93) permet toutefois d'entrevoir les bienfaits d'activités significatives sur le bien-être, la qualité de vie et la valorisation des personnes atteintes de démence qui résident en établissements de soin.

En ce qui concerne les différentes sphères de la compétence occupationnelle stimulées par la MA, nous pouvons interpréter les résultats comme suit :

- Pour le groupe 1, qui semble moins bien connaître les concepts occupationnels :
    - Les professionnels ayant peu de connaissances dans le domaine de l'occupation ont une vision moins objective des stimulations puisque le vocabulaire employé leur est étrangé et fait appel aux définitions communes sans nuance véritable entre les différentes notions.
    - Toutefois, ils semblent percevoir un intérêt fort à la pratique de la MA dans la sphère occupationnelle. Ces résultats sont à mettre en corrélation avec le taux de professionnels exprimant la prise en compte de l'occupation dans leur pratique.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

- Pour le groupe 2, qui semble mieux connaître les concepts occupationnels :
    - Leur vision plus objective de la PO et de sa situation dans le MOH suppose une nuance plus forte entre les différents termes. En effet, certains termes qui peuvent se chevaucher ne sont pas côtés de la même façon ce qui laisse supposer une perspective différente de celle des professionnels du groupe 1.
    - De plus, sans indication et en expression libre, les ergothérapeutes ont donné des réponses qualitatives qui se rapportent grandement aux domaines de l'occupation. Ceci vient affirmer le rôle que peuvent avoir les séances de MA avec le chien dans ce domaine.

Ainsi et selon la description des composants du MOH, les domaines de la compétence occupationelle semble être stimulés grâce à la MA. Pour rappel, cette compétence occupationnelle permet de maintenir une PO satisfaisante. Cette dernière permet aussi de créer une identité occupationnelle. Celle-ci correspond à ce qu'était la personne, ce qu'elle est et ce qu'elle souhaite devenir en agissant sur son environnement. Ainsi, nous pouvons supposer que puisque la MA stimule la compétence occupationnelle, elle permettra réciproquement de construire une PO et par la même occasion, de renforcer l'identité occupationnelle de la PAAD. Il peut toutefois être noté que selon les professionnels le niveau de stimulation n'est pas toujours le même. Pour les ergothérapeutes, il semble moins fort que pour les autres professionnels même si les résultats restent globalement positifs.

9.2. La pratique de la médiation animale

On peut constater que la pratique de cette médiation semble particulièrement en essor depuis quelques années, compte tenu des proportions des professionnels pratiquant la MA depuis moins de 5 ans. Ceci est corrélé avec le fait que les professionnels ont peu d'années d'expérience dans la pratique de la MA. Il est également intéressant de noter que la plupart des professionnels semble avoir été diplômée assez récemment et donc que cette médiation intéresserait plutôt les jeunes professionnels.

On constate également que la discipline n'est pas très réglementée puisque des personnes n'ayant pas de formation à la MA l'exercent tout de même.

La pratique de cette MA semble être plus courante en institution, notamment dans les EHPAD ou dans les centres hospitaliers gériatriques.

Au niveau des objectifs principaux de la MA, des différences sont notées. Ces différences s'expliquent notamment par les fondements des formations initiales des divers professionnels. De plus, peu de rééducateurs ont répondu à notre questionnaire. Les ergothérapeutes sont donc plus centrées sur les sphères améliorant le fonctionnement des personnes dans leur vie quotidienne. D'après nos résultats, le maintien des capacités cognitives et de la mobilité arrivent respectivement en deuxième et troisième position pour les ergothérapeutes tandis que les autres professionnels privilégient la stimulation des fonctions sensorielles. Les ergothérapeutes semblent alors être plus engagées dans l'amélioration des fonctions permettant une meilleure PO, car un sujet ne peut pas participer à ses occupations de manière satisfaisante si ses sphères ne sont pas correctement stimulées. Ces différences peuvent résider dans le fait que les autres professionnels semblent prendre en moyenne plus de personnes à un stade modéré ou sévère que les ergothérapeutes. Toutefois, une forte similitude existe dans la place de la communication verbale ou non verbale dans les projets d'intervention du groupe 1 et du groupe 2. En effet, ceux-ci la placent tous deux en première

Licence CC BY-NC-ND 3.0

position, montrant par ce résultat qu'elle représente un domaine particulièrement touché dans les MAAD et qui peut être richement travaillé dans le cadre de la MA avec le chien. De plus, nous avons vu dans notre revue de littérature que la sphère sociale était souvent améliorée par la MA. Ce résultat est donc en accord avec nos recherches initiales.

9.3. Relation de confiance, adhésion aux soins et médiation animale

Les professionnels sont unaniment convaincus de l'intérêt de la MA en ce qui concerne la relation de confiance. Les données qualitatives reccueillies sur ce point permettent de mettre en évidence l'affection pour le chien que les personnes âgées éprouvent naturellement, et qui se développe au fur et à mesure des séances. Cette affection sous-entend une confiance en l'animal et cette dernière semble se transférer du chien vers son propriétaire qui est donc l'intervenant.

L'adhésion aux soins semble également plus importante dans le cadre des séances de MA. Les professionnels l'expriment aisément en question fermée. Il semble toutefois que les professionels non thérapeutes éprouvent plus de difficulté envers cette question. Cela peut être expliqué par le manque de connaissance de ces professionnels en ce qui concerne la notion d' « adhésion aux soins » dans le domaine de la santé. En effet, si ceux-ci n'ont pas reçu de formation particulière ou viennent du domaine animalier, il semble logique qu'ils n'aient pas connaissance de ce concept.

En outre, les différences des taux de refus entre les séances classiques et celles de MA sont significatives dans les deux groupes. En effet, d'après nos résultats, une diminution de 8% pour le groupe 1 et de 30% pour le groupe 2 entre les deux types de séance est notée. Les raisons de ces refus ne présentent pas de différences significatives. Il peut toutefois être constaté que les domaines « manque de motivation » et « manque d'intérêt pour l'activité » sont moins élevés pour les séances de MA. En outre, les professionnels font souvent référence à l'aspect motivationnel du chien ainsi qu'à son impact social. L'estime de la personne atteinte de démences semble également être favorisée par la prise en soin d'un animal. Ces différents points semblent favorables au postulat d'un engagement plus important des PAAD lors de séance de MA. Celle-ci stimule les sphères motivationnelles qui participent à une construction occupationnelle de l'individu.

Ainsi, il semblerait que l'alliance thérapeutique de la PAAD soit favorisée par les séances de MA avec un chien. En effet, le concept d'alliance thérapeutique résulte d'une relation de confiance et contribue à créer l'adhésion au soin de la personne accompagnée.

9.4. Ergothérapie et participation occupationnelle

Comme vu au cours du cadre théorique, la notion de PO est inhérente à la pratique de l'ergothérapeute. En effet, elle fait partie du concept même de cette profession. Ceci en fait donc un professionnel privilégié dans la prise en compte de cette notion ainsi que sa mise en perspective dans la pratique. Ce résultat est corrélé par la différence de pourcentage de personnes connaissant le MOH et le MOHOST au sein des deux groupes de notre étude. Ces différences significatives indiquent que les autres professionnels ne connaissent que peu les fondements des sciences de l'occupation et par la même occasion, les outils associés pour l'évaluer. Cependant, ces différents résultats sont à nuancer compte tenu du fait que, dans la pratique de la MA, la prise en compte de la notion de PO se trouve être plus haute dans le groupe 1 que dans le groupe 2. Cette notion est donc considérée par des professionnels qui ne sont pas formés à celle-ci et qui semblent moins bien connaître ce domaine, ce qui tend à

Licence CC BY-NC-ND 3.0

un chevauchement des pratiques et un déséquilibre entre les rôles, les statuts et la fonction (dans le sens sociologique de ces termes tel que décrit dans *De l'activité à la participation* (30)) des professionnels de tous bords.

Les ergothérapeutes font souvent référence en expression libre à des stimulations du domaine de l'occupation. Il est difficile de dire si cela est intentionnel ou inconscient. Cependant, ces professionnels paraissent donc persuadés du fort impact de la MA sur les rôles que peuvent encore tenir les PAAD. Ainsi, la revalorisation de la personne peut même influer sur les autres résidents et les soignants, ce qui se révèle véritablement gratifiant pour un patient.

9.5. Biais de l'étude

Malgré les résulats positifs qui se révèlent dans l'interprétation des résultats, de nombreuses limites apparaissent également dans notre travail.

En effet, la construction du questionnaire laisse présager quelques faiblesses puisque des réponses se trouvent être contradictoires. Il aurait été préférable de nommer avec justesse toute les notions à chaque item. Ainsi, certaines questions parlent d'activité sans préciser véritablement si nous parlons d'activité au sens général ou au sens des activités de la vie quotidienne. De plus, lorsque la notion de PO est abordée, une question traite de celle-ci dans une activité spécifique sans inclure la MA en particulier. Les répondants semblent avoir mal compris cette demande. Ce biais laisse entrevoir l'importance de la justesse langagière dans la construction d'un questionnaire afin que chacun puisse le comprendre aisément. Il est nécessaire au chercheur de se mettre à la place d'un répondant, ce qui n'est pas réellement aisé à réaliser.

De plus, dans le traitement des données qualitatives, certaines réponses sont mal formulées ou orthographiées ce qui rend leur analyse impossible puisque qu'elles se révèlent incompréhensibles.

Une proportion plus importante dans l'échantillon du groupe 2 aurait également été souhaitable. En effet, ceci aurait permis de parvenir à un équilibre entre les deux groupes et aurait conduit à une analyse plus pertinente et juste. Bien qu'une réelle attention a été portée sur cet aspect, nous ne pouvons en conclure que les six ergothérapeutes représentent à eux seuls une généralisation des pratiques de la MA en ergothérapie. Les 27 autres professionnels représentent une part plus importante qui laissent supposer que l'échantillon est plus représentatif que celui des ergothérapeutes.

D'autre part, le point de vue des professionnels est certes empreint de vérité, mais le point de vue personnel qu'ils ont des bénéfices de leurs séances peut être entaché par leur propre représentation des bienfaits de la MA. Aucune observation objective et quantifiable n'a pu être réalisée. Le ressenti des apports de leur séances est donc empreint de subjectivité.

9.6. Limites et perspectives

Il est pertinent de noter le caractère temporaire de la mise en activité du sujet âgé atteint de démence. En effet, les séances peuvent uniquement être proposées dans un cadre temporel ponctuel. Il est difficilement imaginable que les bénéfices observés sur la PO puissent être pérennes sur le long terme. Le caractère stimulant de la MA est difficilement transposable dans les autres activités de la vie quotidienne du patient mais représente une alternative judicieuse dans la prise en soin.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Nous n'avons pas non plus exploré le lien entre le degré de PO des sujets âgés et leur stade dans la maladie. En effet, plus la maladie évolue, plus ces individus éprouvent des difficultés dans leur existence. Plus la pathologie évolue, plus les sphères qui font d'eux des « êtres humains », dans sa définition anthropologique, sont atteintes. Ainsi, la bipédie et la sphère langagière peuvent être citées. Ces domaines sont étroitement liés à la possibilité d'occupations plurielles et variées et à l'interaction avec le monde extérieur qui est essentiel à l'accomplissement occupationnel. Cette notion a pu toutefois transparaître dans certains de nos résultats puiqu'elle a pu inconsciemment être évoquée par les professionnels. Ceci laisse, une nouvelle fois, place à une certaine subjectivité qui augmente les faiblesses de notre étude.

De plus, il aurait été intéressant d'interroger les personnes âgées atteintes de démence. Ceci aurait pu permettre de rapporter leur ressenti des séances de MA et ainsi de collecter des informations sur leur PO dans cette activité. Il aurait fallu s'attacher à interroger des personnes ayant des capacités suffisantes pour répondre à nos questions. Ainsi, les personnes présentant une démence à un stade avancé n'auraient pas pu bénéficier de cette démarche.

Une perspective intéressante serait de pouvoir observer plusieurs PAAD lors d'occupations en présence du chien et en son absence. Cela permettrait de mieux nous rendre compte de son impact grâce à une cotation précise à l'aide de l'outil du MOHOST par exemple.

De plus, il est intéressant de noter que deux ergothérapeutes ont fait référence aux cadre institutionnel comme contraignant à la PO. Ceci laisse présager un manque de justice occupationnelle évident dans nos institutions auquel il faut que nous, thérapeutes et soignants, fassions attention. Bien sûr, les contraintes logistiques, temporelles et budgétaires des intitutions ne favorisent pas la mise en activité de nos aînés. Mais par une profonde connaissance de la personne, nous pouvons mettre en place des moments signifiants. Par exemple, lors d'un passage en chambre, nous pouvons prendre quelques instants pour chanter un couplet de chanson avec elle.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Conclusion

La personne âgée démente est fragilisée dans de nombreuses sphères de la vie quotidienne. Les représentations sociales associées à elle viennent entacher les rôles sociaux qu'elle occupait. Pour garantir une qualité de vie optimale, de nombreuses INM se sont développées afin de garantir des approches distinctes aux médicaments. La médiation animale avec le chien prend sa place dans cet aspect de prise en soin. L'objectif initial de ce travail était de montrer le lien éventuel entre la médiation animale avec le chien et la participation occupationnelle des sujets âgés atteints de démence.

D'après nos résultats, nous pouvons conclure que les professionnels estiment que les PAAD sont nombreuses à avoir des difficultés de participation occupationnelle se répercutant sur la grande majorité de leurs AVQ. Les professionnels ont également apprécié le fait que les séances de médiation animale peuvent générer un panel de stimulations propres aux sciences de l'occupation. Ainsi, la participation occupationnelle des PAAD peut être augmentée. Ces deux concepts de médiation animale et d'occupation sont en essor et se doivent donc d'être davantage explorés.

Les séances devraient prendre en compte le fait que chaque individu, entre expériences passées et histoire de vie, est un être unique. Il est donc nécessaire pour l'ergothérapeute qui intervient en médiation animale d'ajuster ses interventions et de diversifier le plus possible ses ateliers en fonction du patient. En effet, il ne peut pas trouver de sens dans une activité s'il n'est pas acteur des choix effectués. Ceci est d'autant plus important avec un public atteint de démence mais cet aspect sera plus durement réalisable avec l'évolution de la maladie.

Cet essai de recherche serait à affiner afin de permettre d'observer la participation occupationnelle de la PAAD en situation réelle. Il serait nécessaire d'observer plusieurs sujets en présence et en absence du chien afin de permettre une cotation à l'aide d'outils spécifiques. Ceci confirmerait éventuellement les résultats de cette initiation de recherche.

En tant qu'ergothérapeute, nous devons à présent prendre en compte les sciences de l'occupation dans nos pratiques de tous les jours. Le monde soignant ne semble pas avoir conscience de leur importance dans notre qualité de vie et notre bien-être. En effet, cette notion est encore trop vue sous un angle péjoratif, puisque le dogme commun semble percevoir un manque de professionnalisme dans ce domaine. En témoigne l'une des réponses sur la participation occupationnelle que nous avons pu observer au cours de la consultation des réponses à notre questionnaire : « *aucun, je ne connais pas ce concept, d'autant que je m'inscris dans un domaine de SOIN, pas d'OCCUPATIONNEL* ».

Je suis intimement convaincue que la perspective de l'ergothérapie est de faire reconnaître cette notion comme un pillier de la qualité de vie et du bien-être et, par voie de conséquence, de la santé. Il nous faudra également argumenter notre place au sein de celle-ci comme en témoigne cette étude pour que la profession d'ergothérapeute soit reconnue par tous et pour tous.

Après une année de labeur, je suis fière d'avoir achevé mon travail d'initiation à la recherche. Cette année aura été parsemée de doutes, de craintes et de difficultés concernant la réalisation de ce mémoire de fin d'études. Toutefois, en surmontant ces périodes, j'ai pu approfondir bon nombre de notions dont je ne m'étais pas complètement saisie au cours de mes trois années de formation, notamment en ce qui concerne les sciences de l'occupation. J'ai eu la chance de découvrir au cours de mon parcours la pratique de la médiation animale

Licence CC BY-NC-ND 3.0

auprès de Céline COURBET au sein du centre hospitalier d'Esquirol. Cet enrichissement m'a permis d'ancrer ce travail dans le concret et d'éveiller ma curiosité sur la pratique des soignants en santé mentale.

Cette initiation à la recherche m'a également permis d'apprendre à mener un dispositif de recherche et ce qui me paraissait, d'abord, obscur et indéchiffrable, m'est désormais plus familier et agréable. La méthode que j'ai pu appliquer dans ce travail me servira encore pendant de nombreuses années, j'en suis sûre.

Ma future profession est une discipline à la croisée des chemins : entre sciences médicales, sociologie, psychologie, philosophie, anthropologie… Un tout qui ne forme qu'un : l'ergothérapie. Je serai fière d'en porter les valeurs et les perspectives.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Références bibliographiques

1. Vanderheyden J-E, Kennes B, Pepersack T, Moulias R. La prise en charge des démences : approches transdisciplinaires du patient et de sa famille : Alzheimer, Parkinson et autres démences. Bruxelles - Paris: De Boeck Supérieur; 2009. (Questions de personne).

2. Ministère des affaires sociales et de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Bulletin officiel N°2015/9 bis Fascicule spécial; 2015.

3. Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale I. Maladie d'Alzheimer : Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. Les Editions INSERM. Paris; 2007. 654 p. (Collection Expertise collective INSERM; vol. XV).

4. Association AP. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2015. 1275 p.

5. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandation de bonne pratique : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prises en charge [Internet]. HAS; 2011. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1148883/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostic-et-prise-en-charge

6. Graff M, En Thijss M, Van Melick M, Verstraten P. L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées atteintes de démence et leurs aidants. De Boeck Superieur; 2013. 373 p.

7. Trouvé E. Vivre au quotidien avec la maladie d'Alzheimer. De Boeck Supérieur; 2011. 64 p.

8. Collège des Enseignants de Neurologie (CEN). Syndrome démentiel [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016. Disponible sur: https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/semiologie-analytique/syndrome-myogene-myopathique/syndrome-myogene-myopathique-9

9. Huang J. Démence vasculaire - Troubles neurologiques. Édition professionnelle du Manuel MSD. mars 2018;

10. Santé publique France. La maladie d'Alzheimer et les autres démences - Maladies neurodégénératives [Internet]. Santé Publique France. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-neurodegeneratives/La-maladie-d-Alzheimer-et-les-autres-demences

11. Helmer C, Grasset L, Pérès K, Dartigues J-F. Evolution temporelle des démences : état des lieux en France et à l'international. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH). 20 sept 2016;(N° 28-29).

12. Conseil exécutif de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Projet de plan mondial d'action de santé publique contre la démence : rapport du Directeur général. 23 déc 2016;

13. Recommandation de bonne pratique : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge [Internet]. [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-

Licence CC BY-NC-ND 3.0

12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf

14. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Les représentations sociales de la maladie d'Alzheimer en France [Internet]. INPES; 2008. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2009/013.asp

15. Kielhofner G. Model of Human Occupation : Theory and Application. Lippincott Williams & Wilkins; 2008. 594 p.

16. Linden MV der L et A-CJV der. Les activités de loisirs chez les personnes présentant une « démence » : un espace de résistance contre l'idéologie dominante. PENSER AUTREMENT LE VIEILLISSEMENT [Internet]. Disponible sur: http://www.mythe-alzheimer.org/article-les-activites-de-loisirs-chez-les-personnes-presentant-une-demence-un-espace-de-resistance-contr-105458761.html

17. Townsend E, A.Wilcock A. Occupational justice and Client-Centred Practice : A Dialogue in Progress. Can J Occup Ther. 1 avr 2004;71(2):75-87.

18. Clanet M. Quel parcours pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ? Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019; 2017.

19. Breton M-C, Turgeon M, Tremblay E. Traitement pharmacologique de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées - Rapport d'évaluation des technologies de santé. Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS); 2015.

20. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : L' accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social [Internet]. [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_accompagnement_maladie_alzheimer_etablissement_medico_social.pdf

21. Ninot G, Agier S, Bacon S, Berr C, Boulze I, Bourrel G, et al. La Plateforme CEPS : Une structure universitaire de réflexion sur l'évaluation des interventions non médicamenteuses (INM). HEGEL - HEpato-GastroEntérologie Libérale. 1 févr 2017;7:53-6.

22. Haute Autorité de Santé (HAS). L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social [Internet]. HAS; 2009. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835247/fr/l-accompagnement-des-personnes-atteintes-d-une-maladie-d-alzheimer-ou-apparentee-en-etablissement-medico-social

23. Ninot G, Boulze-Launay I, Bourrel G, Gérazime A, Guerdoux-Ninot E, Lognos B, et al. De la définition des Interventions non médicamenteuses à leur ontologie. HEGEL. 2018;8(N°1):21 à 27.

24. Haute Autorité de Santé (HAS). Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. HAS; 2011.

25. DomusVi. Les thérapies non médicamenteuses - Il n'y a pas que les médicaments. 2018.

26. Dorenlot P. Démence et interventions non médicamenteuses : revue critique, bilan et perspectives. Psychol NeuroPsychiatr Vieil. 2006;4:10.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

27. Donnio I. L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Gerontologie et societe. 2005;28 / n° 112(1):73-92.

28. Hermabessière S. Séquence d'une institutionnalisation dans la maladie d'Alzheimer. In: Vellas B, Robert P, éditeurs. Traité sur la maladie d'Alzheimer [Internet]. Paris: Springer Paris; 2013. p. 307-15. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0443-9_18

29. Beiger F, Dibou G. La zoothérapie auprès des personnes âgées : Une pratique professionnelle. Dunod; 2017. 152 p.

30. MEYER S. Le contrat social du « faire » : les rôles et la participation. In: De l'activité à la participation. ANFE. De Boeck Supérieur; 2013. p. 161 à 177. (Ergothérapies).

31. Whiteford E. Occupational deprivation : understanding limited participation. In: Christiansen C, Townsend EA, éditeurs. Introduction to occupation : the art and science of living. 2nd ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson; p. 303-28.

32. International Association of Human-Animal Interaction Organizations (IAHAIO). White Paper on Animal-Assisted Interventions. IAHAIO; 2014.

33. Licorne & Phénix. Libre Blanc de l'IAHAIO - Définition concernant les Interventions Assistées par l'Animal et les recommandations pour assurer le bien-être des animaux associés à ces activités. Association française pour la médiation animale; 2015.

34. DE VILLIERS B, SERVAIS V. La médiation animale comme dispositif technique. In: La médiation : théorie et terrains. De Boeck Superieur; 2016. p. 81 à 102. (Ouvertures sociologiques).

35. DE VILLIERS B. Choisir un chien. In: La sience (humaine) des chiens. Le Bord de l'eau; 2015. p. 219 à 248.

36. Fondation Adrienne & Pierre Sommer. La page de la médiation animale de la Fondation Adrienne & Pierre Sommer [Internet]. Fondation Adrienne et Pierre Sommer - Sous l'égide de la Fondation de France. Disponible sur: https://fondation-apsommer.org/mediation-animale/

37. Association Résilienfance. Définition de la médiation animale. Médiation animale | Association Résilienfance | France |. (15):p.4.

38. Michalon J, Despret V, Mauz I. Panser avec les animaux : Sociologie du soin par le contact animalier. Mines ParisTech; 2014. 359 p.

39. Velde Beth P., Cipriani Joseph, Fisher Grace. Resident and therapist views of animal-assisted therapy : Implications for occupational therapy practice. Australian Occupational Therapy Journal. 1 mars 2005;52(1):43-50.

40. SIMON N. Ergothérapie en gériatrie : quelle place pour la médiation animalière ? p. 223-228.

41. Herbert JDH, Greene D. Effect of Preference on Distance Walked by Assisted Living Residents. Physical & Occupational Therapy In Geriatrics. 28 juill 2009;19:1-15.

42. Olsen C, Pedersen I, Bergland A, Enders-Slegers M-J, Ihlebæk C. Effect of animal-assisted activity on balance and quality of life in home-dwelling persons with dementia. Geriatric Nursing. 2016a;37(4):284-91.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

43. Dabelko-Schoeny H, Phillips G, Darrough E, DeAnna S, Jarden M, Johnson D, et al. Equine-Assisted Intervention for People with Dementia. Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals. 1 mars 2014;27.

44. Friedmann E, Galik E, Thomas SA, Hall PS, Chung SY, McCune S. Evaluation of a pet-assisted living intervention for improving functional status in assisted living residents with mild to moderate cognitive impairment: a pilot study. Am J Alzheimers Dis Other Demen. mai 2015;30(3):276-89.

45. Moretti F, De Ronchi D, Bernabei V, Marchetti L, Ferrari B, Forlani C, et al. Pet therapy in elderly patients with mental illness: Data from an Italian case-control study. Psychogeriatrics. juin 2011;11(2):125-9.

46. Bono AV, Benvenuti C, Buzzi M, Ciatti R, Chiarelli V, Chiambretto P, et al. Effects of animal assisted therapy (AAT) carried out with dogs on the evolution of mild cognitive impairment. Journal of Gerontology and Geriatrics [Internet]. mars 2015;1. Disponible sur: http://www.jgerontology-geriatrics.com/article/effects-of-animal-assisted-therapy-aat-carried-out-with-dogs-on-the-evolution-of-mild-cognitive-impairment/

47. Mossello E, Ridolfi A, Mello AM, Lorenzini G, Mugnai F, Piccini C, et al. Animal-assisted activity and emotional status of patients with Alzheimer's disease in day care. International Psychogeriatrics. 1 mars 2011;23:899-905.

48. Edwards NE, Beck AM, Lim E. Influence of aquariums on resident behavior and staff satisfaction in dementia units. West J Nurs Res. nov 2014;36(10):1309-22.

49. Stuart Pope W, Hunt C, Ellison K. Animal assisted therapy for elderly residents of a skilled nursing facility. Journal of Nursing Education and Practice. 4 mai 2016;6.

50. Churchill M, Safaoui J, W McCabe B, Baun M. Using a Therapy Dog to Alleviate the Agitation and Desocialization of People With Alzheimer's Disease. Journal of psychosocial nursing and mental health services. 1 mai 1999;37:16-22.

51. Majić T, Gutzmann H, Heinz A, Lang UE, Rapp MA. Animal-Assisted Therapy and Agitation and Depression in Nursing Home Residents with Dementia: A Matched Case–Control Trial. The American Journal of Geriatric Psychiatry. nov 2013;21(11):1052-9.

52. Richeson NE. Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adults with dementia. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementiasr. nov 2003;18(6):353-8.

53. Olsen C, Pedersen I, Bergland A, Enders-Slegers M-J, Ihlebæk C. Engagement in elderly persons with dementia attending animal-assisted group activity. Dementia (London). 2016b;18(1):245-61.

54. Swall A, Ebbeskog B, Lundh Hagelin C, Fagerberg I. Can therapy dogs evoke awareness of one's past and present life in persons with Alzheimer's disease? Int J Older People Nurs. juin 2015;10(2):84-93.

55. Thodberg K, Sørensen LU, Videbech PB, Poulsen PH, Houbak B, Damgaard V, et al. Behavioral Responses of Nursing Home Residents to Visits From a Person with a Dog,a Robot Seal or aToy Cat. Anthrozoös. 2 janv 2016;29(1):107-21.

56. PARO - Le robot Phoque assistant des soignants - Alzheimer - Polyhandicap - soins douloureux [Internet]. Inno3Med. Disponible sur: http://www.phoque-paro.fr/

Licence CC BY-NC-ND 3.0

57. Marx MS, Cohen-Mansfield J, Regier NG, Dakheel-Ali M, Srihari A, Thein K. The impact of different dog-related stimuli on engagement of persons with dementia. Am J Alzheimers Dis Other Demen. févr 2010;25(1):37-45.

58. Banks MR, Banks WA. The Effects of Animal-Assisted Therapy on Loneliness in an Elderly Population in Long-Term Care Facilities. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. 1 juill 2002;57:M428-32.

59. Quibel C, Bonin M, Bonnet M, Gaimard M, Mourey F, Moesch I, et al. Évaluation de l'effet thérapeutique de la médiation animale dans la maladie d'Alzheimer. Soins Gérontologie. mai 2017;22(125):35-8.

60. Nordgren L, Engström G. Animal-assisted intervention in dementia : effects on quality of life. Clin Nurs Res. févr 2014;23(1):7-19.

61. Travers C, Perkins J, Rand J, Bartlett H, Morton J. An Evaluation of Dog-Assisted Therapy for Residents of Aged Care Facilities with Dementia. Anthrozoös. 1 juin 2013;26(2):213-25.

62. Olsen C, Pedersen I, Bergland A, Enders-Slegers M-J, Patil G, Ihlebaek C. Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry. 2016;31(12):1312-21.

63. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

64. Villaumé A. Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 1 févr 2019;19(109):30-8.

65. Pierce D. La science de l'occupation pour l'ergothérapie. De Boeck Superieur; 2016. 366 p.

66. Haute Autorité de Santé (HAS). Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_937359/fr/actes-d-ergotherapie-et-de-psychomotricite-susceptibles-d-etre-realises-pour-la-readaptation-a-domicile-des-personnes-souffrant-de-la-maladie-d-alzheimer-ou-d-une-maladie-apparentee

67. TROUVE E. Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques. 2009. 385 p. (ErgOThérapies).

68. Morel M-C. Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux. De Boeck Superieur; 2017. 276 p.

69. GUEYRAUD C, ANAUT M, DENORMANDIE P, BATHSAVANIS A, KROLAK-SALMON P. Jeu et maladie d'Alzheimer. Le cadre ludique dans la prise en charge de la démence. 2016;(102):116 à 122.

70. MIGNET G. Vers une ergothérapie centrée sur l'occupation : du postulat à la mise en pratique. In: Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive. Edition ANFE. ANFE; 2019. p. 479. (Actualités en ergothérapie).

71. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework : Domain and Process. 3rd Edition. AOTA Press; 2014.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

72. Meyer S. De l'activité à la participation. De Boeck Superieur; 2013. 291 p. (Ergothérapies).

73. Occupational therapists as dog handlers: the collective experience with animal-assisted therapy in Iraq :: U.S. Army Medical Department Journal, 1989 - present [Internet]. [cité 10 nov 2018]. Disponible sur: http://stimson.contentdm.oclc.org/cdm/ref/collection/p15290coll3/id/1256

74. Cusack O. Pets and Mental Health. Routledge; 2014. 256 p.

75. Andreasen G, Stella T, Wilkison M, Szczech Moser C, Hoelzel A, Hendricks L. Animal-assisted therapy and occupational therapy. Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention. 2 janv 2017;10(1):1-17.

76. PORIEL G. La participation : quel construit pour quelle évaluation ? De l'analyse du concept à son évaluation. In: Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive. Edition ANFE. ANFE; 2019. p. 479. (Actualités en ergothérapie).

77. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005-102 févr 11, 2005.

78. Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond E. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. Soc Sci Med. déc 2010;71(12):2141-9.

79. Desrosiers J. Participation and occupation. Canadian Journal of Occupational Therapy / Revue Canadienne D'Ergothérapie. 2005;72(4):195-203.

80. Fougeyrollas P, Roy K. Regard sur la notion de rôles sociaux. Réflexion conceptuelle sur les rôles en lien avec la problématique du processus de production du handicap. ss. 1996;45(3):31-54.

81. Tremblay M. De l'exclusion à la participation démocratique des « personnes présentant une déficience intellectuelle ». Pratiques émergentes en déficience intellectuelle Participation plurielle et nouveaux rapports. 2002;17–38.

82. Law M. Participation in the occupations of everyday life. Am J Occup Ther. déc 2002;56(6):640-9.

83. Townsend E, Polatajko HJ, Association canadienne des ergothérapeutes. Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2008.

84. Larivière N. Analyse du concept de la participation sociale : définitions, cas d'illustration, dimensions de l'activité et indicateurs. 2008; Disponible sur: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/000841740807500207

85. Vessby K, Kjellberg A. Participation in Occupational Therapy Research : A Literature Review. British Journal of Occupational Therapy. 1 juill 2010;73(7):319-26.

86. Whiteford G, Townsend E. Participatory Occupational Justice Framework (POJF) : Enabling occupational participation and inclusion. Occupational therapies without borders. 2011;2:65-84.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

87. Taylor RR. MOHOST - Outil d'évaluation de la participation occupationnelle. De Boeck Superieur; 2017. 156 p.

88. Hammell KW. Prix du Discours commémoratif Muriel Driver - Possibilités en matière de bien-être : Le droit à la participation occupationnelle. Can J Occup Ther. 1 oct 2017;84(4-5):E1-14.

89. Egan M, Hobson S, Fearing VG. Dementia and occupation : a review of the literature. Can J Occup Ther. juin 2006;73(3):132-40.

90. Sung H-C, Chang S-M, Chin M-Y, Lee W-L. Robot-assisted therapy for improving social interactions and activity participation among institutionalized older adults: A pilot study. Asia-Pacific Psychiatry. 2015;7(1):1-6.

91. Kawamura N, Niiyama M, Niiyama H. Long-term evaluation of animal-assisted therapy for institutionalized elderly people : a preliminary result. Psychogeriatrics. 2007;7(1):8-13.

92. Bernstein PL, Friedmann E, Malaspina A. Animal-Assisted Therapy Enhances Resident Social Interaction and Initiation in Long-Term Care Facilities. Anthrozoös. déc 2000;13(4):213-24.

93. Travers C, Brooks D, Hines S, O'Reilly M, McMaster M, He W, et al. Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. déc 2016;14(12):163-225.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

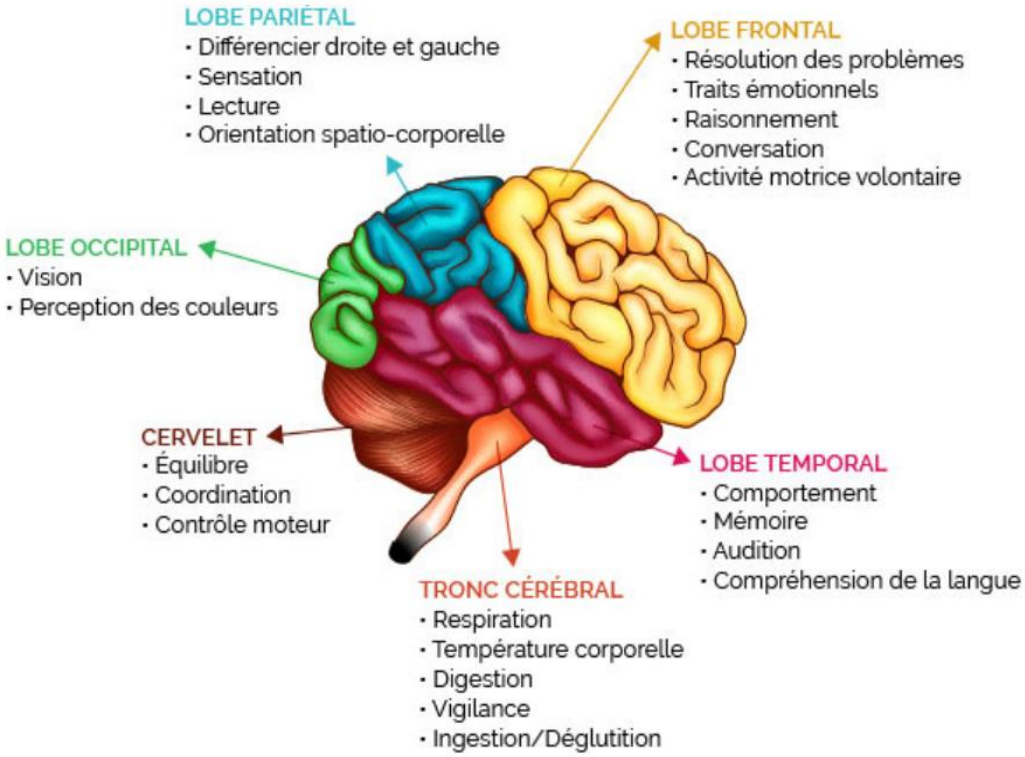
Annexes

Annexe I. Anatomie du cerveau I
Annexe I.I. Représentation des quatre lobes cérébraux I
Annexe I.II. Représentation des ganglions de la base de la substance blanche I
Annexe II. Les démences principales, leurs symptômes et les zones respectives atteintes II
Annexe III. Répercussions des démences sur les activités de la vie quotidienne.....III
Annexe III.I. Graphique des répercussions progressives des démences III
Annexe III.II. Exemples de différentes répercussions des démences sur les AVQ..... IV
Annexe IV. Classification des Interventions Non Médicamenteuses V
Annexe V. Les principales thérapies non médicamenteuses et leurs effets bénéfiques respectifs VI
Annexe VI. Exemples des dimensions de l'Agir pour une personne âgée VII
Annexe VII. Questionnaire à destination des professionnels pratiquant la médiation animale avec le chien auprès de personnes âgées atteintes de démence VIII

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe I. Anatomie du cerveau

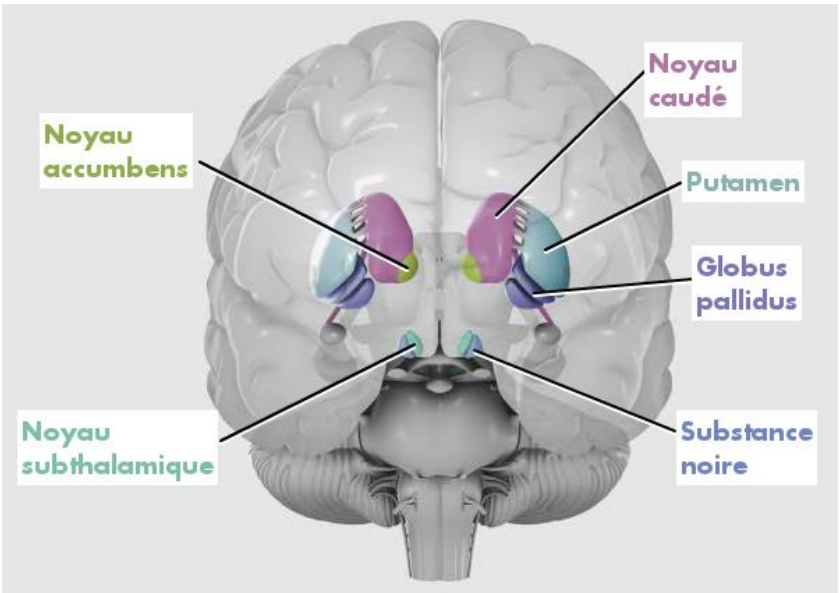
Annexe I.I. Représentation des quatre lobes cérébraux



Le cerveau est divisé en deux hémisphères (un droit et un gauche), chaque hémisphère étant constitué des quatre lobes sus-nommés.

D'après l'article « Les tumeurs du cerveau » de Jean C., site internet « Santé sur le Net ».

Annexe I.II. Représentation des ganglions de la base de la substance blanche



D'après « Parkinson et Hungtinton – Comparaison de deux pathologies », site internet.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe II. Les démences principales, leurs symptômes et les zones respectives atteintes

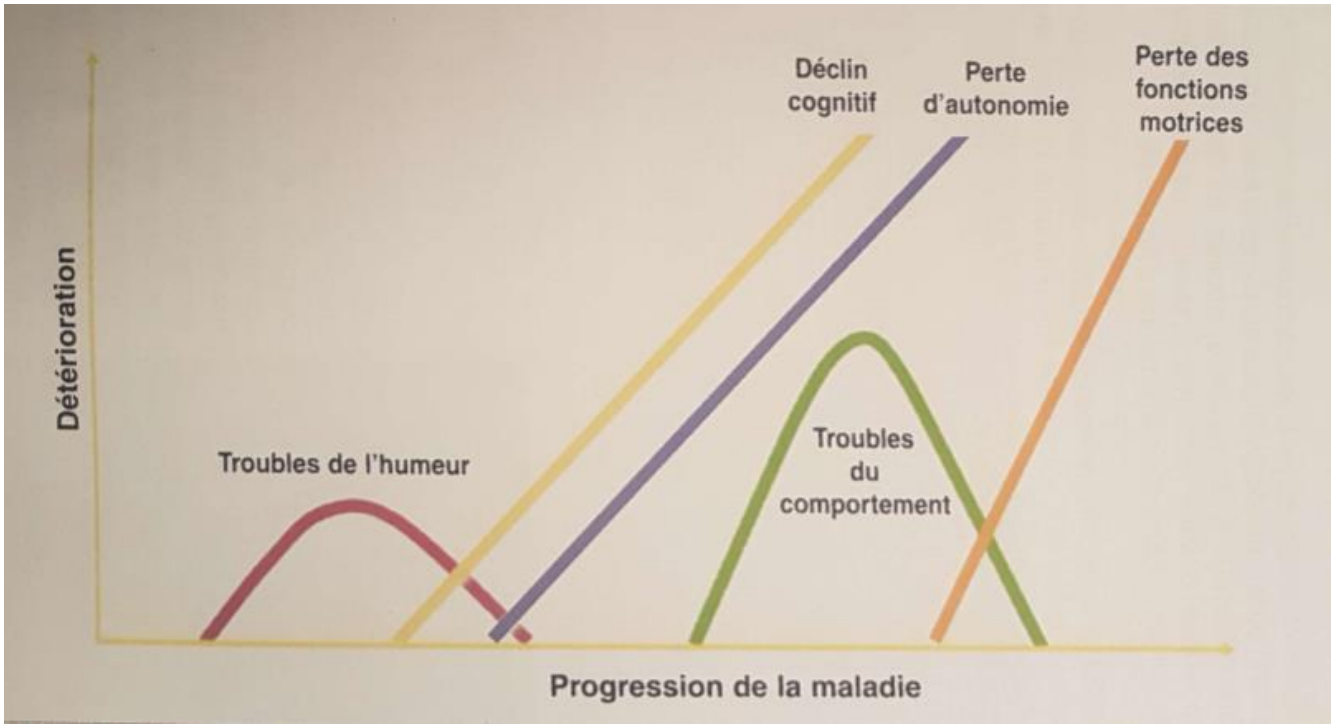
Type de démence	Symptômes associés	Zones du système nerveux affectées
Maladie d'Alzheimer	Trouble de la mémoire, syndrome aphaso-apraxo-agnosique, troubles de l'orientation dans le temps et dans l'espace, altérations des pensées, du raisonnement et du jugement, SPCD	Cortex, hippocampe, tronc cérébral
Maladie de Parkinson	Tremblements des membres au repos, ralentissement de la vitesse d'exécution des gestes, diminution de la mobilité, raideur musculaire	Substance noire, cortex
Démence à corps de Lewy	Trouble de la mémoire, du langage, de l'attention, apathie, hallucinations visuelles	Ganglions de la base
Dégénérescence fronto-temporale	Trouble du comportement, changement de personnalité, aphasie, apathie, désinhibition, trouble du langage, rigidité des mouvements	Cortex frontal et temporal, hippocampe
Démence vasculaire	Perte de mémoire, difficulté à planifier et à réaliser des actions, ralentissement de la pensée, tendance à la déambulation	Multiples zones possibles

D'après « Les maladies neuro-dégénératives » de Thibault Burg, thèse en Neurosciences.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe III. Répercussions des démences sur les activités de la vie quotidienne

Annexe III.I. Graphique des répercussions progressives des démences



Selon *Vivre au quotidien avec la maladie d'Alzheimer* de Eric Trouvé.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

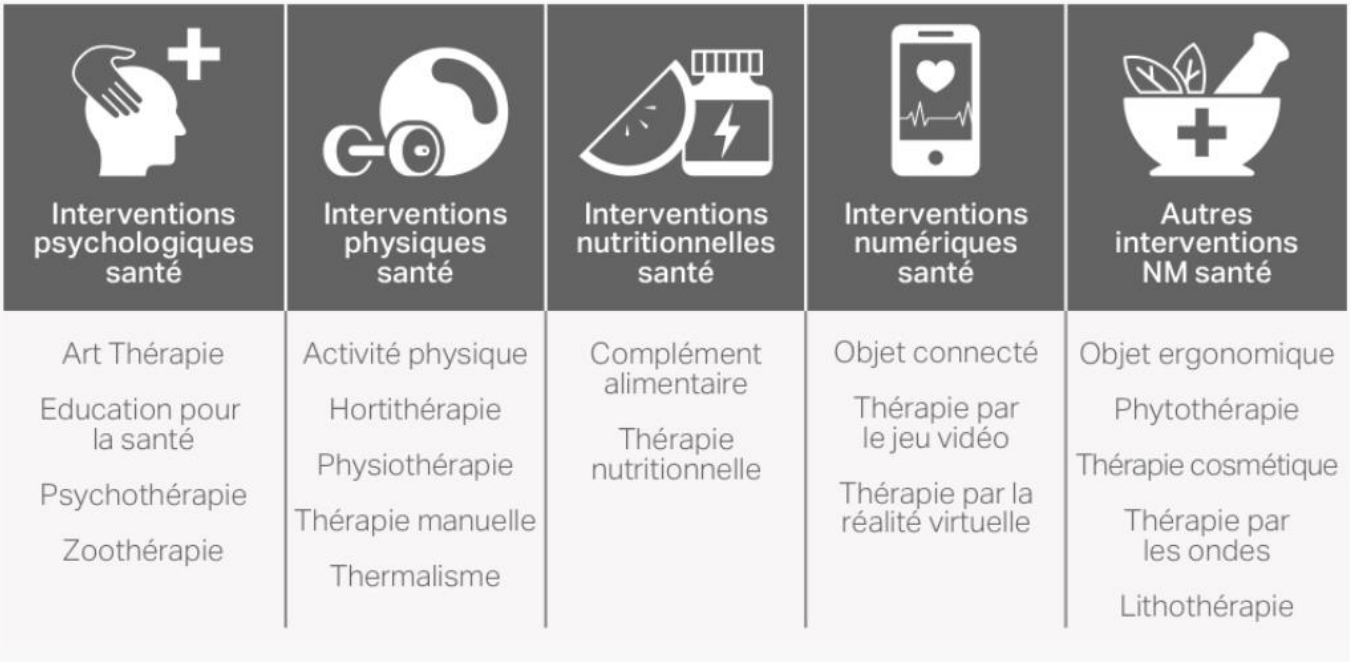
Annexe III.II. Exemples de différentes répercussions des démences sur les AVQ

Activités de la vie quotidienne	Répercussions possibles du syndrome démentiel	
Alimentation	- Mauvaise manipulation des couverts - Ne trouve pas les couverts sur la table - Renverse les ustensiles - Mange et manipule la nourriture avec ses mains	
Déplacements	- Maladresse et instabilité en station debout - Se cogne, chute, perd l'équilibre - Démarche trainante et ralentie - Attitude de demi-flexion vers l'avant	
Soins corporels	- Oublis d'étapes dans la toilette - Mauvaise utilisation des objets (brosse à dent, brosse à cheveux, etc.)	
Elimination	- Incontinence possible au fil de l'évolution de la maladie - Utilise de façon incorrecte les toilettes - Effectue ses besoins dans des lieux innapropriés	
Habillage	- Mauvais choix de tenue (selon saison, occasion, etc.) - Mets ses vêtements à l'envers - Oublie de se changer tous les jours - Ne sait plus utiliser les systèmes d'attaches (boutons, lacets, etc.)	
Communication	Expression	- Difficulté à trouver les mots justes - Création de nouveaux mots - Répétition d'un mot ou d'une phrase - Difficulté à organiser le langage - Appauvrissement de l'expression en quantité et en qualité
	Compréhension	- Difficulté de compréhension verbale (à l'écrit et à l'oral) - Demande de répétition des phrases - Difficulté à comprendre l'humour, les plaisanteries… - Difficulté à comprendre des concepts abstraits - Difficulté à interpréter les gestes et expressions du visage
	Attention, concentration	- Perte du fil des pensées, des actions - Temps plus important pour répondre aux questions
Loisirs	- Manque de motivation et d'entrain - Refus progressifs de sortie, de visite, etc. - Manque de stimulation sociale	

D'après *Vivre au quotidien avec la maladie d'Alzheimer* de Eric Trouvé.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe IV. Classification des Interventions Non Médicamenteuses



D'après la Plateforme CEPS.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe V. Les principales thérapies non médicamenteuses et leurs effets bénéfiques respectifs

Atelier ou approche	Stimulation des capacités sensorielles	Stimulation des capacités cognitives	Stimulation des capacités motrices	Stimulation des liens sociaux	Réduction des troubles du comportement et de l'humeur	Réduction de la douleur
1 Aromathérapie	●				●	
2 Art-thérapie	●	●	●	●	●	Selon discipline
3 Atelier mémoire		●		●	●	
4 Bain thérapeutique/ balnéothérapie	●		Balnéo		●	●
5 La thérapie par le chant		●		●	●	●
6 La thérapie par la cuisine ou la pâtisserie		●	●	●	●	●
7 La thérapie par la danse	●		●	●	●	●
8 Équilibre			●			
9 Gymnastique douce					●	●
10 La thérapie par le jardinage	●	●		●	●	●
11 Jardin thérapeutique	●	Si plusieurs personnes		Si plusieurs personnes	●	
12 Journal		●		●	●	
13 Méthode Montessori adaptée		●	●		●	
14 Musicothérapie	●		Si intruments	●	●	●
15 Orthophonie (mémoire et langage)	●	●		●		

Atelier ou approche	Stimulation des capacités sensorielles	Stimulation des capacités cognitives	Stimulation des capacités motrices	Stimulation des liens sociaux	Réduction des troubles du comportement et de l'humeur	Réduction de la douleur
16 Photolangage		●		●	●	●
17 Poésie	●	●		●	●	●
18 Prévention des chutes			●		●	
19 Rééducation à la marche			●	●	●	
20 Réminiscence		●		●	●	●
21 Repas thérapeutique	●		●	●	●	●
22 Revue de presse		●		●		
23 Socio-esthétique	●			●	●	●
24 Stimulation multisensorielle et approche Snoezelen®	●				●	●
25 Tai chi chuan	●		●		●	
26 Toucher bien-être	●			●	●	●
27 Validation				●	●	
28 Wii		●	●			
29 Zoothérapie			●	●	●	●

D'après « *Les thérapies non médicamenteuses* » de DomusVi.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe VI. Exemples des dimensions de l'Agir pour une personne âgée

Dimensions de l'Agir	Exemples			
Participation occupationnelle	S'occuper de soi	Pratiquer le bénévolat	Entretenir son lieu de vie	Rencontrer régulièrement des personnes
Performance occupationnelle	Se brosser les dents	Distribuer des produits alimentaires aux personnes dans le besoin	Passer le balai	Jouer au scrabble
Habiletés occupationnelles	Câlibrer Prendre Séquencer Manipuler	Parler Prendre	Prendre Séquencer Manipuler Marcher	Prendre Séquencer Manipuler Parler

D'après le *MOH* de Kielfoner et l'ouvrage du *MOHOST.*

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe VII. Questionnaire à destination des professionnels pratiquant la médiation animale avec le chien auprès de personnes âgées atteintes de démence

Présentation de l'étude

Bonjour,

Je m'appelle Agathe SALINIER et je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie au sein de l'Institut Limousin de Formation aux MEtiers de la Réadaptation (ILFOMER).

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je souhaite explorer l'apport de la médiation animale (MA) avec le chien sur la participation occupationnelle des sujets âgés atteints de démence. Pour cela, mes objectifs sont :

- Dresser les repères de la pratique actuelle de la médiation animale assistée par le chien.
- Recueillir des points de vue professionnels sur la relation de confiance et l'adhésion aux soins de la personne lorsqu'elle est accompagnée par la médiation animale.
- Mettre en avant la place prépondérante de l'ergothérapeute dans la prise en compte de la participation occupationelle.
- Apprécier l'impact de la médiation animale avec le chien sur la participation occupationnelle des personnes âgées atteintes de démence.

Ce questionnaire est constitué de 6 sections au maximum. Le temps pour le compléter est estimé à 15 minutes. Il s'adresse à tous les professionnels exerçant la médiation animale auprès de personnes âgées atteintes de démence avec un ou plusieurs chiens. Votre anonymat sera entièrement conservé.

Votre expertise m'est indispensable dans la réalisation de cette étude. Je vous remercie donc par avance pour le temps que vous consacrerez à ce questionnaire.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Informations générales

Cette page est destinée à mettre en évidence les différentes professions pouvant exercer la médiation animale et les données générales sur leur pratique.

Vous êtes :

- ○ Une femme
- ○ Un homme

Êtes-vous :

- ○ Aide Médico-Psychologique (AMP)
- ○ Aide-soignant(e)
- ○ Animateur(trice)
- ○ Assistant(e) de Soins en Gérontologie
- ○ Ergothérapeute
- ○ Infirmier(e)
- ○ Kinésithérapeute
- ○ Orthophoniste
- ○ Psychologue
- ○ Psychomotricien(ne)
- ○ Autre, préciser

En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ou formation ?

1950 2020

Avez-vous bénéficié d'une formation spécifique à la pratique de la médiation animale ?

- ○ Oui
- ○ Non

Laquelle ? Quelle était la durée de cette formation ?

Depuis combien de temps exercez-vous la médiation animale auprès de bénéficiaires (tous types de population confondus) ?

0 50

En années

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Depuis combien de temps exercez-vous la médiation animale auprès de sujets âgés atteints de démence ?

0 50

En années

Dans quel(s) type(s) d'établissement(s) / de structure(s) exercez-vous la médiation animale ?

Pourquoi avoir choisi le chien dans votre pratique de la médiation animale ?

Vous pouvez classer vos motivations par ordre de priorité. Une seule réponse est admise si les autres ne vous conviennent pas.

- [ ] Par intérêt personnel
- [ ] Par facilité d'accès
- [ ] Par la dynamique que celui-ci crée avec la personne âgée
- [ ] Par la possibilité d'éducation du chien
- [ ] Par spécificité d'une formation suivie
- [ ] Autre(s)

Développez votre réponse si nécessaire

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Les séances de médiation animale

Quels sont vos critères d'inclusion des personnes âgées aux séances de médiation animale ?

Selon vous, l'intérêt qu'une personne âgée porte aux chiens est-il un élément obligatoire pour pratiquer des séances de médiation animale ?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Pas d'avis

Quels sont vos critères d'exclusion des personnes âgées aux séances de médiation animale ?

La peur du chien est-elle un critère d'exclusion immédiat de vos séances de médiation animale ?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Pas d'avis

Effectuez-vous des séances :

- ○ Individuelle
- ○ En groupe
- ○ Les deux

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Comment choisissez-vous l'une ou l'autre de ces prises en soin ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ En fonction de la personne et de ses besoins
- ☐ En fonction de l'animal et de ses besoins
- ☐ En fonction des objectifs thérapeutiques fixés
- ☐ Autre(s)

Quelle est la fréquence moyenne de vos séances de médiation animale (pour une personne ou pour un groupe) ?

Par semaine ou par mois. Merci de préciser.

Quelle est la durée moyenne de vos séances individuelles ?

En minutes

Quelle est la durée moyenne de vos séances de groupe ?

En minutes

Comment fixez-vous la durée de vos séances ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ En fonction de l'animal
- ☐ En fonction de l'état cognitif de la personne
- ☐ En fonction de l'état psychique de la personne
- ☐ En fonction de l'organisation de l'établissement ou de la structure
- ☐ En fonction de votre emploi du temps
- ☐ En fonction des capacités attentionnelles de la personne
- ☐ En fonction des capacités physiques de la personne
- ☐ Autre(s)

Quel est le cadre thérapeutique de vos séances de médiation animale (environnement, matériel...) ?

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Avez-vous des outils d'évaluation pour quantifier l'impact de vos séances ?

- ○ Oui
- ○ Non

Si oui, quelle(s) forme(s) prennent-ils ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Auto-évaluation
- ☐ Grille d'observation avec points précis définis
- ☐ Grille d'observation libre
- ☐ Traces écrites avec trame
- ☐ Traces écrites libre
- ☐ Résultat(s) à un exercice spécifique
- ☐ Evaluation verbale par le bénéficiaire
- ☐ Evaluation écrite par le bénéficiaire
- ☐ Autre(s)

Lors de vos séances, la prise en soin s'effectue-t-elle seule ou en co-animation ?

- ☐ Seule pour les séances individuelles
- ☐ Seule pour les séances de groupe
- ☐ Seule pour toutes les séances
- ☐ En co-animation pour les séances individuelles
- ☐ En co-animation pour les séances de groupe
- ☐ En co-animation pour toutes les séances
- ☐ Autre(s)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

La co-animation s'effectue-t-elle avec des personnes ayant été formées à la médiation animale ?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Je ne sais pas

De quelle(s) profession(s) sont issu(s) ce(s) co-animateur(s)?

- ☐ Aide Médico-Psychologique (AMP)
- ☐ Aide-soignant(e)
- ☐ Animateur(trice)
- ☐ Assistant(e) de Soins en Gérontologie (ASG)
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Infirmier(ère)
- ☐ Kinésithérapeute
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Psychologue
- ☐ Psychomotricien(ne)
- ☐ Autre(s)

Objectifs et apports de la médiation animale avec le chien sur les personnes âgées atteintes de démence

Quels sont vos objectifs principaux dans l'intervention avec le chien auprès de personnes âgées atteintes de démence ?

<u>Vous pouvez classer vos réponses par ordre de priorité.</u> Une seule réponse est admise si les autres ne vous conviennent pas.

- ☐ Améliorer / Maintenir la mobilité
- ☐ Améliorer / Maintenir les capacités cognitives
- ☐ Améliorer / Maintenir la stimulation des fonctions sensorielles
- ☐ Favoriser la communication (verbale ou non-verbale)
- ☐ Transférer les acquis dans les activités de la vie quotidienne
- ☐ Autre(s)

Précisez et complétez vos objectifs si nécessaire

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Quelles sont les activités que vous mettez en place en présence du chien afin de réaliser ces objectifs ?

	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Systématiquement
Discuter de l'histoire de vie	○	○	○	○	○
Promener le chien	○	○	○	○	○
Caresser le chien	○	○	○	○	○
Brosser le chien	○	○	○	○	○
Donner à boire au chien	○	○	○	○	○
Jouer avec le chien	○	○	○	○	○
Activité en lien indirect	○	○	○	○	○
Autre(s)	○	○	○	○	○

Si vous pratiquez "autre(s)"ou "activités en lien indirect" selon la question précédente, merci de préciser vos activités.

Selon vous, ces activités permettent à la personne âgée de :

Se sentir utile	○	○	○	○	○
Maintenir une routine	○	○	○	○	○
Avoir des responsabilités	○	○	○	○	○
Avoir un sentiment d'efficacité	○	○	○	○	○
Avoir un sentiment de compétence	○	○	○	○	○
Avoir un sentiment de contrôle	○	○	○	○	○
Avoir un sentiment de satisfaction	○	○	○	○	○
Avoir un sentiment d'accomplissement	○	○	○	○	○
Agir en respectant ses valeurs	○	○	○	○	○
Agir pour obtenir les résultats désirés	○	○	○	○	○
Autre(s)	○	○	○	○	○

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Si vous avez sélectionné les pouces verts sur l'option "autre(s)" à la question précédente, merci de préciser ce que les activités pratiquées en médiation animale apportent à la personne âgée selon vous.

Selon votre expérience, la présence du chien favorise-t-elle la relation de confiance avec la personne âgée ?

- Oui
- Non
- Pas d'avis

Selon vous, quelles sont les raisons pour lesquelles la relation de confiance est facilitée lors de la présence d'un ou de plusieurs chiens ?

Avez-vous déjà rencontré des refus de la part des personnes âgées de se rendre aux séances de prise en soin "classique" ?

- Oui
- Non

A combien estimez-vous le pourcentage de refus rencontré lors de séances "classiques" dans votre pratique ?

0% 100%

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Quelles étaient les raisons de ce(s) refus ?

- ☐ Attente d'une visite (familiale par exemple)
- ☐ Autre prise en soin (dans le cadre médical ou paramédical)
- ☐ Douleur(s)
- ☐ Fatigue
- ☐ Maladie
- ☐ Manque de motivation
- ☐ Manque d'intérêt pour l'activité
- ☐ Autre(s)

Avez-vous déjà rencontré des refus de la part des personnes âgées de se rendre aux séances de médiation animale ?

- ○ Oui
- ○ Non

A combien estimez-vous le pourcentage de refus rencontré lors de séances de médiation animale dans votre pratique ?

0% 100%

Quelles étaient les raisons de ce(s) refus ?

- ☐ Attente d'une visite (familiale par exemple)
- ☐ Autre prise en soin (dans le cadre médical ou paramédical)
- ☐ Douleur(s)
- ☐ Fatigue
- ☐ Maladie
- ☐ Manque de motivation
- ☐ Manque d'intérêt pour l'activité
- ☐ Autre(s)

Selon vous, l'adhésion au soin des personnes âgées est-elle facilitée dans le cadre de séances de médiation animale ?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Pas d'avis

Selon vous, quelles sont les raisons pour lesquelles l'adhésion au soin de la personne âgée est facilitée dans le cadre de séances de médiation animale ?

Licence CC BY-NC-ND 3.0

La participation occupationnelle des personnes âgées atteintes de démence lors des activités

La participation occupationnelle se définit comme l'engagement dans des situations de vie sociale, communautaire, familiale, autant dans le travail que dans les loisirs ou dans les soins personnels. Elle correspond « au fait de faire quelque chose ayant une signification personnelle et sociale ». Pour certains auteurs, la participation est même la raison d'être de l'ergothérapeute puisque la participation volontaire est un facteur important de bien-être et que diverses déficiences peuvent la limiter ou en altérer la qualité. La participation s'effectue par le biais d'occupations dans divers domaines. Le propre de la participation est qu'elle fait référence à l'investissement volontaire et actif des acteurs dans des occupations sociales. Ces dernières vont à la rencontre de leurs intérêts et sont satisfaisantes à leurs yeux. Ainsi, "participer" ce n'est pas seulement « faire pour faire » avec des tiers, mais aussi vivre une expérience qui a une signification personnelle et sociale. Finalement, la participation est tributaire des interactions entre la personne, l'environnement et les occupations disponibles. Toutes les questions qui suivent concernent la notion de participation occupationnelle.

La notion de "participation occupationnelle" vous parle-t-elle ?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Ne sais pas

Prenez-vous en compte cette notion dans votre pratique de la médiation animale avec le chien ?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Ne sais pas

Par quel(s) procédé(s) la prenez-vous en compte ?

Exemple : méthode(s), outil(s) réflexif(s) ou observation(s) spécifique(s)

Selon votre expérience, qu'est-ce qui favorise la participation d'une personne âgée atteinte de démence à une activité spécifique ?

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Selon vous, les personnes prises en soin dans le cadre des séances de médiation animale présentent-elles des problématiques de participation aux activités de la vie quotidienne ?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Pas d'avis

Exemple : soins personnels, loisirs...

De quel(s) ordre(s) sont-elles ?

Avez-vous noté des changements de participation lors des séances de médiation animale ?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Pas d'avis

Comparaison entre état de participation initial et lors des séances de médiation animale

Concernant les changements de participation lors des séances de médiation animale avec le chien, vous diriez que la participation est :

- ☐ Augmentée
- ☐ Diminuée
- ☐ Stable

Avez-vous noté des changements de participation après les séances de médiation animale ?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Pas d'avis

Comparaison entre l'état de participation initial et après les séances de médiation animale

Concernant les changements de participation après les séances de médiation animale avec le chien, vous diriez que la participation est :

- ☐ Augmentée
- ☐ Diminuée
- ☐ Stable

Connaissez-vous le modèle conceptuel du MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) de Kielhofner ?

- ○ Oui
- ○ Non

Connaissez-vous l'outil du MOH, le MOHOST (Model Of Human Occupation Screening Tool) qui évalue la participation occupationnelle des personnes prises en soin ?

- ○ Oui
- ○ Non

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Données complémentaires

Avez-vous quelque chose à rajouter sur l'ensemble du sujet de recherche (points non abordés qui vous semblent pertinents par exemple) ?

Observation éventuelle de la participation occupationnelle d'un sujet pris en soin

Le MOHOST est l'outil qui évalue la participation occupationnelle d'un individu dans une activité de la vie quotidienne. Cet outil a été créé sur la base du modèle conceptuel du MOH de Kielhofner. Le MOHOST-USO est un outil simple qui permet d'évaluer la participation du sujet sur une seule observation. N'ayant pas pu effectuer de stage de terrain avec un(e) ergothérapeute pratiquant la cynothérapie, je n'ai malheureusement pas eu l'occasion de réaliser une expérimentation en bonne et due forme. Ainsi, je sollicite votre collaboration pour cette étude. Votre contribution consisterait à remplir la grille d'observation du MOHOST-USO pour 1 ou 2 de vos bénéficiaires. Si vous acceptez d'être contacté(e) par mail, je vous transmettrais cette grille ainsi qu'un outil d'aide à la cotation. Le temps d'observation se fait lors de vos séances habituelles et le remplissage de la grille ne devrait pas prendre plus de 15 minutes. Les grilles d'observation seront anonymes dans la présentation des résultats de mon mémoire.

Connaissez-vous le modèle conceptuel du MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) de Kielhofner ?

- ○ Oui
- ○ Non

Connaissez-vous l'outil du MOH, le MOHOST (Model Of Human Occupation Screening Tool) qui évalue la participation occupationnelle des personnes prises en soin ?

- ○ Oui
- ○ Non

Accepteriez-vous d'être contacté(e) afin de réaliser une observation anonyme d'une personne atteinte de démence que vous accompagnez lors de séances de médiation animale ?

- ○ Oui
- ○ Non

Quelle est votre adresse mail ?

Licence CC BY-NC-ND 3.0

La médiation animale par le chien en ergothérapie. Perspective sur l'amélioration de la participation occupationnelle du sujet âgé atteint d'un syndrome démentiel.

Contexte : La survenue d'une démence chez la personne âgée a des répercussions qui viennent altérer les occupations individuelles et la qualité de vie. Les interventions non médicamenteuses sont désormais communément employées afin de lui apporter un sentiment de bien-être. Parmi celles-ci, la médiation animale avec le chien permet de mobiliser la personne dans une activité qui a un sens personnel et socio-culturel. L'ergothérapeute a un rôle à jouer dans la prise en compte du niveau de participation occupationnelle de la personne âgée atteinte de démence.
Méthode : L'objectif de l'étude est de déterminer comment une intervention non médicamenteuse en plein essor, la médiation animale, influence la participation occupationnelle de la personne atteinte de démence. Pour cela, 33 professionnels exerçant la médiation animale auprès de ce public ont répondu à un questionnaire sur leur pratique (questions ciblées sur la participation occupationnelle). L'échantillon a ensuite été divisé en deux en fonction de leur profession.
Résultats : La majorité des professionnels estiment que la démence a un impact négatif sur la participation occupationnelle. Cependant, pour 84,8% d'entre eux, cette dernière est améliorée lors des séances de médiation animale. La participation occupationnelle étant un concept central de sa profession, l'ergothérapeute en a une vision particulièrement précise.
Conclusion : Pour les personnes âgées présentant un syndrome démentiel, la médiation animale par l'intermédiaire d'un chien semble améliorer la participation occupationnelle. Celle-ci est mieux prise en compte dans ces thérapies émergentes grâce à l'intermédiaire de l'ergothérapeute.

Mots-clés : Démence, occupation, intervention non médicamenteuse, médiation animale, ergothérapie, participation occupationnelle

Animal mediation with the dog in occupational therapy. Perspective on the occupational participation of the elderly person suffering from dementia syndrome.

Context : The occurrence of dementia in the elderly population has repercussions that alter individual occupations and quality of life. Non-drug interventions are now commonly used to bring a sense of well-being. Among them, the animal mediation with the dog which allows the occupational therapist to mobilize the person in an activity which has a personal and socio-cultural meaning. The occupational therapist plays a part in taking into account the level of occupational participation of the elderly person with dementia.
Method : The purpose of this survey is to determine how a burgeoning non-medicinal intervention, the animal mediation, influences the occupational participation of the person with dementia. To this end, 33 professionals practicing animal mediation with this audience responded to a questionnaire about their practice (focused questions about occupational participation). The sample was then dividied into two categories according to their occupation.
Results : The majority of professionals believes that dementia has a negative impact on occupational participation. However, according to 84.8% of them, the latter is increased during animal mediation sessions. As occupational participation is a central concept of the profession, the occupational therapist has a particularly accurate vision of this concept.
Conclusion : As far as the elderly person with dementia is concerned, animal mediation via a dog seems to improve the occupational participation. This latter is better taken into account in these emerging therapies thanks to the intervention of the occupational therapist.

Keywords : Dementia, occupation, non-pharmacological intervention, animal mediation, occupational therapy, occupational participation.