

IFPEK

Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes

A S S O C I A T I O N  
I F P E K



INSTITUT DE FORMATION  
PÉDICURIE-PODOLOGIE  
E R G O T H É R A P I E  
M A S S O - K I N É S I T H É R A P I E

## Motivation et médiation par l'animal en ergothérapie.

*Etude du lien entre le type de motivation et le niveau de participation à l'activité chez une personne atteinte de paralysie cérébrale.*

Mémoire de fin d'études, en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapeute.  
UE.6.5.S6: Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

GIL-DURUPT Morgane

2014 – 2015

**Selon le code de la propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur est illégale.**

IFPEK

Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes

A S S O C I A T I O N  
I F P E K



**INSTITUT DE FORMATION**  
PÉDICURIE-PODOLOGIE  
E R G O T H É R A P I E  
MASSO-KINÉSITHÉRAPIE

## Motivation et médiation par l'animal en ergothérapie.

*Etude du lien entre le type de motivation et le niveau de participation à l'activité chez une personne atteinte de paralysie cérébrale.*

Mémoire de fin d'études, en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapeute.  
UE.6.5.S6: Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Travaux dirigés par LEMOINE Fabien

GIL-DURUPT Morgane

2014 – 2015

## Remerciements

*Je tiens sincèrement à remercier,*

*Mon directeur de mémoire, Fabien LEMOINE, pour son accompagnement tout au long de ce travail,*

*L'association Umanima et l'Association Française de Thérapie Assistée par l'Animal pour m'avoir accueillies durant mes stages et aidée dans mon parcours,*

*Les ergothérapeutes et les patients ou résidents ayant accepté de répondre à mon questionnaire,*

*L'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes pour leurs apports théoriques, méthodologiques et pratiques,*

*Mon compagnon pour son soutien, ses aides statistiques et ses relectures,*

*Ma famille et mes amis pour leur soutien tout au long de ma formation et de la rédaction de mon mémoire.*

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

*Isabelle Pibarot*

## SOMMAIRE

Introduction .....	1
1. Problématique.....	2
2. Cadre conceptuel .....	11
2.1. La paralysie cérébrale .....	11
2.1.1. Définition .....	11
2.1.2. Epidémiologie et étiologie .....	11
2.1.3. Formes cliniques .....	12
2.1.4. Les troubles associés .....	12
2.2. La relation Homme-Animal.....	15
2.2.1. La rencontre.....	15
2.2.2. Les différents types de relation .....	16
2.2.3. Les compétences socles stimulées par l'animal.....	17
2.3. La médiation .....	19
2.3.1. Définitions .....	19
2.3.2. L'objet.....	20
2.3.3. La médiation par l'animal .....	21
2.4. La motivation.....	25
2.4.1. Définitions .....	25
2.4.2. La théorie de l'autodétermination .....	26
3. Cadre expérimental .....	28
3.1. Recueil de données .....	28
3.1.1. Choix de l'outil et des populations questionnées.....	28
3.1.2. Construction de l'outil.....	28
3.2. Analyse des données.....	32
3.2.1. Type de motivation des participants.....	32
3.2.2. Participation à l'activité de médiation par l'animal .....	33
3.2.3. Participation et améliorations hors séance .....	35
3.3. Discussion.....	37
3.3.1. Evaluation des hypothèses .....	37
3.3.2. Limites de l'étude.....	38
3.3.3. Pistes de réflexion .....	39
Conclusion.....	41
Bibliographie.....	43
Annexes.....	I

## INTRODUCTION

Lors de mes recherches d'orientation au lycée, les fiches métier sur l'ergothérapie mettaient en avant le fait que l'ergothérapeute utilise des « *techniques de rééducation qui passent par des activités artistiques ou manuelles, ...* »<sup>1</sup>. Ce n'est qu'au cours de ma formation que j'ai compris l'importance de ces activités. En effet l'activité est ce qui caractérise le vivant et notamment l'être humain. L'ergothérapeute permet l'amélioration de la capacité d'agir et des compétences de la personne en situation de handicap par le biais d'activités de la vie quotidienne, que ce soit des activités de soins personnels, de loisirs ou encore de travail. L'ergothérapeute se doit d'avoir un panel d'activités diversifiées afin de proposer celle qui aura un intérêt particulier pour le patient. Celui-ci sera alors plus enclin à participer à sa rééducation. La médiation par l'animal est une des nombreuses activités qui peuvent être proposées. Elle a la particularité d'utiliser un médiateur vivant. L'animal ne porte pas de jugement, il renvoie un feed-back affectif. Lors de la relation à l'animal, il n'y a pas de notion de performance au contraire du jeu où le but est de gagner ou dans une production artistique où la réussite est subjective. Cela permet d'éviter la mise en échec du patient. Cependant un patient nous semble parfois intéressé et motivé par une activité mais au fur et à mesure des séances sa participation diminue. Il décide même parfois d'arrêter l'activité malgré les progrès en cours. Était-il vraiment motivé ? Cette motivation a-t-elle diminué en entraînant la participation avec elle ?

A travers ce mémoire, je me suis intéressée au lien qui existe entre la motivation et la participation lors d'une activité de médiation par l'animal réalisée par des personnes atteintes de paralysie cérébrale.

Dans une première partie l'émergence de mon sujet et la question de recherche seront détaillées. En second, les apports théoriques en lien avec le sujet seront développés. Le recueil de données constituera la troisième partie. Il exposera la méthodologie utilisée, les données et leur analyse. La quatrième et dernière partie est une discussion autour de la validation des hypothèses et des apports qui en découlent dans la pratique. Elle permettra la conclusion de ce mémoire.

---

<sup>1</sup> Onisep.fr, Fiche métier ergothérapeute. Disponible sur internet : <http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/ergotherapeute>. Dernière consultation le 19 mai 2014.

## 1. PROBLÉMATIQUE

Les questions de la place de l'animal dans notre société ainsi que celle de la relation homme-animal revêtent pour moi un grand intérêt depuis plusieurs années. Elles sont à la base d'un certain nombre de choix personnels. Un jour d'été 2013, au domicile de mes parents, c'est en jouant avec leurs trois chiens et en repensant à des lectures d'articles sur des animaux en maison de retraite que je me suis demandée si l'animal était utilisé dans le milieu paramédical, à des fins thérapeutiques. J'ai donc commencé mes premières recherches. J'ai lu de nombreux témoignages, découvert la zoothérapie mais aussi d'autres termes comme la médiation animale. Je me suis aperçue, lors de lecture d'articles, que le chien est beaucoup utilisé en maison de retraite notamment auprès des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. C'est un animal connu de ce public, il est facilement accepté et provoque de l'intérêt. Le cheval est utilisé sous forme d'équithérapie auprès des enfants notamment, qui l'apprécient car très présent dans leur imaginaire.

En septembre 2013 j'ai effectué un stage en psychiatrie. J'ai pu observer une séquence d'équithérapie, cependant j'avoue ne pas avoir trouvé le côté thérapeutique de l'activité ce jour-là. Je me suis donc demandé si l'animal était toujours utilisé à bon escient, si un travail de recherche sérieux avait été effectué sur les bénéfices de son utilisation et s'il ne pouvait parfois s'agir que d'un phénomène de mode. Durant ce même stage j'ai aussi rencontré une ergothérapeute avec qui j'ai discuté de son projet de thérapie facilitée par l'animal. Il s'agissait donc encore là d'un nouveau terme pour indiquer l'utilisation de l'animal dans le soin.

Suite à ces réflexions, il me semble nécessaire d'éclaircir les différents termes. Vous pouvez constater la difficulté pour définir une activité effectuée avec le cheval grâce au tableau en [annexe 1](#). Il comporte de multiples termes selon son domaine d'utilisation : type de handicap et objectifs, professionnels et intervenants, limites.

Pour ce qui est des autres termes liés à l'utilisation de l'animal en général et pas uniquement du cheval, il est difficile de renseigner une définition correcte tant les dénominations sont nombreuses. Le Larousse indique même qu'il s'agit d'une médecine vétérinaire. J'ai donc pris un parti personnel sur ces différentes appellations au cours de mes recherches et entretiens exploratoires. Il existe les termes de : zoothérapie, thérapie assistée par l'animal (TAA), thérapie facilitée par l'animale (TFA), médiation animale, médiation par l'animal ou encore activité assistée par l'animal. Le mot thérapie vient du grec *θεραπεία*,

therapeía signifiant « *cure* » dérivé du verbe θεραπεύω, therapévô signifiant « *servir, prendre soin de et, par extension, soigner, traiter* », issu de θέρων, thérap signifiant « *serviteur* ». Il paraît alors clair que seuls les professionnels du médico-social peuvent utiliser un terme contenant « *thérapie* ». Les activités utilisant l'animal peuvent être utilisées mais ne sont pas encadrées par la loi dans le domaine de la santé. Aussi, de nombreuses associations forment à la zoothérapie des personnes qui n'ont pas de compétences ou même de connaissances dans le domaine du handicap, et se nomment par la suite zoothérapeutes. Il peut alors advenir certaines dérives et l'activité tend plutôt vers l'occupation ou l'animation. Le terme employé devrait plutôt être « *activité assistée par l'animal* », par exemple.

Médiation vient du latin medium signifiant « *ce qui est au milieu* ». En effet, il existe une relation ternaire entre le soignant et le soigné. L'objet (de la médiation) s'insère dans ce couple, évite une confrontation directe parfois difficile et donne un intérêt particulier à la relation. Le soignant contrôle cette médiation afin qu'elle ait des effets thérapeutiques. La médiation implique donc obligatoirement un thérapeute. Nous développerons dans la partie théorique le concept d'objet transitionnel, d'objet de relation et d'objet de médiation définit notamment par Winnicott et Gimenez.

Je préfère utiliser médiation par l'animal plutôt que médiation animale afin de montrer qu'il ne s'agit pas d'une médecine vétérinaire, mais que c'est bien un être humain qui bénéficie d'une thérapie. TAA et TFA semblent synonymes. Le terme de médiation revient généralement dans leurs définitions. Le terme thérapie assistée par l'animal met en avant le fait que ce n'est pas l'animal qui soigne mais bien le thérapeute en s'appuyant cependant sur les effets bénéfiques de l'animal.

Enfin, il me semble important d'ajouter la formation initiale du professionnel à ce terme de médiation par l'animal, afin de montrer que les compétences de base du thérapeute servent la pratique en fonction des objectifs du patient. Nous parlerons donc de médiation par l'animal en ergothérapie.

Durant le premier semestre de ma seconde année de formation, j'ai cherché des preuves probantes de l'effet de l'animal sur l'être humain et j'ai découvert que la seule présence d'un chien était bénéfique. L'interaction avec un chien augmente la sécrétion d'ocytocine. Il s'agit d'un neuropeptide reconnu pour son impact sur la socialisation et le soulagement du stress (Miller et al, 2009). Une étude de 2011 a prouvé la même chose mais elle a aussi démontré que l'interaction avec le chien fait aussi diminuer le rythme cardiaque et varier les taux d'insuline et de cortisol (Handlin et al., 2011). L'interaction avec un chien peut

faire diminuer la tension artérielle chez les personnes âgées hypertendues (Friedmann, 2007). La thérapie assistée par l'animal serait bénéfique pour le traitement de la dépression en complément des autres soins (Souter et al, 2007). L'interaction avec des animaux permet de devoir moins recourir à l'utilisation d'antidouleurs (Havey et al, 2014).

Selon Gee et al. (2007), la présence du chien augmente la motivation des enfants, ce qui leur permet d'accomplir plus rapidement et avec autant de précision des tâches motrices. Une seconde étude du même auteur a montré que la présence du chien permet d'augmenter les performances d'enfants d'âge préscolaire lors de tâches cognitives, comme le classement d'objets, grâce à une meilleure focalisation de l'attention. Cette augmentation des performances est même plus significative qu'en la présence d'un humain ou d'un animal en peluche (Gee et al, 2012). Lors d'une précédente étude, il avait déjà démontré que la présence d'un chien n'était pas source de distraction et qu'elle permet plutôt de meilleures performances lors de tâches engageant la mémoire (Gee, 2010). Enfin, des chercheurs ont travaillé sur l'effet de la médiation par l'animal sur le stress d'enfants hospitalisés. Cela permet de diminuer la pression artérielle ainsi que le rythme cardiaque mais pas le niveau d'anxiété ni la peur du corps médical (Tsai, 2010). Peu d'études ont été réalisées avec d'autres animaux. Le ronronnement du chat aurait cependant des vertus thérapeutiques, peut-être grâce aux vibrations qu'il produit ou encore par un effet « madeleine de Proust »<sup>2</sup>.

Après avoir été certaine de vouloir travailler sur la médiation par l'animal en ergothérapie, il a fallu que je réfléchisse à la population qui serait concernée par mon travail de recherche. De nombreux mémoires avaient déjà été faits avec, comme population, des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ainsi qu'avec des enfants atteints d'autisme. J'ai alors décidé de choisir une population que j'aurais pu observer au cours de mon cursus. En effet, je m'intéressais à l'époque à la paralysie cérébrale et j'avais donc choisi d'effectuer mon troisième stage, de mai et juin 2014, en Institut d'Education Motrice (IEM). C'est de cette décision qu'est née ma question de départ :

**La médiation animale en ergothérapie peut-elle être un moyen pour atteindre les objectifs rééducatifs de jeunes atteints de paralysie cérébrale ?**

---

<sup>2</sup>Objet ou micro-événement qui fait remonter à la conscience le souvenir d'un événement ou d'un contexte passé

La paralysie cérébrale désigne des troubles permanents du développement, du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activités. Elle est causée par des atteintes non progressives survenues lors du développement du cerveau. Des troubles associés sont généralement présents<sup>3</sup>.

Au cours de mon stage, j'ai pu observer et me rendre compte que les jeunes sont souvent lassés de la thérapie car ils sont en institution depuis de nombreuses années. En effet, cette pathologie nécessite une prise en charge précoce et à long terme avec l'intervention d'ergothérapeutes mais aussi de kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, neuropsychologues etc. Bien entendu, les jeunes atteints de paralysie cérébrale sont scolarisés, parfois au sein de l'institution, et même si leur planning est adapté, les journées restent longues quand bien même ces élèves sont plus fatigables. La répétition des interventions et la fatigue peuvent entraîner l'ennui et le désengagement dans les activités de soins. Aussi il est important d'avoir dans son bagage des propositions variées à faire aux jeunes pour que l'intervention garde toute son efficacité. Les activités, en ergothérapie notamment, doivent évoluer avec l'âge et les goûts de l'enfant, susciter la motivation et l'intérêt afin de permettre l'investissement dans les soins.

J'ai pu observer le changement de comportement d'enfants lors de deux journées en ferme pédagogique. Une des jeunes filles était normalement timide, peu participative même si très à l'écoute, montrant peu ses émotions et son attitude était en cyphose. Un des garçons était plutôt hyperactif, impatient avec une forte tendance à ne pas laisser les autres faire. Lors de ces journées, elle s'est redressée, a souvent ri et a levé la main pour demander à faire. Lui était plus calme et attentionné. Les éducateurs étaient admiratifs, pas de « crise » à gérer. Chez les plus grands, un des jeunes possédait un chien d'assistance, ce qui l'a énormément valorisé. Il a effectué des démonstrations en dehors de l'institut, il a créé avec des camarades un panneau présentant le chien d'assistance.

Plus tard, je me suis renseignée sur le suivi de la thérapie des jeunes à la sortie d'institution comme un IEM. Il s'avère que beaucoup ne se rendent plus chez les paramédicaux alors qu'à cet âge des déformations orthopédiques importantes se créent. Elles ne sont donc pas limitées par la prise en charge paramédicale et engendrent des complications.

---

<sup>3</sup> D'après la définition faite par le projet « surveillance of cerebralparalysis in Europe » (SCPE).

Suite à cela, ma question de départ s'est affinée. Au delà des ouvertures que le travail avec l'animal permet en matière de rééducation ou de réadaptation, je souhaite centrer ma réflexion sur la motivation qu'il entraîne :

**L'utilisation de l'animal comme médiateur en ergothérapie peut-elle permettre l'augmentation de la motivation du jeune atteint de paralysie cérébrale à participer à sa rééducation ?**

Je me suis également interrogée sur la place de l'ergothérapeute dans la médiation par l'animal. Cette question est revenue souvent avec mes différents interlocuteurs lors d'entretiens exploratoires. Selon eux, il est nécessaire que la personne utilisant la médiation par l'animal soit thérapeute car, au cours de leur cursus, ils ont appris à fixer des objectifs thérapeutiques et à établir des moyens afin d'arriver à les concrétiser. Je partage cette idée que la formation initiale du thérapeute est importante. En effet, chacun a acquis des compétences et certaines sont propres à sa profession. Les objectifs fixés, en équipe, pour un patient peuvent plutôt relever du champ de compétences d'une profession paramédicale particulière. L'ergothérapeute a ses spécificités. L'ergothérapie est une profession paramédicale qui s'exerce au sein d'une équipe interdisciplinaire. Elle intervient tout au long du processus de rééducation, de réadaptation et de réinsertion des personnes en situation de handicap somatique ou psychique afin de maintenir ou améliorer autonomie et indépendance dans son environnement. En effet, l'ergothérapie place le patient au centre du soin. Elle prend en compte toutes ses facettes, aussi bien sa pathologie, ses déficiences et les situations de handicap qu'elles causent, mais aussi son environnement, matériel ou humain, qui peut être obstacle ou facilitateur. Elle se base d'ailleurs sur le processus de production du handicap qui est un modèle conceptuel bio-psycho-social. Il explique comment une personne acquiert une situation de handicap suite à ses limitations fonctionnelles en interaction avec son environnement, ce qui lui permet ou non de réaliser ses habitudes de vie. Ces habitudes de vie sont des activités.

L'activité est une caractéristique du vivant. Il existe des activités de soins personnels, de production, de loisir et de repos. C'est de ce bon équilibre que résulte la santé. Cette dernière est définie par l'OMS comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Ergo vient du grec ergon qui signifie « *action, travail, occupation, œuvre* ». L'ergothérapie est donc la

thérapie par l'action, par l'activité. L'ergothérapeute est le professionnel de l'utilisation de l'activité, une de ses principales compétences est d'ailleurs de savoir adapter les activités à la personne en situation de handicap. Il permet alors l'agir de la personne. L'ergothérapeute est donc capable d'adapter les activités utilisant un animal aussi bien que toutes les activités qu'il pourrait effectuer avec d'autres média. J'ai effectué mon cinquième stage, en novembre et décembre 2014, dans une association de zoothérapie. J'ai pu observer qu'avec l'animal, l'ergothérapeute peut, par exemple, stimuler les capacités motrices que ce soit lors des soins à l'animal, lors de jeux, lors de déplacement avec lui. Il peut faire exercer les préhensions à l'aide des objets de l'animal: brosse, balle, croquette ; ou encore la posture et l'équilibre lors de lancers de balle. Il peut travailler sur les capacités cognitives en variant les supports représentant l'animal, par exemple avec un memory conçu avec des photos des animaux que le patient connaît, des objets concernant les animaux. Il est possible d'imaginer des exercices du croisement de la ligne médiane en plaçant l'animal sur un côté particulier ou de la poursuite du regard en demandant à l'animal de se déplacer à certains endroits Il peut faire prendre conscience du schéma corporel à travers les expériences gestuelles, la stimulation des sens, mais aussi en prenant le corps de l'animal comme exemple. Il peut favoriser la communication verbale et non verbale. Il peut aider à l'acceptation des soins à travers le fait que l'animal, lui, les accepte.

La notion de sens en ergothérapie est très importante. Isabelle Pibarot parle de l'impact du sens. Un individu peut avoir les capacités pour réaliser une activité mais ne pas être au maximum de sa participation si l'activité n'a pas de sens pour lui. Pour elle, « *l'activité ne peut se concevoir comme thérapeutique que si elle est porteuse de sens.* ».

Berger et Luckmann (1966) dans leur ouvrage *Construction sociale de la réalité*, expliquent que le sens est la résultante d'une construction sociale et n'est pas une construction individuelle. Parfois une chose prend une dimension particulière pour l'individu mais cette dimension peut être la conséquence d'une appartenance sociale. Certains auteurs décomposent alors ce concept en deux aspects. Leontiev (1978) met en parallèle la notion de signification et la notion de sens. La signification « *est dans un objet ou un phénomène ce qui se découvre objectivement dans un système de relation, d'interaction ou de rapport objectif* ». Le sens « *apparaît dans la conscience de l'homme, comme ce qui reflète directement et porte en soi les propres rapports vivant de ce dernier* ». Marchand (2010) résume cela en expliquant que la signification est le rapport social à l'activité, le sens s'attache au rapport

individuel. Morel-Bracq (2009), ergothérapeute, fait la distinction entre activité significative « *se référant au sens social donné par l'entourage* » et activité signifiante qui revêtent pour la personne un intérêt particulier lié à son histoire et à son projet personnel. La notion de signification de Leontiev équivaldrait à l'activité significative de Morel-Bracq, la notion de sens équivaldrait à l'activité signifiante. Par exemple pour une personne, la télévision va être un moment de détente au moment où elle la regarde mais pour le cinéophile cela va plus loin, après que le poste soit éteint. Il peut lire ou écrire des critiques ou aller à des conventions, rencontrer des gens et partager sa passion.

Si une activité est porteuse de sens pour le patient, celui-ci va pouvoir s'engager, participer à cette activité. Elle est donc source de motivation et permet d'accepter d'aller en séance d'ergothérapie, d'accepter de se faire soigner. L'ergothérapeute doit alors connaître les habitudes de vie de son patient et quel intérêt il porte à différentes activités. Cela permet de proposer, dans la mesure du possible, celle pour laquelle il sera le plus motivé. Cependant le patient ne sait pas toujours quelle activité est signifiante pour lui. De plus, le sens que donne une personne à une activité peut évoluer au cours du temps Il est d'autant plus difficile pour l'ergothérapeute de trouver cette bonne activité. Il arrive qu'un patient stoppe ses soins, sa participation à l'activité n'étant plus motivée par celle-ci. Par exemple, lors de mon stage en médiation par l'animal, même si les patients avaient eux-mêmes choisi d'effectuer l'activité et qu'ils semblaient porter un intérêt à l'animal, il arrivait régulièrement que certains refusent de venir en séance ou soient justes présents, sans vraiment participer. Ceci engendre des modifications du cadre thérapeutique et demande au thérapeute d'adapter rapidement le déroulement de la séance par rapport à ce qu'il avait préparé. Si le patient décide d'arrêter totalement l'activité il perd parfois une importante source de soin. Il est aussi nécessaire de noter qu'à l'inverse, certains patients portent tellement d'intérêt à l'animal que, selon les soignants des structures, la simple évocation de l'animal suffit à augmenter leur participation dans les autres thérapies ou activités de la vie quotidienne.

Je me suis ensuite demandé quel était le lien entre la motivation et la signifiante ou la significativité. Une activité significative a-t-elle suffisamment de sens pour être motivante ? Une activité signifiante l'est-elle forcément ? Selon le sens de l'activité pour la personne, la motivation diminue ou augmente-t-elle au cours du temps ?

Par la suite j'ai lu des ouvrages sur les théories de la motivation dans le but de comprendre ce qu'était vraiment la motivation, les définitions de dictionnaires étant trop

vagues. Je me suis arrêtée sur une des théories la plus reconnue : la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (2000). Il existe deux grands types de motivation. En cas de motivation intrinsèque, l'activité est effectuée pour son intérêt même, sans chercher un bénéfice secondaire comme une récompense, l'évitement de la culpabilité, ou l'envie de faire plaisir à quelqu'un d'autre. Ce type de motivation permet une participation à une activité continue dans le temps. En cas de motivation extrinsèque, l'individu agit pour obtenir quelque chose en dehors de l'activité même, de l'argent ou de la reconnaissance par exemple. Il existe plusieurs degrés de motivation extrinsèque ([cf.cadre théorique](#)).

Plus avant nous avons compris qu'il était établi une distinction entre activité signifiante et activité significative. Une activité est signifiante lorsqu'elle a un sens pour la personne. J'ai alors fait la supposition qu'elle pouvait être mise en corrélation avec la motivation intrinsèque, présente lorsque la personne fait une activité pour l'intérêt même de celle-ci. L'activité est significative lorsqu'elle a un sens pour l'environnement social (Leontiev, cité par Rochex, 1995). Selon ma précédente supposition, celle-ci pourrait être mise en corrélation avec la motivation extrinsèque, présente quand l'activité est faite pour obtenir un bénéfice secondaire, celui-ci s'insérant dans un système sociale (reconnaissance sociale, argent).

Il serait intéressant de savoir si les jeunes motivés intrinsèquement sont davantage amenés à participer à l'activité que ceux qui sont motivés extrinsèquement. De plus nous pourrions évaluer si cet effet motivateur se répercute dans les autres activités de soin, par exemple en kinésithérapie, lorsque le soignant évoque l'animal ou utilise une méthode, un objet vu lors de l'activité de médiation par l'animal en ergothérapie.

Lors de mon recueil de données, j'ai élargi les critères d'inclusion de l'étude aux adultes afin de collecter plus de données, ayant peu de réponses à mon questionnaire.

### Question de recherche :

**La personne atteinte de paralysie cérébrale, motivée intrinsèquement dans le cadre d'une activité de médiation par l'animal en ergothérapie, est-elle plus participative dans cette activité, ainsi que dans d'autres activités, qu'une personne motivée extrinsèquement ?**

Suite à cette question, j'ai pu développer deux hypothèses :

#### Hypothèse 1 :

Les personnes motivées intrinsèquement dans le cadre d'une activité de médiation par l'animal en ergothérapie sont plus participatives à cette activité que les personnes motivées extrinsèquement.

Je m'attends à observer que les personnes participant le plus à l'activité sont celles ayant obtenus un score élevé dans le type de motivation « motivation intrinsèque ».

#### Hypothèse 2 :

L'évocation de l'animal et de ce qui a été réalisé par la personne avec celui-ci, augmente sa participation à l'activité en cours, autre que la médiation par l'animal. Cette augmentation est d'autant plus importante que la personne est motivée intrinsèquement.

Je m'attends à observer que les personnes motivées intrinsèquement participent plus à l'activité en cours lorsque le professionnel évoque l'animal que les personnes motivées extrinsèquement.

La validation de la première hypothèse permettra de démontrer qu'il y a un lien entre la motivation intrinsèque et la participation à l'activité. La seconde permettra de montrer que la médiation par l'animal a un impact positif sur la participation en dehors des séances, et cela en fonction du type de motivation de la personne pour l'activité de médiation par l'animal.

## 2. CADRE CONCEPTUEL

### 2.1. LA PARALYSIE CÉRÉBRALE

#### 2.1.1. DÉFINITION

La paralysie cérébrale (PC) ou « cerebral palsy » en anglais est définie comme un ensemble de troubles du mouvement et/ou de la posture et de la fonction motrice. Ces troubles sont permanents mais peuvent avoir une expression clinique changeante dans le temps. (SCPE, 2000). Ils sont responsables de limitations d'activités, imputables à des événements ou atteintes non progressives survenus sur le cerveau en développement du fœtus ou du nourrisson. Les troubles moteurs de la paralysie cérébrale sont souvent accompagnés de troubles sensoriels, perceptifs, cognitifs, de la communication et du comportement, par une épilepsie et par des problèmes musculo-squelettiques secondaires. (Rosenbaum, 2007).

Le terme de paralysie cérébrale regroupe l'infirmité motrice cérébrale (IMC) et l'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC). L'IMC est défini par Guy Tardieu (1969) comme un trouble moteur prédominant, non évolutif, dû à une lésion cérébrale s'accompagnant généralement d'atteintes sensorielles et d'atteintes partielles des fonctions supérieures à l'exception d'une déficience intellectuelle. Le terme d'IMOC était utilisé quand il y avait alors une déficience intellectuelle s'ajoutant aux troubles cités. Il est cependant possible de constater des différences de définition selon les spécialistes (Bérard, 2010).

#### 2.1.2. EPIDÉMIOLOGIE ET ÉTIOLOGIE

Les données les plus récentes montrent que la prévalence des paralysies cérébrales en Europe, aux États-Unis et en Australie se situe entre 2 et 2,5 pour 1 000. Un vingtième des grands prématurés sont atteint de PC contre un centième chez les prématurés et un millième chez les enfants nés à terme (INSERM, 2004). La prématurité est relevée chez 45 % des enfants atteints de PC ce qui en fait une des premières cause de paralysie cérébrale (Cans, 2005). La fréquence de la prématurité est de 6 % (Larroque, 2004).

Il est possible de catégoriser les causes de la PC en trois catégories. Les **causes prénatales** représentent un quart des paralysies cérébrales. Elles regroupent les accidents vasculaires cérébraux, les malformations cérébrales ou encore les séquelles d'infection. Les PC d'**origine périnatale** représentent 36% des cas et regroupent notamment la prématurité,

l'ictère nucléaire, les infections néonatales, l'hémorragie intra ventriculaire, l'asphyxie aigüe ou encore l'encéphalopathie ischémique anoxique. Enfin, les **causes post-natales** représentent moins de 10 % des cas. La cause est clairement identifiée, ce peut être une infection, un traumatisme crânien, une maladie métabolique et toute autre lésion cérébrale survenant après le huitième jour de vie. Un quart environ des cas de PC sont d'origine inconnue (Himmelmann, 2005).

---

### 2.1.3. FORMES CLINIQUES

La forme clinique peut se décrire en fonction de l'atteinte neurologique dominante ou en fonction de l'atteinte topographique dominante.

Il existe trois **formes d'atteintes neurologiques** : la forme spastique, la forme ataxique et la forme dyskinétique. Cette dernière forme en regroupe elle-même trois autres : la forme athétosique, la forme choréique et la forme dystonique ([annexe 2](#)). Il existe aussi des **formes mixtes** qui peuvent associer tous les types de formes neurologiques, la forme choréo-athétosique étant la plus souvent retrouvée. De plus en fonction de l'âge de l'enfant la symptomatologie neurologique peut évoluer (Bérard, 2010).

La localisation et le nombre de segments corporels déficients permettent de définir une forme topographique. Il en existe cinq : la diplégie, la triplégie, la quadriplégie, l'hémiplégie et enfin la monoplégie ([annexe 3](#)). Il est important de noter que cette classification est limitée du fait de la variabilité d'utilisation de ces termes et parfois de l'évolution de l'atteinte (Bérard, 2010).

---

### 2.1.4. LES TROUBLES ASSOCIÉS

---

#### 2.1.4.1. EPILEPSIE

*« L'épilepsie est une affection chronique du cerveau [...]. Elle se caractérise par des crises récurrentes se manifestant par de brefs épisodes de tremblements involontaires touchant une partie du corps (crises partielles) ou l'ensemble du corps (crises généralisées). Elles s'accompagnent parfois d'une perte de conscience et du contrôle de la vessie et de l'évacuation intestinale. Ces crises résultent de décharges électriques excessives dans un groupe de cellules cérébrales. Ces décharges peuvent se produire dans différentes parties du*

*cerveau. Les crises peuvent varier en intensité, allant de brèves pertes d'attention ou de petites secousses musculaires à des convulsions sévères et prolongées. Leur fréquence est également variable, de moins d'une fois par an à plusieurs fois par jour. Une crise unique ne signe pas l'épilepsie. La maladie se définit par la survenue d'au moins deux crises spontanées » (OMS, 2012).*

L'épilepsie est très fréquente chez les personnes atteintes de PC et complique leur thérapie et leur vie. Si les signes d'atteintes cérébrales sont graves alors l'épilepsie s'associe à un retard mental sévère (Youroukos S, 1997).

---

#### 2.1.4.2. PLAN COGNITIF

Un tiers des personnes atteintes de PC ont une **déficiences intellectuelle** sévère (QI<50). Les compétences cognitives peuvent être évaluées selon une échelle allant de la déficience mentale sévère jusqu'à un niveau intellectuel élevé. Il est possible de constater une concomitance entre la gravité de l'atteinte motrice et le niveau intellectuel dans les formes spastiques. Les personnes ayant une forme athétosique peuvent généralement avoir de bonnes performances intellectuelles, ainsi que celles ayant une forme hémiparétique.

Les **troubles neuropsychologiques** nécessitent un dépistage précoce car ils influent énormément sur la participation de l'enfant puis de l'adulte à la rééducation, aux apprentissages scolaires mais aussi sur le résultat d'un traitement. Cependant le diagnostic peut s'avérer difficile car les troubles neuropsychologiques sont invisibles dans la petite enfance et deviennent observables au cours du développement de l'enfant et des acquisitions qui doivent être faites selon l'âge. Ils regroupent les troubles du langage, des gnosies, des praxies, de la mémoire ou encore de l'attention, des fonctions cognitives en somme. Ces troubles peuvent grandement retarder ou limiter les apprentissages, notamment scolaires, de l'enfant.

---

#### 2.1.4.3. DÉFICIENCES SENSORIELLES

Une déficience auditive ou visuelle, parfois les deux, est fréquente chez les personnes atteintes de PC. La déficience auditive est dite sévère lorsque la perte est supérieure à 70 dB sur la meilleure oreille. La déficience visuelle est dite modérée ou sévère lorsque l'acuité est inférieure à 0,3 du meilleur œil. Il s'agit d'une cécité quand l'acuité est inférieure à 0,05.

#### 2.1.4.4. TROUBLE DU COMPORTEMENT

Les troubles du comportement sont très variables chez les personnes atteintes de PC. Il peut s'agir d'un simple état d'irritabilité jusqu'à un trouble psychiatrique sévère. Il est possible d'observer des tableaux typiques. Par exemple, la personne hyperkinétique présentant une instabilité, une impulsivité, des troubles de l'attention et une labilité de l'humeur ou à l'inverse, présentant une anxiété chronique, un conformisme, une inhibition et soumission.

La pluralité des formes de la paralysie cérébrale et les multiples troubles qui peuvent s'y associer font que chaque personne atteinte présente un tableau clinique unique. L'accompagnement doit être précoce et se fait tout au long de la vie. Il est interdisciplinaire. L'ergothérapeute prend une place importante dans l'accompagnement rééducatif afin de diminuer ou compenser les troubles moteurs et cognitifs mais aussi dans l'accompagnement environnemental. Il intervient auprès de la famille, au domicile, à l'école ou au travail et tout au long du projet de vie de son patient. Il est important et nécessaire qu'une confiance durable s'établisse entre la personne atteinte de paralysie cérébrale et son ergothérapeute. Du fait de ce suivi au long cours, parfois lourd et fatigant, le patient est souvent lassé par sa thérapie. L'ergothérapeute doit alors pouvoir faire preuve d'imagination pour diversifier les activités thérapeutiques et fournir un regain d'intérêt à la personne afin qu'elle continue son suivi. La médiation par l'animal est une des activités qu'il est possible de proposer. Cependant, le fait qu'elle ne soit pas couramment utilisée auprès des personnes atteintes de paralysie cérébrale peut jouer contre elle. De faite, l'intérêt qu'elle apporte peut diminuer en même temps que l'effet de nouveauté. Nous pouvons aussi nous appuyer sur les connaissances en matière de relation Homme-Animal pour comprendre l'utilité de cette médiation.

## 2.2. LA RELATION HOMME-ANIMAL

Les découvertes en éthologie ont radicalement modifié notre rapport à l'animal. Pour René Descartes, au XVIII<sup>e</sup> siècle, l'animal est une machine dénuée de pensée et ne pouvant pas souffrir. Aujourd'hui de nombreux éthologues comme Cyrulnik défendent le fait que les animaux sont doués de conscience et de sensibilité, ce qui a d'ailleurs conduit à l'écriture de la Déclaration Universelles des Droits de l'Animal le 15 octobre 1978 à la Maison de l'UNESCO à Paris.

### 2.2.1. LA RENCONTRE

Selon Montagner, directeur de recherches à l'Inserm, une relation entre l'Homme et l'Animal a pu s'établir grâce à un bénéfice réciproque. Au début de la domestication, les animaux étaient utiles à l'homme que ce soit pour se nourrir, exploiter leur environnement, se protéger de celui-ci, se sentir en sécurité ou encore pour se fabriquer des outils. L'exploitation des animaux a permis l'amélioration de la qualité de vie, et laisse du temps pour d'autres activités. Les animaux, quant à eux, ont gagné une disponibilité alimentaire, une protection des intempéries et des prédateurs et une économie de temps au bénéfice de la conquête de territoires et de partenaires.

Toujours selon Montagner (2002) « *la réceptivité et la disponibilité de l'animal ont nourri l'idée d'une complicité dans l'intimité, ont façonné la vie émotionnelle et phantasmatique des humains.* » L'animal familier aurait été un atout, par sa discrétion et sa fidélité, contre les sentiments de solitude, d'exclusion et d'insécurité naissant lors de la modernisation de la société, l'éclatement des familles. Il aurait aussi permis aussi aux enfants abandonnés ou maltraités, un regain d'espoir et de confiance en soi, une structuration dans les développements corporels, psychiques, intellectuels, des processus d'attachement et d'ensembles de conduites.

Les animaux, pour être adoptés par l'homme, devaient remplir certaines conditions : dépasser leur répulsion naturelle pour l'humain, avoir des capacités d'inhibition pour obéir et accepter les contraintes dues au changement de mode de vie. L'homme est devenu rassurant pour certains animaux. Les modifications génétiques opérées par la sélection, le phénomène d'empreinte spécifique<sup>4</sup> peuvent en être la cause.

---

<sup>4</sup> Décrit par Lorenz en 1930

---

## 2.2.2. LES DIFFÉRENTS TYPES DE RELATION

La relation entre l'homme et l'animal a évolué en passant par trois stades selon Montagner. Ces stades sont actuellement encore présents et définissent les trois types de relation homme-animal.

**Animal utilitaire :** Il est exploité par l'homme. Les enfants étaient régulièrement affectés à l'entretien des animaux, une responsabilité valorisante. Suite à l'affection naissante l'enfant faisait parfois rentrer l'animal dans la maison.

**Animal de compagnie :** Le compagnon est « celui avec qui l'on partage le pain », c'es-à-dire une personne qui est présente aux côtés d'une autre. Dans son livre, Montagner évoque la notion de compagnon-fonction. Le compagnon peut nourrir ou encore protéger. Dans le domaine du handicap l'animal peut avoir pour fonction de compenser le déficit. Les animaux-compagnons peuvent jouer deux grands rôles auprès des humains : un rôle d'apaisement et de sécurité physique ou affective dans le cas de personnes seules ou fragilisées psychiquement, et un rôle narcissique et exhibitionniste lorsque l'animal mis en scène pour ses qualités esthétiques ou ses performances physiques et cognitives.

**Animal familial :** Dans cette situation, l'enfant devient partie prenante du choix de l'animal. Celui-ci peut être apaisant mais il y a peu de mise en vitrine comme précédemment. Il s'agit plutôt de la recherche d'une relation originale renvoyant à l'interaction entre les humains. Son comportement n'est pas imposé d'où une certaine spontanéité. De ce fait il est parfois perçu comme un membre de la famille, quasiment humain. Il a ses propres émotions, pensées et projets qu'il exprime par ses signaux, codes et stratégies. Il partage l'intimité. Il est souvent pris à témoin, confident et complice.

L'animal peut être réceptacle des émotions. Quand nous lui parlons, il peut faire mine d'intérêt et d'écoute par le léchage, le clignement des yeux, la mobilité de la tête ou encore la salutation du cheval. Il ne juge pas et ne sanctionne pas, il permet la construction psychique et cognitive. Il peut aussi être le médiateur de la famille, il y crée de l'interaction et régule les colères. Il peut être un substitut affectif et relationnel notamment s'il n'y a pas eu d'attachement sécuritaire avec la mère.

---

### 2.2.3. LES COMPÉTENCES SOCLES STIMULÉES PAR L'ANIMAL

En 1997, Montagner a « *proposé le concept de compétence-socle pour rendre compte des capacités du bébé et du jeune enfant à conduire leurs interactions et processus de communication selon leurs particularités et celles de leurs partenaires, et plus généralement selon les particularités de l'environnement dans ses dimensions de relation, de temps et d'espace* ». En 2002 il explique comment l'animal peut permettre le développement de ces compétences aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

**L'attention visuelle soutenue** permet le maintien du regard sur quelque chose afin de recevoir sans interruption les informations non pas seulement sur le comportement mais aussi les émotions, les affects et les rythmes de la personne : il s'agit d'interactions dites « accordées », nécessaires au développement de l'attachement sécurisé. Les animaux cités plus avant peuvent soutenir un contact les yeux dans les yeux et parfois même le recherchent. La personne peut fantasmer le fait que l'animal écoute, elle peut former des pensées sur l'animal, ses émotions, et imaginer ce que ce dernier pense. Il s'agit d'une certaine manière de l'apprentissage de l'empathie. **L'attention visuelle conjointe** peut aussi être développée : par un mouvement du regard, un geste de désignation effectué par l'un des protagonistes, l'autre va regarder dans cette direction. Cela donne l'impression de se comprendre. Ces compétences sont souvent limitées chez les individus atteints d'autisme ou de trouble psychique.

**L'élan à l'interaction** se manifeste par les comportements augmentant le contact, puis l'interaction avec le partenaire (extensions du bras, mimiques, vocalisations, etc.). Les chiens sont en recherche constante d'affection. Les chats le sont aussi très régulièrement bien qu'ils aient des moments plus solitaires. La taille des chevaux peut engendrer de la distance mais quand les deux êtres sont apprivoisés cela est possible notamment par le comportement de salutation du cheval. Le perroquet, lui, vocalise énormément.

Les **comportements affiliatifs** sont ceux faisant penser que l'autre adhère à nos faits ou nos dires. Cela peut passer par le sourire, le rire, les cadeaux, la sollicitation ou encore le désignement. Le chien remue les oreilles et la queue, ouvre sa gueule, lèche. Le chat ronronne, se frotte, s'étale de tout son long sur les genoux. Le cheval hennit, hoche la tête. Le perroquet répond vocalement, il tourne la tête.

**L'organisation du geste de façon structurée et ciblée** en direction des objets et des personnes. Les animaux n'ont pas de mains et donc pas de gestes possibles, mais corporellement ils ont cette organisation structurée. Le chien peut donner la patte, le chat est très habile pour grimper, attraper quelque chose à travers une ouverture. Le perroquet peut saisir des objets dans son bec, les déplacer, les positionner.

**L'imitation** des actes, vocalisations, activités, paroles et conduites des autres. Les animaux familiers peuvent imiter les comportements humains mais surtout donner l'impression de cette imitation. Le chien peut s'asseoir sur une chaise, le perroquet insulter une personne, le chat ouvrir une boîte.

Les personnes atteintes de paralysie cérébrale, notamment les enfants, peuvent être limités dans leurs interactions et processus de communication du fait de leur handicap moteur et cognitif. L'animal présenté de manière adaptée peut s'avérer une source de stimulation favorisant les développements des compétences sociales. C'est justement le fait de savoir adapter les exercices avec l'animal qui fait de celui-ci un médium.

## 2.3. LA MÉDIATION

### 2.3.1. DÉFINITIONS

Pour le Larousse, la médiation est le « *fait de servir d'intermédiaire, en particulier dans la communication* ». Une autre définition désigne la médiation comme « *une pratique ou une discipline qui vise à définir l'intervention d'un tiers pour faciliter la circulation d'informations, éclaircir ou rétablir des relations. Ce tiers neutre, indépendant et impartial, est appelé médiateur.* » Dans ces définitions, le médiateur est plutôt vu comme une personne permettant la gestion d'un conflit entre deux autres, cependant nous retrouvons bien là une relation ternaire qui évite le rapport direct, parfois de force, entre deux personnes qui peuvent dans notre cas être le patient et le soignant.

Du point de vue du psychologue Chouvier (2012), la médiation thérapeutique « *est définie comme visant à permettre aux personnes de retrouver leur équilibre perdu en raison notamment de deuil non accompli et s'affirme comme pouvant réaliser un travail sur la préhistoire de la personne, en comparaison avec le courant psychanalytique qui tendrait à effectuer un travail sur l'archéologie de la personne.* ». Pour nous, ergothérapeutes, il convient de revenir à une définition plus simple, applicable à notre discipline.

Selon QuelinSouligoux (2003), « *la médiation introduit une relation à « trois termes » ce qui signifie une relation ternaire entre le patient, le thérapeute et l'objet. Cet objet sert à installer une relation entre le patient et le thérapeute, il en est le support. De plus pour être thérapeutique, ce qui va servir de médiation (objet concret, techniques, etc.) doit pouvoir être « détourné » d'un usage classique pour être véritablement utilisé dans un contexte particulier, [...]* ». Par l'usage particulier qui en est fait, l'objet devient médiateur. Nous reprenons les termes d'objet transitionnel, d'objet de relation et d'objet de médiation ci-dessous.

Dans la médiation par l'animal en ergothérapie, les « trois termes » de la relation ternaire sont l'ergothérapeute, le patient et l'animal, ce dernier étant l'objet de médiation. En effet, il est utilisé différemment que dans un contexte familial. Sous couvert d'un moment de partage et de jeu, il est manié par l'ergothérapeute de sorte à ce que le patient fasse un travail dans le sens des objectifs à atteindre.

---

### 2.3.2. L'OBJET

Il existe de nombreux termes pour définir l'objet dont se sert le patient dans sa thérapie. Parfois ces termes sont utilisés à mauvais escient et ne conviennent pas à la définition de l'objet exploité en médiation. Aussi semble-t-il important de revenir sur leur définition.

---

#### 2.3.2.1. L'OBJET TRANSITIONNEL

Le nouveau-né ne fait pas la distinction de ce qui est lui et ce qui ne l'est pas. Il est omnipotent, croit que tout est issu de sa création. Le sein maternel par exemple, est lui, il répond à ses attentes, est présent quand il a faim. Il y a une dépendance totale du nouveau né à la mère qui devra apprendre à l'enfant à devenir indépendant, à comprendre qu'elle n'est pas lui. Il existe toute une période où l'enfant passe de l'illusion à la désillusion, à la réalité.

Winnicott (1951) nomme cela l'**aire transitionnelle** ou l'aire d'expérience. Pendant cette période émergent des **phénomènes transitionnels** qui ont parfois comme support un **objet transitionnel**. À ce stade, pour l'enfant, l'objet transitionnel n'est pas lui mais il n'est pour autant pas complètement externe. Il est la première possession de l'enfant et est une aide à l'individualisation, il modifie sa relation aux objets extérieurs. Il peut aussi permettre à l'enfant de diminuer son angoisse quand sa mère est absente. Les phénomènes transitionnels sont par exemple, le babil, le fait que l'enfant passe de l'utilisation des doigts pour stimuler ses zones érogènes orales à l'utilisation d'un morceau de tissu ou encore le jeu qui est une grande source d'expérience. L'objet transitionnel est souvent appelé « doudou », ce peut être une peluche, un mouchoir, le bord d'une couverture.

Ce sont ces phénomènes et objets transitionnels qui permettent à l'enfant de se développer. Ces phénomènes commencent entre quatre et douze mois. Les schèmes qui en découlent persistent puis s'amenuisent. Les enfants privés de cette aire transitionnelle peuvent être immatures, angoissés ou encore développer des troubles psychiatriques.

---

#### 2.3.2.2. L'OBJET DE RELATION

Pour Gimenez (2003), l'objet de relation « *est un objet concret : il possède une consistance propre. De par sa concrétude, l'objet de relation est, la plupart du temps, le support d'une expérience sensorielle pour au moins l'un des deux interlocuteurs, patient ou thérapeute.* » Il est partagé entre deux personnes pouvant cependant l'utiliser différemment. Il ne s'agit donc pas d'un objet transitionnel puisque ce dernier est privé, « *non partageable avec un tiers, ni support d'un jeu ou d'un échange avec autrui.* » Un transfert de ce qui se joue entre le couple soignant-soigné peut se faire sur l'objet de relation. Ceci permet de ne pas être submergé par l'intensité émotionnelle d'une relation frontale ou directe. L'objet de relation se crée pendant la rencontre, « *il émerge dans la surprise* ». L'objet de relation devient alors objet de médiation quand il est imposé par le thérapeute.

---

#### 2.3.2.3. L'OBJET DE MÉDIATION

Comme nous l'avons vu dans la définition de la médiation, il ne suffit pas qu'il y ait une relation triangulaire et un objet imposé par le thérapeute pour que l'objet soit objet de médiation. Il est nécessaire que l'utilisation de celui-ci soit détournée de son usage et de son sens habituel afin de poursuivre des objectifs relevant de la situation thérapeutique du patient. C'est seulement sous cette condition que l'objet n'est plus un simple « support de communication » mais peut être appelé « objet médiateur » (QuelinSouligoux, 2003).

---

### 2.3.3. LA MÉDIATION PAR L'ANIMAL

---

#### 2.3.3.1. HISTOIRE DE LA MÉDIATION PAR L'ANIMAL

La médiation par l'animal débute au 18<sup>e</sup> siècle lorsque Tuke fonde l'Institut York Retreat en 1796, voulant changer les conditions de vie des malades mentaux. Il y redéfinit des concepts d'approche de la maladie mentale sur des principes moraux « *de la bonté et de la considération de l'être humain* ». Il confie des animaux aux patients atteints de maladies mentales pour réduire leur désordre psychique et leur donner une part de responsabilité. Pendant la guerre de Crimée (1854-1856), les liens entre animaux et humains ont été utilisés par Nightingale, pionnière des soins infirmier modernes. La présence d'une tortue qu'elle gardait à l'hôpital permettait de donner affection et réassurance aux patients. En 1937, Freud note que l'enfant s'identifie plus à l'animal qu'à ses parents et cherche donc à tirer un

avantage de cette constatation. Selon lui « *Les enfants n'ont aucun scrupule à part entière. Ils se sentent davantage apparentés aux animaux qu'à leurs parents, qui peuvent être une énigme pour eux. Dans un premier temps, la ressemblance est du côté de l'animal, la différence du côté des adultes.* » À la fin des années 1950, Levinson, pédopsychiatre américain, évoque le premier le rôle de « *catalyseur social* » que joue l'Animal envers l'Homme. Pour lui, la présence des animaux est importante auprès des personnes « fragiles » comme les personnes en situation de handicap physique ou mental, les personnes vieillissantes ou encore isolées. En 1964, il accepte un rendez-vous imprévu suite à l'appel de parents désespérés car leur fils autiste doit être interné dans un institut spécialisé. Il oublie que son chien Jingles est dans son cabinet, sa présence n'étant pas habituellement tolérée par le docteur. L'enfant normalement replié sur lui-même et mutique va se diriger vers l'animal peu de temps après son arrivée et lui parler. Il redemande par la suite à revenir en séance pour le voir. C'est suite à cette observation que Levinson développe la « *Pet-Oriented Child Psychotherapy* », ou psychothérapie facilitée par l'animal, dans les années 1950.

Dans les années 1990, la zoothérapie se développe grandement au Canada. L'Institut Canadien de zoothérapie (Montréal), l'Institut de zoothérapie du Québec, le Symposium de zoothérapie de l'hôpital Louis-Hyppolite-Lafontaine, Zoothérapie Québec, le module de thérapie assistée par l'animal de l'Hôpital Rivière-des-Prairies (TAPA) ainsi que celui de l'hôpital Douglas en sont les pionniers. En 2003, à son retour du Canada, Beiger, psychanalyste en relation humain-animal et spécialiste des comportements et du langage canin, fonde l'Institut Français de Zoothérapie (IFZ). Il travaille notamment auprès d'enfants autistes, en difficulté, handicapés physiques ou mentaux, et écrit de nombreux livres sur la médiation par l'animal auprès de ce public. À l'époque, la zoothérapie est encore controversée en France. En effet les activités avec l'animal peuvent avoir des buts différents : une animation, un moment pédagogique autour de l'animal ou encore une activité thérapeutique. En fonction du but l'activité prend un nom différent d'où les termes abordées dans la problématique. Certains élèves ayant été formés à l'IFZ souhaitent faire évoluer la pratique pour mettre en avant les possibilités thérapeutiques et employer plus de rigueur dans les activités de médiation par l'animal. C'est notamment le cas du directeur de l'association Umanima.

#### 2.3.3.2. LA MÉTHODE UMANIMA

Umanima est une association de médiation par l'animal créée en 2009 par monsieur Doumalin. En tant que travailleur social, il a longtemps accompagné d'un public, âgé de 16 à 26 ans, en très grande difficulté d'insertion sociale, ce qui lui a permis de « *constater l'importance des liens unissant des personnes en situation fragilisée avec leurs animaux* ». Dans son parcours, il a pu observer les personnes en difficulté ou avec un handicap physique ou mental, participer à une activité avec l'animal lors d'équithérapie par exemple. Vivant lui-même avec des animaux, il s'est ensuite intéressé à ce qui était fait dans les pays anglo-saxons en matière de zoothérapie puis a décidé de fonder l'association et de « *développer des méthodologies et des ateliers en lien avec l'interactivité que suscitent les animaux* ». Le siège social de l'association est basé à Saint-Gilles, au nord-ouest de Rennes en Ille-et-Vilaine, cependant son champ d'intervention s'étend sur le Morbihan, les Côtes d'Armor mais aussi la Manche ou encore la Sarthe. Elle intervient dans tout type structure et donc auprès d'un public varié comme les personnes âgées, les personnes en situation de handicap physique ou mental mais aussi auprès des détenus.

Des outils de suivi ont été élaborés par les intervenants de l'association afin de garantir une prise en charge et un suivi efficace. Une fiche signalétique remplie par l'établissement et précisant la situation de la personne permet de comprendre ses capacités de communication, sa motricité, ses capacités psycho-affectives, cognitives, de concentration, etc. Une fiche de liaison est complétée après chaque intervention ([annexe 5](#)) pour que l'équipe encadrante de visualiser et intègre progrès dans le quotidien. Les exercices évoluent et sont adaptés selon l'amélioration des capacités.

La méthode Umanima est basée sur la création de logigrammes ([annexe 6](#)) en interdisciplinarité et de fiches techniques d'ateliers. Un logigramme est une représentation schématique permettant de visualiser de façon séquentielle et logique les actions à mener et les décisions à prendre pour atteindre un objectif défini. Il permet de décrire une activité. La théorie à propos d'une compétence spécifique (équilibre, mémoire ou encore la praxie) est reprise. Les prérequis à l'acquisition de la compétence sont dégagés puis les étapes d'acquisition sont hiérarchisés. Chaque étape est représentée par une question fermée permettant à l'intervenant de savoir si elle est franchie. Une ou plusieurs fiches techniques d'atelier ([annexe 7](#)) permettant la remédiation en vue du passage à l'étape suivante sont associées à chaque étape. Les compétences à atteindre pour la personne et les conséquences

positives dans son quotidien sont mises en avant à travers le logigramme. La dernière étape du logigramme est en fait celle d'une réalisation optimale de la compétence générale.

Par sa méthode et ses professionnels provenant du domaine médico-social, Umanima souhaite montrer le sérieux que peut avoir cette thérapie non médicamenteuse qu'est la médiation par l'animal, et cela malgré le peu d'études scientifiques à ce jour. Il est possible d'imaginer l'utilité des logigrammes dans les autres types d'activités thérapeutiques non médicamenteuses comme la musique, les arts graphiques ou encore la danse. Une fois le logigramme créé, et il pourrait être intéressant de travailler avec des professionnels spécialisés dans un domaine très particulier. Pour cela, il est tout à fait possible, pour chaque type d'activité à médiation, de créer des fiches techniques d'atelier.

Selon nos précédentes définitions, l'animal peut être qualifié d'objet médiateur, ou tout simplement de médiateur, quand il est utilisé dans le cadre d'une activité de médiation par l'animal. L'ergothérapeute sait le détourner de son « usage habituel », cela signifie surtout qu'il sait adapter les jeux ou exercices réalisés avec l'animal à la problématique et aux objectifs de son patient. Des méthodes ont été mises en place dans ce but et elles peuvent très bien être ajustées et appliquées aux personnes atteintes de paralysie cérébrale. Savoir adapter les exercices peut aussi permettre de conserver l'intérêt et donc la motivation du patient pour l'activité.

## 2.4. LA MOTIVATION

### 2.4.1. DÉFINITIONS

Pour Smith et al. (1982), la motivation est « *le processus interne qui influence la direction, la persistance et la vigueur du comportement dirigé vers un but* », pour Arkes et Garske (1977), la motivation est « *la recherche des influences sur l'activation, la force et la direction du comportement* ». Enfin, Weiner (1972) inclut dans sa définition les persistances de comportement dirigées vers un but ainsi que le déclenchement, la direction et l'intensité de ces persistances. Vallerand et Thill (1993) prennent alors en considération les aspects de chaque définition pour en créer une plus complète : « *Le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement* ».

La motivation déclenche le comportement, elle permet de passer d'un comportement à un autre. De plus elle modifie notre comportement afin qu'il soit le plus approprié pour atteindre notre but : elle le dirige. Elle joue sur l'intensité du comportement : plus la motivation est importante plus le comportement est intense. Enfin la persistance d'un comportement montre aussi l'importance de celle-ci : plus la motivation est importante plus le comportement est persistant. Bien entendu toutes ses caractéristiques sont en interaction. Par exemple, un comportement de trop grande intensité peut être fatiguant et nuire à la persistance de ce comportement. Ou encore, en cas de but imposé, donc d'une direction du comportement non décidée par soi-même, l'intensité du comportement peut s'avérer faible (Vallerand et Thill, 1993). Vallerand et Thill précisent aussi qu'il peut exister certaines caractéristiques additionnelles du comportement motivé. Par exemple, pour Izard (1977) les émotions prennent une place importante dans le processus motivationnel. D'autres caractéristiques à prendre en compte sont la variabilité, la diminution et l'arrêt du comportement.

Il existe de nombreuses théories de la motivation, au moins 101 selon F. Fenouillet (2009). Nous retiendrons ici uniquement la théorie de l'autodétermination (TAD) car elle est très largement utilisée. Elle considère qu'il existe à la fois une motivation interne et une motivation externe. Elle intègre les effets du contexte venant produire ces différents types de motivation qui impactent alors le développement de l'individu.

## 2.4.2. LA THÉORIE DE L'AUTODÉTERMINATION

### 2.4.2.1. DÉFINITIONS

La TAD a été développée par Deci et Ryan depuis les années 1970 pour expliquer comment la source du comportement influence le niveau de motivation des individus (Carré et Fenouillet, 2009). En effet, alors que les théories humanistes de la personnalité évoquent une motivation d'origine intrinsèque (tendance naturelle vers l'actualisation de soi) et les théories issues du behaviorisme une motivation extrinsèque (développement déterminé par le contexte), la TAD propose qu'il puisse exister les deux. Selon elle, la perception de l'origine d'un comportement crée un certain type de motivation.

La **motivation intrinsèque** représente un engagement par intérêt et par plaisir (Ryan et Deci, 2000). C'est le plus haut niveau d'autodétermination<sup>5</sup>. La **motivation extrinsèque** survient quand l'activité est réalisée pour obtenir quelque chose, souvent dissocié de l'action, externe à l'individu (argent, reconnaissance sociale par exemple).

### 2.4.2.2. TROIS SOUS-THÉORIES

La TAD est constituée d'un ensemble de trois sous-théories. Celle qui nous intéresse le plus dans le cadre de cette étude est la **théorie de l'intégration organismique**. Elle donne une classification des différents types de régulation de la motivation extrinsèque variant selon le degré d'intériorisation du soi (Deci et Ryan, 2002). Ces types de régulation sont organisés selon le continuum d'autodétermination :

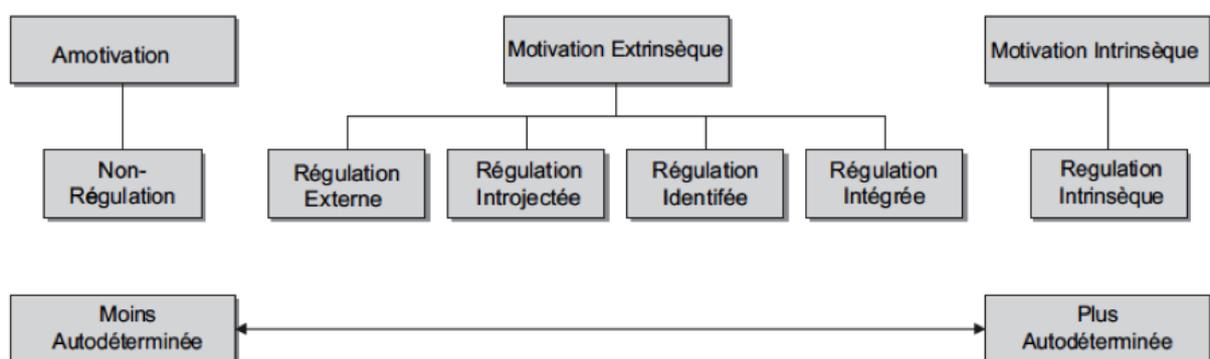


Figure 1 : Continuum d'autodétermination

<sup>5</sup>Action de décider par soi-même (Larousse).

La **régulation externe** réfère à une motivation dans le but d'obtenir une récompense ou d'éviter une punition. Il n'y a pas d'intériorisation dans le soi.

La **régulation introjectée** caractérise des comportements dans le but d'éviter la honte ou de rehausser l'estime de soi, les contraintes sont intériorisées.

La **régulation identifiée** motive des comportements exécutés par choix permettant une valorisation.

La **régulation intégrée** existe quand le comportement est en accord avec les valeurs et les objectifs de l'individu.

Quand il n'y a aucune régulation, il s'agit de l'**amotivation** : l'individu ne voit pas de raison de réaliser un comportement.

Deci & Ryan (2002) postulent l'existence de trois besoins psychologiques de base dont les individus seraient fondamentalement donc intrinsèquement motivés à satisfaire : l'autonomie, la compétence et l'appartenance sociale ([annexe 8](#)).

La **théorie de l'évaluation cognitive** permet la description des effets des variables issues du contexte social sur le comportement intrinsèquement motivé. Les événements du contexte comme le feed back positif, la récompense monétaire ou encore les menaces de punition peuvent donc influencer cette motivation selon s'ils sont favorables ou non à la satisfaction de ces besoins (Carré et Fenouillet, 2009).

La **théorie des orientations de causalité** tient compte des différences, stables, entre les individus dans leurs orientations motivationnelles générales, selon qu'elle soit autonome, contrôlée ou impersonnelle ([annexe 8](#)).

Pour répondre à la question de recherche nous tiendrons compte de la théorie de l'intégration organismique afin de catégoriser les participants à une activité de médiation par l'animal, selon leur type de régulation motivationnelle. Les deux autres théories permettraient de comprendre pourquoi le participant se retrouve dans une catégorie particulière mais ce n'est pas le sujet de la recherche.

### 3. CADRE EXPÉRIMENTAL

#### 3.1. RECUEIL DE DONNÉES

##### 3.1.1. CHOIX DE L'OUTIL ET DES POPULATIONS QUESTIONNÉES

Pour recueillir les données permettant de vérifier mes hypothèses, j'ai choisi d'utiliser le questionnaire. En effet c'était le type de recueil le plus adéquat car la médiation par l'animal utilisée en ergothérapie auprès des personnes atteintes de paralysie cérébrale n'étant pas très répandue, mon recueil devait se faire à échelle nationale.

L'idée de questionner les familles a été mise en avant lors du processus de création de l'enquête, suite à la lecture du mémoire de Pfennig (2014). Cependant cela semblait difficile à réaliser. En effet, si une partie de l'enquête se faisait auprès de la famille du participant alors elle aurait dû faire un long parcours partant de l'ergothérapeute, passant par la personne, arrivant à la famille puis faisant le chemin en sens inverse pour enfin me revenir. Cela aurait donc nécessité un délai important avant le retour et certainement découragé plus d'un.

##### 3.1.2. CONSTRUCTION DE L'OUTIL

J'ai choisi de construire mon questionnaire en trois volets destinés à des interlocuteurs différents afin de rendre celui-ci plus compréhensible mais aussi plus facile à traiter par la suite. Bien entendu, le questionnaire ([annexe 9](#)) commence par rappeler le but de l'étude. Puis il évoque les critères d'inclusion et les consignes, détaillées pour chaque volet.

###### 3.1.2.1. VOLET 1

Il permet de mesurer le type de motivation du participant. C'est-à-dire s'il s'agit d'une motivation intrinsèque, extrinsèque ou encore une amotivation.

Il présente tout d'abord une fiche signalétique permettant de récolter des variables contrôles sur l'étude, comme le type d'établissement, l'âge de la personne, les animaux employés ou encore les professionnels participant à l'activité.

Le questionnaire contenu dans ce volet est basé sur l'Echelle de Motivation Situationnelle (Situational Motivation Scale — SiMS). La SiMS a été développée et validée

par Guay, Vallerand et Blanchard (2000), suivant la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan. Elle est composée de 16 affirmations permettant d'évaluer la motivation intrinsèque, la régulation identifiée, la régulation externe et l'amotivation. Chaque type de motivation est ciblé par quatre questions. Nous avons choisi de réduire notre questionnaire à 3 questions, afin de réduire le temps de passation.

La réponse aux affirmations se fait grâce à une échelle de Likert. Il s'agit d'une échelle de jugement par laquelle la personne interrogée exprime son degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis d'une affirmation. Dans les limites de son travail de fin d'études en kinésithérapie, Pfennig souligne qu'une échelle à sept modalités « *offrait trop de nuances entraînant des difficultés de perception de celles-ci par les enfants* ». De plus, je souhaitais que les participants se positionnent sur l'échelle qui leur était proposée, sans leur laisser la possibilité de choisir une réponse neutre. J'utilise donc dans mon enquête une échelle de Likert à quatre modalités à choix forcé. Pour faciliter la réponse des personnes, notamment pour ceux ne sachant pas lire j'ai créé quatre visages aux expressions différentes reflétant le degré d'accord à l'affirmation.

Lors de l'analyse des données, chaque réponse est remplacée par son score : 1 pour pas du tout d'accord à 4 pour totalement d'accord. Les scores des questions correspondant au même type de motivation sont ensuite additionnés. Nous obtenons alors des scores pour chacun des quatre types de motivation qu'explore l'EMS. Le type de motivation ayant le plus gros score représente le type de motivation de la personne pour cette activité.

L'EMS ne pose pas de question directement reliée à la régulation introjectée ou à la régulation intégrée. Or, certains participants ont des scores égaux entre la motivation intrinsèque et la motivation à régulation identifiée. Selon le continuum d'autodétermination (figure 1), il existe la régulation intégrée, entre la régulation identifiée et la motivation intrinsèque, où nous pourrions classer ses participants. Cependant, ce type de motivation est rarement abordé dans les écrits car « il s'agit d'une distinction théorique qu'il est parfois difficile de circonscrire sur le plan statistique. » (Forest et Mageau, 2008). En effet, par sa définition, la motivation extrinsèque à régulation intégrée est assez proche de la motivation intrinsèque. C'est pourquoi ces participants seront considérés comme ayant une motivation intrinsèque.

### 3.1.2.2. VOLET 2

Ce volet permet de mesurer la participation de la personne à l'activité de médiation par l'animal. Pour cela j'ai choisi quatre indicateurs :

- Le nombre de séances proposées
- Le nombre de séances auxquelles la personne a assisté
- Le nombre de séances auxquelles la personne a refusé d'assister, c'est-à-dire les absences volontaires.
- Le niveau de participation dans l'activité quand la personne y assistait

Il était possible que l'ergothérapeute n'ait pas conservé précisément les valeurs demandées ci-avant. Mon maître de mémoire m'a alors fait réfléchir à l'utilité d'une estimation en pourcentage de ces valeurs grâce à une échelle numérique continue. Les deux questions posées étaient les suivantes :

- Sur le total des séances proposées, quel est le pourcentage de séances auxquelles la personne a participé ?
- Sur le total des séances auxquelles la personne n'a pas assisté, quel pourcentage est dû à un refus de celle-ci (et non dû à une cause indépendante de sa volonté, comme une hospitalisation, un rendez-vous...) ?

Finalement j'ai préféré tout d'abord demander à l'ergothérapeute des valeurs précises. Cela n'étant pas faisable, il lui est alors possible de répondre plus subjectivement via le pourcentage. Les valeurs obtenues permettront le calcul de T, le pourcentage de la participation réelle du patient ou du résident aux séances. C'est-à-dire que ce pourcentage ne tiendra pas compte des absences involontaire dues à une cause indépendante de la personne (hospitalisation, rendez-vous, etc.), ce qui peut être fréquent.

Enfin, l'ergothérapeute était invité à évaluer le niveau de participation dans l'activité sur une échelle de 0 à 10, 0 correspondant à « participe peu » et 10 à « participe beaucoup ». Pour cela, il est demandé d'estimer les capacités originelles du participant. En effet, une personne peut être moins participative qu'une autre du fait d'une restriction importante de mouvement ou de communication, par exemple, mais peut être toutefois très participatif par rapport à ses propres possibilités. Pour l'analyse des données, cette valeur sera transformée en pourcentage appelé P, le pourcentage de participation en séance.

Les résultats seront classés en quatre catégories selon le type de motivation que présentait le participant. Puis la moyenne de chaque catégorie sera réalisée afin de remarquer pour quel type de motivation se situe la participation la plus élevée.

---

### 3.1.2.3. VOLET 3

Ce volet permet d'observer la participation du patient ou du résident en dehors de l'activité de médiation par l'animal, par exemple dans une activité de vie quotidienne ou un soin. Cependant cette observation fait suite à l'évocation, pendant l'activité en cours, des séances de médiation par l'animal.

Coter le niveau de participation étant assez subjectif (notamment lorsqu'il s'agit d'une observation et non pas d'une évaluation), j'ai choisi de faire observer les performances dans cinq autres domaines. Ils ont été sélectionnés suite aux échanges que j'ai pu avoir lors de mes expériences en médiation par l'animal. En effet ce sont les domaines pour lesquels les équipes soignantes nous faisaient le plus de retour quand elles évoquaient les progrès du patient ou du résident depuis que celui-ci participe à l'activité de médiation par l'animal.

Les six indicateurs du questionnaire de ce volet sont :

- La participation
- La communication
- L'effort physique
- La concentration
- L'attention
- L'angoisse

Il est demandé à l'ergothérapeute, aidé par le reste de l'équipe si nécessaire, d'apprécier une augmentation, ou non, des performances, au cours d'un autre type d'activité, suite à l'évocation de l'animal, ou de ce qui est réalisé lors de l'activité de médiation par l'animal. Pour les réponses, j'ai repris l'échelle de Likert, avec 4 quatre modalités, utilisée dans le volet 1. Le score pour chaque réponse est calculé de la même manière que vu antérieurement. Quatre moyennes sont ensuite réalisées pour chaque indicateur, chacune étant la moyenne des scores des personnes ayant le même type de motivation.

## 3.2. ANALYSE DES DONNÉES

### 3.2.1. TYPE DE MOTIVATION DES PARTICIPANTS

Seize questionnaires ont été renvoyés. Les seize patients ou résidents atteints de paralysie cérébrale concernés sont âgés de huit à soixante ans. L'activité se fait en groupe la plupart du temps. L'ergothérapeute travaille rarement seul et est accompagné d'un ou de deux autres professionnels : psychomotriciens, kinésithérapeutes, psychologues ou éducateurs spécialisés. Les animaux utilisés sont le cheval ou le poney, le lapin, le cochon d'Inde et le chien.

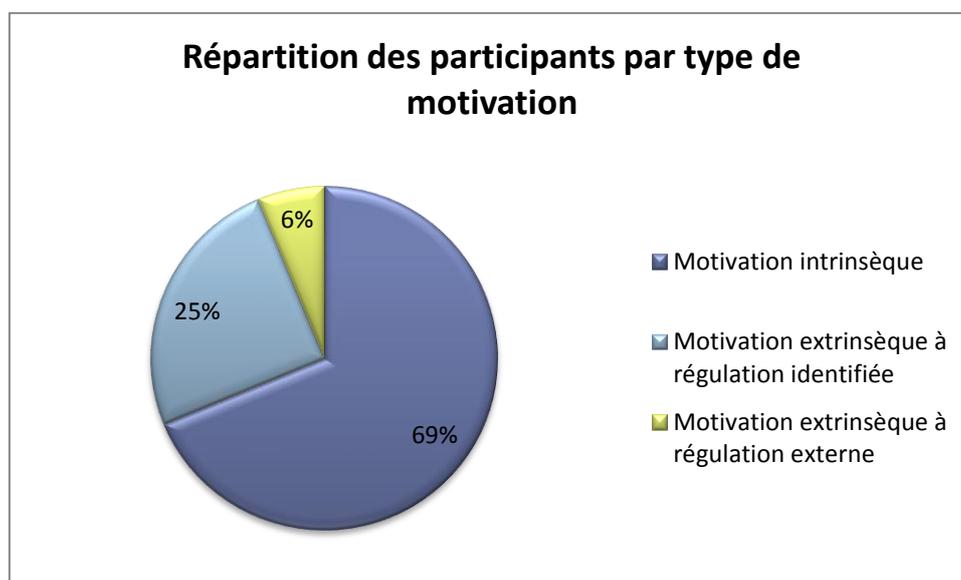


Figure 2 : Répartition des participants par type de motivation

Le fait qu'il n'y ait pas de personne amotivée pour l'activité de médiation par l'animal peut s'expliquer par le fait que cela soit repéré rapidement par l'équipe thérapeutique. La personne ne commence pas l'activité ou s'arrête rapidement, par exemple après une ou deux séances d'essais. Du fait de leur amotivation, il est aussi possible que celles-ci ne souhaitent pas répondre au questionnaire.

### 3.2.2. PARTICIPATION À L'ACTIVITÉ DE MÉDIATION PAR L'ANIMAL

#### 3.2.2.1. PARTICIPATION AUX SÉANCES

Les valeurs rapportées par les ergothérapeutes par le biais du volet 2 permettent de savoir quel est le pourcentage de participation aux séances de la personne atteinte de paralysie cérébrale, en ne tenant pas compte des séances qu'elle a manquées involontairement. Le calcul de ce pourcentage, que nous appellerons T, est détaillé en [annexe 10](#).

**Tableau 1: Moyennes et écarts-types de T**

Motivation	Amotivation	Régulation externe	Régulation identifiée	Motivation intrinsèque
Moyenne		81	99,95	100
Ecart-type			0,1	0

Nous observons que les personnes atteintes de PC ayant une motivation intrinsèque ont un pourcentage moyen de participation aux séances de 100%. Cela signifie qu'elles n'ont jamais refusé d'assister à une séance. Les personnes atteintes de PC ayant une motivation extrinsèque à régulation identifiée participent en moyenne, à 99,95% aux séances, et les personnes atteintes de PC ayant une motivation extrinsèque à régulation externe participent à 81%.

Ces résultats nous permettent de montrer que **les personnes atteintes de paralysie cérébrale participant volontairement le plus aux séances de médiation par l'animal sont celles qui ont une motivation intrinsèque**. Il est d'ailleurs possible d'observer une progression dans le cas de la motivation extrinsèque. En effet plus le type de régulation est proche de la motivation intrinsèque selon le continuum d'autodétermination, plus la participation aux séances est élevée.

### 3.2.2.2. PARTICIPATION EN SÉANCE

Les valeurs rapportées par les ergothérapeutes permettent aussi de savoir quel est le pourcentage de participation en séances de la personne atteinte de PC. Ce pourcentage de participation est appelé P.

Tableau 2 : Moyennes et écarts-types de P

Motivation	Amotivation	Régulation externe	Régulation identifiée	Motivation intrinsèque
Moyenne		75	80	96,64
Ecart type			11,58	8,39

Nous observons que les personnes atteintes de PC ayant une motivation intrinsèque ont un pourcentage moyen de participation en séance supérieur à celui des personnes ayant une motivation extrinsèque à régulation identifiée. Ces pourcentages moyens sont respectivement de 96,64% et 80%. Aux vues des écarts-types, respectivement 8,39 et 11,58, la différence de moyenne entre ces deux types de motivations ne semble pas significative<sup>6</sup>. Toutefois ces résultats nous permettent de montrer que **les personnes atteintes de paralysie cérébrale participant volontairement le plus en séance de médiation par l'animal sont celles qui ont une motivation intrinsèque.**

Une seule personne atteinte de PC ayant une motivation extrinsèque à régulation externe, le calcul des écarts-types n'est pas possible, et ces données ne sont pas exploitables. Cependant, la valeur obtenue pour la participation aux et en séances tend à confirmer les affirmations précédentes.

---

<sup>6</sup> Si nous avions eu plus de résultats, les tests statistiques permettraient de vérifier cette significativité.

### 3.2.3. PARTICIPATION ET AMÉLIORATIONS HORS SÉANCE

Pour chaque type de motivation, la moyenne des résultats du volet 3 ont été calculés dans chaque domaine. Les moyennes ont été reportées graphiquement pour plus de lisibilité lors de l'interprétation. Pour rappel, dans ce volet il est demandé aux professionnels s'ils ont pu observer une amélioration dans les domaines proposés au cours d'une activité différente et suite à l'évocation de l'animal.

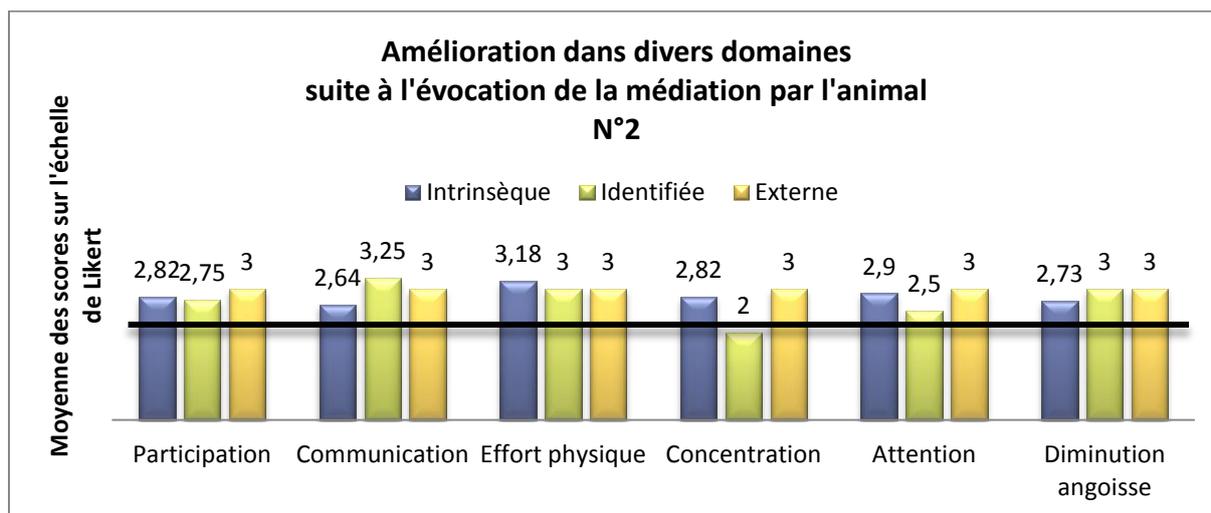


Figure 6 : Moyenne des améliorations dans six domaines suite à l'évocation de la médiation par l'animal

Lorsque le résultat est strictement supérieur à deux, cela signifie qu'une amélioration a été observée. Nous sommes en mesure de dire que la médiation par l'animal a un impact positif en dehors des séances même. **Son évocation en dehors des séances de médiation par l'animal permet l'amélioration des performances dans divers domaines et cela indépendamment du type de motivation.** Nous pouvons émettre des réserves par rapport à la concentration dans le cas d'une motivation identifiée. Cependant le peu de données ne permettent pas de confirmer cette réserve.

Etant donné que nous n'avons qu'une seule donnée pour la motivation externe, il n'est pas possible d'effectuer une observation sur un continuum de d'autodétermination. Nous pouvons néanmoins comparer les résultats de la motivation intrinsèque et de la motivation extrinsèque à régulation identifiée.

La motivation intrinsèque permet une hausse de la participation, de l'effort physique, de la concentration et de l'attention plus importante que celle engendrée par une motivation extrinsèque à régulation identifiée. La communication et la diminution de l'angoisse, quant à

elles, croissent plus en cas de motivation extrinsèque à régulation identifiée qu'en cas de motivation intrinsèque.

Cependant, au vu des écarts-types les moyennes ne sont pas significatives. Aussi plus de données seraient nécessaires pour affiner et affirmer ses précédents résultats.

L'observation sur un continuum d'autodétermination n'étant pas possible par manque de données, nous ne pouvons pas conclure sur le fait que tels ou tels domaines voient leur performance de plus en plus améliorée quand la motivation tend vers une des extrémités du continuum, suite à l'évocation de l'animal en dehors des séances de médiation par celui-ci.

### 3.3. DISCUSSION

#### 3.3.1. EVALUATION DES HYPOTHÈSES

Lors de l'analyse de données nous avons observé les résultats suivants :

1. Les participants peuvent présenter un type de motivation différent pour une activité de médiation par l'animal. Cependant, une majorité (68,74 %) de nos participants est motivée intrinsèquement.
2. Les personnes atteintes de paralysie cérébrale participant volontairement les plus AUX et EN séances de médiation par l'animal sont celles qui ont une motivation intrinsèque.
3. L'évocation de la médiation par l'animal permet l'amélioration des performances dans divers domaines, et cela indépendamment du type de motivation, lors d'autres d'activités que la médiation par l'animal.

Le premier résultat nous permet de mettre en avant le fait que la médiation par l'animal est une des activités, parmi tant d'autres, qui permet de pouvoir « accrocher » les personnes atteintes de paralysie cérébrale. 68,75% sont motivées intrinsèquement pour cette activité. Elles s'y engagent par intérêt et par plaisir.

Le deuxième résultat valide la première hypothèse qui était : « Les personnes motivées intrinsèquement dans le cadre d'une activité de médiation par l'animal en ergothérapie sont plus participatives à cette activité que les personnes motivées extrinsèquement ». De plus il est possible d'observer une influence positive entre le type de motivation et le niveau de participation. En effet plus la motivation tend vers l'intrinsèque plus la participation est élevée. Des données plus nombreuses permettraient le calcul du coefficient de corrélation afin de mesurer l'intensité de cette relation.

Le troisième résultat permet de montrer que la médiation par l'animal a un effet bénéfique en dehors des séances même grâce à la reprise de ce qui est fait en activité par les différents professionnels. En effet, les performances sont améliorées dans tous les domaines observés. Cependant ce résultat est basé sur une observation subjective des professionnels. Il pourrait être intéressant de réaliser une enquête plus approfondie sur cette partie, grâce à des évaluations et sur plus de domaines par exemple. Il serait aussi intéressant de mettre en œuvre

cette enquête auprès d'autres types de médiation afin d'observer si eux aussi ont un effet bénéfique en dehors des séances.

Ce quatrième résultat valide la première partie de la seconde hypothèse : « L'évocation de l'animal, et de ce qui a été réalisé par la personne avec celui-ci, augmente sa participation à l'activité en cours, activité autre que la médiation par l'animal. »

La seconde partie de la seconde hypothèse : « Cette augmentation [de la participation] est d'autant plus importante que la personne est motivée intrinsèquement » ne peut pas être validée du fait du faible nombre de données recueillies.

### **Conclusion :**

Pour répondre à la question de recherche, nous pouvons dire que, oui, la personne atteinte de paralysie cérébrale, motivée intrinsèquement dans le cadre d'une activité de médiation par l'animal en ergothérapie, est plus participative dans cette activité, ainsi que dans d'autres activités, qu'une personne motivée extrinsèquement.

---

### 3.3.2. LIMITES DE L'ÉTUDE

Le peu de données recueillies permet de mettre en évidence des résultats qui valident les hypothèses. Un plus grand nombre de données permettrait d'affirmer ces résultats avec plus de rigueur ou, éventuellement, les infirmer. Ce manque de données a plusieurs origines :

#### **Limites liées à la difficulté pour atteindre la cible de l'étude :**

La plupart des mails que j'ai envoyés aux structures accueillant des personnes atteintes de paralysie cérébrale passait par un formulaire de contact dont la boîte de réception n'est pas gérée par les ergothérapeutes. Aussi il est possible que mes mails n'aient pas tous été transmis. Je ne pouvais pas savoir préalablement à mon mail si l'ergothérapeute utilisait la médiation par l'animal ou si la population auprès de laquelle il l'utilisait entrait dans mes critères d'inclusion. Ce qui explique le peu de réponses positives à mes mails. Il m'a d'ailleurs fallu élargir les critères d'inclusion, les enfants étant uniquement concernés par l'étude lorsqu'a débuté mon recueil de données.

Les professionnels contactés via les réseaux de médiation par l'animal n'étaient pas toujours des ergothérapeutes et ne rentraient pas dans les critères d'inclusion de mon questionnaire.

#### **Limites liées aux caractéristiques de la cible :**

Certains ergothérapeutes m'ont expliqué qu'il n'était pas possible, ou difficile, de faire passer le questionnaire du fait de l'absence ou des troubles de communication des participants à l'activité de médiation par l'animal. Il m'a aussi été rapporté la difficulté qu'avaient les participants pour comprendre les questions du volet 1 et la subtilité des réponses. Cela malgré le fait de la simplification du questionnaire en passant de sept à quatre choix de réponse et en utilisant des pictogrammes. Certains questionnaires n'ont donc pas pu être complétés.

#### **Limites liées aux modalités de passation :**

L'ergothérapeute manquait parfois de temps pour faire passer ce questionnaire plutôt long. De plus, des biais pouvant impacter les résultats sont à mettre en avant. En effet, au début du questionnaire, les ergothérapeutes doivent préciser si les participants ont répondu seuls ou aidés par le professionnel. Toutes les réponses ont été réalisées avec l'aide de l'ergothérapeute. Il s'agit d'un biais d'évaluation. Le fait que ce ne soit pas toujours le même professionnel qui observe la participation du patient peut engendrer un autre biais d'évaluation car la mesure du critère de jugement n'est pas réalisée obligatoirement de la même manière selon le professionnel. Le fait qu'une personne amotivée pour l'activité de médiation par l'animal soit plus susceptible de ne pas répondre au questionnaire engendre un biais de sélection car l'échantillon n'est alors pas représentatif de la population.

---

#### 3.3.3. PISTES DE REFLEXION

Lors des stages de médiation par l'animal que j'ai réalisés au cours de mon cursus, il est arrivé que les participants à l'activité refusent de venir en séance et cela plusieurs fois en cours de programme. La fréquence régulière, en général hebdomadaire, et la répétition sont des éléments importants dans l'efficacité de la médiation par l'animal. De plus, l'intervenant étant généralement extérieur à la structure, ces refus de venir en séance posent des problèmes de fonctionnement. En effet l'intervenant doit être payé du fait de son déplacement même s'il n'a pas pu faire la séance. Le départ d'un participant modifie aussi le cadre de l'activité quand il s'agit d'un groupe fermé, ce qui peut s'avérer perturbant pour le reste des participants.

Avant de réaliser un programme, les animaux sont présentés aux personnes présélectionnées par l'équipe soignante. Cela permet de noter le comportement qu'a l'individu envers l'animal ainsi que son attrait pour ce dernier. Puis deux séances d'essais sont réalisées avant de confirmer la participation au programme. Cependant, l'effet de nouveauté peut induire un attrait qui ne sera pas durable dans le temps. Avec mes tuteurs, nous avons plusieurs fois discuté de l'intérêt d'un outil à faire passer en début de programme afin d'être en mesure de prédire la participation du patient à l'activité. Les résultats de la présente étude montrent que les personnes motivées intrinsèquement participent plus à l'activité que les personnes motivées extrinsèquement. Il serait intéressant de réaliser une étude mesurant en amont le type de motivation de la personne grâce à l'Echelle de Motivation Situationnelle, par exemple après deux séances d'essais, et en évaluant en fin de programme la participation du patient à l'activité. S'il s'avère que le même lien entre type de motivation et niveau de participation est retrouvé, alors l'EMS serait une bonne base pour créer l'outil en question.

De telles études et un tel outil seraient aussi intéressants dans le cas des autres types de médiations, comme l'hortithérapie, l'art thérapie ou encore la musicothérapie.

## CONCLUSION

Au cours de ce mémoire, j'ai découvert de nouveaux concepts, en sociologie et en psychologie, concernant la construction sociale du sens et la motivation. Pendant notre cursus, il nous est très largement évoqué l'importance pour le patient du sens des activités proposées, afin que celui-ci soit motivé à prendre part à sa rééducation. Une partie de notre première année est consacrée à la compréhension de ce qu'est l'activité et de la différence entre activité significative et signifiante à travers les propos de Pibaro et Morel-Bracq, toutes deux ergothérapeutes. Cependant, revenir à la genèse du sens par la société nous permettrait de mieux concevoir ce concept. De plus, avec les seules définitions des dictionnaires, nous ne saurions pas non plus dire tout ce qu'implique le terme de motivation. Et comme l'a pensé Lichtenberg : « *Rien n'est plus insondable que le système de motivations derrière nos actions.* ». Toutefois de nombreuses théories psychologiques et sociales étayent le sujet. La théorie que j'ai choisie d'étudier, l'autodétermination, en fait partie, mais n'est pas forcément meilleure qu'une autre. Il existe des théories appliquées à des domaines particuliers comme le travail ou la scolarité. Peut-être serait-il possible de développer une théorie de la motivation propre au domaine de la santé, liée à l'acceptation et à la participation du patient dans sa rééducation. Les neurosciences donnent aussi un éclairage nouveau au concept de motivation.

La médiation par l'animal est encore peu développée auprès des personnes atteintes de paralysie cérébrale comparées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autisme. L'application à cette population peut nécessiter une méthode particulière plus orientée sur le champ de la rééducation physique. Elle est un atout notamment auprès des enfants car elle peut être reliée au concept de jeu.

Nous avons observé que pour cette activité les personnes atteintes de paralysie cérébrale motivées intrinsèquement, c'est-à-dire pour le plaisir même qu'elle engendre, sont plus participatives que les personnes motivées extrinsèquement. Il est fort possible que cette observation serait identique si nous avions observé une autre population ou lors d'une activité thérapeutique différente. Toutefois cela pourrait être vérifié par une étude similaire.

La médiation par l'animal m'a convaincue des bénéfices qu'elle apportait grâce à ses particularités. Nous avons montré dans ce mémoire que ses effets se font ressentir aussi bien au cours des séances qu'en dehors indépendamment du type de motivation du patient pour l'activité. Bien entendu je garde toujours en tête que, comme n'importe quelle médiation, elle

ne fait pas sens pour tous les patients. Il ne serait pas productif d'essayer de la leur proposer à systématiquement si une telle activité était mise en place au sein d'une structure. Cette activité n'étant pas encore encadrée par la loi, il est possible que certains professionnels la discréditent en n'étant pas clairs sur la différence entre une activité d'animation et une activité thérapeutique et en n'ayant pas de méthode basée sur les méthodes de rééducation et de réadaptation.

Ce travail de recherche a été fastidieux mais très intéressant et enrichissant. Un concept en amenant un autre et piquée par la curiosité, j'ai eu de très nombreuses lectures qui n'apparaissent pas ici et pourrait être le sujet d'autres mémoires. Ces apports éclaireront ma future pratique professionnelle. Mes observations sur la motivation, par exemple, sont un atout s'ajoutant aux analyses d'activité que, nous, ergothérapeutes réalisons. Il ne suffit pas qu'un patient se dise motivé, il faut aussi comprendre les raisons de sa motivation afin de savoir si elle sera durable afin d'exploiter le potentiel thérapeutique de l'activité choisie, sur le long terme. De plus, ces acquis sont transférables dans tous les domaines d'activité.

## BIBLIOGRAPHIE

### **Monographies :**

Berger, P., Luckmann, T., 1966. *The Social Construction of Reality: A treatise in the sociology of knowledge*. New York : Anchor books, 240 p.

Berard, C., et al., 2010. *La paralysie cérébrale de l'enfant. Guide de la consultation. Examen neuro-orthopédique du tronc et des membres inférieurs*. 2<sup>e</sup> éd. Montpellier : Sauramps médical, 265 p.

Carré, P., Fenouillet, F., 2009. *Traité de psychologie de la motivation*. Paris : Dunod, Sociale, 404 p.

Chouvier, B., et al., 2012. *Les processus psychiques de la médiation. Créativité, champ thérapeutique et psychanalyse*. Paris : Dunod, Inconscient et culture, 296 p.

Deci, E., Ryan, R., 2002. *Hand-book of self-determination research*. Rochester : The University of Rochester Press, 480 p.

Morel-Bracq, M. C., 2009. *Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux*. Marseille : Solal (Collection ergothérapie), 174 p.

Rochex, J.Y., 1995. *Le sens de l'expérience scolaire*. Paris : PUF, 300 p.

Tardieu, G., 1984. *Le dossier clinique de l'IMC*. Paris : Masson.

Tardieu, G., 1984. *Les feuillets de l'infirmité motrice cérébrale*. Paris : Association nationale des Infirmes Moteurs Cérébraux.

Tardieu, G., 1969. *Les feuillets de l'infirmité motrice cérébrale*. Paris : Association nationale des Infirmes Moteurs Cérébraux.

Winnicott, D. W., 1989. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Petite bibliothèque Payot, pp. 109-125.

Winnicott, D. W., 2010. *Les objets transitionnels*. Paris : Payot, Petite bibliothèque Payot, 109 p.

### **Articles de périodique :**

Cans, C., 2005. Epidémiologie de la paralysie cérébrale. *Motricité cérébrale*, 26(2), pp. 51-58.

Forest, J., Mageau, G., 2008. La motivation au travail selon la théorie de l'autodétermination. *Psychologie Quebec*, 25(5), pp 33-36.

Friedmann, E., et al., 2007. A friendly dog as potential moderator of cardiovascular response

to speech in older hypertensives. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 20(1), pp. 51-63.

Gee, N., Harris, S., Johnson, K., 2007. The role of therapy dogs in speed and accuracy to complete motor skills tasks for preschool children. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 20(4), pp. 375-386.

Gee, N., et al., 2010. Preschool children require fewer instructional prompts to perform a memory task in the presence of a dog. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 23(2), pp. 173-184.

Gee, N., et al., 2012. Preschoolers categorize animate objects better in the presence of a dog. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 25(2), pp. 187-198.

Gee, N., et al., 2012. The presence of a therapy dog results in improved object recognition performance in preschool children. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 25(3), pp. 289-300.

Gimenez, G., 2003. L'objet de relation dans la thérapie individuelle et groupale de patients schizophrènes. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 41, pp. 41-62.

Guay, F., Vallerand, R., Blanchard, C., 2000. On the Assessment of Situational Intrinsic and Extrinsic Motivation: The Situational Motivation Scale (SIMS). *Motivation and Emotion*, 24(3), pp. 175-213.

Handlin, L., et al., 2011. Short-term interaction between dogs and their owners : effects on oxytocin, cortisol, insulin and heart rate. *An exploratory study, Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 24(3), pp. 301-315.

Havey, J., et al., 2014. The effect of animal-assisted therapy on pain medication use after joint replacement. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 27(2), pp. 361-369.

Himmelman, K., et al., 2005. The changing panorama of cerebral palsy in Sweden. Prevalence and origin in the birth-year period 1995-1998. *Acta Paediatr*, 94(3), pp. 287-294.

Larroque, B., et al., 2004. Epipage study group. Survival of very preterm infants : Epipage, a population based cohort study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 89, pp. 139-144.

Miller, S., et al., 2009. An examination of changes in oxytocin levels in men and women before and after interaction with a bonded dog. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 22(1), pp. 31-42.

Quelin Souligoux, D., 2003. De l'objet à la médiation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 41, pp. 30.

Rosenbaum, P., et al., 2007. A report : the definition and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol Suppl*, 109, pp. 8-14.

Ryan, R., Deci, E., 2000. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, pp. 68-78.

SCPE Collaborative Group., 2000. Surveillance of Cerebral Palsy in Europe : A European collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Dev Med Child Neurol* 42(12), pp. 816-824.

Souter, M., Miller, M., 2007. Do animal-assisted activities effectively treat depression ? A meta-analysis. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 20(2), pp. 167-180.

Tsai, C., Friedmann, E., Thomas, S., 2010. The effect of animal-assisted therapy on stress responses in hospitalized children. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 23(3), pp. 245-258.

Youroukos, S., 1997. Epilepsy in patients with CP. *Dev Med Child Neurol*, 39, pp. 659-663.

### **Actes de congrès, colloques :**

Marchand, C., 2009 Massification d'un enseignement instrumental : faire entendre la voix de la Recherche Actes du colloque EM, 2009. Disponible sur internet : < <ftp://ftp.eduscol.education.fr/pub/educnet/musique/national-cndp/04infos/chorales/oe/chrystel-marchand1.pdf>> (consulté le 18 mars 2015)

### **Rapports et recommandations :**

INSERM. (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) 2004. *Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge*. S.l. Les éditions Inserm, 376p. Disponible sur internet : < <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/56>> (Consulté le 25 août 2014).

### **Travaux de fin d'étude :**

Pfennig, M., 2013. *La place de l'équitation adaptée comme agent de motivation et de réadaptation de l'enfant paralysé cérébral*. Mémoire. IFPEK.

## ANNEXES

### Tables des annexes :

Annexe 1 : Cheval et handicap .....	II
Annexe 2 : Formes neurologiques de la paralysie cérébrale .....	III
Annexe 3 : Formes topographiques de la paralysie cérébrale .....	IV
Annexe 4 : Echelle de mesure de la spasticité .....	V
Annexe 5 : Fiche signalétique .....	VI
Annexe 6 : Exemple de logigramme .....	VII
Annexe 7 : Exemple de fiche technique d'atelier .....	VIII
Annexe 8 : Besoins psychologiques et orientations motivationnelles.....	IX
Annexe 9 : Questionnaire .....	X
Annexe 10 : Calcul de T .....	XVII

ANNEXE 1: CHEVAL ET HANDICAP

Activité	Définition Objectif	Professionnels intervenants	Limites Restrictions	Champ d'intervention
<b>Handisport</b>	Pratique de l'équitation sportive jusqu'à la compétition pour des publics avec handicap moteur ou sensoriel	Moniteurs d'équitation spécialisés	<i>Pas d'objectif de soin</i>	Activités physiques et sportives
<b>Sport adapté</b>	Pratique de l'équitation sportive jusqu'à la compétition pour des publics avec handicap mental ou maladie psychique	Moniteurs d'équitation spécialisés	<i>Pas d'objectif de soin</i>	Activités physiques et sportives
<b>Equihandi</b>	Enseignement de l'équitation comme activité physique avec une pédagogie et des objectifs de progression adaptés	Moniteurs d'équitation spécialisés	<i>Pas d'objectif de soin</i>	Activités physiques et sportives
<b>Equicie</b>	Aide dans un cadre d'action sociale, sur le plan éducatif, social, thérapeutique ou des loisirs	Tous professionnels spécifiquement formés	<i>Le domaine de compétence de l'intervenant (éducation/social/soin/loisir) dépend de son statut ou de sa profession d'origine</i>	Aide au sens large
<b>Hippothérapie</b>	Action thérapeutique médiatisée, d'approche somatique, biomécanique et physiologique, courant de la kinésithérapie	Masseurs-kinésithérapeutes, médecins rééducateurs, physiothérapeutes, ostéopathes ou chiropracteurs spécialisés	<i>Pas d'objectif pédagogique</i>	Soin somatique
<b>Thérapie Avec le Cheval</b>	Action thérapeutique médiatisée, d'approche corporelle et humaniste, courant de la psychomotricité	Professionnels paramédicaux spécialisés	<i>Pas d'objectif pédagogique</i>	Soin psychique
<b>Equithérapie</b>	Action thérapeutique médiatisée, d'approche psychothérapeutique, courant de la psychologie	Professionnels médico-sociaux spécialisés	<i>Pas d'objectif pédagogique</i>	Soin psychique

La **forme spastique** est caractérisée par une augmentation de la réponse de contraction musculaire à l'étirement, il s'agit d'une exagération du réflexe ostéotendineux. Plus exactement, la spasticité fait partie du syndrome pyramidal et se traduit par une modification de la motricité spontanée, volontaire, de la coordination des mouvements et du tonus musculaire. C'est un symptôme apparaissant chez des patients ayant une lésion du système nerveux central. Elle peut être douloureuse mais aussi permettre des compensations fonctionnelles. Le traitement peut être général par des médicaments, local par la toxine botulique, locorégional par les blocs nerveux et l'administration intrathécale de baclofène. L'échelle d'Ashworth et l'échelle de Held et Tardieu ([annexe 4](#)) permettent de quantifier la spasticité.

Les **formes dyskinétiques** comprennent la forme athétosique, choréique et dystonique.

- La **forme athétosique** se traduit par des mouvements involontaires distaux et lents, déclenchés en actif. Ils entraînent une atteinte plus importante du tronc et des membres supérieurs que des membres inférieurs. Il est alors difficile pour le patient de coordonner, régler et réguler ses mouvements. La marche apparaît tardivement ou est impossible dans les atteintes plus importantes.
- La **forme choréique** se traduit par des mouvements involontaires brusques qui stoppent le mouvement volontaire. Ils entraînent des mouvements brusques, proximaux, chaotiques et imprévisibles. Les membres supérieurs peuvent alors être « incontrôlables ». Le faciès du patient est alors plutôt grimaçant, la prise de repas et la parole sont difficiles, avec une variation en fonction de l'affect et de la situation.
- La **forme dystonique** se traduit par un dérèglement du tonus causé par des cocontractions des muscles antagonistes. Les mouvements sont possibles mais dépendent de la fréquence des cocontractions qui peuvent être déclenchées par des mouvements volontaires spécifiques.

La **forme ataxique** est due à une atteinte du cervelet, ce qui induit donc des troubles de l'équilibre ainsi que des tremblements. Il est alors possible d'observer un élargissement du polygone de sustentation, une marche ébrieuse et des chutes fréquentes ainsi qu'une dysmétrie et un tonus hypotonique.

### ANNEXE 3 : FORMES TOPOGRAPHIQUES DE LA PARALYSIE CÉRÉBRALE

- La **diplégie** est l'atteinte des deux membres supérieurs ou des deux membres inférieurs. La maladie de Little est en fait une diplégie spastique touchant les membres inférieurs.
- La **triplégie** est l'atteinte de trois membres. Il s'agit en fait de l'association d'une diplégie et d'une hémiplégie. L'atteinte entre deux membres identiques est donc asymétrique.
- La **quadriplégie** est une atteinte des quatre membres associée à une atteinte axiale hypotonique ou hypertonique.
- L'**hémiplégie** est l'atteinte homolatérale du membre supérieur et du membre inférieur.
- La **monoplégie** est une forme exceptionnelle d'un seul membre supérieur ou inférieur.

## Échelle d'Ashworth modifiée (MAS : Modified Asworth Scale)

Préciser lors de la cotation, si l'on se réfère à la MAS (sur 4) c'est-à-dire de 0 à 4 : 0, 1, 1+, 2, 3, 4 ; ou à la MAS (sur 5) c'est-à-dire de 0 à 5 : 0, 1, 2, 3, 4, 5. Les 2 comportent 6 niveaux de cotation - par opposition à la première version d'Ashworth qui n'en comportait que 5 (0, 1, 2, 3, 4). L'une, MAS sur 5, permet la quantification alors que le niveau 1+ ne le permet pas.

MAS (sur 4)	MAS (sur 5)	Descriptif du niveau
0	0	Pas d'hypertonie
1	1	Légère hypertonie avec <i>stretch reflex</i> ou minime résistance en fin de course
1+	2	Hypertonie avec <i>stretch reflex</i> et résistance au cours de la première moitié de la course musculaire autorisée
2	3	Augmentation importante du tonus musculaire durant toute la course musculaire, mais le segment de membre reste facilement mobilisable
3	4	Augmentation considérable du tonus musculaire. Le mouvement passif est difficile
4	5	Hypertonie majeure. Mouvement passif impossible

### Echelle de Held et Tardieu

#### Intensité du réflexe

- 0 Pas de réflexe d'étirement ;
- 1 Contractions musculaires visibles ou palpables ;
- 2 Contraction avec ressaut ;
- 3 Trépidations épuisables ou hypertonie marquée permettant une mobilisation aisée ;
- 4 Trépidations inépuisables ou hypertonie considérable avec mobilisation difficile ;
- 5 Rigidité sans mobilisation possible

#### 2. Vitesse

- V1 = Vitesse inférieure à celle imposée par la pesanteur ;
- V2 = Vitesse égale à celle de la pesanteur ;
- V3 = Vitesse supérieure à celle de la pesanteur.

Noter également l'angle articulaire d'apparition du réflexe.

# ANNEXE 5 : FICHE SIGNALÉTIQUE



**OBJECTIFS :**

NOM : ..... PRENOM : .....

ETABLISSEMENT : .....

SEANCE DU : .....

Ateliers :

- 1.
- 2.
- 3.

		n°	Observations
M O T E U R	Motricité/Amplitude		
	Équilibre/Prévention des chutes/Posture		
	Tonus/ Respiration		
	Adresse / Coordination		
	Dissociation		
Sensoriel: odorat, audition, vision, toucher, goût			
C O G N I T I F	Mémoire		
	Repérages Espace/ Temps		
	Latéralité / Schéma corporel		
	Reconnaissance, perception des objets (Gnosie)		
	Mouvement réalisé vers un but (Praxie) / Organisation		
	Compréhension / Assimilation		
p s y c h o  a f f e c t i f	Image de soi socialisation, comportement, perception corporelle...		
	Communication		
	Attention/ Concentration		
	Émotion / Affect		

**Observations :**

© 2009 Umanima. Toute reproduction interdite.

umanima - 09 67 40 67 70 | La Buchalais de 690 St Gilles | [zootherapie.asso.fr](http://zootherapie.asso.fr)

## ANNEXE 6 : EXEMPLE DE LOGIGRAMME

### Logigramme Équilibre / appuis

#### Pré-requis:

- appréhension de l'environnement par les sens
- capacités toniques
- ciblage visuel
- repères stables

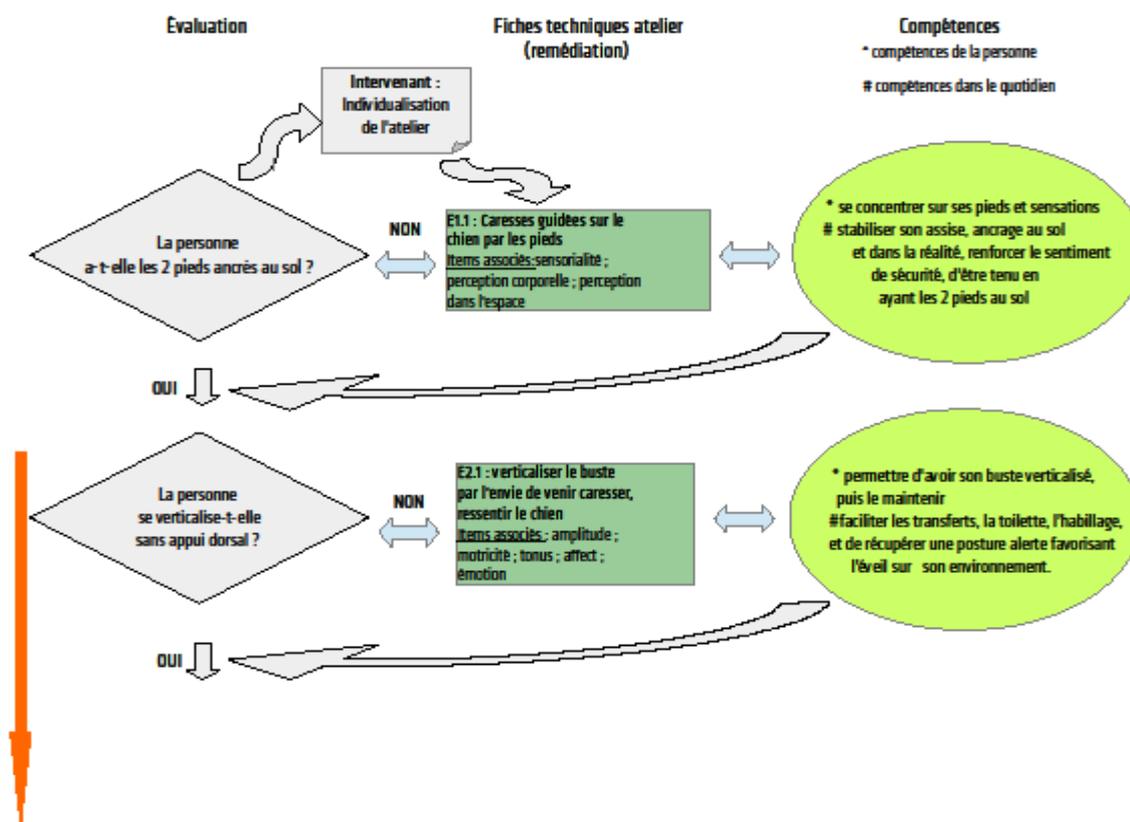
#### Légende :



Augmentation du temps d'atelier



Augmentation de l'amplitude des mouvements



© 2013 Umanima. Toute reproduction interdite.

D'autres étapes viennent à la suite de ce logigramme.



**umanima**  
ASSOCIATION D'ÉTHANOPHANTHROPES

## E1.1 – Caresses guidées sur le chien par les pieds.

**Famille :** Moteur

**Item :** Équilibre

**Items connexes :** sensorialité ; perception corporelle, perception dans l'espace

**Introduction :** Stimulation de la voûte plantaire en position assise, pour favoriser la prise de conscience des appuis plantaires, préalable nécessaire pour réaliser un travail d'équilibre.

Ex : Toilette, habillage

### Atelier de mise en situation

Introduction de l'atelier : assise, la personne se laisse guider par l'intervenant dans ses mouvements de pieds réalisés sur le dos du chien. Elle doit se concentrer sur ses ressentis éprouvés au contact des différentes sensations (chaleur, douceur, rugosité, humidité...) proposées par l'intervenant.

Ex : trouvez-vous cette partie chaude ou froide ?

- alterner les pieds

### Déroulement

- Assis, le dos en appui contre le dossier du fauteuil, le résident pose ses deux pieds sur le flanc du chien
- L'intervenant est installé assis au pied du résident. Il a sa main droite posée sur le pied gauche de ce dernier, et sa main gauche posée sur le pied droit. Il propose dans un premier temps des mouvements de va et vient sur le pelage du chien.
- Le résident décrit ses ressentis s'il est en capacité de le faire ou, il est interrogé sous forme de questions fermées faites par l'intervenant. Ex : est-ce doux sous vos pieds ?
- L'atelier se poursuit en centrant la personne sur chaque pied, l'intervenant place alors ses deux mains sur le premier pied choisi. Après plusieurs sensations ressenties, l'intervenant fait de même avec le deuxième pied.
- Enfin, une dernière prise de conscience des deux pieds ensemble est réalisée sur le dos du chien puis au sol, pour permettre l'ancrage au sol. Lorsque cette étape est réalisée, le passage à l'étape suivante (E2) est possible.

### Pré-requis

- compétences attentionnelles et de concentration

### Installation

- résident assis sur une chaise avec accoudoirs ou sur son fauteuil roulant
- chien allongé sur le flanc, dos face aux pieds du résident
- intervenant assis au sol face au résident
- soignant assis à côté du résident, une main au niveau de son sternum pour le sécuriser si besoin

### Matériels

- aucun

### Déclinaisons possibles

- L'intervenant peut proposer à la personne de fermer ses yeux pour ce centrer davantage sur ses ressentis.

Besoins psychologiques de base :

L'**autonomie** c'est la perception d'être à la source de nos actions. Elle est valorisée lorsque nos actions respectent nos intérêts ou nos valeurs.

La **compétence** est la sensation d'agir efficacement dans son environnement, lorsqu'une personne utilise ses capacités.

L'**appartenance sociale** est un sentiment de cohésion avec d'autres individus, d'appartenance à une communauté.

Orientations motivationnelles générales :

L'**orientation autonome** engendre une régulation de son comportement en fonction de ses intérêts et de ses valeurs. L'individu fait preuve d'une motivation le plus souvent intrinsèque voire extrinsèque à régulation intégrée ou identifiée.

L'**orientation contrôlée** est une tendance à émettre des comportements par obligation ou à cause de pressions. La motivation est alors extrinsèque par régulation introjectée ou externe.

L'**orientation impersonnelle** engendre un comportement passif, non intentionnel correspondant à une tendance à l'amotivation.

Deci et Ryan ont montré que l'orientation autonome est corrélée à l'actualisation et à l'estime de soi, l'orientation contrôlée à une conscience de soi publique et à une personnalité de type A<sup>7</sup>, l'orientation impersonnelle à une faible estime de soi et à la dépression.

---

<sup>7</sup> Agressivité, impatience, imposition d'exigences fortement élevées pour soi-même.

## Etude de l'effet de la **médiation par l'animal**, sur la **motivation** à l'activité, chez des patients/résidents atteints de **paralysie cérébrale**.

### But de l'étude :

Mesurer le type de motivation qu'engendre une activité de médiation par l'animal. (volet 1)

Corréler cette motivation à la participation dans l'activité de médiation par l'animal. (volet 2)

Observer si la motivation pour cette activité engendre une hausse de la participation dans les autres moments de la prise en charge (volet 3).

### **Consignes :**

L'enquête peut être passée pour chaque personne respectant les critères suivant :

- elle doit être atteinte de paralysie cérébrale
- elle doit être inscrite à une activité de médiation par l'animal (y compris équithérapie ou tout autre intitulé)
- l'activité de médiation par l'animal doit être (co-)conduite par un-e ergothérapeute

Merci d'utiliser autant d'enquêtes que de personnes à la passer.

Merci de remplir les volets 1, 2 et 3. Des consignes propres à chaque volet y sont précisées.

Vous pouvez me retourner les questionnaires remplis et scannés par mail :

[morgane.gildurupt@gmail.com](mailto:morgane.gildurupt@gmail.com)

Ou directement par voie postale : GIL-DURUPT Morgane, 65 av Aristide Briand 35000 RENNES

## Volet 1-Echelle de la motivation

Initiales de la personne + année de naissance: \_\_\_\_\_

Pathologie de la personne : \_\_\_\_\_

Type d'établissement : \_\_\_\_\_

Animaux utilisés : \_\_\_\_\_  
---

Cadre de l'activité :             Groupe    Individuelle

Autres professionnels exerçant l'activité avec vous : \_\_\_\_\_  
---

Comment la personne répond-elle aux questions ?

Seul       Avec votre aide (vous lui posez la question et reportez ses réponses par exemple)

### Consignes :

Merci d'inscrire en gros le nom que vous donnez à l'activité quand vous en parlez avec la personne.

Si vous posez les questions oralement, merci de changer le terme « cette activité » par l'intitulé que vous utilisez avec la personne.

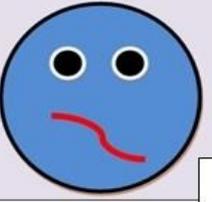
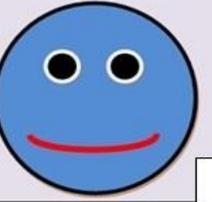
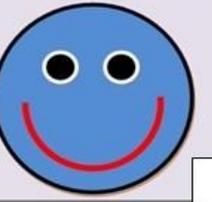
Activité : \_\_\_\_\_

Pourquoi fais-tu cette activité ?

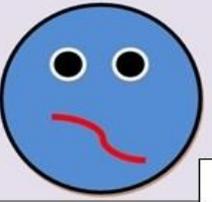
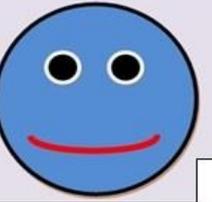
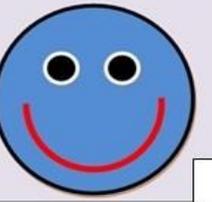
1) Je pense que cette activité est intéressante.

Pas du tout d'accord.	Plutôt pas d'accord.	Plutôt d'accord.	Totalement d'accord.
			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

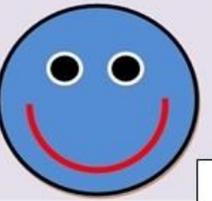
2) Je fais cette activité pour mon propre bien.

Pas du tout d'accord.	Plutôt pas d'accord.	Plutôt d'accord.	Totalement d'accord.
			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Je suis supposé faire cette activité.

Pas du tout d'accord.	Plutôt pas d'accord.	Plutôt d'accord.	Totalement d'accord.
			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Il doit exister de bonnes raisons pour faire cette activité, mais personnellement, je n'en vois aucune.

Pas du tout d'accord.	Plutôt pas d'accord.	Plutôt d'accord.	Totalement d'accord.
			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Je pense que cette activité est plaisante.

Pas du tout d'accord.	Plutôt pas d'accord.	Plutôt d'accord.	Totalement d'accord.
			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

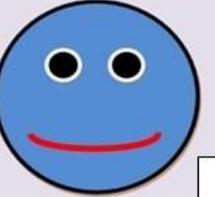
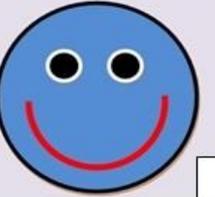
6) Je pense que cette activité est bonne pour moi.

Pas du tout d'accord.	Plutôt pas d'accord.	Plutôt d'accord.	Totalement d'accord.
			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Il faut que je fasse cette activité.

Pas du tout d'accord.	Plutôt pas d'accord.	Plutôt d'accord.	Totalement d'accord.
			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8) Je fais cette activité mais je ne suis pas sur que cela en vaille la peine.

Pas du tout d'accord.	Plutôt pas d'accord.	Plutôt d'accord.	Totalement d'accord.
			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Je fais cette activité car elle est amusante.

Pas du tout d'accord.	Plutôt pas d'accord.	Plutôt d'accord.	Totalement d'accord.
			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

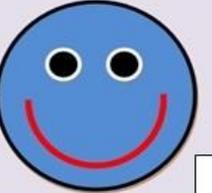
10) Faire cette activité est une décision personnelle.

Pas du tout d'accord.	Plutôt pas d'accord.	Plutôt d'accord.	Totalement d'accord.
			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) Je fais cette activité parce que je n'ai pas le choix.

Pas du tout d'accord.	Plutôt pas d'accord.	Plutôt d'accord.	Totalement d'accord.
			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12) Je ne sais pas pourquoi je fais cette activité, je ne vois pas ce qu'elle m'apporte.

Pas du tout d'accord.	Plutôt pas d'accord.	Plutôt d'accord.	Totalement d'accord.
			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Volet 2-Observation de la participation aux séances de médiation par l'animal

**Pouvez-vous indiquer le nombre de séances...**

- proposées :
- auxquelles la personne a assisté :
- auxquelles la personne a refusé d'assister (et non dues à une cause indépendante de la volonté de la personne, comme une hospitalisation, un rendez-vous...) :

**OU** si vous ne pouvez répondre précisément :

Merci de tracer une barre verticale sur la ligne correspondant à votre estimation

Sur le total des séances proposées, quel est le pourcentage de séances auxquelles la personne a participé :

0% \_\_\_\_\_ 100%

Sur le total des séances auxquelles la personne n'a pas assistées, quel pourcentage est dû à un refus de celle-ci (et non dû à une cause indépendante à sa volonté, comme une hospitalisation, un rendez-vous...) :

0% \_\_\_\_\_ 100%

**ET** Lors des séances réalisées, estimez sur une échelle de 0 à 10 la participation du patient/résident dans l'activité en prenant toutefois en compte ses capacités.

(Une personne peut être moins participative qu'une autre du fait d'une restriction importante de mouvement ou de communication, par exemple, mais peut être toutefois très participatif par rapport à ses propres possibilités.)

Participe peu 0 \_\_\_\_\_ 10 participe beaucoup

## Volet 3 - Observation de la motivation en dehors des séances de médiation par l'animal

Lors d'un autre moment de la prise en charge (activité, soin...) et suite à l'évocation de l'animal ou de ce qui se déroule en activité de médiation par l'animal, diriez vous que la personne:

1) Participe davantage à l'activité en cours ?

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Est plus communicante ?

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Va plus loin dans son effort physique ?

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Se concentre plus facilement ?

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Est plus attentive ?

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Est moins angoissée ?

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres observations

## ANNEXE 10 : CALCUL DE T

### A partir des valeurs exactes :

Soit,  $x$  le nombre de séances auxquelles la personne a assisté, et  $y$  le nombre de séances auxquelles la personne a refusé d'assister. Alors,  $T = x/(x+y)$ .

### A partir des pourcentages :

Soit  $x$  le pourcentage des séances auxquelles la personne a participé,  $y$  le pourcentage des séances auxquelles la personne a refusé de participer (100% étant le total des séances manquées). Alors  $T = 1 - (1-x) * y$ .

## RESUME

La motivation de la personne en situation de handicap est un élément-clef d'une intervention ergothérapique. De multiples supports de médiation existent afin de proposer une activité signifiante et engendrer leur participation. L'animal en est un.

Cependant il arrive que des personnes, préalablement motivées pour une activité de médiation par l'animal en ergothérapie, soient peu participatives voire l'arrêtent. Afin de comprendre ce fait, cette étude, s'appuyant sur la théorie de l'autodétermination, cherche à montrer le lien existant entre le type de motivation et le niveau de participation à cette activité. Elle est appliquée aux personnes atteintes de paralysie cérébrale.

Grâce à l'Echelle de Motivation Situationnelle passée auprès de patients et à l'évaluation de leur participation par l'ergothérapeute, nous observons que les personnes atteintes de paralysie cérébrale les plus participatives sont celles faisant l'activité pour le plaisir même qu'elle apporte, c'est-à-dire celles ayant une motivation intrinsèque.

Mots clefs : motivation, médiation par l'animal, participation, paralysie cérébrale, ergothérapie.

## ABSTRACT

The motivation of a person with disability is crucial for an occupational therapy intervention. Mediation, through various means or supports, can provide a meaningful activity leading to participation. Animals are one of those supports.

However, people beforehand motivated for a pet activity in occupational therapy will sometimes show little participation and even quit. To understand this, this study, leaning on the self-determination theory, tries to show the link between the type of motivation and the level of participation in this activity. The targeted public is people affected by cerebral palsy.

Thanks to the Situational Motivation Scale handed to the clients and the appraisal of their participation by the occupational therapist, we note that the people with cerebral palsy who are the most participative are those doing the activity for the mere pleasure it brings them. In other words, those having an intrinsic motivation.

Key words : motivation, pet therapy, participation, cerebral palsy, occupational therapist.